



**A Qualidade de Vida do Idoso Institucionalizado – Um contributo para a melhoria da
Gestão de uma IPSS**

Joana Correia dos Santos Pereira Porto Maia

Dissertação apresentada ao Instituto Politécnico de Viana do Castelo para a obtenção do grau
de Mestre em Gestão das Organizações, Ramo de Gestão de Unidades de Saúde

Orientadores

Professora Doutora Carminda Morais

Professor Doutor Pedro Lopes Ferreira

Viana do Castelo, dezembro de 2016

Resumo

A Esperança de Vida tem aumentado em todo o mundo. Viver mais e com qualidade tornou-se um grande desafio de modo que o estudo deste assunto tornou-se relevante nos últimos tempos.

A presente investigação foi norteada pelos seguintes objetivos: avaliar a Qualidade de Vida de idosos institucionalizados; estudar as relações das dimensões da QdV face às características sociodemográficas da população e propor ações de melhoria assentes nos resultados do estudo.

Este trabalho trata-se de uma investigação do tipo analítico, observacional e transversal desenvolvido numa IPSS da região Norte. Para o efeito, recorreu-se ao Questionário SF-36 versão 2 e ao EQ-5D. Foram inquiridos 37 participantes, 64,9% mulheres e 35,1% homens com uma idade média \pm dp de 79,38 anos \pm 7,94 anos, a variar entre 62 e 96 anos. Maioritariamente são casados, com o máximo de 4 anos de escolaridade e há 13 analfabetos.

Em relação à QdV, a dimensão com pontuação mais elevada é o Desempenho Emocional com uma média \pm dp de 90,09 \pm 16,65 e a dimensão com pontuação mais inferior é a Função Física com uma média \pm dp de 42,30 \pm 31,17.

A nível geral, os homens com menos de 75 anos do grupo “casados, viúvos ou divorciados” e com algum grau de escolaridade apresentam melhor QdV.

A QdV dos idosos é relativamente baixa quando comparada com o nível geral da população portuguesa.

As conclusões deste estudo são sustentáveis de serem analisadas pela gestão de organização no sentido de repensar nos modelos de reorganização da instituição.

Palavras-chave: Idoso, Institucionalização, Saúde, Qualidade de Vida

Abstract

Life Expectancy has been rising all around the world. Living more and with quality has become a great challenge so, the studies about this matter became relevant this past years.

This research has been guided by the following goals: evaluate its Quality of Life of institutionalised elders; study the relationships of the dimensions of Quality of Life of the socialdemographics characteristics of the population and propose actions to improve the results gotten in this study.

The kind of this investigation is descriptive, observational, correlacional and transversal and it was developed in a IPSS in the North Region.

In this regard, it was used the Questionary SF-36 version 2 and the Questionary EQ-5D. It was surveyed 37 participants, 24 women and 13 men, with an average age of $\pm 79,38$ years old with a standart deviation of $\pm 7,94$, between 62 years old and 96 years old. Mostly of the elders are married with a maximum of 4 years of education, having about 35% of illiterate elders.

As for Quality of Life, the dimension with the highest score is Emotional Performance with an average of $\pm 90,09$ years old with a standart deviation of $\pm 16,65$ and the dimension with the lowest score is Physical Function with an average of $\pm 42,30$ years old with a standart deviation of $\pm 31,17$.

In general, the group of men younger than 75 years old. That is or has been in a formal marital relationship and are literate, show better scores in regard to their life quality.

Life quality of the institutionalised elders are reasonable but these have the idea that solitude is very presente between them. The elements of Management must promote actions of coexistence between the elders and the elements of management and their families.

Key-words: Elder; Institutionalisation; Health; Quality of Life.

Resumen

La Esperanza de Vida ha aumentado en todo el mundo. Vivir más y con calidad se ha tornado un gran desafío de modo que el estudio de este tema se ha tornado relevante en los últimos tiempos.

La presente investigación fue guiada por los siguientes objetivos: evaluar la Calidad de Vida de los mayores institucionalizados; estudiar las relaciones de las dimensiones de la Calidad de Vida frente a las características sociodemográficas de la población y proponer acciones de mejoría asientes en los resultados del estudio.

Se trata de una investigación del tipo descriptivo, de observación, correlacional y transversal desarrollado en una IPSS de la región Norte. Para el efecto, se ha recorrido al Cuestionario SF-36 versión 2 y al EQ-5D. Fueron interrogados 37 participantes, 24 mujeres y 13 hombres con una edad media \pm dp de 79,38 años \pm 7,94 años, entre los 62 y los 96 años de edad. La mayoría son casados con el máximo de 4 años de escolaridad, habiendo aproximadamente 35% de personas analfabetas.

En relación a la Calidad de Vida, la dimensión con puntuación más alta es el Rendimiento Emocional con una media \pm dp 90,09 \pm 16,65 y la dimensión con la puntuación más baja es la Función Física con una media \pm dp de 42,30 \pm 31,17.

A nivel general, el grupo de hombres con menos de 75 años de edad, que tienen, o tuvieron, una relación conyugal formalizada y alfabetizados presentan una mejor puntuación cuanto a su calidad de vida.

La calidad de vida de los mayores institucionalizados es razonable pero estos tienen la noción que la soledad está bastante presente entre ellos. Los elementos de la Gestión deben promover acciones de convívio entre los mayores con los elementos de gestión y sus familias.

Palabras-clave: Mayores; Institucionalización; Salud; Calidad de Vida.

"Pedras no Caminho? Guardo todas, um dia vou construir um castelo."

Fernando Pessoa

Agradecimentos

Agradeço à Professora Doutora Carminda Morais pela orientação persistente e rigorosa ao longo de todo este percurso. Foi sem dúvida o meu grande pilar durante esta caminhada. Agradeço igualmente ao Professor Doutor Pedro Lopes Ferreira pelo apoio e orientação dados.

Agradeço à minha mãe, à minha avó, ao meu avô que mesmo já não estando cá permaneceu sempre no meu pensamento, ao meu marido, aos meus amigos e a todas as pessoas que direta ou indiretamente contribuíram para o meu sucesso e crescimento enquanto ser humano e profissional que sou hoje.

A todos, muito obrigada!

Lista de Acrónimos e Siglas

ATL	Atividades de Tempos Livres
EQ- 5D	<i>EuroQol – 5 Dimension</i>
IPSS	Instituição Particular de Solidariedade Social
QdV	Qualidade de Vida
QdVrS	Qualidade de Vida relacionada com a Saúde
QALy	<i>Quality Adjusted Life Years</i>
OMS	Organização Mundial de Saúde
SAD	Serviço de Apoio Domiciliário
SF – 36 (v2)	<i>Short Form Health Survey – 36 Item (Version 2)</i>
SPSS	<i>Statistical Package for the Social Sciences</i>
WHO	<i>World Health Organization</i>

Índice	
Resumo	0
Agradecimentos.....	4
Lista de Acrónimos e Siglas	5
Índice de Tabelas	7
Índice de Ilustração	7
Introdução.....	8
Parte I - Constructo Teórico	9
1. A Gestão em IPSS	10
1.1 As IPSS ao longo dos tempos – Um olhar retrospectivo	10
1.2 (Re)conceitualização da Gestão das IPSS	11
1.3 A medição da QdVRS na Gestão das IPSS.....	12
1.4 Gestão do processo de institucionalização da pessoa idosa.....	13
2. Qualidade de Vida do Idoso Institucionalizado	16
2.1 Conceito de Qualidade de Vida.....	16
2.2 Qualidade de Vida na Terceira Idade – O velho, a velhice e o envelhecimento: Conceções desde a antiguidade até à atualidade	18
Parte II- Constructo Empírico	23
1. Metodologia	24
1.1 Problemática.....	24
1.2 Objeto de estudo, questões de investigação e objetivos	24
1.3 Tipo de Estudo	24
1.4 Caracterização do terreno da pesquisa	25
1.5 Variáveis	25
1.6 Hipóteses.....	26
1.7 Procedimentos e Técnicas de Recolha de Informação.....	27
1.8. Procedimentos Éticos.....	32
2. Apresentação e discussão dos resultados.....	33
3. Conclusões, limitações e Sugestões.....	58
Referências Bibliográficas	45
Anexos.....	50
Ficha de questões pessoais	51
Tabela de Pesquisa Sistemática	52
Pedido de Autorização ao Centro Social de Bem – Estar.....	55
Consentimento Informado	56

Índice de Tabelas

Tabela 1. Operacionalização das variáveis.....	26
Tabela 2. Apresentação e descrição das variáveis SF 36 versão 2	29
Tabela 3. Estatística descritiva das variáveis sociodemográficas	33
Tabela 4. Estatística descritiva SF-36 versão 2.....	34
Tabela 5. Coeficiente de assimetria /curtose SF - 36 versão 2	34
Tabela 6. Teste U Mann- Whitney SF-36 vs Idade	35
Tabela 7. Teste U Mann-Whitney SF-36 VS Escolaridade	36
Tabela 8. Estatística Inferencial U Mann - Whitney SF-36 VS Estado civil	37
Tabela 9. Estatística Inferencial Teste U Mann Whitney SF - 36 vs Sexo... Error! Bookmark not defined.	
Tabela 10. Estatística Descritiva EQ- 5D	38
Tabela 11. Coeficiente de Assimetria/Curtose EQ- 5D	39
Tabela 12. Estatística Inferencial Teste T de Studente Sexo VS EQ-5D	40
Tabela 13. Estatística Inferencial Teste T de Student Idade VS EQ- 5D	40
Tabela 14. Estatística Inferencial Teste T de Student Escolaridade VS EQ-5D.....	41
Tabela 15. Estatística Inferencial U Man-Whitney Estado Civil vs EQ-5D	41

Índice de Ilustração

Figura 1. Modelo de medição do SF-36 v2 e respectivas dimensões.	29
---	----

Introdução

A questão do envelhecimento tem sido bastante estudada nos últimos anos. As previsões apontam para que Portugal seja o quarto país com a maior percentagem do número de idosos ao nível da União Europeia em 2050. Este ritmo do crescimento do número de pessoas idosas traz grandes desafios para a sociedade uma vez que vemos associada toda uma série de mudanças a nível social e económico que comprometem as funções que no concerne ao cuidar da pessoa idosa.

É crucial a avaliação da Qualidade de Vida relacionada com a Saúde na gestão de instituições de apoio à Terceira Idade uma vez que se trata de lidar diretamente com pessoas, mais propriamente com a etapa final das suas vidas. O envelhecimento traz consigo patologias associadas que afetam a saúde dos idosos e conseqüentemente o seu bem-estar. A avaliação da QdV deve-se basear na perceção do indivíduo sobre o seu estado de saúde tendo em consideração os aspetos gerais da vida, ou seja; tendo em conta toda a subjetividade da cultura em que o sujeito está inserido incluindo assim critérios de cariz biológico, psicológico e social.

Este estudo é do tipo quantitativo e reveste-se de um carácter analítico, observacional e transversal, tendo como objetivos avaliar a QdV do idoso institucionalizado, estudar as relações das dimensões da QdV em função das características da população e propor ações de melhoria nos processos de gestão das instituições. Posto isto, a presente dissertação organiza-se em duas grandes partes, uma de natureza teórica e outra predominantemente empírica. A primeira parte aborda a QdV e a institucionalização da pessoa idosa enquanto que a parte empírica consiste na metodologia e conseqüente apresentação/discussão dos resultados obtidos.

Este tema é importante uma vez que concilia a temática fulcral da Gerontologia com a temática da Gestão das Organizações, o tema do plano de estudos em causa.

Parte I - Parte Teórica

1. A Gestão em IPSS

1.1 As IPSS ao longo dos tempos – Um olhar retrospectivo

As Instituições Particulares de Solidariedade Social comumente designadas IPSS são entidades constituídas pela iniciativa de particulares e sem finalidade lucrativa. Têm como propósito dar uma expressão organizada de apoio moral, solidariedade e justiça nas populações onde estão inseridas. Estas organizações possuem objetivos definidos de acordo com estatutos em benefício populacional e com legislação própria (Cotrim, 2010).

De acordo com o autor citado anteriormente, em Portugal, os primórdios da assistência pública às pessoas idosas surge nos finais do século XV. Há um eclodir de instituições de solidariedade fundamentadas no espírito da caridade cristã não só com o propósito de melhorar a qualidade de vida dos mais desprotegidos mas a fim de promover a salvação da própria alma. Desde o Século XII existiam várias confrarias, irmandades e outras ordens religiosas com a finalidade de ajudar os mais pobres no qual estavam sempre incluídos os idosos. Estas instituições medievais tinham diversos formatos. Existiam albergarias, hospitais, gafarias e mercearias tendo estas instituições funções diferenciadas de acordo com a problemática em causa. As albergarias/albergues ou muitas vezes designados hospitais/hospícios tinham como propósito essencial acolher peregrinos. O regime geral destes estabelecimentos consistia em dar abrigo, condições de higiene e refeições à saída/ entrada das localidades onde estavam inseridas. As gafarias eram destinadas única e exclusivamente a leprosos. As mercearias eram direcionadas ao acolhimento de mendigos bem como a mulheres viúvas e solteiras, na altura consideradas um grupo social frágil. Esta última organização era suportada pela caridade. De todas estas instituições medievais eram as mercearias as que mais se assemelhavam aos futuros asilos para as pessoas idosas. Toda esta panóplia consistia numa assistência desestruturada, dirigida por religiosos, abrigando todos os grupos sociais fragilizados tendo por denominador comum não a idade mas sim a pobreza e a marginalização social. Sob este cenário, foi fundada a 15 de Agosto de 1498 a Irmandade da Misericórdia de Lisboa e a assistência pública em Portugal começa a ganhar novos contornos. A Irmandade direciona particularmente o seu apoio aos idosos uma vez que pais, mães e viúvas assistem à partida dos homens em idade jovem para a demanda dos Descobrimentos ficando reduzido o seu suporte social.

No século XVI surge o movimento das Associações Agrícolas e os Celeiros Comuns que consistiam no rudimentar crédito agrícola praticado pelas Misericórdias em conceder empréstimos aos agricultores mais desfavorecidos em anos de intempéries e catástrofes naturais constituindo assim um seguro de colheitas chamado Monte Pio. A criação da Casa Pia nos finais do século XVIII é também uma referência no lançamento da assistência social em Portugal. A partir desta data o Estado assume o papel de ator principal no que diz respeito ao apoio do eclodir de mais Instituições de Misericórdia, instituições essas que tinham já uma capacidade diferenciada de cuidar os grupos fragilizados de acordo com as suas necessidades (Jacob, 2012).

Para Cotrim (2010), no século XIX surge um novo conceito de economia social. Uma corrente mais liberalista e menos conservadora liderada por Mouzinho de Albuquerque arrebatou o elevado peso que a Igreja tinha uma vez que o Estado laicizou diversos equipamentos emergindo novas associações e novas formas de ação de ajudar o próximo, ou seja; surgem as Associações Humanitárias de Bombeiros, Associações de Socorro Mútuo e outras organizações de trabalhadores com forte propensão para o desenvolvimento cívico da sociedade. De acordo com o autor referido anteriormente, até ao princípio do século XX toda a problemática da Terceira Idade era uma abstração e um tabu, sendo publicamente associada à pobreza, indigência e doença. O Serviço Social da Santa Casa de Lisboa, a primeira do país e criada em 1958, fundou o “subsídio de finalidade de velhice” tendo este como principal propósito o de substituir as escassas ou mesmo inexistentes prestações dos regimes de previdência ou contribuindo para o pagamento das mensalidades de idosos pobres que estavam institucionalizados em lares que timidamente iam surgindo. Por outras palavras, a sociedade civil portuguesa sempre manifestou e demonstrou a sua capacidade no que concerne à promoção da solidariedade em prol dos seus semelhantes. As IPSS exercem um papel fulcral na nossa sociedade pois têm como propósito o exercício da ação social nos variados casos de fragilidade, exclusão social e carência económica.

1.2 (Re) concetualização da Gestão das IPSS

As IPSS ajudam as comunidades onde se encontram a superar as dificuldades que vão surgindo quanto a respostas sociais e apoios nesse sentido. As IPSS assumem características como a criação por iniciativa coletiva, a gestão democrática, a prestação continuada de bens ou de serviços individualizados, a capacidade empregadora, o elevado grau de autonomia e a distribuição limitada dos resultados. Todas estas características devem estar presentes nas IPSS no momento da criação e no desenvolvimento destas. A rede social das IPSS tem como finalidade combater a pobreza, o abandono e a exclusão social. Esta rede tem como desígnios estratégicos o desenvolvimento de uma parceria efetiva e dinâmica que possa articular a intervenção social dos diferentes agentes locais, a promoção de um planeamento integrado e sistemático potenciando sinergias, competências e recursos a nível local e por fim a garantia de uma maior eficácia das respostas sociais. As IPSS podem assumir três vertentes: Associações, Fundações de Solidariedade Social e Irmandades da Misericórdia. Dentro do perfil das Associações, estas podem ainda ser Associações de Solidariedade Social, Associações de Voluntários de Ação Social ou Associações de Socorros Mútuos (Cotrim, 2010, pág. 4.).

As IPSS estão consagradas pela Constituição da República Portuguesa uma vez que esta define no art.º 63.º n.º 1 e n.º 2 que todos os cidadãos têm o pleno direito à segurança social e que compete ao Estado organizar, coordenar e subsidiar um sistema social com a participação das associações sindicais, de organizações de trabalhadores e de associações representativas de beneficiários. A gestão de instituições de apoio à Terceira Idade, segundo Santos e

Encarnação (1998, pág. 19), constitui um problema cada vez mais urgente de resolução sempre que se percorre a trajetória da velhice. É necessário perceber se os valores patentes na racionalidade institucional da gestão de uma instituição apelam aos valores da tão abordada “Solidariedade Social”. De acordo com os autores citados anteriormente, os gestores de topo devem assumir três posições para uma correta gestão de IPSS, nomeadamente:

- O gestor de valência deve ocupar-se da gestão da mesma numa ótica de empreendedor social tendo como principal função a pesquisa de todas as oportunidades para aumentar a qualidade bem como extensão dos serviços prestados. Deve zelar pelo *upgrade* dos padrões de qualidade e identificar as fontes de financiamento necessárias à sua viabilização;
- O gestor de sinergias identifica as possibilidades de redução dos custos ou o aumento da criação de valor social das respostas sociais;
- O gestor do desenvolvimento deve dedicar-se ao estudo dos problemas que estejam a bloquear o desenvolvimento de alguma valência e encontrar respetivas soluções para problemas que vão surgindo. Todas estas linhas orientadoras de gestão enfrentam sempre um conjunto de desafios de organização interna, ou seja; a melhoria da qualidade induzida pela entidade financiadora e a complexidade de gestão resultante da polivalência das áreas de intervenção.

As IPSS, enquanto organizações, traduzem-se por unidades sociais integrantes e fundamentais na estrutura e no desenvolvimento da sociedade. Estas possuem uma cultura organizacional própria em função de um conjunto de valores e práticas previamente definidos e desenvolvidos pela organização com base nos quais é socialmente construído um sistema de crenças e de normas que moldam o comportamento dos indivíduos envolvidos na organização. Ora, ao longo dos últimos tempos temos assistido à mudança de novos paradigmas que influenciaram a organização e o funcionamento das IPSS. Nos finais do último século, na década de 50, sob a influência da teoria Neoclássica a inovação no seio das organizações adquire alguma relevância (Cotrim, 2010, pág. 9). As organizações passam a ser concebidas como um sistema aberto em rutura com as lógicas subjacentes a sistemas fechados. As regras passam progressivamente a assentar em lógicas mais participativas do tipo “*button-up*” em detrimento do “*top-down*”. Importa assim que as IPSS pelo seu âmbito de competências na área social, designadamente na Terceira Idade se guiem por este tipo de pressupostos. É sobre esta teoria que as IPSS se devem libertar de paradigmas rígidos e impeditores de comunicação entre colaboradores e gestores de topo.

1.3 A medição da QdVRS na Gestão das IPSS

A Qualidade de Vida é um aspeto importantíssimo para a saúde de uma pessoa tendo em conta o Ser holístico que o Homem é. Uma vez que a QdV inclui a forma de como as pessoas veem a sua saúde, é de extrema importância apreendermos essa perceção para uma aplicação de políticas adequadas de gestão nas IPSS. Convém também distinguirmos dois importantes conceitos respeitantes à Qualidade de Vida relacionada com a Saúde: a perceção do estado geral de saúde e o estado de saúde no momento presente. Um indivíduo quando fica

doente e se apercebe de tal situação, pode após um dado período retomar o seu antigo estado e voltar ao bem-estar do anterior período de doença. Já outra pessoa, menos resiliente pode não se adaptar à patologia ficando cada vez mais insatisfeita com tudo e conseqüentemente a QdV vai piorando. Podemos observar que a percepção do estado de saúde é um fator de importância crucial no que concerne à saúde propriamente dita. Assim, as expectativas dos doentes quanto à sua saúde são determinantes para a sua Qualidade de Vida relacionada com a Saúde.

A saúde das populações convencionalmente tem sido medida usando a epidemiologia, ou seja; determinados indicadores que incluam a presença/ausência de doença e/ ou morte mas embora estes sejam instrumentos importantes para avaliar a saúde populacional, a maneira de como a saúde tem sido concetualizada tem levado a alterações da forma como é avaliada. (Ferreira, 2009). Na sequência destas alterações, surge a noção de *QALY*: "*quality adjusted life years*". Este conceito foi de acordo com o mesmo autor, criado por economistas da saúde e posteriormente introduzido pelo Departamento de Avaliação Tecnológica dos Estados Unidos da América nos finais dos anos 70. Os *Qaly* fazem a combinação da qualidade e quantidade de vida num só parâmetro tendo em consideração de que a Qualidade de Vida pode ser quantificada tendo em conta o conceito de utilidade, ou seja; maximizar a saúde de uma dada população e otimizar a utilização dos seus recursos. Toda esta avaliação é fruto do tempo de vida com a Qualidade de Vida, é medida através do estado de saúde dos utentes, com a presença ou ausência de sintomas e tem a haver também com o bem-estar subjetivo durante um dado período de tempo. Assim, por cada ano de vida é atribuído um coeficiente entre 0 e 1 e o valor benéfico é a soma dos valores mais positivos que se define a partir daí qual a intervenção eficiente pelo menor custo. Economicamente, os *Qaly* constituem uma importante medida aquando da escolha de intervenções médicas e melhoram a tomada de decisão em políticas de saúde. Os *Qaly* podem ser usados para comparar o custo-eficácia de qualquer tratamento e fazer assim escolhas mais adequadas às necessidades de uma população tendo em conta os orçamentos disponíveis. No entanto, é necessário algum cuidado quanto à interpretação dos *Qalys* na medida em que o valor verdadeiro da saúde não pode ser reduzido simplesmente a um único valor numérico pois devemos ter sempre em conta o seu caráter multidimensional, caráter esse inerente à saúde, personalidade humana e a QdV propriamente dita.

O conhecimento da percepção da QdVRS dos utentes é importante para os gestores de topo de IPSS para que se possam tomar decisões adequadas e que vão assim ao encontro das necessidades da população em causa para que as suas necessidades a nível biológico, mental e social sejam supridas ao máximo.

1.4 Gestão do processo de institucionalização da pessoa idosa

Nos dias que correm a institucionalização da pessoa idosa é quase como inevitável devido às mudanças da sociedade pós-moderna, o ideal seria o idoso estar inserido na família e na sua comunidade, vivendo a vida com o máximo de qualidade possível e usufruir somente de

apoio institucional quando não tivesse mais nenhum outro suporte social. A institucionalização, para Pereira (2012), surge por dois motivos: ou por razões demográficas, isto é; déficit de cuidadores informais, ou por necessidades de tratamento específico prestado por profissionais externos ao ambiente doméstico. Ao abordarmos a institucionalização da pessoa idosa convém explicar em que consiste o processo propriamente dito. Quando comumente pensamos em idosos institucionalizados, ocorre-nos no pensamento a solidão da pessoa idosa e a ideia de que se encontra desvinculada do seu meio familiar e social. A institucionalização da pessoa idosa implica todo um processo de adaptação. Esta verifica-se quando a pessoa idosa segundo Jacob (2012), está todo o dia ou parte deste entregue aos cuidados de uma instituição que não seja a sua família. Esta mudança para a pessoa idosa pressupõe um tempo e um espaço de uma nova socialização na medida em que há todo um processo de apreensão de novos conhecimentos sobre como lidar com pessoas que lhe são estranhas e que subitamente lhe são impingidas na sua nova realidade habitacional. Para que haja tal integração é necessário considerar as relações pessoais internas, isto é; as relações que se estabelecem entre o idoso acabado de chegar e os restantes utentes e colaboradores. Nas IPSS temos diversas vezes pessoas com incapacidades e/ou disfunções. É necessária uma correta avaliação do estado de saúde destas pessoas tendo em conta este parâmetro pois a avaliação da disfunção e incapacidade dos utentes de uma dada IPSS não se deve refletir em simples medidas *standardizadas* de morbilidade e mortalidade.

Segundo Pereira (2012), quanto mais dependente física ou financeiramente for a pessoa idosa, maior probabilidade esta tem de vir a ser institucionalizada. As capacidades dos idosos devem ser reconhecidas e estimuladas pelos colaboradores e pela gestão, aproveitando as suas experiências e vivências permitindo uma intervenção na dinâmica da gestão dos lares da Terceira Idade.

No que concerne às relações familiares, a família constitui, de acordo com Gomes e Mata (2012), o local ideal para vivermos todas as etapas do nosso desenvolvimento sendo consequentemente preconizado o local privilegiado para envelhecer na medida em que as funções primordiais deste sistema social são o desenvolvimento, a proteção e a socialização dos seus membros. Toda esta evolução preconiza o ciclo social da família, pois a este sistema social regenera-se continuamente através do ciclo do nascimento, matrimónio e morte, envolvendo novos membros à medida que os mais velhos morrem. O cuidado de uma população que envelhece representa um autêntico desafio para o segmento da população a que ela pertence derivado à maior carga de doenças crónicas e incapacitantes comparando com os outros grupos etários dando origem a necessidades de serviços sociais e de saúde. Também a família é por si só um fator crucial para a saúde de todos os membros uma vez que pressupõe toda uma prática assente num conjunto de crenças, valores, conhecimentos e práticas que promovem a saúde bem como a prevenção e tratamento da doença destes. A família sendo única, reage e organiza-se diante das diversas situações de dependência dos gerentes do seu meio sendo de notar que quando a incapacidade é acentuada, as necessidades dos cuidados podem extravasar os limites do esforço físico, mental, social e

económico. Quando após tal avaliação familiar não são encontradas alternativas sustentáveis ou quando os recursos de variada índole são insuficientes ao controlo da situação tal pode trazer consequências nefastas para o cuidador formal da pessoa idosa e então a alternativa mais viável será passar do cuidador formal para a institucionalização.

Ainda sobre a institucionalização, o idoso sai da sua zona de conforto mesmo antes de ser institucionalizado. *À priori* algo aconteceu, caso contrário não se teria mudado. Pode ter ocorrido o surgimento de uma patologia, a perda de uma pessoa próxima protetora ou da habitação em que vivia. O processo de ajustamento da família e principalmente do idoso pode provocar assim uma profunda apreensão, ou seja; não é só o idoso que fica consternado, a família também pode sentir-se culpada por não conseguir impedir tal procedimento uma vez que durante toda a vida o idoso que fez parte integrante da rotina da família, agora assiste-se a uma separação deste. Além da ansiedade, há o medo de não saber como será que a instituição o vai receber. Note-se também que este impacto de mudança pode ser amortecido, ora quando elementos de gestão visitam a pessoa idosa em ambiente doméstico, ora quando o idoso em perspectiva de ser institucionalizado faz visitas esporádicas à instituição. Aqui, a Gestão já ocupa um lugar fulcral na qualidade de vida a nível da saúde mental a proporcionar desde início à pessoa idosa devendo permitir que este leve consigo os pertences de maior estima para que este possa manter um senso de continuidade, de autoestima e de identidade. Segundo Vara (2012), a gestão deve também incutir nos colaboradores o sentido de uma boa receção à pessoa idosa afim de elevar a sua moral e deve por fim instruir os restantes residentes a serem amistosos e cordiais com o recém- chegado. Estas medidas tão simples não alteram a mudança propriamente dita mas alivia o isolamento entre tantos estranhos. De acordo com o autor citado anteriormente, as instituições com respostas sociais para as pessoas idosas ainda carecem de evolução em alguns aspetos apesar da considerável evolução dos serviços prestados. Podemos referir que as instituições têm carência de quadros qualificados e de serviços prestados sendo que não existem pessoas suficientes para prestar cuidados individualizados a cada idoso de acordo com as suas necessidades específicas, apontando como justificação a falta e/ou o défice de recursos económicos para novas contratações. Segundo Jacob (2012), esta última questão prende-se com a pequena dimensão da maioria de instituições que apoiam pessoas idosas da qual resultam elevadíssimos custos fixos, a baixa receita proveniente de baixas reformas dos utentes e da manutenção das estruturas por conta própria das instituições sendo que no final falta orçamento para os recursos humanos. A má gestão do tempo também afeta em grande parte uma adequada gestão do processo de institucionalização. Também dificulta o processo de gestão a desarticulação da comunicação entre gestores de topo e auxiliares de ação direta não obstante o nem sempre bom ambiente de trabalho, a baixa motivação dos colaboradores associada à falta de reconhecimento pelo trabalho prestado e o elevado índice de *stress* laboral. Ora, no final, tudo se reflete na qualidade dos serviços prestados. Os quadros mais qualificados devem desenvolver estratégias de liderança e gestão de equipas com ênfase especial para as

auxiliares de ação direta pois muitas vezes são-lhe imputadas erradamente grandes responsabilidades na gestão do dia-a-dia da instituição.

2. Qualidade de Vida do Idoso Institucionalizado

2.1 Conceito de Qualidade de Vida

O conceito de Qualidade de Vida é um conceito muito usado atualmente mas convém que compreendamos a essência da expressão. É de notar que uma definição clara deste conceito não existe. Este assunto levanta um problema epistemológico e essencialmente filosófico (Pimentel, 2006).

A Organização Mundial de Saúde, em 2006, propôs a seguinte definição de Qualidade de Vida: "(...) a perceção que o individuo tem do seu lugar na vida, no contexto da cultura e do sistema de valores nos quais vive, em relação com os seus objetivos, os desejos, as suas normas e as suas inquietudes. É um conceito muito amplo que pode ser influenciado de maneira complexa pela saúde física do individuo, pelo estado psicológico e pelo seu nível de independência, as suas relações sociais e as suas relações com os elementos essenciais do seu meio".

No que diz respeito à evolução histórica do estudo da QdV, esta raramente foi mencionada até ao século XX apesar da temática já advir da Antiguidade. De acordo com Aristóteles (384-322 A.C.) podemos associar Qualidade de Vida com a felicidade dado que este escreveu: "Quer a pessoa mais modesta ou a mais refinada...entende "vida boa" ou "estar bem" como a mesma coisa que "estar feliz". Mas o que é entendido como felicidade é discutível... Uns dizem uma coisa e outros dizem outra e a mesma pessoa diz coisas diferentes em tempos diferentes: quando está doente pensa que a saúde é a felicidade; quando está pobre felicidade é a riqueza" (Pimentel, 2006, pág. 15).

O ponto de viragem no que concerne ao modo de olhar para a QdV surge após a Segunda Grande Guerra Mundial quando, nos anos 60 os políticos introduziram este conceito nos seus discursos devido ao facto de se ter assistido a uma mudança de valores e objetivos da sociedade com uma consequente diminuição do interesse pelos bens materiais e um incremento da valorização axiológica das necessidades sociais e psicológicas da população. Os governos das sociedades ocidentais procuraram estabelecer políticas com a máxima do "bem-estar" entre a população.

A definição de QdV tem um significado bastante subjetivo para cada um de nós. A Qualidade de Vida relacionada com a Saúde é um ramo da Qualidade de Vida propriamente dita geral e que de forma simples pode ser definida pelos componentes que concernem à QdV de um indivíduo no que diz respeito à Saúde e que abrange, no mínimo, os seguintes parâmetros: sintomas provenientes da patologia ou do decurso do tratamento desta, funcionalidade física, aspetos psicológicos e aspetos socio- económicos. Assume-se também neste contexto a diversidade de fatores de caráter interno e externo que exerce peso na Qualidade de Vida Relacionada com a Saúde, por exemplo, o facto de um indivíduo possuir

uma determinação ou forte personalidade podem ser uma influência bastante positiva quanto à Qualidade de Vida Relacionada com a Saúde, assim como um razoável suporte social como a família e os amigos são inúmeras vezes os instrumentos para a resiliência de um doente com uma patologia crónica grave e que resultam assim numa melhoria do seu bem-estar que outros doentes com um suporte social mais fraco não conseguem obter tais resultados. Assim, ambos os conceitos se complementam entre si: a Qualidade de Vida Relacionada com a Saúde e a Qualidade de Vida no sentido mais abrangente, num sentido holístico. A QdVRS encontra-se intimamente ligada com a prestação dos cuidados de saúde pois o objetivo destes é promover o conforto e o bem-estar das populações sendo este tão ou mais importante do que a avaliação dos sintomas ou a avaliação do desempenho físico. (Freitas & Scheicher, 2010). Esta dimensão da QdV surgiu devido à necessidade de transformar a medida antes subjetiva em quantitativa, isto é; que essa medida pudesse ser usada em pesquisas e que consequentemente os seus resultados pudessem ser usados em diversas populações bem como no estudo de diversas patologias. Atualmente é objetivo dos cuidados de saúde melhorar a QdVRS para além dos efeitos de cura, melhoria ou palição das patologias (Pimentel, 2006).

O conceito de QdVRS é bastante diferente do conceito de Qualidade de Vida global. Para o autor citado anteriormente, quanto à QdVRS podemos descrevê-la como uma percepção dos doentes sobre as suas capacidades em quatro dimensões, sendo estas: bem-estar físico e atividades quotidianas, bem-estar psicológico, relações sociais e sintomas. Coloca-se assim o enfoque numa perspetiva de percepção de cariz funcional. Podemos pensar num conceito de QdVRS como um conceito multidimensional, subjetivo e individual que traduz o bem-estar subjetivo do doente nas vertentes físicas, psicológicas e sociais e que podem se subdividir noutras dimensões. Por outras palavras, o domínio físico tem a haver com a percepção que o doente tem em realizar as suas atividades físicas. O domínio social diz respeito à capacidade do doente em se relacionar com a sociedade, ou seja; família, amigos, entre outros. Finalmente, o domínio psicológico associa aspetos do bem-estar emocional e mental como a depressão, a ansiedade, a raiva, o medo entre outros sentimentos ou estados emocionais.

Uma vez que o estudo desta problemática atravessa o envelhecimento ativo, este encontra-se intimamente ligado à QdVRS. A Saúde hoje é vista como um processo holístico, este processo deve potenciar o bem-estar físico, social e mental das pessoas ao longo de todo o ciclo de vida, pois segundo a WHO (2006), a percepção de saúde das pessoas idosas pode ser reduzida a três categorias principais:

- A saúde física; sendo esta vista como saúde biológica, atividade e bom aspeto;
- A saúde psicológica que diz respeito a capacidade de superação, abertura intelectual, personalidade positiva, boa capacidade cognitiva, saúde mental e equilíbrio;
- A saúde social, aponta para as relações sociais positivas, participação e as relações de vinculação. Este conceito de Saúde social abrange muitos outros domínios como por exemplo o bem-estar emocional, a espiritualidade, a sexualidade, o desempenho social, a vida familiar, a comunicação, a alimentação, a capacidade funcional e orientações futuras (Pimentel, 2006). Quanto ainda à caracterização da QdVRS esta é um conceito dinâmico pois muda ao longo do

tempo e depende das modificações do doente e ao redor deste. A mensurabilidade também é uma característica que lhe é imputada, existindo instrumentos validados que permitem a sua mensuração de uma maneira normalizada (Ferreira, 2000).

Quanto à temática do envelhecimento associado à Qualidade de Vida, a velhice nunca deve ser confundida com patologia por si própria. O processo de envelhecimento é dinâmico, progressivo e caracterizado por alterações nos campos biológicos, psíquico e social que ocorre ao longo da vida de forma diferenciada. A saúde e o bem-estar do idoso estão intimamente ligados à autonomia e independência que ele possui ou deve possuir e uma vez que estamos a abordar a temática da Qualidade de Vida relacionada com a Saúde, urge a investigação da percepção individual do idoso acerca das suas reais necessidades com o intuito de surgirem renovadas práticas de governação potenciadoras de um envelhecimento bem-sucedido, designadamente em contexto de institucionalização.

2.2 Qualidade de Vida na Terceira Idade – O velho, a velhice e o envelhecimento: Conceções desde a antiguidade até à atualidade

O envelhecimento é um contínuo fenómeno na vida das pessoas. É um fenómeno global que começa logo desde a nascença, mas convém que não se confundam os conceitos de envelhecimento e de velhice. O envelhecimento populacional, tal como já abordado anteriormente, é atualmente considerado um dos maiores desafios da saúde pública.” (...) O envelhecimento foi desde sempre motivo de reflexão dos homens na sua aspiração ao eterno, na sua perplexidade face ao sofrimento e à morte”. (Fonseca, Paúl, Martin & Amado, 2007). Esta última expressão leva-nos a pensar que a questão do velho, da velhice e do envelhecimento, conceitos esses que ao longo do tempo têm vindo a mudar, sempre nos inquietam ao longo de toda a nossa vida e que se encontram relacionados com o sofrer. É remoto o conceito de um envelhecimento relacionado com Qualidade de Vida uma vez que Aristóteles (384-322 A.C.), menciona o seguinte: “ As recomendações, para um envelhecimento bem-sucedido vão no sentido de uma alimentação moderada e exercício físico, banhos quentes e consumo de vinho” (Pimentel, 2006, pág. 17).

Para Gomes (2012), a cultura ocidental tem vindo a ser atravessada, desde a Antiguidade, por uma relação conflituosa entre o antigo e o moderno. Não se conhece princípio da História do envelhecimento. Desde os primórdios da humanidade que crescer é envelhecer. Segundo o mesmo autor, a velhice foi um fenómeno escondido, visível apenas na esfera da redoma familiar ou numa assistência asilar que não tinha em consideração a idade mas sim o abandono da sociedade para com os seus beneficiários. Só em meados do século XX é que se observa a emergência dessa minoria que deixa de ficar confinada à invisibilidade. Assim, com esta revolução de certa forma subtil e silenciosa é que começa o verdadeiro olhar sobre o envelhecimento sobre o qual nos estamos a debruçar neste momento. Nos primórdios da Humanidade não havia o contar do passar dos anos, as pessoas limitavam-se a morrer sem ter conhecimento da sua idade cronológica, conceito que será abordado posteriormente. A

inexistência de condições sanitárias, a escassez de alimentos e as intempéries não deixavam que até ao século XVIII a esperança de vida de uma pessoa excedesse os trinta anos de idade. Desde modo, já podemos constatar que o estado de velhice propriamente dito nas sociedades primitivas era uma utopia. Nessas ditas sociedades, os poucos idosos eram considerados indispensáveis pois eram considerados um fardo para a comunidade uma vez que a comida sendo racionada, deveria ser direcionada para os mais jovens e fortes. Cabia aos idosos, afastarem-se por vontade própria para os montes e ermos afim de morrerem para não serem um empecilho para a sociedade primitiva. Algumas tribos, durante as suas migrações abandonavam os seus idosos, entregando-os à sua sorte. Enquanto que nessas épocas mais primitivas a velhice era um fardo a carregar, ser-se idoso também teve os seus momentos de glória em algumas culturas. Posteriormente ser-se idoso era entendido como uma bênção, como uma iluminação, uma proteção divina. Começaram as pessoas idosas a ser associadas ao respeito, sendo vistas pelas comunidades como professores, curandeiros, sábios e chefes de destino das suas comunidades na medida em que quando a sua voz era consultada, a sua vontade era cumprida. Quando os nómadas deram lugar aos sedentários, o olhar sobre os idosos mudou dando origem a anciãos com consideração no clã e ocupando lugares de relevo na tomada de decisões fulcrais para o dia-a-dia da população. Este idoso foi durante muitos séculos, na Grécia e Roma Antigas, o arquivo vivo do conhecimento e o portador da história do seu povo bem como das suas tradições. Em Esparta eram recrutados os Homens mais valorosos e com boa reputação entre o povo para a leitura de oráculos que serviriam de indicação para a tomada de decisões de estratégias bélicas prudentes. Desde os primórdios do papado que a Gerontocracia também ocupou um papel fundamental. Mas como a evolução pauta-se sempre ou quase sempre num sentido cíclico, existiram épocas em que a sabedoria adquirida pelo passar dos anos deixa de ser uma garantia de competência e mais-valia. Na Idade Média, surge novamente um período de trevas para as pessoas idosas. No Ocidente Medieval ser-se idoso era por si só motivo para condenação à morte nas fogueiras uma vez que se acreditava que para tais pessoas atingirem o escalão sénior, esses deveriam pela certa ter pactos com o demónio. As mulheres idosas, essas então eram irrevogavelmente associadas a bruxarias e feitiçarias tendo como destino a pena de morte. No Renascimento, com as correntes humanistas e mais uma vez tal como o nome indica, a figura do idoso foi humanizada, passando a ser visto como patriarca, como chefe de família e uma vez mais o detentor de conhecimento e iluminação. Vemos deste modo que ao longo dos tempos ser-se ancião ora era um privilégio ora era um castigo, valorizando-se ou não a idade conforme as funções que estes exerciam nas comunidades tendo também em consideração a economia vigente, as diferenças de género entre outros fatores.

Em Portugal, podemos transpor a imagem do idoso traçado anteriormente a nível europeu. A imagem de pessoa idosa também oscilava entre a de sábio e venerável e a de louco e mendigo consoante as já abordadas anteriormente épocas da História. Este fenómeno do envelhecimento possuía geralmente um caráter pejorativo, uma vez que era um processo pessoal e que não merecia o olhar público. Estas pessoas, estando sós ou em família eram

confinadas ao espaço familiar e falecer de morte natural era um fenómeno um tanto afastado da sociedade. Esta perspetiva é posteriormente alterada com o surgimento das instituições de beneficência que são assim um marco nesta temática uma vez que traz a velhice para fora das casas mas que volta a fecha-la em albergues, hospícios e asilos. Assiste-se ao começo da assistência pública que vigora em Portugal desde a fundação da nacionalidade até aos fins do século XV. Desde o Século XII existiam várias confrarias, irmandades e ordens religiosas com a finalidade de ajudar os mais pobres no qual estavam sempre incluídos os idosos. A este grupo pertenciam assim idosos, mendigos e doentes. Deste modo não se tinha em consideração o fator idade propriamente dito mas sim o estado socioeconómico. Por conseguinte, até ao princípio do século XX a Terceira idade era associada a pobreza, indigência e doença. Cada um deveria prever os seus dias de velhice o máximo que pudesse, ou seja; toda essa previsão assentava essencialmente no sistema de trocas entre gerações no grupo familiar (Gomes, 2012). A velhice foi alvo de assistência sem especificidade durante muitos anos. Ainda hoje o envelhecimento populacional é por conseguinte considerado um dos maiores desafios da saúde contemporânea. Este surge independentemente das especificidades geográficas e as suas causas explicam-se pela diminuição de natalidade, pelo aumento da esperança de vida, a emancipação da mulher, a informação disponível a todos no que concerne a planeamento familiar, a melhoria do nível de vida, o notável progresso da medicina e a alteração da estrutura familiar que passa de alargada a nuclear. De acordo com Pereira (2012), o envelhecimento populacional ultrapassa a fronteira do biológico passando assim a um fenómeno social e de questão política. O que torna tantas vezes as gerações mais velhas uma faixa etária frágil é uma série de fatores que se juntam e formam um complexo puzzle a resolver tais como a perda de poder económico, o preconceito do estatuto de reformado.

Em Portugal, o artigo 72.º da Constituição da República Portuguesa declara que os idosos têm direito à segurança económica e a condições de habitação convívio familiar e comunitário que evitem e superem o isolamento ou marginalização social. A política de terceira idade engloba medidas de carácter económico, social e cultural que tendem a proporcionar às pessoas idosas oportunidades de realização pessoal, através de uma participação ativa na vida da comunidade.

O envelhecimento assume uma característica de universalidade representando uma realidade à qual nenhum de nós pode escapar e porque uma vez que vivemos cada vez mais tempo, urge com base no passado uma profunda reflexão deste fenómeno no presente e no futuro. O ato de envelhecer inclui idosos bem-sucedidos e ativos mas também pessoas dependentes no qual a sua autonomia é condicionada pelo contexto em que estes estão inseridos. (Gomes & Mata, 2012)

O envelhecimento é pois um dado adquirido por todos os seres vivos, não se envelhece ao mesmo ritmo e nem este fenómeno é encarado da mesma forma, sendo por isso heterogéneo.

É de notar que muitas vezes o velho, a velhice e o envelhecimento são palavras que a sociedade tende a conotar negativamente na medida em que esta etapa da vida está associada a perdas e deterioração das capacidades a vários níveis. O Ocidente vê, muitas vezes, erradamente a pessoa idosa como um ser improdutivo que não ocupa um papel ativo na sociedade. Perante os mesmos autores, o idoso sente-se assim desvalorizado, encaminhado para soluções normalizadoras que propõe o seu tratamento, a sua identidade é fragmentada, descaracterizada, menorizada, subordinada e a sua autonomia quebrada. Urge deste modo o apoio aos idosos, apoio baseado na família e na institucionalização de origem pública, privada ou em parceria de forma humanista.

Embora a investigação sobre o envelhecimento tenha vindo a desmistificar ideias erradas sobre a pessoa idosa, o idadismo, é indispensável uma visão holística da pessoa idosa como bem-estar biológico, psicológico e social com uma maior necessidade de cuidados psíquicos e sociais no qual, deste modo, os profissionais de saúde não devem descurar as causas de um mal-estar com efeitos nefastos para a saúde só porque o doente é uma pessoa idosa. O envelhecimento é muitas vezes associado a perdas e mesmo segundo o olhar clínico há uma maior incidência de doenças sejam ou não explicadas pelo envelhecimento propriamente dito. É de notar que devemos ter em consideração que muitas vezes caímos no erro de, por falta de sensibilidade ou preparação, de descurar os sintomas alusivos à idade como se estes fossem por si só uma patologia.

De acordo com Vaz, Silva e Sousa (2003), o conceito de velhice comumente remete-nos para uma análise para que esta faz parte de um grupo homogéneo, mas tal ideia para este autor não será a mais adequada. A idade não é um fator que pode por si só medir as transformações decorrentes do envelhecimento uma vez que as alterações surgidas com a idade dependem também das vivências que cada um teve ao longo do seu percurso vital. A idade por sua vez não assume um conceito estático mas sim assume vastos sentidos nomeadamente, a idade cronológica refere-se ao tempo entre o nascimento e o momento presente, a idade jurídica diz respeito à idade em que o indivíduo adquire determinados direitos e deveres perante a sociedade. A idade biológica tem em conta o ritmo a que cada indivíduo envelhece. A idade psico - afetiva reflete a personalidade e as emoções dos indivíduos e a idade social está relacionada com os papéis que a sociedade atribui a uma pessoa. Assim, o fator idade não pode servir para esclarecer quem é velho e quem não o é e a velhice deverá ser entendida como não como um processo homogéneo mas sim heterógeno.

De acordo com Carvalho e Dias (2011), todas as definições que possamos apontar nunca serão suficientes para dizer o que realmente é ser-se idoso. Esses conceitos de velho, velhice e envelhecer, já abordados anteriormente são bastante complexos. O adjetivo velho, a nível positivo, significa deteriorado e aplica-se a coisas, pessoas ou animais. Como substantivo refere-se somente a pessoas de uma idade já avançada, deste modo, tendencialmente, a palavra velho tem uma conotação depreciativa, pejorativa, sendo que o mais correto é usar-se a palavra idoso. Quanto ao envelhecer, de acordo com estes autores, tem a haver como evolui o nosso corpo com o passar do tempo. Uma vez que, já abordado anteriormente o

envelhecimento é um processo comum a todas as idades, a velhice por seu lado, corresponde a uma etapa precisa, não devendo ser obrigatoriamente à idade cronológica, ou seja; a idade biológica do individuo correspondente à data de nascença deste.

Segundo Carvalho e Dias (2011), o envelhecimento populacional é um fenómeno de extrema complexidade que está envolto em aspetos socioculturais, políticos e económicos numa interação dinâmica e subjetiva de acordo com cada um de nós. Assim, a reestruturação dos sistemas de reforma, a organização do serviço de Segurança Social e as Políticas de Saúde devem ter em consideração a saúde mental e o bem-estar da pessoa idosa, encarados comumente como indícios da qualidade de vida das populações, não se tratando apenas de prevenir o aparecimento de doenças. As pessoas idosas devem estar inseridas num ambiente estimulante, num meio que lhes proporcione o facto de serem ativas sob todos os pontos de vista, objetivando o facto de que o declínio inevitável de determinadas funções associadas envelhecimento possa ser retardado tendo em vista a melhoria da qualidade de vida relacionada com a saúde.

Parte II- Parte Empírica

1. Metodologia

A metodologia consiste no desenho da investigação do estudo.

O desenho da investigação constitui o plano lógico criado pelo investigador com vista a obter respostas válidas às questões de investigação colocadas (Fortin, 2011).

Este capítulo inclui justificação da problemática, finalidade e objetivos, tipo de estudo, população, variáveis, hipóteses, procedimentos e técnicas de recolha de informação, princípios éticos que regem o estudo e finalmente as conclusões do presente trabalho de investigação.

1.1 Problemática

A mobilização da evidência produzida em torno da Qualidade de Vida dos Idosos Institucionalizados pelas redes de apoio à Terceira Idade é fundamental no apoio a idosos e às respostas dos mesmos às transições e crises que frequentemente marcam esta etapa do ciclo de vida. É necessário conhecer a perceção das pessoas idosas sobre a Qualidade de Vida de modo a otimizar todo o processo de Gestão numa lógica cada vez mais centrada na opinião do utilizador. Pretendemos elaborar um estudo de caso partindo de uma abordagem quantitativa para perceber a Qualidade de Vida dos idosos institucionalizados numa IPSS, trazendo para o centro das práticas de gestão institucional e dos cuidados prestados as regularidades bem como as especificidades das perceções dos seus utentes.

Esta problemática é particularmente interessante para mim uma vez que concilia a Gerontologia e a Gestão das Organizações, duas áreas da minha formação.

1.2 Objeto de estudo, questões de investigação e objetivos

Este trabalho tem como objeto de estudo a Qualidade de vida das pessoas idosas numa IPSS situada numa freguesia do concelho da Póvoa de Varzim com a finalidade contribuir para a melhoria dos processos de gestão, assim como objetivos:

- Avaliar a Qualidade de Vida dos idosos institucionalizados numa IPSS
- Estudar as relações das dimensões da Qualidade de Vida com as características sociodemográficas da população;
- Propor eventuais ações de melhoria assentes nos resultados do trabalho.

1.3 Tipo de Estudo

O presente estudo reveste-se de um caráter analítico, observacional e transversal uma vez que pretende descrever as características da população no que se refere às variáveis em estudo. No que concerne ao período de seguimento, é um estudo transversal na medida em que as características da população são recolhidas num só momento. Trata-se também de um estudo observacional pois não há manipulação de intervenções diretas sobre os indivíduos em

estudo ou seja; o investigador centra-se na observação do fenómeno e das suas características.

1.4 Caracterização do terreno da pesquisa

Após estruturada a população a participar no estudo, torna-se imperiosa a sua caracterização uma vez que estamos perante um estudo descritivo pois pretende descrever as características da população. A população deste estudo é constituída por trinta e sete utentes institucionalizados numa IPSS na freguesia do concelho da Póvoa de Varzim. Quanto à caracterização do terreno de pesquisa foi feita uma pesquisa em bibliografia relativa à freguesia em questão.

A Instituição estudada é uma Instituição Particular de Solidariedade Social com sede numa freguesia do concelho da Póvoa de Varzim. Foi criado no dia 26 de dezembro de 1897 por vários benfeitores naturais da vila. Serviu essencialmente nos primeiros anos para albergar idosos e posteriormente também crianças e jovens desamparados de uma situação calamitosa proveniente da 1ª Grande Guerra Mundial. Após essa fase de escassez de meios, no qual esteve incluído o período da 2ª Guerra Mundial, a IPSS voltou em 1964 a albergar somente idosos carenciados. Somente a 29 de Maio de 1993 se iniciou a construção do Centro Social num dos terrenos doados à Instituição. Assim, em 1995 o Centro Social comumente apelidado somente por “Lar de idosos” tinha agora instalações aprazíveis e alargou o leque de respostas sociais nomeadamente com a criação de unidades de Serviço de Apoio Domiciliário, Centro de Dia, Creche, Jardim de Infância e Centro de Atividades de Tempos Livres.

O nosso estudo incidiu nos residentes do Lar de Idosos tendo-se definido os seguintes critérios de inclusão:

- Ser institucionalizado na IPSS em causa;
- Ter mais de sessenta e cinco anos de idade;
- Possuir capacidade cognitiva para responderem aos questionários;
- Ter um tempo de permanência na instituição igual ou superior a três meses.

Todos os utentes que não se enquadraram nestes critérios foram automaticamente excluídos.

1.5 Variáveis

Uma variável é uma propriedade de variação mensurável e observável. As variáveis são qualidades, propriedades e/ou características estudadas numa investigação (Marôco, 2007).

“ Uma variável é um conceito ao qual se pode atribuir uma medida. Corresponde a uma qualidade ou a uma característica qua são atribuídas a pessoas ou a acontecimentos que constituem objeto de investigação e às quais é atribuído um valor numérico (Fortin, 2011).

Como variáveis independentes consideramos as variáveis alusivas à Saúde e também as variáveis sociodemográficas, ou seja; o sexo, a idade, a alfabetização e o estado civil. As

variáveis sociodemográficas foram operacionalizadas com o objetivo de reagrupar as classes de modo a facilitar situações mais pertinentes para o estudo em causa.

Tabela 1. Operacionalização das variáveis

Tipo	Operacionalização	Tipo de Variável
Variáveis Independentes	Idade	Anos Métrica
	Sexo	Feminino
		Masculino
	Escolaridade	Sim
		Não
Estado Civil	Viúvo, Casado e Divorciado	
	Solteiro	
Variável Dependente	Qualidade de Vida	Função Física
		Desempenho Físico
		Dor Física
		Saúde em geral
		Vitalidade
		Função Social
	Dimensões EQ- 5D	Desempenho Emocional
		Saúde Mental
		Mobilidade
		Cuidados Pessoais
		Atividades sobre a rotina
		Desconforto/Dor
		Ansiedade/Depressão
Dimensões SF- 36 versão 2	Qualidade de Vida	Função Física
		Desempenho Físico
		Dor Física
		Saúde em geral
		Vitalidade
		Função Social

1.6 Hipóteses

Após abordada a problemática, surge a formulação de hipóteses. O uso de hipóteses permite atingir um nível bastante elevado de interpretação de resultados potenciando a análise da relação entre as variáveis. De acordo com Fortin (2011), hipótese é o enunciado formal de relações entre duas ou mais variáveis. Estas dizem respeito à verificação empírica de modo a que a problemática possa ser explicada. A hipótese consiste na afirmação de uma ou mais relações entre duas ou mais variáveis em estudo. Perante tais afirmações foram criadas hipóteses baseadas na revisão da literatura e com os objetivos da investigação nomeadamente:

H1: Existem diferenças entre a distribuição de cada dimensão da QdV quanto ao SF-36 em função da idade.

H2: Existem diferenças entre a distribuição de cada dimensão da QdV quanto ao SF-36 em função do sexo.

H3: Existem diferenças entre a distribuição de cada dimensão da QdV quanto ao SF-36 em função do estado civil.

H4: Existem diferenças entre a distribuição de cada dimensão da QdV quanto ao SF-36 em função da escolaridade.

H5: Existem diferenças entre a média de cada dimensão da QdV quanto ao EQ-5D em função do sexo.

H6: Existem diferenças entre a média de cada dimensão da QdV quanto ao EQ-5D em função da idade.

H7: Existem diferenças entre a média de cada dimensão da QdV quanto ao EQ-5D em função da escolaridade.

H8: Existem diferenças entre a média de cada dimensão da QdV quanto ao EQ-5D em função do estado civil.

1.7 Procedimentos e Técnicas de Recolha de Informação

A fase empírica consiste na recolha de dados, no seu tratamento e posterior discussão de resultados. Aquando das entrevistas para a recolha de informação tivemos sempre em consideração uma uniformização da apresentação das questões de forma a evitar enviesamentos nas respostas obtidas, ou seja; as perguntas foram sempre lidas pela mesma ordem e num tom de voz neutro para não influenciar o questionado.

Preferimos usar o questionário é o instrumento mais usado na recolha de informação pois estabelece limites num grupo de questões elaboradas com o intuito de avaliar a opinião dos inquiridos. Escolhemos esta técnica de recolha de dados uma vez que é de resposta rápida, interpretação objetiva, codificação simplificada e acarreta custos reduzidos para o entrevistador. No que concerne à organização da informação, a cada unidade foi atribuído um número por ordem crescente de recolha e os valores de cada variável eram assim introduzidos na base de dados afim de ser mais fácil o arquivo destes. Foi também criado para cada variável um código, devido ao facto de possuírem nomes extensos e o respetivo número que cada variável assume.

O primeiro instrumento a ser aplicado no nosso estudo foi o Mini Exame do Estado Mental afim de efetuarmos uma triagem dos utentes que se encontravam com condições cognitivas para responder aos questionários nomeadamente o SF-36 versão 2 e o questionário EQ-5D. De acordo com Lourenço e Veras (2006), o Mini Exame do Estado Mental de Folstein

(1975), é um breve questionário de 30 itens usado para rastrear perdas cognitivas, entre elas, a demência. Em cerca de dez minutos mede funções como a aritmética, a memória e a Orientação. A estrutura do Mini Exame Mental é atualmente usado pela *Psychological Assessment Resources*. O questionário tem a vantagem de proporcionar ao investigador e inquiridos o facto de ser de resposta rápida, interpretação objetiva, codificação simples e de haver uma diminuição dos custos a suportar. No que concerne à interpretação do questionário, considera-se que qualquer pontuação igual ou superior a 27, de um total de 30 pontos, é efetivamente considerada normal, sendo que seguimos estes critérios para seleção dos inquiridos. Abaixo de tal pontuação, esta pode indicar perda cognitiva grave, (igual ou inferior a nove pontos), moderada, (de dez a vinte pontos) ou leve (vinte e um a vinte e quatro pontos). Seguidamente foram aplicados o *Medical Outcome Study 36 – versão 2 – item Short Form* e o *Euroqol EQ – 5D*, versão Portuguesa do Centro de Estudos e Investigação em Saúde da Universidade de Coimbra (1997-1998). O questionário SF-36 versão 2 que pretende medir e avaliar o estado de saúde de populações, ou seja; a perceção que estas têm acerca da sua saúde. Escolhemos este instrumento pois a auto -perceção do estado de saúde é um fator de extrema importância para a Qualidade de Vida de um indivíduo.

O SF – 36 versão 2 é um questionário composto por 36 itens e que se encontra resumido em oito escalas, sendo que o seu resultado varia de 0 a 100 pontos, sendo 0 o pior estado geral de saúde e que 100 pontos correspondem ao melhor estado geral de saúde. Este teste é genérico, avalia o estado geral de Saúde, não sendo especificado para determinada idade, doença ou tratamento. É dado grande enfoque na “performance” física, social e emocional. A escala SF-36 versão 2 é composta por duas grandes dimensões, a componente física e a componente mental. Esta foi elaborada como uma medida standardizada do estado de saúde que ao todo engloba 36 itens e que de acordo com Ferreira e Santana (2003), se dividem em 8 dimensões:

- Função Física (FF): Tem como propósito avaliar o nível de autonomia funcional para executar atividades físicas. Esta dimensão contém 10 itens (3a, 3b, 3c,3d,3e, 3f, 3g, 3h,3i,3j);
- Desempenho Físico (DF): avalia o nível de limitação física de acordo com a quantidade de trabalho feito. Esta dimensão contém 4 itens (4a, 4b, 4c, 4d);
- Dor Corporal (DC): Diz respeito à Dor propriamente dita e à maneira como esta interfere na rotina do indivíduo. Esta dimensão contém 2 itens (7,8);
- Saúde Geral (SG) avalia a saúde do indivíduo como um todo bem como a sua capacidade de resistência á doença. Esta dimensão contém 5 itens (1, 11a, 11b, 11c, 11d);
- Vitalidade (VT): permite-nos medir os níveis de energia e de fadiga do indivíduo. Esta dimensão contém 4 itens (9a, 9e, 9g, 9i);
- Função Social (FS): Consiste em gerir o défice físico e emocional como a qualidade das atividades sociais. Esta dimensão contém 2 itens (6,10);

- Desempenho Emocional (DE): Avalia o grau de limitação emocional de acordo com o trabalho efetuado. Esta dimensão contém 3 itens (5a, 5b, 5c);

Fonte: Ferreira (2000)

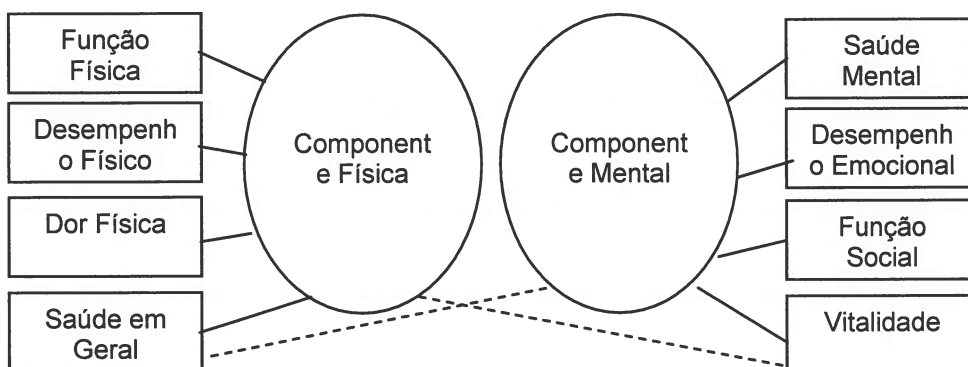


Figura 1. Modelo de medição do SF-36 v2 e respetivas dimensões.

-Saúde Mental (SM): É avaliada a presença de componentes de saúde mental como a ansiedade e/ou depressão bem como outros componentes emocionais. Esta dimensão contém 5 itens (9b,9c,9d, 9f,9h). No SF- 36 versão 2, a componente física engloba Função Física, Desempenho Físico, Dor Corporal e Saúde Geral. No que concerne à vertente mental, esta engloba as seguintes dimensões: Vitalidade, Saúde Mental, Desempenho Emocional e Função Social.

Tabela 2. Apresentação e descrição das variáveis SF 36 versão 2

Escala	Item	Conteúdo abreviado	Pontuação	Interpretação
Função física	3a	Atividades violentas, tais como correr, levantar pesos, desportos violentos	1 a 3	O resultado da escala é dado pela soma algébrica dos valores de cada item. Esta escala está pontuada de modo que um resultado alto indica um melhor desempenho físico.
	3b	Atividades moderadas, tais como deslocar uma mesa ou aspirar a casa	1 a 3	
	3c	Levantar ou carregar as compras da mercearia	1 a 3	
	3d	Subir vários lanços de escada	1 a 3	
	3e	Subir um lanço de escadas	1 a 3	
	3f	Inclinar-se, ajoelhar-se ou baixar-se	1 a 3	
	3g	Andar mais de 1 Km	1 a 3	

	3h	Andar vários quarteirões	1 a 3	
	3i	Andar um quarteirão	1 a 3	
	3j	Tomar banho ou vestir-se sozinho/a	1 a 3	
Desempenho físico	4a	Diminuiu o tempo gasto a trabalhar ou noutras atividades	1 a 5	O resultado da escala é dado pela soma algébrica dos valores de cada item. Esta escala de desempenho está pontuada de modo que um resultado alto indica um menor impacto das limitações em saúde devidas a problemas físicos.
	4b	Fez menos do que queria	1 a 5	
	4c	Limitado/a no tipo de trabalho ou outras atividades	1 a 5	
	4d	Dificuldade em executar o trabalho ou outras atividades	1 a 5	
Dor física	7	Intensidade das dores	1 a 5**	O resultado da escala é dado pela soma algébrica dos valores de cada item. Esta escala está pontuada de modo que um resultado alto indica ausência de dor corporal.
	8	Interferência da dor no trabalho normal	1 a 5**	
Saúde em geral	1	A sua saúde é: ótima, muito boa, boa, razoável, fraca	1 a 5**	O resultado da escala é dado pela soma algébrica dos valores de cada item. Esta escala está pontuada de modo que um resultado alto indica melhor percepção do estado de saúde geral.
	11a	Parece que adoço mais facilmente do que os outros	1 a 5	
	11b	Sou tão saudável como qualquer outra pessoa	1 a 5*	
	11c	Estou convencido/a que a minha saúde vai piorar	1 a 5	
	11d	A minha saúde é ótima	1 a 5*	
Vitalidade	9a	Cheio/a de vitalidade	1 a 5*	O resultado da escala é dado pela soma algébrica dos valores de cada item. Esta escala está pontuada de modo que um resultado alto indica mais vitalidade.
	9e	Com muita energia	1 a 5*	
	9g	Sentiu-se estafado/a	1 a 5	
	9i	Sentiu-se cansado/a	1 a 5	

Função social	6 10	Interferência dos problemas de saúde nas atividades sociais normais	1 a 5*	O resultado da escala é dado pela soma algébrica dos valores de cada item. Esta escala está pontuada de modo que um resultado alto indica um melhor desempenho social.
		Número de casos em que a saúde física interferiu nas atividades sociais	1 a 5	
Desempenho emocional	5a	Diminuição do tempo gasto a trabalhar ou noutras atividades	1 a 5	O resultado da escala é dado pela soma algébrica dos valores de cada item. Esta escala de desempenho está pontuada de modo que um resultado alto indica um menor impacto das limitações em saúde devidas a problemas emocionais.
	5b	Fez menos do que queria	1 a 5	
	5c	Não trabalhou tão cuidadosamente como era costume	1 a 5	
Saúde mental	9b	Sentiu-se muito nervoso/a	1 a 5	O resultado da escala é dado pela soma algébrica dos valores de cada item. Esta escala está pontuada de modo que um resultado alto indica uma melhor saúde mental.
	9c	Sentiu-se tão deprimido/a que nada o/a animava	1 a 5	
	9d	Sentiu-se calmo/a e tranquilo	1 a 5*	
	9f	Sentiu-se triste e em baixo	1 a 5	
	9h	Sentiu-se feliz	1 a 5*	
Transição em saúde	2	Classificação da saúde atual comparada com o que acontecia há um ano	1 a 5	Esta escala está pontuada de modo que um resultado alto indica percepção de variação positiva do estado de saúde geral.

Também foi utilizado o questionário EQ-5D que permite avaliar a qualidade de Vida dos indivíduos e que de acordo com este questionário permite a junção de duas componentes essenciais de qualquer medida de qualidade de vida relacionada com a saúde a ser usada em avaliações económicas de custo-utilidade, uma vez que traça um perfil descrevendo o estado de saúde em termos de domínios ou dimensões e fornece-nos um valor numérico associado ao estado de saúde anteriormente descrito (Ferreira, 2013).

No que concerne às propriedades psicométricas dos questionários SF- 36 versão 2 e do EQ-5D a fiabilidade e validade tem sido amplamente evidenciadas na investigação produzida. A validade do instrumento é a capacidade deste em medir aquilo que realmente se propõe a medir. Esta propriedade psicométrica engloba três aspetos, nomeadamente: validade do conteúdo, grau em que os conteúdos propriamente ditos se encontram relacionados com aquilo que pretendemos medir, validade de construção, capacidade do instrumento em

demonstrar dado conceito e finalmente a validade de critério. A fiabilidade consiste no grau em que a aplicação do instrumento, de forma repetida e independentemente da altura em que é aplicado, produz resultados iguais. Prende-se com a precisão e consistência dos resultados a fim de assegurar rigor nas conclusões tiradas e na sua mobilização na promoção de melhoria dos processos de gestão.

Para a análise estatística fizemos uma abordagem quantitativa com a utilização do *software* SPSS na sua versão 21.0, cujos resultados foram analisados utilizando-se a estatística descritiva, nomeadamente frequências absolutas e frequências relativas e nas variáveis quantitativas, para além das medidas enunciadas recorreu-se a medidas de tendência central nomeadamente: moda, média, mediana, amplitude e desvio-padrão. Na análise inferencial usaram-se testes não paramétricos e paramétricos, em função do nível de mensuração e da distribuição das variáveis. A normalidade da distribuição foi estudada com recurso ao coeficiente de assimetria/ curtose, sendo que se os valores se situarem entre -3 e 3 considera-se que a normalidade está assegurada (Klinne, 2011). Foi adotado o nível de significância de 5%, tendo-se considerado de acordo com Pestana e Gageiro (2005), $p > 0,05$ – não significativo; $p < 0,05$ – significativo; $p < 0,01$ – bastante significativo; $p < 0,001$ – altamente significativo.

Os testes paramétricos são globalmente mais potentes do que os não paramétricos, pelo que se recomenda a sua utilização aquando de uma distribuição normal (Marôco, 2007).

Em situações em que se pretende estudar o efeito de uma variável quantitativa sobre a QdV (EQ-5D) em que as frequências sejam baixas, pese embora sigam a distribuição normal, utilizar-se-á o teste paramétrico, utilizando-se os resultados obtidos neste, sempre que decisão estatística depende no mesmo sentido.

A análise de dados foi efetuada com recurso ao programa estatístico SPSS sendo os resultados apresentado em formato de tabelas no sentido de garantir uma apresentação e análise adequada de informação.

1.8. Procedimentos Éticos

Tendo em consideração os aspetos éticos relacionados com a instituição onde ocorreu a recolha de dados, foi efetuado um pedido de autorização ao Conselho de Administração da IPSS. O pedido foi pronta e favoravelmente definido dentro dos limites de tempo.

Quanto ainda aos aspetos éticos, é de notar que qualquer estudo realizado com seres humanos gera questões morais e éticas e o investigador torna-se assim sob responsabilidade penal, deontológica e civil no que concerne às associações profissionais. Este passa a assumir também um carácter de responsabilidade moral perante a sociedade, comunidade científica e restantes intervenientes no processo. Deste modo foi também assegurada a sua privacidade e a possibilidade de um futuro acesso aos questionários preenchidos. É de notar que foi também assegurada a possibilidade de desistência em qualquer momento da realização do estudo.

2. Apresentação dos resultados

Após a recolha de informação urge a posterior análise e interpretação dos resultados. No tratamento de dados procedeu-se à análise da Estatística Descritiva e Inferencial. Na Estatística Descritiva foram avaliadas medidas como a média, moda, mediana, desvio-padrão, mínimo, máximo e medidas de frequência relativa e absoluta quando se aplicava tal necessidade.

A nível demográfico, constatamos que dos 37 participantes no estudo, há 24 mulheres (64,9%) e 13 homens (35,1%). A idade média é de 79,38 anos \pm desvio- padrão de 7,94 anos a variar entre 62 anos e os 96 anos. Existem assim apenas 14 pessoas (37,8%) com idade abaixo dos 74 anos de idade e 23 pessoas (62,2%) com idade acima desse valor.

No que concerne ao estado civil há 27 pessoas (73,0%) casados/ união de facto que e restantes 10 utentes (27,0%) são solteiros. No que diz respeito à alfabetização, 24 utentes (64,9%) frequentaram a escola até ao 4º ano de escolaridade e 13 utentes (35,1%) não frequentaram a qualquer estabelecimento de ensino.

Tabela 3. Estatística descritiva das variáveis sociodemográficas

Variáveis	Classes da Variável	Frequência Absoluta	Frequência Relativa	Moda	Média	Mediana
Idade	<75 anos	14	37,8	80,00	79,38	80,00
	\geq 75 anos	23	62,2			
Sexo	Masculino	13	35,1	-	-	-
	Feminino	24	64,9	-	-	-
Escolaridade	Sim	24	64,9	-	-	-
	Não	13	35,1	-	-	-
Estado Civil	Viúvo, casado ou divorciado	27	73,0	-	-	-
	Solteiro	10	27,0	-	-	-
Total		37	100	-	-	-

Em relação à estatística descritiva das Dimensões do SF 36 versão 2 a dimensão com pontuação mais elevada é o Desempenho Emocional com uma média \pm dp de 90,09 \pm 16,65 e a dimensão com pontuação inferior é a Função Física com uma média \pm dp de 42,30 \pm 31,17. Segue-se a respetiva tabela.

Tabela 4. Estatística descritiva SF-36 versão 2

Dimensões	Média	Mediana	Desvio-padrão	Mínimo	Máximo
Função Física	42,30	40,00	31,17	0,00	95,00
Desempenho Físico	82,60	93,75	22,10	0,00	100,00
Dor Física	71,14	74,00	21,23	30,00	100,00
Saúde em Geral	43,78	45,00	17,79	15,00	85,00
Vitalidade	64,59	60,00	27,45	10,00	100,00
Função Social	52,36	50,00	8,76	37,50	75,00
Desempenho Emocional	90,09	100,00	16,65	25,00	100,00
Saúde mental	61,08	64,00	20,86	16,00	100,00

Como podemos ver na Tabela 5, através do cálculo do coeficiente de assimetria/ curtose verifica-se que uma das dimensões da QV não seguem uma distribuição normal, pelo que para testar as hipóteses inerentes à QV estudada através do SF 36 versão 2 recorreremos aos testes não paramétricos.

Tabela 5. Coeficiente de assimetria / Curtose SF - 36 versão 2

Dimensão	Assimetria	Erro Padrão da Assimetria	Coefficiente de Assimetria	Curtose	Erro Padrão da Curtose	Coefficiente de Curtose
Função Física	0,18	0,39	0,46	-1,27	0,76	-1,67
Dor física	-0,18	0,39	-0,46	-0,94	0,76	-1,23
Vitalidade	-0,17	0,39	-0,44	-1,1	0,76	-1,46
Desempenho Físico	-2,03	0,39	-5,24	5,06	0,76	6,66
Saúde em geral	0,38	0,39	0,97	-0,46	0,76	-0,60
Função social	0,74	0,39	1,92	1,17	0,76	1,53
Desempenho Emocional	-2,29	0,39	-5,90	5,94	0,76	7,82

Saúde mental	-0,36	0,39	-0,91	-0,34	0,76	-0,45
--------------	-------	------	-------	-------	------	-------

De seguida, procedemos à análise das Hipóteses.

H1 – Existem diferenças entre a distribuição de cada dimensão do SF-36 quanto ao SF-36 em função da idade.

Após a análise de significância pelo U *Mann- Withney* relativa ao resultado comparativo entre o grupo “< 75 anos” e o grupo “≥ 75 anos”, cujos dados estão apresentados na tabela 6 podemos concluir que existem diferenças estatisticamente bastante significativas nas dimensões:

- Função Física: U *Mann – Withney*=94,50,p= 0,037;
- Dor Física: U *Mann – Withney*= 53,50,p= 0,001;
- Saúde em Geral: U *Mann-Withney*=76,00, p=0,008.

Deste modo, segundo os resultados apresentados verifica-se a confirmação parcial da Hipótese 1.

Tabela 6. Ordem média, valores de prova e do U *Mann- Withney* das dimensões do SF-36 em função da Idade

	Idade classes		Valor de prova	U <i>Mann- Withney</i>
	<75 anos	≥ 75 anos		
	N=14	N= 23		
	Ordem Média			
Função Física	23,75	16,11	0,04	94,50
Desempenho físico	21,07	17,74	0,35	132,00
Dor Física	26,68	14,33	0,001	53,50
Saúde em Geral	25,07	15,30	0,008	76,00
Vitalidade	21,32	17,59	0,30	128,50
Função Social	21,25	17,63	0,245	129,50
Desempenho emocional	21,79	17,30	0,175	122,00
Saúde Mental	20,14	18,30	0,615	145,00

H2 – Existem diferenças entre a distribuição de cada dimensão da QdV quanto ao SF-36 em função da escolaridade.

Após a análise de significância pelo U *Mann-Withney* relativa ao resultado comparativo entre o grupo “escolarizado” e o grupo “não escolarizado”, cujos dados estão apresentados na

Tabela 7, podemos concluir que não existem diferenças estatisticamente significativas nas dimensões da QV e a escolaridade dos idosos institucionalizados. Deste modo, rejeita-se H2.

Tabela 7. Ordem média, valores de prova e do U *Mann- Withney* das dimensões do SF-36 função da escolaridade

	Escolaridade		Valor de prova	U <i>Mann- Withney</i>
	sim	não		
	Ordem média			
Função Física	18,42	20,08	0,66	142,00
Desempenho físico	17,15	22,42	0,15	111,50
Dor Física	17,73	21,35	0,33	125,50
Saúde em Geral	17,29	22,15	0,19	115,00
Vitalidade	18,31	20,27	0,60	139,50
Função Social	19,00	19,00	1,00	156,00
Desempenho emocional	17,85	21,12	0,33	128,50
Saúde Mental	17,15	22,42	0,16	111,50

H3 – Existem diferenças entre a distribuição de cada dimensão da QdV quanto ao SF-36 em função do estado civil.

Após a análise de significância através do U *Mann-Withney* relativo ao resultado comparativo das distribuições das dimensões da QV entre dois grupos “Viúvo, casado ou divorciado” e o grupo “solteiro”, cujos dados estão apresentados na tabela 8 podemos concluir que existe diferença estatisticamente significativa relativa à dimensão Vitalidade (U *Mann-Withney* = 77,50; p= 0,047).

Deste modo, segundo os resultados apresentados verifica-se a confirmação parcial da Hipótese 3.

Tabela 8. Ordem média, valores de prova e do U *Mann- Withney* das dimensões do SF-36 em função do Estado Civil

Estado civil- classes				
	Viúvo, casado, divorciado		Solteiro	
	Ordem média		Valor de prova	U <i>Mann- Withney</i>
Função Física	19,91	16,55	0,401	110,50
Desempenho físico	20,28	15,55	0,227	100,50
Dor Física	19,35	18,05	0,742	125,50
Saúde em Geral	20,37	15,30	0,204	98,00
Vitalidade	21,13	13,25	0,047	77,50
Função Social	19,07	18,80	0,936	133,00
Desempenho emocional	18,59	20,10	0,676	124,00
Saúde Mental	20,69	14,45	0,119	89,500

H4 – Existem diferenças entre a distribuição de cada dimensão da QdV quanto ao SF-36 em função do sexo.

Após a análise de significância dada pelo U *Mann-Withney* relativo ao resultado comparativo das distribuições das dimensões da QV entre dois grupos “Masculino” e o grupo “Feminino”, cujos dados estão apresentados na Tabela 9, podemos concluir que existem diferenças estatisticamente significativas quanto às dimensões:

- Função Física: Teste U *Mann –Withney* = 83,50, p =0,021;
- Dor Física: Teste U *Mann-Withney*= 84,50, p=0,021;
- Saúde em Geral: Teste U *Mann-Withney*= 71,50, p=0,007;
- Saúde Mental: Teste U *Mann-Withney*= 85,00, p=0,024;

Deste modo, segundo os resultados apresentados verifica-se a confirmação parcial da Hipótese 4.

Tabela 9. Ordem média, valores de prova e do Teste U *Mann- Withney* das dimensões do SF-36 em função do sexo

	Sexo (classes)		Valor de Prova	U <i>Mann- Withney</i>
	Masculino	Feminino		
	Ordem Média			
Função Física	24,58	15,98	0,021	83,50
Desempenho físico	21,96	17,40	0,210	117,50
Dor Física	24,50	16,02	0,021	84,50
Saúde em Geral	25,50	15,48	0,007	71,50
Vitalidade	22,35	17,19	0,162	112,50
Função Social	21,96	17,40	0,149	117,50
Desempenho emocional	19,46	18,75	0,832	150,00
Saúde Mental	24,46	16,04	0,024	85,00

No que concerne à estatística descritiva do EQ-5D concluímos que a maioria dos idosos institucionalizados, 17 idosos, apresenta algumas limitações quanto à sua mobilidade, 16 (43,2%) não tem dificuldades na realização dos seus cuidados pessoais. Nas Atividades Habituais, 21 (56,8%) idosos não apresenta quaisquer problemas, assim como 20 (54,1%) idosos institucionalizados não apresenta Dor ou Mal- Estar significativos. Por fim, o mesmo número de 20 idosos (54,1%) refere que estes não apresentam sintomas de Ansiedade/Depressão.

Tabela 10. Estatística Descritiva do EQ- 5D

	Itens de Resposta	Frequência Absoluta	Frequência Relativa (%)	Desvio - Padrão
Mobilidade	Não tenho problemas	16	43,2	0,67
	Tenho alguns problemas	17	45,9	
	Tenho bastantes problemas	4	10,8	
Cuidados Pessoais	Não tenho problemas	16	43,2	0,81
	Tenho alguns problemas	12	32,4	
	Tenho bastantes problemas	9	24,3	
Atividades Habituais	Não tenho problemas	21	56,8	0,69
	Tenho alguns problemas	12	32,4	
	Tenho bastantes problemas	4	10,8	
Dor/ Mal Estar	Não tenho problemas	20	54,1	0,56
	Tenho alguns problemas	16	43,2	

	Tenho bastantes problemas	1	2,7	
EQ- 5D	Não tenho problemas	20	54,1	
Ansiedade/	Tenho alguns problemas	15	40,5	0,61
Depressão	Tenho bastantes problemas	2	5,4	

O Coeficiente de Assimetria/ Curtose relativo às 5 variáveis do EQ-5D, ao contrário daquilo que verificamos em relação às dimensões da QV avaliadas pelo questionário SF-36 versão 2 permite-nos assumir a normalidade da distribuição.

Tabela 9. Coeficiente de Assimetria/Curtose EQ- 5D

Dimensão	Assimetria	Erro Padrão da Assimetria	Coefficiente de Assimetria	Curtose	Erro Padrão da Curtose	Coefficiente de Curtose
Mobilidade	0,484	0,388	1,247	-0,673	0,759	-0,887
Cuidados Pessoais	0,915	0,388	2,358	-0,320	0,759	-0,422
Atividades Habituais	0,368	0,388	0,948	-0,1376	0,759	-0,181
Dor/ Mal - Estar	0,560	0,388	1,443	-0,750	0,759	-0,988
Ansiedade/ Depressão	0,735	0,388	1,894	-0,358	0,759	-0,472

H5 –Há diferenças entre a média de cada dimensão da QdV quanto ao EQ-5D em função do sexo.

Após a análise de significância do Teste *t-Student* relativo ao resultado comparativo entre as médias das dimensões do EQ- 5D e o Sexo, cujos dados estão apresentados na tabela 12, podemos concluir que existem diferenças estatisticamente bastante significativas na dimensão Ansiedade/ Depressão uma vez que $p= 0,001$ ($t\text{-Student}=1,537$; $p= 0,024$).

Deste modo, segundo os resultados apresentados verifica-se a confirmação parcial da Hipótese 5.

Tabela 10. Média, valores de prova e do Teste t-Student das dimensões do EQ-5D em função do sexo

	Sexo		Valor de prova	t - Student
	Masculino	Feminino		
	Média			
Mobilidade	1,31	1,88	0,801	-2,668
Cuidados Pessoais	1,54	1,96	0,312	-1,531
Atividades Pessoais	1,31	1,67	0,258	-1,537
Dor/ Mal -Estar	1,31	1,58	0,878	-1,454
Ansiedade/Depressão	1,08	1,75	0,001	-4,610

H6:Há diferenças entre a média de cada dimensão da QdV quanto ao EQ- 5D em função da idade.

Após a análise de significância do Teste t-Student relativo ao resultado comparativo entre as dimensões EQ- 5D e a variável quantitativa Idade, cujos dados estão apresentados na Tabela 13, podemos concluir que não existem diferenças estatisticamente bastante significativas nas variáveis do EQ-5D uma vez que $p > 0,05$. Deste modo, segundo os resultados apresentados rejeita-se H6.

Tabela 11. Média, valores de prova e do Teste t-Student das dimensões do EQ-5D em função da idade

	Idade		Valor de prova	t - Student
	<75 anos	≥ 75 anos		
	Média			
Mobilidade	1,50	1,71	0,452	-0,816
Cuidados Pessoais	1,80	1,65	0,762	0,488
Atividades Habituais	1,40	1,53	0,186	-0,498
Dor/ Mal -Estar	1,40	1,59	0,365	-0,809
Ansiedade/ Depressão	1,50	1,41	0,574	0,340

H7 – Há diferenças entre a média de cada dimensão da QdV quanto ao EQ-5D em função da escolarização.

Após a análise de significância do Teste t-Student relativo ao resultado comparativo entre as médias das dimensões EQ- 5D e a variável quantitativa Escolaridade, cujos dados estão apresentados na Tabela 14, podemos concluir que existem diferenças estatisticamente significativas na dimensão Atividades Habituais uma vez que $p < 0,05$ (t-Student= 1,537, p-value= 0,024). Deste modo, segundo os resultados apresentados confirma-se parcialmente H7.

Tabela 12. Média, valores de prova e do Teste t-Student das dimensões do EQ-5D em função da escolaridade

	Escolarização		Valor de prova	t- Student
	Sim	Não		
	Média			
Mobilidade	1,71	1,62	0,839	0,399
Cuidados Pessoais	1,83	1,77	0,910	0,226
Atividades Habituais	1,67	1,31	0,024	1,537
Dor/ Mal- Estar	1,50	1,46	0,443	0,197
Ansiedade/ Depressão	1,54	1,46	0,247	0,379

H8- Há diferenças significativas entre a média cada dimensão da QdV quanto ao EQ- 5D em função do estado civil.

Após a análise de significância do Teste t-Student relativo ao resultado comparativo entre as médias das dimensões do EQ- 5D em função do estado civil, cujos dados estão apresentados na Tabela 15, podemos concluir que existem diferenças estatisticamente significativas na dimensão Mobilidade ($t\text{-Student} = -0,3535$; $p\text{ value} = 0,025$) e na dimensão Ansiedade/ Depressão ($t\text{-Student} = -0,589$; $p = 0,016$). Assim, segundo os resultados apresentados confirma-se parcialmente H8.

Tabela 13. Média, valores de prova e do Teste t-Student das dimensões do EQ-5D em função do estado civil

	Estado civil		Valor de prova	t-Student
	Viúvo, casado ou divorciado	Solteiro		
	Média			
Mobilidade	1,65	1,75	0,025	-0,353
Cuidados Pessoais	1,78	1,92	0,558	-0,453
Atividades Habituais	1,48	1,67	0,457	-0,750
Dor / Mal - Estar	1,57	1,33	0,170	1,164
Ansiedade/Depressão	1,43	1,58	0,016	-0,589

3. Discussão de Resultados

Os resultados que obtivemos em “Qualidade de Vida do Idoso Institucionalizado – contributo para a melhoria da gestão de uma IPSS” estão centrados na análise estatística. Após a estatística descritiva e inferencial foi-nos possível tirar algumas conclusões, nomeadamente dos 37 participantes, havia 24 mulheres e 13 homens com uma idade média de $79,38 \pm dp\ 7,94$ anos a variar entre 62 e 96 anos. Há 14 idosos com menos de 75 anos e 23 idosos com idade igual ou superior a esta. Quanto ao estado civil, 27 (73%) pessoas tiveram

pelo menos uma relação conjugal formalizada sendo por isso casados, divorciados ou viúvos e há 10 utentes solteiros (27,0%).

No que concerne à escolarização, 24 (64,9%) utentes frequentaram a escola e os restantes 13 idosos (35,1%) não frequentaram qualquer estabelecimento de ensino.

Quanto à aplicação do SF-36 testamos a normalidade segundo o coeficiente de Assimetria/ Curtose tendo-se verificado que as dimensões não seguiam a normalidade pelo que optamos pela aplicação do teste não paramétrico, U de *Mann- Withney*. Quanto ao EQ-5D, este seguiu a normalidade e procedemos à aplicação do teste *t-Student*, o teste paramétrico. Posto isto, apuramos o que será abordado de seguida.

O grupo de idosos com idade inferior a 75 anos apresenta maior média que o grupo com idade igual ou superior a esta nas seguintes dimensões: Função Física, Dor Física e Saúde em Geral. Segundo Pereira et al. (2006), fatores como idade avançada, sexo feminino e analfabetismo estão associados a baixos níveis de QdV. Também de acordo com Andrade e Martins (2011) os idosos mais jovens sentem-se com mais saúde, com mais energia e têm mais expectativas quanto ao seu futuro, enquanto que os idosos com idade mais avançada referem, por norma, mais limitações de ordem física que afeta diretamente o seu conforto e bem-estar.

Verificou-se que os idosos que disseram ser casados, viúvos ou divorciados apresentam maior vitalidade do que os idosos solteiros. Também constatamos que os utentes solteiros têm menos problemas de mobilidade do que os utentes que já tiveram pelo menos uma relação conjugal formalizada e concluímos também que estes apresentam pontuação mais elevada quanto à de Ansiedade/Depressão. Tais resultados podem ser corroborados por Andrade e Martins (2011) que referem que os idosos que disseram ter ou ter tido pelo menos uma relação conjugal formalizada apresentam melhor QdV devido às vivências positivas que tiveram. Este facto permite-lhe encarar o futuro, embora com algum saudosismo mas sobretudo com satisfação devido aos bons momentos que experienciaram no passado. Os autores abordados anteriormente também sustentam a ideia de que melhores níveis de mobilidade predispõe mais QdV devido à energia que se possui.

As mulheres idosas apresentam um maior nível de mobilidade do que os homens e obtiveram uma pontuação mais elevada quanto à Ansiedade/Depressão. Para Trentini (2004), as mulheres, em todas as idades, apresentam sempre uma maior prevalência de quadros depressivos do que os homens. Quanto a esta última dimensão, tal conclusão foi constatada quer pela aplicação do SF36 quer pela aplicação do EQ-5D. Segundo a autora citada anteriormente existem mais mulheres do que homens devido ao facto das mulheres adotarem estilos de vida mais benéficos para a saúde do que os homens. De acordo com o SF-36, os homens apresentam melhores níveis quanto à Função Física, Dor Física, Saúde em Geral e Saúde Mental dos que as mulheres. Assim, de acordo com a literatura e corroborado pelo presente estudo, os homens apresentam uma percepção mais positiva das suas vidas e conseqüentemente da sua QdV do que as mulheres. É conveniente salientar que os homens que executam atividades lúdicas apresentam melhores níveis de saúde mental e saúde física

do que as mulheres idosas. De acordo com Gomes (2012), as mulheres apresentam pontuações inferiores quanto a reações emocionais, interação social e habilidades físicas o que lhes permite concluir que têm qualidade de vida inferior às dos homens quanto aos domínios acima referidos. Note-se também que as mulheres idosas estão sujeitas a um risco adicional não por causa de fatores genéticos associados ao sexo mas porque geralmente tiveram menos oportunidades educacionais do que os homens devido à influência da sociedade em vigor na altura que eram crianças e jovens (Schaie, 1996).

Os utentes que frequentaram a escola têm mais facilidade em realizar as suas Atividades Habituais dentro da Instituição que os idosos que não frequentaram a escola. De acordo com Andrade *et al.* (2014), os idosos analfabetos têm pontuações mais baixas quanto à qualidade de vida uma vez que o analfabetismo compromete seriamente o acesso à educação de saúde, estratégia esta promotora da adoção de comportamentos mais saudáveis e a mobilização social para a melhoria das condições de vida.

É de notar que aquando da aplicação do questionário EQ-5D constatamos que existiam utentes que obtiveram índice geral do EQ-5D negativo.

Ora, após análise de questionários desses utentes, estes coincidiam com o facto desses mesmos utentes apresentarem comprometimento motor grave mas com capacidade cognitiva e consciência crítica em perfeito estado o que se traduziu numa sensação acentuada de frustração que diminui a sua QdV.

Sugere-se que na implementação de ações se objetive melhorar a qualidade de vida do idoso, levando-se em conta as magnitudes e as diferenças de cada pessoa idosa.

É necessária a criação de estruturas mais eficientes e sustentáveis onde se invista no que é realmente importante. O idoso deve sentir sempre que os elementos da gestão se preocupam deveras com ele, que o vêem como uma pessoa e não como um potencial gerador de lucros.

Conclusão

O bem-estar na velhice está intimamente relacionado com o equilíbrio entre as várias dimensões da Qualidade de Vida. Por sua vez, a QdV é um constructo extremamente relevante, complexo e interdisciplinar, para cujo aprimoramento é necessário um estudo de várias áreas do ser Holístico que o Homem é. O sexo, a idade e o estado civil exercem influência na QdV dos idosos entrevistados segundo o presente estudo. Como limitações a este estudo surgiu o comprometimento motor que vários idosos apresentavam o que dificultou muitas vezes o preenchimento dos questionários. Podemos referir como limitação deste estudo o facto de não termos acesso aos processos onde constavam as patologias de cada utente de modo a que pudesse relacionar estas com a ausência de Qualidade de Vida. Note-se que no final das entrevistas alguns participantes desejaram relatar algumas vivências que influenciaram direta ou indiretamente a sua QdV. Destacou-se assim o facto deste momento ter sido um momento de reflexão sobre a própria vida, portanto participar no estudo foi uma experiência positiva.

Como sugestão a apontar, seria interessante alargar este estudo a mais e maiores instituições de modo que se possa verificar se a influência das variáveis em estudo afeta sempre a QdV ou se trata apenas de uma questão cultural. Também sugerimos que sejam ativamente implementados nas instituições momentos de convívio entre os idosos, colaboradores e elementos de gestão. Note-se que a Saúde Mental das mulheres idosas interfere negativamente na sua Qualidade de Vida, ora; a socialização e a promoção de ações de convívio, de exercício físico e de encontros intergeracionais seria uma mais valia para estes idosos institucionalizados.

Os resultados deste estudo documentam que as variáveis estudadas devem ser tidas em consideração na altura de serem repensadas políticas de gestão para as pessoas idosas institucionalizadas de forma a aumentar a sua satisfação com a Vida.

Referências Bibliográficas

- Alcântara, A. (2004). *Velhos institucionalizados e família: entre abafos e desabafos*. Campinas: Ed. Alínea.
- Almeida, A. & Rodrigues, V. (novembro – dezembro de 2008). *A qualidade de Vida da pessoa idosa institucionalizada*. Revista Latino-Americana de Enfermagem. Consultado em Setembro de 2013, em www.eerp.usp.br.
- Almeida, L. & Freire, T. (2007). *Metodologias de investigação em Psicologia e Educação*. Braga: Psiquilíbrios Edições.
- Andrade, A. & Martins, R. (2011). *Funcionalidade Familiar e Qualidade de Vida dos Idosos*. Revista Millenium, 40: 185 – 199.
- Andrade, D. & Nery, V. (janeiro- dezembro de 2012). *Avaliação da Qualidade de Vida de idosos institucionalizados*. (v.5, n.1). Revista Eletrônica da Fainar.
- Andujar, A. (2006). *Modelo de Qualidade de Vida dentro dos domínios bio psicossocial para aposentados*. Florianópolis: Universidade Federal de Santa Catarina. Consultado em novembro de 2016 em <https://repositorio.ufsc.br/handle/123456789/88517>
- Araújo, D., & Araújo, C. (2000). *Aptidão física, saúde e Qualidade de Vida relacionada à Saúde em adultos*. 6(5), 194-203. Revista Brasileira de Medicina do Esporte.
- Bahia, B. (1995). *Introdução à comunicação empresarial*. Rio de Janeiro: Murad.
- Barata, M., Nunes, P., Gagueiro, S. & Pinto, J. (2009). *A Terceira idade*. Consultado a 25 de Maio de 2013 em <http://terceiridade.weebly.com/>.
- Baldissera, R. (2000). *Comunicação organizacional: o treinamento de recursos humanos como rito de passagem*. São Leopoldo: Ed. Unisinos.
- Ballesteros, R. (2009). *Envejecimiento activo- Contribuciones de la Psicología*. Madrid: Ediciones Piramide.
- Baraňano, A. (2004). *Métodos e Técnicas de Investigação em Gestão - 1ª Edição*. Lisboa: Edições Sílabo.
- Bartoli, A. (1992). *Comunicación Y organización*. Barcelona: Edic. Paidós.
- Cardoso, C. (2002). *Comunicação organizacional: novas tecnologias, novas perspectivas*. Salvador: UniBahia Editora.
- Camarano, A. & Pasinato, M. (2002). *Envelhecimento, condições de vida e política previdenciária. Como ficam as mulheres?*. Minas Gerais.
- Carvalho, P. & Dias, O. (2011). *Adaptação dos idosos institucionalizados*. Millenium, 40: 161-184.
- Carvalho, J. & Garcia, R. (2003). *O envelhecimento da população brasileira: um enfoque demográfico*. Caderno de Saúde Pública, p. 19.
- Chiavenato, I. (1999). *Gestão de Pessoas*. Rio de Janeiro: Editora Campus.

- Chiaventato, I. (2009). *Comportamento Organizacional: La dinámica del éxito en las organizaciones*. México: Ed. McGraw Hill.
- Cotrim, R. (2010). *Modelo de Gestão numa Associação de Solidariedade Social*. Dissertação de Mestrado. Instituto Universitário de Lisboa, Lisboa.
- Costa, F. (2016). *Ganhos em saúde com a intervenção dos enfermeiros de reabilitação em doentes com DPOC*. Dissertação de Mestrado. Instituto Politécnico do Porto, Porto.
- Eliopoulos, C. (2005). *Enfermagem Gerontológica*. Porto Alegre: Artmed.
- FB (2011). *Manual de Funções*. Fundação Betânia, Bragança. Acessível na Fundação Betânia. Bragança.
- Ferreira, P. (2007). *Avaliação dos cidadãos sobre a saúde*. *Cadernos de Economia*, pp, 58-60.
- Ferreira, P. (1996). *A Medição de Resultados em Saúde: A natureza do problema*.
- Vaz, A., Pinto, C.G. Ramos, F & Pereira, J. (coord.) *As reformas dos sistemas de saúde*.
- Ferreira, P. & Barros, A. (2008). *Medir Qualidade de Vida em Cuidados Paliativos*. Centro Editor Livreiro da Ordem dos Médicos.
- Ferreira, P. (2000). *Criação da versão portuguesa do MOS SF-36V2 : parte I – adaptação cultural e linguística*. Ata Médica Portuguesa.
- Ferreira, P. (2000). *Criação da versão portuguesa do MOS SF-36V2 : parte II – Testes de validação*. Ata Médica Portuguesa.
- Ferreira, P. & Santana, L. (2003). *Perceção de estado de saúde e de Qualidade de Vida da população ativa: contributo para a definição de normas portuguesas*. *Revista Portuguesa De Saúde Pública*.~
- Figueiredo, D. (2007). *Cuidados Familiares aos Idosos Dependentes*. Lisboa: Climepsi Editores.
- Fonseca, A. (2006). *Transição – Adaptação à Reforma em Portugal*. Lisboa: Psicológica.
- Fonseca, A., Paúl, C. Martin, I. & Amado, J. (2007). *Condição Psicológica de Idosos Rurais numa Aldeia do Interior de Portugal: Um estudo de Caso*. Paper presented at the Atas do II Congresso de Estudos Rurais – Periferias e Espaços Rurais, Angra do Heroísmo.
- Fortin, M. (2009). *Fundamentos e etapas do processo de investigação*. Loures: Lusodidacta.
- Fortin, M. (1999). *Processo de investigação: da Conceção à Realização*. Loures: Lusodidacta.
- Freitas, M. & Scheicher, M. (2010) *Qualidade de vida de idosos institucionalizados*. Consultado em setembro de 2015, em www.uep.br.
- Gomes, M. & Mata, A. (2012). *A família provedora de cuidados ao idoso dependente*. In F. Pereira (coordenação), *Teoria e prática da Gerontologia- Um guia para cuidadores de idosos* (1ª ed., pp. 163-173). Viseu: Editora Psicossoma.

- Gonçalves, B. (2010) *Relatório de Estágio. Centro Social e Paroquial de São Pedro de Sarracenos*.
- Jacob, L. (2012). Respostas Sociais para idosos em Portugal. In F. Pereira (coordenação), *Teoria e Prática da Gerontologia – Um Guia para cuidadores de idosos* (1ª ed, pp.127-147). Viseu: Editora Psicossoma.
- Lourenço, R. & Veras, R. (2006). *Mini – Exame do Estado Mental: características psicométricas em idosos ambulatoriais*. Revista Saúde Pública, vol. 40 no.4. São Paulo.
- Marchand, H. (2005). *Psicologia do Adulto e do Idoso*. Coimbra: Quarteto.
- Martins, A., Soares, A., Barboza, Michele, C., Sales, R., Mirna A., & Santos, Z.(2012). *Qualidade de Vida em idosos institucionalizados – revisão sistemática*. Consultado em Outubro de 2013, em saúde.convibra.com.br.
- Martin, J. (1988). *A grande transição*. São Paulo: Editora Futura.
- Minayo, M., Hartz, Z., & Buss, P. (2000). *Qualidade de Vida e Saúde: um debate necessário*. Ciência & Saúde Coletiva, 5 (1), 7-18.
- Moura, L., Passos, H., & Camargos, A. (2005). *A importância da comunicação com os idosos institucionalizados: Relato de experiência*. Minas Gerais. Consultado em setembro de 2013, em www.ufmg.br.
- Murteira, B., Ribeiro, C., Andrade, J., & Pimenta, C. (2010). *Introdução à Estatística*. Lisboa: Escolar Editora.
- Nunes, V., Menezes, R., & Alchieri, J., (2010). *Avaliação da qualidade de vida em idosos institucionalizados no município de natal- Estado do Rio Grande do Norte*. Consultado em setembro de 2014, em www.doaj.org
- Paulino, C., & Branco, J. (2005). *Exercícios de Probabilidade e Estatística*. Lisboa: Escolar Editora.
- Pais-Ribeiro, J. (1994). *A importância da Qualidade de Vida para a psicologia da saúde. Análise Psicológica*. Consultado em maio de 2015 em repositorio.ispa.pt/bitstream/10400.12/3090/1/1994_23_179.pdf
- Pestana, M. & Gageiro, J. (2005). *Análise de dados para ciências sociais - 4ª Edição*. Lisboa: Edições Sílabo.
- Paúl, C. & Fonseca, A. (2005). *Envelhecer em Portugal*. Lisboa: Climepsi Editores.
- Pedrosa, A. (2004). *Introdução Computacional à Probabilidade e Estatística*. Porto: Porto Editora.
- Pereira, F. (2012). Sistemas de Apoio aos idosos em Portugal. In F. Pereira (coordenação), *Teoria e Prática da Gerontologia – Um Guia para cuidadores de idosos* (1ª ed., pp.119-128). Viseu: Editora Psicossoma.
- Pimentel, F. (2006). *Qualidade de Vida e Oncologia*. Coimbra: Editora Almedina.

- Pinto, C. , Melo, L., Moreira, M., Rodrigues, R. (2006). *Fundamentos de Gestão*. Lisboa: Editorial Presença.
- Kastenbaum, R. (1981). *Velhice – Anos de plenitude*. Editora A psicologia e Você.
- Ribeiro, O. & Paúl, C. (2011). *Manual de Envelhecimento Ativo*. Lisboa: Lidel.
- Romão, F. (2002). *Evolução Histórica das IPSS*. Acedido a 12 de Abril de 2012: <http://portal.ua.pt/thesaurus/default1.asp?OP2=0&Serie=0&obra=30&H1=2&H2=1>
- Santos, J. (1993). *Bem-Estar e Decisão Financeira*. Coimbra: Livraria Almedina.
- Santos, C. (2007). *Estatística Descritiva - Manual de Auto- Aprendizagem*. Lisboa: Edições Sílabo.
- Serra, A. (1999). *O Stress na vida de Todos os Dias*. Coimbra. Gráfica de Coimbra, Lda.
- Schaie, K. (1996). Intellectual development in adulthood. In J. E. Birren and Warner Schaie (Eds), op. Cit.
- Sousa, A. Pereira A. , Almeida, C. Pereira, J., & Borges, L. (2009). *Relatório do 1º Estágio de Gerontologia*. Fundação Betânia, Bragança.
- Serrão, D. (1996). *Bioética e Qualidade de Vida – Desafios e Limites*. (nº 74). Revista Bimestral Vértice II série
- Stake, R. (2009). *A arte da investigação com estudos de caso*. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.
- Trentini, C. (2004). *Qualidade de Vida em Idosos*. Universidade Federal de Rio Grande do Sul.
- Vara, M. (2012). O olhar do Gerontólogo. In F. Pereira (coordenação), *Teoria e Prática da Gerontologia - Um guia informal para cuidadores de idosos* (1ª ed, pp.65-77). Viseu : Editora Psicossoma.
- Vaz, E., Silva, B. & Sousa, I. (2003). *Configurações de Vida na Velhice*. (nº 7). Revista Antropo – lógicas. Porto
- Yin, R. K. (2001). *Estudo de caso - Planejamento e Métodos*. Porto Alegre: Bookman.
- WHO. (2006). *Population Ageing*. New York: United Nations Department of Economic and Social Affairs population. In (http://www.un.org/esa/population/publications/ageing/ageing2006.tm).

Anexos

Ficha de questões pessoais

Nome: _____ Data ___ / ___ / ___

1. Preencha com X.

Sexo Feminino ___

Sexo Masculino ___

2. Qual o seu estado civil?

Viúvo ___

Solteiro ___

Casado ___

Divorciado ___

Outro ___

3. Frequentou a Escola?

Sim ___ Não ___

4. Quantos anos tem? ___

Muito Obrigada

Tabela de Pesquisa Sistemática

Autor/Data Título do documento consultado	<ol style="list-style-type: none"> 1. Objetivo do estudo 2. Amostra/metodologia 3. Conclusões do estudo
(Almeida e Rodrigues, 2008) A qualidade de vida da pessoa idosa	<ol style="list-style-type: none"> 1. Conhecer a qualidade de vida e fatores que a influenciam e identificar o grau de dependência nas atividades básicas da vida diárias. 2. Estudo exploratório, descritivo e transversal. Participaram 183 idosos institucionalizados em lares de Terceira Idade do concelho de Lamego. Foram avaliados através de um questionário sociodemográfico, da Grelha de Avaliação da Qualidade de Vida do Idoso da direção Geral da Saúde e do Índice de Katz 3. À medida que a idade avança, o índice de qualidade de vida diminui. O grau de independência é mais elevado no género masculino.
Damaceno de Lima e Ribeiro, 2010 Envelhecimento e qualidade de vida de idosos institucionalizados	<ol style="list-style-type: none"> 1. Verificar a qualidade de vida dos idosos institucionalizados 2. Estudo de tipo exploratório, descritivo e de abordagem quantitativa. Participaram 69 idosos de várias instituições. Foi utilizado o instrumento WHOQOL-bref para avaliar a qualidade de vida. 3. Os Homens têm uma percepção mais positiva acerca da qualidade das suas vidas. As atividades lúdicas oferecidas pelas instituições proporcionam melhorias no que concerne ao índice de qualidade de vida.
Nunes, Menezes e Alchieri, 2010 Avaliação da Qualidade de Vida em idosos institucionalizados no município de Natal, Estado do Rio Grande do Norte	<ol style="list-style-type: none"> 1. Analisar a Qualidade de Vida em idosos institucionalizados no município de Natal, Estado do Rio Grande do Norte. 2. Foi feita uma entrevista a 43 idosos utilizando-se o WHOQOL-OLD. 3. Os idosos avaliaram a sua qualidade de vida como nem satisfatória nem insatisfatória.
Autor/Data Título do documento consultado	<ol style="list-style-type: none"> 1. Objetivo do estudo 2. Amostra/metodologia 3. Conclusões do estudo
Andrade e Nery, 2010 Avaliação da Qualidade de Vida de Institucionalizados	<ol style="list-style-type: none"> 1. Descrever a Qualidade de Vida de idosos institucionalizados 2. Estudo Qualitativo e descritivo. Trata-se de um relato de experiência com o auxílio da aplicação de Questionários de avaliação das atividades da Vida Diária e atividades instrumentais de vida diária. 3. Foi notória a presença de casos de inatividade isolamento social e solidão. São assim necessárias atividades que ocupem e estimulem as capacidades das pessoas idosas.

<p>Martins, soares, Barboza, Sales, Frota e Santos, 2011 Qualidade de vida em idosos institucionalizados: revisão sistemática</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Avaliar a qualidade de vida em idosos institucionalizados 2. Estudo elaborado com recurso a revisão sistemática tendo em conta as seguintes categorias: Independência funcional, depressão e Institucionalização. 3. Os idosos institucionalizados apresentam um pior índice de qualidade de vida relativamente aos idosos não institucionalizados.
<p>Moura, Passos e Camargos, 2005 A importância da comunicação com os idosos institucionalizados: Relato de Experiência</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Avaliar a comunicação entre idosos institucionalizados com a aplicação de atividades educativas 2. Neste estudo de relato de experiência participaram 96 idosos da instituição Casa do Ancião. Consistiu em aplicar atividades lúdicas e avaliar assim a presença ou não de comunicação entre as pessoas idosas. 3. A comunicação é fundamental para dinamizar as relações entre os seres humanos. As atividades lúdicas realizadas em lares de idosos visam facilitar assim a interação entre estes minimizando assim o isolamento social e promovendo uma melhoria da qualidade de vida dos idosos institucionalizados.
<p>Alves, 2011 Qualidade de vida: Considerações sobre os indicadores e instrumentos de medida</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Discorrer sobre os aspetos importantes que permeiam a utilização dos instrumentos de medida e apresentar de forma sistematizada os indicadores e instrumentos de medida da qualidade de vida. 2. Estudo de revisão da literatura existente com acesso a bases de dados como Dedalus, Lilacs e Medline. 3. Apesar de já haverem instrumentos reconhecidos nacional e internacionalmente, ainda são necessários mais estudos para melhor assegurar as suas propriedades psicométricas. 4.
<p>Autor/Data Título do documento consultado</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Objetivo do estudo 2. Amostra/metodologia 3. Conclusões do estudo
<p>Anes e Ferreira, 2008 Qualidade de Vida em diálise</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Descrever e comparar a qualidade de vida relacionada com a saúde nas pessoas com insuficiência renal crónica em diálise de acordo com os diferentes tipos de admissão. 2. Estudo não experimental, transversal e descritivo numa amostra de 231 pessoas com insuficiência renal crónica conforme o tipo de admissão à diálise e que efetuavam tratamento dialítico no nordeste transmontano. 3. Os doentes com admissão programada para a diálise apresentaram uma qualidade de vida mais satisfatória do que os admitidos de forma urgente.

<p>Ciconelli, Ferraz, Santos, Meinão e Quaresma, 1999 Tradução para a Língua portuguesa e validação do questionário genérico da qualidade de vida (Brasil SF-36)</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Avaliar a tradução, adaptação cultural e propriedades de medida do SF-36 em doentes com artrite reumatóide. 2. Foi aplicado o questionário SF-36 por meio de uma entrevista a 50 utentes com artrite reumatóide. 3. A versão para a língua portuguesa do SF-36 é um parâmetro reprodutível e válido para ser usado na avaliação da qualidade de vida de doentes brasileiros de Artrite reumatoide.
<p>Carvalho e Dias, 2011 Adaptação dos idosos institucionalizados</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Determinar em que medida as respostas dadas pela instituição e as relações com a família estão associadas à adaptação e expectativas da qualidade de vida do idoso institucionalizado. 2. Estudo de natureza qualitativa e quantitativa, correlacional e transversal. Foi aplicado um questionário a 120 idosos. 3. Apesar dos elevados níveis de satisfação relativamente aos cuidados prestados pela instituição e as instalações, os idosos inquiridos revelaram níveis de insatisfação e tristeza no que toca ao contexto familiar, à falta de autonomia, à existência de doenças e outras limitações físicas. Verificou-se também que o meio de onde provêm os idosos tem influência no processo de adaptação.

Pedido de Autorização ao Centro Social de Bem – Estar

Excelentíssimos Senhores Elementos da Direção,

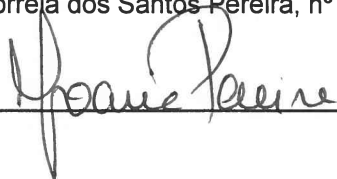
Eu, Joana Correia dos Santos Pereira, licenciada em Gerontologia pelo Instituto Politécnico de Bragança e atual estudante nº 13624 do 2º ano do Mestrado em Gestão das Organizações – Gestão de Unidades de Saúde, no Instituto Politécnico de Viana do Castelo, venho no âmbito da elaboração da dissertação final de mestrado, solicitar-vos a autorização para avaliar a qualidade de vida dos idosos institucionalizados nesta instituição através da aplicação de três questionários (Mini- Mental State Examination afim de apurar se existe défice cognitivo e o SF-36 versão 2 juntamente com o EQ -5D para avaliar propriamente a perceção quanto à qualidade de vida) aos mesmos, na medida em que o tema da minha dissertação é: “Qualidade de vida do idoso Institucionalizado - um contributo para a melhoria da gestão de uma IPSS”.

Quanto à amostra do estudo de caso, esta será composta por indivíduos de ambos os géneros. Os critérios de inclusão destinam-se a utentes institucionalizados na resposta social de lar de idosos desta instituição, que não apresentem défice cognitivo, tenham mais de sessenta e cinco anos de idade e cujo tempo de institucionalização seja igual ou superior a três meses. Todos os utentes que não se enquadrarem nestes critérios serão automaticamente excluídos.

De forma a que a Componente Ética esteja sempre preservada ao longo do estudo, o consentimento informado será previamente autorizado e assinado pelos utentes ou responsável e a sua confidencialidade será salvaguarda. O uso dos dados pessoais terá como única finalidade a realização deste estudo.

Com os meus melhores cumprimentos,

(Joana Correia dos Santos Pereira, nº de telemóvel: 936077499)



Consentimento Informado

Chamo-me Joana Correia dos Santos Pereira e sou estudante do segundo ano do Mestrado em Gestão das Organizações - Gestão de Unidades de Saúde no Instituto Politécnico de Viana do Castelo. Com a finalidade de concluir o mestrado, pretendo elaborar uma dissertação cujo objetivo será avaliar a qualidade de vida do idoso institucionalizado nesta instituição. É de notar que não existem respostas corretas ou erradas, pretendo apenas que responda com sinceridade.

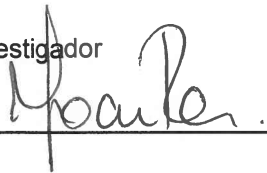
A escolha de participar neste estudo ou não, é voluntária e mesmo que pretenda participar no estudo, se o desejar pode desistir a qualquer momento.

Todos os dados, após recolhidos serão tratados de forma estritamente confidencial.

Peço-lhe deste modo a colaboração para este estudo e para tal, deve assinar a declaração de consentimento informado. Caso não se encontre em condições para tal, a declaração ser-lhe-á assinada pelo responsável. Desde já agradeço a sua colaboração, pois sem a sua ajuda não seria possível realizar este estudo.

Data __/__/__

Assinatura do investigador



Assinatura do participante (ou responsável)

QUESTIONÁRIO DE ESTADO DE SAÚDE (SF-36v2)

INSTRUÇÕES: As questões que se seguem pedem-lhe opinião sobre a sua saúde, a forma como se sente e sobre a sua capacidade de desempenhar as actividades habituais.

Pedimos que leia com atenção cada pergunta e que responda o mais honestamente possível. Se não tiver a certeza sobre a resposta a dar, dê-nos a que achar mais apropriada e, se quiser, escreva um comentário a seguir à pergunta.

Para as perguntas 1 e 2, por favor coloque um círculo no número que melhor descreve a sua saúde.

1. Em geral, diria que a sua saúde é:

Óptima 1	Muito boa 2	Boa 3	Razoável 4	Fraca 5
-------------	----------------	----------	---------------	------------

2. Comparando com o que acontecia há um ano, como descreve o seu estado geral actual:

Muito melhor 1	Com algumas melhoras 2	Aproximadamente igual 3	Um pouco pior 4	Muito pior 5
-------------------	---------------------------	----------------------------	--------------------	-----------------

3 As perguntas que se seguem são sobre actividades que executa no seu dia-a-dia. Será que a sua saúde o/a limita nestas actividades? Se sim, quanto?

(Por favor assinale com um círculo um número em cada linha)

	Sim, muito limitado/a	Sim, um pouco limitado/a	Não, nada limitado/a
a. Actividades violentas , tais como correr, levantar pesos, participar em desportos extenuantes	1	2	3
b. Actividades moderadas , tais como deslocar uma mesa ou aspirar a casa	1	2	3
c. Levantar ou pegar nas compras de mercearia	1	2	3
d. Subir vários lanços de escada	1	2	3
e. Subir um lanço de escadas	1	2	3
f. Inclinar-se, ajoelhar-se ou baixar-se	1	2	3
g. Andar mais de 1 Km	1	2	3
h. Andar várias centenas de metros	1	2	3
i. Andar uma centena de metros	1	2	3
j. Tomar banho ou vestir-se sozinho/a.....	1	2	3

4. Durante as últimas 4 semanas teve, no seu trabalho ou actividades diárias, algum dos problemas apresentados a seguir como consequência do seu estado de saúde físico?

Quanto tempo, nas últimas quatro semanas...	Sempre	A maior parte do tempo	Algum tempo	Pouco tempo	Nunca
a. Diminuiu o tempo gasto a trabalhar ou noutras actividades.....	1	2	3	4	5
b. Fez menos do que queria?	1	2	3	4	5
c. Sentiu-se limitado/a no tipo de trabalho ou outras actividades.....	1	2	3	4	5
d. Teve dificuldade em executar o seu trabalho ou outras actividades (por exemplo, foi preciso mais esforço).....	1	2	3	4	5

5. Durante as últimas 4 semanas, teve com o seu trabalho ou com as suas actividades diárias, algum dos problemas apresentados a seguir devido a quaisquer problemas emocionais (tal como sentir-se deprimido/a ou ansioso/a)?

Quanto tempo, nas últimas quatro semanas...	Sempre	A maior parte do tempo	Algum tempo	Pouco tempo	Nunca
a. Diminuiu o tempo gasto a trabalhar ou noutras actividades.....	1	2	3	4	5
b. Fez menos do que queria?	1	2	3	4	5
c. Executou o seu trabalho ou outras actividades menos cuidadosamente do que era costume .	1	2	3	4	5

Para cada uma das perguntas 6, 7 e 8, por favor ponha um círculo no número que melhor descreve a sua saúde.

6. Durante as últimas 4 semanas, em que medida é que a sua saúde física ou problemas emocionais interferiram no seu relacionamento social normal com a família, amigos, vizinhos ou outras pessoas?

Absolutamente nada	Pouco	Moderadamente	Bastante	Imenso
1	2	3	4	5

7. Durante as últimas 4 semanas teve dores?

Nenhumas	Muito fracas	Ligeiras	Moderadas	Fortes	Muito fortes
1	2	3	4	5	6

8. Durante as últimas 4 semanas, de que forma é que a dor interferiu com o seu trabalho normal (tanto o trabalho fora de casa como o trabalho doméstico)?

Absolutamente nada	Pouco	Moderadamente	Bastante	Imenso
1	2	3	4	5

9. As perguntas que se seguem pretendem avaliar a forma como se sentiu e como lhe correram as coisas nas últimas quatro semanas.

Para cada pergunta, coloque por favor um círculo à volta do número que melhor descreve a forma como se sentiu.

Certifique-se que coloca um círculo em cada linha.

Quanto tempo, nas últimas quatro semanas...	Sempre	A maior parte do tempo	Algum tempo	Pouco tempo	Nunca
a. Se sentiu cheio/a de vitalidade?	1	2	3	4	5
b. Se sentiu muito nervoso/a?	1	2	3	4	5
c. Se sentiu tão deprimido/a que nada o/a animava?	1	2	3	4	5
d. Se sentiu calmo/a e tranquilo/a?	1	2	3	4	5
e. Se sentiu com muita energia?	1	2	3	4	5
f. Se sentiu deprimido/a?	1	2	3	4	5
g. Se sentiu estafado/a?	1	2	3	4	5
h. Se sentiu feliz?	1	2	3	4	5
i. Se sentiu cansado/a?	1	2	3	4	5

10. Durante as últimas quatro semanas, até que ponto é que a sua saúde física ou problemas emocionais limitaram a sua actividade social (tal como visitar amigos ou familiares próximos)?

Sempre	A maior parte do tempo	Algum tempo	Pouco tempo	Nunca
1	2	3	4	5

11. Por favor, diga em que medida são verdadeiras ou falsas as seguintes afirmações. Ponha um círculo para cada linha.

	Absolutamente verdade	Verdade	Não sei	Falso	Absolutamente falso
a. Parece que adoeço mais facilmente do que os outros	1	2	3	4	5
<hr/>					
b. Sou tão saudável como qualquer outra pessoa	1	2	3	4	5
<hr/>					
c. Estou convencido/a que a minha saúde vai piorar	1	2	3	4	5
<hr/>					
d. A minha saúde é óptima	1	2	3	4	5

MUITO OBRIGADO



AVALIAÇÃO DE GANHOS EM SAÚDE QUESTIONÁRIO EQ-5D

Assinale com uma cruz (assim) , um quadrado de cada um dos seguintes grupos, indicando qual das afirmações melhor descreve o seu estado de saúde hoje.

► Mobilidade

- Não tenho problemas em andar ₁
Tenho alguns problemas em andar ₂
Tenho de estar na cama ₃

► Cuidados Pessoais

- Não tenho problemas com os meus cuidados pessoais ₁
Tenho alguns problemas em lavar-me ou vestir-me..... ₂
Sou incapaz de me lavar ou vestir sozinho/a ₃

► Actividades Habituais (*ex. trabalho, estudos, actividades domésticas, actividades em família ou de lazer*)

- Não tenho problemas em desempenhar as minhas actividades habituais ₁
Tenho alguns problemas em desempenhar as minhas actividades habituais ₂
Sou incapaz de desempenhar as minhas actividades habituais ₃

► Dor / Mal-estar

- Não tenho dores ou mal-estar..... ₁
Tenho dores ou mal-estar moderados ₂
Tenho dores ou mal-estar extremos ₃

► Ansiedade / Depressão

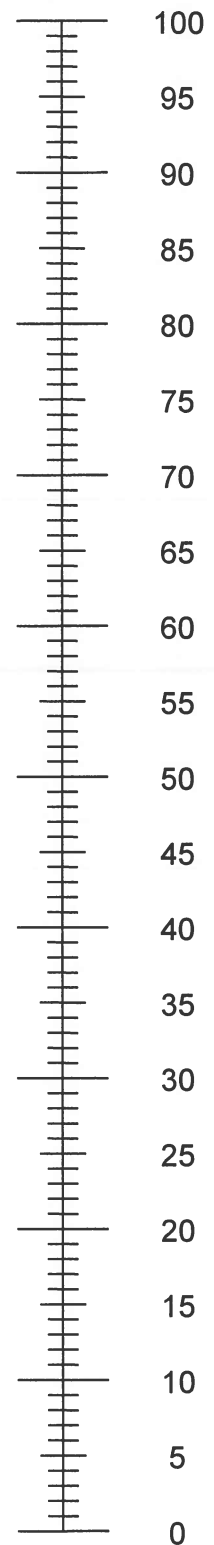
- Não estou ansioso/a ou deprimido/a ₁
Estou moderadamente ansioso/a ou deprimido/a ₂
Estou extremamente ansioso/a ou deprimido/a ₃

► Gostaríamos de saber o quanto a sua saúde está boa ou má HOJE

- A escala está numerada de 0 a 100.
- 100 significa a melhor saúde que possa imaginar.
0 significa a pior saúde que possa imaginar.
- Coloque um X na escala de forma a demonstrar como a sua saúde se encontra HOJE.
- Agora, por favor, escreva o número que assinalou na escala no quadrado abaixo.

A SUA SAÚDE HOJE =

A melhor saúde que
possa imaginar



A pior saúde que
possa imaginar

Muito obrigado por ter preenchido este questionário.

MINI-EXAME DO ESTADO MENTAL

(Folstein, Folstein & McHugh, 1975)

Paciente: _____

Data da Avaliação: ____/____/____ Avaliador: _____

ORIENTAÇÃO

- Dia da semana (1 ponto)()
- Dia do mês (1 ponto)()
- Mês (1 ponto)()
- Ano (1 ponto)()
- Hora aproximada (1 ponto)()
- Local específico (apartamento ou setor) (1 ponto)()
- Instituição (residência, hospital, clínica) (1 ponto)()
- Bairro ou rua próxima (1 ponto)()
- Cidade (1 ponto)()
- Estado (1 ponto)()

MEMÓRIA IMEDIATA

- Fale 3 palavras não relacionadas. Posteriormente pergunte ao paciente pelas 3 palavras. Dê 1 ponto para cada resposta correta()
Depois repita as palavras e certifique-se de que o paciente as aprendeu, pois mais adiante você irá perguntá-las novamente.

ATENÇÃO E CÁLCULO

- (100 - 7) sucessivos, 5 vezes sucessivamente (1 ponto para cada cálculo correto)()
(alternativamente, soletrar MUNDO de trás para frente)

EVOCAÇÃO

- Pergunte pelas 3 palavras ditas anteriormente (1 ponto por palavra)()

LINGUAGEM

- Nomear um relógio e uma caneta (2 pontos)()
- Repetir "nem aqui, nem ali, nem lá" (1 ponto)()
- Comando: "pegue este papel com a mão direita dobre ao meio e coloque no chão" (3 pts)()
- Ler e obedecer: "feche os olhos" (1 ponto)()
- Escrever uma frase (1 ponto)()
- Copiar um desenho (1 ponto)()

SCORE: (____/30)

