



INSTITUTO POLITÉCNICO
DE VIANA DO CASTELO

Qualidade de vida da pessoa idosa

A Pessoa Idosa institucionalizada em ERPI: Contributo para o envelhecimento saudável

í

Vânia Raquel Vicente Couto



INSTITUTO POLITÉCNICO
DE VIANA DO CASTELO

Vânia Raquel Vicente Couto
Estágio de Natureza Profissional com Relatório Final

**Qualidade de vida da pessoa idosa
A Pessoa Idosa institucionalizada em ERPI: Contributo para
o envelhecimento saudável**

2º Mestrado em Enfermagem Comunitária
Trabalho efetuado sob a orientação de: PhD Carminda Morais

Janeiro de 2023

DEDICATÓRIA

Aos meus e aqueles que me acompanharam nesta jornada.

"O envelhecimento é um processo extraordinário em que tu te transformas na pessoa que sempre deverias ter sido." David Bowie

RESUMO

O envelhecimento demográfico é uma realidade inquietante. Portugal, à semelhança de outros países, tem vindo a registar um aumento da longevidade e da população idosa. Há, portanto, maior ênfase na qualidade de vida (QdV) da pessoa idosa, transformando-a num foco importante para políticas de saúde. Torna-se relevante analisar este conceito e de que forma é percebido e influenciado para obter um conhecimento profundo da realidade do envelhecimento e elencar um conjunto de ações numa lógica de co-construção que permita repensar o envelhecimento. Desta forma, elaborou-se um trabalho de investigação com o objetivo principal de conhecer a percepção de QdV dos idosos institucionalizados. Para tal, realizou-se um estudo de abordagem quantitativa, observacional, transversal, analítico-correlacional, tendo sido utilizado como instrumento de avaliação de percepção de QdV a *WHOQOL-Bref*.

Da amostra de 181 idosos com idades compreendidas entre os 65 e os 96 anos resultou numa percepção de QdV mediana (51.8 %), mas com valores preocupantes no âmbito do domínio físico (48.1%). Nos estudos de comparação constatou-se a existência de várias variáveis implicadas na percepção de QdV. Notou-se uma melhor QdV nas mulheres no domínio das relações sociais ($p=0.032$), níveis de percepção de QdV melhores no domínio físico ($p=0.009$) em idosos mais novos, a escolha da institucionalização é um fator preditor de QdV no total ($p=0.025$), idosos que recebem visitas apresentam melhor QdV no domínio das relações sociais ($p=0.015$), a participação dos idosos em atividades proporcionadas pelas instituições aumenta a percepção de QdV no domínio psicológico ($p=0.001$), o consumo de bebidas alcoólicas sobe a QdV no domínio percepção de QdV e saúde ($p=0.007$), os hábitos tabágicos melhoram a percepção da QdV no domínio psicológico ($p=0.007$), ter um sono reparador é positivo para a QdV no domínio físico ($p=0.043$), a utilização de um equipamento adaptativo diminui a percepção de QdV no domínio físico ($p=0.036$) e a toma de medicação ansiolítica está associada a piores níveis de percepção de QdV no domínio físico ($p=0.005$). Verificou-se a uma boa mobilidade e a uma boa condição de saúde está associada a uma melhor percepção de QdV ($p<0.001$). Finalmente, evidenciaram-se correlações positivas entre *WHOQOL-Bref* total, a percepção de qualidade de vida e saúde e os domínios físico e psicológico com as variáveis “como avalia a sua mobilidade/dependência?” e “em geral, como classifica a sua saúde?”. Uma das estratégias para melhorar a percepção de QdV do idoso passa por desenvolver projetos que promoção da saúde e da atividade física.

O presente relatório expõe também o percurso realizado para a aquisição de competências durante todo o trajeto académico para obtenção do grau de mestre e para a atribuição do título profissional de enfermeiro especialista.

Palavras-chave: enfermagem comunitária; envelhecimento; qualidade de vida; *WHOQOL-Bref*

ABSTRACT

Demographic aging is a disturbing reality. Portugal, like other countries, has been experiencing an increase in longevity and the elderly population. There is, therefore, greater emphasis on the quality of life (QoL) of the elderly, making it an important focus for health policies. It becomes relevant to analyze this concept and how it is perceived and influenced in order to obtain a profound knowledge of the reality of aging and list a set of actions in a co-construction logic that allows rethinking aging. In this way, an investigation work was elaborated with the main objective of knowing the perception of QoL of the institutionalized elderly. To this end, a quantitative, observational, cross-sectional, analytical-correlational study was carried out, using the whoqol-bref as an instrument to assess QoL perception. From the sample of 181 elderly people aged between 65 and 96 years, it resulted in a median perception of qol (51.8%), but with worrying values in the physical domain (48.1%). In the comparison studies, it was verified the existence of several variables involved in the perception of QoL. A better QoL was noted in women in the domain of social relations ($p=0.032$), better QoL perception levels in the physical domain ($p=0.009$) in younger elderly people, the choice of institutionalization is a predictor of QoL in total ($p=0.025$), elderly people who receive visits present better QoL in the domain of social relationships ($p=0.015$), the participation of elderly people in activities provided by institutions increases the perception of QoL in the psychological domain ($p=0.001$), consumption of alcoholic beverages increases the QoL in the domain perception of QoL and health ($p=0.007$), smoking habits improve the perception of QoL in the psychological domain ($p =0.007$), having restful sleep is positive for QoL in the physical domain ($p=0.043$), the use of adaptive equipment decreases the perception of QoL in the physical domain ($p=0.036$) and taking anxiolytic medication is associated with worst levels of QoL perception in the physical domain ($p=0.005$). It was found that good mobility and good health are associated with a better perception of QoL ($p<0.001$). Finally, there were positive correlations between the total WHOQOL-Bref, the perception of QoL and health and the physical and psychological domains with the variables "how do you rate your mobility/dependence?" And "in general, how would you rate your health?". One of the strategies to improve the QoL perception of the elderly is to develop projects that promote health and physical activity.

This report also sets out the path taken to acquire skills throughout the academic journey to obtain a master's degree and to award the professional title of specialist nurse.

Key words: community nursing; aging; quality of life; WHOQOL-Bref.

SIGLAS

ENP- Estágio de natureza profissional.

EEEC - Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária

DGS - Direção Geral de Educação

MMSE- Mini Mental State Examination

OE - Ordem dos Enfermeiros

OMS - Organização Mundial de Saúde

PLS - Plano Local de Saúde

PNS - Plano Nacional de Saúde

UCC - Unidade de Cuidados na Comunidade

USP - Unidade de Saúde Pública

M- Média

DP- Desvio-padrão

CV- coeficiente de variação

Mín - mínimo

Máx- máximo

ACRÓNIMOS

ACES - Agrupamento de Centros de Saúde

ERPI- Estruturas Residenciais para pessoas Idosas

NUTS - Nomenclatura das Unidades Territoriais para Fins Estatísticos

WHOQOL-BREF- World Health Organization Quality Of Life versão abreviada

INE- Instituto Nacional de Estatística

OPAS- Organização Pan-Americana de Saúde

SUMÁRIO

ÍNDICE

<i>Dedicatória</i>	<i>iii</i>
<i>Resumo</i>	<i>vi</i>
ABSTRACT	viii
<i>siglas</i>	x
<i>Sumário</i>	0
<i>Índice de tabelas</i>	3
INTRODUÇÃO	6
1. Construção do percurso formativo em contexto de prática clínica	5
2. Estudo de Investigação	9
2.1. Envelhecimento e qualidade de vida da pessoa idosa	10
2.2. Enquadramento Teórico: o envelhecimento por diferentes olhares	13
2.2.1. Envelhecimento demográfico	13
2.2.2. Envelhecimento	14
2.2.3. Envelhecimento Saudável	16
2.2.4. Qualidade de Vida	17
2.2.5. Institucionalização da pessoa idosa	19
2.3. Metodologia	21
2.3.1. Questão de investigação, finalidade e objetivos	21
2.3.2. Tipo de Estudo	22
2.3.3. Contexto e população	22
2.3.4. Critérios de inclusão e exclusão	24
2.3.5. Variáveis	24
2.3.6. Instrumentos de Colheita de dados.....	24
2.3.7. Previsão de tratamento de dados	27
2.3.8. Período de recolha de Dados e Procedimentos éticos	28
2.4. Apresentação de Resultados	29
2.5. Discussão de resultados	49
2.6. Limitações e contributos para a prática	54
3. Conclusões	55

4 REFLEXÃO SOBRE O DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS COMUNS E ESPECÍFICAS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM COMUNITÁRIA.	59
4.1 Competências comuns do enfermeiro especialista.....	59
4.2 Competências específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária.....	63
4.3 Competências atribuídas ao Grau de Mestre.....	69
Conclusão.....	72
Referências Bibliográficas	74
Anexos.....	85
Anexo I – Escala MMSE	86
Anexo 2– Escala WHOQOL-Bref.....	89
Anexo 3– Parecer da comissão de Ética para as ciências sociais, da vida e da saúde do Instituto Politécnico de Viana do Castelo	92
Anexo 4- Autorização das ERPIS	95
Apêndices.....	100
Apêndice I – Questionário Sociodemográfico	101
Apêndice II – Consentimento Informado da pessoa idosa institucionalizada.....	105
Apêndice III – Pedido de autorização a comissão de Ética para as ciências sociais, da vida e da saúde do Instituto Politécnico de Viana do Castelo	108
FORMULÁRIO DE SUBMISSÃO DE PROJETO DE INVESTIGAÇÃO À COMISSÃO DE ÉTICA	109
Apêndice IV – Pedido de autorização as ERPIS	113
Apêndice V – Consistência interna do instrumento	115
Apêndice VI – Lista de Profissões.....	117
Apêndice VII – Lista de Patologias.....	119
Apêndice VIII – Lista de Antecedentes	121
Apêndice IX – Pressupostos da normalidade e da Homocedasticidade- genero	125
Apêndice X – Pressupostos da normalidade e da Homocedasticidade- Estratos etários	127
Apêndice XI – Pressupostos da normalidade e da Homocedasticidade- Escolheu institucionalização	129
Apêndice XII– Pressupostos da normalidade e da Homocedasticidade- Níveis de dependência.....	132

Apêndice XIII – Pressupostos da normalidade e da Homocedasticidade- diferentes níveis de mobilidade, quanto ao WHOQOL-Bref e seus domínios.....	134
Apêndice XIV– Pressupostos da normalidade e da Homocedasticidade- Comparação entre as diferentes classificações de saúde dos idosos quanto à Escala WHOQOL-Bref e seus domínios.	136
Apêndice XV- Operacionalização de variáveis	138

ÍNDICE DE TABELAS

Tabela 1- Caracterização sociodemográfica da amostra: frequência absoluta e relativa.	31
Tabela 2- Caracterização da amostra: frequência absoluta e relativa de sujeitos em cada item da Escala de WHOQOL-Bref.....	34
Tabela 3 - Frequência absoluta e relativa de sujeitos em diferentes níveis do WHOQOL-Bref	35
Tabela 4 - Análise descritiva: média, desvio-padrão, coeficiente de variação, valores mínimo e máximo das variáveis sociodemográficas quantitativas e os domínios do WHOQOL-Bref.	36
Tabela 5 - Comparação entre mulheres vs homens quanto à pontuação do WHOQOL-Bref e seus domínios, teste T Student e valor de p.....	37
Tabela 6 - Comparação entre os diferentes estratos etários quanto à Escala WHOQOL-Bref e seus domínios, teste Anova one way e valor de prova.....	37
Tabela 7 - Comparação da QdV entre idosos segundo a opção de institucionalização e a Escala WHOQOL-Bref e seus domínios, valor de p e teste T Student	38
Tabela 8 - Comparação de QdV entre idosos face as respostas “Sim” vs “Não” segundo a opção “recebe visitas?” e a Escala WHOQOL-Bref e seus domínios, valor de p e teste T Student	38
Tabela 9 - Comparação da QdV relativamente à Escala WHOQOL-Bref e seus domínios segundo a opção “participa em atividades proporcionadas pela Instituição?”, , valor de p e teste T Student.....	39
Tabela 10 - Comparação da QdV relativamente à Escala WHOQOL-Bref e seus domínios segundo a opção “tem oportunidade de sugerir atividades para realizar de acordo com a sua preferência?”, valor de p e teste T Student.....	39
Tabela 11 - Comparação da QdV relativamente à Escala WHOQOL-Bref e seus domínios segundo a opção “sente que tem oportunidade de participar ativamente na vida da Instituição”, valor de p e teste T Student.....	40
Tabela 12 - Comparação da QdV relativamente à Escala WHOQOL-Bref e seus domínios segundo a opção “possui alguma doença?”, valor de p e teste T Student.	40

Tabela 13 - Comparação da QdV relativamente à Escala WHOQOL-Bref e seus domínios segundo a opção “consome bebidas alcoólicas?”, valor de p e teste T Student.	41
Tabela 14- Comparação da QdV relativamente à Escala WHOQOL-Bref e seus domínios segundo a opção “fuma?”, valor de p e teste T Student.....	41
Tabela 15- Comparação da QdV relativamente à Escala WHOQOL-Bref e seus domínios segundo a opção “sente que tem problemas de sono?”, valor de p e teste T student.....	42
Tabela 16 - Comparação da QdV relativamente à Escala WHOQOL-Bref e seus domínios segundo a opção “utiliza algum equipamento adaptativo?”, valor de p e teste T student... ..	42
Tabela 17- Comparação da QdV relativamente à Escala WHOQOL-Bref e seus domínios segundo a opção “polimedicacão”, valor de p e teste T student.	43
Tabela 18 - Comparação da QdV relativamente à Escala WHOQOL-Bref e seus domínios segundo a opção “medicacão ansiolítica”, valor de p e teste T student.	43
Tabela 19- Comparação da QdV relativamente à Escala WHOQOL-Bref e seus domínios segundo a opção “medicacão antidepressiva”, valor de p e teste T student.....	44
Tabela 20– Comparação da QdV relativamente a Escala WHOQOL-Bref e seus domínios face aos diferentes níveis de dependência, one-way ANOVA de medidas independentes.....	44
Tabela 21- Teste H Kruskal-Wallis entre diferentes níveis de dependência dos idosos quanto à Escala WHOQOL-Bref e seus domínios.....	45
Tabela 22 - Comparação múltipla de médias pelo post-hoc HSD Tukey, nos domínios do WHOQOL-Bref com diferenças médias estatisticamente significativas nos níveis de dependência.	45
Tabela 23 - - Comparação da QdV relativamente a Escala WHOQOL-Bref e seus domínios face aos diferentes níveis de mobilidade, one-way ANOVA.....	46
Tabela 24 - Comparação múltipla de médias pelos post-hoc HSD Tukey ou Games-Howell, nos domínios do WHOQOL-Bref com diferenças médias estatisticamente significativas nos níveis de mobilidade.	46
Tabela 25 - Comparação da QdV relativamente a Escala WHOQOL-Bref e seus domínios face as diferentes classificações de saúde, one-way ANOVA.	47

Tabela 26 - Comparação múltipla de médias pelos post-hoc HSD Tukey ou Games-Howell, nos domínios do WHOQOL-Bref com diferenças médias estatisticamente significativas nos níveis de saúde.....	47
--	----

INTRODUÇÃO

O relatório agora elaborado resulta da conclusão de um percurso realizado ao longo do Mestrado em Enfermagem Comunitária, da Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Viana do Castelo, que contribuiu para a aquisição de competências e alcance dos objetivos pré-estabelecidos, numa perspetiva académica e profissional avançada. Para o a consecução destas metas muito contribuíram as unidades curriculares teórica e os ensinamentos clínicos realizados. Neste relatório realçar-se-á o trabalho de investigação efetuado durante o Estágio de Natureza Profissional (ENP) que decorreu na Unidade de Saúde Pública (USP) do Agrupamento de Centros de Saúde (ACES) Cávado III - Barcelos/Esposende, que tal como os outros ensinamentos clínicos, contribuíram para aquisição de uma formação de grau de mestre, nos termos propostos no processo de Bolonha e simultaneamente reúne condições para a atribuição do título profissional de Enfermeira Especialista em Enfermagem Comunitária (EEEC), pela Ordem dos Enfermeiros (OE).

Ao EEEC compete-lhe a avaliação do estado de saúde de uma comunidade, com base na metodologia do planeamento em saúde, bem como a coordenação dos programas de saúde de âmbito comunitário e na consecução dos objetivos do Plano Nacional de Saúde (PNS) (Regulamento nº 428/2018, 2018).

O envelhecimento demográfico revela a melhoria das condições de vida e o sucesso de várias medidas sociais e da saúde, mas confere especificidades inquietantes tanto a nível mundial como nacional, característico das sociedades modernas (Capucha, 2014). Portugal, tal como outros países, tem vindo a registar nas últimas décadas profundas transformações demográficas caracterizadas, entre outros aspetos, pelo aumento da longevidade, pelo aumento população idosa e pela redução da natalidade e da população jovem (Portugal, 2017).

Estes fatores traduzem-se num aumento da expectativa de vida, ou seja, a pessoa pode esperar viver muito para além dos 60 anos, pela primeira vez na história (Organização Mundial de Saúde (OMS), 2016). Esta nova realidade universal que é o envelhecimento, acarreta uma série de implicações: sociais, médicas e económicas, e que só o tempo revelará a sua extensão.

Este aumento do número de idosos influencia a sociedade nos mais variados campos, fornecendo um maior ênfase à qualidade de vida (QdV) do idoso, transformando-a num foco importante para os investigadores e para as políticas de saúde.

No entanto, uma vida mais longa nem sempre significa sobrevivência de qualidade para os idosos. O prolongamento da vida, muitas vezes intimamente relacionado com a

alterações fisiológicas em todo o organismo, levando a um aumento p das doenças crônicas (Chagas & Rocha, 2012).

Apesar do envelhecimento estar associado a um acréscimo de doenças crônicas (que implica maior dependência), isso não significa necessariamente menor QdV para a pessoa idosa. A QdV é subjetiva de pessoa para pessoa e pode ser influenciada por múltiplas variáveis (Gobbens & Remmen, 2019).

Torna-se importante analisar o envelhecimento, que apesar de na bibliografia ser considerado um processo progressivo e multifatorial, é importante perceber de que forma é percebido e influenciado para obter um conhecimento profundo da sua realidade e elencar um conjunto de ações que permitam o repensar do envelhecimento de uma forma estruturada (Portugal, 2017).

Muito ainda pode ser feito para melhorar a qualidade dos anos de vida que se tem ganho. Neste sentido, o Plano Nacional de Saúde (PNS) 2021-2030 lança como mote saúde sustentável: de tod@s para tod@s, numa perspectiva participativa, cocriativa e integradora, para a identificação das principais necessidades de saúde da população durante o seu ciclo de vida. O PNS 2021-2030 vai de encontro ao relatório da Organização Mundial de Saúde (OMS) de 2016, o qual aponta como necessidade urgente uma ação concertada de saúde pública para atuar sobre o envelhecimento.

O EEEC tem o seu foco de atenção na comunidade e as suas mudanças demográficas traduzem novas necessidades de resposta a novos problemas. Neste âmbito, o enfermeiro especialista, profundamente conhecedor das dinâmicas de resposta às problemáticas, tem responsabilidades na promoção de um envelhecimento saudável e com qualidade da sua comunidade. Através das suas competências, deve elencar um conjunto de prioridades em saúde da sua comunidade com o intuito de formular objetivos e estratégias, elaborando programas e projetos de intervenção, com vista à resolução das necessidades em saúde da sua comunidade identificadas (Regulamento n^o428/2018, 2018).

O trabalho de investigação realizado no âmbito do ENP da Unidade Curricular de Enfermagem de Saúde comunitária, que decorreu na Unidade de Saúde Pública (USP) do ACES Cávado III - Barcelos/Esposende, visa conhecer melhor a população idosa e compreender a perceção de QdV do idoso institucionalizado em Estruturas Residências para Pessoas Idosas (ERPI) da área de abrangência do ACES Cávado III - Barcelos/Esposende. Tem como finalidade contribuir para a promoção de um envelhecimento saudável e contribuir para a gestão eficaz dos cuidados de saúde a pessoa idosa, através da compreensão da possível existência da relação entre a QdV e variáveis

como: género, decisão da institucionalização, patologias, mobilidade, entre outras. A compreensão da visão dos idosos institucionalizados sobre a sua QdV, permitira definir linhas estratégicas de ação para a elaboração de projetos numa visão de co-construção. Com o propósito de elaborar uma estratégia concertada na promoção do envelhecimento saudável, o estudo apresentado, integra-se num projeto de investigação mais abrangente.

Com o presente estudo pretende-se conhecer a perceção da QdV pelos idosos institucionalizados nas ERPI, através da avaliação de resultados obtidos pela escala que avalia a perceção da QdV da pessoa idosa - World Health Organization Quality Of Life (*WHOQOL*), nomeadamente a versão abreviada (*WHOQOL-Bref*), numa abordagem quantitativa, observacional, transversal, analítico-correlacional.

Este estudo vai no sentido de formular estratégias para responder a uma das metas prioritizadas pelo PNS e pelo relatório da OMS de 2016, a desenvolver dinâmicas que permitam implementar de programas e projetos que vão de encontro as reais necessidades e potencialidades da população envolvida, procurando o caminho de coprodução em saúde para um envelhecimento saudável e com QdV.

O trabalho aqui apresentado, encontra-se estruturado em quatro partes. A primeira parte aborda o percurso formativo, a segunda parte dedica-se ao estudo de investigação, em que se inclui o enquadramento teórico a metodologia e a apresentação de resultados. Por fim, na quarta parte é apresentada uma reflexão sobre o desenvolvimento de competências comuns e específicas do EEEEC, encerrando-se o trabalho com uma breve conclusão.

**1. CONSTRUÇÃO DO PERCURSO FORMATIVO EM
CONTEXTO DE PRÁTICA CLÍNICA**

O percurso académico para a obtenção do título académico de mestre em enfermagem comunitária, nos termos preconizados pela Declaração de Bolonha para o âmbito do 2º ciclo de formação, assegura, simultaneamente, as condições para a atribuição do título profissional de EEEC, pela Ordem dos Enfermeiros (OE). Assim, o presente Relatório coloca também o enfoque no desenvolvimento das competências comuns e específicas do enfermeiro especialista preconizadas pela OE bem como na aquisição de conhecimentos, habilidades e competências inerentes à aquisição do grau de Mestre.

A componente da prática clínica desenvolvida assume, pois, relevância incontornável, proporcionando condições para aprender a planear, a dispensar e a avaliar os cuidados de enfermagem prestados a um individuo ou comunidade doente ou saudável (Amaral & Figueiredo, 2021).

Neste alinhamento, a prática clínica do curso decorreu na Unidade de Saúde Pública e na Unidade de Cuidados na Comunidade (UCC) do ACES Cávado III- Barcelos/Esposende.

No sentido de favorecer uma apreciação integrada dos desenvolvimentos, considerando o campo de ação dos ensinamentos clínicos que ocorreram na USP e UCC Barcelos Norte integradas na área geográfica do ACES Cávado III - Barcelos/Esposende, proceder-se-á uma breve contextualização destas três entidades.

O ACES Cávado III - Barcelos/Esposende é constituído pelos concelhos de Barcelos e Esposende, sendo que o concelho de Barcelos se enquadra na região Norte (NUT II Nomenclatura das Unidades Territoriais para Fins Estatísticos) e sub-região do Cávado [(NUT III) (Portugal,2020)]. O ACES, conforme o Decreto-lei nº28/2008 de 22 de fevereiro, é um serviço público de saúde com autonomia administrativa, formada por várias unidades funcionais assentes em equipas multiprofissionais, que tem por missão garantir a prestação de cuidados de saúde primários a população de uma determinada área geográfica. O mesmo diploma enuncia como encargo do ACES o desenvolvimento de atividades de promoção de saúde e prevenção de doença, prestação de cuidados na doença, tal como é da sua ação a realização de atividades de vigilância epidemiológica, investigação em saúde, avaliação dos resultados e participação na formação dos mais variados profissionais.

A USP, enquanto unidade funcional central aos dois ensinamentos clínicos, dispõe como funções a elaboração de informação, planos de saúde pública, proceder à vigilância epidemiológica, gerir programas de intervenção no âmbito da prevenção, promoção e proteção da saúde da população e de grupos específicos (Decreto-Lei nº 137/2013, 2013). Reforça-se neste diploma legal que a USP tem como função a vigilância da saúde e bem-

estar dos cidadãos, bem como a recolha de dados para a produção de estatísticas nas várias áreas de saúde.

Para complementar a USP, conforme descrito no Bilhete de Identidade dos Cuidados de saúde Primários (2022), é constituída por 5 médicos de saúde pública, 6 enfermeiros de saúde pública/saúde comunitária, 3 secretários clínicos, 1 assistente operacional e 13 técnicos superiores de saúde ambiental.

Em paralelo com o Plano Atividades da USP 2019/2021, a USP está organizada por quatro áreas funcionais. A coordenadora da USP, mediante nomeação, atribui a responsabilidade por cada área funcional a um dos profissionais integrados na mesma unidade, no caso a um dos médicos especialistas em Saúde Pública. Cada médico responsável assume a função de coordenação de cada a área funcional que lhe foi atribuída, numa dinâmica de interligação e cooperação entre e com os outros profissionais de saúde, enfermeiros ou técnicos de saúde ambiental, nomeados gestores dos vários programas/projetos de saúde elencados a cada área funcional. O gestor de um programa de saúde é responsável pela elaboração e consecução do mesmo, em concordância com o responsável da área funcional. Para isso, executa a função de gestão, por cada programa/projeto que lhe é atribuído, sendo o responsável pela operacionalização de todas as atividades definidas no seu programa para, assim, atingir os objetivos propostos e apresentar resultados em saúde. Os resultados são dados a conhecer mediante a elaboração e a apresentação de um relatório final anual, consoante o cronograma definido e pré-estabelecido no mesmo. Este relatório é enviado por e-mail ao responsável da área funcional e ao coordenador da USP. Posteriormente, os resultados são dados a conhecer a todos os profissionais da USP mediante reuniões do serviço realizadas no primeiro trimestre de cada ano seguinte.

No mesmo documento as áreas funcionais nas quais a USP se organiza são quatro:

- Área do Planeamento e Administração em Saúde;
- Área da Promoção e Proteção da Saúde;
- Área da Vigilância Epidemiológica;
- Área da Saúde Ambiental.

As diferentes áreas funcionais apresentam como propósito a elaboração de medidas para a prevenção, minimização ou eliminação de riscos para a sua população. Somente uma adequada caracterização do estado de saúde da população permite satisfazer as suas reais necessidades e conseqüentemente promover uma melhoria da saúde da mesma (Portugal, 2016).

No que concerne a UCC Barcelos Norte, segundo a informação do bilhete de identidade dos cuidados de saúde primários, 2022, esta é formada por 13 enfermeiros, 1 secretário clínico, 1 assistente operacional e por 1 terapeuta da fala. A luz do decreto de lei 28/2008 de 22 de Fevereiro compete-lhe prestar cuidados de saúde, apoio psicológico e social, de âmbito domiciliário e comunitário, a pessoa, família ou grupo em situação vulnerável. São unidades que prestam cuidados de proximidade articulando-se com diversos parceiros da comunidade. Os cuidados prestados por esta entidade assentam no diagnóstico de saúde da comunidade e nas estratégias de intervenção, definidas no PNS, desenvolvendo programas e projetos de intervenção que visam promover estilos de vida saudável, contribuindo para o aumento da QdV da comunidade, diminuindo os gastos inerentes aos processos de doença (Cardoso & Monteiro,2017). Com a propensão de contribuir para a equidade e empoderamento da comunidade numa visão de coconstrução em saúde.

É com base nestes pressupostos que, de seguida se apresenta os desenvolvimentos no âmbito das prioridades deste ACES, a saúde das pessoas idosas institucionalizadas.

2. ESTUDO DE INVESTIGAÇÃO

A investigação é considerada como uma atividade que permite obter conhecimentos objetivos, sistemáticos e claros (Vilelas, 2020). Ao Mestre em Enfermagem Comunitária e EEEEC, através do seu envolvimento em equipas de investigação, é-lhe permitido compreender acontecimentos cotidianos em toda a sua dimensão, a partir de uma perspetiva holística e significativa (Figueiredo & Amendoeira, 2018).

Assim, apresenta-se, em seguida o estudo de investigação desenvolvido no decurso do ENP, relativo a perceção da QdV da pessoa idosa institucionalizada em ERPI, visando-se, deste modo, contribuir para um envelhecimento saudável numa lógica participada.

2.1. ENVELHECIMENTO E QUALIDADE DE VIDA DA PESSOA IDOSA

É uma realidade que as sociedades desenvolvidas estão a sofrer alterações demográficas, a OMS (2016) refere que, entre 2000 e 2050, a proporção da população mundial com 60 anos ou mais duplicará; em 2030 esta população será de 1400 milhões e, em 2050, representará 34% da população na Europa.

Portugal, em consonância com os outros países da Europa, tem vindo a registar um aumento da população idosa e em contrapartida verifica-se a redução da população jovem (Portugal, 2022a). Numa altura em que se destaca a importância dos fatores demográficos na evolução das sociedades, não é com entusiasmo que se observa o envelhecimento da sociedade portuguesa e o decréscimo dos nascimentos, estes dados devem servir de aviso aos poderes públicos para a estimulação de medidas de reversão desta situação e soluções a disponibilizar a uma sociedade envelhecida (Lima et al., 2016).

São sobejamente conhecidas as vulnerabilidades desta faixa etária, e dos constrangimentos económicos e sociais que podem estar sujeitos, assim urge a elaboração de medidas de proteção e apoio para uma existência digna da pessoa idosa (Lima et al., 2016).

Quando se inicia o envelhecimento, existe uma grande variedade de danos, originando uma perda gradual das reservas fisiológicas, um risco aumentado de contrair doenças e um declínio geral da capacidade intrínseca do indivíduo (OMS, 2015).

Sabe-se também, haver uma diversidade na forma como a pessoa envelhece, provavelmente devido a fatores genéticos e condições em que ocorre, e traduz-se normalmente na deterioração da qualidade de vida (QdV) e levando frequentemente a institucionalização (Firmino et al., 2016).

A Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS), em 2020, considerou que uma boa saúde proporciona mais vida aos anos, e essa longevidade depende fortemente de um envelhecimento saudável (ES). A OMS (2015), refere como ES um processo de promoção

e manutenção da capacidade funcional que possibilita o bem-estar na velhice. Percebe-se então, a necessidade da elaboração de estratégias para o desenvolvimento de um ES, sendo necessário realizar um esforço para compreender as necessidades desta população e envolvê-la para a definição de estratégias (OMS, 2015). Possibilitando um envelhecimento ativo e saudável, onde o indivíduo está ativamente envolvido na promoção da QdV e do seu bem-estar (Mendes, 2020).

Perante estes fatos a promoção da QdV é cada vez mais importante, a Constituição da República Portuguesa (Portugal,2005) no seu artigo 9, define como tarefas fundamentais do estado a promoção do bem-estar e da QDV população portuguesa.

A QdV trata-se de um conceito amplo em que cruza a saúde física, saúde mental, nível de independência, as relações sociais, as crenças, as convicções pessoais e a relação com aspetos importantes do meio ambiente (Canavarro et al., 2010; Vilar et al., 2016). Sendo um conceito complexo, para a compreensão da percepção de QdV da pessoa idosa, é necessário escutá-las e realizar uma leitura atenta dos resultados das investigações realizadas, e assim mudar políticas e praticas sociais (Vilar et al., 2016).

Como já referido anteriormente por Firmino et al., (2016) o envelhecimento e a deterioração da QdV levam por vezes a institucionalização da pessoa idosa. Em resposta as dependências dos idosos, é cada vez mais uma constante a recorrência a instituições especializadas para satisfazer as necessidades da pessoa idosa pois, se ser idoso não significa ser dependente, é indiscutível que uma maior incidência de doenças de cariz crónico e dependências funcionais emergem nestas faixas etárias (Guerra, 2019). Deste modo, frequentemente as famílias sentem-se condicionadas para lidarem com as limitações provocadas pelo processo de envelhecimento, e neste contexto surgem as ERPI, revestidas de elevada importância, que proporcionam cuidados de saúde a pessoa idosa sem suporte familiar (Haddad & Calamita, 2020).

A realidade mostra não existir uma resposta adequada para que cada indivíduo se possa desenvolver em todas as suas dimensões, a necessidade de criar práticas de cuidado significativas que considerem o processo individual de envelhecimento não apenas pelos profissionais, mas também pela família, idoso e comunidade, é uma necessidade que emerge (Haddad & Calamita, 2020).

O processo de envelhecimento pode limitar e alterar a percepção da QdV da pessoa, portanto, neste sentido, devem ser estabelecidas parcerias e sinergias com os mais variados intervenientes de promotores de saúde para a formulação de um modelo orientador para que se defina prioridades e projetos dinamizadores que aumentem a

capacidade funcional das pessoas e efetuem a inserção social dos mais velhos na promoção do seu bem-estar (Lima et al., 2016; Portugal, 2017).

A adoção de estratégias que promovam a saúde e previnam o aparecimento de doenças crônicas e que incentivem a autonomia e independência ao longo da vida acarreta benefícios económicos e contribui para um aumento da expectativa de vida saudável (Rechel, 2013).

O relatório da OMS sobre o envelhecimento e a saúde de 2015 evidencia mesmo que são necessárias alterações das políticas de saúde pública associadas ao envelhecimento, sendo uma necessidade urgente e que deve ser feita em todos os cenários, apoiando-se sempre numa retórica de envelhecimento humano saudável e transformando os modelos curativos baseados na doença, em modelos de prestação de cuidados integrais centrados em adultos.

O reconhecimento da necessidade de uma ação concertada, para melhorar as oportunidades e a QdV das pessoas com o avançar da idade e garantir a sustentabilidade dos seus sistemas de suporte, é também, a premissa fundamental do Grupo de Trabalho de Estratégia Nacional para o Envelhecimento Ativo e Saudável, que exige a implementação de uma governação integrada (Portugal 2017).

Considerando a premissa deste grupo de trabalho, atentando ao relatório mundial de envelhecimento e saúde da OMS de 2015, observando o objetivo de desenvolvimento sustentável do PNS 2021-2030 de garantir o acesso à saúde de qualidade e promover o bem-estar para todos, em todas as idades e no seguimento da auscultação dos profissionais de saúde da USP, que referiram existir a necessidade de um conhecimento mais profundo desta população, justificada pelo contexto pós-pandémico e devido ao programa de vigilância das condições de instalação e funcionamento de estabelecimentos de ação social no qual o EEEEC esta inserido, justifica-se a pertinência desta problemática cada vez mais urgente.

Refere-se ainda que o estudo desta problemática, será levado a cabo durante o ENP, onde fara parte integrante de um projeto com tronco comum onde serão abordados por outros elementos os temas solidão, ansiedade e saúde mental, para conhecer melhor a população idosa institucionalizada em ERPI, com o propósito de elaborar uma estratégia concertada na promoção do envelhecimento saudável.

2.2. ENQUADRAMENTO TEÓRICO: O ENVELHECIMENTO POR DIFERENTES OLHARES

É uma realidade como já abordada anteriormente que o envelhecimento é um processo multifacetado e que varia de pessoa para pessoa não existindo uma pessoa idosa típica (OMS,2015). É um processo gradual e acarreta alterações biológicas, psíquicas e sociais, ocorrendo a diminuição da capacidade de adaptação e diminuição das reservas funcionais levando a fragilidade (Cardoso & Monteiro, 2017). E assim, com o avanço do envelhecimento da população, novas problemáticas vão surgindo e desafiando novas resoluções, implicando maior investimento individual e coletivo.

Pretende-se neste capítulo compreender com mais profundidade as características do fenómeno do envelhecimento, enquadrar os conceitos de QdV e envelhecimento saudável, e termina-se abordando a institucionalização da pessoa idosa.

2.2.1. Envelhecimento demográfico

O envelhecimento demográfico traduz-se em alterações na distribuição etária de uma população expressando uma maior dimensão de população em idades mais avançadas, esta dinâmica é consequência dos processos de declínio da natalidade e de aumento da longevidade (Portugal, 2015). Este envelhecimento da população, ou fenómeno de envelhecimento “resulta da transição demográfica, normalmente definida como a passagem de um modelo demográfico de fecundidade e mortalidade elevados para um modelo em que ambos os fenómenos atingem níveis baixos, originando o estreitamento da base da pirâmide de idades, com redução de efetivos populacionais jovens e o alargamento do topo, com acréscimo de efetivos populacionais idosos.” (Portugal, 2015, pg.188).

O envelhecimento demográfico não evolui de forma uniforme em todas as regiões do Mundo. Verifica-se que as populações mais desenvolvidas iniciaram primeiro o fenómeno da transição demográfica, com a população jovem a evoluir para taxas negativas desde 1970, enquanto o conjunto dos países menos desenvolvidos apresenta taxas de crescimento positivas (Portugal, 2015).

Portugal, assim como outros países, tem vindo a registar nas últimas décadas transformações demográficas caracterizadas, entre outros aspetos, pelo aumento da longevidade e da população idosa e pela redução da natalidade e da população jovem (Portugal, 2017). Em Portugal a população residente com menos de 15 anos de idade diminuirá, entre 2015 e 2080, passando dos atuais 1,5 milhões para menos de 1 milhão em 2080 e a população com 65 ou mais anos de idade residente poderá passar de 2,1 para 2,8 milhões de pessoas no mesmo período (Portugal, 2017b).

A estrutura etária da população em Portugal, de acordo com os Censos 2021 acentuou os desequilíbrios já apresentados na operação censitária anterior: segundo os resultados provisórios dos censos 2021, ocorreu um aumento expressivo da população idosa e a diminuição da população jovem: em 2021 existem 182 idosos por cada 100 jovens (Portugal, 2021c). De acordo com o mesmo documento, verificou-se entre 2011 e 2021 uma diminuição da população em todos os grupos etários, com exceção do grupo da população idosa (dos 65 e mais anos) que teve um crescimento de 20,6%. O grupo da população jovem (0-14 anos) foi o que sofreu a redução mais significativa (-15,3%), ou seja, em 2021 a percentagem de população idosa representa 23,4% enquanto a de jovens (0-14 anos) é de apenas 12,9%, agravou-se assim o fenómeno do duplo envelhecimento da população caracterizado pelo aumento da população idosa e pela redução da jovem (Portugal, 2021).

A idade mediana da população residente em Portugal passou de 45,5 anos em 2019 para 45,8 anos em 2020. Em 2019, segundo os dados disponibilizados pelo Eurostat, Portugal tinha a terceira idade mediana mais elevada da União Europeia (Portugal, 2021d).

De realçar, que o aumento do índice de envelhecimento é comum a todas as NUTS II, com as regiões do Centro e Alentejo a apresentarem os valores mais elevados em 2021, com 229 e 219 idosos por cada 100 jovens (Portugal, 2021c).

Este fenómeno social é um dos desafios mais importantes do século XXI e obriga à reflexão sobre questões como a idade da reforma, os meios de subsistência, a QdV dos idosos, o estatuto dos idosos na sociedade, a solidariedade intergeracional, a sustentabilidade dos sistemas de segurança social e de saúde (Portugal, 2015).

Contudo, uma sociedade envelhecida pode criar oportunidades em diversos domínios, novas atividades económicas e profissões, assim, aumentar os padrões de QdV da pessoa idosa através da formulação e cooperação em programas empenhados na melhoria dos padrões de saúde desta população torna-se uma necessidade emergente. (Portugal, 2015; Portugal, 2017).

2.2.2. Envelhecimento

O progressivo envelhecimento da população é um fenómeno global, e em Portugal é uma evidencia e continuara a aumentar. O envelhecimento e a consciência de que uma vida mais longa se traduz em maiores necessidades individuais e sociais, são grandes desafios colocados aos sistemas de saúde e social bem como aos indivíduos, famílias e comunidades, implicando uma envolvimento individual e coletiva para que uma maior longevidade possa ser acompanhada de mais saúde (Canhestro, 2018).

O envelhecimento segundo a OPAS, citada por Chagas e Rocha (2012, p. 94), é um “processo sequencial, individual, acumulativo, irreversível, universal, não patológico de deterioração de um organismo maduro, próprio a todos os membros de uma espécie, de maneira que o tempo o torne menos capaz de fazer frente ao stresse do meio ambiente e, portanto, aumente sua possibilidade de morte “. Sendo um processo único e multifacetado, dependente de um amplo espectro de fatores fisiológicos, sociais e psicológicos, que cada pessoa enfrenta mediante os seus recursos pessoais e sociais, não estando associado a uma idade cronológica (Squire, 2004; De São José & Teixeira,2014).

Pode-se dizer então, que não existe pessoa idosa, existem sim, pessoas em fases diversas do último ramo da sua vida, que partilham atributos que se foram diversificando e a respeito das quais mudaram as representações sociais, os valores, os estereótipos, as políticas, as práticas relacionais e os contextos de vida (Capucha, 2014).

O envelhecimento pode ser visto como um fenómeno coletivo e individualizado, associado a um processo biológico, desde o nascimento e através de mutações adquiridas, como, as alterações psicológicas, comportamentais e biológicas (Simões, 2013; Carvalho & Duque,2021, p.159). Logo, o envelhecimento não pode ser explicado, sem ter em consideração as suas dimensões biológicas, psicológicas e sociais que lhe são características (Figueiredo, 2014).

A nível biológico, a OMS (2015) considera como envelhecimento biológico um acúmulo de uma vasta variedade de danos moleculares e celulares. Estes danos provocam a redução gradual de reservas fisiológicas, aumentando o risco de muitas doenças e geralmente diminui a capacidade do individuo e em última instância levando a morte. Contudo, estas mudanças não são lineares ou consistentes e são apenas vagamente associadas à idade de uma pessoa em anos. Na perspetiva dos profissionais de saúde, geralmente, o envelhecimento biológico percebido como uma alteração progressiva das capacidades de adaptação do corpo, levando gradualmente a determinadas patologias crónico-degenerativas, que podem conduzir a incapacidade ou ao fim de vida. (Figueiredo, 2014). De facto, o envelhecimento biológico é inevitável, pois apesar dos avanços da medicina e das condições de vida, nada impossibilita as pessoas de envelhecer, contudo, não é uma condição inevitável para o surgimento de limitações (Carvalho & Duque, 2021). Apesar de em idades mais avançadas os indivíduos possam ser surpreendidos por patologias e limitações de ordem fisiológicas, estas alterações podem ser prevenidas através da manutenção de um estilo de vida saudável (Canhestro,2018).

No contexto do envelhecimento, ao nível psicológico, podem se verificar alterações a este nível, uma vez que a pessoa idosa está sujeita a problemas externos, que podem desencadear perturbações mentais ou comportamentais (Figueiredo, 2014). Durante esta circunstância as prioridades motivacionais e preferências podem alterar-se, e podem priorizar perspectivas transcendentais em prejuízo das materiais, estas mudanças podem ser resultado da aquisição de novos papéis, novos pontos de vista e de vários contextos sociais, podendo resultar num período de bem-estar subjetivo elevado (OMS, 2015).

Este bem-estar emocional é fator importante, pois ajuda a pessoa idosa a lidar com situações de preocupação, tensão, visto que este sentimento pode ser ameaçado devido a percepção dos próprios sujeitos acerca da sua deterioração física e mental, levando à redução das suas atividades e, conseqüentemente, a desistência de si próprios (Squire, 2004; Carvalho & Duque, 2021). A forma como é encarada a reforma e o envelhecimento pela pessoa, pode levar ao declínio físico e psicológico se não forem estabelecidos objetivos ou finalidades para esta fase de vida (Squire, 2004). A variedade de perturbações mentais que podem surgir nesta fase da vida da pessoa idosa, podem conduzir a sentimentos de incapacidade e desvalorização o que dificulta a reinserção social e suscita problemas a nível sociofamiliar (Carvalho & Duque, 2021, p.159).

Assim, surge o conceito de envelhecimento social, onde se assume que o envelhecimento para além de características biopsíquicas, apresenta características sociais e culturais (Figueiredo, 2014). Ocorrem, deste modo, alterações da posição social bem como perda de pessoas próximas, sendo frequente encontrarem-se situações deficitárias ao nível das relações familiares ou sociais (OMS, 2015). Sendo esta uma fase de perdas para a pessoa, serão as privações sociais que mais afetam, existindo cada vez menos contextos sociais que possam contribuir para o estreitamento de relações e é esta realidade associa-se a ausência de trabalho, que levam tendencialmente ao isolamento social da pessoa idosa (Carvalho & Duque, 2021, p.159).

Percebe-se, então que o processo de envelhecimento é um fluxo constante, daí a dificuldade de falar sobre ele de uma forma inerente ou fixa. Apesar de ser um processo idiossincrático é comum a todos os humanos e seres vivos, assim esta no nosso poder pessoal e em todo o processo desenvolvimento ao longo da vida, a responsabilidade de construir um envelhecimento com sentido (Lima, 2016).

2.2.3. Envelhecimento Saudável

O ES é um dos principais desafios da atualidade e uma temática relevante para a sociedade, pois, pessoas saudáveis e independentes colaboram para o bem-estar da

família e da comunidade (OPAS, 2020). O Termo ES, apesar de se utilizar em vários campos não existe consenso na sua definição. Contudo, para a OMS (2015) o ES é um termo abrangente e relevante e define-o como um processo de desenvolvimento e manutenção da capacidade funcional que permite o bem-estar na idade avançada. A capacidade funcional, pode ser compreendida, como os atributos relativos a saúde permitindo a pessoa fazer aquilo que é mais importante para ela. Esta é composta pela capacidade intrínseca, a combinação das capacidades físicas e mentais (OMS, 2015). Contudo, as capacidades intrínsecas são fortemente influenciadas pelos ambientes nos quais as pessoas viveram ao longo das suas vidas (OPAS, 2020).

Neste sentido, a OMS (2015) realça que o ES é estar mais além da transformação dos sistemas de saúde, exigindo-se a necessidade de uma resposta coordenada de múltiplos níveis por parte dos órgãos políticos e governamentais.

Para a OPAS (2020) o ES” é um processo contínuo de otimização da habilidade funcional e de oportunidades para manter e melhorar a saúde física e mental, promovendo independência e qualidade de vida ao longo da vida”. Mas tal como a OMS, a OPAS (2020) também refere a necessidade de ações em múltiplos níveis e em múltiplos sectores, de forma a manter a capacidade intrínseca e viabilizar a habilidade funcional. Torna-se relevante o investimento na prevenção dos fatores de risco e na promoção da adoção de comportamentos saudáveis determinantes do ES, pois a manutenção de pessoas autónomas e independentes por um período longo tem impacto direto nos custos de saúde e contribui para o aumento do bem-estar das pessoas mais velhas (Canhestro & Basto, 2016).

Tendo como pilares a promoção de uma vida saudável, o ES dependerá muito do empenho de cada um, responsabilização do indivíduo pelo seu bem-estar, enquanto agente da sua própria saúde, participação, e da sociedade como um todo, de forma que sejam garantidas as oportunidades para tal, à medida que as pessoas envelhecem (Canhestro & Basto, 2016; Portugal, 2017). Neste contexto, o estudo da QdV relacionada com a saúde em pessoas idosas, designadamente institucionalizadas, adquire na atualidade interesse central.

2.2.4. Qualidade de Vida

Face à realidade do envelhecimento populacional, urge que este resulte não do acréscimo de apenas anos a vida, mas também aumento da vida aos anos, visando a promoção da QdV à medida que as pessoas envelhecem (Vilar et al., 2016). No que concerne ao conceito de QdV, este manifesta contornos relevantes e incontornáveis e é

responsável por vários debates e curiosidade em vários contextos, levando a uma diversidade de opiniões quanto a sua definição.

Analisando a etimologia do termo qualidade, este deriva do latim “qualis” que significa o modo de ser característico de algo relacionado consigo mesmo, como relacionado a outro grupo, e podendo assumir características positivas ou negativas (Pereira et al., 2012).

A multiplicidade de interpretações referentes ao conceito de QdV, deve-se em grande parte a subjetividade que este apresenta, uma vez que as dimensões ou domínios que contribuem para uma maior ou menor QdV de um indivíduo diferem consoante os desejos e aspirações dessa pessoa (Custódio, 2011).

Pode-se afirmar que QdV é um termo complexo e abstrato e compreende diferentes áreas que em conjunto formam um todo composto por: satisfação pessoal, autoestima, desempenho, comparação com outros, experiência e conhecimento prévios, situação económica, saúde e estado emocional, elementos que contribuem para uma QdV plena (Serafim, 2007; Pereira et al., 2012).

Uma das definições de QdV frequentemente utilizada, é a do WHOQOL Group (*World Health Organization Quality of Life Group*). Grupo constituído na década de noventa para o estudo da QdV, que contribuiu grandemente para a definição de QdV. Este define-a como a “percepção do indivíduo acerca da sua posição na vida, no contexto de cultura e sistemas de valores em que se insere e em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações” (WHOQOL Group, 1994 citado por Vilar et al., 2016 p.23).

Esta definição reflete-se de um consenso internacional, representando uma perspectiva transcultural, multidimensional, que completa a complexa influência da saúde física e psicológica, nível de independência, relações sociais, crenças pessoais e das suas relações características do respetivo meio na avaliação subjetiva da QdV individual (Canavarro et al., 2010).

Uma das várias definições de QdV é apresentada por Constanza et al., (2007), estes expõem uma definição integrativa de QdV, onde combina medidas de necessidades humanas com bem-estar subjetivo ou felicidade, é proposto um conceito multiescala e multidimensional que contém elementos objetivos e subjetivos em interação.

A enfermagem através das suas teóricas, tais como Peplau, Rogers, King, Leininger e Parse, também ofereceu o seu conceito de QdV. Na teoria de Peplau QdV é sinónimo de bem-estar ou saúde psicológica. Já Rogers e King QdV é sinónimo de satisfação com a vida. Leininger refere que QdV depende dos valores, crenças e símbolos de uma

determinada cultura, considerado a força motriz para a promoção da saúde e bem-estar. Por fim Parse, refere QdV como a representação que cada indivíduo atribui a experiências vividas (Plummer & Molzahn, 2009).

Apesar de não existir nenhum consenso entre a comunidade científica em relação a definição de QdV, pode-se observar existir dois pontos de concordância nas várias opções: o indivíduo é o juiz mais adequado da sua própria QdV e segundo a QdV é multidimensional, abrangendo todos os aspectos da vida de uma pessoa (Hacker, 2010).

2.2.5. Institucionalização da pessoa idosa

Devido ao envelhecimento social, foram criadas nos últimos tempos, algumas organizações/instituições de apoio a pessoa idosa, essencialmente para dar resposta e minimizar o isolamento social, contudo, mais tarde para garantir QdV da pessoa idosa foram criadas instituições para proporcionar uma melhor e equilibrada adaptação para ultrapassar as perdas decorrentes desta fase da vida (Carvalho & Duque, 2021, p.159).

Independentemente da idade ou nível de capacidade intrínseca, a pessoa idosa tem direito a uma vida plena e digna. Contudo, em situações de perdas de capacidades o apoio e a assistência, só é possível através de outras pessoas, mas geralmente a responsabilidade recai sobre os membros da família, para os quais pode representar custos psicológicos, económicos e sociais significativos (OMS, 2015). Como refere Capucha (2014), as famílias podem desempenhar um papel importante, mas estão limitadas pelas suas contingências e recursos.

Observa-se que a estrutura social está a modificar-se, com as mulheres a entrar no mercado de trabalho, e em resposta as dependências dos idosos, é cada vez mais uma constante recorrer a instituições especializadas para satisfazer as necessidades da pessoa idosa pois, se ser idoso não significa ser dependente, é indiscutível, que uma maior incidência de doenças de cariz crónico e dependências funcional emergem nestas faixas etárias (Guerra, 2019).

Assim, a recorrência a uma instituição para colmatar necessidades do idoso é uma realidade cada vez mais presente na vida da pessoa idosa a título temporário ou permanente. Neste contexto surgem as ERPI, revestidas de uma importância que não pode ser ignorada.

A Portaria n.º 67/2012 de 21 de março, de 2012, define como ERPI, o estabelecimento para alojamento coletivo, de utilização temporária ou permanente, em que sejam desenvolvidas atividades de apoio social e prestados cuidados de enfermagem. Podendo aceder a serviços de apoio orientados para a promoção e QdV. Segundo o

Instituto de Segurança Social, a ERPI fornece uma resposta social para pessoas com idade estabelecida para a reforma, ou outras em situação de maior risco de perda de independência e\ou autonomia, que por opção própria, ou por inexistência de retaguarda social, pretendem a integração em estrutura residencial.

O objetivo central destas instituições é o de manter um nível de capacidade funcional em idosos que possuam ou apresentem alto risco de perdas significativas da capacidade, bem como garantir que esses cuidados sejam consistentes com seus direitos básicos, liberdades fundamentais e dignidade humana (OMS, 2015).

Estas instituições de longa duração, por vezes, tem uma conotação negativa, muitas vezes denominados de “depósitos de idosos”, todavia esta opinião tem vindo a alterar-se na medida em que há pessoas idosas que escolhem a institucionalização, porque estão viúvos, ou não tem filhos, ou não pretendem sobrecarregar a família, entre outros (Santos, 2021). Assim, é necessário desmistificar esta visão mais negativa das instituições de forma que estas sejam visionadas como uma opção que ofereçam dignidade e QdV.

Para que estas instituições possam fornecer cuidados de qualidade, é necessário estabelecer parcerias entre o poder publico, uma vez que o estado é a fonte de recurso de algumas destas instituições, este torna-se assim a entidade melhor colocada e responsável por assegurar a QdV da pessoa idosa (Capucha, 2014). Parcerias com a sociedade, profissionais e a pessoa idosa, são igualmente necessárias de forma a implementar e alargar alternativas de convivência social e familiar, novas formas de cuidado e acolhimento, possibilitando a vivencia da velhice de uma forma ativa, certificando a QdV da pessoa idosa (Santos, 2021)

Pode-se dizer que as ERPI são estruturas que não podem ser ignoradas, quando se fala na promoção de um envelhecimento saudável e aumento QdV.

Assim, os dois subpontos que de seguida se apresentam centram-se na componente empírica do trabalho realizado no âmbito do estudo da QdV em pessoas idosas institucionalizadas, prendem-se respetivamente com a metodologia e com os resultados obtidos.

2.3. METODOLOGIA

Com a evolução dos cuidados de saúde, é exigido ao enfermeiro especialista um leque de competências acrescidas, constante aprendizagem e reflexão sobre a sua prática. A investigação assume um importante contributo na prática do EEEEC, sendo a comunidade a seu palco de atuação, este deve basear o seu exercício em dados provenientes de pesquisas científicas, de forma adotar prática baseada em evidências (Polit, 2011).

Considera-se investigação científica, a atividade que permite ao investigador obter um novo conhecimento científico, objetivo, sistemático, organizado e verificável (Vilelas, 2020). Vilelas, (2020) considera que a investigação pode definir-se como um esforço que se empreende para resolver um problema de desconhecimento de uma determinada área que chame a atenção do investigador.

Neste subponto será apresentada a metodologia tendo como base da investigação a questão de investigação, a finalidade e objetivos, passando pela recolha de dados, seguida dos procedimentos estatísticos e éticos,

2.3.1. Questão de investigação, finalidade e objetivos

A questão de partida ou questão de pesquisa remete-nos para perguntas específicas que visam responder ao problema (Polit & Beck, 2011), assim deve ser o primeiro passo a realizar no processo de investigação, pois servirá de guia durante todo o processo (Néné & Sequeira, 2022). Após reflexão e análise atenta da revisão bibliográfica efetuada definiu-se a seguinte **questão de partida**:

- Qual a perceção da QdV da pessoa idosa institucionalizada nas ERPI da área de abrangência do ACES Cávado III - Barcelos/Esposende e suas determinantes?

Este estudo tem como finalidade contribuir para a melhoria da QVD à pessoa idosa institucionalizada, através da melhoria da gestão dos cuidados de saúde tendo por base a evidência.

Considerando a Questão de investigação e finalidade do estudo de investigação, foram equacionados os seguintes **objetivos**:

- Caracterizar os idosos institucionalizados nas ERPI da área de abrangência do ACES Cávado III - Barcelos/Esposende em termos sociodemográficos, através da descrição das variáveis sociodemográficas;
- Avaliar a perceção de QdV do idoso institucionalizado nas ERPI da área de abrangência do ACES Cávado III - Barcelos/Esposende;
- Analisar a associação entre a perceção da QdV e determinantes sociodemográficos e clínicas da pessoa idosa institucionalizada em ERPI;

- Identificar aspetos estruturantes de propostas de intervenção no âmbito do envelhecimento saudável dos indivíduos numa lógica participada.

2.3.2. Tipo de Estudo

A promoção de um envelhecimento saudável com vista a uma maior perceção de QdV da pessoa idosa é uma área de relevo para o Mestre em Enfermagem Comunitária e simultaneamente com condições de acesso ao título de EEEC, dado que este assume uma posição privilegiada para desenvolver e liderar projetos e atividades de promoção da saúde ao longo dos processos de vida, designadamente no que se refere à complexidades inerente ao envelhecimento.

No sentido de dar resposta à problemática de investigação elencada e respetivos objetivos enunciados anteriormente, opta-se por efetuar um estudo com abordagem do tipo quantitativo, observacional, transversal, analítico-correlacional.

O estudo denomina-se quantitativo pois, serão avaliados os níveis de perceção de QdV por parte da pessoa idosa institucionalizada numa ERPI através de um processo sistemático de colheita de dados observáveis e quantificáveis recorrendo a recursos estatísticos, com vista a descrição e à explicação do fenómeno (Fortin, 2003; Vilelas, 2020). Será transversal pois será realizado um instantâneo da situação de saúde da comunidade (Filho & Rouquayrol, 2006), e correlacional porque, visa-se determinar e quantificar através de provas estatísticas, as relações entre as variáveis sociodemográficas com a QdV percecionado pela pessoa idosa (Vilelas, 2020).

2.3.3. Contexto e população

No trabalho de investigação aqui apresentado, a **população** em estudo encontra-se institucionalizada em ERPI da área de abrangência da USP do ACES Cávado III - Barcelos/Esposende.

Conforme descrito no Plano Local de Saúde [(PLS) (Portugal, 2020)], o ACES Cávado III - Barcelos/Esposende pertence ao distrito de Braga e insere-se na NUT II Norte e NUT III Cávado. No que concerne ao concelho de Barcelos é considerado o maior concelho do distrito de Braga com 61 freguesias. Entende uma área total de aproximadamente 378 km², apresenta uma população residente de 116.776 e uma densidade populacional de 308,2 hab./Km². Este concelho apresenta uma percentagem de 19.7 de pessoas com 65 anos ou mais, exprimindo um índice de envelhecimento de 156.4 por cada cem jovens, que analogamente aos dados de censos 2011 é consideravelmente muito superior (Portugal, 2021b)

Relativamente ao concelho de Esposende situa-se no norte de Portugal e apresenta uma área total de 95,4 km² sendo constituído por 9 freguesias. Segundo os dados de PORDATA (Portugal, 2021b), a sua população residente é de 35.138 habitantes e a sua densidade populacional de 368.3 hab/km², segundo a mesma fonte, a sua população com 65 anos ou mais representa 20% da população. Traduz assim um índice de envelhecimento de 147,4 por cada cem jovens, que comparativamente com o ano de 2011 e em semelhança com o concelho de Barcelos, apresenta o mesmo comportamento quase que duplicou.

De acordo com a Carta Social (Portugal,2021), ocorre uma disseminação de instalações sociais por todo o Continente, estando patente uma maior concentração nos distritos e concelhos dispostos ao longo da faixa litoral do território, sendo que a região Norte, da NUTSII, apresentava em 2020, a maior proporção do total de equipamentos sociais, 33 %. Sendo que o distrito de Braga tem uma distribuição territorial de instalações sociais de 7.4%.

Em 2020, a nível nacional no que diz respeito à tipologia das respostas sociais que entraram em funcionamento, cerca de 34 % eram dirigidas a Pessoas Idosas, tendo existido nos últimos 20 anos um aumento de 176% na resposta ao nível das ERPI. Analogamente ao distrito de Braga este enverga a totalidade 29 ERPIS, especificamente o concelho de Barcelos 17 e o do Esposende 4, totalizando estes dois conselhos 795 vagas em ERPI (Portugal, 2021).

O aumento de resposta nos últimos 20 anos ao nível das ERPI, justifica-se com o peso relativo da população com 65 ou mais anos na população total e tem-se intensificado ao longo dos anos, representando, em 2021, 23,4 % da população total do Continente (Portugal, 2021). Estes dados estão também em consonância com a população do ACES Cávado III- Barcelos/Esposende. Está característica das comunidades/populações, auxiliadas naturalmente pelos importantes avanços da medicina, geraram um impacto na sociedade. Torna-se claro que tem de existir um olhar mais alargado e focalizado na QdV desta população que reside em ERPI.

Desta forma, com o desígnio de conhecer a perceção de QdV desta população, o estudo realizado debruçou-se sobre os idosos institucionalizados em ERPI, na área de abrangência do ACES Cávado III - Barcelos/Esposende. Segundo a carta social (Portugal, 2021), o ACES abrange 22 ERPI. Contudo, apenas participaram 20 ERPI no estudo. Uma das estruturas residenciais referiu não ter população elegível para a investigação, dado que todos os idosos que abrigava apresentavam síndrome demencial, e a segunda não referiu atentadamente um parecer positivo para a realização do estudo.

2.3.4. Critérios de inclusão e exclusão

Tendo em conta o objetivo do estudo e a sua viabilidade foram estabelecidos os seguintes critérios de inclusão:

- Pessoas com idade igual ou superior a 65 anos institucionalizadas em ERPI da área de abrangência do ACES Cávado III Barcelos/Esposende;
- Pessoas que apresentem capacidades cognitivas, demonstradas segundo a Mini Mental State Examination (MMSE ¹).

Como critérios de exclusão foram elencados os seguintes critérios:

- Não darem até a data de conclusão do estudo um parecer positivo para a participação no mesmo;

2.3.5. Variáveis

Variável pode ser considerada qualquer característica ou qualidade da realidade que é passível de assumir diferentes valores, a variável deve estar em acordo com a definição do problema, dos objetivos, das hipóteses e em consonância com o marco teórico (Vilelas, 2020).

Considerando o enquadramento teórico e a problemática da investigação foi definida como variável dependente: o nível de perceção da QdV da pessoa idosa.

No que concerne às variáveis independentes foram fixadas as variáveis sociodemográficas - idade, sexo, estado civil, número de filhos, profissão, escolaridade, motivo de institucionalização, visitas, participação nas atividades da instituição, patologias, consumo de bebidas alcoólicas, hábitos tabágicos, qualidade do sono, utilização de equipamentos adaptativos, nível de mobilidade, classificação geral de saúde, patologias, toma de ansiolíticos, uso de polimedicação e autonomia. Estas foram operacionalizadas nos termos do apêndice XV.

2.3.6. Instrumentos de Colheita de dados

Como a investigação pode incidir sobre uma variedade grande de fenómenos, requer acesso a diversos métodos de colheita e de análise estatística, de forma a realizar uma

¹ Foi confirmado previamente junto da direção técnica e equipa de enfermagem das ERPI que os idosos que aceitaram participar no estudo possuíam capacidades cognitivas para realizar o questionário segundo o MMSE. (Guerreiro et al., 1994)

explicação dos fatos observados de forma objetiva, sem efetuar juízos de valor (Vilelas, 2020).

Na escolha e seleção dos instrumentos a utilizar foi tido em consideração, para além da pertinência, as qualidades psicométricas e a adequação dos instrumentos às características da população selecionada. Desta forma, após ponderação e no sentido de responder aos objetivos delineados neste estudo, serão utilizados três instrumentos de colheita de dados:

- Questionário de caracterização sociodemográfica

Este questionário² (Apêndice I) foi construído de forma a realizar uma caracterização inicial pormenorizada de cada participante. Assim, com base na revisão bibliográfica efetuada, foram recolhidas informações acerca dos dados pessoais (data de nascimento, género, estado civil, número de filhos, profissão que exercia, se reforma antecipada e motivo, nível de escolaridade, crença religiosa, motivo da institucionalização, se recebe visitas, se participa em atividades da instituição, assim como informação sobre os dados clínicos do participante (patologias, consumo de bebidas alcoólicas, hábitos tabágicos, qualidade do sono, equipamentos adaptativos, nível de mobilidade e classificação geral de saúde). Para complementar informação foi recolhido junto da equipa de enfermagem, para enriquecimento da informação, dados clínicos sobre antecessores pessoais, medicação, tempo de institucionalização e nível de autonomia³.

- Instrumento de Avaliação da Qualidade de Vida: WHOQOL-Bref

É um instrumento que adota um conceito amplo multidimensional e transcultural, baseando-se no pressuposto de que a QdV é um conceito subjetivo, à perceção individual de cada um.

² Questionário elaborado pelo grupo de mestrandas, sendo o único documento partilhado, refere-se também que os tratamentos estatísticos dos dados sociodemográficos serão iguais para todos os elementos.

³ Informação fornecida pela equipa de enfermagem dos idosos que aceitaram participar no estudo, através da Escala de Katz (dependência total-0, dependência grave 1-2, dependência moderada 3-4, dependência ligeira -5, dependência total-6) (Katz et al., 1963)

O WHOQOL-Bref (Anexo 2) é a versão abreviada do WHOQOL-100, ambos desenvolvidos pela OMS e em coerência com a definição avançada pela OMS (Canavarro, 2010). O WHOQOL-bref, é composta por 26 questões. Destas 26 questões, duas abrangem questões gerais de QdV, avaliada por dois itens, um correspondente á QdV em geral e outro sobre a percepção geral da saúde (Canavarro, 2010). As outras 24 representam cada uma das 24 facetas que compõe o instrumento original, correspondendo a 4 domínios diferentes: físico, psicológico, relações sociais e meio ambiente (Fleck et al., 2000; Serra et al., 2006; Canavarro, 2010). O domínio físico é composto por sete itens (3, 4, 10, 15, 16, 17, 18). O domínio psicológico inclui seis itens (5, 6, 7, 11, 19, 26). O domínio das relações sociais abarca 3 itens (20, 21, 22). Por último o domínio do meio ambiente - envolve oito itens (8, 9, 12, 13, 14, 23, 24, 25). Assim, diferente do WHOQOL-100 em que cada uma das 24 facetas é avaliada a partir de 4 questões, no WHOQOL-bref cada faceta é avaliada por apenas uma questão mantendo a essência subjetiva e multidimensional do conceito de QdV (Fleck et al., 2000; Serra et al., 2006).

Cada domínio é composto por perguntas, cujas pontuações das respostas variam entre um e cinco e o resultado de cada domínio é calculado através da média dos resultados (variando entre 0 e 100) das questões que o compõem, sendo esta multiplicada por 100 de forma a serem comparados com os resultados da WHOQOL-100 (Canavarro et al., 2006 cit in Mesquita 2013), concluindo-se que quanto maior o score melhor a percepção de qualidade de vida (Silva et al., 2014, Gobbens & Remmen, 2019).

As questões deste instrumento foram formuladas para uma escala de respostas do tipo Lickert, as questões são respondidas através de quatro tipos de escala, em função do seu conteúdo. Assim, a WHOQOL-Bref comporta uma escala de intensidade (nada-muitíssimo), uma escala de capacidade (nada-completamente), uma escala de frequência (nunca - sempre) e uma escala de avaliação (muito insatisfeito - muito satisfeito; muito má - muito boa) (Fleck et al., 1999), encontrando-se elaboradas quer no sentido positivo, quer no sentido negativo (Canavarro et al., 2007 cit in Mesquita 2013)

Este instrumento foi inicialmente desenvolvido como um questionário de autorresposta. No entanto, como é o caso do estudo onde a amostra é representativa de uma população idosa e iletrada, em determinadas situações não é possível optar por esta metodologia. Neste sentido, as formas de administração do questionário são por autoadministração; assistido pelo entrevistador ou administrado pelo entrevistador.

Em 2006 Serra [et al.], num estudo realizado assegurou sua fiabilidade, validade e consistência interna, assegurando assim ser um bom instrumento para avaliar a QdV na população em Portugal.

2.3.7. Previsão de tratamento de dados

Após a recolha de dado, os dados recolhidos através dos instrumentos de apresentados anteriormente, foram tratados estatisticamente com recurso ao Statistical Package for the Social Sciences (SPSS), versão 28 para Windows.

O nível de significância estatístico adotado foi de 5% ($\alpha=0.05$), não existindo valores omissos.

A análise exploratória de dados incidiu sobre a frequência absoluta (n) e relativa (%) para as variáveis qualitativas, e pela média (M), desvio-padrão (DP), coeficiente de variação (CV), que segundo Pestana & Gageiro, (2014; p.111), segundo a formula $CV=(DP/M)*100$, $CV\leq 15\% \rightarrow$ fraca dispersão; $15\%<CV\leq 30\% \rightarrow$ moderada dispersão; $CV>30\% \rightarrow$ forte dispersão. E valores mínimo (Mín) e máximo (Máx) para as variáveis quantitativas.

A verificação da normalidade foi efetuada pelo teste de Kolmogorov-Smirnov (D), com correção de Lilliefors, quando $n\geq 50$ ou pelo teste de Shapiro-Wilk (W) quando $n<50$. Exceto se apresentarem forte assimetria e/ou curtose, ao abrigo do Teorema Limite Central, apenas nas variáveis com $n<30$, para efeito de comparação de médias, foi importante a suposição da normalidade.

A homogeneidade das variâncias foi verificada pelo teste de Levene. No caso de heterocedasticidade foi efetuada a correção dos graus de liberdade.

A comparação entre duas amostras independentes, com variáveis quantitativas com distribuição normal, foi efetuada pelo teste t de medidas independentes. No caso de incumprimento da normalidade, foi usado o teste U Mann-Whitney.

A comparação entre três ou mais amostras independentes foi realizada pela *one-way* ANOVA de medidas independentes. No caso de incumprimento dos pressupostos, usamos o teste H Kruskal-Wallis. Na presença de diferenças estatisticamente significativas, foi usado o *post-hoc* HSD Tukey (variâncias homogéneas) ou o teste de Games-Howell (variâncias não-homogénas).

O estudo da correlação entre variáveis foi efetuado pelo coeficiente de correlação de Pearson, r , quando as variáveis são quantitativas com distribuição normal, ou pela correlação de Spearman r_s , quando, pelo menos, uma das variáveis é qualitativa ordinal.

A análise da relação entre uma variável quantitativa e uma variável nominal dicotómica discreta, foi efetuada pelo coeficiente de correlação bisserial de pontos (R_{bp}).

A interpretação da magnitude da correlação, com $\theta=(r, r_s, R_{bp})$, foi efetuada pelo intervalo de correlação de Pestana & Gageiro (2014, p.347), para quem independentemente do sinal (+ ou -), se:

$\theta \leq 0.19$	correlação Muito Fraca;
$0.20 \leq \theta \leq 0.39$	correlação Fraca;
$0.40 \leq \theta \leq 0.69$	correlação Moderada;
$0.70 \leq \theta \leq 0.89$	correlação Forte;

A consistência interna foi verificada pelo α -Cronbach, de acordo com a seguinte classificação (Pestana & Gageiro, 2014; p.531):

Muito Boa $\alpha \geq 0.90$

Boa $0.80 \leq \alpha < 0.90$

Razoável $0.70 \leq \alpha < 0.80$

Fraca $0.60 \leq \alpha < 0.70$

Inaceitável $\alpha < 0.60$

2.3.8. Período de recolha de Dados e Procedimentos éticos

Foi efetuada a recolha de dados após a autorização da comissão de ética para as ciências sociais, da vida e da saúde do Instituto Politécnico de Viana do Castelo (Anexo3). Perante a autorização desta comissão de ética os dados foram recolhidos no período compreendido entre 11 de julho e 31 de agosto de 2022.

Durante o período de recolha de dados, houve o cuidado de respeitar as considerações éticas. Sabe-se que a ética é fundamental no que refere à proteção dos direitos das pessoas que irão participar no estudo. No início da investigação deve ser tido em conta possíveis repercussões na vida dos inquiridos (Fortin, 2009) e a sua proteção é fundamental (Néné & Sequeira, 2022), o investigador deve considerar um conjunto de regras que salvaguardem os direitos da população, considerando as problemáticas éticas e legais.

Neste sentido, ao longo da investigação uns dos princípios éticos fundamentais assegurados e sempre presentes foi o da beneficência para maximizar benefícios, e em simultâneo o princípio da não maleficência, ou seja, a obrigatoriedade da minimização de danos (Polit & Beck, 2011).

Logo, para salvaguardar todas estas questões de forma a seguir e respeitar todas as recomendações presentes na declaração de Helsínquia e a convenção de Oviedo, no que toca à investigação sobre humanos, foi solicitado um parecer à Comissão de Ética

para as Ciências Sociais, da vida e da Saúde do Instituto Politécnico de Viana do Castelo (Apêndice III), onde foi também, garantido o direito de monitorização do estudo.

Dado este estudo ter decorrido nas ERPI da área de abrangência do ACES Cávado III - Barcelos/Esposende, por isso foi dirigido a Direção destas Instituições um pedido de autorização para realização do mesmo (Apêndice IV).

Após a autorização concedida (Anexo 4) de cada instituição, foi assegurado o direito à autodeterminação a cada idoso: pedido o consentimento legal para que aceitassem participar no estudo, sendo explicado a natureza do estudo, objetivos e o seu cariz voluntário (Termo de consentimento Livre e Informado, Apêndice II). Respeitou-se o direito a intimidade, anonimato das suas informações e confidencialidade das suas respostas, bem como o direito do participante escolhido a mudar de ideias e abandonar o estudo sem qualquer penalização e sem a obrigação de justificar eventual abandono.

Assumiu-se, ainda o compromisso de destruir todo o material produzido no âmbito deste trabalho 2 meses após o término do estudo.

2.4. APRESENTAÇÃO DE RESULTADOS

2.4.1. Caracterização sociodemográfica

A Tabela 1 apresenta os valores de frequência absoluta (n) e relativa (%) na caracterização sociodemográfica da amostra, verifica-se assim que a maior parte dos sujeitos são do sexo feminino (72.4%), e a maioria dos sujeitos estão na condição de viuvez (54.1%), seguindo-se o estado civil de solteiro (22.7%).

Em Apêndice VI, consta a listagem de profissões que os idosos da amostra desempenharam aquando da vida profissional útil. Das diversidades de profissões, as mais frequentes são: agricultor/a (28.7%), operário/a fabril (17.8%) e doméstica (14.4%).

O pedido de reforma antecipada não foi feito pela maioria dos sujeitos (58%). Contudo, nos casos em que tal pedido foi efetuado, a principal razão foi por doença (84.2%).

A nível da escolaridade, predominam os níveis mais baixos de literacia: 1º ciclo do ensino básico (63%) e analfabetismo (26.5%).

A quase totalidade dos sujeitos refere uma crença religiosa (99.4%), sendo que a quase totalidade a enquadram na rotina diária (97.8%). Verifica-se que a maioria dos sujeitos não escolheu ser institucionalizado (53%), e as principais razões que levaram à institucionalização foram: falta de suporte social/familiar (49.2%) e incapacidade/doença (34.8%). Apenas um sujeito mencionou a opção “outro”, e neste caso devido a violência doméstica.

Apura-se que todos os idosos recebem visitas (93.4%). Nestes casos, a maioria das visitas é feita por filho/a (39.1%) e família em geral (32%). As visitas são realizadas, maioritariamente, numa frequência semanal (52.5%), seguindo-se a frequência mensal (30.9%).

Acerca da participação em atividades proporcionadas pela Instituição, a maioria afirmou participar ativamente (81.2%), sendo os jogos de mesa/tabuleiro (34%), atividade física (27.2%) e artes manuais (25.9%). A maioria dos inquiridos afirmou ter oportunidade de sugerir atividades para realizar de acordo com a sua preferência (64.1%).

Quanto à oportunidade de participar ativamente na vida da Instituição, a maioria dos idosos afirmou que “Sim” (57.5%).

A maior parte dos idosos refere alguma patologia (72.9%), embora destacando-se as patologias ósseas, cardíacas, diabetes, HTA e AVC (Apêndice VII)

A maior parte dos idosos afirmou consumir bebidas alcoólicas (78.5%), sobretudo às refeições (84.6%). A quase totalidade dos idosos não é fumador (96.7%). Entre os que fumam, fazem-no numa frequência 2 a 3 cigarros por dia.

Foi referido por 55.2% dos idosos pouca qualidade de sono. O recurso a equipamento adaptativo é bastante frequente na quase totalidade dos sujeitos (90.1%), principalmente óculos (38.7%), cadeira de rodas (33.1%), andarilho (22.1%) e bengala (20.2%). De notar que muitos idosos possuem mais do que um equipamento adaptativo, daí que a frequência absoluta e relativa excede os $n=181$ e 100%, respetivamente.

A mobilidade/dependência (capacidade para se movimentar, deslocar e realizar as atividades de vida diária sozinho/a) é, na maioria dos sujeitos, avaliada como razoável (45.3%), seguindo-se de má (29.8%).

A classificação do estado de saúde feita pelos idosos é, na maioria dos casos, razoável (56.4%). As opções extremas são as menos prevalentes. Em relação ao nível de dependência, a maior frequência de sujeitos situa-se na dependência moderada (29.8%), seguindo-se a dependência ligeira (27.1%) e dependência grave (23.8%).

No campo da medicação, verifica-se que a maior parte dos sujeitos é polimedicado (86.2%), (59.7%) toma ansiolíticos e (52.5%) refere não tomar antidepressivos. Em Apêndice VIII encontra-se a lista com os antecedentes de saúde.

Tabela 1- Caracterização sociodemográfica da amostra: frequência absoluta e relativa.

Variáveis e categorias	n	%
Sexo		
Feminino	131	72.4
Masculino	50	27.6
Estado civil		
Solteiro(a)	41	22.7
Casado(a)	28	15.5
União de facto	2	1.1
Divorciado(a)/Separado(a)	12	6.6
Viúvo(a)	98	54.1
Profissão (Apêndice VI)		
Reforma antecipada		
Sim	76	42.0
Não	105	58.0
Motivo da antecipação da Reforma		
doença	64	84.2
acidente	2	2.6
acordo com a empresa	1	1.3
cuidador da esposa	1	1.3
cuidadora do marido	1	1.3
decisão própria	1	1.3
deficiência motora	1	1.3
desemprego	1	1.3
fratura da coluna	1	1.3
fratura do fêmur	1	1.3
invalidez	1	1.3
vantagens sociais	1	1.3
Escolaridade		
Não sabe ler nem escrever	48	26.5
1º ciclo do ensino básico	114	63.0
2º ciclo do ensino básico	10	5.5
3º ciclo do ensino básico	6	3.3
Ensino secundário	1	0.6
Ensino superior	2	1.1
Crença religiosa		
Sim	180	99.4
Não	1	0.6
Frequência das práticas religiosas		
Rotina diária	176	97.8
Quando estou triste	2	1.1
Quando estou ansioso(a)	2	1.1
Institucionalização por opção pessoal		
Sim	85	47.0
Não	96	53.0
Motivo da institucionalização		
Falta de suporte social/familiar	89	49.2
Incapacidade/doença	63	34.8
Solidão	28	15.5
Outro	1	0.6
Recebe visitas		
Sim	169	93.4
Não	12	6.6
Tipo de visita		
Filho/a	66	39.1
Família em geral	54	32.0

Tabela 1- Caracterização sociodemográfica da amostra: frequência absoluta e relativa.

Variáveis e categorias	n	%
Irmão/ã	17	10.1
Netos	10	5.9
Nora	3	1.8
Primo/a	3	1.8
Cunhado/a	3	1.8
Esposa	2	1.2
Marido	1	0.6
Namorado	1	0.6
Vizinhos	1	0.6
Mãe	1	0.6
Frequência das visitas		
Diariamente	4	2.2
Semanalmente	95	52.5
Mensalmente	56	30.9
Anualmente	14	7.7
Participação em atividades proporcionadas pela Instituição		
Sim	147	81.2
Não	34	18.8
Tipo de Atividades em que participa		
Jogos de mesa/tabuleiro	50	34.0
Atividade física	40	27.2
Artes manuais	38	25.9
Leitura	8	5.4
Música	7	4.8
Dança	4	2.7
Oportunidade de sugerir atividades da sua preferência		
Sim	116	64.1
Não	65	35.9
Sente que tem oportunidade de participar ativamente na vida da Instituição		
Sim	104	57.5
Não	77	42.5
Possui Patologias		
Sim	132	72.9
Não	49	27.1
Consome bebidas alcoólicas		
Sim	39	21.5
Não	142	78.5
Frequência do consumo		
refeição	33	84.6
1/2 copo às refeições	2	5.1
diário	1	2.6
1 copo ao almoço	1	2.6
1 vez por semana	1	2.6
em festas	1	2.6
Hábitos tabágicos		
Sim	6	3.3
Não	175	96.7
Frequência dos hábitos tabágicos		
2 cigarros/dia	2	33.3
3 cigarros/dia	2	33.3
4 cigarros por dia	1	16.7
7 cigarros por dia	1	16.7

Tabela 1- Caracterização sociodemográfica da amostra: frequência absoluta e relativa.

Variáveis e categorias	n	%
Problemas de sono		
Sim	100	55.2
Não	81	44.8
Uso de equipamento adaptativo		
Sim	163	90.1
Não	18	9.9
Tipo de equipamento adaptativo		
Óculos	63	38.7
Cadeira de rodas	54	33.1
Andarilho	36	22.1
Bengala	33	20.2
Canadianas	11	6.7
Aparelho auditivo	2	1.2
Muleta axilar	1	0.6
Apoio na mobília	1	0.6
Mobilidade/dependência percebida		
Muito boa	5	2.8
Boa	36	19.9
Razoável	82	45.3
Má	54	29.8
Muito má	4	2.2
Classificação da sua saúde, em geral		
Muito boa	3	1.7
Boa	27	14.9
Razoável	102	56.4
Má	45	24.9
Muito má	4	2.2
Nível de dependência		
Dependência total	8	4.4
Dependência grave	43	23.8
Dependência moderada	54	29.8
Dependência ligeira	49	27.1
Independência	27	14.9
Polimedicação		
Sim	156	86.2
Não	25	13.8
Medicação ansiolítica		
Sim	108	59.7
Não	73	40.3
Medicação antidepressiva		
Sim	86	47.5
Não	95	52.5

2.4.2. Qualidade de vida, versão breve (WHOQOL-BREF)

Na Tabela 2, consta a frequência absoluta (*n*) e relativa (%) de sujeitos em cada opção de resposta do *WHOQOL-Bref*. Assinalado a **bold** estão as frequências mais elevadas em cada item.

Em termos gerais, constata-se que a maior concentração de respostas se situa nas opções «3» e «4» do *WHOQOL-Bref*⁴. As opções extremas são as menos prevalentes, especialmente a opção «1».

Na globalidade do *WHOQOL-Bref*, a média percentual obtida em cada opção de resposta foi a seguinte:

Opção 1	Opção 2	Opção 3	Opção 4	Opção 5
0.9	15.3	33.3	41.9	8.5

Portanto, uma maior prevalência de respostas na opção “4”, seguida da opção “3”. A opção «1» regista valores muito reduzidos, contudo não negligenciáveis, dado tratar-se da perceção de QdV de idosos.

Tabela 2- Caracterização da amostra: frequência absoluta e relativa de sujeitos em cada item da Escala de WHOQOL-Bref.

	Muito má		Má		Nem boa nem má		Boa		Muito boa	
	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%
W1	---	---	30	16.6	77	42.5	71	39.2	3	1.7
	Muito insatisfeito		Insatisfeito		Nem satisfeito nem insatisfeito		Satisfeito		Muito satisfeito	
	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%
W2	3	1.7	47	26.0	71	39.2	54	29.8	6	3.3
	Nada		Pouco		Nem muito nem pouco		Muito		Muitíssimo	
	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%
W3	3	1.7	69	38.1	23	12.7	58	32.0	28	15.5
W4	---	---	36	19.9	28	15.5	55	30.4	62	34.3
W5	2	1.1	24	13.3	59	32.6	92	50.8	4	2.2
W6	2	1.1	21	11.6	58	32.0	90	49.7	10	5.5
W7	1	0.6	28	15.5	73	40.3	59	32.6	20	11.0

⁴ + Questões 1 e 15:

1- Muito Má; 2- Má; 3- Nem Boa Nem Má; 4- Boa; 5- Muito Boa

+ Questões 2 e 16 a 25:

1- Muito Insatisfeito/a; 2- Insatisfeito/a; 3- Nem Satisfeito/a Nem Insatisfeito/a; 4- Satisfeito/a; 5- Muito Satisfeito/a

+ Questões 3 a 9:

1- Nada; 2- Pouco; 3- Nem Muito Nem Pouco; 4- Muito; 5- Muitíssimo

+ Questões 10 a 14:

1- Nada; 2- Pouco; 3- Moderadamente; 4- Bastante; 5- Completamente

+ Questão 26:

1- Nunca; 2- Poucas Vezes; 3- Algumas Vezes; 4- Frequentemente; 5- Sempre

Tabela 2- Caracterização da amostra: frequência absoluta e relativa de sujeitos em cada item da Escala de WHOQOL-Bref.

	Nada		Pouco		Nem muito nem pouco		Muito		Muitíssimo	
W8	---	---	11	6.1	15	8.3	126	69.6	29	16.0
W9	---	---	5	2.8	27	14.9	116	64.1	33	18.2
	Nada		Pouco		Moderadamente		Bastante		Completamente	
	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%
W10	---	---	53	29.3	74	40.9	44	24.3	10	5.5
W11	3	1.7	19	10.5	55	30.4	89	49.2	15	8.3
W12	9	5.0	59	32.6	89	49.2	16	8.8	8	4.4
W13	2	1.1	26	14.4	107	59.1	39	21.5	7	3.9
W14	3	1.7	22	12.2	91	50.3	42	23.2	23	12.7
	Muito má		Má		Nem boa nem má		Boa		Muito boa	
	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%
W15	6	3.3	64	35.4	58	32.0	48	26.5	5	2.8
	Muito insatisfeito		Insatisfeito		Nem satisfeito nem insatisfeito		Satisfeito		Muito satisfeito	
	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%
W16	2	1.1	69	38.1	20	11.0	81	44.8	9	5.0
W17	2	1.1	47	26.0	58	32.0	68	37.6	6	3.3
W18	1	0.6	31	17.1	84	46.4	60	33.1	5	2.8
W19	---	---	20	11.0	40	22.1	113	62.4	8	4.4
W20	---	---	9	5.0	33	18.2	128	70.7	11	6.1
W21	2	1.1	1	0.6	161	89.0	15	8.3	2	1.1
W22	---	---	13	7.2	35	19.3	123	68.0	10	5.5
W23	---	---	4	2.2	15	8.3	132	72.9	30	16.6
W24	---	---	4	2.2	54	29.8	99	54.7	24	13.3
W25	---	---	1	0.6	88	48.6	81	44.8	11	6.1
	Nunca		Poucas vezes		Algumas vezes		Frequentemente		Sempre	
	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%
W26	7	3.9	45	24.9	74	40.9	46	25.4	9	5.0

A Tabela 3 apresenta, para cada domínio do *WHOQOL-Bref*, a frequência absoluta e relativa de sujeitos em cada classe percentual da classificação do *WHOQOL-Bref*. Optamos por considerar 3 classes: inferior a 50% (nível baixo de QdV), de 50% a 74.9% (nível intermédio de QdV, e igual ou superior a 75% (nível bom de QdV). De notar que 50% corresponde à mediana e 75% corresponde ao percentil 75. Verifica-se que em todos os domínios a maior prevalência de sujeitos situa-se no intervalo [50, 75]% de QdV, portanto, uma QdV intermédia. Globalmente, 66.1% dos idosos estão no intervalo [50, 75]%, 36.4% estão no intervalo inferior a 50% e 13.8% no intervalo igual ou superior a 75.

Tabela 3 - Frequência absoluta e relativa de sujeitos em diferentes níveis do WHOQOL-Bref

Domínios	<50%		[50, 75] %		[75, 100] %	
	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%
Perceção geral de qualidade de vida e saúde	44	24.3	96	53.0	41	22.7
Domínio físico	86	47.5	94	51.9	1	0.6
Domínio psicológico	29	16.0	130	71.8	22	12.2
Domínio das relações sociais	11	6.1	148	81.8	22	12.2
Domínio do meio ambiente	12	6.6	130	71.8	39	21.5

A Tabela 4 apresenta a média, desvio-padrão, coeficiente de variação, valores mínimo e máximo das variáveis quantitativas. Assinalado com um asterisco a fraca dispersão ($CV \leq 15\%$) das variáveis, com dois asteriscos a moderada dispersão ($15\% < CV \leq 30\%$) e com três asteriscos a forte dispersão ($CV > 30\%$). Verifica-se que a média de idades da população se situa nos 81,7 anos, a média de filhos é de 2.7 e quanto a média de anos de institucionalização, situa-se nos 4.6 anos. Em termos médios, o total *WHOQOL-Bref* e os domínios geral (qualidade de vida e saúde), psicológico, relações sociais e meio ambiente são classificados com nível intermédio de QdV, ao passo que o domínio físico revela ser o mais preocupante.

Tabela 4 - Análise descritiva: média, desvio-padrão, coeficiente de variação, valores mínimo e máximo das variáveis sociodemográficas quantitativas e os domínios da QdV relativa à escala WHOQOL-Bref.

Variáveis	M	DP	CV	Mín	Máx	Classificação do valor médio
Sociodemográficas						
Idade	81.7	8.44	10.3%	65	96	---
Nº de filhos	2.7	2.78	103.0%	0	12	---
Anos de institucionalização	4.6	4.36	94.8%	0.1	26	---
Valores absolutos						
WHOQOL-Bref	79.9	7.65	9.6%	65	106	---
Qualidade Vida e Saúde	6.3	1.36	21.6%	4	10	---
Domínio Físico	20.5	2.81	13.7%	13	28	---
Domínio Psicológico	20.3	2.62	12.9%	14	27	---
Domínio das Relações Sociais	10.6	1.23	11.6%	7	14	---
Domínio do Meio Ambiente	28.5	3.90	13.7%	21	40	---
Valores percentuais						
WHOQOL-Bref	51.8	7.36	14.2%	37.5	76.9	Intermédio
Qualidade Vida e Saúde	54.1	17.03	31.5%	25.0	100.0	Intermédio
Domínio Físico	48.1	10.05	20.9%	21.4	75.0	Baixo
Domínio Psicológico	59.8	10.90	18.2%	33.3	87.5	Intermédio
Domínio das Relações Sociais	63.1	10.21	16.2%	33.3	91.7	Intermédio
Domínio do Meio Ambiente	64.2	12.17	19.0%	40.6	100.0	Intermédio

2.4.3 Propriedades psicométricas

Antes de se proceder a análise dos dados verificou-se a consistência interna como meio de estimação da fidelidade da escala *WHOQOL-Bref*, tendo se obtido o valor de 0,902, ou seja, muito boa consistência interna nos termos referidos por Vaz (2006). O estudo da consistência interna global e das dimensões do instrumento de avaliação utilizado podem ser consultadas em apêndice (Apêndice V).

2.4.4 Estudos de comparação

A Tabela 5 apresenta a comparação entre mulheres vs homens quanto à pontuação total do *WHOQOL-Bref* e seus domínios. A um nível de significância de 5%, pelo teste *t* de medidas independentes, verifica-se que apenas existem evidências de diferenças

estatisticamente significativas entre os sexos no domínio das relações sociais ($t=2.155$, $p=0.032$), devido à média mais elevada das mulheres (Fem: $M=64.1$; Masc: $M=60.5$); nas restantes dimensões não existem diferenças significativas entre os sexos ($p>0.05$). Ver em Apêndice IX, os resultados dos pressupostos da normalidade e da homocedasticidade.

Tabela 5 - Comparação de médias da QdV relativamente à escala WHOQOL-Bref e seus domínios, segundo o sexo, teste T Student e valor de p.

Domínios	Feminino		Masculino		Comparação	
	M	DP	M	DP	<i>t</i>	<i>p</i>
WHOQOL-Bref	51.5	7.10	52.6	8.01	-0.893	0.373
Qualidade Vida e Saúde	53.3	17.32	56.3	16.22	-1.028	0.305
Domínio Físico	47.7	9.95	49.0	10.36	-0.755	0.451
Domínio Psicológico	59.2	11.20	61.2	10.05	-1.072	0.285
Domínio das Relações Sociais	64.1	9.75	60.5	11.02	2.155	0.032*
Domínio do Meio Ambiente	63.5	11.63	65.9	13.46	-1.162	0.247

* diferenças estatisticamente significativas ($p<0.05$).

A Tabela 6 apresenta a comparação entre níveis etários quanto à pontuação total do *WHOQOL-Bref* e seus domínios. A estratificação foi feita conforme Correia (2003). A um nível de significância de 5%, pelo *one-way* ANOVA medidas independentes, verifica-se que apenas no domínio físico ($F=4.853$; $p=0.009$) se registam evidências de diferenças de médias estatisticamente significativas. Pelo *post-hoc* HSD Tukey constatamos que tais diferenças ocorrem entre idosos 65-74 anos vs 85-96 anos, devido à média mais elevada dos idosos com 61-74 anos; a comparação *post-hoc* entre idosos com 65-74 anos vs 75-84 anos foi marginalmente significativa ($p=0.10$). Ver em Apêndice X, os resultados dos pressupostos da normalidade e da homocedasticidade.

Tabela 6 – Comparação de médias da QdV relativamente à escala WHOQOL-Bref e seus domínios segundo os diferentes estratos etários, teste Anova one way e valor de prova

Domínios	65-74 anos (<i>n</i> =39)		75-84 anos (<i>n</i> =68)		85-96 anos (<i>n</i> =74)		Comparação	
	M	DP	M	DP	M	DP	<i>F</i>	<i>p</i>
WHOQOL-Bref	52.2	8.04	51.0	6.45	52.4	7.79	0.691•	0.503
Qualidade Vida e Saúde	54.8	18.28	52.4	16.62	55.4	16.82	0.591	0.555
Domínio Físico	52.1	9.89	48.0	9.28	46.0	10.30	4.853	0.009*
Domínio Psicológico	59.1	12.05	58.8	9.90	61.0	11.17	0.866	0.423
Domínio das Relações Sociais	61.3	9.84	61.9	11.09	65.2	9.29	2.687	0.071
Domínio do Meio Ambiente	63.1	12.62	62.8	9.98	66.0	13.60	1.496•	0.227

* diferenças estatisticamente significativas ($p<0.05$).

• variâncias não-homogêneas ($p<0.05$)

A Tabela 7 apresenta a comparação de idosos relativamente à opção pessoal pela institucionalização, considerando o *WHOQOL-Bref* e seus domínios. A um nível de significância de 5%, pelo teste *t* de medidas independentes, verifica-se que existem evidências estatisticamente significativas no total do *WHOQOL* ($t=2.264$; $p=0.025$), na “perceção de qualidade de vida e saúde” ($t=2.997$; $p=0.003$), no domínio “psicológico”

($t=3.127$; $p=0.002$) e no domínio do “meio ambiente” ($t=2.101$; $p=0.037$). Em todos os casos, devido à média mais elevada da opção “Sim”, o que sugere que escolher a institucionalização contribui para uma melhor QdV. Nos restantes domínios existe um certo equilíbrio entre os idosos que responderam “Sim” e os que responderam “Não” ($p>0.05$). Ver em Apêndice XI, os resultados dos pressupostos da normalidade e da homocedasticidade.

Tabela 7 - Comparação de médias da QdVa Escala WHOQOL-Bref e seus domínios segundo a opção de institucionalização das pessoas idosas, valor de p e teste T Student

Institucionalização por decisão própria Domínios	SIM		NÃO		Comparação	
	M	DP	M	DP	t	p
WHOQOL-Bref	53.1	6.71	50.7	7.75	2.264	0.025*
Qualidade Vida e Saúde	58.1	15.87	50.7	17.34	2.997	0.003*
Domínio Físico	48.5	9.58	47.7	10.48	0.505	0.614
Domínio Psicológico	62.4	9.17	57.5	11.81	3.127•	0.002*
Domínio das Relações Sociais	62.9	9.92	63.3	10.51	-0.223	0.824
Domínio do Meio Ambiente	66.2	11.80	62.4	12.28	2.101	0.037*

* diferenças estatisticamente significativas ($p<0.05$).

• correção dos graus de liberdade, devido à heterocedasticidade.

A Tabela 8 apresenta a comparação da QdV entre idosos, considerando o *WHOQOL-Bref* e seus domínios, relativamente às visitas. A um nível de significância de 5%, pelo teste t de medidas independentes, verifica-se que apenas existem evidências estatisticamente significativas no “domínio das relações sociais” ($t=2.446$; $p=0.015$), decorrente da média mais elevada da opção “Sim”, o que sugere que receber visitas contribui para um melhor estabelecimento de relações interpessoais em idosos institucionalizados. Nos restantes domínios existe um certo equilíbrio entre os idosos que responderam “Sim” e os que responderam “Não” ($p>0.05$).

Tabela 8 - Comparação das médias da Escala WHOQOL-Bref e seus domínios QdV segundo a receção de visitas, valor de p , teste T Student, Teste U Mann-Whitney.

Domínios	Receção de visitas	SIM		NÃO		Comparação	
		M	DP	M	DP	t	p
WHOQOL-Bref		52.0	7.33	49.3	7.56	1.251	0.212
Qualidade Vida e Saúde		92.71⊕	---	66.96⊕	---	725.5⊗	0.091
Domínio Físico		48.1	10.02	48.5	10.92	-0.152	0.880
Domínio Psicológico		60.0	10.93	56.3	10.28	1.155	0.250
Domínio das Relações Sociais		63.6	9.94	56.3	11.85	2.446	0.015*
Domínio do Meio Ambiente		92.70⊕	---	67.13⊕	---	727.5⊗	0.099

* diferenças estatisticamente significativas ($p<0.05$).

⊕ Mean rank ⊗ teste U Mann-Whitney

A Tabela 9 apresenta a comparação da QdV, considerando o *WHOQOL-Bref* e seus domínios, face à participação em atividades proporcionadas pela Instituição. A um nível de significância de 5%, pelo teste t de medidas independentes, verifica-se que existem evidências estatisticamente significativas no total do WHOQOL ($t=3.599$; $p<0.001$), no domínio “psicológico” ($t=3.416$; $p=0.001$) e no domínio do “meio ambiente” ($t=3.165$; $p=0.002$). Em todos os casos, devido à média mais elevada da opção “Sim”, o que sugere

que escolher participar em atividades proporcionadas pela Instituição contribui para uma melhor QdV, nos restantes domínios existe um certo equilíbrio entre os idosos que responderam “Sim” e os que responderam “Não” ($p>0.05$).

Tabela 9- Comparação de médias a QdV relativamente à Escala WHOQOL-Bref e seus domínios segundo a participação em atividades proporcionadas pela Instituição,, valor de p e teste T Student.

Participação em atividades proporcionadas pela Instituição Domínios	SIM		NÃO		Comparação	
	M	DP	M	DP	t	p
WHOQOL-Bref	52.8	6.92	47.9	7.96	3.599	<0.001*
Qualidade de Vida e Saúde	54.7	16.37	51.8	19.74	0.875	0.383
Domínio Físico	48.6	9.85	45.7	10.69	1.547	0.124
Domínio Psicológico	61.1	10.72	54.2	10.00	3.416	0.001*
Domínio das Relações Sociais	63.6	10.05	61.0	10.80	1.329	0.186
Domínio do Meio Ambiente	65.5	11.68	58.4	12.70	3.165	0.002*

* diferenças estatisticamente significativas ($p<0.05$).

A Tabela 10 mostra a comparação da QdV, face as respostas “Sim” vs “Não” relativamente à opção “tem oportunidade de sugerir atividades para realizar de acordo com a sua preferência?”, considerando o *WHOQOL-Bref* e seus domínios. A um nível de significância de 5%, pelo teste *t* de medidas independentes, verifica-se que não existem diferenças significativas entre os idosos que responderam “Sim” e os que responderam “Não” ($p>0.05$), em qualquer domínio do *WHOQOL*. Portanto, ter ou não ter oportunidade de sugerir atividades para realizar de acordo com a sua preferência não parece ser relevante na QdV de idosos institucionalizados.

Tabela 10-Comparação de médias da QdV relativamente à Escala WHOQOL-Bref e seus domínios segundo a oportunidade de sugerir atividades a realizar de acordo com a sua preferência, valor de p e teste T Student.

Oportunidade de sugerir atividades de acordo com a sua preferência Domínios	SIM		NÃO		Comparação	
	M	DP	M	DP	t	p
WHOQOL-Bref	52.1	7.01	51.4	7.98	0.557•	0.578
Qualidade de Vida e Saúde	55.5	16.51	51.7	17.80	1.431	0.154
Domínio Físico	47.9	9.41	48.4	11.17	-0.320	0.749
Domínio Psicológico	59.5	10.90	60.2	10.98	-0.398	0.691
Domínio das Relações Sociais	63.9	9.50	61.7	11.30	1.439	0.152
Domínio do Meio Ambiente	65.0	11.80	62.7	12.78	1.188	0.236

• correção dos graus de liberdade, devido à heterocedasticidade.

A Tabela 11 refere-se a comparação da QdV entre as respostas “Sim” vs “Não” perante à opção “sente que tem oportunidade de participar ativamente na vida da Instituição?”, considerando o *WHOQOL-Bref* e seus domínios. A um nível de significância de 5%, pelo teste *t* de medidas independentes, verifica-se que não existem diferenças significativas entre os idosos que responderam “Sim” e os que responderam “Não” ($p>0.05$), em qualquer domínio do *WHOQOL*. Portanto, sentir ou não sentir que tem a

oportunidade de participar ativamente na vida da Instituição não parece ser relevante na QdV de idosos institucionalizados.

Tabela 11-Comparação de médias da QdV relativamente à Escala WHOQOL-Bref e seus domínios segundo a oportunidade de participar ativamente na vida da Instituição, valor de p e teste T Student.

Oportunidade de participar ativamente na vida da Instituição Domínios	SIM		NÃO		Comparação	
	M	DP	M	DP	t	p
WHOQOL-Bref	52.0	7.29	51.6	7.49	0.306	0.760
Qualidade de Vida e Saúde	55.0	17.81	52.9	15.95	0.830	0.408
Domínio Físico	48.6	10.13	47.4	9.97	0.733	0.465
Domínio Psicológico	59.7	10.51	59.8	11.49	-0.093	0.926
Domínio das Relações Sociais	63.4	10.61	62.8	9.71	0.397	0.692
Domínio do Meio Ambiente	64.2	12.69	64.2	11.52	0.010	0.992

A Tabela 12 refere-se a comparação da QdV perante as respostas “Sim” vs “Não” relativamente à opção “possui alguma doença?”, considerando o *WHOQOL-Bref* e seus domínios. A um nível de significância de 5%, pelo teste *t* de medidas independentes, verifica-se que apenas existem diferenças significativas no domínio “psicológico” ($t=-2.012$; $p=0.046$), devido à média mais elevada dos idosos que responderam “Não”. Nos restantes domínios existe um certo equilíbrio entre os idosos que responderam “Sim” e os que responderam “Não” ($p>0.05$). Contudo, na “perceção de QdV de vida e saúde”, as diferenças são marginalmente significativas ($p<0.10$).

Tabela 12-Comparação de médias da QdV relativamente à Escala WHOQOL-Bref e seus domínios segundo doença autorrelatada, valor de p e teste T Student.

Doença autorrelatada Domínios	SIM		NÃO		Comparação	
	M	DP	M	DP	t	p
WHOQOL-Bref	51.5	7.39	52.9	7.26	-1.139	0.256
Qualidade de Vida e Saúde	52.6	15.73	58.4	19.66	-1.876•	0.065
Domínio Físico	47.8	9.91	49.0	10.46	-0.728	0.468
Domínio Psicológico	58.8	10.85	62.4	10.71	-2.012	0.046*
Domínio das Relações Sociais	62.4	10.17	65.0	10.20	-1.486	0.139
Domínio do Meio Ambiente	64.2	12.67	64.0	10.83	0.097	0.923

* diferenças estatisticamente significativas ($p<0.05$).

• correção dos graus de liberdade, devido à heterocedasticidade.

A Tabela 13 apresenta a comparação da QdV das respostas “Sim” vs “Não” relativamente à opção “consome bebidas alcoólicas?”, considerando o *WHOQOL-Bref* e seus domínios. A um nível de significância de 5%, pelo teste *t* de medidas independentes, verifica-se que existem evidências estatisticamente significativas no total do WHOQOL ($t=2.322$; $p=0.024$), na “perceção de QdV e saúde” ($t=2.710$; $p=0.007$) e no domínio do “meio ambiente” ($t=2.518$; $p=0.015$). Em todos os casos, devido à média mais elevada da opção “Sim”, o que sugere que o consumo de bebidas alcoólicas contribui para uma melhor QdV. De notar que na Tabela 1 vimos que a maioria dos idosos consomem bebidas

alcoólicas à refeição (84.6%). Nos restantes domínios existe um certo equilíbrio entre os idosos que responderam “Sim” e os que responderam “Não” ($p>0.05$). Contudo, no domínio “físico”, as diferenças são marginalmente significativas ($p<0.10$).

Tabela 13-Comparação de médias de QdV relativamente à Escala WHOQOL-Bref e seus domínios segundo o consumo de bebidas alcoólicas, valor de p e teste T Student.

Consumo de bebidas alcoólicas Domínios	SIM		NÃO		Comparação	
	M	DP	M	DP	t	p
<i>WHOQOL-Bref</i>	54.6	8.90	51.1	6.71	2.322•	0.024*
Qualidade de Vida e Saúde	60.6	18.03	52.4	16.37	2.710	0.007*
Domínio Físico	50.7	10.37	47.4	9.87	1.870	0.063
Domínio Psicológico	62.7	14.11	58.9	9.75	1.566•	0.124
Domínio das Relações Sociais	62.4	12.22	63.3	9.63	-0.502	0.616
Domínio do Meio Ambiente	69.0	14.02	62.9	11.31	2.518•	0.015*

* diferenças estatisticamente significativas ($p<0.05$).

• correção dos graus de liberdade, devido à heterocedasticidade.

A Tabela 14 apresenta a comparação da QdV das respostas “Sim” vs “Não” perante a opção “fuma?”, considerando o *WHOQOL-Bref* e seus domínios. A um nível de significância de 5%, pelo teste *t* de medidas independentes, verifica-se que existem evidências estatisticamente significativas no total do *WHOQOL* ($t=2.052$; $p=0.042$) e no domínio do “psicológico” ($t=2.736$; $p=0.007$). Em ambos os casos, devido à média mais elevada da opção “Sim”, o que sugere que o hábito de fumar contribui para uma melhor QdV em termos globais. Nos restantes domínios existe um certo equilíbrio entre os idosos que responderam “Sim” e os que responderam “Não” ($p>0.05$).

Tabela 14-Comparação de médias de QdV relativamente à Escala WHOQOL-Bref e seus domínios segundo o consumo de tabaco, valor de p e teste T Student.

Consumo de tabaco Domínios	SIM		NÃO		Comparação	
	M	DP	M	DP	t	p
<i>WHOQOL-Bref</i>	57.9	10.63	51.6	7.18	2.052	0.042*
Qualidade de Vida e Saúde	56.3	22.01	54.1	16.91	0.307	0.759
Domínio Físico	50.6	15.22	48.0	9.88	0.621	0.535
Domínio Psicológico	71.5	11.00	59.4	10.70	2.736	0.007*
Domínio das Relações Sociais	65.3	13.35	63.0	10.13	0.525	0.600
Domínio do Meio Ambiente	71.9	16.89	63.9	11.96	1.582	0.115

* diferenças estatisticamente significativas ($p<0.05$).

A Tabela 15 é referente a comparação da QdV face as respostas “Sim” vs “Não” perante a opção “sente que tem problemas de sono?”, considerando o *WHOQOL-Bref* e seus domínios. A um nível de significância de 5%, pelo teste *t* de medidas independentes, verifica-se que apenas existem diferenças significativas no domínio “físico” ($t=-2.037$; $p=0.043$), devido à média mais elevada dos idosos que responderam “Não” terem

problemas de sono. Contudo, na “percepção de QdV de vida e saúde”, as diferenças são marginalmente significativas ($p < 0.10$).

Tabela 15- Comparação de médias da QdV relativamente à Escala WHOQOL-Bref e seus domínios segundo problemas de sono autorrelatados, valor de p e teste T student

Sente que tem problemas de sono? Domínios	SIM		NÃO		Comparação	
	M	DP	M	DP	t	p
<i>WHOQOL-Bref</i>	51.3	7.75	52.6	6.82	-1.183•	0.238
Qualidade de Vida e Saúde	52.3	17.26	56.5	16.55	-1.670	0.097
Domínio Físico	46.8	10.61	49.7	9.10	-2.037•	0.043*
Domínio Psicológico	59.1	11.43	60.6	10.23	-0.928	0.355
Domínio das Relações Sociais	62.5	10.36	63.9	10.03	-0.909	0.364
Domínio do Meio Ambiente	64.2	13.32	64.1	10.67	0.055•	0.956

* diferenças estatisticamente significativas ($p < 0.05$).

• correção dos graus de liberdade, devido à heterocedasticidade.

A Tabela 16 refere-se a comparação da QdV face as respostas “Sim” vs “Não” relativamente a opção “utiliza algum equipamento adaptativo?”, considerando o *WHOQOL-Bref* e seus domínios. A um nível de significância de 5%, pelo teste *t* de medidas independentes, verifica-se que apenas existem diferenças significativas no domínio “físico” ($t = -2.107$; $p = 0.036$), devido à média mais elevada dos idosos que responderam “Não” utilizam algum equipamento adaptativo. Nas restantes variáveis existe um certo equilíbrio entre os idosos que responderam “Sim” e os que responderam “Não” ($p > 0.05$). Contudo, na “percepção de QdV de vida e saúde”, as diferenças são marginalmente significativas ($p < 0.10$).

Tabela 16-Comparação de médias da QdV relativamente à Escala WHOQOL-Bref e seus domínios segundo o uso de equipamento adaptativo, valor de p e teste T student, Teste U Mann-Whitney.

Uso de equipamento adaptativo Domínios	SIM		NÃO		Comparação	
	M	DP	M	DP	t	p
<i>WHOQOL-Bref</i>	51.7	7.48	53.0	6.16	-0.729	0.467
Qualidade de Vida e Saúde	88.70⊕	---	111.86⊕	---	1091.5⊗	0.067
Domínio Físico	47.6	10.20	52.8	7.20	-2.107	0.036*
Domínio Psicológico	59.5	10.91	61.8	10.91	-0.838	0.403
Domínio das Relações Sociais	90.27⊕	---	97.64⊕	---	1347.5⊗	0.534
Domínio do Meio Ambiente	64.4	12.57	62.2	7.57	1.102•	0.280

* diferenças estatisticamente significativas ($p < 0.05$).

• correção dos graus de liberdade, devido à heterocedasticidade.

⊕ *Mean rank* ⊗ teste *U* Mann-Whitney

A Tabela 17 apresenta a comparação da QdV face as respostas “Sim” vs “Não” perante a opção “polimedicação”, considerando o *WHOQOL-Bref* e seus domínios. A um nível de significância de 5%, pelo teste *t* de medidas independentes, verifica-se que não

existem diferenças significativas entre os idosos que responderam “Sim” e os que responderam “Não” ($p>0.05$) quanto ao facto de estarem polimedicados.

Tabela 17-Comparação de médias da QdV relativamente à Escala WHOQOL-Bref e seus domínios segundo o uso de polimedicação valor de p e teste T Student, Teste U Mann-Whitney.

Polimedicação Domínios	SIM		NÃO		Comparação	
	M	DP	M	DP	t	p
<i>WHOQOL-Bref</i>	90.79⊕	---	92.30⊕	---	1917.5⊗	0.894
Qualidade de Vida e Saúde	90.39⊕	---	94.78⊕	---	1855.5⊗	0.690
Domínio Físico	91.49⊕	---	87.96⊕	---	1874.0⊗	0.753
Domínio Psicológico	59.5	12.70	59.8	10.63	-0.128	0.898
Domínio das Relações Sociais	88.80⊕	---	104.74⊕	---	1606.5⊗	0.121
Domínio do Meio Ambiente	64.1	12.11	64.2	12.22	-0.022	0.983

⊕ Mean rank ⊗ teste U Mann-Whitney

A Tabela 18 apresenta a comparação da QdV das respostas “Sim” vs “Não” relativamente à opção “medicação ansiolítica”, considerando o *WHOQOL-Bref* e seus domínios. A um nível de significância de 5%, pelo teste *t* de medidas independentes, verifica-se que apenas existem evidências estatisticamente significativas no domínio “físico” ($t=-2.848$; $p=0.005$), devido à média mais elevada da opção “Não”. Nas restantes variáveis existe um certo equilíbrio entre os idosos que responderam “Sim” e os que responderam “Não” ($p>0.05$).

Tabela 18-Comparação da média de QdV relativamente à Escala WHOQOL-Bref e seus domínios segundo o uso de medicação ansiolítica, valor de p e teste T student.

Uso de medicação ansiolítica Domínios	SIM		NÃO		Comparação	
	M	DP	M	DP	t	p
<i>WHOQOL-Bref</i>	51.2	7.21	52.3	7.46	-0.969	0.334
Qualidade de Vida e Saúde	51.9	17.14	55.7	16.86	-1.473	0.143
Domínio Físico	45.5	9.63	49.8	10.00	-2.848	0.005*
Domínio Psicológico	60.0	9.79	59.6	11.64	0.298•	0.766
Domínio das Relações Sociais	63.7	10.05	62.7	10.35	0.624	0.533
Domínio do Meio Ambiente	63.9	11.61	64.4	12.59	-0.276	0.783

* diferenças estatisticamente significativas ($p<0.05$).

• correção dos graus de liberdade, devido à heterocedasticidade.

A Tabela 19 apresenta a comparação da QdV perante as respostas “Sim” vs “Não” face a opção “medicação antidepressiva”, considerando o *WHOQOL-Bref* e seus domínios. A um nível de significância de 5%, pelo teste *t* de medidas independentes, verifica-se que não existem diferenças significativas entre os idosos que responderam “Sim” e os que responderam “Não” ($p>0.05$) quanto ao uso de medicação antidepressiva.

Tabela 19-Comparação de médias de QdV relativamente à Escala WHOQOL-Bref e seus domínios segundo o uso de medicação antidepressiva, valor de p e teste T student.

Uso de medicação antidepressiva Domínios	SIM		NÃO		Comparação	
	M	DP	M	DP	t	p
<i>WHOQOL-Bref</i>	52.0	7.45	51.7	7.31	-0.235	0.814
Qualidade de Vida e Saúde	54.1	16.98	54.2	17.16	0.055	0.956
Domínio Físico	48.1	10.22	48.1	9.95	-0.005	0.996
Domínio Psicológico	60.3	11.34	59.3	10.53	-0.598	0.550
Domínio das Relações Sociais	63.5	9.67	62.8	10.72	-0.435	0.664
Domínio do Meio Ambiente	64.1	13.06	64.2	11.37	0.080	0.937

A Tabela 20 apresenta a comparação da QdV entre os diferentes níveis de dependência, quanto aos domínios “físico” e do “meio ambiente” do *WHOQOL-Bref*. A um nível de significância de 5%, pela *one-way* ANOVA de medidas independentes verifica-se que não existem diferenças significativas nos domínios “físico” e do “meio ambiente”, independentemente do nível de dependência dos idosos ($p > 0.05$). Ver em Apêndice XII, os resultados dos pressupostos da normalidade e da homocedasticidade.

Tabela 20- Comparação de médias da QdV relativamente a Escala WHOQOL-Bref e seus domínios face aos diferentes níveis de dependência, one-way ANOVA de medidas independentes.

Domínios	Categorias	M	DP	F	p
Domínio Físico	Dependência total	50.4	11.04	2.349	0.056
	Dependência grave	47.3	10.60		
	Dependência moderada	45.9	10.11		
	Dependência ligeira	48.2	9.70		
	Independência	52.8	8.19		
Domínio do Meio Ambiente	Dependência total	66.4	14.34	1.316	0.266
	Dependência grave	63.4	11.76		
	Dependência moderada	62.0	11.56		
	Dependência ligeira	64.7	11.55		
	Independência	68.2	14.08		

Pela Tabela 21, constata-se que a um nível de significância de 5%, pelo teste *H* Kruskal-Wallis, existem evidências estatisticamente significativas de diferenças entre os níveis de dependência dos idosos quanto à globalidade do *WHOQOL-Bref*, na “percepção de QdV de vida e saúde” e no domínio “psicológico”.

Tabela 21- Teste H Kruskal-Wallis entre diferentes níveis de dependência dos idosos quanto à Escala WHOQOL-Bref e seus domínios.

Domínios	Categorias	Mean rank	H	p
WHOQOL-Bref	Dependência total	102.19	10.812	0.029*
	Dependência grave	83.26		
	Dependência moderada	80.57		
	Dependência ligeira	92.44		
	Independência	118.26		
Qualidade de Vida e Saúde	Dependência total	88.31	12.172	0.016*
	Dependência grave	79.53		
	Dependência moderada	82.95		
	Dependência ligeira	94.73		
	Independência	119.37		
Domínio Psicológico	Dependência total	96.00	15.540	0.004*
	Dependência grave	81.57		
	Dependência moderada	79.08		
	Dependência ligeira	93.17		
	Independência	124.43		
Domínio das Relações Sociais	Dependência total	70.63	5.304	0.257
	Dependência grave	92.08		
	Dependência moderada	99.82		
	Dependência ligeira	81.74		
	Independência	94.46		

* diferenças estatisticamente significativas ($p < 0.05$).

A Tabela 22 mostra os pares de grupos com diferenças de médias estatisticamente significativas, usando o *post-hoc Bonferroni*. Em todos os casos, as diferenças devem-se à média mais elevada dos idosos com nível de independência, o que sugere uma melhor QdV por parte destes sujeitos.

Tabela 22-Comparação múltipla de médias pelo post-hoc Bonferroni, nos domínios do WHOQOL-Bref com diferenças médias estatisticamente significativas nos níveis de dependência.

	Dependência Moderada vs Independência	Dependência Grave vs Independência
WHOQOL-Bref	0.023	ns
Qualidade de Vida e Saúde	0.024	0.015
Domínio Psicológico	0.002	0.008

ns – não significativo ($p > 0.05$)

A Tabela 23 apresenta a comparação da QdV dos diferentes níveis de mobilidade, quanto ao *WHOQOL-Bref* e seus domínios. A um nível de significância de 5%, pela *one-way ANOVA* de medidas independentes, verifica-se que existem evidências de diferenças estatisticamente significativas entre os níveis de mobilidade dos idosos no total do

WHOQOL-Bref, na “percepção geral de QdV e saúde” e nos domínios “físico”, “psicológico” e do “meio ambiente”. Nestes casos será necessário recorrer a um *post-hoc* a fim de detetar quais os pares com médias significativamente diferentes. Ver em Apêndice XIII, os resultados dos pressupostos da normalidade e da homocedasticidade.

Tabela 23-Comparação da QdV relativamente a Escala WHOQOL-Bref e seus domínios face aos diferentes níveis de mobilidade, one-way ANOVA.

Mobilidade Domínios	Muito boa/Boa		Razoável		Má/Muito má		Comparação	
	M	DP	M	DP	M	DP	F	p
WHOQOL-Bref	57.2	6.66	51.8	6.58	48.1	6.57	23.056	<0.001*
Qual. Vida e Saúde	63.7	19.12	56.9	12.75	43.5	15.40	23.466	<0.001*
Domínio Físico	55.1	7.36	49.4	8.52	41.2	9.54	33.246	<0.001*
Domínio Psicológico	67.3	8.41	58.8	9.43	55.7	11.88	16.338	<0.001*
D. Relações Sociais	64.4	12.08	63.5	9.59	61.6	9.61	1.011	0.366
D. Meio Ambiente	69.4	13.50	63.3	10.39	61.6	12.61	5.550	0.005*

* diferenças estatisticamente significativas ($p < 0.05$).

A Tabela 24 apresenta os resultados *post-hoc* HSD Tukey ou Games-Howell das comparações múltiplas de médias nos domínios do *WHOQOL-Bref* com diferenças médias estatisticamente significativas nos níveis de mobilidade apresentados na Tabela 23. Em todos os casos, as diferenças estatisticamente significativas apresentadas são devidas à média mais elevada da classe de melhor mobilidade. Portanto, associada a uma muito boa/boa mobilidade está uma melhor QdV dos idosos.

Tabela 24 - Comparação múltipla de médias pelos post-hoc HSD Tukey ou Games-Howell, nos domínios do WHOQOL-Bref com diferenças médias estatisticamente significativas nos níveis de mobilidade.

	Muito boa/Boa vs Razoável	Muito boa/Boa vs Má/Muito má	Razoável vs Má/Muito má
<i>WHOQOL-Bref</i>	<0.001	<0.001	0.004
Qualidade de Vida e Saúde •	ns	<0.001	<0.001
Domínio Físico	0.002	<0.001	<0.001
Domínio Psicológico	<0.001	<0.001	ns
Domínio do Meio Ambiente •	0.036	0.013	ns

• *post-hoc* de Games-Howell ns – não significativo ($p > 0.05$)

A Tabela 25 apresenta a comparação da QdV das diferentes classificações de saúde, quanto ao *WHOQOL-Bref* e seus domínios. A um nível de significância de 5%, pela *one-way* ANOVA de medidas independentes, verifica-se que existem evidências de diferenças estatisticamente significativas em todos os domínios do *WHOQOL-Bref*, pelo que será necessário recorrer a um *post-hoc* a fim de detetar quais os pares com médias significativamente diferentes. Ver em Apêndice XIV, os resultados dos pressupostos da normalidade e da homocedasticidade.

Tabela 25- Comparação das médias da QdV relativamente a Escala WHOQOL-Bref e seus domínios face as diferentes classificações de saúde, one-way ANOVA.

Classificação da saúde Dimensões	Muito boa/Boa		Razoável		Má/Muito má		Comparação	
	M	DP	M	DP	M	DP	F	p
<i>WHOQOL-Bref</i>	59.7	6.46	51.2	6.40	48.3	6.24	31.273	<0.001*
Qualidade Vida e Saúde	72.5	14.83	55.0	12.84	41.1	14.88	49.101	<0.001*
Domínio Físico	57.4	8.33	47.9	9.01	42.9	9.16	24.604	<0.001*
Domínio Psicológico	69.2	8.66	59.5	9.89	54.5	10.55	20.537	<0.001*
D. Relações Sociais	70.0	8.64	61.8	9.56	61.6	10.87	8.888	<0.001*
D. Meio Ambiente	72.1	12.69	63.1	10.86	61.7	12.74	8.449	<0.001*

* diferenças estatisticamente significativas ($p < 0.05$).

A Tabela 26 apresenta os resultados *post-hoc* HSD Tukey das comparações múltiplas de médias nos domínios do WHOQOL-Bref com diferenças médias estatisticamente significativas nos níveis de saúde apresentados na Tabela 25. Em todos os casos, as diferenças estatisticamente significativas apresentadas são devidas à média mais elevada da classe de melhor estado de saúde. Portanto, associada a uma muito boa/boa condição de saúde está uma melhor QdV dos idosos.

Tabela 26 - Comparação múltipla de médias pelos post-hoc HSD Tukey ou Games-Howell, nos domínios do WHOQOL-Bref e significância estatística nos níveis de classificação de saúde

	Muito boa/Boa vs Razoável	Muito boa/Boa vs Má/Muito má	Razoável vs Má/Muito má
<i>WHOQOL-Bref</i>	<0.001*	<0.001*	<0.001*
Qualidade Vida e Saúde	<0.001*	<0.001*	<0.001*
Domínio Físico	<0.001*	<0.001*	0.004
Domínio Psicológico	<0.001*	<0.001*	0.011
Domínio das Relações Sociais	<0.001*	0.001	ns
Domínio do Meio Ambiente	0.001	0.001	ns

ns – não significativo ($p > 0.05$)

2.4.5 Estudos de correlação

A Tabela 27 apresenta um conjunto de correlações entre a Escala *WHOQOL-Bref* e os seus domínios com variáveis nominais dicotómicas (correlação bisserial de pontos), ordinais (correlação de Spearman) e quantitativas (correlação de Pearson).

De uma forma geral, as correlações são de muito fraca ($r \leq 0.19$), fraca ($0.20 \leq r \leq 0.49$) e moderada ($0.40 \leq r \leq 0.69$) magnitude. Contudo, algumas correlações, sinalizadas com asterisco (*), são estatisticamente significativas. As correlações mais relevantes entre cada domínio do *WHOQOL* e as variáveis sociodemográficas estão assinaladas a **bold**. Destas, sobressaem as correlações que o WHOQOL-Bref total, a percepção de QdV e saúde e os domínios físico e psicológicos realizam com as variáveis “como avalia a sua mobilidade/dependência?” e “em geral, como classifica a sua saúde?”.

Tabela 27- Matriz de correlações entre a classificação total da Escala WHOQOL-Bref e os seus domínios (A, ..., F) com variáveis nominais dicotómicas, ordinais e quantitativas (1, ..., 21).

Correlações	A	B	C	D	E	F
Correlação bisserial de pontos						
1	0.07	0.08	0.06	0.08	-0.16*	0.09
2	0.09	-0.02	-0.12	0.16*	0.09	0.12
3	-0.17*	-0.22**	-0.04	-0.22**	0.02	-0.16*
4	-0.09	-0.15*	0.01	-0.09	-0.18*	-0.08
5	-0.26**	-0.07	-0.12	-0.25**	-0.10	-0.23**
6	-0.02	-0.06	-0.06	0.01	-0.03	0.01
7	-0.20**	-0.20**	-0.14	-0.14	0.04	-0.21**
8	-0.15*	-0.02	-0.05	-0.20**	-0.04	-0.12
9	0.09	0.12	0.16*	0.07	0.07	0.01
10	0.05	0.16*	0.16*	0.06	0.03	-0.06
11	0.01	-0.04	0.02	0.01	-0.09	0.01
12	0.07	0.11	0.21**	-0.02	-0.05	0.02
13	0.02	0.01	0.01	0.05	0.03	-0.01
Correlação de Spearman						
14	0.14	0.16*	0.16*	0.07	-0.05	0.16*
15	-0.03	-0.13	0.11	-0.06	-0.22**	-0.03
16	-0.46**	-0.44**	-0.52**	-0.38**	-0.14	-0.24**
17	-0.45**	-0.58**	-0.44**	-0.40**	-0.24**	-0.25**
18	0.17*	0.22**	0.14	0.22**	-0.01	0.11
Correlação de Pearson						
19	-0.01	0.03	-0.23**	0.08	0.16*	0.06
20	0.09	0.04	-0.03	0.15*	0.02	0.09
21	0.10	0.13	0.17*	0.06	-0.06	0.05

* Correlação estatisticamente significativa ($p < 0.05$)

** Correlação estatisticamente significativa ($p < 0.01$)

A – WHOQOL-Bref B – Qualidade Vida e Saúde C – Domínio Físico
D – Domínio Psicológico E – Domínio das Relações Sociais F –
Domínio do Meio Ambiente

- 1 Sexo (1-feminino, 2-masculino)
- 2 Crença religiosa (1-sim, 2-não)
- 3 Escolheu a institucionalização? (1-sim, 2-não)
- 4 Recebe visitas? (1-sim, 2-não)
- 5 Participa em atividades proporcionadas pela Instituição? (1-sim, 2-não)
- 6 Sente que tem oportunidade de participar ativa/ na vida da Instituição? (1-sim, 2-não)
- 7 Consome bebidas alcoólicas? (1-sim, 2-não)
- 8 Fuma? (1-sim, 2-não)
- 9 Sente que tem problemas de sono? (1-sim, 2-não)
- 10 Utiliza algum equipamento adaptativo? (1-sim, 2-não)
- 11 Polimedicação (0-não, 1-sim)
- 12 Medicação ansiolítica (0-não, 1-sim)
- 13 Medicação antidepressiva (0-não, 1-sim)
- 14 Escolaridade
- 15 Qual a frequência das visitas?
- 16 Como avalia a sua mobilidade/dependência?

17	Em geral, como classifica a sua saúde?
18	Nível de dependência
19	Idade
20	Nº de filhos
21	Anos de institucionalização

2.5 Discussão de resultados

Posteriormente, na apresentação de resultados pretende-se apresentar uma interpretação dos resultados com base na revisão da literatura efetuada ao longo do trabalho, para uma melhor compreensão dos resultados obtidos. De forma a responder aos objetivos elencados, primeiramente serão discutidos os dados sociodemográficos; em seguida, serão analisados os estudos de comparação; e, por fim, surge a análise dos estudos correlacionais.

A amostra é constituída por 181 indivíduos idosos dos quais 72.4 % são do sexo feminino, o que se explica, em parte, pela maior longevidade feminina (Cabral et al., 2013; Mesquita, 2013), e a maioria dos sujeitos encontra-se na condição de viuvez (54.1%); estes dados são corroborados no estudo de Marques (2017). No total, a média de idades situa-se nos 81.7 anos, variando entre os 65 e 96 anos. Portugal (2022) vem referir que em 2019-2021 a esperança de vida à nascença foi estimada em 80.06 anos; os resultados obtidos no estudo não estão equiparados aos dados disponibilizados pelo Instituto Nacional de Estatística, devido ao impacto da pandemia por Covid -19 na maioria das regiões NUTS II e III (Portugal,2022).

Relativamente ao número de filhos a amostra apresenta uma média de 2.7 e é apontado 4.6 como media de anos de institucionalização, o que se coaduna com o estudo de Mesquita (2013) e Peres (2014).

A profissão mais proeminente que os idosos desempenharam no período de vida profissional útil foi a de agricultor (28.7%); tal pressuposto é confirmado no estudo de Peres (2014) e na situação censitária de 2021 (Portugal,2022), que indicam que é no grupo etário dos 55 anos ou mais onde se verifica uma maior percentagem de mão de obra agrícola. Este facto pode estar relacionado com as ERPI se sediarem em meio rural com uma forte predominância agrícola, circunstância corroborada por Ramos e Soares (2021) no seu estudo. Este ramo profissional pode também estar justificado pelos baixos níveis de literacia: 26.5% da amostra são analfabetos e 63% tem apenas o ensino básico, condição também verificada no estudo de Marrachinho (2014). No que concerne à reforma, Cabral et al., (2013) verifica igualmente na sua pesquisa que um dos motivos de reforma antecipada é por doença. Estes aspetos devem ser considerados, adequando as

estratégias inerentes quer à capacitação dos processos saúde doença quer à promoção do envelhecimento ativo.

Após a análise das frequências de resposta da *WHOQOL-Bref*, os idosos referem apresentar em todos os domínios uma QdV intermédia, ou seja, 53% dos idosos encontram-se no intervalo [50-75%]. Esta apreciação é corroborada no estudo de Peres (2014) e Mesquita (2013), sendo que Peres (2014) numa análise mais pormenorizada á amostra refere uma QdV mais baixa no domínio físico, resultado conciliado com o trabalho. Neste contexto, importa incentivar à promoção da atividade física, designadamente através de atividades de vida na instituição, se este for também o entendimento da pessoa idosa.

2.5.1 Estudos de comparação

Os estudos de comparação da *WHOQOL-Bref* com os diferentes géneros revelam apenas existir diferenças no domínio das relações sociais — existe uma melhor QdV no género feminino no domínio das relações sociais. Este acontecimento pode ser explicado por existir uma maior facilidade de contato social por parte do género feminino. Contudo, Gaspar et al., (2020) não apurou o mesmo. Apesar disso, esta característica pode consubstanciar potencial de mobilização, através do envolvimento de pessoas de ambos os sexos em dinâmicas interativas, através da implementação de parcerias com outras estruturas de forma a criar uma comunidade de apoio que trabalhem sobre as reais necessidades da comunidade, de forma a facilitar a promoção da saúde das pessoas idosas e a prática da atividade física, através de uma dinâmica encorajadora e interativa, designadamente intergeracional.

Sobre a comparação entre grupos etários e a pontuação total da *WHOQOL-Bref*, evidenciaram-se diferenças estáticas no domínio “físico” entre os idosos com idades compreendidas entre os 65-74 anos vs 85-96 anos, como no presente estudo Becker (2013), onde foram indicadas também diferenças estatísticas relativamente aos indivíduos mais novos. Esta ocorrência pode dever-se à circunstância de que, com o avançar da idade, aumentem as comorbilidades e a habilidade física diminua, refletindo-se numa perceção de menor QdV (De Oliveira et al., 2015).

Relativamente à comparação entre os idosos que responderam afirmativamente ou negativamente à variável “escolheu institucionalização” e considerando a escala da *WHOQOL-Bref*, constata-se uma maior QdV nos indivíduos que escolheram a institucionalização, verificando-se diferenças estatísticas na “perceção de QdV e saúde”, no domínio “psicológico” e no domínio do “meio ambiente”. Assim, é demonstrada a importância na iniciativa à institucionalização por parte da pessoa idosa, pois a institucionalização pode ser uma mudança para o desconhecido e despoletar sentimentos

de angústia e depressão (Lourenço, 2014). Marques (2017), no seu estudo vem reafirmar estes resultados apontando diferenças estatísticas na escolha da institucionalização por parte do idoso.

No que concerne ao estudo de comparação entre os idosos que responderam “sim/não” à variável recebe visitas, tendo por base a *WHOQOL-Bref*, apurou-se existirem diferenças estatísticas no domínio das “relações sociais”. Afere-se que uma rede de relações permite uma maior estabilização emocional (Mesquita, 2013), permitindo-lhe perceber uma maior QdV. Estes resultados vão de encontro aos de Peres (2014) ao concluir que a QdV dos idosos está interligada com as relações desenvolvidas pelo idoso, afetando a sua apreciação no domínio das “relações sociais”. De acordo com Braga et al. (2011), um suporte social, uma inserção e relacionamento social são uns dos determinantes para a QdV; ações que visem à socialização devem ser priorizadas. Por exemplo, proporcionar encontros informais com a comunidade, com associações culturais e recreativas, onde a pessoa idosa está inserida, promovendo a partilha de ideias através do contato social.

Comparando as respostas dos idosos face à variável “participa em atividades proporcionadas pela Instituição?”, considerando o *WHOQOL-Bref*, averiguou-se diferenças no domínio “psicológico” e no domínio do “meio ambiente”. Sugere-se que a dinâmica proporcionada pela panóplia de atividades (trabalhos manuais, atividades físicas e cognitivas), contribuem para um convívio e estabelecimento de relações interpessoais e interação permanente entre a comunidade de idosos. Todavia, não pode ser ignorado que muito dos isolamentos que ocorrem são motivados para a evitação de conflitos com os outros pares, o que pode levar à produção de emoções contrárias. Mas, perante estes resultados, a participação em atividades é um contributo para uma maior perceção de QdV. Marques (2017) também identifica uma maior QdV, porém, ao contrário deste estudo, as diferenças são encontradas no domínio “físico” dos idosos que apresentam iniciativa para as atividades.

Na realização da comparação das respostas dos idosos no âmbito da QdV face a posse de uma doença, observaram-se diferenças significativas no domínio “psicológico”. O envelhecimento é um processo multifacetado (OMS, 2015), está associado ao declínio da capacidade física, ao envelhecimento biológico e, inevitavelmente, a doença e a perda de independência (Squire, 2004); pode levar a uma condição de fragilidade e limitação física, que, muitas vezes, leva à institucionalização por parte das famílias (Gallon & Gomes, 2011), gerando sentimentos de inutilidade por parte do idoso. Mendes (2021) e Marrachinho (2014) certificam no seu estudo que o facto do idoso possuir patologias é um fator que prejudica a sua perceção da QdV. No que concerne ao consumo de bebidas alcoólicas e aos hábitos tabágicos, ao realizar o estudo de comparação considerando a

WHOQOL-Bref, verificou-se diferenças estatísticas no domínio “percepção de QdVe saúde” e no domínio do “meio ambiente”, analogamente ao consumo de álcool e diferenças estatísticas no domínio psicológico no que respeita aos hábitos tabágicos. Recorda-se que na população que referiu hábitos alcoólicos, fazia-o apenas às refeições e, como mencionado, durante a entrevista com autorização médica. No que respeita ao tabagismo, apenas 3.3 % da amostra referiu fumar. Na vasta literatura consultada, estes resultados não foram corroborados. No estudo de Gato et al., (2018), estes associam estes hábitos a uma pior QdV. Os resultados obtidos podem ser justificados por serem hábitos moderados e representarem uma “ponte” com hábitos e rotinas perdidas provocadas pela institucionalização, que para muitos idosos representa carência de liberdade (Lourenço, 2014).

Quanto à comparabilidade com a variável sono, ao se realizar o estudo de comparação, perante as respostas obtidas, salientou-se diferenças no âmbito no domínio “físico”. A baixa qualidade do sono pode transportar prejuízos nas atividades diárias do indivíduo, podendo afetar a QdV em geral (Barros et al., 2019). No estudo de Cordeiro (2019) foi notório o impacto da má qualidade do sono na QdV no idoso.

Relativamente à utilização de equipamento adaptativo, relembra-se que quase a totalidade da amostra usava equipamento adaptativo (90.1%) e, do ponto de vista estatístico, verificaram-se diferenças no âmbito do domínio “físico”, que também foram evidenciadas no estudo de Marques (2017). O mesmo autor, no que concerne à mobilidade, constatou, tal como neste estudo e após estudos adicionais, que os idosos que referem uma boa mobilidade têm uma melhor percepção de QdV. Resultados semelhantes também foram obtidos ao realizar-se estudos de comparação nos diferentes níveis de dependência. Foi encontrada uma melhor percepção de QdV em idosos independentes por Gobbens e Remmen em 2019, suportando os resultados obtidos aqui. O envelhecimento deixa em exposto muitas fragilidades, diminuindo a independência e a habilidade motora (Scarmagnan et al., 2021), havendo, por vezes, a necessidade de uso de equipamentos adaptativos. Estas características muito valorizadas pela pessoa, a capacidade para desempenhar as atividades básicas de vida diária, quando perdidas, podem afetar a sua autoestima, impedir o desenvolvimento de atividades prazerosas, influenciar as suas relações sociais, e, deste modo, alterar a sua visão de QdV.

Quanto à toma de ansiolíticos, nos estudos de comparação realizados apenas existem evidências estatisticamente significativas no domínio “físico”, o que sugere que a toma de ansiolíticos gerada pela necessidade de controlar a ansiedade sentida, prejudica a percepção de QdV. Estas evidências também foram verificadas no estudo desenvolvido por Rodrigues (2016); por vezes, estes sentimentos de ansiedade podem ser desencadeados pela perda de independência e da realização das suas vontades pessoais (Lourenço,

2014), a institucionalização pode ser desencadeadora de isolamento social e suporte social negativo (Gato et al., 2018) e, aliado a possíveis conflitos entre os idosos na instituição, podem ser situações que levam a uma visão negativa da sua QdV.

Apesar de neste estudo a toma de ansiolíticos influenciar a QdV, aquando da realização do estudo face a toma de medicação depressiva, não se verificaram evidências estatísticas significativas, ao contrário do estudo de Mendes (2021) os mesmos resultados verificaram-se face a polimedicação, que também não revelou diferenças estatísticas o que também contraria o estudo de Almeida, 2017, em que a polimedicação está associada a piores níveis de QdV. Este resultado pode resultar de a população estudada interpretar sentimentos de tristeza e a toma de medicação como algo natural ao momento de vida atual, como algo natural na velhice.

Ao observar-se a classificação de saúde por parte da amostra, repara-se que a uma classificação de muito boa/boa condição de saúde está também associada uma melhor QdV dos idosos. Considerando que o direito a saúde é um dos mais elevados (Ferreira, 2019), faz sentido construir estratégias centradas na pessoa que garantam a continuidade de cuidados centrados não em modelos curativos, mas sim na prevenção da doença e na promoção da saúde (OMS, 2015; Ferreira, 2022), pois observa-se que este determinante é de grande valor para a pessoa idosa.

2.5.2 Estudos correlacionais

Passando à análise dos estudos correlacionais, no que diz respeito às correlações efetuadas com a Escala *WHOQOL-Bref* e os seus domínios com as variáveis sociodemográficas, observaram-se, na sua maioria, correlações de fraca magnitude, contudo importantes para o estudo. As correlações de fraca magnitude são as mesmas das analisadas nos estudos de comparação com as variáveis já explorados atrás.

No que concerne as correlações, podemos inferir que onde se implicam maior número de correlações com as variáveis sociodemográficas estudadas, estas são apuradas em maior número com a **WHOQOL-Bref total**, **“QdV”** e o domínio **“Psicológico”**, sendo este último domínio onde se verificam um maior número de correlações significativas. Mas onde estas são mais marcadas são nas correlações entre o **WHOQOL-Bref total**, **“a perceção de QdV e saúde”** e os domínios **“físico”** e **“psicológicos”** realizam com as variáveis **“como avalia a sua mobilidade/dependência?”** e **“em geral, como classifica a sua saúde?”**, o que vai de encontro ao dos estudos de Mesquita (2013) e Gobbens e Remmen (2019), Braga et al. (2011).

O resultado anterior é confirmado em vários estudos, o de que vem certificar o quanto a independência e a saúde tem um peso preponderante na QdV da pessoa idosa e podem ser considerados bons preditores de QdV. Desta maneira, no que se alude a QdV, a mobilidade e a saúde devem ser reconhecidas e maximizar capacidades básicas, influenciar estilos de vida para que o idoso tenha o máximo de tempo uma vida saudável, autónoma e maior QdV possível (Fonseca, 2005; Braga et al., 2011).

A análise destes resultados vem de encontro à revisão da literatura efetuada: a QdV é subjetiva, varia de pessoa para pessoa, é abrangente, ampla, multidimensional e ultrapassa a problemática da saúde largamente (Vilar et al., 2016). Desta maneira, nenhum domínio deve ser ignorado na percepção de QdV, pois o prejuízo de um domínio pode prejudicar a percepção de QdV da pessoa idosa.

2.6 Limitações e contributos para a prática

Ao realizar uma introspeção sobre a investigação realizada, importa referir alguns aspetos que podem ter comprometido os resultados. Uma das limitações relaciona-se com o tempo disponível para a colheita de dados junto dos idosos, o tempo de demora entre a resposta por parte das ERPI que aceitaram colaborar no estudo e depois a articulação necessária de organização face as dinâmicas das ERPI com os idosos, que foi uma problemática que encurtou o tempo disponível para a realização de colheita de dados.

A forma de administração do questionário poderá ser uma limitação para o estudo, ou seja, o facto de ter sido administrado pelo entrevistador, pode ter colocado constrangimentos à total abertura de respostas por parte do sujeito. Contudo, o questionário não poderia ser levado com sucesso se não fosse desta maneira, já que uma parte da amostra era analfabeta ou tinha um baixo nível de escolaridade e, aliado a este facto, outra das limitações prende-se com a pobreza de vocabulário por parte da amostra; por outras palavras, quando realizadas as perguntas ao sujeito, este não compreendia a natureza da questão. O facto do investigador ter de efetuar a pergunta por outras palavras, para existir compreensão por parte do interlocutor, pode induzir a resposta ou mesmo alterar a resposta do idoso e em algumas situações em que não era claro ter existido uma correta compreensão da questão.

Outros dos constrangimentos elencados prende-se com as estruturas físicas das ERPI; em algumas situações não existia a possibilidade de realizar a entrevista num local reservado e sem intervenção de outras pessoas. Esta ocorrência era geradora de algum constrangimento no idoso, o que impedia a total abertura por parte do sujeito.

Pode-se também aludir ao fato de se ter realizado um estudo transversal, pelo que não permite verificar se existiriam alterações dos resultados se alguma das variáveis fossem alteradas ao longo de meses.

Por outro lado, o fato da população estudada estar toda ela muito próxima geograficamente poderá ser uma das razões para que não houvesse muita heterogeneidade de respostas.

Seria uma mais-valia, replicar este mesmo estudo em mais ERPI numa outra população alocada a outro ACES, de modo a poder-se estudar uma população mais diferenciada, de forma a constatar a possível existência de diferenças significativas considerando as mesmas variáveis sociodemográficas elencadas neste estudo.

Melhorar o conhecimento sobre a QdV dos idosos da nossa sociedade pode produzir um impacto positivo na incrementação para um aumento da QdV dos mesmos.

A *WHOQOL-Bref* é um instrumento fiável para avaliar a perceção da QdV da população idosa, constituindo uma base que permite ao EEEC identificar e reconhecer a existência de problemas, mas também conceber e implementar programas específicos de educação e sensibilização para a incrementação da QdV do idoso, em contextos de proximidade.

Os resultados deste estudo são um importante contributo para a prática clínica, designadamente da enfermagem de saúde comunitária. Caracterizar a perceção da QdV do idoso e conhecer as suas variáveis positivas e negativas associadas é essencial para a prática de enfermagem comunitária. Pode igualmente ajudar a implementar estratégias de promoção de saúde ajustadas a comunidade e as instituições. Nomeadamente ao nível dos cuidados de saúde Primários- na preparação para a transições de papeis, na defesa de uma visão positiva do ato de envelhecer, na prevenção e promoção de saúde, uma vez que o EEEC atua na antecipação de problemas de saúde em vários contextos.

3 Conclusões

Nas últimas décadas temos assistido à evolução sustentada da tecnologia e da medicina e do desenvolvimento socioeconómico, que, associado às quedas acentuadas das taxas de natalidade e ao aumento da expectativa de vida, levam ao rápido envelhecimento das comunidades e Portugal não é exceção.

Esta tão grande alteração demográfica implica mudanças dramáticas e envolve implicações profundas, exigindo uma especial atenção por parte das políticas de saúde, não só numa gestão eficiente e equitativa, mas também no atendimento das necessidades físicas e psicológicas que advêm do declínio que o envelhecimento demográfico acarreta.

O prolongamento da vida é um facto indiscutivelmente valioso e positivo, mas também é uma realidade que a sociedade não está preparada para esta alteração demográfica tão profunda e que em muitas situações de dependência ou de agudização da doença crônica não existe resposta no seu meio natural de vida para a pessoa idosa, o que leva muitas vezes à necessidade de recurso às ERPI e eventualmente a deterioração da QdV. O que nos traz à discussão, não apenas no que o envelhecimento pode ser, mas também de que forma a pessoa idosa percebe a sua QdV. Esta, a QdV é um fator determinante e importante que deve ser conhecido e explorado, uma vez que envolve aspetos subjetivos e que variam de pessoa para pessoa. Torna-se assim pertinente estudar esta temática, para que se diversifiquem projetos e políticas que permitam um envelhecimento saudável e com QdV.

Portanto, torna-se imperioso perceber de que forma, em conjunto com as instituições de saúde, através de um diagnóstico da situação, a QdV é percebida e que políticas e soluções podem ser adotadas para a melhorar

Com este estudo que incidiu sobre a população idosa institucionalizada em ERPI na área de abrangência do ACES Cávado III - Barcelos/Esposende, em que o principal objetivo passou por apurar o nível de percepção de QdV do idoso institucionalizado através da análise das variáveis sociodemográficas, e após a apresentação, análise e discussão dos resultados, verificou-se um baixo nível de escolaridade da amostra, a generalidade dos idosos não escolheu a institucionalização, a maioria confirmou apresentar patologias, e o nível de percepção da população que compõe este trabalho de investigação, encontra-se no nível mediano de QdV.

Constatou-se que não existe apenas uma variável implicada na percepção de QdV mas sim várias e que se alteradas influenciam a QdV do idoso, nomeadamente (género, idade, escolha da institucionalização, visitas, participação em atividades, presença de patologias, consumo de álcool e tabaco, qualidade do sono, utilização de equipamento adaptativo, medicação ansiolítica, nível de dependência, mobilidade e níveis classificação de saúde).

De uma forma geral, os estudos de correlação verificam na amostra um maior número de correlações das variáveis sociodemográficas com o domínio “**psicológico**”, revelando que a componente psicológica do indivíduo é preponderante para a QdV do idoso. O estudo correlacional também evidenciou e que a variável a saúde e o nível de dependência estão correlacionados positivamente com todos os domínios da *WHOQOL-Bref* e a classificação total da mesma, ou seja, se uma das variáveis se alterar positivamente a percepção de QdV do idoso também se altera positivamente. O resultado

deste estudo só vem alicerçar o que a literatura indica, o envelhecimento é único e subjetivo e varia de indivíduo para indivíduo.

Face a estes resultados sugere-se o desenvolvimento de estratégias inclusivas da pessoa idosa com a sociedade estabelecendo relações sociais saudáveis e interativas, de forma prolongar a estadia do idoso no seu meio natural, pois constitui um contributo imprescindível na perceção de QdV. Organização de estratégias que promovam a saúde mental e diminuam os sintomas de ansiedade. Elaborar medidas multidisciplinares em vários critérios para atuar nos parâmetros de saúde da pessoa idosa, não só no período da sua velhice, mas ao longo de todo o seu ciclo vital promovendo comportamentos saudáveis e envolvendo a pessoa no seu processo de envelhecimento.

4 REFLEXÃO SOBRE O DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS COMUNS E ESPECÍFICAS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM COMUNITÁRIA.

A constante evolução dos cuidados de saúde exige a obrigatoriedade de investimento permanente na formação por parte dos profissionais de saúde. Nos tempos que correm, a enfermagem depara-se com a responsabilidade acrescida e com a necessidade de um profundo conhecimento do contexto no qual o enfermeiro está inserido, com o intuito de dar resposta às solicitações que reinam; assim, a distinção e especialização torna-se uma necessidade.

Posto isto, o enfermeiro especialista deve ser alguém com determinadas características, ou seja, competências. Para Laverack (2014), os profissionais de saúde, tal como o Enfermeiro Especialista (EE), devem ser detentores de conhecimento especializado, responsabilidade social e competências técnicas e essenciais fornecedoras de conjunto de padrões que podem determinar a prática profissional. Já Amaral e Figueiredo (2021) consideram como competências um saber agir responsável, eficaz e reconhecido de um sujeito perante uma situação, num determinado contexto profissional, sujeito a um sistema de avaliação.

Para efeito de sistematização, as competências um conjunto de conhecimentos e competências estas, as competências comuns e específicas, foram organizadas por domínios. Elas serão abordadas e descritas de forma a conduzir a uma reflexão das atividades desenvolvidas ao longo do percurso académico.

A frequência dos vários ensinamentos clínicos ao longo de todo o percurso académico do Mestrado em enfermagem comunitária (MEC) tiveram como objetivo comum a prossecução das competências comuns, específicas do EE, e a obtenção das competências específicas atribuídas ao grau de Mestre. Todo este percurso decorreu de trabalhos de análise e de investigação da comunidade, de planeamentos de atividades em ensino clínico, da prática real tutelada e de análise crítica e reflexiva das atividades realizadas.

4.1 COMPETÊNCIAS COMUNS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA

Segundo os termos do disposto no regulamento nº 140/2019 (2019), o EE é um indivíduo detentor de um conjunto de conhecimentos, capacidades e habilidades que pondera todas as necessidades de saúde do grupo-alvo, e mobiliza-se para atuar em todos os contextos e nos diferentes níveis de prevenção.

O mesmo documento elucida também o pressuposto de que o EE partilha um conjunto de competências comuns demonstradas por uma “elevada capacidade de conceção, gestão e supervisão de cuidados e, ainda, através de um suporte efetivo ao exercício profissional especializado no âmbito da formação, investigação e assessoria” (Regulamento nº 140/2019 ,2019, p. 4745).

Assim, como já mencionado anteriormente, abordam-se agora as competências comuns, que se encontram ordenadas abaixo pelos domínios da competência:

- Responsabilidade profissional, ética e legal;
- Melhoria contínua da qualidade;
- Gestão dos cuidados;
- Desenvolvimento das aprendizagens profissionais.

Domínio da Responsabilidade Profissional, Ética e Legal;

O EE nas suas dinâmicas diárias toma decisões que afetam significativamente a vida das pessoas, tanto no presente como no futuro. Estas decisões devem ser alicerçadas nos princípios da moral e do direito e adaptadas as circunstâncias de forma a responder as necessidades de saúde identificadas (OE, 2015). No regulamento nº 140/2019 (2019), o EE é alguém que demonstra um exercício seguro, profissional e ético, assentando o seu conhecimento e decisões nos seus domínios da ética e da deontologia e na avaliação sistemática das melhores práticas.

Ao longo de todo os ensinios clínicos foram tidas em conta todas as considerações ético-legais inerentes à prática de enfermagem e para o desenvolvimento das competências do EE. Em todos os projetos de investigação elaborados ao longo do percurso académico foram sempre elaborados pedidos de autorização às comissões de ética e a todas as entidades e instituições envolvidas nos estudos. Posteriormente, após o parecer positivo destas entidades foram redigidos e fornecidos consentimentos informados, livres e esclarecidos, onde estava devidamente esclarecido que podiam recusar ou interromper a sua participação no estudo em qualquer momento, informando ainda que a participação é voluntária e gratuita, sem qualquer tipo de contrapartida, e garantindo também o anonimato e a confidencialidade dos dados fornecidos.

Os direitos humanos e as responsabilidades profissionais são também da responsabilidade ética e legal do EE e não podem estar dissociados. De forma a assegurar estes pressupostos, durante todo o percurso de estágio foi transversal o cuidado e ponderação nas tomadas de decisão no que concerne ao direito a privacidade do cliente em todas as intervenções realizadas. Houve também a oportunidade de participar em grupos e reuniões

de trabalho, onde foi possível participar na tomada de decisão assente no domínio deontológico e ético, demonstrando responsabilidade de acordo com o contexto do cliente e comunidade.

Domínio da Melhoria Contínua da Qualidade;

Na rotina diária de todas as instituições de saúde o tópico da qualidade dos cuidados de saúde prestados é uma realidade. A Ordem dos Enfermeiros, em particular desde 2001, encaminha esforços orientados intencionalmente para a definição de um caminho estratégico que vise a melhoria contínua do exercício profissional dos enfermeiros. No mesmo documento reforça o carácter multidisciplinar da qualidade em Saúde. Contudo, o exercício profissional do enfermeiro não pode ser negligenciado ou escondido no caminho para a obtenção da qualidade em saúde.

No código deontológico de enfermagem (2015), o enfermeiro tem o dever de procurar a excelência do exercício, analisar a sua prática e identificar eventuais falhas que careçam de mudança de atitude e adequar as normas de qualidade dos cuidados às necessidades do cliente.

No quotidiano do enfermeiro e na nova organização dos cuidados de saúde primários foi introduzida a governação clínica e de saúde integrada. Este é um processo participativo através do qual as organizações prestadoras de cuidados de saúde são responsáveis pela melhoria contínua da qualidade dos seus serviços (Santos & Sá, 2010; Portugal, 2017). A centralidade nos propósitos (alinhamento das ações com a visão, missão e valores), nos processos de cuidados (alinhamento com as guidelines internacionais) e nas pessoas utilizadores de serviços e profissionais de saúde) potencia a criação de valor em saúde com cuidados de saúde e enfermagem, potenciados designadamente pela transferabilidade dos adquiridos na formação de nível de 2º ciclo.

Com esta premissa por base e no âmbito desta competência foi possível participar na definição de metas de qualidade dos serviços prestados, nomeadamente no programa de vacinação contra a gripe sazonal. Em conjunto com a enfermeira gestora discutiram-se e contratualizaram-se as metas atingir e, por meio de caminhos próprios de comunicação, essas metas foram comunicadas à restante equipa. Posto isto, neste processo de melhoria contínua da qualidade, o EE tem um papel dinamizador e crucial para a operacionalização das metas

definidas perante a equipa e exige a transformação de conhecimentos em competências que acrescentem valor aos profissionais, mas também as organizações (Machado, 2013).

Domínio da gestão dos cuidados;

A gestão dos cuidados é indispensável aos cuidados de enfermagem, para a sobrevivência de uma instituição e para a obtenção da qualidade dos cuidados em saúde.

Portanto, a gestão por parte do EE na promoção da qualidade dos cuidados, de forma a garantir a satisfação do cliente e a sustentabilidade da organização, é fundamental numa organização que ambicione a excelência (Freitas, 2018).

Para a consecução das competências neste domínio, otimização da tomada de decisão e do trabalho de equipa, foi de suma importância a unidade curricular de gestão, bem como de outras unidades curriculares que exploraram a temática.

A participação nos vários programas da USP, onde o EEEEC figura como gestor de projeto, proporcionou a chance de colaborar nas decisões da equipa, na gestão e definição da intervenção comunitária, promovendo o envolvimento de toda a equipa multiprofissional. Neste domínio foi possível auxiliar na elaboração do desenho de estudo para o projeto de saúde escolar da USP na área da saúde mental, em que foram apontadas estratégias nesse sentido, de modo a contratualizar de forma eficaz o projeto.

Domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais.

Surgem então as competências do desenvolvimento do autoconhecimento e a assertividade, revelando conhecimento de si e da relação com o outro, em contexto singular, profissional e organizacional (Regulamento nº 140/2019, 2019).

Sendo a reflexão uma ferramenta de capacitação, de autoconhecimento e desenvolvimento de conhecimentos e competências, neste seguimento, para além da observação atenta e reflexiva aos variados contextos clínicos, ao longo do percurso em contexto clínico, existiu sempre com a equipa de EE um feedback constante, no sentido da melhoria e aquisição de novos conhecimentos e competências baseadas na prática e na evidência científica.

Neste domínio, houve o cuidado de atuar como formador em contexto clínico através da realização de uma sessão de formação a toda a equipa multidisciplinar da USP,

onde foi exposto o trabalho de investigação realizado nos anteriores dois ensinamentos clínicos. O trabalho de investigação consistia na avaliação dos níveis de conhecimentos sobre diabetes *mellitus* tipo 1 por parte dos docentes, não docentes e encarregados de educação das crianças e jovens com diabetes *mellitus* tipo 1, e foi exposta posteriormente a intervenção realizada na comunidade no segundo ensino clínico com suporte na evidência científica e demonstrado no final os ganhos obtidos em saúde.

A realização do estudo de investigação durante o ENP em muito contribuiu como facilitador de aprendizagem em contexto clínico. Tal estudo foi suportado pela mais recente evidência científica, sendo uma mais-valia para a USP nos cuidados de saúde fornecidos pela mesma. Concedera robustez e suporte ao projeto elaborado pela equipa multidisciplinar após a interpretação dos dados obtidos no estudo de investigação.

4.2 COMPETÊNCIAS ESPECÍFICAS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM COMUNITÁRIA

Nos últimos anos, os cuidados de saúde primários têm apresentado uma importante evolução e assumem particular relevância junto da população, devido às alterações demográficas e às ameaças emergentes. Daí o enfermeiro, particularmente o EEEC, ser uma figura de relevo na resolução de desafios constantes.

O EEEC, segundo o regulamento dos padrões de qualidade (OE, 2011), é detentor de um conhecimento aprofundado, demonstrando níveis elevados de julgamento clínico e tomada de decisão, traduzidas num conjunto de competências clínicas especializadas relativas a um campo de intervenção.

Ora, estas competências clínicas especializadas/específicas do qual o EEEC é detentor, são definidas pela OE através do regulamento nº 140/2019 (2019), pp.4745, como

“respostas humanas aos processos de vida e aos problemas de saúde e do campo de intervenção definido para cada área de especialidade, demonstradas através de um elevado grau de adequação dos cuidados às necessidades de saúde das pessoas”.

Assim, as competências específicas do EEEC, segundo o regulamento nº428/2018 (2018), são as seguintes:

- “Estabelece, com base na metodologia do Planeamento em Saúde, a avaliação do estado de saúde de uma comunidade;
- Contribui para o processo de capacitação de grupos e comunidades;
- Integra a coordenação dos Programas de Saúde de âmbito comunitário e na consecução dos objetivos do Plano Nacional de Saúde;

- Realiza e coopera na vigilância epidemiológica de âmbito geodemográfico.”

A obtenção das competências especializadas, remete para um conjunto de exigências científicas, técnicas e pessoais, com a concentração de todos os conhecimentos adquiridos ao longo do ciclo académico. Proceder-se-á a uma análise crítico-reflexiva no decurso deste período com o intuito da aquisição de competências específicas em Enfermagem comunitária e, por consequência, o desenvolvimento profissional e pessoal.

Estabelece, com base na metodologia do Planeamento em Saúde, a avaliação do estado de saúde de uma comunidade;

Partindo da base conceptual do planeamento em saúde enquanto processo de intervenção sobre a realidade de uma comunidade em várias vertentes, atuando como um conjunto de instrumentos de racionalização de decisões, assente no diagnóstico de situação, na intervenção dos recursos disponíveis, na fixação de objetivos e determinação de prioridades (Imperatori & Giraldes, 1986). Permitindo uma priorização e gestão eficiente de recursos, garantindo a eficiência das intervenções preconizadas na resolução de problemas identificados.

Durante o ENP, a USP estava num período de franca reestruturação devido à fase peculiar na qual se encontrava - fase de resolução da pandemia por Covid-19. A USP encontrava-se a elaborar o plano local de saúde, instrumento valioso para o alinhamento de estratégias nacionais e regionais, contribuindo para o cumprimento de metas nacionais, mas também particulares e individualizadas, orientadas para os potenciais ganhos em saúde na comunidade na qual a USP está integrada (Portugal, 2017).

Devido a esta particularidade, participou-se em várias reuniões para a elaboração do Plano Local de Saúde e no projeto de saúde escolar com foco na área de saúde mental, em que, após a apreciação e análise dos indicadores epidemiológicos apresentados, se efetuou a determinação de problemas de saúde da comunidade e, conseqüentemente, a identificação dos determinantes de saúde da mesma.

No âmbito do projeto de saúde mental, foi pedido o contributo das mestrandas sobre a forma de um desenho de estudo. Assim, conforme já referido, após a análise dos dados epidemiológicos apresentados e pesquisa exaustiva e pormenorizada sustentada na mais recente evidencia científica, foi apresentado um desenho de estudo com objetivos e estratégias face a priorização das necessidades de saúde levantadas.

Ainda no âmbito desta competência, foram realizados dois estudos de investigação; o primeiro estudo ocorreu no primeiro estágio clínico e o segundo estudo no ENP, ambos em

contexto de USP. O primeiro, como já aqui abordado discorreu sobre a avaliação os níveis de conhecimentos sobre diabetes *mellitus* tipo 1 por parte dos docentes, não docentes e encarregados de educação das crianças e jovens com diabetes *mellitus* tipo 1 e o segundo estudo decorreu sobre a avaliação da perceção da qualidade de vida da pessoa idosa institucionalizada em ERPI. As informações e os dados do perfil de saúde que brotaram destes estudos foram utilizados para alicerçar as tomadas de decisão e a definição de objetivos e estratégias para a melhoria das necessidades de saúde identificadas destas comunidades.

Na circunferência das competências específicas de EEEEC, o trabalho realizado reveste-se de extrema relevância para a persecução desta competência e contribuiu para a identificação das necessidades específicas da comunidade na qual os estágios clínicos decorreram, fornecendo uma base essencial para as intervenções realizadas e também futuras que possam vir a implementar-se.

Contribui para o processo de capacitação de grupos e comunidades;

Uma das cartas que ajudaram a definir o conceito de promoção de saúde e que é uma das mais usadas e reconhecida é a Carta de Otava. Portanto, promoção da Saúde é o processo que visa aumentar a capacidade dos indivíduos e das comunidades para controlarem a sua saúde, no sentido de a melhorar e de forma a realizarem as suas aspirações e satisfazer as suas necessidades em saúde (WHO, 1986).

Promoção de saúde pode ser observada como um conjunto de fundamentos que envolvem a equidade, o empoderamento, a comunicação, a capacitação e atividades politicamente orientadas com o objetivo do outro aumentar o controlo de influências e melhorar a sua saúde (Laverack, 2014).

O EEEEC tem um papel essencial na promoção da saúde, onde o seu alvo de intervenção é a comunidade e todos os projetos de saúde com vista a promoção da saúde (OE, 2011).

Na organização e planeamento dos projetos e intervenções constitui-se crucial a articulação entre os EEEEC, a comunidade e os possíveis parceiros na promoção da saúde.

Portugal, tal como a restante Comunidade Europeia, acolhe refugiados dos mais variados países. No momento, uma das preocupações da USP prende-se com a necessidade de vigilância e monitorização de todos os grupos de refugiados que estão a chegar à sua área de abrangência.

Observa-se uma crescente diversidade cultural e são necessários ajustes à prática e à pesquisa para fazer face à necessidade de cuidados de saúde na comunidade. Devido a

esta circunstância, as atividades realizadas neste período foram norteadas pela Teoria da Diversidade e Universalidade Cultural de Leininger. Para complementar e tornar a intervenção na comunidade ainda mais eficaz e respeitando os valores culturais políticos, sociais ou económicos de toda a comunidade, em complementaridade com a teoria de Leininger bem como de Campinha Bacote, propões-se a implementação do Modelo de Avaliação, Intervenção e Empoderamento Comunitário de Melo (Fernandes, 2019; Melo, 2020).

Tendo por base estes pressupostos para auxiliar a prática na comunidade, para a obtenção desta competência foram várias as atividades elaboradas nesse sentido. Elaboraram-se dois artigos de informação/promoção da saúde para um jornal local com o objetivo de maximizar as intervenções realizadas pela USP na comunidade do ACeS.

No domínio do primeiro ensino clínico, após a obtenção dos resultados do estudo de investigação sobre a avaliação os níveis de conhecimentos sobre diabetes *Mellitus* tipo 1 por parte dos docentes, não docentes e encarregados de educação das crianças e jovens com diabetes *mellitus* tipo 1, foram determinadas prioridades e elaboradas intervenções dirigidas e planeadas cirurgicamente face ao diagnóstico de situação identificado. Deste trabalho elaboraram-se quatro atividades: 1) elaboração de um procedimento de atuação em caso de hipoglicemia grave, concebido em parceria com a equipa da consulta do serviço de pediatria; 2) sessão de formação aos docentes e não docentes, para uma gestão eficaz dos cuidados de saúde prestados em contexto escolar; 3) elaboração de um vídeo para a promoção de literacia sobre a técnica de preparação e administração de medicação em caso de hipoglicemia grave; 4) elaboração de um poster com todos os resultados obtidos na procura da reflexão da comunidade envolvida. No final, após a observação dos objetivos delineados inicialmente, observou-se que todos esses objetivos foram atingidos e alguns foram mesmo superados.

A oportunidade oferecida através da articulação com a UCC durante o ENP na operacionalização dos programas de promoção e proteção de saúde contratualizados pela USP no âmbito da saúde escolar possibilitou a participação na capacitação de grupos, nomeadamente da comunidade escolar.

Na procura da aquisição desta competência, durante o ENP, realizou-se uma ação de formação a um grupo de refugiados que estão alocados a um centro de refugiados na área de abrangência do ACeS, onde foi abordado o tema saúde oral. Primeiramente, foi observada a sessão de educação para a saúde com o tema da alimentação saudável ministrada pelas colegas de estágio para perceber a dinâmica e necessidades do grupo, para posteriormente adequar a intervenção sobre saúde oral. Aquando da realização da

intervenção no âmbito da saúde oral, com a presença de 10 adultos e 4 crianças foi inicialmente distribuído um inquérito para preenchimento no início e no fim da sessão pelos interlocutores, com o objetivo de avaliar os ganhos obtidos em saúde. A sessão ministrada foi interativa para identificarmos de imediato as necessidades e intervir em conformidade com as mesmas. Posteriormente, com a análise dos questionários comprovou-se que, das dez pessoas que preencheram o questionário, houve ganhos em três delas. Esta sessão de promoção de saúde oral, foi efetuada atendendo a concretização de uma parceria com uma tradutora de línguas, Árabe e Portuguesa. A sua colaboração consistiu na tradução escrita, e do PowerPoint, e na tradução oral, de toda a sessão de educação para a saúde. A tradução oral, foi realizada em simultâneo, entre formandos e entre formadores, aquando do acompanhamento da sessão e durante toda a apresentação. A comunidade/grupo de refugiados não tinha domínio da língua portuguesa, sendo a língua materna o árabe. A concretização da parceria com a tradutora de línguas tornou possível a realização desta atividade de intervenção que, de outra forma, não poderia ser alcançada com sucesso. A parceria foi conseguida mediante prévia negociação entre a enfermeira da USP e investigadora, tutora e responsável pela supervisão deste ensino clínico, e a tradutora de línguas, que habitualmente colaboradora com a mesma numa investigação.

Ressalva-se o desenho de estudo elaborado no âmbito do projeto de saúde escolar na área da saúde mental, e o estudo de investigação sobre a avaliação da perceção da QdV da pessoa idosa institucionalizada em ERPI, onde foi efetuado um diagnóstico de situação, determinante para realizar uma ação concertada nas comunidades.

Para o trabalho desenvolvido junto da comunidade, torna-se essencial a articulação com todas as comunidades e com os demais stakeholders da comunidade em geral, que estimulem o seu empoderamento e que contribuam para maiores ganhos em saúde de todos os envolvidos.

Integra a coordenação dos Programas de Saúde de âmbito comunitário e na consecução dos objetivos do Plano Nacional de Saúde.

O Plano Nacional de Saúde (PNS) é a bússola orientadora de todas as políticas de saúde nacionais, definindo o rumo estratégico para a intervenção, através do alinhamento de objetivos comuns com o objetivo de maximizar ganhos em saúde (Portugal, 2017). Para existirem ganhos em saúde é necessário promover o empoderamento da comunidade, o envolvimento da mesma e das respetivas organizações que nela estão inseridas.

Procurou-se, em articulação com a equipa de EEEC da USP e os programas da área funcional da promoção e proteção da saúde (Programa Nacional de Saúde Escolar, Programa Regional de Educação Sexual em Saúde Escolar, Programa Nacional de

Promoção da Saúde Oral, Programa de Alimentação Saudável em Saúde Escolar e o Programa de Monitorização da Obesidade Juvenil), desenvolver competências na área da coordenação, promoção, implementação e monitorização das atividades dos programas de saúde conducentes aos objetivos do PNS, a fim de obter ganhos em saúde.

Assinalam-se as reuniões realizadas com o responsável da área funcional da promoção e proteção da saúde e com os gestores de programas do âmbito do programa Nacional de Saúde Escolar, onde foram discutidas estratégias relativamente aos diferentes programas.

Como já referido, foi elaborado no campo do programa de saúde escolar um desenho de estudo no sentido de dar resposta aos indicadores epidemiológicos na área da saúde mental, obtidos através da análise de dados do sistema de informação da ARS. Apesar de a proposta não ter sido colocada em prática pela equipa de trabalho do projeto, pois estão ainda se encontram a analisar todas as circunstâncias desta problemática, foi uma mais-valia a sua elaboração, uma vez que permitiu observar e compreender a implementação/coordenação de um projeto, compreender o papel do EEEC e pode ser relevante na elaboração de protocolos de saúde.

Realiza e coopera na vigilância epidemiológica de âmbito geodemográfico

As alterações do padrão epidemiológico, bem como as ameaças emergentes à saúde das comunidades, determinam necessidades em saúde e exigem respostas adequadas e de qualidade (OE, 2011). A vigilância epidemiológica é um importante instrumento de análise e compreensão dos fenómenos de saúde-doença (Regulamento nº 428/2018, 2018). A vigilância epidemiologia é uma das ferramentas de saúde pública, que possibilitam a identificação de métodos preventivos e assim melhorar a saúde das populações (Bonita et al., 2010).

No campo de ação desta competência, foi desenvolvido um importante trabalho na vigilância epidemiológica dos grupos populacionais. A cooperação com a enfermeira responsável pelo programa de monitorização da obesidade juvenil permitiu a utilização da plataforma sistema de informação clínico do perfil do enfermeiro- SCLINICO, de onde foram retirados dados relativos ao ano de 2019 de todas as crianças pertencentes ao ACeS com a idade compreendida entre os 5 e os 6 anos, para posteriormente efetuar uma base de dados em suporte Excel, de forma a podermos analisar e efetuar vigilância epidemiológica. Destaca-se dentro da área da Promoção e proteção da saúde, a passagem pelo Programa Nacional de Saúde Escolar, Programa Regional de Educação Sexual em Saúde Escolar, Programa Nacional de promoção em Saúde Oral, e o Programa alimentação Saudável em Saúde Escolar. Através da passagem por esta área

conheceram-se todas as dinâmicas inerentes a estes programas e o importante contributo e colaboração do EEEEC para a o sucesso dos objetivos estabelecidos por estes programas.

Demarca-se a passagem pelo centro de diagnóstico pulmonar, onde foi possível observar de perto todo o processo de vigilância, monitorização e rastreios realizados pela enfermeira alocada a este serviço e a articulação com a restantes equipa ligada ao Programa Nacional contra a Tuberculose. Foi também facilitada uma observação pormenorizada relativamente aos procedimentos em casos de presença de doenças de declaração Obrigatória e articulação com a plataforma Sistema de Informação de Unidades de Saúde – SINAVE. Estes momentos levaram-me a entender o trabalho e a importância do trabalho de enfermeiro especialista nesta área, observando as potencialidades e limitações das medidas epidemiológicas, porque, apesar de existir um grande esforço por parte da equipa de saúde, se não existir colaboração por parte do utente torna-se um trabalho infrutífero no que concerne a vigilância epidemiológica do fenómeno de doença.

4.3 COMPETÊNCIAS ATRIBUÍDAS AO GRAU DE MESTRE

Após reflexão de todo o percurso percorrido para aquisição das competências comuns e específicas do EEEEC, é importante recordar que no segundo ciclo de estudos são também desenvolvidas as competências atribuídas ao grau de mestre. Definidas de pelos termos depositos no Decreto-Lei nº 74/2006 (2006), que se mantém sem alterações desde a sua criação, apesar das cinco revisões a que este Decreto-Lei foi sujeito.

Estas competências descritas vão de encontro as competências comuns do EE e específicas do EEEEC definidas pela OE. Esta particularidade exige ao mestrando um aprofundamento a nível do seu conhecimento e compreensão, sustentando os seus conhecimentos no primeiro ciclo de estudos realizado. Os trabalhos de investigação realizados não poderiam ter sido desenvolvidos com sucesso sem a sustentabilidade fornecida pelo primeiro ciclo de estudos.

O conhecimento para a capacidade de compreensão e resolução de problemas em vários contextos multidisciplinares foram adquiridos através da articulação constante com múltiplos profissionais encontrados ao longo do percurso. O facto de um dos ensinios clínicos ter decorrido em pleno pico pandémico foi gerador de algumas contrariedades que foram surgindo, o que obrigou a desenvolver soluções para alcançar com sucesso os objetivos definidos, demonstrando-se capacidade de resolução tanto de situações novas ou familiares.

Todas as conclusões que se originaram do primeiro estudo de investigação, tal como as obtidas após a elaboração do desenho de estudo no âmbito do projeto de saúde escolar, na área da saúde mental, foram comunicados a toda a equipa multidisciplinar. As

reuniões realizadas ao longo de todo o percurso clínico com os diferentes membros das instituições, foram também um excelente palco para o exercício de conhecimentos e conclusão de raciocínios. As sessões de promoção de saúde praticadas junto da comunidade foram fundamentais para aquisição de competências atribuídas ao grau de mestre, uma vez que a experiência da mestranda, devido ao decurso da sua prática profissional, realizava intervenções junto do indivíduo ou família e não a toda uma comunidade.

O percurso de aprendizagem constrói-se ao longo da vida, logo a constante procura de conhecimento novo será sempre uma inquietude.

CONCLUSÃO

Ao elaborar um exercício de síntese de todo o percurso efetuado desde o início do Mestrado em Enfermagem de saúde comunitária, a mestranda pensa ter conseguido contratuar as objetivos/competências necessárias e exigidas para a prática especializada em saúde comunitária.

Existiu ao longo do percurso académico, a preocupação e comprometimento de o alicerçar através de uma postura reflexiva e analítica, baseado na evidencia científica, sobre as várias realidades que foram oferecidas em contexto clínico ao longo deste tempo, no sentido de desenvolver habilidades e conhecimentos especializados. Salienta-se a investigação desenvolvida no âmbito do ENP, que proporcionou a consolidação de conhecimentos e um conhecimento mais profundo da comunidade onde estava inserida em contexto clínico e também contribuiu para a consolidação de conhecimentos na área de investigação, tão importante para o futuro profissional como EEEEC, habilitado com o grau de mestre.

O EEEEC desenvolve toda a sua prática tendo como foco a comunidade e todas as alterações na comunidade devem ser o foco da sua atenção. Face a estas alterações, deve apresentar uma resolução dos problemas elencados, sustentados em evidencia científica, de forma a empoderar a comunidade alvo da sua ação, assim, o EEEEC, comunicador de saúde, profundamente conhecedor e capacitado para responder aos problemas existente na população, tem o dever de elaborar programas com a intenção de obter ganhos em saúde.

A temática aqui abordada, o envelhecimento demográfico galopante da nossa sociedade e a compreensão da QdV percebida pelo idoso, produz a necessidade urgente de projetos e políticas promotoras de um envelhecimento saudável e com QdV. Sendo o envelhecimento dotado de características próprias e subjetivas que diferem de pessoa para pessoa, deve ser valorizado devidamente as respostas individuais de cada um as supostas perdas de autonomia, tão importante para o bem-estar e QdV. da pessoa idosa.

Potenciar um envelhecimento bem-sucedido um envelhecimento saudável, implica a manutenção da sua capacidade autónoma, apoiando um estilo de vida saudável e mantendo uma rede de relações sociais estáveis e interativas onde o idoso seja parte

integrante e parte significativa da sociedade, de forma a desmistificar e retirar-lhe a conotação negativa que é atribuída ao envelhecimento.

Face a estas considerações é necessário, uma ação de saúde pública concertada, conforme é defendido pela OMS. A este nível o EEEEC tem um papel importante e impulsionador, na elaboração de projetos e programas em co- criação com as diferentes entidades publicas e de saúde. Devem ser projetos inovadores e disruptores com os atuais, onde se privilegia a doença em detrimento dos programas de manutenção e promoção de saúde a longo prazo. O EEEEC deve através de manobras de educação para a saúde constantes e assertivas ao longo de todo o ciclo vital, ajudar os indivíduos a efetuarem escolhas informadas sobre os seus comportamentos de saúde, visando um envelhecimento saudável e com qualidade.

Referências Bibliográficas

- Almeida, F. D. M. (2018). Relação entre polimedicação e qualidade de vida em idosos do município de Palhoça, Santa Catarina, Brasil. *Medicina-Pedra Branca*, 1-33
<https://repositorio.animaeducacao.com.br/handle/ANIMA/9303>
- Amaral, G., & Figueiredo, A.S. (2021). Desenvolvimento de competências dos enfermeiros orientadores: uma visão de peritos. *Revista de Enfermagem Referência*. 5 (5), 1-8
<https://doi.org/10.12707/RV20036>
- Barros, M. B. D. A., Lima, M. G., Ceolim, M. F., Zancanella, E., & Cardoso, T. A. M. D. O. (2019). Qualidade do sono, saúde e bem-estar em estudo de base populacional. *Revista de Saúde Pública*, 53(82), 1-12. <https://doi.org/10.11606/s1518-8787.2019053001067>
- Becker, A. M. (2013). *Exercício físico, qualidade de vida e autoestima global em idosos portugueses: Um estudo exploratório do instrumento Whoqol-old*. [Dissertação de Mestrado, Universidade de Coimbra]. Repositório Aberto da Universidade de Coimbra.
- Bonita, R., Beaglehole, R., & Kjellström, T. (2010). *Epidemiologia Básica (2ª edição)*. Livraria Santos Editora Com. Imp. Ltda.
https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/43541/9788572888394_por.pdf;jsessionid=C8C04B9E65AB3157EFDAEC12F4D63ED7?sequence=5
- Braga, M. C.P., Casella, M. A., Campos, M. L. N. & Paiva, S. P. (2011). Qualidade de vida medida pelo whoqol-bref: estudo com idosos residentes em juiz de fora/MG. *Revista APS*, 14(1), 93-100. <https://periodicos.ufjf.br/index.php/aps/article/view/14649/7848>
- Cabral, M. V., Ferreira, P.M., Silva, P. S., Jerónimo, P., & Marques, T. (2013). *Processos de Envelhecimento em Portugal*. Fundação Francisco Manuel dos Santos.
- Canavarro, M. C., Pereira, M., Moreira, H., & Paredes, T. (2010). Qualidade de vida e saúde: aplicações do WHOQOL. *Alicerces*, 243-268.
<http://hdl.handle.net/10400.21/770>
- Canhestro, A. S., & Basto, M. L. (2016). Resultados sensíveis às intervenções de enfermagem na promoção do envelhecimento saudável: uma revisão sistemática da literatura. *Scientific Journal Pensar Enfermagem*, 20(2), 48-71.
https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/23730/1/Doc3_48_71.pdf
- Capucha, L. (2014). Envelhecimento e políticas sociais em tempos de crise. *Sociologia, Problemas e Práticas*, (74), 113-114. DOI:10.7458/SPP2014743203
- Cardoso, T. F. P., & Monteiro, M. C. D. (2017). Unidade de cuidados na comunidade e promoção da saúde do idoso: um programa de intervenção. *Revista de Enfermagem Referência*, 4(13), 103-114. DOI: <https://doi.org/10.12707/RIV16071>

- Carvalho, N., & Duque, E. (2021). A importância da realização de atividades como pilar do envelhecimento ativo. In E. Duque (Ed.), *Diferentes abordagens do envelhecimento* (pp. 159-190). Editorial Caritas. <https://hdl.handle.net/1822/73724>
- Chagas, A. M., & Rocha, E. D. (2012). Physiological aspects of ageing and contribution of Odontology to the health of elderly. *Revista Brasileira de Odontologia*, 69(1), 94-96. <http://revodonto.bvsalud.org/pdf/rbo/v69n1/a21v69n1.pdf>
- Cordeiro, N. D. (2019). *Qualidade de vida e sono: a perspetiva de adultos com mais de 55 anos residentes na região da grande Lisboa*. [Dissertação de Mestrado, Universidade Lusíada de Lisboa]. Repositório Aberto da Universidade Lusíada de Lisboa. <http://hdl.handle.net/11067/4763>
- Correia, J. (2003). *Introdução à Gerontologia*. Lisboa. Universidade Aberta.
- Costanza, R., Fisher, B., Ali, S., Beer, C., Bond, L., Boumans, R., Danigelis, N. L., Dickinson, J., Elliott, C., Farley, J., Gayer, D. E., Glenn, L. M., Hudspeth, T. R., Mahoney, D. F., McCahill, L., McIntosh, B., Reed, B., Rizvi, A. B., Rizzo, D. M., Simpatico, T., & Snapp, R. (2007). Quality of life: An approach integrating opportunities, human needs, and subjective well-being. *Ecological economics*, 61(2-3), 267-276. <https://doi.org/10.1016/j.ecolecon.2006.02.023>
- Coutinho, V. B. D. S. (2018). *O papel da orientação religiosa, da qualidade de vida e do bem-estar no sentido da vida na idade avançada: Um estudo no Distrito de Coimbra* [Dissertação de Mestrado, Universidade de Coimbra]. Repositório Aberto da Universidade de Coimbra. <http://hdl.handle.net/10316/85323>
- Custódio, M. I. S. (2011). *Estudo da Qualidade de Vida de jovens/adultos com Dificuldade Intelectual e Desenvolvimental através da aplicação da Escala de Qualidade de Vida da OMS (WHOQOL-100)* [Dissertação de Mestrado, Universidade de Lisboa]. Repositório Aberto da Universidade de Lisboa. <http://hdl.handle.net/10400.5/2940>
- De São José, J., & Teixeira, A. R. (2014). Envelhecimento ativo: contributo para uma discussão crítica. *Análise Social*, 49(210), 28-54. <https://www.jstor.org/stable/23722984>
- Decreto-Lei n.º 137/2013. Diário da República. I série, n.º 193/2013 (2013-10-07), pp 6050 – 6061. <https://data.dre.pt/eli/dec-lei/137/2013/10/07/p/dre/pt/html>
- Decreto-Lei n.º 28/2008 – Regime da criação, estruturação e funcionamento dos agrupamentos de centros de saúde do serviço nacional de saúde. Diário da República I série, n.º 38/2008 (2008-02-22). <https://dre.pt/dre/legislacao-consolidada/decreto-lei/2008-34455075>
- Decreto-Lei n.º 74/2006. Regime jurídico dos graus e diplomas do ensino superior. Graus académicos e diplomas do ensino superior. Diário da República. I-A série, n.º 60/2006 (2006-03-24). <https://data.dre.pt/eli/dec-lei/74/2006/p/cons/20220112/pt/html>

- Estoque, R. C., Togawa, T., Ooba, M., Gomi, K., Nakamura, S., Hijioka, Y., & Kameyama, Y. (2019). A review of quality of life (QOL) assessments and indicators: Towards a “QOL-Climate” assessment framework. *Ambio*, 48(6), 619-638. 10.1007/s13280-018-1090-3
- Fernandes, C, I, M.(2019). *Enfermagem comunitária e MAIEC: um projeto de empoderamento para a vigilância epidemiológica. Coimbra* [Dissertação de Mestrado, Universidade católica Portuguesa]. Repositório Aberto da Universidade Católica Portuguesa. <http://hdl.handle.net/10400.14/31555>
- Ferreira, P. L. (2022). A nova Lei de bases da saúde- Um processo ainda não terminado. *Nascer e crescer-birth growth medical journal*, 30(1), 8-11. doi:10.25753/BirthGrowthMJ.v30.i1.24174
- Ferreira, P. L. (2019). Saúde – Um direito humano. *Nascer e crescer-birth growth medical journal*, 28(3), 115-119. doi:10.25753/BirthGrowthMJ.v28.i3.18702
- Figueiredo, M. D. C., & Amendoeira, J. (2018). O estudo de caso como método de investigação em enfermagem. *Revista da UIIPS–Unidade de Investigação do Instituto Politécnico de Santarém*, 6(2), 102-107. <https://doi.org/10.25746/ruiips.v6.i2.16137>
- Figueiredo, M. F. F. Q. B. (2014). *O envelhecimento humano aprender a viver com a idade*. (1ªEd). Edições Vieira Da Silva.
- Filho, N. A. & Rouquayrol, M. Z.(2006) - *Introdução à epidemiologia*. (4ª. ed.).Guanabara Koogan.
- Firmino, H., Simões, M. R., & Cerejeira, J. (2016). *Saúde mental das pessoas mais velhas*. Lidel.
- Fleck, M. P. D. A., Leal, O. F., Louzada, S., Xavier, M., Chachamovich, E., Vieira, G., Santos, L. & Pinzon, V. (1999). Desenvolvimento da versão em português do instrumento de avaliação de qualidade de vida da OMS (WHOQOL-100). *Brazilian Journal of Psychiatry*, 21(1), 19-28. <https://doi.org/10.1590/S1516-44461999000100006>
- Fleck, M., Louzada, S., Xavier, M., Chachamovich, E., Vieira, G., Santos, L., & Pinzon, V. (2000). Application of the Portuguese version of the abbreviated instrument of quality life WHOQOL-bref. *Revista de saúde pública*, 34(2), 178-183. <https://doi.org/10.1590/S0034-89102000000200012>
- Folstein, M. F., Folstein, S. E., & McHugh, P. R. (1975). “Mini-mental state”: a practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician. *Journal of psychiatric research*, 12(3), 189-198. [https://doi.org/10.1016/0022-3956\(75\)90026-6](https://doi.org/10.1016/0022-3956(75)90026-6)
- Fonseca, A. M. (2005). Envelhecer em Portugal. Um olhar psicológico. *Povos e Culturas*, (10), 65-80. <https://doi.org/10.34632/povoseculturas.2005.8809>
- Fontaine, R. (2000). *Psicologia do envelhecimento*. Climepsi Editores.

- Fortin, M. F. (2009) - *O processo de investigação: da concepção à realização*. (5ª ed). Loures: Lusociência.
- Freitas, C. G. M. (2018). *Gestão em enfermagem: O perfil de competências*. [Dissertação de Doutoramento, Escola Superior De Enfermagem Do Porto]. Repositório Aberto da Escola Superior De Enfermagem Do Porto.
- Freitas, S., Alves, L., Simoes, M.R., & Santana, I. (2013). Importância do Rastreio Cognitivo na população idosa. *Revista Electrónica de Psicologia, EDUCAÇÃO E SAÚDE*, 3(1), 4-24.
- Gallon, D., & Gomes, A. R. S. (2011). Idosos institucionalizados e os efeitos do exercício no processo de envelhecimento músculo esquelético: uma revisão. *Revista Brasileira de Ciências do Envelhecimento Humano, Passo Fundo*, 8(1),136-147. <https://doi.org/10.5335/rbceh.2012.1047>
- Gaspar, T., Gomez-Baya, D., Torres, I., Cerqueira, A., Correia, M. F., & Matos, M. G. D. (2020). Impacto dos fatores psicossociais de risco na qualidade de vida da população no processo de reforma. *Psicologia*, 34(1), 121-134. <http://hdl.handle.net/10451/54414>
- Gato, J. M., Zenevicz, L. T., Faganello Madureira, V. S., Gaffuri da Silva, T., Sedrez Celich, K. L., Silva de Souza, S., & Furlan de Léo, M. M. (2018). *Saúde mental e qualidade de vida de pessoas idosas. Avances en Enfermería*, 36(3), 302-310. <https://doi.org/10.15446/av.enferm.v36n3.68498>
- Gobbens, R. J., & Remmen, R. (2019). The effects of sociodemographic factors on quality of life among people aged 50 years or older are not unequivocal: comparing SF-12, WHOQOL-BREF, and WHOQOL-OLD. *Clinical interventions in aging*, 14, 231-239. <https://doi.org/10.2147/CIA.S189560>
- Guerra, M., Martins, I., Santos, D., Veiga, J., Moitas, R., & Silva, R. (2019). Cuidadores formais de idosos institucionalizados: percepções e satisfação profissional. *Gestão e Desenvolvimento*, (27), 291-313. <https://orcid.org/0000-0002-7229-0858>
- Guerreiro, M. P. S. A., Silva, A. P., Botelho, M. A., Leitão, O., Castro-Caldas, A., & Garcia, C. (1994). Adaptação à população portuguesa da tradução do Mini Mental State Examination. *Revista Portuguesa de Neurologia*, 1(9), 9-10. [https://www.scirp.org/\(S\(czeh2tfqw2orz553k1w0r45\)\)/reference/referencespapers.aspx?referenceid=2003884](https://www.scirp.org/(S(czeh2tfqw2orz553k1w0r45))/reference/referencespapers.aspx?referenceid=2003884)
- Hacker, E.D. (2010). Technology and quality of life outcomes. *Semin Oncol Nurs*, 26(1), 47-58.
- Haddad, P. C. M. D. B., & Calamita, Z. (2020). Aspectos sociodemograficos, qualidade de vida e saúde do idoso institucionalizado. *Revista de Enfermagem UFPE on line*. DOI: 10.5205/1981-8963.2020.243416
- Imperatori, E. & Giraldes, M. R. (1986). *Metodologia do Planeamento em saúde: Manual para uso em serviços centrais, regionais e locais* (2ª ed.). Escola Nacional de Saúde Pública.

- Katz, S., Ford A.B., Moskowitz R.W., Jackson B.A. & Jaffe, M.W. (1963). Studies of Illness in the Aged: The Index of ADL: A Standardized Measure of Biological and Psychosocial Function. *JAMA*.185(12),914–919. doi:10.1001/jama.1963.03060120024016).
- Laverack, G. (2014). *The pocket guide to health promotion*. McGraw-Hill Education (UK). https://doi.org/10.34632/9789725408155_9789725408155
- Layte, R., Sexton, E., & Savva, G. (2013). Quality of life in older age: evidence from an Irish cohort study. *Journal of the American Geriatrics Society*, 61(3), S299-S305. <https://doi.org/10.1111/jgs.12198>
- Lima, M. P. (2016). Envelhecimento e qualidade de Vida. In H. Firmino, M. R. Simões,, & J. Cerejeira, (Eds.), *Saúde mental das pessoas mais velhas*. (pp. 3-15). Lidel.
- Lourenço, P. M. D. R. (2014). *Institucionalização do idoso e identidade: estudo de caso de idosos institucionalizados*. [Dissertação de Mestrado, Instituto Politécnico de Portalegre]. Repositório Aberto de Instituto Politécnico de Portalegre. <http://hdl.handle.net/10400.26/9205>
- Machado, B. C. P. (2019). *Versão curta do Mini Mental State Examination para screening de defeito cognitivo ligeiro* [Dissertação de Mestrado, Universidade de Lisboa]. Repositório Aberto da Universidade de Lisboa. <http://hdl.handle.net/10451/40348>
- Machado, N. J. B. (2013). *Gestão da qualidade dos cuidados de enfermagem: um modelo de melhoria contínua baseado na reflexão-ação*. [Dissertação de Doutoramento, Universidade Católica Portuguesa]. Repositório Aberto da Universidade Católica Portuguesa. <https://repositorio.ucp.pt/bitstream/10400.14/14957/1/NatáliaMachado%20-%20Gestão%20da%20qualidade%20dos%20cuidados%20de%20enfermgem%20Um%20modelo%20de%20melhoria%20cont%C3%ADnua%20baseado%20na%20reflexão%20ação.pdf>
- Marques, A. F. R. A. (2017). *Bem-estar subjetivo e qualidade de vida dos idosos institucionalizados* [Dissertação Mestrado, Universidade Católica Portuguesa]. Repositório Aberto da Universidade Católica Portuguesa. <http://hdl.handle.net/10400.14/24101>
- Melo, P. (2020). *Enfermagem de saúde comunitária e de saúde pública*.Lidel.
- Mendes, A. R. (2021). *Envelhecimento, depressão e qualidade de vida no adulto mais velho* [Dissertação de Mestrado, Universidade lusíada]. Repositório Aberto das Universidades Lusíada. <http://hdl.handle.net/11067/6091>
- Mendes, J. (2020). Envelhecimento(s), qualidade de vida e bem-estar. *A Psicologia em suas Diversas Áreas de Atuação* (3) ,132-144. DOI: 10.22533/at.ed.18320170611
- Mesquita, Z. R. V. V. (2013). *Institucionalização, satisfação e qualidade de vida do idoso* [Dissertação de Mestrado, Universidade do Algarve]. Repositório Aberto da

- Morgado, J., Rocha, C. S., Maruta, C., Guerreiro, M., & Martins, I. P. (2009). Novos valores normativos do mini-mental state examination. *Sinapse*, 9(2), 10-16.
- NÉNÉ, M., & SEQUEIRA, C. (2022). *Investigação em enfermagem : teoria e prática*. Lidel. Núcleo de estudos geriátricos da Sociedade Portuguesa de medicina Interna. Avaliação Geriátrica. https://www.spmi.pt/docs_nucleos/GERMI_36.pdf
- Oliveira, J. M., Ferreira, S. de O., Bispo, N.N.C., & Concone, M. H. V. B. (2015). Alterações físico-sociais decorrentes do envelhecimento na perspectiva de idosos institucionalizados. *Revista kairós gerontologia*, 18(4), 197-214. <https://doi.org/10.23925/2176-901X.2015v18i4p197-214>
- Ordem dos Enfermeiros. (2001). *Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem, enquadramento conceptual, enunciados descritivos*. Ordem dos Enfermeiros. <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8903/divulgar-padroes-de-qualidade-dos-cuidados.pdf>
- Ordem dos Enfermeiros. (2015). *Deontologia profissional de enfermagem*. Ordem dos Enfermeiros. https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8887/livroci_deontologia_2015_web.pdf
- Organização Mundial de Saúde. (2016). 69ª Assembleia Mundial da saúde- *Ação multisectorial para um envelhecimento saudável baseado no ciclo de vida: projeto de estratégia e plano de ação mundial sobre o envelhecimento e a saúde*. https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA69/A69_17-sp.pdf?ua=1
- Organização Pan-Americana da saúde. 2020. *Decade of Healthy Ageing 2020-2030*. https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/52902/OPASWBRAFPL20120_por.pdf?sequence=1&isAllowed=y
- Pereira, É. F., Teixeira, C. S., & Santos, A. D. (2012). Quality of life: approaches, concepts and assessment. *Revista Brasileira de Educação Física e Esporte*, 26(2), 241-250. <https://doi.org/10.1590/S1807-55092012000200007>
- Peres, M.O. (2014). *Os idosos institucionalizados estudo de algumas variáveis*. [Dissertação de Mestrado, Instituto Politécnico de Castelo Branco]. Repositório aberto do Instituto Politécnico de Castelo Branco. <https://core.ac.uk/download/pdf/62721523.pdf>
- Pestana, M.H. & Gageiro, J.N. (2014). *Análise de Dados para Ciências Sociais – a Complementaridade do SPSS*. (6ª Ed).Edições Sílabo.

- Pinto, S., Fumincelli, L., Mazzo, A., Caldeira, S., & Martins, J. C. (2017). Comfort, well-being and quality of life: Discussion of the differences and similarities among the concepts. *Porto Biomedical Journal*, 2(1), 6-12. <http://dx.doi.org/10.1016/j.pbj.2016.11.003>
- Plano de Atividades da Unidade de Saúde Pública Barcelos e Esposende 2019-2021, Barcelos.
- Plummer, M., & Molzahn, A. E. (2009). Quality of life in contemporary nursing theory: a concept analysis. *Nursing Science Quarterly*, 22(2), 134-140. 10.1177/0894318409332807 PMID: 19342712
- Polit, D. F., & Beck, C. T. (2011). *Fundamentos de pesquisa em enfermagem: avaliação de evidências para a prática da enfermagem*. (7^o Ed). Artmed Editora.
- Portaria nº 67/2012- Define as condições de organização, funcionamento e instalação das estruturas residenciais para pessoas idosas. Diário da República. I série, nº. 58/2012 (2012-03-21). <https://data.dre.pt/eli/port/67/2012/03/21/p/dre/pt/html>
- Portugal. ACES Barcelos / Esposende Agrupamentos de centros de saúde. (2020). *Plano local de Saúde Extensão 2020*. https://www.arsnorte.min-saude.pt/wp-content/uploads/sites/3/2019/12/Barcelos_Esposende_PLS_Extensao_2020.pdf
- Portugal. Constituição da República Portuguesa. (2005). *Constituição da República Portuguesa sétima Revisão Constitucional*. Assembleia da República – Divisão de Edições
- Portugal. Direção-Geral da Saúde. (2017). *Estratégia Nacional Para o Envelhecimento Ativo e Saudável 2017-2025*, Proposta do Grupo de Trabalho Interministerial. <https://www.sns.gov.pt/wp-content/uploads/2017/07/ENEAS.pdf>
- Portugal. Direção-Geral da Saúde. Plano Nacional de Saúde 2021-2030. (2022). *Saúde Sustentável: de tod@s para tod@s*. Direção-Geral da Saúde. https://1nj5ms2lli5hdggbe3mm7ms5-wpengine.netdna-ssl.com/files/2022/03/PNS-21-30_Versao-editada-1_Final_DGS.pdf
- Portugal. Instituto de Administração da Saúde. CARTA DE OTTAWA. (1986). *CARTA DE OTTAWA Para a Promoção da Saúde ,1ª conferência internacional sobre promoção da saúde Ottawa, canada, Novembro de 1986*. https://www.iasaude.pt/attachments/article/152/Carta_de_Otawa_Nov_1986.pdf
- PORTUGAL. Instituto de Segurança Social- *Manual de processos-chave estrutura residencial para idosos*. https://www.seq-social.pt/documents/10152/13652/qqrs_lar_strutura_residencial_idosos_Processos-Chave/1378f584-8070-42cc-ab8d-9fc9ec9095e4
- Portugal. Instituto Nacional de Estatística. (2015). *Envelhecimento da população residente em Portugal e na União Europeia- destaque, informação a comunicação social*.
- Portugal. Instituto Nacional de Estatística. (2017b). *Projeções de População Residente em Portugal, mantém-se o agravamento do envelhecimento demográfico, em Portugal, que só*

tenderá a estabilizar daqui a cerca de 40 anos..

https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_destaquas&DESTAQUESdest_boui=277695619&DESTAQUESmodo=2

Portugal. Instituto Nacional de Estatística. (2021c). *CENSOS 2021 – Divulgação dos resultados provisórios*. https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_destaquas&DESTAQUESdest_boui=526271534&DESTAQUESmodo=2

Portugal. Instituto Nacional de Estatística. (2021d). *Crescimento populacional inferior ao de 2019 em resultado do agravamento do saldo natural e da diminuição do saldo migratorio..* https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_destaquas&DESTAQUESdest_boui=473079785&DESTAQUESmodo=2

Portugal. Instituto Nacional de Estatística. (2022a). *Boletim mensal de estatística – 2022*. www: <url:<https://www.ine.pt/xurl/pub/280866562>>. ISSN 0032-5082

Portugal. Instituto Nacional de Estatística. (2022b). *Tábuas de mortalidade para Portugal 2019-2021- Esperança de vida à nascença diminuiu em todas as regiões do Continente – 2019-2021*. https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_destaquas&DESTAQUESdest_boui=541021600&DESTAQUESmodo=2

Portugal. Ministério da saúde. Direção-Geral da Saúde (2017). *Desenvolver os Planos Locais de Saúde, reforçar o Plano Nacional de Saúde. Manual orientador dos planos locais de saúde*. Direção-Geral da Saúde. ISBN -978- 972 -675 -259-2 <https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/18009/1/i023300.pdf>

Portugal. Ministério do Trabalho, Solidariedade e Segurança Social. (2021). *Carta social- rede de serviços e equipamentos 2020*. Ministério do Trabalho, Solidariedade e Segurança Social. www.cartasocial.pt; www.gep.mtsss.gov.pt

Portugal. PORDATA. (2021b). *Base de Dados Portugal Contemporâneo*. <https://www.pordata.pt/municipios/quadro+resumo/esposende-82227>

Portugal. Pordata. (2022a). *Mão-de-obra agrícola: total e por grupo etário-quantos são os trabalhadores agrícolas, por faixa etária*. <https://www.pordata.pt/portugal/mão+de+obra+agr%C3%ADcola+total+e+por+grupo+et%C3%A1rio-3435-309656>

Portugal. Serviço Nacional de Saúde. (2022b). *Bilhete de Identidade dos Cuidados de saúde Primários*. <https://bicsp.min-saude.pt/pt/Paginas/default.aspx>

Ramos, O. M., & Soares, S. (2021). Qualidade de vida e a autoperceção da saúde relacionada com a saúde oral: O caso particular de idosos institucionalizados. *Millenium-Journal of Education, Technologies, and Health*, (14), 29-36. <https://doi.org/10.29352/mill0214.21418>

Ratuchnei, E. dos S., Marquete, V. F., Prado, E. do, Costa, J. R. da, Seguraço, R. de S. C., & Marcon, S. S. (2021). Quality of life and risk of depression in institutionalized elderly / Qualidade de vida e risco de depressão em idosos institucionalizados. *Revista De Pesquisa*

<https://doi.org/10.9789/2175-5361.rpcfo.v13.9752>

- Rechel, B., Grundy, E., Robine, J. M., Cylus, J., Mackenbach, J. P., Knai, C., & McKee, M. (2013). Ageing in the European union. *The Lancet*, 381(9874), 1312-1322. DOI: 10.1016/S0140-6736(12)62087-X
- Regulamento nº 140/2019- Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista. Diário da República II série, nº 26 de 2019-02-06. <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/10778/0474404750.pdf>
- Regulamento nº nº 428/2018- Regulamento de Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária na área de Enfermagem de saúde Comunitária e de Saúde Pública e na área de Enfermagem de saúde Familiar. Diário da República, II série, nº 135 de 2018-7-16. <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8418/115698536.pdf>
- Rodrigues, M. J. A. (2016). *Suporte social, ansiedade, depressão e qualidade de vida de pessoas idosas a residir na comunidade e em ERPI*. [Dissertação de Mestrado, Instituto Politécnico de Viana do Castelo]. Instituto de Viana do Castelo. <http://hdl.handle.net/20.500.11960/1804>
- Rouquayrol, M. Z., & e Gurgel M. (2018). *Rouquayrol Epidemiologia & Saúde*. (8ª Ed). Medbook.
- SANTOS, P. S. S.S. (2021). *A formação contínua dos cuidadores formais: do diagnóstico de necessidades ao plano de formação*. [Dissertação de Mestrado, Universidade Do Algarve]. Repositório aberto da Universidade Do Algarve. <http://hdl.handle.net/10400.1/17920>
- Scarmagnan, G. S., Mello, S. C. M. D., Lino, T. B., Barbieri, F. A., & Christofolletti, G. (2021). A complexidade da tarefa afeta negativamente o equilíbrio e a mobilidade de idosos saudáveis. *Revista brasileira de geriatria e gerontologia*, 24(1), 2-11. <https://doi.org/10.1590/1981-22562021024.200114>
- Sequeira, C. (2018). *Cuidar de Idosos com Dependência Física e Mental*. Lidel.
- Serafim, F. M. M. P. (2007). *Promoção do bem-estar global na população sénior: práticas de intervenção e desenvolvimento de atividades físicas* (Dissertação de Mestrado, Universidade do Algarve). Repositório aberto da Universidade do Algarve. <http://hdl.handle.net/10400.1/659>
- Serra, A. V., Canavarro, C. M., Simões, M. R, Pereira, M., Gameiro, S., Quartilho, J. M., Rijo, D., Carona. & Paredes, T.(2006). Estudos psicométricos do instrumento de avaliação da qualidade de vida da organização mundial de saúde (WHOQOL-Bref) para Português de Portugal. *Psiquiatria clinica*, 27(1), 41-49. <https://estudogeral.uc.pt/bitstream/10316/21539/1/2006%20Estudos%20psicométricos%20do%20WHOQOL-Bref.pdf>

- Silva, P. A. B., Soares, S. M., Santos, J. F. G., & Silva, L. B. (2014). Ponto de corte para o WHOQOL-bref como preditor de qualidade de vida de idosos. *Revista de Saúde Pública*, 48, 390-397. <https://doi.org/10.1590/S00348910.2014048004912>
- Simões, A. S. L. 2013. Cuidados em Fim de Vida em Lares de Idosos. *Pensar Enfermagem*, 17 (1), 31-61. https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/23910/1/PE17-1_31_61.pdf
- Squire, A. (2004). *Saúde e bem-estar para pessoas idosas: fundamentos básicos para a prática*. Lusociência.
- Teixeira, F. A. (2005). Processos e estratégias de envelhecimento. *Sociologia: Revista da Faculdade de Letras da Universidade do Porto*, XXV(),223-247. <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=426540419009>
- Unidade de saúde Pública Barcelos/Esposende (2019). *Relatório de atividades 2016-2018*.
- Vaz, A. S., Canavarro, M. C., Simões, M., Pereira, M., Gameiro, S., Quartilho, M. J., Rijo, D; Carona, C. & Paredes, T. (2006). Estudos psicométricos do instrumento de avaliação da qualidade de vida da Organização Mundial de Saúde (WHOQOL-Bref) para Português de Portugal. *Psiquiatria clínica*, 27(1), 41-49. <http://hdl.handle.net/10316/21539>
- Vilar, M., Sousa, L.B., Firmino, H., & Simões, R. M(2016). Envelhecimento e qualidade de Vida. In H. Firmino, M. R. Simões & J. Cerejeira (Eds.), *Saúde mental das pessoas mais velhas*. (pp. 19-43). Lidel.
- Vilelas, J. (2020). *Investigação: o processo de construção do conhecimento*. (3.º Ed). Edições Silabo. WWW.epsi-revista.webnode.pt

ANEXOS

ANEXO I – Escala MMSE

1 – Orientação (1 ponto por cada resposta correta)

- _____ Em que ano estamos?
- _____ Em que mês estamos?
- _____ Em que dia do mês estamos?
- _____ Em que dia da semana estamos?
- _____ Em que estação do ano estamos?
- _____ Em que país estamos?
- _____ Em que distrito vive?
- _____ Em que terra vive?
- _____ Em que casa estamos?
- _____ Em que andar estamos?

2 – Retenção (contar 1 ponto por cada palavra corretamente repetida)

“Vou dizer 3 palavras; queria que as repetisse, mas só depois de eu as dizer todas; procure ficar a sabê-las de cor”.

_____ Pera _____ Gato _____ Bola

3 – Atenção e Cálculo (1 ponto por cada resposta correta. Se der uma resposta errada mas depois continuar a subtrair bem, consideram-se as seguintes como corretas. Parar ao fim de 5 respostas)

“Agora peço-lhe que me diga quantos são 30 menos 3 e depois ao número encontrado volta a tirar 3 e repete assim até eu lhe dizer para parar”.

27 __ 24 __ 21 __ 18 __ 15 __

4 – Evocação (1 ponto por cada resposta correta)

“Veja se consegue dizer as três palavras que pedi há pouco para decorar”.

_____ Pera _____ Gato _____ Bola

5 – Linguagem (1 ponto por cada resposta correta)

a) “Como se chama isto?” Mostrar os objetos:

_____ Relógio _____ Lápis

b) “Repita a frase que eu lhe vou dizer: O RATO ROEU A ROLHA _____

c) “Quando eu lhe der esta folha de papel, pegue nela com a mão direita, dobre-a ao meio e ponha sobre a mesa”; dar a folha segurando com as duas mãos.

_____ Pega com a mão direita

_____ Dobra ao meio

_____ Coloca onde deve

d) “Leia o que está neste cartão e faça o que lá diz”. Mostrar um cartão com a frase bem legível, “FECHER OS OLHOS”; sendo analfabeto, lê-se a frase.

_____ Fechou os olhos

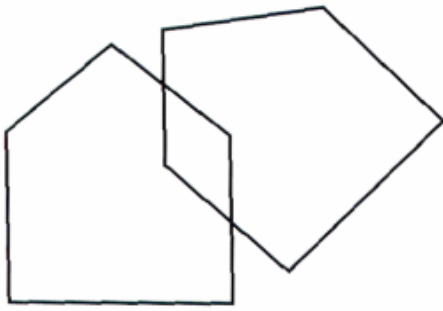
e) “Escreva uma frase inteira aqui”. Deve ter sujeito e verbo e fazer sentido; os erros gramaticais não prejudicam a pontuação.

Frase: _____

6. Habilidade Construtiva (1 ponto pela cópia correta)

Deve copiar um desenho. Dois pentágonos parcialmente sobrepostos; cada um deve ficar com 5 lados, dois dos quais interseccionados. Não valorizar tremor ou rotação.

Cópia:



Instruções

Este questionário procura conhecer a sua qualidade de vida, saúde, e outras áreas da sua vida.

Por favor, responda a todas as perguntas. Se não tiver a certeza da resposta a dar a uma pergunta, escolha a que lhe parecer mais apropriada. Esta pode muitas vezes ser a resposta que lhe vier primeiro à cabeça.

Por favor, tenha presente os seus padrões, expectativas, alegrias e preocupações. Pedimos-lhe que tenha em conta a sua vida nas **duas últimas semanas**.

Por exemplo, se pensar nestas duas últimas semanas, pode ter que responder à seguinte pergunta:

	Nada	Pouco	Moderadamente	Bastante	Completamente
Recebe das outras pessoas o tipo de apoio que necessita?	1	2	3	4	5

Deve pôr um círculo à volta do número que melhor descreve o apoio que recebeu das outras pessoas nas duas últimas semanas. Assim, marcaria o número 4 se tivesse recebido bastante apoio, ou o número 1 se não tivesse tido nenhum apoio dos outros nas duas últimas semanas.

Por favor leia cada pergunta, veja como se sente a respeito dela, e ponha um círculo à volta do número da escala para cada pergunta que lhe parece que dá a melhor resposta.

		Muito Má	Má	Nem Boa Nem Má	Boa	Muito Boa
1 (G1)	Como avalia a sua qualidade de vida?	1	2	3	4	5

		Muito Insatisfeito	Insatisfeito	Nem satisfeito nem insatisfeito	Satisfeito	Muito Satisfeito
2 (G4)	Até que ponto está satisfeito(a) com a sua saúde?	1	2	3	4	5

As perguntas seguintes são para ver até que ponto sentiu certas coisas nas duas últimas semanas.

		Nada	Pouco	Nem muito nem pouco	Muito	Muitíssimo
3 (F1.4)	Em que medida as suas dores (físicas) o(a) impedem de fazer o que precisa de fazer?	1	2	3	4	5
4 (F11.3)	Em que medida precisa de cuidados médicos para fazer a sua vida diária?	1	2	3	4	5
5 (F4.1)	Até que ponto gosta da vida?	1	2	3	4	5
6 (F24.2)	Em que medida sente que a sua vida tem sentido?	1	2	3	4	5
7 (F5.3)	Até que ponto se consegue concentrar?	1	2	3	4	5
8 (F16.1)	Em que medida se sente em segurança no seu dia-a-dia?	1	2	3	4	5
9 (F22.1)	Em que medida é saudável o seu ambiente físico?	1	2	3	4	5

As seguintes perguntas são para ver **até que ponto** experimentou ou foi capaz de fazer certas coisas nas duas últimas semanas.

		Nada	Pouco	Moderadamente	Bastante	Completamente
10 (F2.1)	Tem energia suficiente para a sua vida diária?	1	2	3	4	5
11 (F7.1)	É capaz de aceitar a sua aparência física?	1	2	3	4	5
12 (F18.1)	Tem dinheiro suficiente para satisfazer as suas necessidades?	1	2	3	4	5
13 (F20.1)	Até que ponto tem fácil acesso às informações necessárias para organizar a sua vida diária?	1	2	3	4	5
14 (F21.1)	Em que medida tem oportunidade para realizar actividades de lazer?	1	2	3	4	5

		Muito Má	Má	Nem boa nem má	Boa	Muito Boa
15 (F9.1)	Como avaliaria a sua mobilidade [capacidade para se movimentar e deslocar por si próprio(a)]?	1	2	3	4	5

As perguntas que se seguem destinam-se a avaliar se se sentiu **bem ou satisfeito(a)** em relação a vários aspectos da sua vida nas duas últimas semanas.

		Muito Insatisfeito	Insatisfeito	Nem satisfeito nem insatisfeito	Satisfeito	Muito Satisfeito
16 (F3.3)	Até que ponto está satisfeito(a) com o seu sono?	1	2	3	4	5
17 (F10.3)	Até que ponto está satisfeito(a) com a sua capacidade para desempenhar as actividades do seu dia-a-dia?	1	2	3	4	5
18 (F12.4)	Até que ponto está satisfeito(a) com a sua capacidade de trabalho?	1	2	3	4	5
19 (F6.3)	Até que ponto está satisfeito(a) consigo próprio(a)?	1	2	3	4	5
20 (F13.3)	Até que ponto está satisfeito(a) com as suas relações pessoais?	1	2	3	4	5
21 (F15.3)	Até que ponto está satisfeito(a) com a sua vida sexual?	1	2	3	4	5
22 (F14.4)	Até que ponto está satisfeito(a) com o apoio que recebe dos seus amigos?	1	2	3	4	5
23 (F17.3)	Até que ponto está satisfeito(a) com as condições do lugar em que vive?	1	2	3	4	5
24 (F19.3)	Até que ponto está satisfeito(a) com o acesso que tem aos serviços de saúde?	1	2	3	4	5
25 (F23.3)	Até que ponto está satisfeito(a) com os transportes que utiliza?	1	2	3	4	5

As perguntas que se seguem referem-se à **frequência** com que sentiu ou experimentou certas coisas nas duas últimas semanas.

		Nunca	Poucas vezes	Algumas vezes	Frequentemente	Sempre
26 (F8.1)	Com que frequência tem sentimentos negativos, tais como tristeza, desespero, ansiedade ou depressão?	1	2	3	4	5

ANEXO 3– PARECER DA COMISSÃO DE ÉTICA PARA AS CIÊNCIAS SOCIAIS,
DA VIDA E DA SAÚDE DO INSTITUTO POLITÉCNICO DE VIANA DO CASTELO

Solicitação
<p>Pedido de Parecer à Comissão de Ética relativo a projeto intitulado “Promoção do Desenvolvimento saudável na pessoa idosa institucionalizada”, no âmbito do Mestrado em Enfermagem Comunitária da Escola Superior de Saúde, do Instituto Politécnico de Viana do Castelo. Investigadoras proponentes: Ana Rita pedroso Ribeiro, Andreia Amélia Silva Barbosa, Sandrine Silva Vieira e Vânia Vicente Couto (mestrandas) e investigadora responsável/orientadora: Carminda Morais</p>
Documental
<ol style="list-style-type: none"> 1. Formulário de submissão do projeto de investigação à Comissão de Ética e termo de responsabilidade 2. Consentimento Informado 3. Planos de investigação de 4 estudos interrelacionados integrados no projeto 4. Instrumentos de recolha de dados
Análise e Parecer
<ol style="list-style-type: none"> 1. De acordo com os documentos submetidos, trata-se de um projeto constituído por 4 estudos de tipo quantitativo, transversal, descritivo-correlacional, tendo como objetivos principais: i) caracterizar a população idosa residente em ERPI na área do ACES Cávado III Barcelos/Esposende segundo variáveis relacionadas com as perceções de qualidade de vida, nível de solidão ansiedade e saúde mental positiva e ii) Associar as variáveis anteriores com fatores sociodemográficos e clínicos. 2. É definida a população do estudo (idosos institucionalizados em ERPI na área geográfica selecionada) e definidos critérios de inclusão e exclusão ajustados ao tipo de população e ao uso de instrumentos de autorrelato (está, neste caso, a exclusão de idosos que não apresentam capacidades cognitivas necessárias para preenchimento de instrumentos). 3. O recrutamento dos participantes faz-se por convite individual, após ter sido obtida concordância das ERPI para a condução do estudo. Trata-se de uma amostragem por conveniência e, por essa razão, não se encontra estimado previamente o tamanho da amostra. 4. São apresentados os instrumentos de recolha de dados: i) questionário sociodemográfico e clínico; ii) inventário Geriátrico de Ansiedade; iii) Questionário de Saúde Mental positiva; iv) Escala Ucla da Solidão; v) WHOQOL – Bref e os procedimentos de recolha de dados. <u>Nota: no Questionário sociodemográfico não deve ser solicitada a data de nascimento e, em alternativa, deve ser solicitada a</u>

idade. A data de nascimento é um dado pessoal que põe em causa o anonimato dos dados.

5. No formulário de consentimento informado são fornecidas informações sobre âmbito e objetivos do estudo, procedimentos, garantias de confidencialidade e anonimização de dados, participação voluntária e autónoma e procedimentos de guarda e destruição dos dados.

Síntese/conclusão

O projeto *Promoção do Desenvolvimento saudável na pessoa idosa institucionalizada* foi submetido com documentação onde se descrevem opções metodológicas que cumprem os requisitos éticos da investigação com seres humanos e se apresentam garantias de respeito pela dignidade e integridade dos participantes, bem como de privacidade e proteção de dados pessoais.

Para realizar o projeto, os investigadores devem proceder em conformidade com a nota que consta no ponto 4.

A Comissão de Ética para as Ciências Sociais, da Vida e da Saúde emite parecer favorável para a realização da investigação nos termos do projeto submetido a esta comissão, a partir da data deste parecer.

A presidente, Maria Carmen Pardo



ANEXO 4- AUTORIZAÇÃO DAS ERPI

Responder | Eliminar | Arquivar | Lixo | Varrer | Mover para | Categorizar | ...

← Estudo Centro Social de Remelhe

AR Ana Rodrigues <centrosocialremelhe-dir.tecnica@hotmail.com>
qui, 14/04/2022 10:03
Para: Você

Bom dia,

conforme conversa telefónica, vimos por este meio aprovar a realização do estudo proposto na nossa instituição. Aguardo novas orientações. Com os melhores cumprimentos,

Ana Batista
(Diretora Técnica)

Centro Social de Remelhe - D. António Barroso
Rua da Calçada, 113
4755-455 Remelhe
253107057
969659620

Responder | Eliminar | Arquivar | Lixo | Varrer | Mover para | Categorizar | ...

← RE: Pedido de autorização para realização de estudo

PS Provedora SCMFao <provedora@scmfao.pt>
ter, 12/04/2022 15:54
Para: Você
Cc: anarpribeiro@gmail.com; andreiasbarbosa.enf@gmail.com; vaniarcouto@hotmail.com; rzambrano@arsnorte.min-saude.pt **Mais 2 pessoas**

Boa tarde.

Na sequência do vosso pedido vimos informar da nossa disponibilidade em colaborar com o vosso estudo de investigação. Para o efeito agradecemos que toda a articulação necessária seja efetuada com o Diretor Técnico da nossa ERPI, o Dr. Miguel lemos, que definirá internamente qual a equipa que acompanhará o vosso trabalho.

Com os melhores cumprimentos,

Raquel Vale
Provedora

Responder | Eliminar | Arquivar | Lixo | Varrer | Mover para | Categorizar | ...

----- Mensagem encaminhada -----
From: Vera Rosa <vera.rosa@centrosocialsilva.pt>
Data: qui., 14/04/2022 às 14:49
Assunto: Re: Pedido de autorização para realização de Estudo
Para: Andreia Barbosa <andreiasbarbosa.enf@gmail.com>

Exmos Senhores,

Vimos pelo presente informar que a Instituição e a sua equipa da resposta social ERPI está disponível para participar no estudo de investigação, deferindo assim o vosso pedido.

Estamos ao dispor, aguardando agendamento.

Responder | Eliminar | Arquivar | Lixo | Varrer | Mover para | Categorizar | ...

De: Serviços Gerais - Casa do Povo de Alvito <geral@casadopovodealvito.org>
Data: 14 de abril de 2022, 18:21:35 WEST
Para: vaniarcouto@hotmail.com
Cc: Presidente Casa do Povo de Alvito <presidente@casadopovodealvito.org>
Assunto: FW: Pedido de autorização para realização de Estudo.

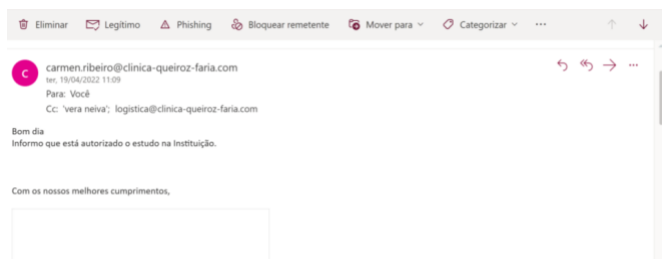
Exma. Sra.,

No âmbito do pedido em epigrafe, vimos pelo presente informar que a Instituição está disponível para colaborar no vosso estudo. Para o efeito, solicitamos que as ações a realizar sejam agendadas com a devida antecedência, para que possamos organizar o serviço.

Ficamos então a aguardar notícias da vossa parte.

Atentamente,
Sandra Fernandes

De: Vânia Couto <vaniarcouto@hotmail.com>
Enviado: 12 de abril de 2022 11:42
Para: Serviços Gerais - Casa do Povo de Alvito <geral@casadopovodealvito.org>



Responder | Eliminar | Arquivar | Lixo | Varrer | Mover para | Categorizar

ch.macieirarates@cruzvermelha.org.pt
ter, 19/04/2022 11:44
Para: Você
Cc: anarpribeiro@gmail.com; andreaasbarbosa.enf@gmail.com; vaniarcouto@hotmail.com; rzambrano@arsnorte.min-saude.pt **Mais 1 pessoa**

Bom dia,
Será com prazer que participaremos no vosso estudo.
Aguardando feedback
Atenciosamente

Laurinda Novais
Diretora do Centro Humanitário de Macieira de Rates

CRUZ VERMELHA PORTUGUESA
MACIEIRA DE RATES

Av. Engenheiro Adelino Amaro da Costa, 189
4755-274 Macieira de Rates
ch.macieirarates@cruzvermelha.org.pt
252 950 000/ 965 295 212

Responder | Eliminar | Arquivar | Lixo | Varrer | Mover para | Categorizar

← **Re: FW: Pedido de autorização para realização de estudo**

cd csssv Diretora <csssv.diretora@gmail.com>
ter, 19/04/2022 16:07
Para: Você

Boa tarde Enf. Sandrine

O CSSSV poderá participar no estudo.

Pedimos que logo que possível nos desse mais informações sobre como e quando se irá processar.
com os melhores cumprimentos,

Andreia Barbosa
Diretora Técnica

Centro de Solidariedade Social de S. Veríssimo
253801420

Responder | Eliminar | Arquivar | Lixo | Varrer | Mover para | Categorizar

← **RE: Pedido de autorização para realização de Estudo**

S Santa Casa da Misericórdia de Barcelos <geral@misericordiarbarcelos.pt>
qu, 21/04/2022 08:21
Para: Você; ana Rita Ribeiro; Andreia Barbosa

Bom dia, Enf. Rita Ribeiro

Espero que te encontres bem.

Na sequência do contacto telefónico e dando resposta ao pedido, incumbe-me o Senhor Provedor, Dr. Nuno Reis, de confirmar a nossa disponibilidade em acolher o vosso estudo nas nossas 5 ERPI.

Com os melhores cumprimentos, pessoais,
Márcia Soares

De: Santa Casa da Misericórdia de Barcelos <geral@misericordiarbarcelos.pt>
Enviado: 13 de abril de 2022 09:38
Para: Nuno Reis <provedor@misericordiarbarcelos.org>

← **Re: Pedido de autorização para realização de estudo**

AS Andreia Simões <cspicmilacovadt@gmail.com>
ter, 20/04/2022 11:23
Para: Você
Cc: anarpribeiro@gmail.com; vaniarcouto@hotmail.com; andreaasbarbosa.enf@gmail.com; Elisabete Fernandes Carvalho **Mais 1 pessoa**

Boa Tarde Exmos Senhores,
Vimos a informar que foi aprovada a realização de estudo na nossa Instituição.

Ao dispor

--
Com os melhores cumprimentos

Ao dispor,
Andréia Simões
Diretora Técnica - CSPICM VILA CDVA-
Telef:253962483
Telm: 981349779



CB C.S.B.E. de Barqueiros <cbesb.geral@maisbarcelos.pt>
quá, 28/04/2022 14:00
Para: "Vânia Couto"
Cc: Você

Boa tarde,
Vimos por este meio demonstrar total disponibilidade para participar no vosso estudo de investigação no âmbito da "Promoção do Envelhecimento Saudável da Pessoa Idosa Institucionalizada".

Fico ao dispor para qualquer esclarecimento adicional sobre este assunto.
Apresento os melhores cumprimentos,

Joelle Mandim Vieira



Centro de Bem Estar Social de Barqueiros
Lar de Idosos - Centro de Dia - Apoio Domiciliário - Cozinha - Jardim de Infância - CXTL

Contribuinte n.º 50211739

AD ACRA - Direcao <direcao@acra-ips.pt>
quá, 28/04/2022 15:04
Para: Você
Cc: direcao@acra-ips.pt; diretora@acra-ips.pt

Boa tarde Enfermeira Sandrine,

Venho por este meio confirmar a possibilidade de realizar o estudo na nossa Instituição.
Estará sob vigilância e acompanhamento da Diretora Técnica- Dra Sameiro Felgueiras (936645139).

Alguma dúvida disponha,

Cumprimentos,

António Barbosa- Presidente da Direção

G geral@hotelarcondesdebarcelos.pt
quá, 28/04/2022 15:48
Para: Você

Boa tarde,
Espero que este email as vá encontrar bem.

Após conversa telefónica e leitura do vosso email, serve o presente para autorizar a realização do vosso estudo.

Com os melhores cumprimentos,

Dra. Maria Rosalina Gomes
+351 963 003 884



CS Catarina Sá <catarina@scmesposende.pt>
quá, 28/04/2022 16:23
Para: Você
Cc: emilivarinho@scmesposende.pt; Paula Pilar

Boa tarde Exma. Senhora
Enª Sandrine Vieira,

Na sequência do contacto telefónico e do pedido de autorização para realização de estudo, confirmo autorização.
Atentamente,

Catarina Sá
Coordenadora Técnica

Centro de Apoio Social Emílio Miranda
Sanho Casal da Municipalidade de Esposende
Av. Dr. Henrique Barros Lima
4740-303 ESPOSENDE
Tel.: 253 943 310

APÊNDICE I – QUESTIONÁRIO SOCIODEMOGRÁFICO

Questionário Sociodemográfico

Este inquérito surge no âmbito do estágio de natureza profissional do II Curso de Mestrado de Enfermagem Comunitária, e pretende recolher dados de carácter sociodemográfico, para identificação da amostra em estudo. Os dados recolhidos serão tratados com máxima confidencialidade e respeitando os termos de privacidade, sendo eliminados no final deste.

Dados Sociodemográficos:

- 1) Data de nascimento (dd/mm/aaaa) _____ / _____ / _____
- 2) Sexo:
(1)Feminino____ (2)Masculino____
- 3) Estado civil:
(1)Solteiro(a) _____
(2)Casado(a)/União de facto _____
(3)União de facto _____
(4)Divorciado(a)/Separado _____
(5)Viúvo(a) _____
- 4) Número de filhos: _____
- 5) Profissão que exercia _____
- 6) Reforma antecipada: (1)S__ (2)N__
6.1 Se sim, qual o motivo: _____
- 7) Escolaridade:
(1)Não sabe ler nem escrever _____
(2)1º ao 4º ano (1º Ciclo) _____
(3)5º ao 6º ano (2º Ciclo) _____
(4)7º ao 9º ano (3º Ciclo) _____
(5)10º ao 12º ano (Secundário) _____
(6)Ensino Superior _____
- 8) Crença religiosa (1)S__ (2)N__
8.1 Se sim, em que situações o faz com maior frequência:
(1) Rotina diária
(2) Quando está triste?
(3) Quando está ansioso?
(4) Quando se sente só?
(5) Quando está feliz?

Institucionalização:

- 9) Escolheu a institucionalização? (1)S__ (2)N__
- 10) Motivo da institucionalização:
(1)incapacidade /doença _____
(2)solidão _____
(3)falta de suporte social/familiar _____
(4)outros Quais? _____
- 11) Recebe visitas? (1)S__ (2)N__
11.1 Quem o/a visita? _____
11.2 Qual a frequência? _____

- (1) Diariamente
- (2) Semanalmente
- (3) Mensalmente
- (4) Anualmente

12) Participa em atividades proporcionadas pela instituição? (1)S__(2)N__
12.1 Se sim, quais?

- (1) Atividades manuais_____
- (2) Atividade física_____
- (3) Atividades cognitivas_____

13) Tem oportunidade de sugerir atividades para realizar de acordo com a sua preferência?
(1)S__(2)N__

14) Sente que tem oportunidade de participar ativamente na vida da instituição?
(1)S__(2)N__

Dados Clínicos:

15) Possui alguma doença? (1)S__ (2)N__
15.1 Qual/quais?_____

16) Consome bebidas alcoólicas? (1)S__(2)N__
16.1 Com que frequência?_____

17) Fuma? (1)S__(2)N__

17.1 Com que frequência?_____

18) Sente que tem problemas de sono? (1)S__(2)N__

19) Utiliza algum equipamento adaptativo?(óculos/lentes de contacto, ap.auditivo, auxiliar de marcha) (1)S__(2)N__

19.1 Se sim, qual?_____

20) Como avalia a sua mobilidade/dependência (capacidade para se movimentar, deslocar e realizar as atividades de vida diária sozinho)?

- (1)Muito boa
- (2)Boa
- (3)Razoável
- (4)Má
- (5)Muito má

21) Em geral, como classifica a sua saúde?

- (1)Muito boa
- (2)Boa
- (3)Razoável
- (4)Má
- (5)Muito má

Recolha de Dados do Processo Individual: (A recolher junto da equipa técnica)

Antecedentes Pessoais:

Medicação Habitual:

Índice de Barthel/Katz: _____

Tempo de institucionalização: ____ Anos ____ Meses

APÊNDICE II – CONSENTIMENTO INFORMADO DA PESSOA IDOSA
INSTITUCIONALIZADA

CONSENTIMENTO INFORMADO, ESCLARECIDO E LIVRE PARA PARTICIPAÇÃO EM ESTUDO DE INVESTIGAÇÃO

Ana Rita Ribeiro¹, Andreia Barbosa¹, Sandrine Vieira¹ e Vânia Couto¹

¹ – Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Viana do Castelo

Promoção do Envelhecimento Saudável da pessoa idosa institucionalizada

O envelhecimento populacional das nossas sociedades deve ser visto como um fenómeno positivo e uma oportunidade para se colocar o foco numa perspectiva positiva de promoção da saúde ao longo da vida, em que as intervenções de promoção da saúde associadas a eficazes medidas de prevenção aumentam a capacitação dos cidadãos e a consciência social de que cada indivíduo é o principal promotor da sua saúde. Embora o risco de doença e incapacidade aumente com a idade, estes não necessitam de ser uma consequência inevitável do envelhecimento (Canhestro e Basto, 2016). Neste sentido, este estudo surge no âmbito do Estágio de Natureza Profissional do II Curso de Mestrado em Enfermagem Comunitária da Escola Superior de Saúde, sob a orientação da Professora Doutora Carmina Morais e pretende-se com o mesmo contribuir para a promoção de um envelhecimento saudável.

Os dados serão obtidos através da aplicação de um questionário em formato papel. Esta recolha será feita através de uma reunião pessoal, previsivelmente feita em dois momentos. Os dados recolhidos serão posteriormente tratados e analisados em programa informático próprio. Os resultados obtidos com o estudo servirão para planear intervenções dirigidas à população em estudo.

A sua participação neste estudo é voluntária e de extrema importância, e todas as informações facultadas serão confidenciais. Pode a qualquer momento desistir de participar no estudo sem qualquer tipo de consequências. O material recolhido será destruído no prazo de 2 meses após a conclusão do estudo. Este estudo mereceu o parecer favorável da Comissão de Ética para as Ciências Sociais, da Vida e da Saúde do Instituto Politécnico de Viana do Castelo.

Assumimos total responsabilidade pela confidencialidade da informação e pelo seu devido tratamento, assim como do anonimato de todos os dados de identificação fornecidos, que não serão registados nem divulgados. A aplicação do instrumento de colheita de dados será realizada em ambiente com total privacidade.

Estamos inteiramente ao dispor para esclarecimento de dúvidas através dos contactos a seguir fornecidos, agradecendo antecipadamente a sua disponibilidade para colaborar com este estudo.

Ana Rita Pedroso Ribeiro (mestranda do curso de Enfermagem Comunitária ESS-IPVC) – anarpribeiro@gmail.com – 932199171

Andreia Amélia Silva Barbosa (mestranda do curso de Enfermagem Comunitária ESS-IPVC) – andreaasbarbosa.enf@gmail.com – 913728087

Sandrine Silva Vieira (mestranda do curso de Enfermagem Comunitária ESS-IPVC) – sandrinesv@hotmail.com – 914631556

Vânia Raquel Vicente Couto (mestranda do curso de Enfermagem Comunitária ESS-IPVC) – vaniarcouto@hotmail.com - 967650940

Por favor, leia com atenção a seguinte informação. Se achar que algo está incorreto ou que não está claro, não hesite em solicitar mais informações. Se concorda em participar de livre e esclarecida vontade, queira assinar este documento.

Assinatura de quem pede consentimento:

Ana Rita Pedrosa Ribeiro
Aryza Amalia Silva Barbosa
Janio Rafael Ucente Castro
Sandrine Silva Vieira

Consentimento do participante

Declaro ter lido e compreendido este documento, bem como as informações verbais que me foram fornecidas pela/s pessoa/s que acima assina/m. Foi-me garantida a possibilidade de, em qualquer altura, recusar participar neste estudo sem qualquer tipo de consequências. Desta forma, aceito participar neste estudo e permito a utilização dos dados, que de forma voluntária forneço, confiando que serão utilizados apenas para fins científicos e nas garantias de confidencialidade e anonimato que me são dadas pelo/a investigador/a.

Nome: _____

Assinatura: _____

Data: ___/___/___

APÊNDICE III – PEDIDO DE AUTORIZAÇÃO A COMISSÃO DE ÉTICA PARA AS
CIÊNCIAS SOCIAIS, DA VIDA E DA SAÚDE DO INSTITUTO POLITÉCNICO DE
VIANA DO CASTELO

COMISSÃO DE ÉTICA PARA AS CIÊNCIAS SOCIAIS, DA VIDA E DA SAÚDE

FORMULÁRIO DE SUBMISSÃO DE PROJETO DE INVESTIGAÇÃO À COMISSÃO DE ÉTICA

Todos os campos abaixo **devem ser preenchidos eletronicamente**. Se porventura o item não se adequar ao estudo em causa, escreva “não se aplica”. Pode remeter para anexo nos itens em que tal seja pertinente.

Título do Projeto: Promoção do Envelhecimento Saudável da pessoa idosa institucionalizada *

Enquadramento

- Unidades de Investigação
 Formação
 Licenciatura Mestrado Doutoramento
 Outro _____

Área(s) científica(s) de investigação:

- Ciências da Vida
 Ciências Sociais
 Ciências da Saúde

Subárea de investigação:

*Tomando a “promoção do envelhecimento saudável nos idosos institucionalizados” como uma prioridade do ACeS Cávado III Barcelos/Esposende, desenvolveu-se um protocolo de investigação que dará resposta a quatro trabalhos de investigação a desenvolver no estágio de natureza profissional do II Curso de Mestrado em Enfermagem Comunitária, a saber:

- Ansiedade
- Solidão
- Qualidade de Vida
- Saúde Mental Positiva

Submissão: Primeira submissão Re-submissão Alteração

Identificação do(s) Proponente(s)

Nome(s): Ana Rita Pedroso Ribeiro; Andreia Amélia Silva Barbosa; Sandrine Silva Vieira; Vânia Vicente Couto

Filiação Institucional: Escola Superior de Saúde – Instituto Politécnico de Viana do Castelo

Investigador responsável/orientador: Professora Doutora Carminda Morais

Equipa de investigação:

Ana Rita Pedroso Ribeiro; Andreia Amélia Silva Barbosa; Sandrine Silva Vieira; Vânia Vicente Couto, Professora Doutora Carminda Morais

Calendarização

Data de início: 04/05/2022

Data de conclusão: 29/07/2022

Observações:

CHECKLIST PARA QUESTÕES DE ÉTICA (anexo) (informação de ajuda à resposta ao formulário no que se refere à amostra e aos danos dos sujeitos da investigação)

Indique se o estudo envolve algum dos seguintes elementos (assinale todos os que se aplicam):

Amostra proveniente de populações vulneráveis

Crianças e jovens com menos de 18 anos.

Pessoas com dificuldades físicas ou psicológicas.

Pessoas com relação de dependência em relação aos/às responsáveis pela investigação (e.g., superiores hierárquicos; assimetria de poder/estatuto) ou no contexto onde decorre a investigação (e.g., universidade; empresas).

Pessoas pertencentes a grupos minoritários em situação de vulnerabilidade e/ou em situação ilegal.

Danos significativos para os/as participantes

Recolha de informação sobre assuntos sensíveis para os/as participantes (e.g., experiências traumáticas; limitações físicas; sofrimento psicológico).

Indução de estados de desconforto físico (e.g., tarefas físicas prolongadas ou muito repetitivas) ou psicológico (e.g., ansiedade; humilhação).

Atribuição de rótulos ou categorias com consequências potencialmente negativas para o autoconceito (e.g., manipulação de competências percebidas; manipulação de situações de exclusão).

Atividades invasivas (e.g., administração de substâncias; ingestão de alimentos).

Recolha de tecidos humanos, sangue ou outros materiais biológicos.

Objetivos:

- Obter uma caracterização atualizada da população idosa residente em ERPI (Estruturas Residenciais para Pessoas Idosas);
- Avaliar a perceção de qualidade de vida, o nível de solidão, de ansiedade e de saúde mental positiva dos idosos institucionalizados em ERPI da área de abrangência do ACeS Cávado III Barcelos/Esposende;
- Perceber a associação entre as variáveis anteriormente identificadas com fatores sociodemográficos e clínicos;
- Contribuir para um envelhecimento saudável dos indivíduos numa lógica participada.

Metodologia (preencher os campos que se aplicam)

Tipo de Estudo: quantitativo, transversal, analítico-correlacional

População e Amostra/Participantes:

Idosos institucionalizados em ERPI da área de abrangência do ACeS Cávado III Barcelos/Esposende.

Critérios de Inclusão:

- Idade superior a 65 anos;
- Residência em ERPI da área de abrangência do ACeS Cávado III Barcelos/Esposende;
- Os participantes apresentarem capacidades cognitivas necessárias para o preenchimento dos instrumentos de recolha de dados.

Critérios de Exclusão:

- Não falar ou compreender português
- Os participantes não apresentarem capacidades cognitivas necessárias para o preenchimento dos instrumentos de recolha de dados.
- Ausência de resposta em tempo útil ao pedido de autorização enviado às instituições para a participação no estudo.

Locais onde decorre a investigação/Colheita de dados:

ERPI da área de abrangência do ACeS Cávado III Barcelos/Esposende

Instrumento(s) de Colheita de Dados (juntar exemplo, no formato, que vai ser utilizado):

- Questionário Sociodemográfico e Clínico
- Inventário Geriátrico de Ansiedade (GAI – Geriatric Anxiety Scale)
- Questionário de Saúde Mental Positiva
- Escala UCLA da solidão
- WHOQOL-Bref

Garantia de Confidencialidade (explicitar como vai ser garantida a confidencialidade dos participantes de acordo com o RGPD)

Para a elaboração deste estudo serão tidos em consideração os seguintes princípios que regem a conduta ética em investigação: pedido consentimento legal aos idosos que aceitem participar do estudo antes da realização do mesmo; sendo explicados a natureza e os objetivos do estudo (Termo de Consentimento Livre e Informado); garantido o direito à confidencialidade das suas respostas e o anonimato das informações através da codificação dos inquéritos, não sendo identificado o respondente,

O grupo de trabalho compromete-se ainda a destruir todo o material produzido no âmbito deste trabalho de investigação, 2 meses após o término do estudo.

Como é garantida a voluntariedade e autonomias dos participantes (juntar exemplos do documento para informação e obtenção do consentimento):

A vontade em colaborar ou não no presente estudo será respeitada, bem como o direito dos participantes selecionados a mudarem de ideias e abandonar a investigação sem qualquer penalização e sem obrigatoriedade de justificar um eventual abandono, em consonância com a declaração de Helsínquia e a convenção de Oviedo.

Há previsão de danos para os participantes da investigação? Não

Há previsão de benefícios para os participantes da investigação? Não

ANEXAR

1 - Autorização/concordância dos serviços onde decorre a investigação (caso se aplique)

2 - Folha de Consentimento Informado (caso se aplique) que deve conter, para além de outros julgados pertinentes, os seguintes elementos:

- identificação do investigador;
- identificação do estudo;

- objetivos do estudo;
- informações relevantes;
- caráter voluntário da participação;
- confidencialidade das respostas
- declaração, por parte do participante, em como recebeu a informação necessária, ficou esclarecido e aceita participar voluntariamente no estudo.

3 – Instrumento(s) de Colheita de Dados

Termo de Responsabilidade

Eu, abaixo assinado, declaro por minha honra que as informações prestadas são verdadeiras e que em todo o processo de investigação serão respeitados os direitos humanos e as recomendações constantes nos documentos nacionais e internacionais relativos à investigação.

Data: 12/05/2022

O(s) Proponente(s)

Ana Rita Pedroso Ribeiro
Sandrine Silva Vieira
Jania Raquel Vicente Costa
Arceia Anália Silva Barbosa

(Assinatura)

APÊNDICE IV – PEDIDO DE AUTORIZAÇÃO AS ERPI

“Exma/o. Sr./Sra. (a dirigir à entidade máxima da instituição)

A saúde da pessoa idosa constitui uma das prioridades de intervenção da Unidade de Saúde Pública do ACeS Cávado III, à qual se pretende dar resposta numa lógica de coconstrução com todos os intervenientes, designadamente a própria pessoa idosa e as ERPI.

Assim, no âmbito do Estágio de Natureza Profissional do II Curso de Mestrado de Enfermagem Comunitária da Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Viana do Castelo, a decorrer na Unidade de Saúde Pública do Agrupamento de Centros de Saúde (ACeS) Cávado III – Barcelos/Esposende, sob a orientação da Enf. Elisabete Carvalho e Enf. Rosa Zambrano, as mestrandas Ana Rita Ribeiro, Andreia Barbosa, Sandrine Vieira e Vânia Couto, vêm por este meio solicitar a Vossa Exa. Autorização para realizar um estudo de investigação, no âmbito da “Promoção do Envelhecimento Saudável da Pessoa Idosa Institucionalizada”.

O presente estudo tem como objetivo geral contribuir para a gestão eficaz dos cuidados de saúde prestados aos idosos institucionalizados em ERPIs.

O instrumento que utilizaremos para a recolha dos dados será o questionário, em formato de papel. O questionário contempla, ainda, algumas questões de saúde inerentes à pessoa idosa, pelo que solicitamos autorização para ouvir a equipa de saúde, mediante a autorização do participante, expressa no consentimento informado.

A colaboração neste estudo reveste-se de elevada importância por permitir perceber as necessidades da comunidade idosa institucionalizada em ERPI e pensar conjuntamente em intervenções que contribuam para uma maior promoção da saúde.

Acrescentamos ainda que os dados obtidos somente serão utilizados para a investigação e terão carácter confidencial, assegurando-se a sua destruição dois meses após a conclusão do estudo.

Encontramo-nos inteiramente disponíveis para o esclarecimento de eventuais dúvidas que possam surgir, via correio eletrónico ou através de contacto telefónico (Ana Rita Ribeiro – 932 199 171/Sandrine Vieira- 914 631 556)

Dado tratar-se de um estudo de investigação que pretende dar resposta também a uma exigência académica, com limites temporais bem definidos, muito agradecemos **celeridade na resposta**.

Sem outro assunto de momento e antecipadamente gratas pela disponibilidade e atenção dispensadas, apresentamos os melhores cumprimentos.

Pedimos deferimento, Barcelinhos, 11 de abril de 2022

APÊNDICE V – CONSISTÊNCIA INTERNA DO INSTRUMENTO

Tabela 1 – α -Cronbach na avaliação da consistência interna.

Dimensões	α -Cronbach	Classificação
WHOQOL-Bref ($k=26$)	0.902	consistência interna <i>muito boa</i>
Qualidade Vida e Saúde ($k=2$)	0.582	consistência interna <i>inaceitável</i>
Domínio Físico ($k=7$)	0.827	consistência interna <i>boa</i>
Domínio Psicológico ($k=6$)	0.771	consistência interna <i>razoável</i>
Domínio das relações Sociais ($k=3$)	0.475	consistência interna <i>inaceitável</i>
Domínio do Meio Ambiente ($k=8$)	0.824	consistência interna <i>boa</i>

k , é o número de itens avaliados.

APÊNDICE VI – LISTA DE PROFISSÕES

Profissão que exercia (n=181)

Profissões	n	%
agricultor/a	52	28.7
alfaiate	2	1.1
assistente operacional	2	1.1
auxiliar de enfermagem	1	0.6
caminhos de ferro	1	0.6
carpinteiro	1	0.6
ceramista	1	0.6
chefe de secção	1	0.6
comerciante	4	2.2
construção civil	10	5.5
costureira	6	3.3
doméstica	26	14.4
eletricista	2	1.1
empregada de limpeza	4	2.2
empregada de loja	1	0.6
empregada doméstica	3	1.7
empregado de restauração	4	2.2
encarregado de obras	1	0.6
enfermeira	1	0.6
engenheiro elétrico	1	0.6
escriturária datilógrafa	1	0.6
feirante	2	1.1
hotelaria	1	0.6
jardineiro	1	0.6
mecânico	1	0.6
motorista	1	0.6
operário/a fabril	34	17.8
ótica	1	0.6
padeira	3	1.7
padre	1	0.6
pedreiro	1	0.6
peixeira	1	0.6
pintor de loiças	1	0.6
professor/a	3	1.7
serralheiro	1	0.6
serralheiro mecânico	1	0.6
talhante	1	0.6
tecedeira	1	0.6
nunca trabalhou	1	0.6

APÊNDICE VII – LISTA DE PATOLOGIAS

Possui alguma doença? (n=132) Se SIM, qual(ais)?

Doenças	n	%
arritmia, patologia pulmonar	1	
artrite reumatoide	1	
asma	2	
AVC	8	
AVC, patologia osteoarticular	1	
bronquite	1	
bronquite, patologia osteoarticular	1	
cirurgia a hérnias	1	
cirurgia à tiroide e doença respiratória	1	
depressão	1	
depressão, patologia osteoarticular	1	
diabetes Mellitus I	11	
diabetes, HTA, patologia respiratória	1	
diabetes, patologia cardíaca	1	
diabetes, patologia osteoarticular	2	
diabetes, psoríase	1	
diabetes, varizes, patologia osteoarticular	2	
diminuição da força generalizada	1	
dislipidemia	1	
doença oncológica	1	
DPOC	1	
esclerose múltipla	1	
gastrectomia, patologia osteoarticular	1	
HTA	3	
HTA, depressão e dislipidemia	2	
HTA, diabetes, insuficiência venosa, patologia osteoarticular	1	
HTA, dislipidemia	1	
HTA, patologia cardíaca	1	
HTA, patologia cardíaca, patologia osteoarticular	2	
HTOcular	2	
insuficiência venosa	2	
invisual, anemia	1	
miopia	1	
obstipação	1	
osteoporose	1	
paraplegia	2	
Parkinson	2	
patologia cardíaca	13	
patologia cardíaca, apneia do sono	2	
patologia cardíaca, AVC	1	
patologia cardíaca, patologia osteoarticular	1	
patologia cardíaca; patologia osteoarticular; poliomielite na infância	1	
patologia da coluna	2	
patologia da coluna, doença nervosa	1	
patologia estômago	2	
patologia hepática	2	
patologia neurológica	1	
patologia osteoarticular	23	
patologia osteoarticular, anemia	1	
patologia osteoarticular, cirurgia aos olhos	1	
patologia osteoarticular, depressão	2	
patologia osteoarticular, PTA	1	
patologia psiquiátrica	7	
patologia psiquiátrica, alcoolismo	1	
patologia respiratória; insuficiência venosa; PTA dir.	1	
PTA bilateral, PTJ dir., patologia intestinal	1	
PTA direita e má circulação	1	
surdez	1	
tuberculose	1	
úlceras pilóricas	1	

APÊNDICE VIII – LISTA DE ANTECEDENTES

Antecedentes de doenças	n	%
AIT; HTA; Dislipidemia, DMII, PTA	1	
Alcoolismo, Dislipidemia, fratura do cotovelo esq., síndrome cerebral orgânico	1	
Alcoolismo, HTA, Dislipidemia, Patologia cardíaca	1	
alcoolismo, paraplégico	1	
alcoolismo, perfuração de úlcera pilórica com peritonite	1	
Ambliopia	1	
Ambliopia bilateral	1	
Anemia, PTA, HBP	1	
Ansiedade	4	
Ansiedade, Síndrome Depressiva, Litíase Renal, HTA, AVC	1	
AVC	1	
AVC, Alcoolismo, Dislipidemia, H.B.P.,	1	
AVC, Diabetes, DPOC, Obesidade e patologia cardíaca	1	
AVC, Diabetes, HTA	2	
AVC, Dislipidemia, Patologia cardíaca, DPOC, HTA	1	
AVC, Patologia cardíaca, HTA, Diabetes, Dislipidemia, Anemia	1	
AVC; Alcoolismo; Ansiedade	1	
Bronquite, Asma, HTA, Patologia da tireoideia, Patologia osteomuscular	1	
Cirurgia ao reto por neoplasia, anemia, HTA, Depressão, PTJ dir., PTA dir.	1	
Coxartrose bilateral, HTA, artroplastia	1	
Depressão, Alcoolismo,	1	
Depressão, alcoolismo, HTA, AVC	1	
Depressão, Alcoolismo, patologia cardíaca, HBP	2	
Depressão, HTA, Diabetes, patologia osteoarticular	1	
Depressão, HTA, Dislipidemia, Hiperuricemia, DPOC, DRC	2	
Depressão, HTA, Parkinson, Insuficiência Venosa	1	
Depressão, HTA, Patologia Osteoarticular	1	
Depressão, Parkinson, patologia osteoarticular, patologia tiroide	1	
Depressão, Patologia Tiroide, Patologia cardíaca, Patologia osteoarticular, PTJ	1	
Diabetes Mellitus, HTA	1	
Diabetes Mellitus, HTA, Dislipidemia	1	
Diabetes Mellitus, HTA, Dislipidemia, Hipotireoidismo, Patologia osteoarticular degenerativa, Depressão, doença arterial periférica	1	
Diabetes Mellitus, HTA, dislipidemia, Insuficiência venosa, patologia osteoarticular, patologia cardíaca, PTJ esq, tireoidectomia	1	
Diabetes Mellitus, HTA, Patologia osteoarticular, cirurgia ocular	1	
Diabetes Mellitus, HTA, PTA, Patologia osteoarticular	1	
Diabetes Mellitus, Patologia osteoarticular	1	
Diabetes, FA-Hipocoagulada, HTA, Mieloma múltiplo	1	
Diabetes, HTA, Parkinson, Dislipidemia, Trombocitose, Hérnia do hiato	1	
Diabetes, HTA, Bronquite	1	
Dislipidemia, Diabetes Mellitus, Insuficiência Cardíaca, Anemia, Obesidade	1	
Dislipidemia, Hipoacusia, Patologia Osteoarticular	1	
Dislipidemia, Meningite de Infância	1	
Dislipidemia, Patologia osteoarticular	1	
Diverticulite, Patologia muscular e óssea, Diabetes Mellitus, HTA, dislipidemia, obesidade, cirurgia as mãos bilateral, patologia cardíaca	1	
DM2, insuficiência cardíaca; HTA; gonartrose, Parkinson, dermatite seborreica, apendicectomia, cirurgia cataratas	1	
DMII, HTA, FA, Dislipidemia, Patologia da tiroide, osteoporose	1	
DMII, Dislipidemia, artroses	1	
DPOC, Diabetes, Patologia tiroide, HTA, Dislipidemia	1	
DPOC, Doença renal crônica, patologia cardíaca	1	
DPOC; Diabetes Mellitus; HTA.	1	
DRC	2	

DRC, DMII, Hipocoagulado, amputação do MI	1
Epilepsia, depressão, HTA, HBP, Ansiedade, Bipolaridade em estudo	2
Epilepsia, HTA, Dislipidemia, patologia cardíaca	1
Esclerose múltipla, HTA,	1
Esofagite, Ansiedade	1
Estenose aórtica, DPOC, dislipidemia, DMII	1
Estenose aórtica, HBP	1
fratura do fêmur, perturbação delirante, obesidade	1
Gastrite Crónica, Ansiedade	1
HBP, Dislipidemia, AIT	1
HBP, HTA, Vertiginoso, Hipocoagulação, FA	1
Hiperuricemia, HTA, Hipocoagulado	2
HTA	2
HTA, Alzheimer em estudo	1
HTA, anemia, hipotireoidismo com exérese total, AVC isquémico, fratura L2	1
HTA, Ansiedade, patologia osteoarticular	2
HTA, AVC, Cardiopatia	1
HTA, AVC, Dislipidemia, Epilepsia, Patologia degenerativa	1
HTA, AVC, Epilepsia, Cirurgia oftalmológica,	1
HTA, AVC, Insuficiência hepática	1
HTA, Cirurgia ocular bilateral, Insuficiência venosa,	1
HTA, Depressão, Ansiedade, Dislipidemia	2
HTA, Depressão, Dislipidemia, Gastrectomia subtotal	1
HTA, Diabetes Mellitus, Anemia Crónica, Doença Renal Crónica, HBP, PTJ dir., Diverticulose, Patologia cardíaca	1
HTA, Diabetes Mellitus, Dislipidemia, Insuficiência vascular cerebral, patologia osteoarticular,	1
HTA, Diabetes Mellitus, Neo prostata	1
HTA, Diabetes Mellitus, Patologia osteoarticular, Dislipidemia, obesidade, HBP, Patologia cardíaca, DPOC	1
HTA, Diabetes, Dislipidemia, Hiperuricemia, Obesidade, Anemia, DRC, Hipoacusia, DPOC, HBP, Patologia cardíaca	1
HTA, Diabetes, DRC, Dislipidemia, Obesidade, DPOC,	1
HTA, Diabetes, Obesidade, Dislipidemia, Patologia cardíaca com pacemaker, Ansiedade e Depressão, patologia osteoarticular	1
HTA, dislipidemia, Insuficiência Venosa, osteoporose	1
HTA, Dislipidemia, Anemia, patologia cardíaca, PTJ à direita, Ansiedade	1
HTA, Dislipidemia, Ansiedade	1
HTA, Dislipidemia, Diabetes, DPOC, Patologia cardíaca, Depressão, patologia tiroide	1
HTA, Dislipidemia, Diabetes, PTJ à Esquerda, PTA à direita, AVC, Epilepsia, Patologia cardíaca, Anemia	1
HTA, Dislipidemia, distúrbio do sono, gastrite crónica	1
HTA, Dislipidemia, Enfarte Agudo do Miocárdio	1
HTA, dislipidemia, FA, pacemaker	1
HTA, Dislipidemia, P. Tiroide, Osteoporose	1
HTA, Dislipidemia, Patologia Circulatória, Síndrome Depressivo, AVC, osteossíntese de fratura do colo do fêmur	1
HTA, Dislipidemia, Patologia Cardíaca, Depressão, Patologia osteoarticular	1
HTA, Dislipidemia, Patologia óssea degenerativa, cirurgia ao colo do fêmur	1
HTA, Dislipidemia, Patologia osteoarticular	1
HTA, Dislipidemia, PTJ bilateral com complicações	1
HTA, Dislipidemia, PTJ bilateral, PTA esquerda	1
HTA, DM2, dislipidemia, ICC, neoplasia bexiga, patologia respiratória	1
HTA, Gastrite crónica, Depressão, Ansiedade, patologia hepática	1
HTA, gastrite crónica, PTA bilateral, fratura pulso direito	1
HTA, Gastrite, osteoporose, AVC	1
HTA, HBP, Uropatia Obstrutiva	1
HTA, Hiperuricemia, Patologia cardíaca, Anemia, DPOC, DRC, Patologia osteoarticular, Depressão, Ansiedade	1
HTA, Hipotireoidismo, Bronquite, Artroses	1
HTA, Hipotireoidismo, depressão, ansiedade, ideação suicida	1
HTA, Hipotireoidismo, DPOC, Patologia cardíaca, PTA	1
HTA, insuficiência cardíaca, patologia osteoarticular	1
HTA, insuficiência cardíaca, patologia pulmonar crónica, epilepsia, meningioma, Parkinson, depressão, colostomia	1

HTA, Insuficiência Venosa, Patologia articular degenerativa, neo face	1
HTA, osteoporose, Lombocotalgia	1
HTA, Patologia Cardíaca	1
HTA, Patologia Cardíaca, Patologia Renal Crônica, Hiperuricemia, várias cirurgias	1
HTA, Patologia Cardíaca, Ansiedade	1
HTA, Patologia Cardíaca, Diabetes Mellitus, Patologia da tiroide, Dermatose bolhosa, fratura do braço esquerdo	1
HTA, Patologia Cardíaca, Dislipidemia, PTJ bilateral	1
HTA, Patologia cardíaca, Patologia Hepática, HTA portal, Anemia, Patologia Renal Crônica, PAC bilateral, fratura do joelho esq.	1
HTA, patologia osteoarticular, PTA direita, insuficiência renal	1
HTA, Perturbação do sono, dislipidemia, HBP, Diabetes Mellitus	1
HTA, síndrome neurodegenerativo, dislipidemia, perturbação do sono, síndrome da coluna com irradiação de dor neurodegenerativo	1
HTA, Trombose Pulmonar, Dislipidemia, Mal de Pott	1
HTA, Dislipidemia, alcoolismo, tentativa de suicídio, gastrite crônica, depressão	1
HTA, dislipidemia, DMII; Hipoacusia, síndrome demencial, hipotireoidismo, fratura do ramo isquiopúbico	1
HTA, DMII, patologia cardíaca, depressiva	1
HTA, síndrome depressivo, dislipidemia	1
HTA; DMII	1
HTA; Doença venosa	1
HTA; DPOC; Diabetes	1
HTA; fratura fêmur esquerdo	1
HTA; Poliomielite na infância; Patologia osteoarticular; Psoríase; Depressão.	1
HTOcular, Insônia	2
Insuficiência Cardíaca, hiperuricemia, Bronquite crônica, PTA	1
Insuficiência Venosa, Insuficiência cardíaca, HTA, DPOC, Anemia Crônica, Insuficiência Renal	2
mastectomia total, dislipidemia, patologia osteoarticular degenerativa, colecistectomia, diverticulose, esofagite, gastropatia do antro	1
meningite ao nascimento, atropelamento com TCE, cirurgia maxilar	1
Nefrolitíase, HBP, glaucoma dir., tuberculose, patologia óssea degenerativa	1
neuropatia periférica síndrome da coluna com irradiação de dor	1
Obesidade, HTA, Diabetes Mellitus	1
obstipação, lesão medular neuromotora da C3	1
Paralisia cerebral na infância; osteoporose, espondilose lombar	1
Paraplegia, amputação MIE, HTA, DM2, alcoolismo, colostomizado, uretrotomia, bexiga neurogênica	1
Patologia cardíaca, DMII, Dislipidemia, EAM, osteoporose, EAM, AVC,	1
Patologia cardíaca, mastectomia radical	1
Patologia cardíaca, osteossíntese de fratura do fêmur à direita	1
Patologia psiquiátrica psicótica, glaucoma, anemia, perturbação do sono,	1
Patologia Cardíaca, HTA, Diabetes Mellitus, Dislipidemia, Psoríase, AVC, gastrite crônica, colecistectomia	1
Patologia cardíaca, HTA, Dislipidemia, Apneia do sono, Patologia da tiroide, Insuficiência venosa, Reumatismo degenerativo, Diabetes Mellitus	1
Patologia cardíaca, HTA, Pacemaker, Insuficiência venosa, Diabetes Mellitus	1
Patologia Cardíaca, Trombo embolia pulmonar, Dislipidemia, Depressão	1
Patologia osteoarticular	1
Patologia osteoarticular,	1
patologia osteoarticular, depressão, Parkinson, dislipidemia, HTA	1
Patologia osteoarticular, Parkinson	1
Psoríase, Traumatismo Cervical	1
PTA bilateral, hemorroides, fratura do ramo i.i.púbico, osteossíntese de fratura trocantérica, colectomia por adenocarcinoma do cólon	1
PTA dir., Depressão,	1
PTJ bilateral, Diabetes, Insuficiência Respiratória, patologia tiroide, osteossíntese de fratura trocantérica à esquerda	1
Saudável	1
Síndrome Demencial, Depressão e Osteoporose	2
Síndrome depressivo, dislipidemia	1
Síndrome Depressivo, encefalopatia isquêmica, HTA, Anemia	1
Síndrome Depressivo, Ex. Alcoólico, Neo Gástrico,	1
Síndrome depressivo, HTA, Diabetes Mellitus, Gonartrose, Dismetria dos membros inferiores	1
Tetraplegia, # C3 e C4, gastrite	1

APÊNDICE IX – PRESSUPOSTOS DA NORMALIDADE E DA
HOMOCEASTICIDADE- GENERO

Género

Verificação da normalidade – resumo

Domínios	Feminino	Masculino
WHOQOL-Bref	NN*	NN*
Qualidade Vida e Saúde	NN*	NN*
Domínio Físico	NN*	N*
Domínio Psicológico	NN*	N*
Domínio das Relações Sociais	NN*	NN*
Domínio do Meio Ambiente	NN*	NN*

N – distribuição normal

NN – distribuição não-normal

* subamostra com $n > 30$

Observações:

– Quando a distribuição é não-normal, mas $n > 30$, invocamos o Teorema Limite Central para aproximar à distribuição normal.

– Nos casos em que $n < 50$, usamos o teste de Shapiro-Wilk.

– Nos casos em que $n \geq 50$, usamos o teste de Kolmogorov-Smirnov, com correção de Lilliefors.

Verificação da homocedasticidade – resumo

Domínios	Teste de Levene
WHOQOL-Bref	VH
Qualidade Vida e Saúde	VH
Domínio Físico	VH
Domínio Psicológico	VH
Domínio das Relações Sociais	VH
Domínio do Meio Ambiente	VH

VH – variâncias homogéneas ($p > 0.05$)

VNH – variâncias não-homogéneas ($p \leq 0.05$)

Observação:

– Foi usado o teste de Levene com base na média.

APÊNDICE X – PRESSUPOSTOS DA NORMALIDADE E DA
HOMOCEDASTICIDADE- ESTRATOS ETÁRIOS

Estratos etários

Verificação da normalidade – resumo

Domínios	61-74 anos	75-84 anos	85-96 anos
WHOQOL-Bref	N*	N*	N*
Qualidade Vida e Saúde	NN*	NN*	NN*
Domínio Físico	N*	NN*	NN*
Domínio Psicológico	N*	N*	N*
Domínio das Relações Sociais	NN*	NN*	NN*
Domínio do Meio Ambiente	NN*	NN*	NN*

N – distribuição normal

NN – distribuição não-normal

* subamostra com $n > 30$

Observações:

– Quando a distribuição é não-normal, mas $n > 30$, invocamos o Teorema Limite Central para aproximar à distribuição normal.

– Nos casos em que $n < 50$, usamos o teste de Shapiro-Wilk.

– Nos casos em que $n \geq 50$, usamos o teste de Kolmogorov-Smirnov, com correção de Lilliefors.

Verificação da homocedasticidade – resumo

Domínios	Teste de Levene
WHOQOL-Bref	VNH
Qualidade Vida e Saúde	VH
Domínio Físico	VH
Domínio Psicológico	VH
Domínio das Relações Sociais	VH
Domínio do Meio Ambiente	VNH

VH – variâncias homogêneas ($p > 0.05$)

VNH – variâncias não-homogêneas ($p \leq 0.05$)

Observação:

– Foi usado o teste de Levene com base na média.

APÊNDICE XI – PRESSUPOSTOS DA NORMALIDADE E DA
HOMOCEASTICIDADE- ESCOLHEU INSTITUCIONALIZAÇÃO

Verificação da normalidade – resumo

Variáveis / Domínios WHOQOL-Bref	SIM						NÃO					
	W-B	QVS	D1	D2	D3	D4	W-B	QVS	D1	D2	D3	D4
Escolheu a institucionalização?	N*	NN*	NN*	NN*	NN*	NN*	NN*	NN*	NN*	NN*	NN*	NN*
Recebe visitas?	NN*	NN*	NN*	NN*	NN*	NN*	N	NN	N	N	N	NN
Participa em atividades proporcionadas pela Instituição?	NN*	NN*	NN*	NN*	NN*	NN*	NN*	NN*	N*	N*	NN*	NN*
Tem oportunidade de sugerir atividades para realizar de acordo com a sua preferência?	NN*	NN*	NN*	N*	NN*	NN*	NN*	NN*	NN*	NN*	NN*	NN*
Sente que tem oportunidade de participar ativa/ na vida da Instituição?	NN*	NN*	NN*	NN*	NN*	NN*	NN*	NN*	NN*	NN*	NN*	NN*
Possui alguma doença?	NN*	NN*	NN*	NN*	NN*	NN*	N*	NN*	N*	N*	NN*	NN*
Consome bebidas alcoólicas?	NN*	NN*	N*	N*	NN*	NN*	NN*	NN*	NN*	NN*	NN*	NN*
Fuma?	N	N	N	N	N	N	NN*	NN*	NN*	NN*	NN*	NN*
Sente que tem problemas de sono?	NN*	NN*	NN*	NN*	NN*	NN*	NN*	NN*	NN*	N*	NN*	NN*
Utiliza algum equipamento adaptativo?	NN*	NN*	NN*	NN*	NN*	NN*	N	NN	N	N	NN	N
Polimedição	NN	NN	NN	N	NN	N	NN*	NN*	NN*	NN*	NN*	NN*
Medicação ansiolítica	N*	NN*	N*	NN*	NN*	NN*	NN*	NN*	NN*	NN*	NN*	NN*
Medicação antidepressiva	NN*	NN*	NN*	NN*	NN*	NN*	NN*	NN*	NN*	NN*	NN*	NN*

W-B, WHOQOL-Bref

QVS, Qualidade de Vida e Saúde

D1, Domínio Físico

D2, Domínio Psicológico

D3, Domínio das Relações Sociais

D4, Domínio do Meio Ambiente

N – distribuição normal

NN – distribuição não-normal

* subamostra com $n > 30$

Observações:

- Quando a distribuição é não-normal, mas $n > 30$, invocamos o Teorema Limite Central para aproximar à distribuição normal.
- Nos casos em que $n < 50$, usamos o teste de Shapiro-Wilk.
- Nos casos em que $n \geq 50$, usamos o teste de Kolmogorov-Smirnov, com correção de Lilliefors.
- Os casos assinalados com **NN** a bold, são variáveis que irão ter um tratamento não-paramétrico.

Verificação da homocedasticidade – resumo

Variáveis / Domínios WHOQOL-Bref	Teste de Levene					
	W-B	QVS	D1	D2	D3	D4
Escolheu a institucionalização?	VH	VH	VH	VNH	VH	VH
Recebe visitas?	VH	VH	VH	VH	VH	VH
Participa em atividades proporcionadas pela Instituição?	VH	VH	VH	VH	VH	VH
Tem oportunidade de sugerir atividades para realizar de acordo com a sua preferência?	VNH	VH	VH	VH	VH	VH
Sente que tem oportunidade de participar ativa/ na vida da Instituição?	VH	VH	VH	VH	VH	VH
Possui alguma doença?	VH	VNH	VH	VH	VH	VH
Consome bebidas alcoólicas?	VNH	VH	VH	VNH	VH	VNH
Fuma?	VH	VH	VH	VH	VH	VH
Sente que tem problemas de sono?	VNH	VH	VNH	VH	VH	VNH
Utiliza algum equipamento adaptativo?	VH	VH	VH	VH	VH	VNH
Polimedicação	VH	VH	VH	VH	VH	VH
Medicação ansiolítica	VH	VH	VH	VNH	VH	VH
Medicação antidepressiva	VH	VH	VH	VH	VH	VH

W-B, WHOQOL-Bref

QVS, Qualidade de Vida e Saúde

D1, Domínio Físico

D2, Domínio Psicológico

D3, Domínio das Relações Sociais

D4, Domínio do Meio Ambiente

VH – variâncias homogêneas ($p > 0.05$)

VNH – variâncias não-homogêneas ($p \leq 0.05$)

Observação:

– Foi usado o teste de Levene com base na média.

APÊNDICE XII– PRESSUPOSTOS DA NORMALIDADE E DA
HOMOCEDASTICIDADE- NÍVEIS DE DEPENDÊNCIA

Níveis de dependência

Verificação da normalidade – resumo

Domínios	Dep. total	Dep. grave	Dep. moderada	Dep. ligeira	Independência
WHOQOL-Bref	NN	NN*	N*	N*	N
Qualidade Vida e Saúde	NN	NN*	NN*	NN*	NN
Domínio Físico	N	N*	NN*	N*	N
Domínio Psicológico	N	N*	N*	N*	NN
Domínio das Relações Sociais	NN	NN*	NN*	NN*	NN
Domínio do Meio Ambiente	N	NN*	NN*	NN*	N

N – distribuição normal

NN – distribuição não-normal

* subamostra com $n > 30$

Observações:

– Quando a distribuição é não-normal, mas $n > 30$, invocamos o Teorema Limite Central para aproximar à distribuição normal.

– Nos casos em que $n < 50$, usamos o teste de Shapiro-Wilk.

– Nos casos em que $n \geq 50$, usamos o teste de Kolmogorov-Smirnov, com correção de Lilliefors.

Verificação da homocedasticidade – resumo

Domínios	Teste de Levene
WHOQOL-Bref	VH
Qualidade Vida e Saúde	VNH
Domínio Físico	VH
Domínio Psicológico	VH
Domínio das Relações Sociais	VNH
Domínio do Meio Ambiente	VH

VH – variâncias homogêneas ($p > 0.05$)

VNH – variâncias não-homogêneas ($p \leq 0.05$)

Observação:

– Foi usado o teste de Levene com base na média.

APÊNDICE XIII – PRESSUPOSTOS DA NORMALIDADE E DA
HOMOCEASTICIDADE- DIFERENTES NÍVEIS DE MOBILIDADE, QUANTO AO
WHOQOL-BREF E SEUS DOMÍNIOS.

Como avalia a sua mobilidade?

Verificação da normalidade – resumo

Domínios	Muito boa/Boa	Razoável	Má/Muito má
WHOQOL-Bref	N*	NN*	N*
Qualidade Vida e Saúde	NN*	NN*	NN*
Domínio Físico	NN*	NN*	N*
Domínio Psicológico	N*	NN*	NN*
Domínio das Relações Sociais	NN*	NN*	NN*
Domínio do Meio Ambiente	N*	NN*	NN*

N – distribuição normal

NN – distribuição não-normal

* subamostra com $n > 30$

Observações:

– Quando a distribuição é não-normal, mas $n > 30$, invocamos o Teorema Limite Central para aproximar à distribuição normal.

– Nos casos em que $n < 50$, usamos o teste de Shapiro-Wilk.

– Nos casos em que $n \geq 50$, usamos o teste de Kolmogorov-Smirnov, com correção de Lilliefors.

Verificação da homocedasticidade – resumo

Domínios	Teste de Levene
WHOQOL-Bref	VH
Qualidade Vida e Saúde	VNH
Domínio Físico	VH
Domínio Psicológico	VH
Domínio das Relações Sociais	VH
Domínio do Meio Ambiente	VNH

VH – variâncias homogêneas ($p > 0.05$)

VNH – variâncias não-homogêneas ($p \leq 0.05$)

Observação:

– Foi usado o teste de Levene com base na média.

APÊNDICE XIV– PRESSUPOSTOS DA NORMALIDADE E DA
HOMOCEDASTICIDADE- COMPARAÇÃO ENTRE AS DIFERENTES
CLASSIFICAÇÕES DE SAÚDE DOS IDOSOS QUANTO À ESCALA WHOQOL-
BREF E SEUS DOMÍNIOS.

Em geral, como classifica a sua saúde?

Verificação da normalidade – resumo

Domínios	Muito boa/Boa	Razoável	Má/Muito má
WHOQOL-Bref	N*	NN*	N*
Qualidade Vida e Saúde	NN*	NN*	NN*
Domínio Físico	N*	NN*	NN*
Domínio Psicológico	N*	NN*	N*
Domínio das Relações Sociais	NN*	NN*	NN*
Domínio do Meio Ambiente	NN*	NN*	NN*

N – distribuição normal

NN – distribuição não-normal

* subamostra com $n \geq 30$

Observações:

– Quando a distribuição é não-normal, mas $n > 30$, invocamos o Teorema Limite Central para aproximar à distribuição normal.

– Nos casos em que $n < 50$, usamos o teste de Shapiro-Wilk.

– Nos casos em que $n \geq 50$, usamos o teste de Kolmogorov-Smirnov, com correção de Lilliefors.

Verificação da homocedasticidade – resumo

Domínios	Teste de Levene
WHOQOL-Bref	VH
Qualidade Vida e Saúde	VH
Domínio Físico	VH
Domínio Psicológico	VH
Domínio das Relações Sociais	VH
Domínio do Meio Ambiente	VH

VH – variâncias homogéneas ($p > 0.05$)

VNH – variâncias não-homogéneas ($p \leq 0.05$)

Observação:

– Foi usado o teste de Levene com base na média.

APÊNDICE XV- OPERACIONALIZAÇÃO DE VARIÁVEIS

Dados sociodemográficos

- **Data de nascimento-** Questão aberta onde foi colocada a data de nascimento do participante;
- **Género-** Operacionalizada numa variável dicotómica nominal: masculino e feminino;
- **Estado civil-** Escala nominal com várias opções;
- **Número de filhos-** Quantitativa de razão;
- **Profissão-** Elaborada em questão aberta onde foi colocada a profissão de cada participante;
- **Reforma antecipada-** Variável nominal dicotómica: sim/ não. Esta questão perante resposta afirmativa, é depois desenvolvida em questão aberta **Se sim, qual o motivo;**
- **Escolaridade-** Variável qualitativa ordinal com os vários níveis de escolaridade;
- **Crença religiosa-** Variável nominal dicotómica: sim/ não. A pergunta perante resposta afirmativa, desenvolve-se na questão **se sim, em que situações o faz com maior frequência:** variável qualitativa nominal com várias opções de resposta (rotina diária, quando está triste, quando está ansioso, quando se sente só, quando está feliz);

Institucionalização

- **Escolheu a institucionalização-** Variável nominal dicotómica: sim/ não.
- **Motivo da institucionalização-** Variável qualitativa nominal, desenvolvida com várias opções de resposta (incapacidade/ doença; solidão; falta de suporte social/familiar; outros);
- **Recebe visitas-** Variável nominal dicotómica: sim/ não. As respostas afirmativas eram completadas por duas questões. A primeira por pergunta aberta- **Quem o/a visita** e a segunda **qual a frequência**, operacionalizada

numa escala qualitativa ordinal (diariamente, semanalmente, mensalmente, anualmente);

- **Participa em atividades proporcionadas pela instituição-** Variável nominal dicotômica: sim/ não. Perante resposta afirmativa, são questionadas **quais** as atividades em pergunta com varias opções de resposta(atividades manuais, atividade física, atividades cognitivas);
- **Tem oportunidade de sugerir atividades para realizar de acordo com a sua preferência-** Variável nominal dicotômica: sim/ não.
- **Sente que tem oportunidade de participar ativamente na vida da instituição-** Variável nominal dicotômica: sim/ não.

Dados clínicos

- **Possui alguma doença-** Variável nominal dicotômica: sim/ não. Diante de resposta positiva, a questão é desenvolvida em questão aberta **quais**;
- ~~**Consome bebidas alcoólicas-** Variável nominal dicotômica: sim/ não. A pergunta completa-se com resposta aberta **com que frequência**, se resposta afirmativa;~~
- **Fuma-** Variável nominal dicotômica: sim/ não. Completada com pergunta aberta, **frequência**, se resposta afirmativa á primeira questão;
- **Sente que tem problemas de sono -**Variável nominal dicotômica: sim/ não;
- **Utiliza algum equipamento adaptativo-** Variável nominal dicotômica: sim/ não. Se resposta afirmativa a questão desenvolvia-se na questão aberta **qual**;
- **Como avalia a sua mobilidade/dependência-** Variável qualitativa ordinal: muito boa; boa; razoável; má; muito má;
- **Em geral, como classifica a sua saúde-** Variável qualitativa ordinal: muito boa; boa; razoável; má; muito má;

