



**Escola Superior
de Educação**

Politécnico de Coimbra

Qualidade de vida dos idosos institucionalizados: Estudo de caso numa IPSS do Concelho de Ansião

Departamento de Educação

Projeto de Investigação Aplicada: Mestrado em Gerontologia Social



**Escola Superior
de Educação**

Politécnico de Coimbra

Catarina Mendes Lopes

**Qualidade de vida dos idosos institucionalizados: Estudo de caso numa
IPSS do Concelho de Ansião**

Dissertação de Mestrado em Gerontologia Social, apresentada ao Departamento de Educação
da Escola Superior de Educação de Coimbra para obtenção do grau de Mestre

Trabalho realizado sob a orientação da Professora Doutora Paula Maria Mendes da Costa Neves

Outubro, 2023

Agradecimentos

Esta dissertação de mestrado é o culminar de um longo percurso e são vários os agradecimentos a fazer às pessoas que estiveram envolvidas direta ou indiretamente ao longo deste mestrado.

À Sr^a Prof. Doutora Paula Neves, devido à sua disponibilidade e orientação, de quem recebi vários ensinamentos essenciais à realização desta dissertação.

Aos vários professores que tive a oportunidade de me cruzar nas várias unidades curriculares deste mestrado que me possibilitaram conhecimentos essenciais à elaboração desta dissertação.

À minha família, pelo apoio demonstrado e pela confiança nas minhas capacidades. Ao meu namorado pela ajuda e pela motivação nos momentos de maior desespero.

Aos meus colegas de mestrado, pelas experiências partilhadas assim como os ensinamentos.

À instituição, do concelho de Ansião, pela disponibilidade demonstrada para realização do estudo na mesma.

Um muito obrigado, a todas as pessoas, que de uma maneira ou de outra, foram essenciais para a conclusão desta dissertação, sem vocês não seria possível.

Resumo

A temática deste trabalho recai sobre a qualidade de vida dos idosos institucionalizados. O envelhecimento da população, conseqüente da diminuição da taxa de natalidade e do aumento da esperança média de vida, torna importante refletir e repensar estratégias de forma a possibilitar aos idosos melhores condições de vida. A institucionalização está cada vez mais presente na vida dos idosos, devido às alterações da estrutura social, nomeadamente à entrada da mulher no mercado de trabalho, uma vez que a mulher era a figura principal no que tocava aos cuidados, assim os idosos veem-se obrigados abandonar o seu lar e ir para uma instituição. A entrada do idoso numa instituição representa uma perda de autonomia muito grande e por isso a qualidade de vida é afetada em termos de capacidade física, funcional, relações sociais, ambientais e espirituais.

O objetivo principal deste estudo é analisar a qualidade de vida dos idosos institucionalizados e para isso foi realizado um estudo-caso numa instituição de apoio ao idoso no concelho de Ansião.

A metodologia que teve por base este estudo foi de natureza qualitativa, com a realização de entrevistas semiestruturadas aos idosos institucionalizados sobre a qualidade de vida. O guião da entrevista foi baseado no questionário da OMS “WHOQOL-100” que é o mais completo e abrange os diferentes domínios da qualidade de vida.

Os resultados indicam que o domínio psicológico e o domínio físico são os domínios que afetam a qualidade de vida dos idosos institucionalizados. Sentimentos e emoções negativas, dormir mal ou estar sujeito a medicação para dormir, autonomia nas tomadas de decisão, o estado de saúde e afastamento da sua família são fatores de risco para a qualidade de vida. A institucionalização não provoca solidão nestes participantes e nesse sentido não afeta a qualidade de vida. Por último, identificou-se o domínio social e o domínio religioso como os domínios mais importantes para aumentar a qualidade de vida destes participantes.

Palavras-chave: Envelhecimento, Qualidade de Vida, Institucionalização

Abstract

The theme of this work focuses on the life quality of institutionalized elderly people. The aging of the population, resulting from the decrease in the birth rate and increase in average life expectancy, it is important to reflect and rethink strategies in order to enable the elderly better living conditions. Institutionalization is something increasingly present in the lives of the elderly, due to changes in the social structure, namely the entry of women into the job market, since women were the main figure when it came to care, thus the elderly are forced to leave their home and go to a care home. The entry of an elderly person into an institution represents a huge loss in its autonomy and therefore their quality of life is affected in terms of physical, functional capacity, social, environmental and spiritual relationships.

The main objective of this study is to analyze the quality of life of institutionalized elderly people and for this purpose a case study was carried out in an institution that supports elderly people in the municipality of Ansião.

The methodology behind this study was qualitative in nature, with the realization of semi-structured interviews with institutionalized elderly people about their quality of life.

The interview guide was based on the WHO "WHOQOL-100" questionnaire, which is the most complete and covers the different domains of quality of life.

The results indicate that the psychological domain and the physical domain are considered domains that affect the life quality of elderly institutionalized people. Negative feelings and emotions, sleeping poorly or being subject to sleeping medication, autonomy in decision-making, the state of health and being away from family are risk factors for life quality. Institutionalization does not cause loneliness in these participants and in this sense does not affect the quality of life. Finally, the social domain and the religious domain were identified as the most important domains to increase the life quality of these participants.

Keywords: Aging, Quality of Life, Institutionalization

Índice

Introdução.....	1
PARTE I: ENQUADRAMENTO TEÓRICO	3
1. Envelhecimento Ativo	4
2. Qualidade de Vida	5
2.1 Qualidade de Vida do Idoso	6
3. Institucionalização.....	9
4. Qualidade de Vida dos Idosos Institucionalizados.....	11
5. Instrumentos de Avaliação da Qualidade de Vida dos Idosos	14
PARTE II: ESTUDO EMPÍRICO.....	17
6. Problema em estudo, questões e objetivos da investigação.....	18
6.1 Desenho e método da investigação	19
6.2 Participantes	20
6.3 Instrumento de recolha de dados: Entrevista	21
6.4 Procedimentos relativos à recolha de dados e questões éticas	22
6.5 Amostra.....	23
7. Apresentação e Discussão dos Resultados	24
7.1 Domínio Psicológico	25
7.2 Domínio Físico	27
7.3 Domínio Social.....	30
7.4 Domínio Religioso	33
Conclusões	35
Limitações	37
Referências Bibliográficas	38
ANEXOS.....	43
Anexo A: Consentimento Informado.....	44
Anexo B: Guião da Entrevista	45
Anexo C: Tabela de Análise do Conteúdo das Entrevistas.....	46

Lista de abreviaturas

AVD- Atividade de Vida Diária

ERPI- Estrutura Residencial para Pessoas Idosas

INE- Instituto Nacional de Estatísticas

IPSS- Instituição Particular de Solidariedade Social

OMS- Organização Mundial da Saúde

WHOQOL- World Health Organization Quality of Life

Lista de Tabelas

TABELA 1 CARATERIZAÇÃO DA AMOSTRA	23
TABELA 2 DOMÍNIOS, TEMAS E SUB-TEMAS	24

Introdução

Em Portugal, de acordo com as projeções feitas pelo Instituto Nacional de Estatísticas (INE), de 2018 e 2080 o número de jovens irá diminuir de 1,4 milhões para 1,0 milhões. Mesmo admitindo um aumento no índice de fecundidade, prevê-se uma diminuição do número de nascimentos motivada pela redução do número mulheres em idade fértil, como consequência de baixos níveis de fecundidade registados nos anos anteriores (INE, 2020).

No que toca ao número de idosos, este passará de 2,2 milhões para 3,0 milhões. Assim sendo, o índice de envelhecimento em Portugal quase duplicará de 159 para 300 idosos por cada 100 jovens em 2080, uma consequência do decréscimo da população jovem e do aumento da população idosa. A região que será mais afetada e terá a população mais envelhecida será a Região Autónoma da Madeira e, em contrapartida, a região menos envelhecida será o Algarve com um índice de 204 (INE, 2020).

O processo de envelhecimento tem sido alvo de estudo e de preocupações devido ao aumento da população idosa. O envelhecimento é um processo dinâmico e progressivo, que implica alterações biológicas, psicológicas e sociais. Alterações essas determinantes na perda de capacidades de adaptação ao meio ambiente, gerando maior vulnerabilidade e maior incidência de patologias. Com a idade verifica-se uma diminuição das capacidades funcionais, sendo esta uma das mais frequentes patologias associadas à velhice (Ferreira, 2012).

O envelhecimento e os idosos são concebidos como “Problema social” para o qual deve haver resposta. Os custos de saúde, da dependência e a institucionalização caminham de mãos dadas com os discursos sobre a insustentabilidade da segurança social e a exigência de existirem cada vez mais recursos destinados aos idosos. Muitas das áreas disciplinares estão voltadas para o envelhecimento tais como a medicina, a sociologia, a psicologia, o urbanismo, a arquitetura, a gerontologia, a enfermagem e a economia. Todas estas áreas esforçam-se em compreender e explicar o envelhecimento (Mendes, 2017).

Toda esta evolução demográfica provoca investigações, e, por isso, pensar no envelhecimento populacional necessita atender a estas alterações demográficas, bem como implementar medidas, iniciativas e intervenções de forma a melhorar a qualidade

de vida das pessoas idosas e assegurar a sua integração na comunidade (Paúl & Ribeiro, 2011).

Por esse motivo, alargar a discussão e, conseqüentemente, o conhecimento sobre a temática de qualidade de vida dos idosos institucionalizados torna-se importante de forma a melhorar o envelhecimento dos idosos, permitindo a criação de intervenções que melhoram a sua vida. Assim, esta investigação tem como principal objetivo analisar a qualidade de vida dos idosos institucionalizados numa instituição do concelho de Ansião.

Este documento está estruturado em duas partes: a primeira parte é constituída pelo Enquadramento Teórico e tem 5 capítulos: Envelhecimento Ativo; Qualidade de Vida; Institucionalização; Qualidade de Vida dos Idosos Institucionalizados; Instrumentos de Avaliação da Qualidade de Vida dos Idosos. A segunda parte é constituída pelo Estudo Empírico, no qual são apresentados os seguintes tópicos: a Questão de Investigação e Objetivos do Estudo; Método; Instrumentos Utilizados; Procedimentos Éticos; Amostra; Apresentação e Discussão dos Resultados; Conclusões e Limitações. O documento será ainda acompanhado pelas respetivas referências bibliográficas e anexos.

PARTE I: ENQUADRAMENTO TEÓRICO

1. Envelhecimento Ativo

Nas últimas décadas, o envelhecimento ativo tornou-se uma área científica e política importante de investigação para responder ao envelhecimento demográfico sentido na União Europeia. Este conceito começou a ser desenvolvido na década de 90, com uma ênfase distinta na relação entre a saúde e a atividade da pessoa. A urgência em investir neste tema surge com o desmantelamento da ideia tradicional do curso de vida que associava a etapa mais antiga da vida à inatividade (Boudiny & Mortelmans, 2011).

A definição de envelhecimento ativo mais utilizada é da Organização Mundial da Saúde (OMS) que refere ser “o processo de otimização de oportunidades para a saúde, participação e segurança, a fim de melhorar a qualidade de vida das pessoas” (OMS, 2002, p. 12). O termo “ativo” é definido como a participação contínua em atividades sociais, económicas, culturais, espirituais e cívicas e não apenas em continuar fisicamente ativo (OMS, 2002).

Segundo a OMS, o envelhecimento deve ser vivido de uma forma ativa e assenta em três pilares fundamentais: saúde, segurança e participação.

O pilar da saúde refere-se ao bem-estar físico, mental e social. É fundamental manter os níveis baixos dos fatores de risco que interferem no aparecimento das doenças crónicas e no declínio funcional. No entanto, quando os fatores de proteção são elevados, as pessoas beneficiam de uma melhor qualidade de vida, são capazes de cuidar de si, mantendo-se mais saudáveis (OMS, 2005).

No que toca ao pilar da segurança, o mesmo diz respeito às necessidades e aos direitos das pessoas idosas à segurança social, física e financeira. Ficando assim asseguradas a proteção, a dignidade e o auxílio às pessoas idosas que não se podem sustentar e proteger (OMS, 2005).

Por fim, o pilar da participação está relacionado com a educação, com as políticas sociais de saúde e com os programas que apoiam a participação em atividades espirituais, culturais e sociais (OMS, 2005).

Atualmente, a problemática de envelhecimento ativo encontra-se presente nas políticas públicas nacionais e internacionais, como uma abordagem fundamental para enfrentar os diversos desafios do envelhecimento da população (Ribeiro & Paúl, 2011).

O envelhecimento ativo abrange diferentes domínios (saúde, socioeconómico, psicológico e ambiental) esses domínios acabam por influenciar o envelhecimento do indivíduo (Ribeiro & Paúl, 2011).

O idoso precisa de continuar a participar na sociedade de forma útil. É importante que sinta que continua a fazer parte dela, intervindo e contribuindo para o seu desenvolvimento. O envelhecimento ativo surge como um modelo mais consensual, no sentido que promove a qualidade de vida e a saúde dos mais velhos, com a manutenção da autonomia física, psicológica e social, em que os idosos estejam integrados em sociedades seguras e em que possam usufruir de uma cidadania plena (Ribeiro & Paúl, 2011).

No fundo, o envelhecimento ativo previne os efeitos negativos que o avanço da idade provoca. O envelhecimento ativo, feito de forma saudável, possibilita à pessoa nesta última etapa da vida ter melhores condições de segurança económica e pessoal, bem como ter uma participação ativa na vida familiar e social (Rodrigues, 2018).

2. Qualidade de Vida

A qualidade de vida é um conceito que tem vindo a sofrer alterações ao longo dos anos e apenas na década de 80 surge uma definição idêntica à utilizada na atualidade (Pimentel, 2006).

Na década de 80, começa-se a perceber que a qualidade de vida envolve várias componentes tais como a componente biológica, psicológica, cultural e económica pelo que deve ser considerada multidimensional. No entanto, foi apenas a partir da década de 90 que se passou a considerar o seu carácter subjetivo e cada um avalia a sua qualidade de vida de forma pessoal e sobre diversas perspetivas (Leal, 2008, cit por Ribeiro, 2011).

A saúde física do indivíduo, o seu estado psicológico, o nível de independência, as relações sociais, as crenças e o meio ambiente no qual a pessoa vive, são aspetos que influenciam a qualidade de vida do indivíduo e levam a que a autoavaliação da qualidade de vida seja subjetiva e interligada com o contexto cultural, social e ambiental. Devido à preocupação com a qualidade de vida, a OMS criou o grupo World Health Organization Quality Of Life (WHOQOL) com o intuito de debater o conceito e construir um instrumento para avaliar a qualidade de vida dos indivíduos (Canavarro & Serra, 2010).

2.1 Qualidade de Vida do Idoso

Antes de se definir qualidade de vida, tem de se ter em consideração que é um conceito muito complexo e não consensual diferindo conforme os diferentes contextos. É uma expressão muito usada no meio académico e pelos cidadãos comuns e ainda se encontram conceitos de qualidade de vida conforme os diversos grupos etários e para os diferentes contextos culturais e género (Correia, 2014). A OMS define a Qualidade de Vida como “uma perceção individual da posição na vida, no contexto do sistema cultural e de valores em que as pessoas vivem e relacionada com os seus objetivos, expectativas, normas e preocupações. É um conceito amplo, subjetivo, que inclui de forma complexa a saúde física da pessoa, o seu estado psicológico, o nível de independência, as relações sociais, as crenças e convicções pessoais e a sua relação com os aspetos importantes do meio ambiente” (OMS, 1994, p.28).

O conceito de qualidade de vida pode ser entendido de diferentes formas, mas existe um consenso sobre o seu carácter histórico e dinâmico, a sua multidimensionalidade e a sua natureza subjetiva. O estudo da qualidade de vida nos idosos é relativamente recente e ganhou um cuidado especial devido ao acentuado aumento do envelhecimento populacional a nível mundial (Marques et al., 2014).

A qualidade de vida é a dimensão predominante do envelhecimento ativo. Quanto maior for a qualidade de alguns fatores como a satisfação com a própria saúde, com os serviços sociais, com a vida económica e social, ou com o meio físico, maior será a qualidade de vida do idoso e melhor será o seu envelhecimento (Paúl & Fonseca, 2005).

Com o avanço da idade, surgem inúmeras doenças crónicas e diversos fatores que comprometem a vida dos idosos, com consequências ao nível da sua qualidade de vida, ou seja, a baixa qualidade de vida está, mutuamente, relacionada com baixos níveis de saúde dos idosos (Guler et al., 2016, cit por Ćwirlej-Sozańska et al., 2018).

A qualidade de vida depende de alguns fatores ambientais e pessoais que influenciam o comportamento dos indivíduos. Em relação aos idosos, a qualidade de vida é analisada utilizando alguns indicadores, incluindo a saúde; capacidades funcionais, (capacidade para se auto cuidar); situação financeira (ter uma pensão ou rendimentos); relações sociais (família e amigos); atividade física; serviços de saúde e sociais;

comodidades na própria casa; satisfação com a vida e por último, oportunidades de aprendizagem e culturais (Schalock & Verdugo, 2013).

A qualidade de vida abrange quatro domínios, o domínio físico, o psicológico, o das relações sociais e o do meio ambiente. O domínio físico diz respeito à dor e mal-estar, dependência de medicação ou tratamento, energia e fadiga, mobilidade, sono e repouso, atividade quotidiana e capacidade de trabalho. O domínio psicológico diz respeito aos sentimentos positivos e negativos, espiritualidade, religião, aspetos cognitivos, imagem corporal, ou seja, autoestima e aparência. O domínio das relações sociais refere-se às relações interpessoais, atividade sexual e apoio social e por último, o domínio do meio ambiente refere-se à segurança física, recursos económicos e à disponibilidade (Fleck, 2000).

Na perspetiva de Ferreira (2009), o lazer e o bem-estar também estão relacionados com a qualidade de vida do idoso, tendo um impacto na resolução de problemas e no equilíbrio a alcançar. Assim, o lazer pode ser encarado como algo necessário à manutenção da saúde e à autovalorização do idoso, que lhe proporciona um novo sentido à vida, pois o bem-estar da população idosa está associado à importância da atividade e da necessidade de realização de alguma tarefa ou trabalho, a fim de alcançar a felicidade, prazer e satisfação. Segundo Monteiro e Neto (2008), esta atividade evita os fantasmas do envelhecimento, o aborrecimento, a rotina e a solidão e os idosos podem transportar a experiência acumulada ao longo de toda a sua vida para as suas atividades e tempos livres.

Segundo Jacob (2015), a educação para os idosos tem vindo a ser objeto de inúmeros estudos, sendo que, atualmente podemos considerar duas perspetivas teóricas complementares: uma concebe a educação como estratégia de “socioterapia”, promovendo e estimulando a integração social, e, neste caso, a educação é encarada como um instrumento de promoção social; a segunda perspetiva concebe um envelhecimento melhor, e conseqüentemente uma melhor qualidade de vida, para os que mantêm a mente ativa através de atividades educativas, sendo a educação, sob esta perspetiva, encarada como uma espécie de ginástica mental que evita a deterioração das capacidades cognitivas e um instrumento para adquirir novos conhecimentos

Um estudo sobre a qualidade de vida dos idosos na Holanda, identificou a idade, o sexo, os baixos níveis de saúde, a depressão, a dependência, a vida rural, a educação e

a situação económica como fatores que afetam negativamente a qualidade de vida (Gobbens & Assen, 2018). Portanto, perceber as razões que diminuem a qualidade de vida dos idosos é importante para implementar intervenções que permitem o melhoramento da qualidade de vida do indivíduo (Gobbens & Assen, 2018).

Foi realizado um estudo qualitativo no Brasil por Fleck (2003) com 18 idosos sobre os fatores que contribuía para uma boa qualidade de vida. Como resultados relevantes os idosos valorizam o bom relacionamento com a família, com os amigos e a participação em organizações sociais; a saúde; os hábitos saudáveis; o bem-estar, alegria e amor; uma situação financeira estável; o trabalho; a espiritualidade; o voluntariado e o saber mais. Todos estes aspetos são fundamentais para a melhoria da qualidade de vida do indivíduo (Fleck, 2003).

Para aumentar a qualidade de vida dos idosos é necessário intervir e possibilitar um melhor acesso aos serviços de saúde, permitindo uma melhor integração social e assim promover um envelhecimento ativo e uma melhor qualidade de vida aos idosos (Paúl & Fonseca, 2005).

3. Institucionalização

Institucionalizar, segundo o dicionário da Priberam, significa “colocar alguém ou colocar-se de forma permanente ou por longo período de tempo numa instituição de correção, de assistência ou de cuidados de saúde” (Priberan, sd). Na maioria das vezes, a institucionalização remete-nos para o idoso que por algum motivo permanece durante o dia ou grande parte dele numa instituição. Quando permanecem as 24 horas do dia na instituição, pode dizer-se que são indivíduos institucionalizados (Jacob, 2002 cit por Almeida, 2008).

Segundo Sousa, Figueiredo e Cerqueira (2004), a institucionalização caracteriza-se pela saída da pessoa idosa do seu contexto habitacional, podendo este ser um processo de curta ou longa duração. Tudo isto implica uma planificação sequencial, a decisão da própria institucionalização, a eleição de um lar, a adaptação e a integração à nova residência.

O processo de institucionalização nem sempre é um processo fácil. Os idosos são institucionalizados quando as suas incapacidades físicas e psicológicas aumentam e as capacidades do meio ambiente diminuem, tornando-se necessário o internamento do idoso numa instituição (Pinto, 2013).

O idoso deverá participar e colaborar no processo da sua própria institucionalização porque o pleno conhecimento bem como a relação com o meio em que ficará institucionalizado, contribuem para uma melhor aceitação e adaptação (Carvalho & Dias, 2011).

O papel que a família desempenha é importante porque poderá adiar ou evitar a institucionalização do idoso (Runcan, 2011). As alterações ocorridas na nossa sociedade a nível económico e social provocam um aumento das dificuldades de os idosos permanecerem no seu meio residencial. Se tradicionalmente a família era a principal responsável pelo cuidado do idoso, atualmente este cuidado tem sido frequentemente transferido para instituições direcionadas e especializadas nesta área, sendo inúmeras as razões que levam a família a optar por recorrer às respostas sociais, nomeadamente, a entrada da mulher no mercado de trabalho, perda de autonomia do idoso, viuvez, problemas de saúde, entre outros (Almeida, 2008).

A institucionalização é considerada um problema? É um problema porque devido ao aumento do número de idosos há uma ausência de infraestruturas para acolher os idosos que delas necessitam e nem todas as infraestruturas existentes reúnem as condições básicas para satisfazerem as suas necessidades (Runcan, 2011).

A institucionalização do idoso é muitas vezes considerada um tabu e envolve algumas características específicas como valores, necessidades, crenças e sobretudo responsabilidades. É também um tema difícil em termos de gestão, provocando assim um problema social e familiar porque a institucionalização do idoso pode levar, por vezes, a tensões familiares, sentimentos de culpa partilhados pela família, abandono, solidão e dificuldades de adaptação ao meio institucional (Carvalho & Dias, 2011). O processo de institucionalizar é um processo duplo, ou seja, por um lado é um recurso internar os idosos em lares, casas de repouso ou outro tipo de instituições onde os próprios idosos têm assistência, e por outro lado, é entendida como um processo de perda da sua própria casa em que esteve a viver vários anos da sua vida. Isto pode levar a estados depressivos e, conseqüentemente, poderá ter conseqüências na forma como o idoso sente e vive o processo de institucionalização (Cardão, 2009).

A saída de casa para uma instituição nem sempre é um processo fácil na medida em que os idosos estão ligados ao seu meio residencial através de laços afetivos e memórias do passado. A entrada numa instituição constitui uma perda de referências em conjunto com grandes mudanças, prejudicando assim a adaptação dos indivíduos ao meio institucional (Quaresma et al., 2003). Num estudo realizado no Canadá e nos Estados Unidos, os fatores que levam o idoso a ser institucionalizado, são a idade, o diagnóstico, a situação habitacional, o estado civil, o estado psicológico, o nível de dependência nas Atividades de Vida Diária (AVD's). Estes fatores têm um grande peso quando se toma a decisão do idoso ser institucionalizado (Born & Boechat, sd cit por Freitas, 2006 cit por Neves, 2012).

Esta situação não acontece apenas no Canadá e nos Estados Unidos, é também uma realidade pelo mundo fora, nomeadamente em Portugal. O perfil do idoso institucionalizado apresenta, na sua maioria, as seguintes características: sexo feminino, a faixa etária acima dos 75 anos, baixa escolaridade, idosos polimedicados, e a presença de algumas síndromes (imobilidade, instabilidade, incontinência e perdas cognitivas,

presença de doenças crónicas-degenerativas, dificuldade nas Atividades de Vida Diária (AVD), presença de depressão, solteiros ou viúvos e ainda hospitalização) (Neves, 2012).

Existem alguns aspetos negativos na entrada do indivíduo numa instituição que contribuem para uma diminuição do seu bem-estar e da sua qualidade de vida. Os aspetos negativos são: o risco de despersonalização, a partilha de espaço íntimo com desconhecidos, a falta de privacidade, o luto pela sua casa e objetos de uma vida, o facto de ter de partilhar o seu tempo e as atividades junto de pessoas com as quais não estabelece relações de amizade e o dever de obedecer às regras ditadas pela instituição. Para além disso, com a institucionalização, observa-se uma perda cada vez maior e significativa da influência do sujeito na família, havendo muitos indivíduos institucionalizados que recebem poucas, ou quase nenhuma, visitas dos familiares (Bosi, 1994 cit por Sequeira, 2010).

4. Qualidade de Vida dos Idosos Institucionalizados

Devido ao acelerado envelhecimento populacional, existe uma maior necessidade de compreender os aspetos biopsicossociais dos idosos e em promover não só um prolongamento da vida mas também esse prolongamento com qualidade de vida (Fleck, 2000).

As atividades sociais, o sentir-se integrado na família e comunidade e ainda o convívio, estão relacionados com a qualidade de vida e o bem-estar do idoso. Assim, a qualidade de vida do idoso institucionalizado, para além do acolhimento na instituição, também depende, e muito, do convívio de pessoas próximas, ou seja, dos amigos próximos e familiares de forma a minimizar ou evitar o estado de depressão e solidão. Quando os idosos entram nas instituições perdem laços afetivos e perdem referências da sua vida pelo que manter o contacto com as pessoas próximas é fundamental para uma melhor aceitação da institucionalização (Carvalho & Dias, 2011).

Os idosos institucionalizados vivem limitados ao mesmo espaço, às mesmas rotinas e veem-se dependentes de outras pessoas o que pode afetar a sua vida e principalmente a sua qualidade de vida na instituição (Cruz, 2012).

A institucionalização pode ser positiva ou negativa na vida do idoso e desse modo influenciar a sua qualidade de vida, dependendo dos fatores objetivos e subjetivos da

avaliação pessoal. É neste seguimento que surgem diversos instrumentos específicos para avaliar a qualidade de vida dos idosos institucionalizados (Moreira, 2014).

O ambiente institucional é fundamental para a qualidade de vida do idoso para o seu envelhecimento, pois deve corresponder às várias exigências e necessidades que esta faixa etária apresenta. Não estão em causa apenas os aspetos físicos, mas também todas as variáveis essenciais desse ambiente institucional. O ambiente deve proporcionar um conjunto de experiências que possibilitem à pessoa idosa manter-se ativa sobre todos os pontos de vista de forma a melhorar a sua qualidade de vida (Almeida & Rodrigues, 2008).

O conceito de qualidade de vida na velhice inclui critérios subjetivos e objetivos, sendo influenciados sobretudo pelos valores do indivíduo e da sociedade em que está inserido. Num estudo realizado por Irigaray e Trentini (2009), onde participaram 103 idosos, estes associaram variáveis favoráveis e variáveis prejudiciais à qualidade de vida. Assim. Foi possível observar que os sentimentos positivos como a alegria, o amor e a amizade, foram as variáveis mais associadas como fundamentais na qualidade de vida na velhice. Em contrapartida, como aspetos prejudiciais à qualidade de vida, foram evidenciados a política, a falta de segurança e as desigualdades sociais (Irigaray & Trentini, 2009).

Existem alguns estudos nesta área da qualidade de vida dos idosos institucionalizados, assim sendo para compreendermos esta temática, fez-se um levantamento de alguns deles. Foi realizado um estudo em quatro instituições, estudo esse descritivo e transversal que abrangeu 93 idosos, com o objetivo de conhecer a qualidade de vida e a sua influência na vida das pessoas. Para a obtenção dos dados foi utilizado o índice de Katz e uma grelha de avaliação da qualidade de vida do idoso. Os resultados apontaram que cerca de 42% dos idosos foram institucionalizados por vontade própria e 30,1% por vontade dos filhos. As razões que levam os idosos a serem institucionalizados são várias, mas neste caso a razão mais fulcral foi a solidão seguida dos problemas de saúde (Almeida & Rodrigues, 2008).

Almeida e Rodrigues (2008) ainda referem, que o sexo da pessoa influencia a qualidade de vida, uma vez que os homens na sua maioria apresentam melhor qualidade de vida comparativamente às mulheres. A idade também é um fator que influencia a qualidade de vida porque à medida que a idade aumenta existe uma perda de qualidade de vida.

Ao analisar outro estudo realizado através de um inquérito populacional sobre a qualidade de vida foram identificadas 11 categorias através das 365 respostas dos idosos. A primeira categoria refere-se à preservação dos relacionamentos interpessoais, ou seja, significa manter os laços afetivos com a família, contribuir se possível para a educação dos filhos e neto. Muitos referem que manter a qualidade de vida é manter um bom convívio social com todos, nomeadamente, vizinhos, amigos e familiares. A segunda categoria que apresenta maior importância na qualidade de vida do idoso é manter uma boa saúde, ou seja, adotar hábitos de vida considerados saudáveis relativos à alimentação, ao sono, à prática de exercícios físicos regulares. A terceira categoria mais importante faz referência ao equilíbrio emocional, isto é, os mesmos mencionam que ter qualidade de vida é viver de forma tranquila, bom humor e sentir-se satisfeito com a própria vida. No que toca às restantes categorias menos mencionadas pelos idosos temos: a obtenção de bens materiais, trabalhar com prazer, a espiritualidade, praticar a caridade, continuar a adquirir conhecimentos, viver num ambiente favorável (Vecchia et al., 2005).

5. Instrumentos de Avaliação da Qualidade de Vida dos Idosos

A qualidade de vida é associada à saúde, habitação, lazer, hábitos de atividade física e alimentação, resultando em fatores que geram uma percepção positiva de bem-estar, condicionado por condições mentais, ambientais e culturais, neste sentido, devem-se considerar as inúmeras variáveis que a compõem e os vínculos entre elas (Almeida et al., 2012 cit por Rôla et al., 2018).

Os instrumentos que surgiram para avaliar a qualidade de vida, são instrumentos que na sua maioria centram-se em diferentes domínios: domínio físico, isto é dor, fadiga, capacidades e limitações; domínio psicológico, ou seja percepção do estado de saúde, depressão, autoestima, ansiedade e imagem corporal; domínio das relações sociais que diz respeito ao apoio familiar e social, às limitações impostas pela sociedade e às relações interpessoais; ainda o domínio da independência, ou seja, mobilidade, atividades quotidianas, capacidade para o trabalho e por último o domínio do bem-estar que integra no bem-estar corporal, emocional, saúde mental e vitalidade (Gordia et la., 2011).

O crescente interesse sobre o tema da qualidade de vida, fez com que a OMS reunisse especialistas de diversas regiões do mundo para criar um grupo de estudos dentro de uma perspetiva transcultural (Gordia et la., 2011). O grupo WHOQOL foi criado pela OMS com a finalidade de construir um instrumento de avaliação da qualidade de vida assente numa perspetiva transcultural. Este Grupo WHOQOL é considerado um grupo com abordagem transcultural porque envolveu a criação de um instrumento de forma colaborativa com diferentes países. Elementos provenientes de diferentes culturas colaboraram na operacionalização dos domínios a avaliar na qualidade de vida, na redação das questões, na escala de respostas e nos testes de campo nos países envolvidos nesta etapa. Para que a colaboração fosse internacional, foi feita a seleção de países com diferenças no nível de industrialização, de disponibilidade de serviços de saúde, importância da família e a religião dominante entre outros aspetos. O método de WHOQOL pôs em prática uma entrada de dados iterativa para a consolidação e revisão da informação em cada fase do desenvolvimento do instrumento que foi traduzido para várias línguas (Fleck, 2000).

O instrumento WHOQOL-100 é o instrumento mais completo e consiste em um questionário de 100 perguntas referentes a seis domínios (físico, psicológico, nível de

independência, relações sociais, meio ambiente e por último espiritualidade). Estes domínios são divididos em 24 facetas e cada faceta é constituída por quatro questões e ainda haverá mais quatro questões gerais sobre a qualidade de vida. A escala de Likert é utilizada para nas respostas das questões do questionário do WHOQOL-100, para além desta escala ainda existem mais três tipos de escalas, tudo depende do conteúdo da pergunta, assim sendo são respondias em termos de intensidade, capacidade, frequência e avaliação (Fleck, 2000).

As características psicométricas do WHOQOL-100 foram estabelecidas a partir de uma amostra de 8.294 indivíduos provenientes de diferentes países (The WHOQOL Group, 1998 cit por Fleck, 2000).

Apesar de ser um instrumento muito completo e proporcionar uma avaliação detalhada, pode tornar-se muito extenso para algumas aplicações. Assim, houve a necessidade de criar um instrumento mais pequeno para estudos onde a avaliação da qualidade de vida é apenas uma das variáveis em estudo e neste seguimento, o grupo da OMS desenvolveu uma versão reduzida do WHOQOL-100 que ficou a chamar-se WHOQOL-bref (Fleck 2000).

O instrumento WHOQOL-bref apresenta 26 questões, duas questões gerais da qualidade de vida e as restantes representam cada uma das 24 facetas que compõem o instrumento original. Isto é diferente da versão WHOQOL-100 onde cada faceta é avaliada por quatro questões, no WHOQOL-bref cada faceta é apenas avaliada por apenas uma questão (The WHOQOL Group, 1998 cit por Fleck 2000). Para selecionar as questões foi utilizado tanto o critério psicométrico como conceitual. No que toca ao critério conceitual e para preservar o objetivo principal do instrumento ficou decidido que cada uma das 24 facetas do instrumento WHOQOL-100 deveria ser representada por uma questão. No critério psicométrico selecionou-se a pergunta que mais se correlacionasse com score total do WHOQOL-100 calculada pela média de todas as facetas. Por haver domínios que se correlacionam entre si, houve a necessidade que este instrumento WHOQOL-bref apresentasse apenas quatro domínios, ou seja, o domínio físico, psicológico, relações sociais e meio ambiente (Fleck 2000).

Outro instrumento de avaliação da qualidade de vida é o “Medical outcomes study 36- Item Short- Form Health Survey (SF-36)” (Rôla et al., 2018, pp. 115) que é um instrumento original na língua inglesa norte- americana, que consiste num questionário

multidimensional avaliando mais de 200 doenças e que está já traduzido em 40 países, incluindo Portugal. Este instrumento de avaliação tem sido usado em estudos de qualidade de vida em pacientes com insuficiência renal, em pacientes que realizam hemodiálise, em pacientes que tenham hipertensão arterial, em idosos submetidos a cirurgia devido à fratura do fémur e reformados. É ainda um instrumento que recai sobre oito dimensões da qualidade de vida: capacidade funcional, limitação por aspetos físicos, dor, estado geral de saúde, vitalidade, aspetos sociais, aspetos emocionais e saúde mental (Rôla et al., 2018).

O instrumento “12- Item Short- Form Health Survey (SF-12) ” (Rôla et al., 2018, pp. 115), é um instrumento internacionalmente reconhecido, curto e compreensível, extensivamente utilizado na avaliação da qualidade de vida relacionada à saúde. É utilizado em alternativa ao instrumento SF-36 que utiliza 12 itens derivados do SF-36, considerando a qualidade de vida na saúde dos indivíduos nas quatro últimas semanas. Tem a vantagem de ser mais rápido e a sua aplicação é muito útil para avaliar a qualidade de vida na população em geral, a partir dos aspetos físicos e mentais. (Rôla et al., 2018).

O Short-Form 6 dimensions (SF-6D) permite a obtenção de medidas de preferência por estados de saúde, a partir dos itens do SF-36 com uma maior plasticidade na sua aplicação é no fundo considerada uma medida genérica de qualidade de vida com o uso para problemas psicossociais no âmbito individual (Rôla et al., 2018).

PARTE II: ESTUDO EMPÍRICO

6. Problema em estudo, questões e objetivos da investigação

O aumento do envelhecimento populacional trouxe várias preocupações, nomeadamente, no que toca ao especial cuidado com a qualidade de vida dos mais velhos (Marques et al., 2014).

O envelhecimento da população é marcado por uma população cada vez mais idosa e portadora de situações crónicas que acaba por as levar a serviços de internamento hospitalar e, conseqüentemente, a instituições de apoio ao idoso. Estas instituições são importantes porque garantem prestações de cuidados à manutenção de uma vida mais digna e contribuem para um melhoramento do bem-estar dos idosos (Lourenço, 2014).

A entrada do idoso numa instituição poderá levar o idoso a ter sentimentos depressivos, de solidão, exclusão social, falta de privacidade e ainda alterações nas rotinas (Fernandes, 2000 & Born 2002 cit por Ribeiro et al, 2014). O convívio social e o aumento de oportunidade de interação dentro do meio institucional podem também favorecer a autoestima do idoso e levar a um aumento da qualidade de vida (Fernandes, 2000 & Born 2002 cit por Ribeiro et al, 2014).

Neste sentido, é importante saber mais e conhecer melhor a realidade vivida nas instituições e a qualidade de vida dos idosos que nela residem. Neste estudo a questão de partida é a seguinte: “Será que os idosos institucionalizados referem ter qualidade de vida?”. Para além disso, ainda foi estabelecido um objetivo geral e quatro objetivos específicos. Os objetivos específicos advêm do objetivo geral.

Objetivo Geral: Analisar a qualidade de vida dos idosos institucionalizados numa Instituição Particular de Solidariedade Social (IPSS) do concelho de Ansião.

Objetivos específicos:

- Compreender os domínios que mais afetam a qualidade de vida dos idosos;
- Descrever os fatores de risco da qualidade de vida;
- Compreender se a solidão afeta a qualidade de vida dos idosos institucionalizado;
- Identificar os fatores protetores para a manutenção da qualidade de vida.

6.1 Desenho e método da investigação

Este estudo é de natureza qualitativa. A abordagem qualitativa faz com que o investigador aprofunde a sua pesquisa nas ações do indivíduo, ou seja, investigue o seu contexto social de forma a não se preocupar com representações numéricas, estatísticas e relações causa e efeito (Guerra, 2014). De acordo com Araújo et al. (2016) a investigação qualitativa prende-se com a procura de conhecimento e compreensão das relações dos indivíduos no seu contexto social.

A pesquisa qualitativa é uma metodologia de investigação não estruturada, apoiada em pequenas amostras que faz com que haja uma compreensão do contexto do problema (Malhotra, 2004). Este tipo de metodologia tem o intuito de descrever e interpretar e não apenas avaliar o problema, neste seguimento o investigador deverá observar, descrever e interpretar o contexto tal como ele é sem se preocupar em controlá-lo (Freixo, 2011).

Este estudo pretende oferecer maior informação e compreensão sobre o assunto em pesquisa, descobrir mais sobre a problemática num contexto real e dessa forma manter contacto direto com os indivíduos. Também se pretende perceber o que proporciona aos idosos qualidade de vida e o que se torna um entrave para que esta não esteja presente. Assim sendo, para atingir o objetivo, o instrumento que foi utilizado foi a entrevista como forma de recolha de dados, permitindo recolher uma maior quantidade e variedade de informação que, de outra forma não seria possível.

6.2 Participantes

Os participantes deste estudo são 10 idosos, clientes do serviço de Estrutura Residencial para Pessoas Idosas (ERPI). Este tipo de estrutura é destinada a indivíduos com autonomia ou em situação de perda de autonomia, beneficiando da intervenção de equipas técnicas multidisciplinares com profissionais com formação que proporcionam um apoio biopsicossocial e cuidados de saúde.

A investigação foi realizada numa instituição do concelho de Ansião no distrito de Leiria. É uma instituição com várias valências: Creche, Jardim-de-infância, Centro de Atividades de Tempo Livre, ERPI, Centro de dia e Serviço de Apoio ao Domicílio. Neste caso, a investigação foi realizada na valência de ERPI.

Procedeu-se à técnica de amostragem intencional, esta amostra é composta por indivíduos selecionados propositadamente pelo investigador, uma vez que o investigador considera que esses indivíduos possuem as características representativas da população (Figueiredo, 2011). A seleção dos indivíduos para fazerem parte do estudo foi feita tendo em conta os seguintes critérios de inclusão: aceitarem de livre vontade participar no estudo, assinando o termo de consentimento informado; serem idosos beneficiários da valência de ERPI; não terem qualquer tipo de comprometimento cognitivo; estarem institucionalizados há mais de dois meses na ERPI ou já terem estado algum tempo institucionalizados noutra ERPI.

Para a seleção da amostra, foi previamente estabelecido contacto com a instituição tanto com os indivíduos como com a animadora sociocultural que ajudou na seleção dos participantes e, posteriormente, foi realizada a recolha dos dados.

Pode-se admitir que esta técnica de seleção dos indivíduos e constituição da amostra do estudo não é representativa da população ou universo, nesse sentido, impede a generalização dos resultados (Ribeiro, 2008). Assim sendo, o estudo não pretende generalizar os resultados a toda a população de idosos institucionalizados, mas pretende valorizar e analisar detalhadamente as singularidades obtidas em relação a esta temática, no grupo de participantes escolhidos.

6.3 Instrumento de recolha de dados: Entrevista

Como instrumento de recolha de dados optou-se pela utilização da entrevista semiestruturada. A entrevista tem uma grande vantagem que é a sua adaptabilidade, uma vez que o investigador consegue explorar determinadas ideias, testar respostas, investigar motivos e sentimentos, algo que o inquérito por questionário não consegue fazer. O tom de voz, a expressão facial, a hesitação, entre outros aspetos quando as questões são respondidas são importantes para que possam transmitir informações pertinentes, assim, a resposta dada nas entrevistas pode ser desenvolvida e clarificada (Bell, 1993).

As entrevistas têm as suas próprias desvantagens, é uma técnica que necessita de muito tempo, é subjetiva e o investigador deve ser imparcial. Por outro lado, a análise de respostas também pode levantar problemas e a formulação das questões deve ser feita de forma correta. Ao longo da entrevista pode-se sempre questionar algo que ficou mal-entendido e perceber melhor alguns aspetos. É uma técnica aberta contrariamente àquilo que acontece com os inquéritos por questionário (Bell, 1993).

Para elaborar as entrevistas é necessário um longo procedimento, isto é, os tópicos têm de ser selecionados, as questões elaboradas e os métodos de análise considerados. Quando se realizam as entrevistas tem de se ter em atenção a própria linguagem. Neste caso, como as entrevistas foram realizadas a pessoas idosas, muitas delas sem formação, foi necessário ter em atenção a linguagem científica. Para a realização das perguntas foi preciso ter uma base, ou seja, ter estudado o problema, por isso, a fundamentação é importante (Bell, 1993).

Neste estudo, o guião da entrevista foi construído através de um questionário que avalia a qualidade de vida das pessoas, esse questionário foi desenvolvido por um grupo da OMS: WHOQOL-100. É um questionário considerado completo porque estuda vários domínios da qualidade de vida, através da entrevista foi possível aprofundar algumas das questões presentes no questionário.

Neste estudo optou-se por realizar a entrevista semiestruturada, na qual é necessário um guião de assuntos ou questões, às quais o investigador pode acrescentar ou reformular questões, para perceber melhor determinados aspetos sobre o tema em estudo, fazendo com que o entrevistado possa expressar as suas opiniões com liberdade

de tempo e de palavras. Este tipo de instrumento de recolha de dados permite a recolha de grande quantidade de dados num contexto reduzido de participantes (Ribeiro, 2008).

6.4 Procedimentos relativos à recolha de dados e questões éticas

Após a realização do enquadramento teórico e respeitando os requisitos éticos necessários, procedeu-se à formalização do pedido de autorização do estudo à comissão de ética do Instituto Politécnico de Coimbra e depois do parecer favorável, foi realizado um primeiro contacto com a instituição com a valência de ERPI, no concelho de Ansião, para perceber quais seriam os participantes do estudo e obter autorização por parte da mesma para a contactar os participantes e realizar o estudo. Solicitou-se o preenchimento dos termos de consentimento informado (Anexo A), no qual foram explicados os objetivos do estudo e a sua natureza voluntária. Foi também solicitada autorização para a gravação áudio das entrevistas, que foram agendadas e realizadas individualmente num horário combinado com a instituição e tiveram um tempo médio entre 30 minutos a 60 minutos. Todos os dados relatados ao longo da entrevista são protegidos e usados apenas para proveito do estudo.

O guião das entrevistas (Anexo B) foi construído adaptando as questões do questionário de qualidade de vida da WHOQOL-100 e foram formuladas tendo em conta a sequência de pensamento do entrevistado, isto é, procurando dar sempre continuidade à conversa, conduzindo a entrevistas com um propósito lógico para o entrevistado (Boni & Quaresma, 2005).

As entrevistas foram transcritas e sujeitas a uma análise de conteúdo (Bardin, 1997). Os domínios sujeitos à investigação foram os mesmos apresentados no questionário de qualidade de vida da WHOQOL, de acordo com esses domínios foram organizadas perguntas para perceber a qualidade de vida dos participantes. Dentro de cada domínio emergiram os temas e os subtemas que foram sujeitos a análise.

6.5 Amostra

As entrevistas foram realizadas a dez utentes (n=10), 3 participantes do sexo masculino e 7 participantes do sexo feminino de uma ERPI do concelho de Ansião, com idades compreendidas entre os 55 anos e os 93 anos (tabela 1). A maioria dos participantes são viúvos, apenas um participante se encontra casado e coabita com a sua mulher na instituição. Sendo um meio rural, a maioria dos participantes trabalhou grande parte da sua vida na agricultura e em casa, estas foram as profissões com maior destaque por parte dos entrevistados, para além dessas profissões ainda mencionaram as seguintes: empregado fabril, calceteiro, carpinteiro e construtor civil. Existe uma participante no estudo que nunca trabalhou devido ao seu problema de saúde.

Devido ao meio ser rural e a população ter idade avançada, existe uma grande percentagem de entrevistados que são considerados analfabetos, que nunca foram à escola e os restantes apresentam escolaridade baixa, nomeadamente, a 4ª classe.

Tabela 1

Caraterização da Amostra

Participantes	Idade	Sexo	Estado Civil	Profissão	Escolaridade	Tempo na Instituição
S1	88 Anos	Feminino	Viúva	Agricultura e Doméstica	Nunca foi à escola, mas sabe ler e escrever	2 Anos
S2	89 Anos	Masculino	Casado	Fabril	4ª classe	1 Ano
S3	79 Anos	Feminino	Viúva	Doméstica	4ª classe	Há mais de 10 anos
S4	93 Anos	Feminino	Viúva	Agricultura	Analfabeta	7 Anos
S5	64 Anos	Masculino	Divorciado	Construtor Civil	Analfabeto	5 Meses
S6	86 Anos	Feminino	Viúva	Agricultura	Não foi à escola, mas sabe ler e escrever	4 Anos
S7	55 Anos	Feminino	Solteira	Doméstica	12º ano	3 Anos
S8	70 Anos	Feminino	Viúva	Agricultura e Doméstica	3ª Classe	1 Ano
S9	83 Anos	Masculino	Viúva	Calceteiro, carpinteiro, agricultura	4ª Classe	8 Anos
S10	88 Anos	Feminino	Viúva	Agricultura	Analfabeta	1 Ano

7. Apresentação e Discussão dos Resultados

Realizada a transcrição das entrevistas, numeradas de 1 a 10, as mesmas foram analisadas com recurso à análise de conteúdo, nas quais a unidade de análise considerada foi “assuntos” (Bardin, 1997). Primeiramente, foi realizada uma leitura por todos os trechos e foi feita uma seleção dos assuntos mais importantes. Posteriormente, e de acordo com os domínios já presentes no questionário da WHOQOL, emergiram temas e subtemas. Assim a estrutura de análise inclui 4 domínios e cada um com vários temas e subtemas que são apresentados na tabela 2. No Anexo C, podemos observar a tabela completa com as respetivas transcrições.

Tabela 2

Domínios, temas e sub-temas

DOMÍNIOS	TEMA	SUB-TEMA
DOMÍNIO PSICOLÓGICO	Sentimentos e Emoções	Tristeza
		Alegria
		Desespero
		Preocupações
		Vivências do Passado
	Sono	Dorme Bem
		Dorme Mal
DOMÍNIO FÍSICO	Autonomia	Dependente
		Independente
		Tomada de decisões
	Saúde/bem-estar físico	Doença
		Como se sente em relação a sua saúde
DOMÍNIO SOCIAL	Relações Sociais	Relações familiares
		Relações institucional
	Interesses e ocupações	Atividades de lazer
		Novas Aprendizagens
DOMÍNIO RELIGIOSO	Crenças religiosas, princípios e valores pessoais	Importância de Deus/ da religião
		Hábitos Religiosos

7.1 Domínio Psicológico

O domínio psicológico engloba o tema dos sentimentos e emoções e ainda o tema do sono. O tema dos sentimentos e emoções integra o subtema da tristeza, da alegria, do desespero, preocupações e vivências do passado. O tema do sono é subdividido pelo subtema *dorme bem* e pelo subtema *dorme mal*.

Sentimentos e Emoções

Quando falamos de qualidade de vida, a mesma relaciona-se com sentimentos e emoções positivos, ou seja, quem por norma apresenta qualidade de vida experimenta mais sentimentos e emoções positivas, como é o caso da alegria e da felicidade. No entanto, de acordo com os dados recolhidos, a maioria dos entrevistados relatam sentimentos de tristeza que relacionam na maioria das vezes com os problemas de saúde e distância com a sua família. Estes sentimentos e emoções podem ser evidenciado nas seguintes citações:

“Estou triste às vezes por causa da minha mulher, choro né, tenho pena dela, ainda agora está ali sozinha (...)”- **S2**

“Olha uma coisa que me deixa triste é não estar ao pé da minha família”; “Então onde é que está a alegria?”; “A minha vida não tem sentido nenhum, já perdeu o sentido há muito” – **S4**

“O ritmo de alegre foi-se embora”; “O que eu gosto menos da minha vida é a tristeza e dores”- **S9**

“Então, olhe nem sei, nem sei o que hei-de dizer, o que eu gosto menos é não ter saúde e não poder andar e não poder estar na minha casa”- **S10**

A emoção de alegria é também mencionada, apesar de ser mencionada por uma minoria, uma das razões que leva os participantes sentirem-se alegres é a família e também as atividades em que participam na instituição:

“olhe o que eu mais gosto da minha vida e penso muito e tenho tanta coisa que eu devo a eles aos meus sobrinhos, olhe eu fui mãe, fui tia e fui avó e eles largam-se a rir e dizem que é verdade e, é fui mãe, fui tia e fui avó”- **S3**

“Gosto da minha vida então não gosto”; “Então hoje veio o músico e eu gosto muito, gosto de cantar umas cantigas e dançar com ele, gosto desta vida”- **S8**

Contudo, há quem também se sinta desesperado e tenha já desejado a morte ou tenha momentos de maior desespero por situações que aconteçam no seu dia-a-dia:

“Ando sempre a ver quando vem aquela negra mas aquela nunca veio e tenho estado à espera disso”- **S4**

“Ai isso de vez em quando dá-me cada neura mas eu faço assim uns filmes meigos malucos ahah mas depois passa”- **S7**

“Não, olhe que desejei muito a morte muito muito”- **S3**

As preocupações são também um subtema que é relatado dentro dos sentimentos e emoções, há muitos participantes que referem várias preocupações na sua vida, nomeadamente, as preocupações sobre a família:

“Se acontece alguma coisa aos meus filhos eu fico triste, por exemplo nunca pensei mas já tenho dois filhos divorciados e isso custa-me”- **S1**

“é, é ainda ontem disse ai a maior pena que eu tenho é deixá-los e não ver o que vai ser passado”- **S3**

“Então eles dizem que estão bem mas para nós acreditarmos é preciso ver a gente para acreditar, eles também não sabem como é que eu estou eles veem mas é diferente (internet) ”- **S4**

Outras das preocupações mencionadas por alguns entrevistados é em relação à saúde e à realização das atividades de vida diária:

“Querer fazer as coisas e não poder é tão triste estar presa a uma cama ”- **S7**

“Preocupo-me com a minha saúde em primeiro lugar, a minha família vem me cá visitar tenho aqui uma sobrinha minha que está aqui a trabalhar todos os dias, hoje não a vi que ela anda a limpar as casas das pessoas e é assim”- **S8**

“Ai são todas, não ter saúde, não ter os meus 20 anos, a gente nunca chega aonde queremos”- **S9**

Por último, um entrevistado refere que a sua maior preocupação é ter medo de morrer:

“é de morrer, não gosto”- **S6**

Sono

Ainda dentro do domínio psicológico, temos o tema do sono que retrata os hábitos de sono dos entrevistados. A partir dos depoimentos foi possível perceber que a maioria dos participantes dorme mal e que demora demasiado tempo para adormecer. Todos usam medicação para dormir.

“Tinha dificuldade em dormir mas agora durmo melhor que a médica da minha mulher me receitou uns comprimidos mas agora estou a dormir melhor com estes comprimidos que a médica receitou para reduzir a urinar para não acordar tanta vez, esta noite acordei só uma vez, tomei às 10horas o suplemento que eles dão, umas bolachas e um iogurte e já dormir até eram quase 5horas quando acordei e eu costumava acordar entre 4,5,6 vezes ver se fico melhor mas mesmo assim sinto-me bem sinto-me bem.”- **S2**

“Pois não, não durmo bem sem aquele comprimido é uma coisa tão pequenina mas sem ele já não durmo bem e depois põe-me a máquina e durmo até de manhã”- **S8**

“Sonho muito e durmo pouco”- **S9**

“ah eu quando vou para a cama eu não durmo não durmo mesmo que eu tome qualquer coisa para dormir, só me vem o sono mais tarde eu atão eu acendo eu tenho lá uma televisão eu vou daqui muito cansada porque o barulho para mim é como quem me mata, mas é o que eu tenho de ouvir aqui não o que é que eu hei-de fazer, mas eu chego lá acendo um bocadito a televisão e quando ligo a televisão já começo a ficar assim um bocado, tomo o comprimido mas a adormecer logo de caminho não adormeço”- **S3**

Assim sendo, analisando os resultados deste estudo, no domínio psicológico, os sentimentos e emoções negativos evidenciados são mais recorrentes do que os sentimentos e emoções positivas. De acordo com a opinião de Irigaray e Trentini (2009), as emoções e sentimentos negativos são prejudiciais à qualidade de vida, em contrapartida as emoções positivas como a alegria, o amor e a amizade é que são fundamentais para uma boa qualidade de vida. Neste estudo os participantes relatam ter emoções positivas, apenas pontualmente, e as razões são as atividades realizadas na instituição e a família.

Vecchia, et al. (2005), identifica alguns fatores fundamentais para a qualidade de vida, sendo eles os seguintes: manter laços com a família, manter hábitos de vida considerados saudáveis relativos ao sono e ainda bom humor e sentir-se satisfeito com a própria vida. Analisando os resultados deste domínio com os fatores referenciados por Vecchia, et al., podemos afirmar que os participantes do presente estudo não apresentam hábitos saudáveis em relação ao sono, referindo ainda que precisam de medicação para dormir. Em relação a sentirem-se satisfeitos com a sua própria vida, os participantes mencionam diversos sentimentos e emoções negativas que são prejudiciais para se sentirem bem com a vida. No entanto, o único fator positivo mencionado pelos participantes foi a alegria de manterem laços afetivos com a própria família.

7.2 Domínio Físico

O domínio físico integra dois temas: autonomia e saúde/bem-estar físico que se relacionam entre si.

Autonomia

A autonomia de cada utente altera o tipo de necessidades que cada um tem. Após feita a análise dos dados recolhidos, todos os utentes necessitam de ajuda no dia que tomam banho e alguns precisam de ajuda para se vestir.

“Graças a deus ainda não, quer dizer ajudam me a tomar banho mas depois vesti-me sozinha e também vou à casa de banho sozinha”- **S1**

“Não, vai uma senhora ajudar no banho mas de resto ainda me visto bem, faço a barba bem, agora calçar as meias já me custa um bocado, ainda ontem uma senhora perguntou: “Senhor Mário precisa de alguma ajuda?” não senhora obrigada, quando eu precisar eu peço”- **S2**

“Eu não sou capaz de me vestir nem me despir é tudo com ajuda, quando vou à casa de banho vou sozinha e à rua também ”- **S4**

“Não, não, eu faço tudo sozinho.”- **S5**

“Não, não. A ajuda que eu preciso é quando me deito é colocar-me a fralda”- **S10**

No entanto, há apenas um entrevistado que é, praticamente, dependente:

“é tudo feito por elas só o comer é que como por mim ah e uso fralda e tenho um saco de urina tudo isto e como as coisas chatas, já nunca mais tenho saúde”- **S3**

Em relação à autonomia para tomar as decisões, os participantes referem que tomam as suas decisões, embora estejam muitas vezes dependentes dos técnicos da instituição, ou seja, estando a viver na instituição nem sempre têm a liberdade total para fazer e tomar as decisões que querem porque na instituição há regras e rotinas que têm de ser cumpridas.

“Eu ainda tomo as minhas decisões mas elas não aceitam”- **S3**

“Sim, sim tomo sim senhora, mas algumas decisões tenho que pedir a eles”-**S5**

“Sinto e faço por isso não gosto estar a leste de nada”; “claro que estou sempre dependente das outras pessoas”- **S7**

“Pois mas aqui também tenho alguém que manda mais que eu, às vezes elas não me deixam sair como eu queria e aí tenho que recuar um bocado”- **S8**

Saúde/ Bem-estar físico

O último tema do domínio físico engloba a saúde e o bem-estar físico e evidencia como é que saúde pode influenciar a vida do idoso e a sua qualidade de vida, isto porque a saúde é fator determinante na qualidade de vida do mesmo. Os idosos frequentemente apresentam várias patologias, nomeadamente, diabetes que acaba por trazer outras implicações, sequelas de Acidentes Cardiovasculares (AVC), problemas de mobilidade associada a quedas ou problemas de ossos, artrite crónica, problemas cardíacos, doenças oncológicas e ainda esclerose múltipla, são algumas das doenças referidas pelos participantes:

“Diabetes penso não ter, tenho doença renal, tenho alguns problemas de coração porque me canso muito mas também já é da idade”- **S1**

“4 AVC’S, tenho um problema nos ossos não me aguento, fiquei apanhada nunca mais andei, tenho um tumor na cabeça já não me operaram já não ia a tempo de me operarem para eu ficar boa, o médico foi sincero” – **S3**

“Então uma e dos rins que eu não dou isto a ninguém, 3 vezes para Pombal é muito, vou fazer diálise (terças, quintas e sábados) ”- **S4**

“Ainda tirei o primeiro ano de direito, foi nessas férias das frequências que me deu este problema de esclerose múltipla”- **S7**

“Tenho, tenho, fui operado ao esófago tive um cancro várias coisas, tenho artrite crónica, tive um acidente com a serra em 1970 e fiquei sem a mão.”-**S9**

“Não, tenho aqui uma pilha no coração, fui operada a esta perna, não queria ser operada à perna (...)”- **S10**

Pretendemos saber também como é que os utentes se sentem em relação à sua saúde, uma vez que o estado de espírito de cada um influencia como se enfrenta a sua

doença. Os dados evidenciaram que a maioria dos utentes não reage da melhor maneira e têm vários sentimentos e emoções negativas em relação à sua doença, e isso acaba por ter consequências negativas na sua qualidade de vida, nomeadamente nas suas atividades do dia-a-dia e no sono.

“Se eu não precisar de sair não afeta, mas se eu precisar ainda foram à biblioteca a semana passada e era para ir a pé e eu não fui e eu disse que não posso andar, ando um bocadinho mas tenho que descansar”; “Tenho dores nas pernas andam doridas, quer dizer às vezes tomo uma medicação e fico melhor e também me dói os joelhos e o cansaço nas costas de resto não sou assim de ter muitas dores”- **S1**

“Não que não tenho dores, todas as noites esta cama é virada mais de 10 vezes ora estou num lado ora estou no outro tiro a roupa depois tenho frio depois tenho calor parece a cama dos porcos de manhã quando elas chegam, tal e qual”- **S4**

“Tenho chorado lágrimas de sangue com esta doença e ando em tratamento e sinto-me muito melhor porque eu não me podia sentar não podia nada aí credo”; “Isso então não se fala tenho dias que não sou capaz de andar”- **S6**

Guler et al. (2016, cit por Ćwirlej-Sozańska et al., 2018), refere que a qualidade de vida do idoso diminui devido às inúmeras doenças crónicas relacionando ainda a baixa qualidade de vida aos baixos níveis de saúde dos idosos. Nos resultados do presente estudo podemos verificar que os participantes mencionam diversas patologias e evidenciam baixos níveis de saúde que afetam diretamente o seu dia-a-dia.

Autores como Schalock e Verdugo (2013) e Canavarro e Serra (2010) referem que a saúde e as capacidades funcionais influenciam a qualidade de vida do idoso.

Esta observação é também partilhada por outro autor, Silva (2011), referindo que para o idoso, a preocupação com a qualidade de vida, estará sempre relacionada com a saúde física, funcionalidade e autonomia, particularmente com a capacidade de realizar as AVD's. Para este autor, se as competências físicas estão conservadas, a probabilidade de bem-estar e qualidade de vida é considerável mas, quando o indivíduo deixa de ter saúde, o nível de qualidade de vida percebida baixa drasticamente. Analisando alguns trechos das entrevistas, percebemos que também aqui, isto acontece.

O domínio físico é fundamental na avaliação da qualidade de vida, no entanto, não pode ser considerado o único na apreciação global da mesma. Neste estudo percebe-se que é o conjunto dos vários domínios que nos possibilita ter uma análise mais exaustiva da qualidade de vida. Os nossos resultados estão em linha com os de Paul et al., (2005) quando, mencionam que a saúde não é a única área importante para a avaliação da qualidade de vida do idoso. Estes autores realçam que deve ser feita uma avaliação global,

salientando que muitas das determinantes da qualidade de vida se situam noutras áreas, sobretudo no domínio social e psicológico.

A tomada de decisão influencia a autonomia do idoso. Os idosos referem que não podem ser totalmente, independentes na tomada das suas decisões, porque a instituição tem regras e rotinas e que no fundo quem manda na instituição são os técnicos. Assim, este resultado do estudo está em linha com a opinião de Bosi (1994 cit por Sequeira 2010), que refere que um dos aspetos negativos da entrada do idoso numa instituição são as regras e rotinas ditadas pela mesma, contribuindo assim de forma desfavorável para a diminuição da qualidade de vida do individuo.

7.3 Domínio Social

No domínio social tentamos perceber como eram as relações sociais, nomeadamente, as relações familiares e as relações institucionais e por último perceber o impacto dos interesses e ocupações na vida dos idosos.

Relações Sociais

As relações familiares são importantes para os idosos porque são uma referência, são as únicas pessoas que os apoiam e são a sua rede de suporte. Alguns entrevistados evidenciam que não estão sozinhos na sua vida porque têm a sua família ao seu lado, porém, relatam sentimentos de tristeza porque a família está longe e, conseqüentemente, sentem saudades e preocupam-se por não saberem se estão bem. No entanto, a maioria dos entrevistados refere receber e gostar das visitas da família.

“Sozinho não, tenho o filho e as filhas”; “Tenho a minha mulher comigo, não está bem como eu queria mas pronto”; “Os meus filhos costumam cá vir mais vezes”- **S2**

“Não, não me sinto sozinho porque o Fernando e a mulher (afilhados) eles são muito bons para mim”;

“Sim, eu dou-me bem com toda a gente e gosto muito quando vêm cá visitar eu gosto de os ver”- **S6**

“Não me sinto sozinho, tenho muita família, primos, tios”- **S7**

“Isso é o maior problema, estar longe da minha família mas eu quando vim já sabia disso, aceito estar aqui porque não posso estar ao pé da minha família (..)”; “Sinto-me feliz sim, vêm cá até me tiram fotografias e mandam para outras pessoas conhecidas e eu fico feliz” – **S1**

“Tenho tenho, ontem até veio cá a minha filha e trouxe os meus dois netos”-**S10**

No entanto, há um participante que refere que se sente sozinho e que a família lhe faz falta, porém não sabe nada da família.

“Tenho oito irmãos mas não sei nada deles nem eles de mim”; “Sim sozinho, sou sozinho sinto-me só, não sei nada da minha família”- **S5**

Ainda nas relações familiares há um aspeto que foi referido durante uma entrevista, e que é importante reforçar, há um entrevistado que refere que as visitas o deixam triste e preferia não ter visitas.

“Não tenho filhos, a minha família uns estão doentes, outros estão na França, outros estão na América, outros já partiram”; “Deixam-me pena eles virem cá mais valia não virem cá fico com mais saudades e lembra-me a situação”- **S9**

As relações institucionais são fundamentais na vida do idoso, isto porque na maioria dos casos os idosos não aceitam a institucionalização da melhor forma e, se existir um ambiente agradável entre a instituição e o idoso, é mais fácil o mesmo aceitar este processo. Feita a análise das respostas dos participantes, a maioria evidencia que gosta de estar na instituição porque não se sentem sozinhos, têm companhia para falar tanto com os outros idosos, como com os técnicos e auxiliares.

“ahahah não queria mentir mas eu até não me sinto sozinha, quando estava em casa sentia-me mais sozinha mas aqui tenho mais companhia”- **S1**

“Então o que eu mais gosto na minha vida é estar aqui, na minha casa não posso ir porque não posso estar sozinha”, “ Eu sozinha? eu estou aqui com muita gente, eu no meu quarto, onde eu durmo estão mais lá duas senhoras o quarto tem três camas.”- **S10**

“Ora pois sinto, tenho pessoas para falar e distrair-me e dar uns passeios com eles, a minha vida vai ser aqui não tenho outra vida, não tenho”- **S5**

“Gosto de estar aqui” “Então gosto de tudo, gosto das pessoas, das funcionárias”- **S1**

“Não sozinha não há aqui tanta gente credo...”- **S8**

“(...) não tenho razão de queixa aqui elas são amigas”- **S6**

Mas nem todos estão contentes em relação ao meio onde estão inseridos, referida direta e indiretamente que não gostam de estar na instituição.

“ Não, quem é que gosta de viver aqui”- **S9**

“(...) quando me veem deitar e é muito cedo sempre é uma tristeza”; “Companhia pouca tenho horas que estou aqui sozinha nem sequer nem sombra mas também não me importa já me custou, eu já sofri muito aqui dentro deste quarto”- **S4**

Interesses e Ocupações

O domínio social integra também as atividades de lazer realizadas na instituição e as novas aprendizagens. Em relação às atividades de lazer, a maioria dos participantes refere que participa nas atividades e que as mesmas são importantes para se manterem ocupados e distraídos.

“São, às vezes no início parece que tenho os joelhos presos mas depois de fazer um pouco de ginástica parece que fico melhor”; “Eu gosto de fazer tudo, tudo o que eu souber”- **S1**

“São, são, estamos distraídos quando estamos a participar nas atividades e o tempo passa mais rápido”- **S5**

“Ai isso eu gosto muito, adoro”; “Eu gosto de música e gosto de tudo”; “sim, acabo por me distrair e eu vou a todas onde eu consiga ir com a cadeira de rodas eu vou e gosto muito”- **S6**

“Eu gosto sim dentro do que posso porque eu também preciso de estar na cama a relaxar e descansar ainda hoje elas atrasaram-se não sei porquê e eu já não estava a sentir nada eu quando estou muito tempo na mesma posição fico muito dormente e as costas doem muito”; “Para nos incentivar para nós continuarmos ativos eu não participo muito mas pronto”- **S7**

“Sei lá eu gosto de tudo, gosto de cá estar e gosto muito das atividades de música”- **S10**

No que toca às novas aprendizagens, as opiniões já variam um pouco entre aqueles que ainda gostam e querem aprender, e aqueles que já não querem aprender e dão como justificação a idade que já é avançada e que já não têm idade para aprender. Porém, ainda há utentes que estão dispostos a adquirir novos conhecimentos e reforçam que se está sempre a aprender, até morrer.

“Eu estou sempre com vontade de aprender, estamos sempre a aprender até morrer, há pessoas que dizem que já é tarde mas eu não acho isso...”- **S1**

“Para quê? com 90 anos eu até estou muito admirado e devo muita obrigação a Deus e a nossa senhora de eu chegar a esta idade porque tanta coisa que me aconteceu, princípios de acidentes, princípios não, acidentes mesmo (...)”- **S2**

“não, já não eu estou apanhada de todo você já viu como eu estou, estou com fraldas, estou com tudo para chegar a este ponto já passei por muitas ah já não”- **S3**

“Eu gostava de aprender mas agora estou cada vez mais burra”- **S4**

“Sim, está-se sempre aprender alguma coisita” – **S5**

“eu já não, já estou velha já não quero aprender nada”- **S10**

“Não, eu gosto muito manter a par da atualidade mas agora já só se vê desgraças”-**S7**

Em síntese, no domínio social a maioria dos participantes realça a importância do ambiente institucional e da relação com a família como elementos muito relevantes e que contribuem para a sua qualidade de vida. Estes dados estão em linha com os encontrados por Carvalho e Dias (2011) quando referem que sentir-se integrado na família e na comunidade, aumenta a qualidade de vida e o bem-estar do idoso, ou seja, a qualidade de vida do idoso vai além do tipo e condições do acolhimento na instituição, é também fundamental o convívio com as pessoas mais próximas, nomeadamente os familiares.

De acordo com os resultados, os participantes integram as atividades de lazer promovidas pela instituição, e mencionam que as mesmas são uma parte importante do seu dia-a-dia pois proporcionam a vivência de sentimentos e emoções positivas, sentem-se úteis, mantêm-se distraídos, e são avaliadas como fundamentais para se manterem ativos e para o seu bem-estar.

O lazer é uma dimensão fundamental e contribui para o bem-estar e qualidade de vida do idoso (Ferreira, 2009), uma vez que, potencia a manutenção da saúde e a

autovalorização e satisfaz uma necessidade básica pela realização de tarefas no dia-a-dia. Também Monteiro e Neto (2008), relacionam o lazer com a qualidade de vida do indivíduo, realçando que o lazer permite afastar os fantasmas do envelhecimento e solidão nos idosos. Neste contexto, os resultados estão também em linha com estes estudos, ou seja, o lazer, a oportunidade de realização de atividades é um dos aspetos que mais contribui para o desencadear de emoções e sentimentos positivos, propiciadores de bem-estar com implicações da qualidade de vida de quem está institucionalizado.

No subtema das novas aprendizagens, os participantes evidenciam que estão abertos a novas aprendizagens referindo que as mesmas são importantes na sua vida, mencionando que estão em constante aprendizagem até morrer, para além disso, outra das razões que os leva a adquirir novas aprendizagens é manterem-se distraídos e atualizados. Estes resultados vão ao encontro de uma das perspetivas teóricas de Jacob (2015), quando refere que a aquisição de novos conhecimentos melhora o envelhecimento e a qualidade de vida do idoso.

O autor Vecchia et al (2005), menciona que o bom convívio social com a família e amigos, adquirir novos conhecimentos e viver num ambiente favorável são importantes para manter qualidade de vida. Neste domínio os resultados são positivos e são semelhantes aos resultados que a literatura apresenta.

7.4 Domínio Religioso

No domínio religioso quis-se perceber qual a importância de Deus para os próprios idosos e se os mesmos mantêm hábitos religiosos, uma vez que é uma população muito ligada à fé e a mesma possibilita-lhes melhoria da qualidade de vida.

Crenças religiosas, princípios e valores pessoais

Perante a análise das respostas das entrevistas, a maioria dos entrevistados menciona que Deus ajuda-os no seu dia-a-dia e rezam pela família e isso faz com que os mesmos se sintam realizados.

“Acredito em Deus “; “Peço por todos e mesmo pela juventude, pelas criancinhas e por todos lá fora o que lá está a ser e tudo é uma tristeza então nós somos todos irmãos” -S8

“Porque como é que eu devo dizer isto, acho que Deus tem uma missão para cada um de nós e põe-nos à frente os obstáculos para ver qual é a nossa se somos competentes se não desiludimos se fazemos as coisas bem” - S7

“Sim, isso é a minha maior força (...) mas eu quando faço a oração estou confiante que Deus me está a ouvir, peço pela família ou peço por alguém que está mal ou doente e depois fico bem comigo mesma e importa-me bem os outros bem mas importa-me também ficar de consciência tranquila.”- **S1**

“Eu acho que fui muito ajudado por Deus os princípios de acidentes que eu tive se não fosse Deus até com o carro e graças a Deus nunca aconteceu nada, acredito que Deus me defendeu ao longo da vida ” – **S2**

“Eu acredito é o meu grande amigo e a nossa senhora e o São José e o Santo António eles gostam muito que a gente fale neles”- **S3**

Todos os entrevistados referem que mantêm hábitos religiosos, inclusive a maior parte da amostra refere que não vai para a cama sem rezar pelo menos uma vez o terço. A instituição também proporciona atividades religiosas aos utentes, nomeadamente, a missa e a reza do terço.

“Também, também na televisão e às vezes vem cá o padre, rezamos o terço e por exemplo hoje acordei mais cedo para tomar banho e como tive tempo já o rezei às vezes rezo pelas pessoas e fico feliz por estar a rezar pelas pessoas porque eu gosto de ver as pessoas bem à minha volta”-**S1**

“Todos os dias e várias vezes e não durmo sem o rezar na cama”-**S2**

“Todos os dias rezo o terço e ouço a missa”-**S4**

Ao analisar os resultados do presente estudo, verificamos que as crenças e a religião têm sido um ponto de extrema importância para o envelhecimento dos participantes, ajudando-os a enfrentar a sua última fase de vida com maior satisfação e coragem para enfrentar os problemas e assim proporcionar qualidade de vida. Os participantes do estudo referem a importância de Deus na sua vida e ainda mencionam que pedem ajuda a Deus e não passam um dia sem falar com ele.

A literatura tem evidenciado a importância da religião para a qualidade de vida do idoso. Para alguns autores como Vitorino e Vianna (2012) e Santana (2006), a religião é considerada uma estratégia que os idosos utilizam no seu dia-a-dia para combater os problemas relacionados com a saúde e com a própria institucionalização e é uma forma de lidar com a distância da própria família, pelo que a religiosidade pode ser vista como um instrumento de fortalecimento da qualidade de vida do idoso (Rabelo & Neri, 2005).

Conclusões

O envelhecimento populacional e o aumento da longevidade originam desafios às comunidades e aos indivíduos. Neste sentido, é necessário avaliar as necessidades sentidas pelos mais velhos, de forma a adaptar os serviços e contribuir para uma melhor qualidade de vida (Paúl & Ribeiro, 2012). A perceção da importância desta problemática foi um dos motivos para o desenvolvimento da presente investigação. É necessário refletir acerca do modo como os idosos se sentem quando estão institucionalizados e como é a sua qualidade de vida, uma vez que cada vez se vive mais, também se deve viver melhor.

A presente investigação foi de natureza qualitativa. Em primeiro lugar, selecionaram-se os participantes através da amostragem intencional, ou seja, foram selecionados os participantes que possuíam os critérios de inclusão do estudo. Num segundo momento foram realizadas as entrevistas semiestruturadas e o guião da entrevista teve por base o questionário de qualidade de vida da WHOQOL-100 que tem subjacente uma definição de qualidade de vida assente em 4 domínios (físico, psicológico, social e religioso).

A qualidade de vida é um conceito subjetivo pelo que implica uma avaliação de cada um referente a cada um dos domínios. E é o conjunto destas avaliações feitas pelos próprios que nos possibilita dizer quais os domínios que estão a proporcionar melhor bem-estar e os que estão a contribuir para que não haja bem-estar.

O objetivo geral deste estudo-caso foi analisar a qualidade de vida dos idosos institucionalizados numa IPSS do concelho de Ansião. Da análise dos trechos das entrevistas, pudemos concluir que há domínios que afetam negativamente e outros que afetam positivamente a qualidade de vida do idoso.

Como objetivo específico procurou-se compreender os domínios que mais afetam a qualidade de vida. Através da análise de conteúdo, podemos concluir que o domínio psicológico é o domínio que mais afeta a qualidade de vida. Foi possível verificar que a maioria dos participantes tem, frequentemente, sentimentos e emoções negativas que deterioram a sua qualidade de vida. Os participantes também evidenciam várias patologias que provocam sofrimento e, conseqüentemente, diminuição da qualidade de vida no domínio físico. Assim, são estes dois domínios (psicológico e físico) que parecem afetar, negativamente, a qualidade de vida destes idosos.

Outros dos objetivos específicos foi descrever os fatores de risco da qualidade de vida. Os sentimentos e emoções negativas, dormir mal ou estar sujeito a medicação para dormir, a autonomia na tomadas de decisão, o estado de saúde e a distância da sua família foram identificados como fatores de risco para a qualidade de vida

Em relação a outro objetivo, quisemos perceber se a solidão afeta a qualidade de vida dos idosos institucionalizados. A fase de institucionalização do idoso, em alguns casos, é entendida como uma fase de solidão e perdas de laços. Surpreendentemente, isto não acontece com estes participantes. Pelo contrário, a maioria dos participantes refere que a solidão era sentida quando estavam em casa, referindo ainda que na instituição têm muitas pessoas para falar. Neste sentido podemos concluir que a solidão não é um fator que afete a qualidade de vida destes idosos.

Em relação ao último objetivo específico, identificaram-se os fatores protetores para a manutenção da qualidade de vida: As relações familiares; O ambiente institucional; A religião; As atividades de lazer. Estes são fatores evidenciados como fundamentais para a manutenção da qualidade de vida.

Embora a qualidade de vida seja um conceito subjetivo, pelos depoimentos dos participantes foi possível verificar que existem domínios nos quais os participantes evidenciam qualidade de vida, como é o caso do domínio social e religioso. Em contrapartida, existem outros domínios como o domínio físico e psicológico que influenciam, negativamente, a qualidade de vida destes idosos.

Os resultados deste estudo servem para a compreensão da realidade vivida pelos idosos nesta instituição, e compreender as suas necessidades e evidenciar as influências dos vários domínios na sua qualidade de vida e bem-estar.

Após a análise dos resultados deste estudo-caso, foi possível verificar a existência de fatores protetores que favorecem a manutenção da qualidade de vida, bem como de fatores prejudiciais à manutenção da qualidade de vida. Assim sendo, conhecendo estes fatores de risco será possível pensar em iniciativas na instituição para melhorar a qualidade de vida dos idosos.

Se as emoções e sentimentos dos participantes são negativos, deveriam ser implementadas medidas que proporcionassem ambientes mais alegres e que gerassem sentimentos e emoções positivas para melhorar o domínio psicológico. Como os participantes gostavam de passar mais tempo ou manter mais contacto com as famílias,

poderiam utilizar as novas tecnologias para possibilitar uma ligação mais recorrente com as famílias, porque o contacto com a família é referido como sendo uma emoção positiva dos participantes.

Intervir nos participantes que apresentam qualidade de vida em alguns domínios, também seria importante, isto é, proporcionar mais atividades na instituição para os participantes se manterem ativos e distraídos e ainda promover mais momentos de espiritualidade, de forma a possibilitar o envolvimento dos participantes nas atividades religiosas que acontecem na região.

Limitações

Uma das limitações deste estudo são os resultados porque não podem ser generalizados, uma vez que foram restritos a uma determinada instituição. Neste sentido sugere-se a realização de outros estudos em diferentes instituições de forma a perceber se existem diferenças na perceção da qualidade de vida nos idosos relacionados com as características das diferentes instituições

Outra das limitações deste estudo foi não ter realizado um estudo comparativo para perceber se a institucionalização é mesmo um fator de risco para a diminuição da qualidade de vida. Assim devia-se ter feito o estudo com idosos institucionalizados e idosos não institucionalizados e comparar os resultados.

Uma última limitação sentida nesta investigação, foi a baixa literacia dos entrevistados, que dificultou a compreensão das questões colocadas na entrevista. Numa intervenção futura terão de ser colocadas questões mais simplificadas.

Referências Bibliográficas

Almeida, A. (2008). *A pessoa idosa institucionaliza em Lares: aspetos e contextos da qualidade de vida*. [Dissertação de tese, Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar da Universidade do Porto]. Repositório Aberto. <https://hdl.handle.net/10216/7218>

Almeida, A., & Rodrigues, V. (2008). A qualidade de vida da pessoa idosa institucionalizada em lares. *Revista Latino-Americana Enfermagem*, 16(6), 88-95.

Araújo, C., Oliveira, M., & Rossato, M. (2016). O sujeito na pesquisa qualitativa: Desafios da investigação dos processos de desenvolvimento. *Psicologia: Teoria e pesquisa*, 33(1), 1-7. <http://dx.doi.org/10.1590/0102.3772e33316>

Azevedo, L., Riscado, P., & Maia, C. (2022). A influência do envelhecimento ativo na qualidade de vida da pessoa idosa. *Revista Científica da Escola Superior de Saúde Dr. Lopes Dias do Instituto Politécnico de Castelo Branco*, 7(1), 17-27.

Bardin, L. (1977). *Análise de conteúdo*. Edições 70.

Bell, J. (1993). *Como realizar um projecto de investigação: Trajectos*. Gradiva.

Boni, V., & Quaresma, J. (2005). Aprendendo a entrevistar: como fazer entrevistas em ciências sociais. *Revista Eletrónica dos Pós-graduandos em sociologia Política da UFSC*, 2(1), 68-80.

Boudiny, K., & Mortelmans, D. (2011). A critical perspective: Towards a broader understanding of “active ageing”. *Electronic Journal of Applied Psychology*, 7(1), 8-14.

Canavarro, M., & Serra, V. (2010). *Qualidade de vida e saúde: Aplicações do WHOQOL*. Fundação Calouste Gulbenkian.

Cardão, S. (2009). *O Idoso institucionalizado*. Coisas de Ler.

Carvalho, P., & Dias, O. (2011). Adaptação dos idosos institucionalizados. *Millenium*, 40(1), 161-184.

Correia, T. (2014). *Novos perfis de qualidade de vida após os 65 anos*. [Dissertação de mestrado, Faculdade de ciências sociais em Braga]. Repositório do UCP. <https://repositorio.ucp.pt/bitstream/10400.14/18095/1/Tese%20Final%20Teresa%20Correia.pdf>

Cruz, A. (2012). *Qualidade de vida e espiritualidade em idosos institucionalizados e em comunidade*. [Tese de mestrado, Escola Superior de Tecnologia da Saúde de Lisboa]. Repositório do IPL. <https://repositorio.ipl.pt/bitstream/10400.21/2686/1/Qualidade%20de%20vida%20e%20espiritualidade%20em%20idosos%20institucionalizados%20e%20em%20comunidade.pdf>

- Ćwirlej, A., Sozanski, B., Szurlej, A., & Pietruszynska, A. (2018). Quality of life and related factors among older people living in rural areas in south-eastern Poland. *Annals of Agricultural and Environmental Medicine*, 25(3), 539-545. <https://doi.org/10.26444/aaem/93847>
- Ferreira, C. (2009). *Envelhecimento e lazer: um caminho para a qualidade de vida*. [Dissertação de Mestrado, Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra].
- Ferreira, O., Maciel, S., Costa, S., Silva, A., & Moreira, M. (2012). Envelhecimento Ativo e sua relação com a independência funcional. *Texto Contexto Enfermagem*, 21(3), 513-518.
- Figueiredo, A. (2011). *Teoria da amostragem. Apontamentos teóricos e exercícios*. Repositório aberto da Universidade do Porto.
- Fleck, M. (2000). O instrumento de avaliação de qualidade de vida da organização mundial da saúde (WHOQOL): características e perspectivas. *Ciências & Saúde Coletiva*, 5(1), 33-38.
- Fleck, M., Chachamovich, E., & Trentini, C. (2003). Projeto WHOQOL-OLD: método e resultados de grupos focais no Brasil. *Revista Saúde Pública*, 37(6), 793-799.
- Freixo, M. (2011). *Metodologia científica: Fundamentos métodos e técnicas*. Instituto Piaget.
- Gobbens, R. & Assen, M. (2018). Associations of Environmental Factors With Quality of Life in Older Adults. *The Gerontologist*, 58(1), 101-110. <https://doi.org/10.1093/geront/gnx051>
- Gordia, A., Quadros, T., Oliveira, M., & Campos, W. (2011). Qualidade de vida: contexto histórico, definição, avaliação e fatores associados. *Revista Brasileira de Qualidade de Vida*, 3(1), 40-52.
- Guerra, E. (2014). *Manual de pesquisa qualitativa*. Educação à distância.
- Instituto Nacional de Estatística. (2020). *Projeções de População Residente em Portugal*. https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_destaques&DESTAQUESdest_boui=406534255&DESTAQUESmodo=2&xlang=pt
- Irigaray, T., & Trentini, C. (2009). Qualidade de vida em idosos: A importância da dimensão subjetiva. *Estudos de Psicologia Campinas*, 26(3), 297-304.
- Jacob, L. (2015). A educação e os seniores. *Revista Kairós Gerontologia*, 19(18), 81-97.
- Lourenço, P. (2014). *Institucionalização do idoso e identidade*. [Tese de mestrado, Escola Superior de Saúde de Portalegre]. Repositório Comum: <https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/9205/1/Paulo%20Manuel%20da%20Rocha%20Louren%C3%A7o.pdf>
- Malhotra, N. (2004). *Pesquisa de marketing: Uma orientação aplicada*. Bookman.

Marques, E., Sánchez, C., & Vicario, B. (2014). Perceção da qualidade de vida de um grupo de idosos. *Revista de Enfermagem*, 4(1), 75-84. <http://dx.doi.org/10.12707/RIII1314>

Mendes, F. (2017). Alguns apontamentos sobre o envelhecimento, in Lage, *Cuidados e Envelhecimento Perspetivas da Enfermagem* (pp.17-30). Vialonga: Coisas de Ler.

Monteiro, H., & Neto, F. (2008). *Universidades seniores da terceira idade da solidão aos motivos para a sua frequência*. Porto: Livpsic.

Moreira, P. (2014). *Qualidade de vida em idosos institucionalizados*. [Dissertação de mestrado, Faculdade Universidade Federal de Bahia].

Neves, H. (2012). *Causas e consequências da institucionalização de idosos*. [Dissertação de mestrado, Universidade da Beira Interior]. Repositório do Ubibliorum. https://ubibliorum.ubi.pt/bitstream/10400.6/1209/1/CAUSAS_CONSEQUENCIAS_INSTITUCIONALIZA%C3%87AO_IDOSOS.pdf

Organização Mundial da Saúde. (2005). *Envelhecimento ativo: Uma política de saúde*. https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/envelhecimento_ativo.pdf

Paúl, C., & Fonseca, A. (2005). *Envelhecer em Portugal: Psicologia, saúde e prestação de cuidados*. Climepsi Editores.

Paúl, C., & Ribeiro, O. (2012). Introdução. In C. Paúl, & O. Ribeiro (Coord.), *Manual de gerontologia* (pp.11-14). Lisboa: Lidel.

Pimentel, F. (2006). *Qualidade de vida e oncologia*. Edições Almedina.

Pinto, D. (2013). *Por que vão os idosos para os lares? determinantes no internamento de pessoas maiores de 65 anos em instituições de longa permanência*. [Dissertação de mestrado, Instituto Superior de Ciências Sociais e Políticas da Universidade de Lisboa]. Repositório de UTL. https://www.repository.utl.pt/bitstream/10400.5/6622/1/Dora%20Pinto_Disserta%C3%A7%C3%A3o%20para%20obten%C3%A7%C3%A3o%20de%20grau%20de%20Mestre_Vers%C3%A3o%20Final.pdf

Priberan (sd). *Dicionário Priberam online de português*. Consultado em 22 janeiro. 2023. Disponível em <https://dicionario.priberam.org/>

Quaresma, M., Fernandes, A., Calado, D., & Pereira, M. (2003). *O sentido das idades da vida: Interrogar a solidão e a dependência*. CESDET edições.

Rabelo, F., & Neri, L. (2005). Recursos psicológicos e ajustamento social frente à incapacidade funcional na velhice. *Revista Psicologia em Estudo*, 10(3), 403-412.

Ribeiro, C. (2011). *Qualidade de vida do idoso institucionalizado: realidade vivida na rede nacional de cuidados continuados do Algarve*. [Dissertação de mestrado, Universidade do Algarve].

- Ribeiro, E. (2008). A perspectiva da entrevista na investigação qualitativa. *Revista evidência*, 4(4), 129-148.
http://www.educadores.diaadia.pr.gov.br/arquivos/File/maio2013/sociologia_a
- Ribeiro, H & Costa, E & Nave, F & Sousa, C. (2014). *Qualidade de vida do idoso institucionalizado: realidade vivida na rede nacional de cuidados continuados integrados do Algarve*. Porto Alegre, v. 19, n. 2, 409-422.
- Ribeiro, Ó., & Paúl, C. (2011). *Manual de envelhecimento activo*. Lidel.
- Rodrigues, A. (2018). *Envelhecimento ativo, trajetórias de vida e ocupações na reforma*. [Dissertação de mestrado, Instituto Politécnico de Santarém]. Repositório de IPS.
<https://repositorio.ipsantarem.pt/bitstream/10400.15/2280/1/Trabalho%20Final%20-%20Ana%20Miranda.pdf>
- Rôla, C., Silva, S., & Nicola, P. (2018). Instrumentos de avaliação da qualidade de vida de pessoas jovens e idosas: um estudo de revisão sistemática. *Revista Multidisciplinar e de Psicologia*, 12(42), 111-120.
- Runcan, P. (2011). Elderly institutionalization and depression. *Procedia Social and Behavioral Sciences*, 33(1), 109-113.
- Santana, C. (2006). *Significados de religiosidade segundo idosos residentes na comunidade: dados do pensa*. [Dissertação de mestrado, Faculdade de Educação da Universidade Estadual de Campinas].
- Sequeira, C. (2010). *Cuidar de idosos com dependência física e mental*. Lidel: Edições Técnicas, Lda.
- Serafim, F. (2007). *Promoção do bem-estar global na população sénior: Práticas de intervenção e desenvolvimento de atividades físicas*. [Dissertação de mestrado, Universidade do Algarve].
- Silva, P. (2011). *A influência da atividade física na qualidade de vida do idoso*. [Dissertação de mestrado, Escola superior de educação de Viseu].
- Sousa, L., Figueiredo, D., & Cerqueira, M. (2004). *Envelhecer em família: cuidados familiares na velhice*. Ambar.
- Vecchia, R., Ruiz, T., Bocchi, S., & Corrente, J. (2005). Qualidade de vida na terceira idade: Um conceito subjetivo. *Revista Bras Epidemiol*, 8(3), 246-52.
- Verdugo, M.A., & Schalock, R.L. (2013). *Discapacidad e Inclusión*. Salamanca: Amarú.
- Vitorino L. M. & Vianna. L. (2012). Coping religioso/espiritual de idosos institucionalizados. *Acta Paulista de Enfermagem*, 25(1), 136-142.

WHOQOL Group. (1994). Development of the WHOQOL: Rationale and current status. *International Journal of Mental Health*, 23(3), 24-56.

World Health Organization. (2002). Active Ageing: A Policy Framework. Geneva: World Health Organization. Retirado de: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/67215/WHO_NMH_NPH_02.8.pdf?sequence=1&isAllowed=y

Zannon, C., & Seidl, E. (2004). Qualidade de vida e saúde: Aspectos conceituais e metodológicos. *Cadernos de Saúde Pública*, 20(2), 580-588.

ANEXOS

Anexo A: Consentimento Informado

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

De acordo com a Lei n.º 58/2019, de 8 de agosto, o RGPD e a Declaração de Helsínquia e a Convenção de Oviedo

(sempre que se aplique)

Título do Estudo:

Qualidade de vida dos idosos institucionalizados: Estudo de caso numa IPSS do Concelho de Ansião.

Na qualidade de participante/ representante legal do participante (~~riscar o que não interessa~~) no estudo acima referido, declaro que compreendi todos os objetivos da minha participação no mesmo, pelas informações verbais e escritas que me foram fornecidas pela equipa de investigação. Foi garantida a confidencialidade e anonimização dos dados, e a possibilidade de, em qualquer altura, recusar participar neste estudo sem qualquer tipo de consequências. Tive oportunidade de fazer perguntas e as minhas dúvidas foram esclarecidas. Desta forma, aceito de livre vontade a participação / daquele que legalmente represento (~~riscar o que não interessa~~), neste estudo e permito a utilização dos dados que de forma voluntária forneço, confiando em que apenas serão utilizados para esta investigação, aceitando também a divulgação dos resultados obtidos no meio científico, garantindo o anonimato.

Nome

Completo:

Assinatura: _____ ... Data: ____ / ____ / _____

Anexo B: Guião da Entrevista

Objetivos	Perguntas
Explicar a entrevista	<ul style="list-style-type: none"> - Explicar o objetivo da entrevista (Perceber se existe ou não qualidade de vida e perceber as razões); - Referir que é um trabalho académico; - Pedir para gravar; - Assegurar o anonimato.
Alguns dados sociodemográficos	<ul style="list-style-type: none"> - Conhecer o entrevistado: - Idade; - Naturalidade; - Estado civil; - Há quanto tempo está na IPSS? - Escolaridade; - Profissão; - Sente-se satisfeito com a sua saúde? (Tem alguma doença); - Acha que têm uma boa qualidade de vida?
Sentimentos positivos e felicidade (Domínio psicológico)	<ol style="list-style-type: none"> 1. Têm dores? (Preocupa-se com as suas dores? Sente dificuldade em suportar as dores); 2. Acha que as suas dores afetam a realização das atividades? 3. Como é o seu sono? (Dorme bem? Têm dificuldades em dormir?) 4. Gosta da sua vida? (o que gosta mais e menos); 5. A sua vida costuma-lhe trazer preocupações? (o que o deixa mais triste?) 6. Sente dificuldade em realizar algumas tarefas do dia-a-dia? (comer, ir à casa de banho, vestir...) 7. Toma medicamentos? Sente que os medicamentos o ajudam a melhorar o seu a dia? 8. Sente-se sozinho/a na sua vida? 9. Sente-se protegido/a ou em segurança aqui? (Gosta de viver aqui, sente-se confortável?) 10. Têm por norma sentimentos negativos (Tristeza, desespero, ansiedade ou depressão?)
Realização das Atividades de Vida Diária (AVD)	<ol style="list-style-type: none"> 1. Consegue realizar as suas atividades de vida diária (vestir, lavar-se, comer...) 2. Acha que as pessoas aqui lhe dão o apoio que necessita? (e acha que as condições da instituição lhe satisfazem as suas necessidades?) 3. Tem oportunidade para realizar atividades de lazer? (atividades musicais, atividades artísticas, atividades de ginástica, atividades religiosas) e nestas atividades consegue-se distrair?
Relações familiares e sociais (Domínio Social)	<ol style="list-style-type: none"> 1. Encontra-se aberto a novas descobertas e a novas aprendizagens? E costuma fazê-lo? 2. Sente-se capaz em tomar as decisões? Toma decisões no seu dia-a-dia? 3. Mantém relações com os seus amigos e familiares? Sente que os seus familiares o apoia? Recebe visitas deles? Quantas vezes? Sente-se feliz com essas visitas ou preferia não ter visitas?
Capacidade de mobilidade (Domínio físico)	<ol style="list-style-type: none"> 1. Consegue movimentar-se sozinho ou necessita de algum apoio? (Que sentimentos sente ao não conseguir movimentar-se como quer)
Crenças religiosas, princípios e valores pessoais	<ol style="list-style-type: none"> 1. Acredita em Deus? Qual o sentido da sua vida em acreditar em Deus? 2. A religião dá-lhe força para enfrentar a sua vida? 3. Sente que a sua vida tem sentido?

Anexo C: Tabela de Análise do Conteúdo das Entrevistas

Domínios	Tema	Sub-tema	Unidade de Recorte
Domínio Psicológico	Emoções/ Sentimentos	Tristeza	<p>“Não me sinto infeliz, aceito a condição. Há dias que me sinto me infeliz por alguma informação mais triste não me sinto desprezada de ninguém nem dos filhos nem das pessoas.”- S1</p> <p>“Estou triste às vezes por causa da minha mulher, choro né tenho pena dela ainda agora está ali sozinha, ainda agora tive que ir buscar duas almofadas que eles levam as lá para cima na cadeira e depois não trazem nenhuma (...); “ Sinto me bem na medida da idade tenho que pena de ver a minha mulher assim”- S2</p> <p>“Sinto tristeza pelo facto do meu marido também morreu com um AVC e foi de repente foi num 1minuto”- S3</p> <p>“Olha uma coisa que me deixa triste é não estar ao pé da minha Família”; “Então onde é que está a alegria?”; “A minha vida não tem sentido nenhum, já perdeu o sentido há muito, olhe desde que o meu marido morreu tinha sido uma sorte que eu tivesse ido logo atrás dele mas deus não quis estamos à conta dele, até aqui já sei o que tenho sofrido agora daqui para a frente não sei”- S4</p> <p>“Aqui deixa me triste algumas meninas que eu gosto mas quando morrer já vou daqui o que é que eu vou fazer”- S6</p> <p>“Há tenho muito porque sinto falta do meu marido e por causa dos meus irmãos um é alcoólico e fumador e depois não sabe o que anda a fazer o outro tem alzheimer e Parkinson e agora está nos cuidados intensivos nas Serradas e com 72 anos não é fácil porque penso nisso ”- S8</p> <p>“sim, sim”; “ é todos os dias, o ritmo de alegre foi-se embora”- S9</p> <p>“O que gosto menos é andar zangado com quem eu não tive nada de andar zangado e aconteceu com uma senhora aqui tenho pena estou sentado ao lado dela e tenho pena mas ela foi mal educada comigo”- S2</p> <p>“Daqui não, gosto de estar aqui mas gostava mais de estar lá em casa uma casinha daquelas é um amor”- S6</p> <p>“O que eu gosto menos da minha vida é a tristeza e dores”- S9</p> <p>“Então olhe nem sei, nem sei o que hei-de dizer o que eu gosto menos é não ter saúde e não puder andar e não puder estar na minha casa”- S10</p>
		Alegria	<p>“ Não, nunca me sinto triste”- S10</p> <p>“Olhe o que eu mais gosto da minha vida e penso muito e tenho tanta coisa que eu devo a eles aos meus sobrinhos, olhe eu fui mãe, fui tia e fui avó e eles largam se a rir e dizem que é verdade e é fui mãe, fui tia e fui avó”- S3</p> <p>“Gosto da minha vida então não gosto”; “Então hoje veio o músico e eu gosto muito gosto de cantar umas cantigas e dançar com ele gosto desta vida”- S8</p>
		Desespero	<p>“Ando sempre a ver quando vêm aquela negra mas aquela nunca veio e tenho estado à espera disso”- S4</p> <p>“Ai isso de vez em quando dá me cada neura mas eu faço assim uns filmes meios malucos ahah mas depois passa”- S7</p> <p>“Não, olhe que desejei muito a morte muito muito”- S3</p> <p>“Pergunta difícil... sinceramente não há nada que eu gosto na minha vida”- S7</p> <p>“Não gosto da minha vida”; “ Porque não eu nunca estava contente com a sorte e nunca cheguei aonde eu queria”- S9</p>
		Preocupações	<p>“Se acontece alguma coisa aos meus filhos eu fico triste, por exemplo nunca pensei mas já tenho dois filhos divorciados e isso custa me”- S1</p> <p>“Tenho preocupações que estou a pagar muito aqui em me não acaba-se o dinheiro e eu estou farto de reclamar (...)”- S2</p> <p>“é, é ainda ontem disse ai a maior pena que eu tenho é deixa-los e não ver o que vai ser passado”- S3</p> <p>“Então eles dizem que estão bem mas para nós acreditarmos é preciso ver a gente para acreditar eles também não sabem como é que eu estou eles veem mas é diferente (internet) ”- S4</p> <p>“é de morrer, não gosto”- S6</p> <p>“Querer fazer as coisas e não puder é tão triste estar pressa a uma cama ”- S7</p> <p>“Preocupo me com a minha saúde em primeiro lugar a minha família vem me cá visitar tenho aqui uma sobrinha minha que está aqui a trabalhar todos os dias hoje não a vi que ela anda a limpar as casas das pessoas e é assim”- S8</p> <p>“Ai são todas, não ter saúde, não ter os meus 20 anos, a gente nunca chega aonde queremos”- S9</p>
		Vivências do Passado	<p>“Eu gosto sempre gostei do que fiz”- S1</p> <p>“Gosto, então o que eu hei de fazer atingi a idade enquanto pude trabalhar produzia batatas, produzia tudo fruta ainda lá ontem a minha filha mais nova ”- S2</p>
		Sono	Dorme Bem

			<p>acordei e eu costumava acordar entre 4,5,6 vezes ver se fico melhor mas mesmo assim sinto me bem sinto me bem.”- S2</p> <p>“Adormeço sim, deito me e passado um quarto de hora já estou a dormir e depois acordo às seis da manhã. Durmo a noite toda.”- S5</p> <p>“Olhe esta noite aconteceu uma coisa que já não acontecia há muito tempo tive um pesadelo e acordei às 4horas da manhã toda maluca e fui a ver as horas e fechei a luz e dormi mais um bocadito mas geralmente o meu sono é tranquilo”- S7</p> <p>“Sim, olhe ainda esta noite dormi a noite toda quando olhei para a janela já era de dia até fiquei admirada como é que já era de dia”- S10</p>
		Dorme Mal	<p>“Tenho noites a dormir bem tenho outras que acordo e depois não consigo dormir às vezes estou 3 horas sem dormir mas depois acabo por adormecer um bocadito. Por acaso esta noite dormi bem”- S1</p> <p>“ah eu quando vou para a cama eu não durmo não durmo mesmo que eu tome qualquer coisa para dormir só me vem o sono mais tarde eu atão eu acendo eu tenho lá uma televisão eu vou daqui muito cansada porque o barulho para mim é como quem me mata mas é o que eu tenho de ouvir aqui não o que é que eu hei de fazer mas eu chego lá acendo um bocadito a televisão e quando ligo a televisão já começo a ficar assim um bocado tomo o comprimido mas a adormecer logo de caminho não adormeço”- S3</p> <p>“Não durmo bem nem nunca dormia há mais de 30 anos e antes podia me deitar nem que fosse vestida e calçada nada me metia susto agora...”- S4</p> <p>“Não, não durmo bem”; “ Não, eu tenho uma televisão no quarto quando é às 8 e meia desligo também é por causa dos outros desligo porque estão por ali outros quartos e eu não quero conversa comigo. às 10 e meias elas vão levar nos a bucha e ainda estou acordada depois das 10 ou 10 e meia até às 11 ou 12 e meia vão me mudar a fralda à e eu acordo muita vez, estou sempre acordar durante a noite ”- S6</p> <p>“Pois não, não durmo bem sem aquele comprimido é uma coisa tão pequenina mas sem ele já não durmo bem e depois põe me a máquina e durmo até de manhã”- S8</p> <p>“Sonho muito e durmo pouco”; “Não, não eu vou para a cama às 6h e tal e só lá prá 1hora da noite é que eu adormeço”; “Conforme até às 3horas, 2horas, 4horas levanto me para ir à casa de banho é assim um sono salpicado ”- S9</p>
Domínio Físico	Autonomia	Dependente	<p>“É tudo feito por elas só o comer é que como por mim ah e uso fralda e tenho um saco de urina tudo isto e como as coisas chatas, já nunca mais tenho saúde”- S3</p>
		Independente	<p>“Graças a deus ainda não, quer dizer ajudam me a tomar banho mas depois vesti me sozinha e também vou à casa de banho sozinha”- S1</p> <p>“Até haver visto me sozinho, às vi me aflito para me levantar da cama mas depois fui capaz de tocar a campainha mas isso foi da outra vez mas isso também acontece a qualquer um mas de resto tomo banho ainda amanhã é dia de tomar banho terças e sextas”; “ Não, vai uma senhora ajudar no banho mas resto ainda me visto bem, faço a barba bem, agora calçar as meias já me custa um bocado ainda ontem uma senhora perguntou: “Senhor Mário precisa de alguma ajuda?” não senhora obrigada, quando eu precisar e peço”- S2</p> <p>“Eu não sou capaz de me vestir nem me despir é tudo com ajuda, quando vou à casa de banho vou sozinha e à rua também ”- S4</p> <p>“Não, não, eu faço tudo sozinho.”- S5</p> <p>“Ai elas é que me vestem, tenho muita roupa elas vestem a roupa que elas quiserem, elas abrem o armário tenho casaco comprido, curto, vestidos e saias não trouxe nada e tenho muitas blusas”- S6</p> <p>“Só preciso de ajuda no dia do banho para me vestir ainda hoje foi esse dia e preciso de ajuda mas à casa de banho vou sozinha até a ver, sou eu que escolho a minha roupa”- S8</p> <p>“Não, não. A ajuda que eu preciso é quando me deito é colocar me a fralda”; “Não, não eu visto me sozinha e é quando tomo banho também preciso de ajuda delas mas quando é apenas para lavar a cara elas já sabem quem lava me a cara sou eu e ponho os a placa dos dentes e pinto me ahah”- S10</p>
		Tomada de decisões	<p>“Ah que decisões é que tomo agora já não tomo nada entreguei tudo às filhas entreguei lhes os papeis das fazendas tenho poucas umas comprei outras dei lhes entreguei já tudo feito ao filhos e às cachopas está tudo feito a Filomena é que vem de Inglaterra ela é que diz que se tem que fazer umas modificações para fazer a escritura mas isso é a Nanda que já que faz ela é a arquiteta em Coimbra e vem no sábado para a gente vê se faz e depois da ajuda da Filomena ver se deixam tudo eu entreguei tudo pronto já não é preciso pagar nada ...”- S2</p> <p>“Eu ainda tomo as minhas decisões mas elas não aceitam”- S3</p> <p>“Secalhar tomam as por mim que decisões é que eu agora vou tomar até a roupa já eu não tomo”- S4</p> <p>“Sim, sim tomo sim senhora, mas algumas decisões tenho que pedir a eles”-S5</p> <p>“Sinto e faço por isso não gosto estar a leste de nada”; “ claro que estou sempre dependente das outras pessoas mas os meus padrinhos são muito meus amigos e perguntam sempre a minha opinião de isto e daquilo não fazem nada nas minhas costas sem saber primeiro a minha opinião e isso faz me sentir bem”-S7</p>

			<p>“Pois mas aqui também tenho alguém que manda mais que eu, às vezes elas não me deixam sair como eu queria e aí tenho que recuar um bocado”- S8</p>
	Saúde/ bem-estar físico	Doença	<p>“Diabetes penso não ter, tenho doença renal, tenho alguns problemas de coração porque me canso muito mas também já é da idade”;S1</p> <p>“Sim. sim tenho tenho às vezes ando 3 ou 4 dias sem obrar mas agora já me habituei a pedir aos senhores enfermeiros umas gotazitas e ajuda e resolve e o mais do resto sinto me assim bem. Agora andava a urinar muito mas já vinha de casa mas a medica receitou me umas cápsulas e já me estou a sentir melhor porque eu levantava me muitas vezes durante a noite para ir urinar e agora levantou me 2 vezes, só que agora tenho é uma problema de noite seca me muito a boca de dia vou molhado a boca agora de noite seca me muito a boca tenho que beber agua, tenho que me levantar e lavar a boca, ir comer alguma bolacha ou assim mas resto coração está bom graças a deus”- S2</p> <p>“4 AVC’S, tenho um problema nos ossos não me aguento, fiquei apanhada nunca mais andei, tenho um tumor na cabeça já não me operaram já não ia a tempo de me operarem para eu ficar boa o médico foi sincero comigo e eu disse para ele não me mentir e ele foi um médico muito atencioso muito atencioso e foi ele que deu com aquilo que eu tinha na cabeça porque eu transpirava muito e ficava sem a transpiração corria me toda da cabeça ” – S3</p> <p>“Então uma e dos rins que eu não dou isto a ninguém, 3 vezes para Pombal é muito, vou fazer diálise (terças, quintas e sábados) ”; “Vai fazer 16 anos ou é a 18 esse dia é que eu não marquei, mas marquei quando fui para Pombal mas já andava à 22 meses em Coimbra e em Pombal vai agora fazer no dia 10 de agosto 14 anos quando aquilo abriu”- S4</p> <p>“Olhe eu apanhei no hospital dizem eles o enfermeiro aqui do lar que eu apanhei uma infeção vaginal que me apanhou toda por dentro, (...)”- S6</p> <p>“Andei tirei o primeiro ano de direito, foi nessas férias das frequências que me deu este problema de esclerose múltipla”- S7</p> <p>“Tenho a bronquite eu durmo com uma máquina e o oxigénio e tenho os pulmões afetados, e os rins e o coração e o estomago são coisas que uma pessoa passou vim para aqui hoje (para esta sala) rezar os terços já estão os terços rezados por hoje eu gosto muito de rezar e assim ver se Deus me dá ou menos saúde”- S8</p> <p>“Tenho, tenho fui operado ao esfago tive um cancro várias coisas, tenho artrite cronica, tive um acidente com a serra em 1970 e fiquei sem a mão.”-S9</p> <p>“Não, tenho aqui uma pilha no coração, fui operada a esta perna, não queria ser operada à perna (...)”-S10</p>
		Como se sente em relação a sua saúde	<p>“Se eu não precisar de sair não afeta, mas se eu precisar ainda foram a biblioteca a semana passada e era para ir a pé e eu não fui e eu disse que não posso andar, ando um bocadinho mas tenho que descansar”; “Tenho dores nas pernas andam doridas, quer dizer às vezes tomo uma medicação e fico melhor e também me dói os joelhos e o cansaço nas costas de resto não sou assim de ter muitas dores”- S1</p> <p>“Não que não tenho dores, todas as noites esta cama é virada mais de 10 vezes ora estou num lado ora estou no outro tiro a roupa depois tenho frio depois tenho calor parece a cama dos porcos de manhã quando elas chegam tal e qual”- S4</p> <p>“Tenho boa saúde tenho, mas deu me uma dor de repente no hospital eu estava a ver se morria na semana passada mas depois passou”- S5</p> <p>“Tenho chorado lagrimas de sangue com esta doença e ando em tratamento e sinto me muito melhor porque eu não me podia sentar não podia nada ai credo”; “Isso então não se fala tenho dias que não sou capaz de andar, quando vou mijar farto de gritar porque aquela urina que vem de lá dentro queima por causa da infeção ”-S6</p> <p>Ah mas muito e eu tive o problema de deixar de andar porque tive o covid da primeira vaga até aí ainda andava e fazia as minhas coisinhas e depois tive três meses em Coimbra e três meses na Unidade perdi massa muscular e nunca mais ganhei é assim a vida...”- S7</p> <p>“Tenho dores tenho”; “Não tenho muita saúde não mas vai-se ido”-S8</p> <p>“Tenho dores por todo o lado e má disposição”- S9</p>
Domínio Social	Relações Sociais	Relações familiares	<p>“Sozinho não, tenho o filho e as filhas”; “ Tenho a minha mulher comigo não está bem como eu queria mas pronto”- S2</p> <p>“Sozinha não eles querem sempre que eu esteja à beira deles e querem que eu vá à casa deles eu não posso dizer melhor muita gente ainda tem ciúmes tem sempre que trazer, tem sempre que dar trouxeram umas calças das melhores eu ate disse para eles eu até não as visto ando sempre no carro”- S3</p> <p>“Não, não me sinto sozinho porque o Fernando e a mulher (afilhados) eles são muito bons para mim”- S6</p> <p>“Não me sinto sozinho, tenho muita família, primos, tios”- S7</p> <p>“Isso é o maior problema estar longe da minha família mas eu quando vim já sabia disso, aceito estar aqui porque não posso estar ao pé da minha família, tenho 7 filhos mas estão todo um em cada país está um na América, outro no Canadá, 1 no Luxemburgo e 2 em França e 2 estão cá em Portugal uma trabalha aqui no lar.”; “Sinto me feliz sim, vem cá até me tiram fotografias e mandam para outras pessoas conhecidas e eu fico feliz” – S1</p>

		<p>“Os meus filhos costumam cá vir mais vezes”- S2 “Eu gosto deles mas eles não estão cá mas mais nada me agrada é que eu tenho quatro bisnetos e gostava de os ver a crescer ao pé de mim”- S4 “Tenho oito irmãos mas não sei nada deles nem eles de mim ”; “Sim sozinho, sou sozinho sinto me só, não sei nada da minha família”- S5 “Sim, eu dou me bem com toda a gente e gosto muito quando vem cá visitar eu gosto dos ver”- S6 “Os amigos poucos a família direta por motivos alheios à minha vontade não me dou mas tenho muita família”- S7 “Sim vem cá visitar e mais para mais tenho aqui uma sobrinha a trabalhar nas atividades de levar o comer a essas pessoas e limpar a casa deles é uma coisa que elas tem que fazer e portanto só cá vem comer e depois vão se embora outra vez ”- S8 “Não tenho filhos, a minha família uns estão doentes, outros estão na França, outros estão na América outros já partiram”; “Deixam me pena eles virem cá mais valia não virem cá fico com mais saudades e lembra me a situação”- S9 “Tenho tenho, ontem até veio cá minha filha e trouxe os meus dois netos”-S10</p>
	Relações institucional	<p>“Ahahah não queria mentir mas eu até não me sinto sozinha quando estava em casa sentia me mais sozinha mas aqui tenho mais companhia”- S1 “Então o que eu mais gosto na minha vida é estar aqui, na minha casa não posso ir porque não posso estar sozinha”- S10 “Gosto de estar aqui” “Então gosto de tudo, gosto das pessoas, das funcionárias”- S1 “Trabalham muito mas faltam algumas coisas”; “ Falta ajuda à minha esposa eu digo sinto me bem nunca tive tão bem, estive bem na vida sim mas estou bem não me falta nada mas falta aquela ajuda porque eu acho que ela não está a ser protegida como devia é isso que eu digo”- S2 “eu tenho aqui algumas pessoas mas não são todas, algumas não se podem dar muita confiança mas tenho aqui uma ou duas pessoas que confio e que falo com elas”- S3 “até haver dão porque me vou arranjado sozinha e quando me veem deitar e é muito cedo sempre é uma tristeza”; “ Companhia pouca tenho horas que estou aqui sozinha nem sequer nem sombra mas também não me importa já me custou eu já sofri muito aqui dentro deste quarto”- S4 “Ora pois sinto, tenho pessoas para falar e distrair-me e dar uns passeios com eles a minha vida vai ser aqui não tenho outra vida não tenho”- S5 “Eu às vezes peço, eu não gosto muito daquele pão que elas usam gosto mais do pão caseiro que nós antes comprávamos gosto mais desse pão e então elas estão a dar a mim e a outro colega que lá está ao pé de mim, não tenho razão de queixa aqui elas são amigas”- S6 “Sinto me completamente integrada, gosto das doutoras e estou aqui bem estou na minha terra”- S7 “Não sozinha não há aqui tanta gente credo...”- S8 “Não, quem é que gosta de viver aqui”- S9 “Eu sozinha? eu estou aqui com muita gente eu no meu quarto onde eu durmo estão mais lá duas senhoras o quarto tem três camas.”- S10</p>
Interesses e ocupações	Atividades de lazer	<p>“São, as vezes no início parece que tenho os joelhos presos mas depois de fazer um pouco de ginástica parece que fico melhor” “Eu gosto de fazer tudo, tudo o que eu souber”- S1 “oh oh já descobrimos ali umas malhas para jogar ao chanquillo mas não pode ser ao sol porque eu não posso apanhar sol tem que ser de manhã ou à noite mas depois já são horas que as pessoas dispersam cada um para seu lado mas pronto, gosto de ir ali ao choupal eu chamo o choupal ali fora eu gosto e pronto gosto me entreter assim com alguma coisa, jogar às cartas não gosto muito é preciso estar a pensar muito e eu já pensei muito comecei a trabalhar com 7 anos e meio de então para cá foi sempre até eu puder”- S2 “Quer dizer eu gosto da musica deste senhor mas há algumas que falam muito e que <i>coisão</i> muito e eu começo a ficar com dor de cabeça eu das atividades eu antes ia era aqui em cima numa mesa e eu cheguei a um ponto que eu pensei assim não eu não consigo começava a cabeça já era o meu mal que já começava a dar sinais e eu aborreci me e eu não me tive para chatear até porque eu já estava à espera da morte porque eu tive muito vai ou não vai”- S3 “Gosto sim senhora, gosto de fazer tudo também fazia no outro lar ”; “São, são, estamos distraídos quando estamos a participar nas atividades e o tempo passa mais rápido” –S5 “Ai isso eu gosto muito, adoro”; “Eu gosto de música e gosto de tudo”; “sim, acabo por me distrair e eu vou a todas onde eu consiga ir com a cadeira de rodas eu vou e gosto muito”- S6 “Eu gosto sim dentro do que posso porque eu também preciso de estar na cama a relaxar e descansar ainda hoje elas atrasaram-se não sei porquê e eu já não estava a sentir nada eu quando estou muito tempo na mesma posição fico muito dormente e as costas doem muito”; “Para nos incentivar para nós continuarmos ativos eu não participo muito mas pronto”- S7 “Então olhe é pinturas, olhe é tudo um pouco é o que haja eu venho, gosto muito da música, da ginástica mas não pode ser muito porque depois fico muito cansada”; “Para mim são importantes porque não me deixam estar quieta, sempre me distraio umas com as outras e vamos à rua vamos à rua lá apanhar um bocado de ar e assim e assim estamos nestas vidas”- S8</p>

			<p>“não, não às vezes quando é ai nos cantos fazem me cantar mas não é com aquele ritmo de contente é só porque me obrigam”- S9 “Gosto pois, por exemplo hoje veio cá o professor de música não pode ser melhor ele é muito divertido”; “Sei lá eu gosto de tudo, gosto de cá estar e gosto muito das atividades de música”- S10</p>
		<p>Novas Aprendizagem</p>	<p>“Eu estou sempre com vontade de aprender, estamos sempre aprender até morrer, há pessoas que dizem que já é tarde mas eu não acho isso...”- S1 “Para quê? com 90 anos eu até estou muito admirado e devo muita obrigação a Deus e a nossa senhora de eu chegar a esta idade porque tanta coisa que me aconteceu princípios de acidentes, princípios não, acidentes mesmo (...)”- S2 “Não, já não eu estou apanhada de todo você já viu como eu estou, estou com fraldas, estou com tudo para chegar a este ponto já passei por muitas ah já não”- S3 “Eu gostava de aprender mas agora estou cada vez mais burra”- S4 “Sim, está se sempre aprender alguma coisita” – S5 “Se puserem aí alguma coisa que eu possa aprender eu aprendo, estou sempre disposta aprender novas coisas”- S6 “Não, eu gosto muito manter a par da atualidade mas agora já só se vê desgraças”-S7 “Olha uma coisa que eu gostava de saber, porque nós andamos sempre aprender e nunca chegamos ao fim, às vezes nem tenho tempo”-S8 “Não, já não quero aprender mais nada já sei tudo já tenho tudo o que desejo e o que não desejo”- S9 “eu já não, já estou velha já não quero aprender nada”- S10</p>
<p>Domínio Religioso</p>	<p>Crenças religiosas, princípios e valores pessoais</p>	<p>Importância de Deus/ da religião</p>	<p>“Sim, isso é a minha maior força (...) mas eu quando faço a oração estou confiante que Deus me está a ouvir, peço pela família ou peço por alguém que está mal ou doente e depois fico bem comigo mesma e importa me bem os outros bem mas importa me também ficar de consciência tranquila.”- S1 “Eu acho que fui muito ajudado por Deus os princípios de acidentes que eu tive se não fosse Deus até com o carro e graças a Deus nunca aconteceu nada, acredito que Deus me defendeu ao longo da vida ” – S2 “Eu acredito é o meu grande amigo e a nossa senhora e o são José e o santo antonino eles gostam muito que a gente fale neles”- S3 “Sim, eu penso que deus ajuda, nós quando temos uma coisa qualquer chamamos sempre por deus, ai deus me ajude ou assim ou assado ”- S4 “Sim, sim, deus é só um eu sempre fui católico”- S5 “Oh filha isso não sei responder eu acho que Deus vai ajudar a gente quando nós pedimos por ele”- S6 “Porque como é que eu devo dizer isto, acho que Deus tem uma missão para cada um de nós e põe nos à frente os obstáculos para ver qual é a nossa se somos competentes se não desiludimos se fazemos as coisas bem”- S7 “Acredito em Deus ”; “Peço por todos e mesmo pela juventude, pelas criancinhas e por todos lá fora o que lá está a ser e tudo é uma tristeza então nós somos todos irmãos”-S8 “Sim acredito em Deus”- S9 “Então eu acredito”-S10</p>
		<p>Hábitos Religiosos</p>	<p>“Também, também na televisão e às vezes vem cá o padre, rezamos o terço e por exemplo hoje acordei mais cedo para tomar banho e como tive tempo já o rezei à vezes rezo pelas pessoas e fico feliz por estar a rezar pelas pessoas porque eu gosto de ver as pessoas bem à minha volta”-S1 “Todos os dias e várias vezes e não durmo sem o rezar na cama”-S2 “Eu ia sempre à missa nós aqui também temos missa duas vezes por semana”- S6 “Às vezes quando estou mais cansada não rezo o terço mas é raro o dia que eu não fale em deus, em nossa senhora, em santo antonino e em são José e os pastorinhos de Fátima e rezo o terço e tenho me dado bem com isso”- S3 “Todos os dias rezo o terço e ouço a missa”-S4 “Olhe quanto mais rezo pior me acontece não sei se é por eu não merecer mais ou se sou eu que tenho muitos pecados ”- S9</p>

