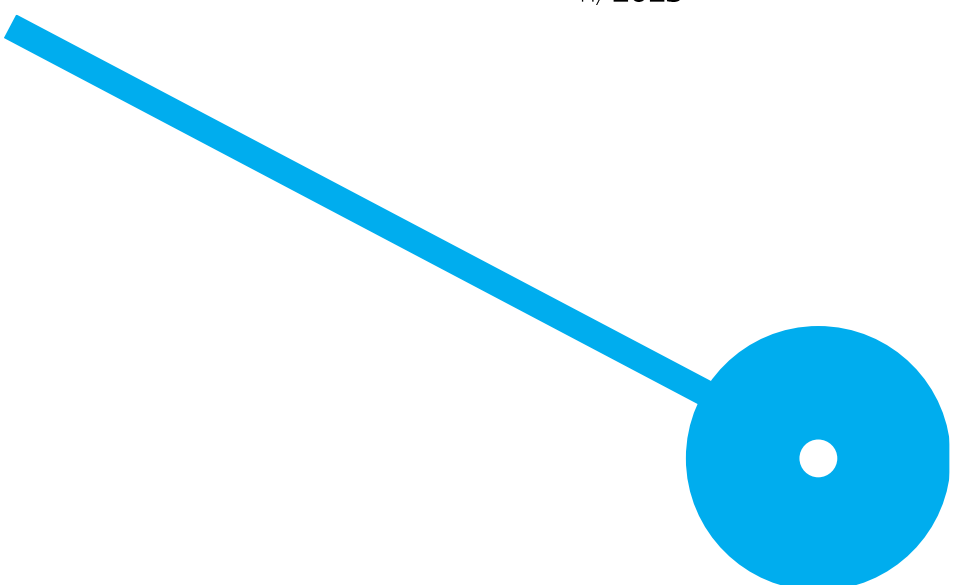


Perceções sobre o (potencial)
impacto das Estruturas
Residenciais para Pessoas Idosas
na promoção da qualidade de
vida dos idosos

Elisa Manuela Pires Teixeira

11/2023





Perceções sobre o (potencial) impacto das Estruturas Residenciais para Pessoas Idosas na promoção da qualidade de vida dos idosos

Elisa Manuela Pires Teixeira

8200869

Orientadora

Professora Doutora Marisa José Leiras Ferreira

Dissertação apresentada para cumprimento dos requisitos necessários à obtenção do grau de Mestre em Gestão das Organizações do 3º Setor pela Escola Superior de Tecnologia e Gestão do Instituto Politécnico do Porto.

Declaração de Integridade

Eu, Elisa Manuela Pires Teixeira, estudante nº 8200869, do Mestrado de Gestão das Organizações do 3º Setor da Escola Superior de Tecnologia e Gestão do Instituto Politécnico do Porto, declaro que não fiz plágio nem auto-plágio, pelo que o trabalho intitulado “Perceções sobre o (potencial) impacto das Estruturas Residenciais para Pessoas Idosas na promoção da qualidade de vida dos idosos” é original e da minha autoria, não tendo sido usado previamente para qualquer outro fim. Mais declaro que todas as fontes usadas estão citadas, no texto e na bibliografia final, segundo as regras de referência adotadas na instituição.

Agradecimentos

A realização do presente estudo não teria sido possível sem o apoio e incentivo de pessoas importantes, às quais sou infinitamente grata.

Gostaria desde já de expressar a minha gratidão a todos os professores do Mestrado em Gestão das Organizações do 3º Setor, pelos ensinamentos e por nos inspirarem a crescer e desenvolver as nossas habilidades.

Agradeço em especial a disponibilidade, paciência e dedicação que a Doutora Marisa, minha orientadora, teve comigo ao longo deste percurso. A sua confiança foi fundamental para que eu pudesse superar as minhas próprias limitações e conseguisse alcançar os meus objetivos. Agradeço, profundamente, por nunca ter desistido de mim.

Ao meu marido, quero expressar a minha sincera gratidão pelo seu apoio, compreensão e generosidade. Agradeço por todas as vezes em que adiou os seus planos para apoiar os meus e todas as vezes em que me deu forças quando me senti triste ou perdida.

Não poderia deixar de agradecer ao meu bem mais precioso, o meu filho. Obrigada por seres tão especial e iluminares o meu caminho com o teu sorriso, a tua alegria contagiante e teu otimismo. Sei que as minhas ausências, em prol deste estudo, não foram fáceis para ti, mas tenho a certeza de que um dia vais entender o valor deste esforço e terás orgulho de mim.

Por fim, agradecer à minha Mariana que sempre esteve ao meu lado, quer nos momentos de felicidade, compartilhando as minhas conquistas, quer nos momentos difíceis, dando-me forças para seguir em frente.

A todos, o meu mais profundo agradecimento!

Resumo

As Estruturas Residenciais para Pessoas Idosas constituem-se como uma resposta social destinada ao alojamento temporário ou permanente de pessoas idosas.

Para além de satisfazer as atividades básicas e instrumentais do dia-a-dia, as Estruturas Residenciais para Pessoas Idosas têm por objetivo assegurar um atendimento individual e personalizado de acordo com as especificidades de cada cliente; promover um ambiente físico seguro e acolhedor; potencializar um conjunto de ações destinadas a promover a convivência participação e integração dos indivíduos na comunidade; zelar pelo respeito e dignidade do idoso e promover a qualidade de vida.

O objetivo geral do presente estudo assenta em compreender qual a perceção da população portuguesa acerca do (potencial) impacto das Estruturas Residenciais para Pessoas Idosas na promoção da qualidade de vida dos idosos, considerando quem tem ou não tem familiares institucionalizados.

Por forma a validar a componente teórica que sustenta a base deste estudo, realizamos uma investigação de cariz quantitativo, através da aplicação de um questionário, constituído por 19 questões.

Todos os resultados recolhidos foram explorados e interpretados através do software IBM® SPSS® versão 27.

Palavras-chaves: Estruturas Residenciais para Pessoas Idosas; Institucionalização; Qualidade de vida.

Abstract

Residential Structures for the Elderly are a social response aimed at providing temporary or permanent accommodation for elderly people.

In addition to satisfying the basic and instrumental activities of day-to-day life, the Residential Structures for the Elderly aim to ensure an individual and personalized service according to the specificities of each client; promote a safe and welcoming physical environment; enhance a set of actions aimed at promoting the coexistence, participation, and integration of individuals in the community; ensure respect and dignity for the elderly and promote quality of life. To validate the theoretical component that supports the basis of this study, we carried out a quantitative investigation, through the application of a questionnaire, consisting of 19 questions.

The general objective of this study is to understand the perception of the Portuguese population about the (potential) impact of Residential Structures for the Elderly in promoting the quality of life of the elderly, considering who has or does not have institutionalized family members.

To validate the theoretical component that underpins the basis of this study, we conducted a quantitative investigation, through the application of a questionnaire, consisting of 19 questions.

All collected results were explored and interpreted using IBM® SPSS® version 27 software.

Keywords: Residential Structures for Elderly People; Institutionalization; Quality of life.

Índice

Capítulo I – Introdução	1
Capítulo II – Revisão da literatura	3
2.1. Perspetivas do envelhecimento	3
2.1.1. Envelhecimento demográfico.....	3
2.1.2. Envelhecimento individual.....	4
2.2. Representação social do envelhecimento.....	5
2.3. A história da Segurança Social.....	6
2.4. Instituições Particulares de Solidariedade Social (IPSS)	8
2.5. Respostas sociais para pessoas idosas em Portugal	8
2.5.1. Estrutura Residencial para Pessoas idosas	9
2.5.2. Centro do dia	10
2.5.3. Serviço de Apoio Domiciliário	12
2.5.4. Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI)	13
2.5.5. Cohousing	14
2.6. A institucionalização da pessoa idosa.....	15
2.6.1. Desvantagens da institucionalização	16
2.6.2. Vantagens da institucionalização.....	17
2.7. A qualidade de vida	17
2.7.1. A qualidade de vida na terceira idade	18
2.7.2. Qualidade de vida nos idosos institucionalizados.....	20
Capítulo III – Processo de investigação	23
3.1. Estratégia de investigação.....	23
3.2. Objetivos do estudo.....	23
3.3. Amostra e Instrumento de recolha de informação	24
3.4. Métodos estatísticos utilizados	27

3.4.1. Estatística Descritiva.....	27
3.4.2. Consistência interna de escalas	27
3.4.3. Testes paramétricos e não paramétricos	27
3.4.4. Teste t de Student	28
Capítulo IV – Análise e discussão de resultados	29
4.1. Caracterização da amostra.....	29
4.2. Motivos que levam a família e/ou o idoso a decidir pela institucionalização.....	30
4.3. Aspetos que interferem na qualidade de vida dos idosos	32
4.4. Cuidados prestados em Estruturas Residenciais para Pessoas Idosas.....	33
4.5. Análise de Consistência Interna das Dimensões Estudadas.....	34
4.6. Análise Descritiva das Dimensões em Estudo	36
4.7. Relação entre a qualidade de vida na terceira idade e a população com/sem idosos institucionalizados.....	37
Capítulo V – Conclusões.....	40
5.1. Conclusões do estudo	40
5.2. Limitações e investigações futuras.....	41
Bibliografia.....	43
Anexos	50

Índice de figuras

Figura 1 Despesas da segurança Social em Euros – milhares	7
Figura 2 Evolução da capacidade das principais respostas sociais.....	9

Índice de ilustrações

Ilustração 1 Habilitações literárias.....	29
Ilustração 2 Tem algum familiar institucionado numa Estrutura Residencial para Pessoas Idosas.....	29

Índice de tabelas

Tabela 1 Questionário.....	26
Tabela 2 Faixa etária	29
Tabela 3 Meio de Residência	30
Tabela 4 Motivos que levam a família e/ou o idoso a decidir pela institucionalização.....	30
Tabela 5 Estatísticas: Motivos que levam a família e/ou o idoso a decidir pela institucionalização.....	31
Tabela 6 Qualidade de vida na terceira idade.....	32
Tabela 7 Estatísticas: Qualidade de vida na terceira idade	32
Tabela 8 Cuidados prestados em Estruturas Residenciais para Pessoas Idosas.....	33
Tabela 9 Estatísticas: Cuidados prestados em Estruturas Residenciais para Pessoas Idosas.....	33
Tabela 10 Estatísticas de consistência interna: Dimensões.....	35
Tabela 11 Dimensões	35
Tabela 12 Consistência interna, correlação item-total e efeito da eliminação de cada item: Dimensões...	36
Tabela 13 Estatísticas: Dimensões. Escala 1-5	37
Tabela 14 Estatística descritiva e testes t: Relação entre a “Dimensão III – Qualidade de vida na terceira idade” com ter ou não familiares institucionalizados	37
Tabela 15 Estatística descritiva e testes t: Relação entre a “Dimensão IV – Cuidados prestados em Estruturas Residenciais para Pessoas Idosas” com ter ou não familiares institucionalizados.....	38

Lista de abreviaturas

ABVD – Atividades Básicas de Vida Diária

AIVD – Atividades Instrumentais da Vida Diária

CCM – Múltiplas Condições Crônicas

CSES – Conta Satélite da Economia Social

EQ-5D – EuroQol 5-Dimensions

ERPI – Estrutura Residencial para Pessoas Idosas

IPSS – Instituições Particulares de Solidariedade Social

OMS – Organização Mundial da Saúde

RNCCI – Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados

SAD – Serviço de Apoio Domiciliário

WHOQOL-BREF – World Health Organization Quality of Life – Bref

Capítulo I – Introdução

O envelhecimento populacional, pautado, simultaneamente, pela diminuição da natalidade e pelo aumento da longevidade, representa um dos fenómenos sociais mais importantes do século XXI. Em Portugal, teve início por volta dos anos oitenta do século passado e transitou para o presente, sendo expectável que se mantenha pelo menos por mais algumas décadas (Alves, 2015).

Este fenómeno acarreta um conjunto de *challenges* para a nossa sociedade, designadamente no âmbito familiar. Em muitos casos, a configuração das famílias modernas não oferece condições para que os seus membros mais velhos vivam integrados no seu seio, levando a que a prestação de cuidados seja efetuada por terceiros, nomeadamente por parte de Estruturas Residenciais para Pessoas Idosas (Caçador *et al*, 2021).

Ora a ida para um lar representa vários desafios, não só para a pessoa idosa, mas também para o Governo e para a própria Estrutura Residencial para Pessoas Idosas (ERPI). A saída de casa e a entrada para uma ERPI pode representar um desafio emocional e psicológico para a pessoa idosa, pois envolve a adaptação a um novo ambiente, a novas rotinas e à convivência com outras pessoas desconhecidas. Além disso, a pessoa cuidada pode sentir-se perdida, desorientada e pode experimentar sentimentos de solidão e isolamento. A falta de controle sobre sua própria vida e a perda da autonomia podem também gerar frustração e angústia (Kenison *et al*, 2020). A institucionalização implica igualmente desafios para o Governo, pois envolve a criação e manutenção de infraestruturas, recursos humanos qualificados e serviços de apoio necessários para atender às necessidades das pessoas cuidadas. Isso inclui alimentação, moradia, cuidados médicos, terapia, atividades recreativas e educacionais, entre outros. Todos esses serviços e recursos têm um custo elevado que requer, por parte do Governo, alocar recursos financeiros suficientes por forma a garantir o bem-estar e a proteção dos idosos (AR, 2021). A institucionalização pode ainda implicar desafios para a própria instituição no que diz respeito à garantia da qualidade de vida dos seus membros. As ERPIs tendem a ter modelos organizacionais bem definidos, com departamentos e processos burocráticos, por vezes bastante rígidos, resultando em processos mais lentos, falta de flexibilidade e dificuldades na adaptação a mudanças no ambiente externo. Essa falta de flexibilidade e adaptabilidade da instituição pode tornar difícil a incorporação de novas ideias, abordagens ou tecnologias, sendo que estes desafios podem impactar no bem-estar e na qualidade de vida dos seus membros (Bentes *et al*, 2012).

Ora, qualidade de vida nas ERPIs é de extrema importância, pois impacta diretamente no bem-estar e na felicidade dos residentes. Um ambiente que oferece uma boa qualidade de vida proporciona cuidados adequados às necessidades individuais dos idosos, contribuindo para a manutenção de sua autonomia, dignidade e autoestima (Faria & Macedo, 2015).

O objetivo geral do presente estudo assenta em compreender qual a perceção da população portuguesa acerca do potencial impacto das Estruturas Residenciais para Pessoas Idosas na promoção da qualidade de vida dos idosos.

Considerando o objeto de estudo definido, optamos por uma metodologia de índole quantitativa. O instrumento de recolha de dados que consideramos mais adequado para este estudo foi o questionário, sendo que os dados recolhidos foram analisados com recurso ao software IBM® SPSS® software versão 27.

Esta investigação está estruturada da seguinte forma:

- Capítulo I – Este capítulo introduz o tema de pesquisa abordado nesta investigação, o objetivo geral do estudo, a abordagem do método utilizado e a estruturação do trabalho;
- Capítulo II – Neste capítulo, é apresentada uma abordagem concetual dos temas que sustentam o estudo em causa, nomeadamente: perspetivas do envelhecimento; representação social do envelhecimento; a história da Segurança Social; Instituições Particulares de Solidariedade Social; respostas sociais para pessoas idosas em Portugal; institucionalização da pessoa idosa; e qualidade de vida;
- Capítulo III – A metodologia de investigação, o método de recolha e análise de dados;
- Capítulo IV – Este capítulo apresenta os resultados, bem como a respetiva análise e discussão;
- Capítulo V – Neste último capítulo, são apresentadas as principais conclusões e limitações obtidas através do presente estudo, assim como futuras linhas de investigação.

Capítulo II – Revisão da literatura

2.1. Perspetivas do envelhecimento

O processo de envelhecimento pode ser analisado à luz de duas grandes perspetivas, nomeadamente do ponto de vista demográfico e do ponto de vista individual (Alves, 2015).

2.1.1. *Envelhecimento demográfico*

O envelhecimento demográfico representa uma das transformações sociais mais importantes do século XXI e resulta da passagem de um modelo demográfico de fecundidade e mortalidade elevados, para um modelo em que ambos os fenómenos atingem níveis baixos (Ferreira, 2021). Por outras palavras, refere-se à redução da população jovem e ao acréscimo da população idosa. Este fenómeno resulta da modernização económica, cultural e social ocorridas nas últimas décadas, nomeadamente a diminuição da fecundidade e da natalidade, a maior facilidade de acesso a cuidados de saúde, bem como a melhoria das condições de vida que favorecem as probabilidades de sobrevivência dos indivíduos (Moreira, 2020). A diminuição da natalidade decorre, por sua vez, do adiamento da idade média do casamento e do nascimento do primeiro filho, da facilidade de acesso a métodos contraceptivos seguros e do ingresso tardio dos jovens no mercado de trabalho (Alves, 2015).

À semelhança dos outros países da União Europeia, Portugal tem registado um aumento significativo da população idosa. De acordo com dados disponibilizados pela Autoridade Estatística da União Europeia, é o quinto país do mundo com o índice de envelhecimento mais elevado, sendo expectável que seja, em 2050, o país mais envelhecido da Europa (Eurostat, 2021). Este fenómeno do progressivo envelhecimento da população portuguesa constitui um desafio, na medida em que tem consequências em todas as esferas da nossa sociedade, nomeadamente: de índole económica, registando um aumento da população dependente, uma diminuição da população ativa e produtiva e aumento das despesas com a segurança social e sanitária, na medida em que se verifica um aumento significativo de pessoas doentes e/ou em risco; alterações das relações familiares; acréscimo de conflitos geracionais; aumento da necessidade de prestação de cuidados profissionais e também uma maior necessidade de Instituições de Apoio ao Idoso (Alves, 2015).

O conceito de envelhecimento tem sofrido diversas alterações ao longo dos tempos, evoluindo de acordo com os conhecimentos, as atitudes, as crenças, a cultura, e as relações sociais de cada época (Sequeira, 2010). As primeiras abordagens definem-no como um processo universal, progressivo, degenerativo e irreversível, colocando os indivíduos unicamente em situação de perdas sucessivas (Alves, 2015).

Em 1980, Guillkron qualifica o processo de envelhecimento como um "*modelo de ciclo vital em U invertido*" constituído a partir de três etapas fundamentais. A primeira etapa teria início aquando ao nascimento e seria caracterizada por ganhos em todas as funções e estruturas do nosso organismo; a segunda etapa seria a etapa intermédia, caracterizada pela estabilidade e pelo funcionamento optimal do nosso organismo; por último, a terceira etapa definir-se-ia pela acumulação de perdas em todas as funções e estruturas do nosso organismo, culminando com a morte (Carne & Villar, 1997).

A partir da década de 70 surge uma corrente teórica, denominada de Teoria *Life-Span* do Desenvolvimento, defendendo que o desenvolvimento dos indivíduos se processa ao longo de toda a vida e que o declínio não poderia ser a sua única característica definidora (Alves, 2015). Baltes, maior impulsionador da Teoria *Life-Span* do desenvolvimento define o envelhecimento como um "*processo contínuo, multidimensional, multidirecional de mudanças orquestradas por influências genético-biológicas e socioculturais, de natureza normativa e não normativa, marcado por ganhos e perdas concorrentes e por interatividade entre o indivíduo e a sociedade*" (Neri, 2007, p.19).

2.1.2. Envelhecimento individual

O envelhecimento individual surge como um processo complexo que envolve diversas variáveis, nomeadamente a genética, o estilo de vida e existência de doenças crónicas, que se influenciam entre si e influenciam a forma como se envelhece (Faria & Marinho, 2004). Assim, o ser humano envelhece de forma progressiva, constituindo um processo multidimensional que implica momentos e ritmos diferentes para cada ser humano, com a existência de ganhos e perdas e não apenas de perdas, como defendiam os modelos iniciais. Neste sentido, o processo de envelhecimento implica "*alterações biológicas, psicológicas e sociais no indivíduo, de forma natural e gradativa, sendo em maior ou menor grau, de acordo com as características genéticas e, principalmente, com o modo de vida de cada indivíduo*" (Zimmerman, 2005, p. 21).

O conceito de envelhecimento pode ser analisado à luz de quatro perspetivas, nomeadamente o envelhecimento cronológico, biológico, psicológico e social (Serrano, 2012). Essa interação estabelece-se de acordo com as condições da cultura na qual o indivíduo está inserido. Condições históricas, geográficas, económicas, políticas e culturais produzem diferentes representações sociais da velhice (Shneider & Irigaray, 2008).

A idade cronológica é determinada pelo calendário e ordena as pessoas de acordo com sua data de nascimento (Serrano, 2012). "*A idade cronológica, que mensura a passagem do tempo decorrido em dias, meses e anos desde o nascimento, é um dos meios mais usuais e simples de se obter informações sobre uma pessoa*" (Shneider & Irigaray, 2008, p.589). Porém, não é um índice de desenvolvimento biopsicossocial,

mas sim um marcador aproximado do processo de desenvolvimento, que influencia o comportamento do indivíduo ao longo do tempo (Orta, 2014).

O envelhecimento biológico diz respeito às transformações físicas que reduzem a eficiência dos sistemas estruturais e funcionais do organismo e resultam numa maior vulnerabilidade do idoso e maior probabilidade de morrer. Contrariamente ao envelhecimento biológico, o envelhecimento psicológico não é, inevitavelmente, um processo naturalmente progressivo e, embora se proporcione com o decorrer do tempo, depende, em grande medida, da forma como o indivíduo encara o sentido da vida (Farinha, 2013).

O envelhecimento psicológico relaciona-se assim com as competências que o indivíduo mobiliza em resposta às mudanças do ambiente, incluindo a memória, a motivação e a inteligência (Orta, 2014).

Por fim, no que diz respeito às consequências sociais do envelhecimento, referir que as inúmeras transformações no âmbito social exigem uma grande capacidade de adaptação às novas condições, nomeadamente ao nível das relações e atividades sociais, dos recursos e suporte sociais e do aspeto familiar (Serrano, 2012).

2.2. Representação social do envelhecimento

No decorrer da história, a velhice sempre foi representada através de dois papéis antagónicos. Por um lado, o respeito, a sabedoria e a obediência e, por outro lado, a fragilidade, a incapacidade e o fim de vida (Farinha, 2013). A representação da velhice varia de acordo com a época e o lugar, tendo sido ora exaltada, ora eliminada, de acordo com a cultura em vigor (Blessmann, 2003). O idoso nunca vive no seu estado natural, pois o seu estatuto é-lhe imposto pela sociedade à qual pertence. As representações que os idosos têm de si mesmo e da sua vida estão, pois, subjacentes à forma como a sociedade os percebe (Farinha, 2013).

A Revolução Industrial, em meados do século XVIII fomentou a expansão das sociedades industriais e do capitalismo, marginalizando os idosos. Numa sociedade orientada para a produção e a rentabilidade, a velhice está sujeita a inúmeros mitos e estereótipos, levando, paulatinamente, ao afastamento dos idosos da própria sociedade. Este corte nas relações torna a velhice, num período marcado pela solidão, dependência, ansiedade e fragilidade (Fontaine, 2000).

O idadismo, isto é, os preconceitos, estereótipos e discriminações com base na idade, é um fenómeno social ainda existente na atualidade (Zimmerman, 2005). A desvalorização da inatividade, sinónima de falta de rendimento, resulta numa inversão das relações de força entre as gerações e coloca novos desafios à família da sociedade moderna, no que diz respeito às tarefas de amparo, apoio e responsabilização dos

membros mais velhos. Decorrente das alterações dos modelos de solidariedade, o Estado português assumiu a função de proteção de grupos mais vulneráveis onde se incluem as pessoas mais velha, através da construção de um sistema de segurança social, de base universal (Santos, 2014).

2.3. A história da Segurança Social

Em Portugal, o direito à segurança social é garantido essencialmente através de um Sistema Público consagrado constitucionalmente, o qual integra mais de seis milhões de beneficiários ativos e de pensionistas. Este Sistema assenta na Lei nº 28/84 de 14 de agosto (Lei de Bases da Segurança Social) e visa garantir aos cidadãos proteção, designadamente em determinadas situações de risco social, denominadas eventualidades. (DRE, 2022). Por norma, esta proteção é assegurada como contrapartida de contribuições sociais e é financiada através de receitas de impostos. Em Portugal o direito à proteção social está consagrado no Artigo 63º da Constituição da República Portuguesa e efetivado essencialmente pelo sistema de segurança social (Mendes, 1998).

Na origem da segurança social esteve a constituição de diversas caixas de previdência sectoriais, durante a segunda década do século XX. Já na década de 70, estas caixas de previdência foram integradas no sistema de segurança social, dando origem ao sistema de segurança social unificado. Contudo, a Caixa Geral de Aposentações constituída no ano de 1929, manteve a sua autonomia, assegurando a proteção dos funcionários públicos e permitindo-lhes beneficiar de um regime especial. Deste modo, coexistem atualmente dois sistemas públicos de proteção social. A generalidade dos trabalhadores beneficia de proteção social assegurada pelo sistema de segurança social gerido pelo Estado e os trabalhadores em funções públicas, por sua vez, estão abrangidos por um regime especial de proteção social (CFP, 2014).

A revolução do 25 de abril de 1974 provocou alterações significativas na estrutura orgânica da segurança social, nomeadamente através do decreto-lei nº 203/74 de 15 de maio. O referido Diploma estabelece as grandes linhas orientadoras do Governo Provisório em matéria de proteção social e entre elas a substituição progressiva do sistema de previdência e assistência por um sistema integrado de segurança social (Caeiro, 2019). A partir de 1976, a segurança social passa também a ter enquadramento constitucional, consagrando-a como um direito fundamental universal.

Como já referido anteriormente, a primeira lei de bases da segurança social, Lei nº 28/84, foi aprovada a 14 de agosto e define, no Artigo 1º, as bases *“em que assentam o sistema de segurança social previsto na Constituição e a ação social prosseguida pelas instituições de segurança social, bem como as iniciativas particulares não lucrativas de fins análogos aos daquelas instituições”*. O supramencionado Diploma decreta, na alínea 1 do Artigo 5º, que *“o sistema de segurança social obedece aos princípios da universalidade,*

da unidade, da igualdade, da eficácia, da descentralização, da garantia judiciária, da solidariedade e da participação.” A sua eficácia, de acordo com a alínea 5 do mesmo Artigo traduz-se “na concessão oportuna de prestações pecuniárias e em espécie, para adequada prevenção e reparação das eventualidades legalmente previstas e promoção de condições dignas de vida” (DRE, 2022).

Após sete revisões constitucionais e quatro décadas de democracia, a proteção social portuguesa continua a ser garantida nos mesmos termos em que foi concebida na sua génese e traduz-se numa enorme expansão da cobertura. A maturação do Estado social, fruto de transformações positivas no mercado de trabalho nomeadamente ganhos salariais e produtividade, provocou não só um aumento de despesa social como também uma alteração na sua composição (Ferreira *et al.*, 2013).

Relativamente aos apoios concedidos em prestações sociais, nomeadamente rendimento social de inserção (RSI), pensões, desemprego, doença, maternidade ou subsídios à formação profissional, podemos considerar que a segurança social teve, no ano de 2020, despesas de cerca de 39.731.614,4 milhares de euros. Comparativamente ao anterior, teve um acréscimo de 1.229.363,3 milhares de euros.

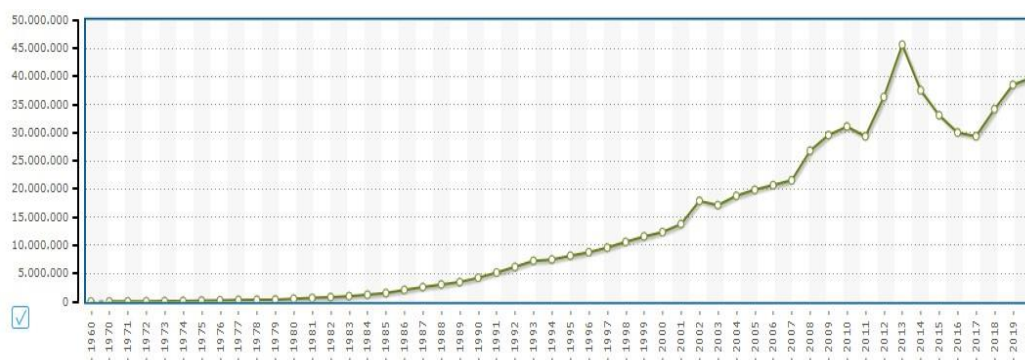


Figura 1 Despesas da segurança Social em Euros - milhares

No que concerne os apoios prestados, destaca-se a redução das prestações de apoio à família, maternidade e doença e o aumento da despesa com proteção de desemprego, de exclusão social, pobreza e ainda aumento moderado da despesa com pensões, fruto do crescimento do número de pensionistas.

Cumprir referir que o Estado Português articula de forma singular com o terceiro setor, por forma a garantir respostas sociais adequadas às necessidades da população mais vulneráveis. Esta parceria beneficiou particularmente a população idosa, sendo que a partir da década de 80 assistiu-se, a um aumento significativo das Instituições Particulares de Solidariedade Social (IPSS), levando ao desenvolvimento de uma vasta rede de equipamentos sociais, nomeadamente lares e centros de dia (Ferreira *et al.*, 2013).

2.4. Instituições Particulares de Solidariedade Social (IPSS)

As instituições particulares de solidariedade social (IPSS) são entidades sem fins lucrativos, constituídas por iniciativa de particulares e com o propósito de dar expressão organizada ao dever moral de solidariedade e de justiça entre os indivíduos e têm por finalidade a prevenção e apoio nas diversas situações de fragilidade, carência humana e/ou a exclusão (Pereira, 2013).

As IPSS podem ter forma de associações de solidariedade social, mutualistas ou de socorros mútuos, fundações de solidariedade social e irmandades de misericórdia. De acordo com a Concordata celebrada a 18 de maio de 2004, entre Santa Sé e a República portuguesa, estas instituições podem ainda assumir forma de institutos de organizações ou instituições da igreja católica, nomeadamente caritas diocesanas e paroquiais e centros sociais e paroquiais. Referir ainda que as instituições particulares de solidariedade social podem agruparem-se em uniões, Federação ou confederações (DRE, 2014).

De acordo com o Decreto-Lei n.º 172-A/2014, de 14 de novembro, que alterou e republicou o Estatuto das IPSS, aprovado pelo Decreto-Lei, n.º 119/83, de 25 de Fevereiro, as IPSS têm assumido, em todo o território nacional, *“uma posição de enorme preponderância no estabelecimento e desenvolvimento de um conjunto de respostas sociais, alicerçado no quadro axiológico da solidariedade social e desenvolvendo-se num modelo de atuação que é revelador de uma abordagem mais humanista, mais próxima, menos dispendiosa para o Estado e mais benéfica para os cidadãos”* (Idem).

Ao longo das últimas décadas, as instituições particulares de solidariedade social não só cresceram em número, como também assumiram elevado relevo social e económico junto das populações em que estão inseridas (Lopes & Leal, 2017). De acordo com a Conta Satélite da Economia Social (CSES), no ano de 2016, as IPSS constituíam o setor dominante da economia social, consagrando 91.2% % do total de unidades do universo da CSES. Foram identificadas, nesse mesmo ano, 5.622 entidades com estatuto de IPSS, desenvolvendo, maioritariamente a sua atividade nos serviços sociais (56,3%), seguindo-se a saúde (26,3%) e a educação (6,5%) (INE, 2019). Relativamente à sua área de intervenção, de referir que estas instituições particulares de solidariedade social atuam a 8.4% com a população idosa, garantindo respostas sociais adequadas às suas necessidades.

2.5. Respostas sociais para pessoas idosas em Portugal

Em Portugal, existem diversas estruturas direcionadas para as pessoas idosa e embora tenham missões distintas, podemos considerar que todas têm por objetivo proporcionar um conjunto de serviços que promovam o bem-estar biopsicossocial.

Entre 2000 e 2020, as respostas dirigidas a pessoas idosas registaram um crescimento de 53%, traduzindo um aumento superior a 2700 novas respostas. As estruturas residenciais para pessoas idosas (ERPI) e os serviços de apoio domiciliário (SAD) foram as respostas que, "neste domínio, mais cresceram no período 2000–2020 (176 % e 170 %, respetivamente) e as que apresentavam maior oferta. No ano de 2020, contabilizaram-se cerca de 7 350 respostas de ERPI, SAD e Centro de Dia no território continental, das quais 37 % correspondiam a SAD" (GEP, 2020, p. 46).

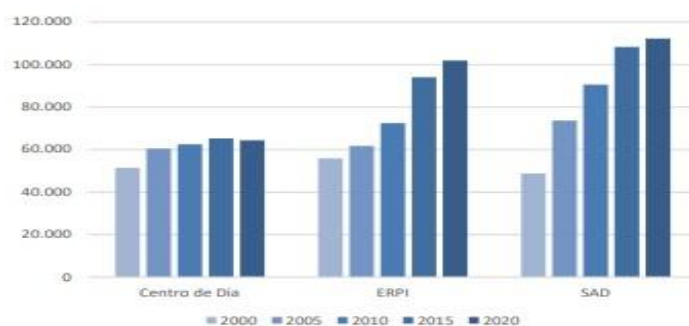


Figura 2 Evolução da capacidade das principais respostas sociais.

Relativamente à capacidade das respostas para as pessoas idosas, referir um aumento de 65% entre 2002 e 2020. Em Portugal continental, se consideradas apenas as três principais respostas, nomeadamente Estrutura Residencial para Pessoas Idosas, Serviço de Apoio Domiciliário e Centro de Dia, no ano de 2020 contabilizaram-se na totalidade de respostas para esta população alvo, mais de 300 000 lugares disponíveis, dos quais 278 529 lugares em centro de dia, SAD E ERPI. O serviço de apoio domiciliário constitui a resposta com maior oferta de lugares disponíveis totalizando 112 272 lugares em 2020 (Idem).

Relativamente ao tipo de respostas existentes, importa destacar:

2.5.1. Estrutura Residencial para Pessoas Idosas

A Estrutura Residencial para Pessoa Idosa (ERPI) constitui-se como uma resposta social, desenvolvida em equipamento, destinada a alojamento coletivo, de utilização temporária ou permanente, para pessoas idosas (Segurança Social, 2022). Podem ainda aceder a uma ERPI, aqueles que, por vontade própria e/ou por falta de retaguarda, se encontram em situação de maior risco de perda de autonomia (Fernandes, 2009).

Para além da satisfação das atividades instrumentais da vida diária (AIVD) e das atividades básicas de vida diária (ABVD), a ERPI visa a promoção, a inclusão e a integração social, independentemente do maior ou menor grau de autonomia da pessoa idosa (GEP, 2020). Os objetivos principais de uma Estrutura Residencial para Pessoa Idosa são:

- Promover qualidade de vida;

- Potenciar a integração social;
- Proporcionar serviços permanentes e adequados à problemática biopsicossocial das pessoas idosas;
- Contribuir para a estabilização ou retardamento do processo de envelhecimento;
- Promover estratégias de reforço da autonomia e da valorização pessoal e social, assegurando as condições de estabilidade necessárias para o reforço da sua capacidade autónoma para a organização das ABVD (Fernandes, 2009).

As ERPIs devem ser consideradas pelos seus utentes como um espaço de promoção dos seus direitos e da sua saúde, pelo que devem:

- Garantir o exercício da cidadania e o acesso aos direitos humanos dos clientes;
- Respeitar as diferenças socioeconómicas, de género, culturais, sexuais e religiosas dos seus clientes;
- Respeitar os hábitos e projeto de vida definido por cada cliente;
- Garantir segurança física afetiva e psíquica (Daniel, 2009).

Independentemente do número de clientes, consideram-se como essenciais os seguintes serviços ao nível da estruturação do modelo organizacional:

- Administrativos
- Cuidados pessoais
- Cuidados de saúde
- Atividades de animação sociocultural
- Nutrição e alimentação
- Segurança higiene e limpeza (Fernandes, 2009)

Por forma a assegurar a qualidade dos serviços prestados, é fundamental que o quadro do pessoal integre colaboradores que possuam as competências necessárias para a realização das funções desempenhadas. A eficácia e eficiência da organização depende ainda da capacidade em organizar e gerir todas as atividades promovidas de forma sequencial integrada e interligada (Idem).

2.5.2. Centro do dia

A par da criação de algumas respostas sociais surgiu, no final dos anos 60, o Centro de Dia. Este equipamento é uma das alternativas à institucionalização e surge através de uma crescente consciencialização, por um lado, do facto do internamento implicar para muitos o corte radical e penoso com o seu meio, originando situações de desespero e, por outro, da ineficiência das grandes estruturas de apoio, comportando custos extremamente elevados (Pimentel, 2015).

O Centro de Dia é uma resposta social, desenvolvida em equipamento, que consiste na prestação de serviços que contribuem para a manutenção das pessoas no seu meio habitual de vida, visando a promoção da autonomia e a prevenção de situações de dependência ou o seu agravamento (Segurança Social, 2010). É um recurso social de utilização diurna e surge como uma alternativa à institucionalização permanente dos idosos (Gil, 2013). Tem por objetivo prestar um conjunto de serviços que contribuem para a manutenção dos idosos no seu meio sociofamiliar, para pessoas com idade igual ou superior a 65 anos. Pretende contribuir para a valorização social, partilha de conhecimentos e experiências pessoais, proporcionando, durante o dia, as necessidades básicas pessoais, terapêuticas e socioculturais, prevenindo o isolamento social e a solidão a par da manutenção das capacidades e da independência funcional (Pimentel, 2015).

Podemos assim considerar que tem como objetivos principais:

- Assegurar a prestação de cuidados e serviços adequados à satisfação das necessidades e expectativas do utilizador;
- Prevenir situações de dependência e promover a autonomia;
- Promover as relações pessoais e entre as gerações;
- Favorecer a permanência da pessoa idosa no seu meio habitual de vida;
- Contribuir para retardar ou evitar ao máximo o internamento em instituições;
- Promover estratégias de desenvolvimento da autoestima, da autonomia, da funcionalidade e da independência pessoal e social do utilizador (Segurança Social, 2010).

Para a concretização dos objetivos referidos anteriormente, o Centro de Dia deve garantir e proporcionar aos clientes:

- Atividades de animação sociocultural, recreativa e ocupacional que visem contribuir para um clima de relacionamento saudável entre os clientes e para a manutenção das suas capacidades físicas e psíquicas;
- Serviços domésticos necessários ao bem-estar do cliente e destinados, nomeadamente, à higiene do ambiente, ao serviço de refeições e ao tratamento de roupa.

Deve ainda ter uma equipa multidisciplinar que contemple as várias áreas das dinâmicas inerentes ao desenvolvimento humano. Deve dispor de serviço de apoio psicossocial que permita o acompanhamento psicológico ao cliente no sentido de promover o bem-estar físico, económico e emocional. Ainda no âmbito do apoio psicossocial, destacam-se algumas dimensões consideradas como críticas, ou seja, o apoio espiritual, a intimidade, a gestão de conflitos entre os clientes e o apoio em momentos de luto (Segurança Social, 2014).

Dada a sua já longa existência, o Centro de Dia tem vindo a evoluir, adaptando-se às realidades em presença, particularmente no que se refere à sua conceção e aos serviços prestados, tentando adequar-se às

idiosincrasias pessoais e sociais, constituindo assim, em muitos casos um polo dinamizador e ponto de partida para a prestação e/ou desenvolvimento de atividades na comunidade (Gil, 2013).

2.5.3. Serviço de Apoio Domiciliário

De acordo com o Despacho Normativo 62/99 de 12 de novembro, o Serviço de Apoio Domiciliário (SAD) é uma resposta social, que consiste *"na prestação de cuidados individualizados e personalizados no domicílio a indivíduos e famílias quando, por motivo de doença, deficiência ou outro impedimento, não possam assegurar, temporária ou permanentemente, a satisfação das suas necessidades básicas e ou as atividades da vida diária"* (DRE, 1999).

Esta resposta é considerada por muitas pessoas em situação de dependência, como uma forma evitar/re-tardar a institucionalização e de se manterem nas suas casas, rodeados dos seus pertences e do afeto daqueles que lhes são mais próximo. Em muitos casos constitui igualmente o único elo de ligação com o exterior (Segurança Social, 2010).

São objetivos do Serviço de Apoio Domiciliário:

- Contribuir para a melhoria da qualidade de vida das pessoas e respetivas famílias;
- Promover a autonomia e prevenir, tanto quanto possível, situações de dependência;
- Prestar cuidados de ordem biopsicossociais, de modo a contribuir para o seu equilíbrio e bem-estar;
- Apoiar os utentes e famílias na satisfação das necessidades básicas e atividades da vida diária;
- Colaborar e ou assegurar o acesso à prestação de cuidados de saúde e/ou serviços da comunidade (DRE, 1999).

Em suma, os objetivos da resposta social Serviço de Apoio Domiciliário visam proporcionar bem-estar físico e emocional, através do atendimento individualizado e personalizado e da colaboração estreita com as pessoas próximas, quando desejável pelo cliente (Segurança, 2010).

Para prossecução dos seus objetivos, o SAD deve proporcionar um conjunto diversificados de serviços, tendo em consideração o superior interesse das pessoas em situação de dependência, nomeadamente:

- Cuidados de higiene pessoal e/ou habitacional;
- Colaboração na prestação de cuidados de saúde;
- Confeção de refeições;
- Acompanhamento de refeições;
- Tratamento de roupas.

O SAD pode ainda proporcionar os seguintes serviços:

- O acompanhamento do utente ao exterior;
- A aquisição de bens e serviços;
- Atividades de animação sociocultural;
- Pequenas reparações no domicílio;
- Apoio em situações de emergências (DRE, 1999).

2.5.4. Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI)

Globalmente, cerca de um em cada três adultos sofre de múltiplas condições crónicas (CCM), nomeadamente doenças cardiovasculares, cancro, doenças pulmonares e diabetes (Hajat & Stein, 2018). Estas evidências sobre os níveis e tendências na incidência de doenças são um *input* essencial nas políticas globais, regionais e nacionais de saúde (Global Burden of Disease Study, 2015).

Face ao surgimento de novas necessidades de saúde e sociais por parte de pessoas idosas com patologia crónica múltipla, dependência funcional e/o doença incurável em estado avançado e em fase final de vida (Petronilho *et al*, 2017), o XVII Governo português criou, em 2006, pelo Decreto-Lei nº 101/2006, a Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI) (DRE, 2006).

De acordo com o disposto no nº1 do Artigo 4º do referido diploma, constitui objetivo geral da rede:

- Prestar cuidados continuados integrados a pessoas que, independentemente da idade, se encontrem em situação de dependência.

O Decreto-Lei nº 101/2006, determina ainda, no disposto no nº2 de artigo supracitado, os seguintes objetivos específicos da rede:

- Melhorar a qualidade de vida das pessoas em situação de dependência;
- Manter, tanto quanto possível, no domicílio, pessoas com perda de funcionalidade;
- Adequar o apoio, o acompanhamento e o internamento em função da situação;
- Apoiar os familiares e prestadores informais, na respetiva qualificação e na prestação de cuidados;
- Articular a coordenar, em rede, dos cuidados em diferentes serviços, sectores e níveis de diferenciação (Idem).

A prestação de cuidados continuados integrados é assegurada por unidades de ambulatório, unidades de internamento, equipas hospitalares e equipas domiciliárias.

- São equipas hospitalares, as equipas de gestão de altas e equipas intra-hospitalares de suporte em cuidados paliativos.

- Constituem equipas domiciliárias, as equipas de cuidados continuados integrados e equipas comunitárias de suporte em cuidados paliativos.
- Constituem unidades de internamento as unidades de média duração e reabilitação, unidades de convalescença, unidades de longa duração e manutenção e unidades de cuidados paliativos (Santos *et al.*, 2022).

O acesso à RNCCI pode ser feito por duas vias, nomeadamente por via hospitalar (através das equipas de Gestão de Altas) e por via cuidados de saúde primários (através das Equipas Referenciadoras dos agrupamentos de centros de saúde) (SNS, 2022).

2.5.5. *Cohousing*

O termo *cohousing* pode ser definido por habitação em espaços comuns e instalações compartilhadas (Vestbro & Horelli, 2012). O *cohousing* ou habitação colaborativa, surgiu como alternativa à habitação tradicional, nos anos 70 do século XX, na Dinamarca, Suécia e Holanda e rapidamente se espalhou para outros países, nomeadamente EUA, Austrália, Alemanha e França (Huber, 2008). Este conceito motiva o senso de comunidade e solidariedade e resume-se à partilha de certos elementos comuns que complementam a habitação privada de cada pessoa. O objetivo é aproximar os habitantes, diminuir o custo de vida e promover o sentimento de partilha e inclusão através da partilha de recursos e tarefas (De Vos & Spoormans, 2022).

"Embora o conceito mais purista de cohousing seja associado a um grupo particular de pessoas que se unem em prol de um objetivo comum, a verdade é que este conceito evoluiu e passou a estar intrinsecamente associado a uma crescente preocupação social com as pessoas mais idosas" (Fatela, 2021, p. 160). O *cohousing* promove a solidariedade e a reciprocidade pelo que se apresenta como uma solução para diversas problemáticas enfrentadas, frequentemente, pelas pessoas mais velhas, nomeadamente o isolamento, a solidão, a falta de retaguarda, a falta de autonomia e o desejo de permanecer na sua habitação, com privacidade e respeito (Queirós, 2019).

Em Portugal, surgiu no final do século XX, o modelo de *home-villages*. Este modelo incorpora todos os princípios do modelo intergeracional de *cohousing*, mas com recursos especificamente orientados para acomodar as necessidades de pessoas mais velhas, tanto em suporte à saúde quanto no projeto de vida.

O modelo de *Home-villages* do *cohousing* refere-se a um tipo de comunidade que visa criar uma estrutura de habitação coletiva, em que os seus membros usufruem de residências privadas, nomeadamente apartamentos, casas ou quartos. Os moradores que moram numa comunidade de *home-villages* compartilham áreas e serviços comuns e tomam decisões cooperativas. É um modelo que promove a convivência mais

estreita entre vizinhos e suporte mútuo para a criação de um estilo de vida mais sustentável e comunitário (Huber, 2008). Estas comunidades distinguem-se pela partilha de cuidados e permitem que os seus moradores vivam independentes por mais tempo do que seria possível em muitas comunidades convencionais, evitando ou retardando a institucionalização.

2.6. A institucionalização da pessoa idosa

No ciclo de vida familiar, desde cedo surge a preocupação com as fragilidades da geração mais velha e a necessidade de apoio e os devidos cuidados. Inicialmente esta preocupação está centrada na promoção da saúde e na prevenção de doenças, posteriormente cabe à família lidar com eventuais incapacidades dos seus idosos, nomeadamente perda de independência (Neves, 2012).

O problema centra-se nas características das famílias modernas que não oferece condições para que os seus membros mais velhos vivam integrados no seu seio. Alguns fatores que contribuem para essa situação incluem:

- **Individualização:** A valorização da individualidade e autonomia nas famílias modernas pode dificultar a criação de espaço e cuidados específicos para os membros mais velhos, que muitas vezes requerem atenção e apoio contínuo;
- **Vida agitada:** As famílias modernas estão muitas vezes envolvidas em múltiplas responsabilidades e exigências, tais como carreira, educação dos filhos e equilíbrio trabalho-vida pessoal, o que pode limitar o tempo e recursos para atender às necessidades dos membros mais velhos da família.
- **Geografia:** Muitas famílias modernas estão geograficamente dispersas, com membros vivendo em diferentes cidades ou países. Esta situação pode dificultar a proximidade física e o apoio mútuo entre os membros mais velhos e a família (Maffioletti, 2005).

Assim, considerando as estruturas familiares modernas, as exigências sociais e a perda de potencialidade para a realização das atividades de vida diárias, o idoso/família tem, em muitos casos, de optar pela institucionalização (Caçador *et al*, 2021).

Com base em estudos realizados sobre instituições geriátricas, considera-se que existem um conjunto de razões que levam a família e/ou o idoso a decidir pela institucionalização, nomeadamente:

- **Agravamento do estado de saúde/presença de doenças crónicas e múltiplas que requerem a necessidade de cuidados médicos e de enfermagem especializados (Reed *et al*, 2003);**

- O isolamento social, que pode ser originado por mudanças do ambiente social do idoso, designadamente pela morte de familiares e/ou amigos, e pela dificuldade/perda de motricidade (Billaud, 2006);
- Falta de recursos habitacionais, impossibilitando que o idoso viva de forma segura em sua própria casa;
- Falta de recursos económicos, que tornam impossível manter as despesas de uma casa;
- Conflitos familiares sobre a responsabilidade e/ou cuidados necessários para a pessoa idosa (Oliveira, 2014).

Em 2009, um inquérito promovido pelo Ministro do Trabalho, Solidariedade e Segurança Social de Portugal Segurança, que envolveu todos os responsáveis das ERPIs revelou que os critérios de institucionalização foram baseados no nível de dependência funcional do idoso para a realização das atividades de vida diária e/ou a falta de retaguarda familiar. De acordo com o mesmo inquérito, 20 % das instituições identificaram o isolamento como a primeira causa da institucionalização do idoso (Teixeira *et al.*, 2017).

2.6.1. Desvantagens da institucionalização

A institucionalização pode ser considerada como um evento significativamente traumático que requer capacidade de adaptação, no sentido em que a perda de espaço e independência podem desencadear, no idoso, sintomas de depressão, baixa qualidade de vida, autoestima e bem-estar (Kenison *et al.*, 2020).

As consequências da institucionalização de idosos não são, de uma forma geral, positivas, pois, independentemente da diversidade de causas que conduzem à institucionalização, é frequente verificar-se a existência de sentimentos de perda, associada à saída da sua casa, à rutura das relações já estabelecidas e às alterações de rotinas (Almeida, 2008).

Por outro lado, o idoso vai ter de se familiarizar com um novo espaço e estar sujeito a um regulamento que lhe impõe uma companhia que não pode escolher, pedir permissão para sair, ter de justificar-se sempre que não lhe apetecer comer, ter de levantar-se e deitar-se em determinado horário, ter hábitos alimentares que não eram, até agora, os seus. Esta nova realidade pode, por isso, originar reações de angústia, medo, revolta e insegurança (Born & Boechat, 2006).

Deste modo, podemos considerar as seguintes desvantagens da institucionalização de idosos:

- Perda da autonomia, no sentido em que passa de um ambiente de vida de casa para um ambiente mais controlado;
- Isolamento social, sendo que muitos idosos se sentem mais solitários, afastados dos seus amigos, vizinhos e familiares (Peille, 2020);

- Restrições de horários, que podem afetar a liberdade dos idosos, quanto às suas atividades diárias;
- Falta de privacidade, sendo que muitos aspectos da vida diária são compartilhados por outros residentes e colaboradores;
- Carência de cuidados diferenciados;
- Dificuldade de adaptação, podendo levar à ansiedade e depressão;
- Possibilidade de negligência e abuso por parte dos cuidadores;
- Variáveis na qualidade das instalações, assim como a qualidade de serviço e acomodação dos clientes;
- Custo elevado da mensalidade (Almeida, 2008).

2.6.2. Vantagens da institucionalização

Independentemente da diversidade de causas que conduzem à institucionalização, esta pode gerar sentimentos de ganho, nomeadamente (Oliveira, 2014):

- Proteção legal, em idosos sujeito a abusos, exploração e/ou negligência;
- Cuidados especializados, incluindo assistência médica, reabilitação, terapia e serviços de enfermagem. Muitos destes cuidados estão disponíveis 24h/dia;
- Avaliação/acompanhamento permanente da saúde dos idosos, permitindo detetar/tratar problemas de saúde atempadamente, evitando assim a sua hospitalização;
- Inclusão social, através de atividades sociais e recreativas;
- Segurança, no sentido em que as instituições são projetadas para garantir um ambiente seguro aos seus clientes;
- Alimentação adequada, de acordo com as necessidades nutricionais de cada um;
- Alívio para os cuidadores informais, em termos físicos e emocionais;
- Fortalecimento dos laços familiares, no sentido em que a carga, por vezes excessiva de olhar por um idoso dependente, que a família sentia, ficou resolvida, deixando lugar à expressão do afeto;
- Aumento significativo do bem-estar psicológico positivo e diminuição da depressão (Amaral & Loureiro, 2021).

2.7. A qualidade de vida

A investigação sobre os níveis de bem-estar da população sempre foi objeto de várias ciências (Castro, 2017). Ainda assim, o termo qualidade de vida foi mencionado pela primeira vez por Arthur Cecil Pigou, no ano de 1920, no seu livro *The Economics of Welfare*, em que questiona a falta de proteção do Estado aos grupos mais desfavorecidos e o impacto que teriam medidas de apoio social tanto no orçamento do Estado

como na vida das pessoas. Rapidamente, o termo foi desvalorizado e esquecido (Kluthcovsk & Takayana-gui, 2006).

A partir da década de 60, o termo qualidade de vida passou a ser comumente utilizado e relacionado com aspetos objetivos da vida, nomeadamente a aquisição de carro, casa própria, salário e bens adquiridos (Castro, 2017). Paralelamente a esta abordagem, outras correntes de pensamento surgiram, no sentido de contestar um modelo que reduz a conceção e a medida da qualidade de vida a indicadores, na maior parte das vezes, meramente quantitativos, no entanto, os indicadores socioeconómicos objetivos não reconhecem as injustiças ou desigualdades nem nos informam sobre os graus de satisfação subjetiva que a sua vida inspira aos indivíduos (Campbell *et al*, 1976).

De acordo com a Organização Mundial da saúde, Qualidade de Vida refere-se à perceção de um indivíduo de sua posição na vida, no contexto da cultura e sistema de valores nos quais ele vive e em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações (OMS, 2023). A qualidade de vida pode ser assim relacionada com a satisfação com a vida, a felicidade, a saúde, o senso de propósito e significado, a estabilidade financeira, a acessibilidade a serviços de educação e saúde, o equilíbrio entre trabalho e vida pessoal, a interação social e a igualdade de oportunidades. Uma boa qualidade de vida proporciona uma vida mais saudável mais feliz e mais produtiva, permitindo maior realização pessoal e uma sociedade mais justa e igualitária (Pinto, 2004).

No ano de 1992, A OMS definiu ainda como indicadores de qualidade de vida diversos domínios, nomeadamente o domínio físico e psicológico, as relações sociais, o ambiente, as crenças pessoais, os aspetos espirituais e o nível de independência. Baseia-se no pressuposto de que a qualidade de vida é um construto multidimensional e subjetivo (Almeida, 2016).

2.7.1. A qualidade de vida na terceira idade

Diante do envelhecimento demográfico iniciado no último século, torna-se essencial garantir aos idosos não só uma maior longevidade, mas também uma melhor qualidade de vida. O conceito de qualidade de vida constitui assim, na atualidade, um dos principais indicadores a ter em conta na avaliação da condição de vida das pessoas idosas (Vecchia *et al*, 2005).

Os resultados de diversos estudos realizados indicam que qualidade de vida nas pessoas idosas depende dos diversos fatores, designadamente:

- Bem-estar físico, cujos elementos são a saúde, a higiene, a segurança e a comodidade em termos materiais – ter uma boa qualidade de vida na velhice inclui ter acesso a serviços de saúde de qualidade como exames tratamentos e consultas médicas;

- Manutenção da higiene pessoal e habitacional, por forma a prevenir lesões de pele e infeções;
- Antecipação de situações que possam comprometer a sua integridade física e/ou emocional, designadamente prevenção de quedas e acidentes domésticos, controlo de medicamentos, cuidados alimentares, entre outros; e dispor de equipamentos, tecnologias e dispositivos, tais como barras de apoio em casas de banho, corrimões e rampas de acesso, sensores de iluminação, etc. (Almeida, 2016);
- Manutenção de relacionamentos positivos com familiares, amigos e participação na comunidade – o homem, enquanto ser social precisa de contatos sociais, quer seja com a família, os amigos, os vizinhos ou colegas. A solidão e o isolamento social podem levar a problemas de saúde mental, tais como a depressão e a ansiedade. Por sua vez, a socialização e o envolvimento em atividades socioculturais podem ajudar a reduzir esses riscos. Relações interpessoais positivas ajudam ainda a promover o sentimento de pertença à comunidade e proporciona apoio emocional, em momento, muitas vezes desafiantes e difíceis, tais como perante uma situação de doença, morte de um familiar, institucionalização, entre outros (Ryan *et al.*, 2019);
- Desenvolvimento pessoal, através do desenvolvimento intelectual e autoexpressão – ter uma boa qualidade de vida na velhice inclui a capacidade de continuar a aprender. O desenvolvimento intelectual envolve a manutenção das capacidades cognitivas, incluindo o raciocínio, a linguagem, a memória e as habilidades de resolução de problemas. A autoexpressão refere-se às capacidades comunicacionais, fundamentais para manter a autoestima e independência dos idosos (Almeida, 2016);
- Atividades recreativas – os jogos de tabuleiro, a dança, as caminhadas, o artesanato, a música, o cinema, etc., devem ser entendidos como oportunidades para fortalecer/manter habilidades existentes ou ainda promover novas competências (Jacob, 2007);
- Atividades espirituais e transcendentais – a espiritualidade enquanto componente da qualidade de vida é particularmente importante nos grupos mais envelhecidos da população, no sentido em que estes estão mais suscetíveis a situações de maior vulnerabilidade, nomeadamente abandono, descredito, morte ou doença. Através da meditação, da oração, do yoga, e dos grupos de apoio espiritual o idoso pode dar significado à sua vida e encontrar algum reconforto e paz (Pontes *et al.*, 2020).

Existem diversos modelos de avaliação da qualidade de vida, de acordo com os diferentes contextos e populações. Alguns dos mais comuns incluem:

- Questionário SF-36 (*The Medical Outcomes Study 36-item Short Form*) – este questionário avalia a qualidade de vida em diversos domínios, nomeadamente: funções física e social, saúde mental, vitalidade e dor corporal (Stewart, 2007);

- WHOQOL-BREF (*World Health Organization Quality of Life - Bref*) – esta escala avalia a qualidade de vida em quatro campos, ou seja: físico, psicológico, relações sociais e meio ambiente (Gato *et al.*, 2018);
- EQ-5D (EuroQol 5-Dimensions) – esta escala avalia a qualidade de vida em cinco dimensões: mobilidade, autocuidado, atividades quotidianas, dor/desconforto e ansiedade/depressão. Também inclui uma avaliação visual analógica da saúde geral (Keetharuth *et al.*, 2022);
- Escala de qualidade de Vida de Flanagan – este instrumento, desenvolvido por James C. Flanagan, em 1978, foi utilizado para medir a qualidade de vida dos idosos e baseia-se em 10 questões relacionadas com a saúde, o lazer, as finanças, a família, as atividades de vida diária, entre outros fatores (Almeida, 2016).

Estas são apenas algumas das escalas utilizadas para avaliar a qualidade de vida dos idosos. Cabe ressaltar que cada escala possui vantagens e limitações, sendo que a escolha da escala mais adequada para avaliar a qualidade de vida de um idoso dependerá do objetivo da avaliação e das características da população estudada.

2.7.2. *Qualidade de vida nos idosos institucionalizados*

Embora nem sempre desejada, a institucionalização dos idosos é uma realidade cada vez mais frequente. Este processo envolve um conjunto de tarefas, desde a escolha da ERPI, a preparação da saída de casa do idoso e adaptação ao novo meio (Faria & Macedo, 2015).

Vários são os estudos desenvolvidos que procuram compreender em que medida o envolvimento do idoso na tomada de decisão à institucionalização tem implicações tanto na sua adaptação à sua nova residência, como na sua qualidade de vida.

Os trabalhos realizados por Reed *et al.* (2003), permitiram identificar quatro tipos de tomada de decisão, que de acordo com os autores, estão associadas à qualidade de adaptação. Ora vejamos:

1. Preferencial – ocorre quando o idoso exerce o seu direito de decisão e, tendo por base todas as alternativas existentes, opta pela institucionalização;
2. Estratégica – refere-se a um planeamento da institucionalização por parte do idoso ao longo da sua vida. Esta postura é habitualmente adotada por pessoas sem retaguarda familiar que, atempadamente visitam lares por forma a escolher aquele com o qual mais se identificam e procedem à sua inscrição;

3. Relutante– diz respeito a uma postura de resistência/desacordo por parte idoso relativamente à sua entrada numa ERPI. Esta tomada de decisão é a mais dolorosa, no sentido em que o idoso é forçado, por terceiros, a aceitar uma decisão que não é sua;
4. Passiva – ocorre geralmente em casos de demência e/ou passividade por parte do idoso. Nesta situação a institucionalização não é questionada (Reed *et al*, 2003).

Além da tomada de decisão, vários estudiosos debruçaram-se sobre a importância do ambiente no apoio às pessoas idosas (Gill *et al*, 1999). A partir de vários estudos realizados, foram identificados três fatores que podem comprometer ou favorecer a adaptação do idoso institucionalizado e interferir significativamente na sua qualidade de vida, nomeadamente:

1. Circunstâncias e tempo disponível para antecipar a mudança;
2. Definição do conceito de ERPI para os idosos;
3. Continuidade alcançada após a institucionalização (Groger, 1995).

A continuidade alcançada após a institucionalização refere-se diretamente aos apoios prestados, designadamente nas atividades instrumentais da vida diária (AIVD), nas atividades básicas de vida diária (ABVD), bem como todas as medidas implementadas pela ERPI, por forma a promover a qualidade de vida dos seus utentes, ou seja:

- Cuidados de saúde e bem-estar – através de cuidados médicos adequados e atividades físicas apropriadas (Almeida, 2016);
- Ambiente físico confortável e seguro – com instalações acessíveis, espaços de lazer e jardins para a promoção de atividades ao ar livre (Gill *et al*, 1999);
- Atividades sociais e recreativas – tais como passeios e excursões, ginástica sénior, grupos de leitura, comemorações de datas festivas, eventos culturais, trabalhos manuais, jogos, participação em grupos de apoio e atividades artísticas (Jacob, 2007);
- Alimentação saudável e equilibrada – adaptada às necessidades alimentares individuais dos idosos.;
- Integração familiar – através de visitas e interações regulares com os familiares (Ryan *et al*, 2019).

Além de todos os fatores suprarreferidos e por forma a promover a qualidade de vida, é essencial que as instituições tenham a capacidade de se adaptarem às necessidades específicas de cada indivíduo, respeitando a sua individualidade e garantido um ambiente acolhedor e empático (Faria & Macedo, 2015).

Até hoje, ainda são poucos os estudos desenvolvidos para avaliar a qualidade de vida dos idosos institucionalizados. Ainda assim, podemos destacar a importância dos trabalhos realizados por Rosaline Kane. Em 1998, o *Center of Medicare and Medicaid Services* atribuiu à equipa da *University of Minnesota*

School of Public Health, liderada por Kane, o estudo sob o tema *Measurement, Indicators, and Improvement of the Quality of life in Nursing Homes*. A partir do referido estudo foi desenvolvida a *Quality of Life Scales for Nursing Home Residents*, uma escala que permite avaliar a qualidade de vida dos idosos institucionalizados em ERPIs (Kane, 2004). A investigadora defende que o instrumento desenvolvido permite melhorar a gestão de equipamentos, no sentido em que os seus responsáveis conseguem determinar se estão ou não a preservar/promover a qualidade de vida dos seus residentes e a partir dos resultados obtidos implementar medidas de melhoria. Ainda de acordo com Klane, a qualidade de vida nas ERPIs é um conceito subjetivo que resulta de fatores intrínsecos e extrínsecos aos residentes, ou seja:

- Fatores intrínsecos: situação social, estado de saúde e personalidade;
- Fatores intrínsecos: Cuidados prestados (Pereira, 2013).

Em Portugal, no ano de 2020, foram realizados 2 estudos pela Deco/Proteste, sobre a qualidade de vida dos idosos institucionalizados em Entidades Privadas, IPSS e Misericórdias. Os referidos estudos foram direcionados a familiares que tinham/tiveram idosos institucionalizados entre os anos de 2015 e 2020. Os dados apurados permitiram constatar que as queixas relacionadas com falta de higiene, falha na comunicação entre medico/família e custos inesperados são recorrentes, em qualquer estrutura. Os referidos estudos permitiram ainda atribuir uma pontuação de 6,1/10 e 6,5/10 aos cuidados médicos e cuidados de enfermagem respetivamente, enquanto os cuidados psicológicos e terapia ocupacional obtiveram uma pontuação de 5,6/10. Grande parte dos inquiridos defendem a falta/inexistência de atividades sociais e recreativas, o que, de acordo com os mesmos tem um impacto direto na qualidade de vida dos idosos (Carvalho & Belchior, 2020).

Capítulo III – Processo de investigação

3.1. Estratégia de investigação

Antes de iniciar uma pesquisa científica, é essencial ter uma clara compreensão do problema que se pretende investigar, por forma a direcionar a investigação, organizar o projeto de pesquisa e delimitar o escopo do estudo. Após esta etapa, será definida toda a planificação, na qual consta a seleção das técnicas de recolha de dados (Coutinho, 2014).

A questão de partida desta investigação assentou em perceber qual a perceção da população portuguesa acerca do potencial impacto das Estruturas Residências para Pessoas Idosas na promoção da qualidade de vida dos idosos. No sentido de alcançar o objetivo proposto, recorreremos a uma metodologia quantitativa. A principal vantagem da metodologia quantitativa assenta na possibilidade de recolha e análise das respostas dos inquiridos a um determinado número de perguntas, facilitando a comparação e agregação de resultados (Yilmaz, 2013). A metodologia quantitativa, tal como o nome indica, é caracterizada pelo uso da quantificação, tanto na recolha quanto no tratamento dos dados recolhidos. Através de técnicas estatísticas, este método objetiva a aquisição de resultados, ao evitar possíveis distorções de análise e/ou interpretação, bem como ao maximizar a margem de segurança. A recolha de dados é efetuada através de questionários que apresentam variáveis distintas, cujas análises são comumente apresentadas sob a forma gráficos e tabelas (Bruchêz *et al.*, 2015).

3.2. Objetivos do estudo

A definição de objetivos é de extrema importância pois direciona a pesquisa e determina o que o investigador pretende alcançar com o seu estudo. Além disso, a definição clara e precisa dos objetivos permite que se desenvolva um plano de ação adequado e eficiente, economizando tempo e recursos. Os objetivos podem ser divididos entre objetivos gerais e específicos. Os objetivos gerais são mais amplos e descrevem a direção geral do estudo, por sua vez, os objetivos específicos são mais concretos e descrevem as ações específicas que serão realizadas para alcançar os objetivos gerais (Coutinho, 2014).

O objetivo principal/geral deste trabalho assenta em compreender qual a perceção da população portuguesa acerca do potencial impacto das Estruturas Residenciais para Pessoas Idosas na promoção da qualidade de vida dos idosos.

Os objetivos específicos do presente estudo são:

1. Avaliar a compreensão da população acerca das razões que levam a família e/ou idoso a decidir pela institucionalização;

2. Identificar aspetos que interferem na qualidade de vida dos idosos, de acordo com a população;
3. Avaliar a opinião da população acerca dos cuidados prestados nas ERPI;
4. Estudar a relação entre a qualidade de vida na terceira idade e a população com/sem idosos institucionalizados.
5. Analisar a relação entre a satisfação da população acerca dos cuidados prestados nas ERPI e a população com/sem idosos institucionalizados.

Para alcançarmos estes objetivos iremos inquirir indivíduos que tenham, e que não tenham, familiares institucionalizados, de forma a obtermos um conjunto de opiniões mais vasto e que permitam a comparação entre estes dois grupos de pessoas.

Em primeiro lugar, é essencial considerar a perspetiva daqueles que têm familiares institucionalizados. Essas pessoas estão mais diretamente envolvidas com a realidade das Estruturas Residenciais para Pessoas Idosas e podem fornecer informações valiosas sobre o funcionamento dessas instituições e a qualidade dos cuidados prestados. Ao entender a perceção desses indivíduos, é possível identificar áreas que necessitam de melhorias e implementar mudanças específicas para garantir que as necessidades dos idosos sejam atendidas de forma adequada. Além disso, ouvir as opiniões das famílias dos idosos institucionalizados pode ajudar a moldar as políticas e as práticas das instituições de forma a promover a participação e o envolvimento das famílias no cuidado e bem-estar dos seus entes queridos.

Por outro lado, é também fundamental analisar a perceção daqueles que não têm familiares institucionalizados. Essas pessoas podem apresentar uma visão mais geral da importância das Estruturas Residenciais para Pessoas Idosas na sociedade e na promoção da qualidade de vida dos idosos como um todo. Ao compreender a perceção desses indivíduos, é possível desenvolver estratégias de comunicação e educação adequadas para conscientizá-los sobre a importância e os benefícios dessas estruturas. Além disso, ao reconhecer o valor que a população atribui a essas instituições e à qualidade de vida dos idosos, é possível obter apoio e recursos para a melhoria contínua das políticas e dos serviços oferecidos.

Em suma, compreender a perceção da população portuguesa acerca do potencial impacto das Estruturas Residências para Pessoas Idosas na promoção da qualidade de vida dos idosos, considerando quem tem ou não tem familiares institucionalizados, é crucial para promover uma sociedade mais consciente e inclusiva, proporcionando cuidados adequados e melhorando a qualidade de vida dos idosos em Portugal.

3.3. Amostra e Instrumento de recolha de informação

No presente estudo, optamos por uma amostra por conveniência e em bola de neve. A amostra por conveniência definida é metodologicamente como aquela em que há escolha deliberada de respondentes

(Amatuzzi et al., 2006). Por sua vez, o tipo de amostragem denominada de bola de neve, também conhecida como método de cadeia de referências, não utiliza um sistema de referências, mas sim de uma rede de amizades e/ou contactos dos membros existentes na amostra. O processo inicia-se por um certo número de participantes que compõem o público-alvo e estes, por sua vez, são incumbidos de indicar, a partir de seus contatos, outros indivíduos para a amostra. Este processo segue sucessivamente, até à obtenção do tamanho amostra desejada (Handcock & Gile, 2011).

O instrumento de recolha de dados que consideramos mais adequado para este estudo foi o questionário. Um questionário é uma ferramenta de pesquisa composta por um conjunto de perguntas cuidadosamente elaboradas e aplicadas de forma consistente a um grupo de pessoas (Mendes, 2016). O questionário aplicado permitiu-nos aceder à nossa amostra de uma forma simples e eficaz, sem custos associados e garantindo a privacidade dos participantes. Todos os inquiridos tiveram ainda acesso às mesmas instruções de preenchimento. Na elaboração do desenho do questionário recorremos à bibliografia existente e aos objetivos do estudo. O questionário realizado é constituído 19 questões, identificadas em detalhe na Tabela 1, divididas pelas seguintes dimensões:

- I. Dados demográficos;
- II. Motivos que levam a família e/ou o idoso a decidir pela institucionalização;
- III. Qualidade de vida na terceira idade;
- IV. Cuidados prestados em Estruturas Residenciais para Pessoas Idosas.

O questionário foi ainda sujeito a um pré-teste. Fazer um pré-teste de um questionário online é uma etapa fundamental para garantir a qualidade dos dados recolhidos e a experiência positiva dos participantes. O pré-teste teve um resultado positivo, no sentido em que não foram indicadas alterações ao questionário.

Antes de qualquer recolha de dados, os inquiridos liam um consentimento informado, no qual concordavam, ou não, em participar voluntariamente nesta pesquisa. Se sim, davam consentimento para que os elementos por eles transmitidos fossem recolhidos, armazenados e utilizados de acordo com as finalidades previstas.

Objetivos	Dimensões	Autores
1. Dados demográficos	I. Dados demográficos	Autoria própria
	1.1. Faixa etária	
	1.2. Habilitações literárias	
	1.3. Meio de residência	
	1.4. Tem algum familiar institucionalizado numa Estrutura Residencial para Pessoas Idosas (lar)?	
1. Avaliar a compreensão da população acerca das razões que levam a família e/ou idoso a decidir pela institucionalização.	II. Motivos que levam a família e/ou idoso a decidir pela institucionalização	Maffioletti, 2005 Caçador et al, 2021 Bilaud, 2006 Reed et al., 2003 Oliveira, 2014 Teixeira et al. 2017
	2.1. Considero que as características da família moderna não oferecem condições para que os seus membros mais velhos vivam integrados no seu seio?	
	2.2. Considero o isolamento social enquanto motivo que leva a família e/ou o idoso a decidir pela institucionalização?	
	2.3. Considero a presença de doenças crónicas e múltiplas enquanto motivo que leva a família e/ou o idoso a decidir pela institucionalização?	
	2.4. Considero a falta de recursos económicos enquanto motivo que leva a família e/ou o idoso a decidir pela institucionalização?	
	2.5. Considero os conflitos familiares sobre a responsabilidade da pessoa idosa enquanto motivos que levam a família e/ou o idoso a decidir pela institucionalização?	
1. Identificar quais os aspetos que interferem na qualidade de vida dos idosos, de acordo com a população.	III. Qualidade de vida na terceira idade	Ryan et al. 2019 Almeida, 2016 Pontes et al., 2020
	3.1. Considero que a manutenção da saúde contribui para a qualidade de vida dos idosos?	
	3.2. Considero que uma alimentação saudável contribui para a qualidade de vida dos idosos?	
	3.3. Considero que a antecipação de situações que possam comprometer a integridade física contribui para a qualidade de vida dos idosos (exemplo: prevenção de quedas e acidentes domésticos).	
	3.4. Considero que a participação social contribui para a qualidade de vida dos idosos	
	3.5. Considero que a promoção de relações positivas com familiares contribui para a qualidade de vida dos idosos?	
1. Avaliar a satisfação da população acerca dos cuidados prestados nas ERPI.	IV. Cuidados prestados em Estrutura Residencial para Pessoas Idosas	Almeida, 2016 Gill et al, 1999 Jacob, 2007 Ryan et al., 2019 Faria & Macedo, 2015
	4.1. Considero que as Estruturas Residenciais para Pessoas Idosas (lares) dão aos seus clientes acesso a serviços de saúde de qualidade (exemplo: exames, tratamentos e consultas médicas).	
	4.2. Considero que as Estruturas Residenciais para Pessoas Idosas (lares) proporcionam, aos seus clientes, uma alimentação saudável e equilibrada, adaptada às necessidades alimentares individuais.	
	4.3. Considero que as Estruturas Residenciais para Pessoas Idosas (lares) garantem, aos seus clientes, um ambiente confortável e seguro (exemplo: equipamentos, tecnologias e dispositivos, tais como barras de apoio em casas de banho, corrimões e rampas de acesso, sensores de iluminação).	
	4.4. Considero que as Estruturas Residenciais para Pessoas Idosas (lares) proporcionam, aos seus clientes, atividades recreativas (exemplo: passeios e excursões, ginástica sénior, trabalhos manuais, etc.).	
	4.5. Considero que as Estruturas Residenciais para Pessoas Idosas (lares) promovem a integração familiar (exemplo: através de visitas e interações regulares com os familiares).	

Tabela 1 Questionário

3.4. Métodos estatísticos utilizados

Todos os resultados foram explorados e interpretados através do software IBM® SPSS® versão 27. O IBM SPSS, originalmente denominado *Statistical Package for the Social Sciences*, é um poderoso software estatístico, fácil de manusear e muito abrangente, que permite realizar análises estatísticas e gráficos com uma amplitude de dados (Alves & Paiva, 2015). No IBM SPSS, o utilizador pode fazer a gestão e aceder a uma grande quantidade de dados, criar, definir e alterar variáveis, quantificar os casos e variáveis existentes no banco de dados, cruzar variáveis, construir diferentes gráficos, calcular medidas simples e múltiplas, executar diversas análises, nomeadamente séries temporais, regressão, entre outros (Santos, 2018).

3.4.1. Estatística Descritiva

Em termos de estatística descritiva apresentam-se, para as variáveis de caracterização, as tabelas de frequências das distribuições de valores verificadas. As variáveis quantitativas foram analisadas a partir dos respetivos valores, enquanto que as variáveis medidas em escala de Likert foram analisadas através das categorias apresentadas, apresentando-se algumas estatísticas relevantes, como a média (M) em que numa escala de 1 a 5, um valor superior a 3 é superior ao seu ponto intermédio, o desvio padrão (DP) que representa a dispersão absoluta, o coeficiente de variação (CV) que ilustra a dispersão relativa e os valores mínimos (Min) e máximos (Max) observados (Guimarães & Cabral, 2010).

3.4.2. Consistência interna de escalas

A análise de consistência interna permite estudar as propriedades de escalas de medida e a partir das questões que as integram (Anastasis, 1990 & DeVellis, 1991). O Alfa de Cronbach é o modelo mais utilizado nas ciências sociais para verificação de consistência interna e validade de escalas, medindo a forma como um conjunto de variáveis representam uma determinada dimensão (Hill & Hill, 2002). Um valor do coeficiente de consistência interna medido pelo Alfa de Cronbach superior a 0,80 é considerado adequado e valores entre 0,6 e 0,8 são considerados aceitáveis, de acordo com (Muñiz *et al.*, 2005 & Nunnaly, 1978).

3.4.3. Testes paramétricos e não paramétricos

Quando as amostras em estudo são grandes, a distribuição tende para a normalidade. Para amostras de dimensão superior a 30 elementos nos grupos em estudo, a violação do pressuposto da normalidade não põe em causa as conclusões (Gravetter & Wallnau, 2000 & Stevens, 1996). Nos casos em análise, como a dimensão da amostra está nestas condições, não será necessário verificar o pressuposto para se aplicarem os testes paramétricos.

Em todas as análises inferenciais, os testes estatísticos servem para averiguar se as diferenças observadas na amostra são estatisticamente significantes, ou seja, se as conclusões da amostra se podem inferir para a população. Em termos de critério de decisão, quando o valor de prova for igual ou inferior a 5% (0,05), rejeita-se a hipótese nula e aceita-se a hipótese alternativa, caso contrário não se rejeita a hipótese nula.

3.4.4. *Teste t de Student*

Para o estudo da relação entre variáveis quantitativas e uma variável dicotómica, utiliza-se o teste paramétrico t de Student, que coloca as seguintes hipóteses:

- H_0 : Não existe diferença na média das variáveis, entre os grupos da variável dicotómica.
- H_1 : Existe diferença na média das variáveis, entre os grupos da variável dicotómica (Maroco, 2011).

Capítulo IV – Análise e discussão de resultados

4.1. Caracterização da amostra

A amostra é constituída por 178 elementos, tendo as respostas sido recolhidas em setembro de 2023.

Na amostra, 62,9% dos inquiridos têm entre 18 aos 40 anos, 29,2% têm entre 41 aos 60 anos e 7,9% têm entre 61 aos 80 anos (Tabela 2).

Relativamente às habilitações literárias (Ilustração 2), 6% têm o 1º ciclo, 3% têm o 2º ciclo, 11% têm o 3º ciclo, 27% têm Ensino Secundário/ Profissional, 51,1% têm Ensino Superior e 2% não sabe ou não responde. Podemos verificar estes dados na Tabela 2 e Ilustração 2.

	N	%
18 aos 40 anos	112	62,9
41 aos 60 anos	52	29,2
61 aos 80 anos	14	7,9
Total	178	100,0

Tabela 2 Faixa etária

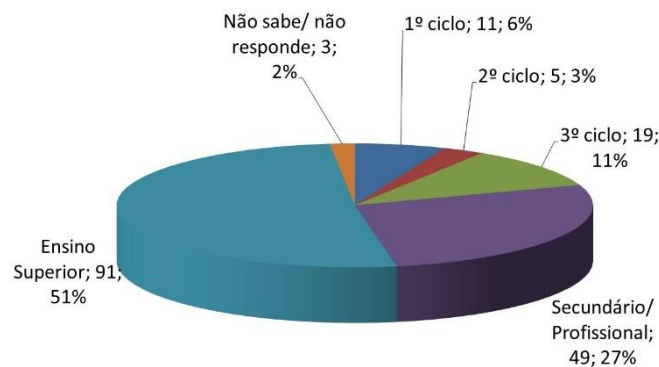


Ilustração 1 Habilitações literárias

Na amostra, relativamente ao meio de residência (Tabela 3), 56,7% residem em meio rural, 41,6% residem em meio urbano e 1,7% não sabe ou não responde. Sobre a institucionalização (Ilustração 3), 33% tem um familiar institucionalizado numa Estrutura Residencial para Pessoas Idosas (Iar) e os restantes 67% não têm. Podemos verificar estes dados na Tabela 3 e Ilustração 2.

	N	%
Rural (campo)	101	56,7
Urbano (cidade)	74	41,6
Não sabe/ não responde	3	1,7
Total	178	100,0

Tabela 3 Meio de Residência

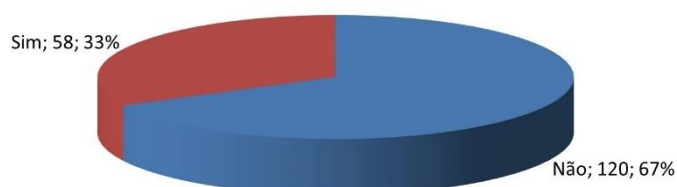


Ilustração 2 Tem algum familiar institucionalizado numa Estrutura Residencial para Pessoas Idosas (lar)?

4.2. Motivos que levam a família e/ou o idoso a decidir pela institucionalização

Os resultados apresentados neste ponto permitem responder ao objetivo específico de “Avaliar a compreensão da população acerca das razões que levam a família e/ou idoso a decidir pela institucionalização”.

	1		2		3		4		5	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
2.1. Considero que as características da família moderna não oferecem condições para que os seus membros mais velhos vivam integrados no seu seio.	25	14,0%	15	8,4%	70	39,3%	39	21,9%	29	16,3%
2.2. Considero o isolamento social enquanto motivo que leva a família e/ou o idoso a decidir pela institucionalização.	13	7,3%	18	10,1%	71	39,9%	40	22,5%	36	20,2%
2.3. Considero a presença de doenças crónicas e múltiplas enquanto motivo que leva a família e/ou o idoso a decidir pela institucionalização.	6	3,4%	2	1,1%	53	29,8%	64	36,0%	53	29,8%
2.4. Considero a falta de recursos económicos enquanto motivo que leva a família e/ou o idoso a decidir pela institucionalização.	17	9,6%	29	16,3%	59	33,1%	41	23,0%	32	18,0%
2.5. Considero os conflitos familiares sobre a responsabilidade da pessoa idosa enquanto motivos que levam a família e/ou o idoso a decidir pela institucionalização.	10	5,6%	11	6,2%	64	36,0%	45	25,3%	48	27,0%

Tabela 4 Motivos que levam a família e/ou o idoso a decidir pela institucionalização.

Para este conjunto de questões (Tabelas 4 e 5), verifica-se uma maior frequência das respostas de concordância, em comparação com as respostas de discordância, sendo a categoria intermédia da escala uma resposta com bastante frequência para todas as questões.

	N	M	DP	CV	Min	Max
2.1. Considero que as características da família moderna não oferecem condições para que os seus membros mais velhos vivam integrados no seu seio.	178	3,18	1,22	38%	1	5
2.2. Considero o isolamento social enquanto motivo que leva a família e/ou o idoso a decidir pela institucionalização.	178	3,38	1,14	34%	1	5
2.3. Considero a presença de doenças crónicas e múltiplas enquanto motivo que leva a família e/ou o idoso a decidir pela institucionalização.	178	3,88	0,97	25%	1	5
2.4. Considero a falta de recursos económicos enquanto motivo que leva a família e/ou o idoso a decidir pela institucionalização.	178	3,24	1,20	37%	1	5
2.5. Considero os conflitos familiares sobre a responsabilidade da pessoa idosa enquanto motivos que levam a família e/ou o idoso a decidir pela institucionalização.	178	3,62	1,11	31%	1	5

Tabela 5 Estatísticas: Motivos que levam a família e/ou o idoso a decidir pela institucionalização.

Os valores médios observados apresentam as variações ilustradas, em média, a concordância é superior para “2.3. Considero a presença de doenças crónicas e múltiplas enquanto motivo que leva a família e/ou o idoso a decidir pela institucionalização” (M=3,88), seguida de “2.5. Considero os conflitos familiares sobre a responsabilidade da pessoa idosa enquanto motivos que levam a família e/ou o idoso a decidir pela institucionalização” (M=3,62), depois de “2.2. Considero o isolamento social enquanto motivo que leva a família e/ou o idoso a decidir pela institucionalização” (M=3,38), e finalmente de “2.4. Considero a falta de recursos económicos enquanto motivo que leva a família e/ou o idoso a decidir pela institucionalização” (M=3,24) e “2.1. Considero que as características da família moderna não oferecem condições para que os seus membros mais velhos vivam integrados no seu seio” (M=3,18), tendo todos os itens uma concordância superior ao ponto intermédio da escala de medida.

Relativamente ao objetivo específico de “Avaliar a compreensão da população acerca das razões que levam a família e/ou idoso a decidir pela institucionalização”, podemos determinar que a opinião da nossa amostra difere da literatura.

De acordo vários autores, existe uma multiplicidade de razões que pode levar a família e/ou idoso a decidir pela institucionalização, contudo, segundo um inquérito desenvolvido pelo Ministro do Trabalho, Solidariedade e Segurança Social de Portugal, no ano de 2009, o isolamento social é a principal causa da institucionalização do idoso (Teixeira *et al.*, 2017). Por sua vez, o presente estudo permitiu-nos determinar que a razão mais considerada é a presença de doenças crónicas e múltiplas, seguida de os conflitos familiares sobre a responsabilidade da pessoa, depois pelo isolamento social, e finalmente a falta de recursos económicos e as características da família moderna não oferecerem condições para que os seus membros mais velhos vivam integrados no seu seio, tendo todas as razões uma concordância superior ao ponto intermédio da escala de medida.

4.3. Aspectos que interferem na qualidade de vida dos idosos

Os resultados apresentados (Tabelas 6 e 7) neste ponto permitem responder ao objetivo específico de “Identificar aspectos que interferem na qualidade de vida dos idosos, de acordo com a população”.

	1		2		3		4		5	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
3.1. Considero que a manutenção da saúde contribui para a qualidade de vida dos idosos.			2	1,1%	10	5,6%	28	15,7%	138	77,5%
3.2. Considero que uma alimentação saudável contribui para a qualidade de vida dos idosos.					7	3,9%	17	9,6%	154	86,5%
3.3. Considero que a antecipação de situações que possam comprometer a integridade física contribui para a qualidade de vida dos idosos (exemplo: prevenção de quedas e acidentes domésticos).			1	,6%	11	6,2%	32	18,0%	134	75,3%
3.4. Considero que a participação social contribui para a qualidade de vida dos idosos.			2	1,1%	9	5,1%	32	18,0%	135	75,8%
3.5. Considero que a promoção de relações positivas com familiares contribui para a qualidade de vida dos idosos.	1	,6%			12	6,7%	17	9,6%	148	83,1%

Tabela 6 Qualidade de vida na terceira idade

Para este conjunto de questões, verifica-se uma maior frequência das respostas de total concordância.

	N	M	DP	CV	Min	Max
3.1. Considero que a manutenção da saúde contribui para a qualidade de vida dos idosos.	178	4,70	0,63	13%	2	5
3.2. Considero que uma alimentação saudável contribui para a qualidade de vida dos idosos.	178	4,83	0,47	10%	3	5
3.3. Considero que a antecipação de situações que possam comprometer a integridade física contribui para a qualidade de vida dos idosos (exemplo: prevenção de quedas e acidentes domésticos).	178	4,68	0,61	13%	2	5
3.4. Considero que a participação social contribui para a qualidade de vida dos idosos.	178	4,69	0,62	13%	2	5
3.5. Considero que a promoção de relações positivas com familiares contribui para a qualidade de vida dos idosos.	178	4,75	0,63	13%	1	5

Tabela 7 Estatísticas: Qualidade de vida na terceira idade

Em média, a concordância é superior para 3.2. Considero que uma alimentação saudável contribui para a qualidade de vida dos idosos” (M=4,83), seguida de “3.5. Considero que a promoção de relações positivas com familiares contribui para a qualidade de vida dos idosos” (M=4,75), e depois de “3.1. Considero que a manutenção da saúde contribui para a qualidade de vida dos idosos” (M=4,70), “3.4. Considero que a participação social contribui para a qualidade de vida dos idosos” (M=4,69), e “3.3. Considero que a antecipação de situações que possam comprometer a integridade física contribui para a qualidade de vida dos idosos (exemplo: prevenção de quedas e acidentes domésticos)” (M=4,68), tendo todos os itens uma concordância muito superior ao ponto intermédio da escala de medida e até próxima do seu valor máximo.

Portanto, relativamente ao objetivo específico de “Identificar aspectos que interferem na qualidade de vida dos idosos, de acordo com a população”, importa desde já salientar que a opinião da nossa amostra está em concordância com a literatura.

De acordo com vários autores, ter uma boa qualidade de vida na velhice inclui ter acesso a serviços de saúde de qualidade; beneficiar de cuidados alimentares adequados; manter relacionamentos positivos com familiares e amigos; antecipar situações que possam comprometer a integridade física e/ou emocional; e manter a participação social (Almeida, 2016; Pontes *et al.*, 2020; Ryan *et al.*, 2019). Os dados recolhidos apresentam uma concordância elevada com a literatura, sendo que o aspeto mais considerado é a alimentação saudável, seguida da promoção de relações positivas com familiares, e depois da manutenção da saúde, da participação social e da antecipação de situações que possam comprometer a integridade física, tendo todos os aspetos uma concordância próxima do valor máximo da escala de medida.

4.4. Cuidados prestados em Estruturas Residenciais para Pessoas Idosas

Os resultados apresentados neste ponto (Tabelas 8 e 9) permitem responder ao objetivo específico de “Avaliar a opinião da população acerca dos cuidados prestados nas ERPI”.

Considero que as Estruturas Residenciais para Pessoas Idosas (lares)	1		2		3		4		5	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
4.1. dão aos seus clientes acesso a serviços de saúde de qualidade (exemplo: exames, tratamentos e consultas médicas).	7	3,9%	20	11,2%	76	42,7%	45	25,3%	30	16,9%
4.2. ... proporcionam, aos seus clientes, uma alimentação saudável e equilibrada, adaptada às necessidades alimentares individuais.	7	3,9%	16	9,0%	72	40,4%	51	28,7%	32	18,0%
4.3. ... garantem, aos seus clientes, um ambiente confortável e seguro (exemplo: equipamentos, tecnologias e dispositivos, tais como barras de apoio em casas de banho, corrimões e rampas de	6	3,4%	14	7,9%	65	36,5%	52	29,2%	41	23,0%
4.4. ... proporcionam, aos seus clientes, atividades recreativas (exemplo: passeios e excursões, ginástica sénior, trabalhos manuais, etc.).	4	2,2%	24	13,5%	69	38,8%	51	28,7%	30	16,9%
4.5. ... promovem a integração familiar (exemplo: através de visitas e interações regulares com os familiares).	3	1,7%	14	7,9%	68	38,2%	54	30,3%	39	21,9%

Tabela 8 Cuidados prestados em Estruturas Residenciais para Pessoas Idosas

Para este conjunto de questões, verifica-se uma maior frequência das respostas de concordância, em comparação com as respostas de discordância, sendo a categoria intermédia da escala uma resposta com mais frequência para todas as questões.

Considero que as Estruturas Residenciais para Pessoas Idosas (lares)	N	M	DP	CV	Min	Max
4.1. ... dão aos seus clientes acesso a serviços de saúde de qualidade (exemplo: exames, tratamentos e consultas médicas).	178	3,40	1,02	30%	1	5
4.2. ... proporcionam, aos seus clientes, uma alimentação saudável e equilibrada, adaptada às necessidades alimentares individuais.	178	3,48	1,02	29%	1	5
4.3. ... garantem, aos seus clientes, um ambiente confortável e seguro (exemplo: equipamentos, tecnologias e dispositivos, tais como barras de apoio em casas de banho, corrimões e rampas de acesso, sensores de iluminação).	178	3,61	1,03	29%	1	5
4.4. ... proporcionam, aos seus clientes, atividades recreativas (exemplo: passeios e excursões, ginástica sénior, trabalhos manuais, etc.).	178	3,44	1,00	29%	1	5
4.5. ... promovem a integração familiar (exemplo: através de visitas e interações regulares com os familiares).	178	3,63	0,97	27%	1	5

Tabela 9 Estatísticas: Cuidados prestados em Estruturas Residenciais para Pessoas Idosas

Em média, a concordância é superior para “4.5. ... promovem a integração familiar (exemplo: através de visitas e interações regulares com os familiares)” (M=3,63) e “4.3. ... garantem, aos seus clientes, um ambiente confortável e seguro (exemplo: equipamentos, tecnologias e dispositivos, tais como barras de apoio em casas de banho, corrimões e rampas de acesso, sensores de iluminação)” (M=3,61), seguida de “4.2. ... proporcionam, aos seus clientes, uma alimentação saudável e equilibrada, adaptada às necessidades alimentares individuais” (M=3,48), “4.4. ... proporcionam, aos seus clientes, atividades recreativas (exemplo: passeios e excursões, ginástica sénior, trabalhos manuais, etc.)” (M=3,44), e “4.1. ... dão aos seus clientes acesso a serviços de saúde de qualidade (exemplo: exames, tratamentos e consultas médicas)” (M=3,40), tendo todos os itens uma concordância superior ao ponto intermédio da escala de medida.

Portanto, relativamente ao objetivo específico de “Avaliar a opinião da população acerca dos cuidados prestados nas ERPI”, importa referir que a opinião da nossa amostra está, em certa medida, em concordância com a literatura, ora vejamos:

Vários autores defendem que as instituições de cuidado aos idosos limitam-se a garantir um espaço para viver, refeições e cuidados de saúde, sendo que descumpram as atividades sociais e recreativas (Carvalho & Belchior, 2020). Ora, de acordo com o presente estudo, o cuidado mais considerado é a integração familiar e garantir um ambiente confortável e seguro, seguidos de proporcionar alimentação saudável e equilibrada, adaptada às necessidades alimentares individuais, atividades recreativas e acesso a serviços de saúde de qualidade, tendo todos uma concordância superior ao ponto intermédio da escala de medida.

Portanto, os resultados obtidos sugerem, tal como a literatura, que as ERPIs garantem aos seus clientes segurança e conforto e cuidados de alimentação adequados às necessidades individuais, entre outros. No entanto, a nossa amostra defende, contrariamente a diversos autores, que a disponibilidade de serviços de saúde de qualidade não é considerada como um cuidado prioritário dentro de uma estrutura destinada a pessoas idosas.

4.5. Análise de Consistência Interna das Dimensões Estudadas

A escala usada é uma escala ordinal do tipo Likert com cinco alternativas de resposta (de “1” a “5”) entre “Discordo totalmente” e “Concordo totalmente”, com 15 itens, organizados em cinco dimensões (Tabela 10).

Dimensão	Item
II. Motivos que levam a família e/ou o idoso a decidir pela institucionalização	<p>2.1. Considero que as características da família moderna não oferecem condições para que os seus membros mais velhos vivam integrados no seu seio.</p> <p>2.2. Considero o isolamento social enquanto motivo que leva a família e/ou o idoso a decidir pela institucionalização.</p> <p>2.3. Considero a presença de doenças crónicas e múltiplas enquanto motivo que leva a família e/ou o idoso a decidir pela institucionalização.</p> <p>2.4. Considero a falta de recursos económicos enquanto motivo que leva a família e/ou o idoso a decidir pela institucionalização.</p> <p>2.5. Considero os conflitos familiares sobre a responsabilidade da pessoa idosa enquanto motivos que levam a família e/ou o idoso a decidir pela institucionalização.</p>
III. Qualidade de vida na terceira idade	<p>3.1. Considero que a manutenção da saúde contribui para a qualidade de vida dos idosos.</p> <p>3.2. Considero que uma alimentação saudável contribui para a qualidade de vida dos idosos.</p> <p>3.3. Considero que a antecipação de situações que possam comprometer a integridade física contribui para a qualidade de vida dos idosos (exemplo: prevenção de quedas e acidentes domésticos).</p> <p>3.4. Considero que a participação social contribui para a qualidade de vida dos idosos.</p> <p>3.5. Considero que a promoção de relações positivas com familiares contribui para a qualidade de vida dos idosos.</p>
IV. Cuidados prestados em Estruturas Residenciais para Pessoas Idosas	<p>4.1. Considero que as Estruturas Residenciais para Pessoas Idosas (lares) dão aos seus clientes acesso a serviços de saúde de qualidade (exemplo: exames, tratamentos e consultas médicas).</p> <p>4.2. Considero que as Estruturas Residenciais para Pessoas Idosas (lares) proporcionam, aos seus clientes, uma alimentação saudável e equilibrada, adaptada às necessidades alimentares individuais.</p> <p>4.3. Considero que as Estruturas Residenciais para Pessoas Idosas (lares) garantem, aos seus clientes, um ambiente confortável e seguro (exemplo: equipamentos, tecnologias e dispositivos, tais como barras de apoio em casas de banho, corrimões e rampas de acesso, sensores de iluminação).</p> <p>4.4. Considero que as Estruturas Residenciais para Pessoas Idosas (lares) proporcionam, aos seus clientes, atividades recreativas (exemplo: passeios e excursões, ginástica sénior, trabalhos manuais, etc.).</p> <p>4.5. Considero que as Estruturas Residenciais para Pessoas Idosas (lares) promovem a integração familiar (exemplo: através de visitas e interações regulares com os familiares).</p>

Tabela 10 Estatísticas de consistência interna: Dimensões

	N Itens	Alfa de Cronbach	Correlação item-total
Dimensão II - Motivos que levam a família e/ou o idoso a decidir pela institucionalização	5	0,706	0,364-0,522
Dimensão III - Qualidade de vida na terceira idade	5	0,846	0,585-0,700
Dimensão IV - Cuidados prestados em Estruturas Residenciais para Pessoas Idosas	5	0,906	0,719-0,803

Tabela 11 Dimensões

O valor do Alfa de Cronbach (Tabela 11) é superior ao valor de 0,80 para as dimensões “Dimensão III. Qualidade de vida na terceira idade” e “Dimensão IV. Cuidados prestados em Estruturas Residenciais para Pessoas Idosas”, pelo que os itens integrantes destas dimensões medem de forma adequada cada uma delas; é superior ao valor de 0,70 para a dimensão “Dimensão II - Motivos que levam a família e/ou o idoso a decidir pela institucionalização”, pelo que os itens integrantes desta dimensão a medem de forma aceitável. De seguida (Tabela 12) apresentam-se os resultados para cada dimensão e cada item.

	Correlação Item- Total Corrigida	Alfa de Cronbach sem o item
Dimensão II. Motivos que levam a família e/ou o idoso a decidir pela institucionalização		
		$\alpha=0,706$
2.1. Considero que as características da família moderna não oferecem condições para que os seus membros mais velhos vivam integrados no seu seio.	,478	,652
2.2. Considero o isolamento social enquanto motivo que leva a família e/ou o idoso a decidir pela institucionalização.	,522	,633
2.3. Considero a presença de doenças crónicas e múltiplas enquanto motivo que leva a família e/ou o idoso a decidir pela institucionalização.	,464	,661
2.4. Considero a falta de recursos económicos enquanto motivo que leva a família e/ou o idoso a decidir pela institucionalização.	,364	,701
2.5. Considero os conflitos familiares sobre a responsabilidade da pessoa idosa enquanto motivos que levam a família e/ou o idoso a decidir pela institucionalização.	,504	,641
Dimensão III. Qualidade de vida na terceira idade		
		$\alpha=0,846$
3.1. Considero que a manutenção da saúde contribui para a qualidade de vida dos idosos.	,585	,834
3.2. Considero que uma alimentação saudável contribui para a qualidade de vida dos idosos.	,663	,818
3.3. Considero que a antecipação de situações que possam comprometer a integridade física contribui para a qualidade de vida dos idosos (exemplo: prevenção de quedas e acidentes domésticos).	,700	,801
3.4. Considero que a participação social contribui para a qualidade de vida dos idosos.	,691	,804
3.5. Considero que a promoção de relações positivas com familiares contribui para a qualidade de vida dos idosos.	,655	,814
Dimensão IV. Cuidados prestados em Estruturas Residenciais para Pessoas Idosas		
		$\alpha=0,906$
4.1. Considero que as Estruturas Residenciais para Pessoas Idosas (lares) dão aos seus clientes acesso a serviços de saúde de qualidade (exemplo: exames, tratamentos e consultas médicas).	,719	,895
4.2. Considero que as Estruturas Residenciais para Pessoas Idosas (lares) proporcionam, aos seus clientes, uma alimentação saudável e equilibrada, adaptada às necessidades alimentares individuais.	,803	,877
4.3. Considero que as Estruturas Residenciais para Pessoas Idosas (lares) garantem, aos seus clientes, um ambiente confortável e seguro (exemplo: equipamentos, tecnologias e dispositivos, tais como barras de apoio em casas de banho, corrimões e rampas de acesso, sensores de iluminação).	,768	,884
4.4. Considero que as Estruturas Residenciais para Pessoas Idosas (lares) proporcionam, aos seus clientes, atividades recreativas (exemplo: passeios e excursões, ginástica sénior, trabalhos manuais, etc.).	,793	,879
4.5. Considero que as Estruturas Residenciais para Pessoas Idosas (lares) promovem a integração familiar (exemplo: através de visitas e interações regulares com os familiares).	,737	,891

Tabela 12 Consistência interna, correlação item-total e efeito da eliminação de cada item: Dimensões

As correlações itens-total são sempre positivas e com valores mínimos superiores a 0,3 para todas as situações. O efeito da eliminação dos itens não provoca um aumento do valor do Alfa de Cronbach, como desejável. Portanto, todas as escalas apresentam consistência interna.

4.6. Análise Descritiva das Dimensões em Estudo

Para cada uma das dimensões, os seus valores foram determinados a partir do cálculo da média das respostas aos itens que as constituem. Desta forma são criadas dimensões que determinam cada um dos construtos estudados nas três últimas partes do questionário.

	N	M	DP	CV	Min	Max
Dimensão II. Motivos que levam a família e/ou o idoso a decidir pela institucionalização	178	3,46	0,77	22%	1,00	5,00
Dimensão III. Qualidade de vida na terceira idade	178	4,73	0,47	10%	2,40	5,00
Dimensão IV. Cuidados prestados em Estruturas Residenciais para Pessoas Idosas	178	3,51	0,86	24%	1,00	5,00

Tabela 13 Estatísticas: Dimensões. Escala 1-5

Podemos verificar que a dimensão mais valorizada é a “Dimensão III. Qualidade de vida na terceira idade” (M=4,73), seguidas da “Dimensão IV. Cuidados prestados em Estruturas Residenciais para Pessoas Idosas” (M=3,51), e da “Dimensão II. Motivos que levam a família e/ou o idoso a decidir pela institucionalização” (M=3,46), todas com valor superior ao ponto intermédio da escala de medida.

4.7. Relação entre a qualidade de vida na terceira idade e a população com/sem idosos institucionalizados.

Os resultados apresentados neste ponto (Tabela 14) permitem verificar o objetivo específico de comparar as respostas da Dimensão III – Qualidade de vida – entre quem tem e quem não tem familiares idosos institucionalizados.

	1.4. Tem familiar institucionalizado numa ERPI?				t ₁₇₆ *	p
	Não (N=120)		Sim (N=58)			
	M	DP	M	DP		
3.1. Considero que a manutenção da saúde contribui para a qualidade de vida dos idosos.	4,71	0,60	4,67	0,69	0,357	0,721
3.2. Considero que uma alimentação saudável contribui para a qualidade de vida dos idosos.	4,84	0,43	4,79	0,55	0,641	0,522
3.3. Considero que a antecipação de situações que possam comprometer a integridade física contribui para a qualidade de vida dos idosos (exemplo: prevenção de quedas e acidentes domésticos).	4,70	0,56	4,64	0,72	0,631	0,529
3.4. Considero que a participação social contribui para a qualidade de vida dos idosos.	4,68	0,61	4,69	0,65	-0,063	0,950
3.5. Considero que a promoção de relações positivas com familiares contribui para a qualidade de vida dos idosos.	4,77	0,60	4,71	0,68	0,595	0,553

Tabela 14 Estatística descritiva e testes t: Relação entre a “Dimensão III – Qualidade de vida na terceira idade” com ter ou não familiares institucionalizados

*t₁₇₆: teste t para amostras independentes com 176 graus de liberdade

Na amostra, a concordância com “3.1. Considero que a manutenção da saúde contribui para a qualidade de vida dos idosos”, “3.2. Considero que uma alimentação saudável contribui para a qualidade de vida dos idosos”, “3.3. Considero que a antecipação de situações que possam comprometer a integridade física contribui para a qualidade de vida dos idosos (exemplo: prevenção de quedas e acidentes domésticos)”, e “3.5. Considero que a promoção de relações positivas com familiares contribui para a qualidade de vida dos idosos” é ligeiramente superior para quem não tem familiares institucionalizados em ERPI comparados com quem tem; a concordância com “3.4. Considero que a participação social contribui para a qualidade de

vida dos idosos” é ligeiramente superior para quem tem familiares institucionalizados em ERPI comparados com quem não tem; mas as diferenças não são estatisticamente significativas.

Portanto, podemos concluir a concordância com todas as questões da “Dimensão III. Qualidade de vida na terceira idade” não apresenta diferenças significativas entre quem tem e quem não tem familiares institucionalizados em ERPI.

4.8. Relação entre a satisfação da população acerca dos cuidados prestados nas ERPI e a população com/sem idosos institucionalizados.

Os resultados apresentados neste ponto (Tabela 15) permitem atingir o objetivo específico de comparar as respostas da Dimensão IV – Cuidados prestados em ERPI – entre quem tem e quem não tem familiares idosos institucionalizados.

Considero que as Estruturas Residenciais para Pessoas Idosas (lares)	1.4. Tem familiar institucionalizado numa ERPI?				t ₁₇₆	p
	Não (N=120)		Sim (N=58)			
	M	DP	M	DP		
4.1. ... dão aos seus clientes acesso a serviços de saúde de qualidade (exemplo: exames, tratamentos e consultas médicas).	3,52	1,02	3,16	0,99	2,238	* 0,026
4.2. ... proporcionam, aos seus clientes, uma alimentação saudável e equilibrada, adaptada às necessidades alimentares individuais.	3,67	1,01	3,09	0,92	3,701	*** 0,000
4.3. ... garantem, aos seus clientes, um ambiente confortável e seguro (exemplo: equipamentos, tecnologias e dispositivos, tais como barras de apoio em casas de banho, corrimões e rampas de acesso, sensores de iluminação).	3,82	0,99	3,17	0,99	4,072	*** 0,000
4.4. ... proporcionam, aos seus clientes, atividades recreativas (exemplo: passeios e excursões, ginástica sénior, trabalhos manuais, etc.).	3,58	0,99	3,16	0,95	2,734	** 0,007
4.5. ... promovem a integração familiar (exemplo: através de visitas e interações regulares com os familiares).	3,80	0,94	3,28	0,93	3,495	** 0,001

Tabela 15 Estatística descritiva e testes t: Relação entre a “Dimensão IV – Cuidados prestados em Estruturas Residenciais para Pessoas Idosas” com ter ou não familiares institucionalizados

t₁₇₆: teste t para amostras independentes com 176 graus de liberdade
 * p≤0,05
 ** p≤0,01
 *** p≤0,001

Relativamente à concordância com se consideram que as Estruturas Residenciais para Pessoas Idosas (lares):

- “4.1. ... dão aos seus clientes acesso a serviços de saúde de qualidade (exemplo: exames, tratamentos e consultas médicas)” é superior para quem não tem familiares institucionalizados em ERPI (M=3,52) comparados com quem tem (M=3,16), sendo as diferenças significativas (t₁₇₆=2,238; p=0,026);

- “4.2. ... proporcionam, aos seus clientes, uma alimentação saudável e equilibrada, adaptada às necessidades alimentares individuais” é superior para quem não tem familiares institucionalizados em ERPI (M=3,67) comparados com quem tem (M=3,09), sendo as diferenças significativas ($t_{176}=3,701$; $p<0,001$);
- “4.3. ... garantem, aos seus clientes, um ambiente confortável e seguro (exemplo: equipamentos, tecnologias e dispositivos, tais como barras de apoio em casas de banho, corrimões e rampas de acesso, sensores de iluminação)” é superior para quem não tem familiares institucionalizados em ERPI (M=3,82) comparados com quem tem (M=3,17), sendo as diferenças significativas ($t_{176}=4,072$; $p<0,001$);
- “4.4. ... proporcionam, aos seus clientes, atividades recreativas (exemplo: passeios e excursões, ginástica sénior, trabalhos manuais, etc.)” é superior para quem não tem familiares institucionalizados em ERPI (M=3,58) comparados com quem tem (M=3,16), sendo as diferenças significativas ($t_{176}=2,734$; $p=0,007$);
- “4.5. ... promovem a integração familiar (exemplo: através de visitas e interações regulares com os familiares)” é superior para quem não tem familiares institucionalizados em ERPI (M=3,80) comparados com quem tem (M=3,28), sendo as diferenças significativas ($t_{176}=3,495$; $p=0,001$).

Portanto, podemos concluir que a concordância com todas as questões da “dimensão IV – Cuidados prestados em Estruturas Residenciais para Pessoas Idosas” é significativamente superior para quem não tem familiares institucionalizados em ERPI comparados com quem tem.

Capítulo V – Conclusões

5.1. Conclusões do estudo

No decorrer da história, de acordo com a época e o lugar, a velhice tem sido representada de maneiras distintas, tendo sido ora respeitada ora discriminada. Atualmente, numa sociedade marcada pela produtividade e pelo culto da juventude, são vários os preconceitos e discriminações com base na idade, sendo que os idosos têm sido esquecidos e muitas vezes rejeitados pela nossa sociedade.

Decorrente das alterações dos modelos de solidariedade, o Estado português assumiu a função de proteção de grupos mais vulneráveis onde se incluem as pessoas mais velhas, através da construção de um sistema de segurança social. Por forma a garantir respostas sociais adequadas à população mais velha, o Estado português articula de forma singular com o terceiro setor, permitindo o desenvolvimento de uma vasta rede de equipamentos sociais, designadamente Estruturas Residenciais para Pessoas Idosas. Para além de satisfazer as atividades instrumentais da vida diária e as atividades básicas de vida diária, as Estruturas Residenciais para Pessoas Idosas têm ainda por objetivo promover a qualidade de vida; potenciar a integração social; proporcionar serviços permanentes e adequados à problemática biopsicossocial das pessoas idosas; e contribuir para a estabilização ou retardamento do processo de envelhecimento.

Retomando ao objetivo central deste estudo – compreender qual a perceção da população portuguesa acerca do potencial impacto das Estruturas Residenciais para Pessoas Idosas na promoção da qualidade de vida dos idosos – de acordo com a análise dos resultados encontrados, foi possível concluir que:

- A presença de doenças crónicas e múltiplas é a principal razão que leva a família e/ou idoso a decidir pela institucionalização;
- Uma boa qualidade de vida na velhice inclui ter acesso a serviços de saúde de qualidade, beneficiar de cuidados alimentares adequados, manter relacionamentos positivos com familiares e amigos, antecipar situações que possam comprometer a integridade física e/ou emocional e manter a participação social;
- As Estruturas Residenciais para Pessoas Idosas visam proporcionar aos seus residentes um ambiente seguro e confortável, embora possam negligenciar frequentemente as atividades sociais e recreativas, assim como os cuidados de saúde.

O presente estudo permite-nos assim concluir que embora a qualidade de vida nas ERPIs seja um conceito subjetivo resultante de fatores intrínsecos e extrínsecos aos residentes, deverá ainda assim incluir cuidados médicos adequados; instalações acessíveis e confortáveis; atividades sociais, culturais e recreativas; alimentação saudável e equilibrada, adaptada às necessidades alimentares individuais dos

idosos.; e promoção de integração social. É pois fundamental que todas essas áreas sejam cuidadosamente abordadas e atendidas nas ERPIs, por forma a garantir uma qualidade de vida adequada aos idosos residentes.

Ora, na atualidade, existe um consenso de que as Estruturas Residenciais para Pessoas Idosas, em muitos casos se preocupam mais em proporcionar um ambiente seguro e confortável para os moradores, mas negligenciam outras necessidades igualmente importantes, com é o caso das atividades sociais, culturas e recreativas e os cuidados de saúde.

As atividades sociais, culturais e recreativas são fundamentais para promover a interação social, estimular o bem-estar emocional e mental dos idosos, além de prevenir problemas de saúde relacionados com o sedentarismo e a depressão.

Os cuidados médicos também são cruciais para a qualidade de vida dos idosos. É necessário garantir que os idosos institucionalizados tenham acesso regular a profissionais de saúde. Além disso, é importante que as estruturas residenciais tenham uma equipa qualificada e em número suficiente para atender às necessidades médicas dos idosos.

Ainda no que se refere aos resultados obtidos através deste estudo, quando consideramos os dois grupos analisados – indivíduos com e sem familiares institucionalizados – os principais resultados referem que:

- A população tem a mesma opinião, acerca dos fatores que influenciam a qualidade de vida idosos, independentemente de ter ou não ter familiares institucionalizados.
- A população que não tem idosos institucionalizados tem uma opinião mais positiva relativamente aos cuidados prestados em Estruturas Residências para Pessoas Idosas. Em contrapartida, as pessoas que têm idosos institucionalizados têm uma opinião menos favorável.

5.2. Limitações e investigações futuras

Foram várias as limitações com as quais nos deparamos ao longo desta investigação, nomeadamente:

- A discrepância entre as amostras de pessoas com e sem idosos institucionalizados – essa limitação pode afetar a validade e a generalização dos resultados da investigação. A falta de equilíbrio entre os grupos pode levar a conclusões enviesadas ou não representativas da população em geral;
- O tamanho da amostra – o tamanho reduzido da nossa amostra pode não ser representativa da população geral, o que limita a capacidade de generalizar os resultados do estudo;

- Os vieses de resposta – ocorre quando os indivíduos selecionados para participar no estudo não respondem de forma honesta ou precisa às perguntas. Existem várias razões pelas quais as respostas podem ser enviesadas. Alguns participantes podem se sentir desconfortáveis em compartilhar informações pessoais ou sensíveis, enquanto outros podem tentar projetar uma imagem mais favorável de si mesmos;
- As variáveis que não foram consideradas – designadamente rendimento das famílias/idosos, estado de saúde, agregado familiar, sexo, entre outros, e que poderiam ser pertinentes para o presente estudo;
- A perceção do conceito de qualidade de vida – a qualidade de vida é um conceito que pode evoluir ao longo do tempo, sendo influenciado por mudanças nas circunstâncias e nos valores pessoais. Isso torna difícil comparar a qualidade de vida ao longo do tempo ou entre diferentes grupos populacionais.

Por último, apresentamos como sugestão a realização de um estudo mais aprofundado sobre o tema “compreender qual a perceção da população portuguesa acerca do potencial impacto das Estruturas Residenciais para Pessoas Idosas na promoção da qualidade de vida dos idosos”, desta vez com uma amostra maior, dando maior robustez ao processo de investigação.

Bibliografia

- Almeida, A. (2008). A pessoa idosa institucionalizada em lares: aspetos e contextos da qualidade de vida. Universidade do Porto – Instituto de Ciências Biomédicas de Abel Salazar. Obtido de <https://repositorio-aberto.up.pt/handle/10216/7218>
- Almeida, F. (2016). O contributo das universidades da terceira idade na qualidade de vida dos seniors. Escola Superior de Educação – Politécnico de Coimbra. Obtido de https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/14320/1/FATIMA_ALMEIDA.pdf
- Alves, T. E. (2015). Perceções sobre o envelhecimento e prestação de cuidados na velhice. Instituto Politécnico – Escola Superior de Educação de Bragança. Obtido de <https://bibliotecadigital.ipb.pt/bitstream/10198/12560/1/T%c3%a2nia%20Eloisa%20Ramos%20Alves.pdf>
- Alves, A. & Paiva, J. (2015). A estatística como ferramenta para a tomada de decisão: um enfoque computacional no IBM SPSS Software. *Revista Da UI_IPSantarém*, 3(2). <https://revistas.rcaap.pt/uiips/article/view/14349>
- Amaral, A.P. & Loureiro, A. (2021). Evaluation of the impact of a socio-educational intervention in quality of life and mental health of institutionalized elderly. *Eurpsy*, 64 (S1). Obtido de <https://www.cambridge.org/core/journals/european-psychiatry/article/evaluation-of-the-impact-of-a-socioeducational-intervention-in-quality-of-life-and-mental-health-of-institutionalized-elderly/F942D25178BC33D1B029A6CCC06EC12E>
- Amazutti, M., Barreto, M., Litvoc, J., Leme, L. (2006). Methodological language. *Acta ortop bras*, 14(1), 53-56. Obtido de <https://www.scielo.br/j/aob/a/MpfjcFTVDyHrCHzyXYBxJ3b/?format=pdf>
- Anastasi, A. (1990). Psychological testing. New York: McMillan.
- Ander-Egg, E. (1978). Introducción a las técnicas de investigación social: para trabajadores sociales. 7. ed. Buenos Aires: Humanitas. Obtido de https://www.academia.edu/12170970/Ander_Egg_Ezequiel_Introduccion_a_las_tecnicas_de_investigacion_social
- AR. (2021). Constituição da República Portuguesa. Obtido de <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC9476020/pdf/S0924933821012438a.pdf>
<https://www.parlamento.pt/Legislacao/Paginas/ConstituicaoRepublicaPortuguesa.aspx>
- AR. (2022). Assembleia da República. Obtido de Constituição da República Portuguesa: <https://www.parlamento.pt/Legislacao/Paginas/ConstituicaoRepublicaPortuguesa.aspx#art63>
- Batista, A. P., & Oliveira, N. (2020). Pesquisa científica e sua importância no desenvolvimento de trabalhos académicos. Web artigos. Obtido de <https://www.webartigos.com/artigos/pesquisa-cientifica-e-sua-importancia-no-desenvolvimento-de-trabalhos-academicos/165741>
- Bentes, A., Pedroso, J., Maciel, C. (2012). O idoso nas instituições de longa permanência: uma revisão bibliográfica. *Aletheia*, (38-39), 196-205. Obtido de http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-03942012000200016&lng=pt&tlng=pt.
- Bernardino, M. (2005). As respostas sociais de apoio na satisfação das necessidades humanas básicas da pessoa idosa: uma perspectiva de educação e promoção da saúde. Instituto de Educação e Psicologia da Universidade do Minho.
- Blessmann, E. (2003). Corporeidade e envelhecimento: o significado do corpo na velhice. Escola de Educação Física – universidade Federal do Rio Grande do Sul. Obtido de <https://www.lume.ufrgs.br/bitstream/handle/10183/3105/000382152.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Billaud, S., & Gramain, A. (2006). Les déterminants de l'entrée en institution des personnes âgées. *Revue ADSP*, 56, (43-44). Obtido de <https://www.bing.com/ck/a?!&pp=9277f9c21fdccc9dJmItdHM9MTY5MzY5OTIwMCZpZ3VpZD0yMjBmZWRhNi1iND-JjLTYtZDYtMwYy2Yy1mZTI3YjU1YjYONWEmaW5zaWQ9NTE5Mw&ptn=3&hsh=3&fclid=220fe6da6-b42c-65d6-1f6c-fe27b55b645a&psq=Les+d%c3%a9termi->

- nants+de+I%e2%80%99entr%c3%a9e+en+institution+des+person-
nes+%c3%a2g%c3%a9es&u=a1aHR0cHM6Ly93d3cuaGNzcC5mci9leHBsb3JlLnN-
naS90ZWxIY2hhcmdlci9hZDU2NDM0NC5wZGY&ntb=1
- Bruchêz, A., D'Ávila, A., Fernandes, A., Castilhos, N., Olea P. (2015). Metodologia de Pesquisa de Dissertações sobre Inovação: Análise Bibliométrica. XV Mostra de Iniciação Científica. Obtido de https://www.researchgate.net/profile/Pelayo-Olea/publication/323792524_Metodologia_de_Pesquisa_de_Dissertacoes_sobre_Inovacao_Analise_Bibliometrica/links/5ab7c51145851515f59f3e25/Metodologia-de-Pesquisa-de-Dissertacoes-sobre-Inovacao-Analise-Bibliometrica.pdf
- Caeiro, J. (2019). Políticas Públicas e Segurança Social: Da Proteção à Descoesão Social. *Political Observer. Revista Portuguesa de Ciência Política*, 12, 35-54. Obtido de <https://doi.org/10.33167/2184-2078.rpcp2019.12/pp.35-54>
- Caçador, C., Teixeira, E., Oliveira, J., Pinheiro, J., Mascarenhas-Melo, F., Ramos, F. (2021). The Relationship between Nutritional Status and Functional Capacity: A Contribution Study in Institutionalised Portuguese Older Adults. *Internacional Journal Environ. Resesarch and Public Health*, 18, 3789. Obtido de <https://www.mdpi.com/1660-4601/18/7/3789>
- Campbell, A., Converse, F., & Rodgers, W. (1976). *The quality of American life*. Russel Sage Foundation: New York. Obtido de https://books.google.pt/books?hl=pt-PT&lr=&id=h_QWA-wAAQBAJ&oi=fnd&pg=PA21&ots=gMHemzJIKz&sig=nsfaAgqkI6uMnkQKZI69DmxGjAc&redir_esc=y#v=onepage&q&f=false
- Carne, T., & Villar, F. (1997). Modelos de envejecimiento y percepción de cambios en una muestra de personas mayores. *Anuario de psicología*, 43-55. Obtido de <https://core.ac.uk/download/pdf/39049977.pdf>
- Carter, B., & McGoldrick, M. (2005). The Expanded Family Life Cycle: Individual, Family and the Social Perspectives. Obtido de magobristow.com/images/The_Changing_Family_Life_Cycle%2C_Carter_and_McGoldrick.pdf
- Carvalho, B. & Belchior, T. (2020). Idosos em lares perderam vitalidade durante a quarentena. *DecoProTestes*. Obtido de <https://www.deco.proteste.pt/familia-consumo/orcamento-familiar/noticias/idosos-em-lares-perderam-vitalidade-durante-a-quarentena>
- Carvalho, L., & Silva, M., (2015). Universidades da Terceira Idade: dimensão educativa e social. *Revista da Escola Superior de Educação – Instituto Politécnico de Portalegre*, 36, 48-62. Obtido de https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/17271/1/UT1_educativo_e_social.pdf
- CFP. (2014). Sistemas de Proteção Social. Apontamento n.º 2/2014. Obtido de https://www.cfp.pt/uploads/publicacoes_ficheiros/cfp-sistema-protecao-social.pdf
- Chiuzi, R., Peixoto, B. & Fusari, G. (2011). Conflict of generations in organizations: a social phenomenon interpreted by Erik Erikson's theory. *Popsic, periódicos eletronicos em psicologia*, 19 (2), 579 – 590. Obtido de <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/tp/v19n2/v19n2a18.pdf>
- Coutinho, C. (2014). Metodologia de investigação em ciências sociais e humanas: Teoria e prática. Obtido de <https://books.google.pt/books?id=uFmaAwAAQBAJ&printsec=frontcover&hl=pt-PT#v=onepage&q&f=false>
- Daniel, F. (2009). Profissionalização e Qualificação da Resposta Social Lar de Idosos em Portugal. Obtido de <http://repositorio.ismt.pt/bitstream/123456789/83/1/316-9621-PB.pdf>
- DeVellis, R.F. (1991). *Scale Development. Theory and applications*. London: Sage Publications.
- De Vos, E., & Spoormans, L. (2022). Collective Housing in Belgium and the Netherlands: A Comparative Analysis. *Urban Planning*, 1(7), 336-348. Obtido de <https://www.cogitatio-press.com/urbanplanning/article/view/4750/4750>
- DRE. (1984). Lei n.º 28/84, de 14 de agosto. Obtido de <https://dre.pt/dre/detalhe/lei/28-1984-382393>
- DRE. (1999). Despacho Normativo n.º 62/99, de 12 de novembro. Obtido de <https://dre.pt/dre/detalhe/despacho-normativo/62-1999-682830>
- DRE. (2006). Decreto-Lei n.º 101/2006. Obtido de <https://dre.pt/dre/detalhe/decreto-lei/101-2006-353934>
- DRE. (2014). Decreto-Lei n.º 172-A/2014, de 14 de novembro. Obtido de <https://>

- dre.pt/dre/detalhe/decreto-lei/172-a-2014-58900566
- Estevão, P. (2018). Avaliação da satisfação dos cuidados prestados à pessoa idosa no lar e centro de dia maria ribeiro vicente dos balurcos, Alcoutim. Universidade do Algarve – Escola Superior de Educação e Comunicação. Obtido de <https://sapiencia.ualg.pt/handle/10400.1/12641>
- Eurostat (2021). Ageing Europe. Obtido de <https://ec.europa.eu/eurostat/cache/digpub/ageing/>
- Faria, L., & Marinho, C. (2004). Actividade física, saúde e qualidade de vida na terceira idade. *Revista portuguesa de Psicossomática*, 6(1), 93-104. Obtido de <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=28760113>
- Farinha, V. (2013). Identidade na velhice – um jogo de espelhos. Faculdade de Ciências Sociais, Educação e Administração – Universidade Lusófona de Humanidades e Tecnologias de Lisboa. Obtido de <https://recil.ensinulusofona.pt/bitstream/10437/5014/1/TESE%20IDENTIDADE%20NA%20VELHICE%20-%20UM%20JOGO%20DE%20ESPELHOS.pdf>
- Fatela, C. (2021). O COHOUSING: BREVE ABORDAGEM JURÍDICO-PRÁTICA. *ReCil*, 155-176. Obtido de <https://recil.ensinulusofona.pt/bitstream/10437/12204/1/O%20COHOUSING.pdf>
- Fernandes, A. (2009). Manual de Processos-Chave Estrutura Residencial para Idosos. Obtido de https://seg-social.pt/documents/10152/13652/gqrs_lar_estrutura_residencial_idosos_Processos-Chave/1378f584-8070-42cc-ab8d-9fc9ec9095e4
- Ferreira, A., Carolo, D., Pereira, M., & Silva, P. (2013). Fundamentos constitucionais da proteção social – continuidades e ruturas, *Revista Sociologia, Problemas e Práticas*, 71-97. Obtido de <https://revistas.rcaap.pt/sociologiapp/article/view/10351/7443>
- Ferreira, F. I. (2021). A educação intergeracional face ao discurso político do envelhecimento ativo. *Revista Eccos*, 56, 1-21. Obtido de <https://eds.aebsohost.com/eds/pdfviewer/pdfviewer?vid=2&sid=e53aedc4-5b40-4bea-a79a346cb71a956f%40sessionmgr4008>
- Fontaine, R. (2000). *Psicologia do envelhecimento*. Lisboa: Climpso Editores
- Gato, J., Zenevicz, L., Madureira V., Silva, T., Celich, K., Souza, S., Léo, M., (2018)– Salud mental y calidad de vida de personas mayores. *Av Enferm*, 36(3), 302-310. Obtido de <https://docs.bvsalud.org/biblioref/2020/08/973973/saude-mental-e-qualidade-de-vida-de-pessoas-idosas.pdf>
- GEP – Gabinete de Estratégia e Planeamento (2020). Carta Social – Rede de Serviços e equipamentos 2020. Obtido de <https://www.cartasocial.pt/documents/10182/13834/csosocial2020.pdf/54b90a92-0a88-4d78-b99a-c53b7061fd0e>
- Gil, T. (2013). Envelhecimento Activo em Centro de Dia. Instituto Politécnico – Escola Superior de Educação de Beja. Obtido de <https://repositorio.ipbeja.pt/bitstream/20.500.12207/618/4/T%c3%a2nia%20Pereira%20Gil%20%20Envelhecimento%20Activo%20em%20Centro%20de%20Dia%20-%202013.pdf>
- Gill, T. M., Robinson, J. T. Willams, C.S. & Tinetti, M. E. (1999). Mismatches between the home environment and physical capabilities among community-living older persons. *Journal of the American Geriatric Society*, 47(1), 88-92. Obtido de <https://agsjournals.onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1532-5415.1999.tb01906.x>
- Gineste, Y., & Pellissier, J. (2007). *Humanidade – Cuidar e compreender a velhice*. Paris: Armand Colin
- Global Burden of Disease Study 2013 Colaboradore. (2015). Global, regional, and national incidence, prevalence, and years lived with disability for 301 acute and chronic diseases and injuries in 188 countries, 1990-2013: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2013. *The Lancet*, 386, 743-800. Obtido de <https://reader.elsevier.com/reader/sd/pii/S0140673615606924?token=269ADB91F76ECA7404097D9F3648B8616FA0DA898A79597D2AC2F658CDA6801483F5E6AA40CC7012E9EAF82FA14AA906&originRegion=eu-west-1&originCreation=20220912105907>
- Gravetter, F. J., & Wallnau, L. B. (2000). *Statistics for the behavioral sciences* (5th ed). Belmont, CA: Wadsworth.

- Groger, L. (1995). A nursing home can be home. *Journal of Ageing Studies*, 9, (2), 137-153. Obtido de <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/089040659590008X>
- Guimarães, R. C. e Sarsfield Cabral, J. A. (2010). *Estatística*, 2ª Edição. Verlag Dashöfer.
- Hajat, C. & Stein E. (2018). The global burden of multiple chronic conditions: A narrative review. *Preventive Medicine Report*, 12, 284-93. Obtido de <https://reader.elsevier.com/reader/sd/pii/S2211335518302468?to-ken=C36A381967A0E579C2A3C5440191603098C3275B62D78F2C52D836D2386D1BBAB5EB1EE09E9A4089FA311966BB1602DB&originRegion=eu-west-1&originCreation=20220912104043>
- Handcock MS. & Gile KJ. (2011). Comment: On the Concept of Snowball Sampling. *Revue Sociol Methodol* 41(1), 367-371. Obtido de <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC8797839/pdf/nihms-1738176.pdf>
- Huber, A. (2017). Theorising the dynamics of collaborative consumption practices: A comparison of peer-to-peer accommodation and cohousing. *environmental innovation and societal transitions*, 53-69.
- INE (2019). Conta Satélite da Economia Social 2016. Obtido em https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_destaquas&DESTAQUES-dest_boui=379958840&DESTAQUESmodo=2&xlang=pt
- Jacob, L. (2007). *As Universidades da Terceira Idade: Um exemplo de educação para adultos*. Obtido de http://rutis.terradasideias.net/documentos/conteudos/Universidades%20da%20Terceira%20Idade%20_luisjacob.pdf
- Jacob, L. (2020). Universidades séniores e parcerias. II Seminário sobre Vulnerabilidades Sociais e Saúde. Obtido de https://www.researchgate.net/publication/358047450_Universidades_seniores_e_parcerias/citation/download
- Keetharuth, A., Hussain, H., Rowen D., & Wailoo, A. (2022). Assessing the psychometric performance of EQ-5D-5L in dementia: a systematic review. *School of Health and Related Research, University of Shefeld, Shefeld S14DA, UK*. Obtido de <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/36171595/>
- Kenison A., Saroj B., Saraswati B. & Sneha C. (2020). Depression and its association with quality of life among elderly: An elderly home- cross sectional study. *Neurology, Psychiatry and Brain Research*, 38. Obtido de <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0941950020300622>
- Kane, R. B., Bershadsky, B., Kane, R., Degenholtz, H., Liu, J., Giles K., Kling, K. (2004). Using Resident Reports of Quality of life to Distinguish Among Nursing Homes. *The Gerontologist*, 624-632. Obtido de https://www.researchgate.net/publication/8217990_Using_Resident_Reports_of_Quality_of_Life_to_Distinguish_Among_Nursing_Homes
- Kluthcovsk, A., & Takayanagui, A. (2006). Quality of life – conceptual issues. *Revista Salus-Guarapuava*, 1(1), 13-15. Obtido de www.observatorionacionaldoidoso.fiocruz.br/biblioteca/_artigos/12.pdf
- Lopes, A., & Leal, S. (2017). Social Responsibility in a Social Economy Organization: The Case of Social Center of Quinta do Anjo. *Revista da UIIPS – Unidade de Investigação do Instituto Politécnico de Santarém*, 5 (2), 15-30. Obtido de <https://repositorio.ipsantarem.pt/bitstream/10400.15/2011/1/379-988-1-PB.pdf>
- Machado, F., & Medina, T. (2012). As Universidades Seniores: Motivações e repercussões de percursos em contexto de aprendizagem. *Educação, Sociedade e Culturas*, 37, 151 – 167. Obtido de https://www.fpce.up.pt/ciie/sites/default/files/ESC37_F_Machado_T_Medina.pdf
- Maffioletti, V. (2005). Old age and family: Clinical reflections. *Psicologia Ciência e Profissão*, 2005, 25 (3), 336-35. Obtido de <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/pcp/v25n3/v25n3a02.pdf>
- Marinho, M. (2004). Olhares femininos sobre a ética: Carol Gilligan e Nel Noddings. *Revista Intervenção Social*, 29, 71-82. Obtido de <http://revistas.lis.ulusiada.pt/index.php/is/article/viewFile/1149/1264>

- Maroco, J. (2011). *Análise Estatística com o SPSS Statistics*. 5.ª Edição. Edições ReportNumber.
- Mendes, F. (1998). Necessidade e caminhos de reforma da segurança social. *Revista Nação e Defesa*, 85, 139-155. Obtido de <https://comum.rcaap.pt/handle/10400.26/1529>
- Mendes, J. (2016). *Lares de idosos perspetiva bioética da pastoral da saúde*. Universidade Católica Portuguesa – Instituto de Bioética. Obtido de https://repositorio.ucp.pt/bitstream/10400.14/21227/1/Lar_Idosos_bioética.pdf
- Mishara, B., & Riedel R. (1994). Le vieillissement. *La revue Canadienne du vieillissement*, 15 (2), 338-339. Obtido de <https://archive.org/details/el.proceso-del-envejecimiento-b.-1mishara-y-r.-g.-riedel/page/n13/mode/2up>
- Moreira, M. J. (2020). *Como envelhecem os portugueses*. Instituto Politécnico – Escola Superior de Castelo Branco – Obtido de https://repositorio.ipcb.pt/bitstream/10400.11/7409/1/2020_como-envelhecem-osportuguesesenvelhecimento-saude-idadismo-pdf.pdf
- Muñoz, J., Fidalgo, A.M., García-Cueto, E., Martínez, R.J. & Moreno, R. (2005). *Análisis de los ítems*. Madrid: La Muralla.
- Neri, A. (2007). O legado de Paul B. Baltes à psicologia do desenvolvimento e do envelhecimento. *Revista Temas em Psicologia*, 14(1), 17-34. Obtido de <http://pepsic.bvsa-lud.org/pdf/tp/v14n1/v14n1a05.pdf>
- Nunnally, J.C. (1978). *Psychometric theory*. New York: McGraw-Hill.
- Neves, H. (2012). “Causas e Consequências da Institucionalização de Idosos. Universidade da Beira Interior – Ciências da Saúde. Obtido de https://ubibliorum.ubi.pt/bitstream/10400.6/1209/1/CAUSAS_CONSEQUENCIAS_INSTITUCIONALIZACAO_IDOSOS.pdf
- Oliveira, C. (2014). *A identidade do idoso no processo de institucionalização: estudo exploratório*. Instituto Superior de ciências sociais do Porto. Cooperativa de Ensino Superior de Serviço Social, CRL. Obtido de <https://comum.rcaap.pt/handle/10400.26/6630>
- Oliveira, P. (2007). Viver cada vez mais: um “retorno ao Éden”? – Impactos do envelhecimento demográfico na qualidade de vida dos mais velhos. *Journal Open Edition*, 17, 81-88. Obtido de <https://journals.openedition.org/sociologico/1658>
- OMS (2023). World Health Organization. Obtido de <https://www.who.int/tools/whoqol/whoqol-100/docs/default-source/publishing-policies/whoqol/portuguese-portugal-whoqol-100>
- Orta, A. (2014). *Contributo dos Centros de Dia para o Bem-estar Subjetivo dos idosos*. Instituto Politécnico – Escola Superior de Educação de Beja. Obtido de <https://repositorio.ipbeja.pt/bitstream/20.500.12207/4370/1/Ana%20Orta.pdf>
- Peille, F. (2020). Le travail au quotidien dans un ehpad Comment apprivoiser nos peurs ? *Empan*, 4 (120), 154 -159. Obtido de <https://www.cairn.info/revue-empan-2020-4-page-154.htm&wt.src=pdf>
- Pereira, S. (2013). *Práticas de Gestão de Recursos Humanos nas IPSS*. Instituto Superior de Contabilidade e Administração do Porto. Obtido de https://recipp.ipp.pt/bitstream/10400.22/1976/1/DM_SusanaPereira_2013.pdf
- Petronilho, F., Pereira, C., Magalhães, A., Carvalho, D., Oliveira, J., Castro P., & Machado, M. (2017). Evolution of self-care dependent individuals admitted to the National Network for Integrated Continuous Care. *Revista de Enfermagem Referência*, 14, 38-48. Obtido de <https://repositorium.sdum.uminho.pt/bitstream/1822/53844/1/Evolution%20of%20self-care%20dependent%20individuals%20admitted%20to%20the%20NNICC.pdf>
- Pinto, M. G. (2003). As Universidades da Terceira Idade em Portugal: Das origens aos novos desafios do futuro. *Revista Línguas e Literaturas*, 20 (2), 467 – 478. Obtido de <https://ojs.letras.up.pt/index.php/rll/article/view/8038>
- Pimentel, L. (2013). *Filho és Pai Serás, Cuidar de Pessoas Idosas em Contexto Familiar*. Lisboa: Coisas de Ler
- PGDL. (2018). Ministério Público. Obtido de https://www.pgdlisboa.pt/leis/lei_mostra_articulado.php?nid=2917&tabela=leis&nversao=
- Pontes, M., Vidal, D., Meneses, R., (2020). *Espiritualidade, promoção da saúde e qualidade de*

- vida em idosos: revisão sistemática da literatura. Actas do 13^o Congresso Nacional de Psicologia da Saúde, 437-444. Obtido de https://bdigital.ufp.pt/bitstream/10284/8475/1/atas_13cnps_manuela.pdf
- Queirós, E. (2019). Empreendedorismo Social – Soluções inovadoras aplicadas às respostas sociais do envelhecimento: SENIOR COHOUSING. Escola Superior de Tecnologia e Gestão – Instituto Politécnico do Porto. Obtido de https://recipp.ipp.pt/bitstream/10400.22/15341/1/DM_ElisabeteQueiros_MG03S_2019.pdf
- Reed, J., Cook, G., Sullivan, A., & Burridge, C. (2003). Making a move: care home residents experiences of relocation. *Ageing and Society*, 23, 225-241. Obtido de [https://nrl.northumbria.ac.uk/id/eprint/260/1/Making%20a%20Move%3A%20Carehome%20Residents%](https://nrl.northumbria.ac.uk/id/eprint/260/1/Making%20a%20Move%3A%20Carehome%20Residents%20)
- Ryan J., Curtis R., Olds T., Edney S., Vandelanotte C., Plotnikoff R., Maher C. (2019). Psychometric properties of the PERMA Profiler for measuring wellbeing in Australian adults. *Plos one*. Obtido de <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6927648/pdf/pone.0225932.pdf>
- RUTIS (2022). Universidades Sénior. Obtido de <https://rutises.wixsite.com/rutis/doi>
- Santos, A. (2014). Lar de idosos, lugar de vida ou morte social. Instituto Superior de Serviço Social – Cooperativa de Ensino Superior de Serviço Social do Porto. Obtido de <https://comun.rcaap.pt/bitstream/10400.26/6305/1/Alexandra%20Sofia%20Cam%3%b5es%20dos%20Santos.pdf>
- Santos, A. (2018). IBM SPSS como Ferramenta de Pesquisa Quantitativa. Universidade Católica de São Paulo – PUC-SP. Obtido de <https://www.pucsp.br/sites/default/files/download/posgraduacao/programas/administracao/IBM-SPSS-como-ferramenta%20de-pesquisa-quantitativa-alexandra-santos.pdf>
- Pereira, V. (2013). A satisfação e a qualidade de serviços e de vida nas instituições séniores. Instituto Politécnico de Viseu – Escola Superior de Tecnologia e Gestão de Viseu. Obtido de https://node1.123dok.com/dt05pdf/123dok_br/original/2021/01_10/cex5ko1610287506.pdf?X-Amz-Content-Sha256=UNSIGNED-PAYLOAD&X-Amz-Algorithm=AWS4-HMAC-SHA256&X-Amz-Credential=7PKKQ3DUV8RG19BL%2F20231105%2Fdc%2Fs3%2Faws4_request&X-Amz-Date=20231105T201337Z&X-Amz-SignedHeaders=host&X-Amz-Expires=600&X-Amz-Signature=2bbe103849f0ffc7df335d6cd586e4b40268847666e76ccb7f65fb6f72733f45
- Santos, R., Ferro, A., Camões, J., Lopes, C., Rocha, C., & Morais, S. (2022). Challenges of Referral to the National Network of Continuous Integrated Care: The Experience in a Hospital. *Revista Portuguesa de Medicina Interna*, 2 (29), 95-102. Obtido de <https://revista.spmi.pt/index.php/rpmi/article/view/213/413>
- Sequeira, C. (2010). Cuidar de idosos com dependência física e mental. Lisboa: Lidel- edições Serrano
- Stevens, J. (1996). *Applied multivariate statistics for the social sciences* (3rd edn). Mahway, NJ: Lawrence Erlbaum.
- Stewart, M. (2007). The Medical Outcomes Study 36-item short-form health survey (SF-36). *Australian Journal of Physiotherapy* (53). Obtido de <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0004951407700338?via%3Dihub>
- Serrano, D. (2012). Representações sociais e institucionalização de pessoas idosas. Faculdade de Ciências Humanas – Universidade Católica Portuguesa do Porto. Obtido de <https://repositorio.ucp.pt/bitstream/10400.14/14065/1/Disserta%3%a7%3%a3o%20de%20Mestrado%20C%3%a1tia%20Serrano.pdf>
- Shneider, R., & Irigaray, T. (2008). O envelhecimento na atualidade: aspectos cronológicos, biológicos, psicológicos e sociais. *Revista Estudos de psicologia*, 25(4), 585-593. Obtido de <https://www.scielo.br/j/estpsi/a/LTdtHbLvZPLZk8MtMNmZyb/?lang=pt&format=pdf>
- Segurança, Social (2010) Manual de processos-chave Serviço de Apoio Domiciliário. Obtido de https://www.seg-social.pt/documents/10152/13866/gqrs_apoio_domiciliario_processos-chave/70fb69dd-708c-4318-96be-fdd98513da3f
- Segurança, Social (2010) Manual de processos-chave Centro de dia. Obtido de <https://>

- www.bing.com/search?q=manual+da+qualidade+centro+de+dia&cvid=20596e196be74b85933e53a56dae533a&aqs=edge.1.0l2.7815j0j1&pglt=2083&FORM=ANNTA1&PC=U531
- Segurança Social (2022). Idosos. Obtido de <https://www.seg-social.pt/idosos>
- SNS (2022). Cuidados continuados integrados. Obtido de <https://www.arscentro.min-saude.pt/cuidados-continuados-integrados/aceso-e-referenciacao/>
- Tavares, G. (2014). O Envelhecimento Populacional e as Políticas Sociais - Região de Viseu. Universidade de Aveiro. Obtido de <https://ria.ua.pt/bitstream/10773/13669/1/0%20envelhecimento%20populacional%20e%20as%20politic%20sociais.pdf>. Obtido de <https://>
- Teixeira, L., Azevedo, M., Alves, S., Pires, C., Paúl, C. (2017). Perception of risk of adverse outcomes of older people: comparison between nursing homes, day centers and home care services. *Review Quality in ageing and older adults*, 18 (3), 212 - 220. Obtido de academic.oup.com/innovateage/article/1/suppl_1/1133/3901310
- Vecchia, R., Ruiz, T., Bocchi, S., Corrente, J. (2005). Quality of life in the elderly: a subjective concept. *Revista brasileira de epidemiologia*, 8 (3). Obtido de <https://www.scielo.br/j/rbepid/a/xGcx8yBzXkJyWxv3cWwXGdw/?lang=pt>
- Vestbro, D., Horelli, L. (2012). Design for gender equality - the history of cohousing ideas and realities. *Built Environment*, 38 (3), 315-335. Obtido de <https://www.diva-portal.org/smash/get/diva2:578172/FULLTEXT01.pdf>
- Yilmaz, K. (2013). Comparison of Quantitative and Qualitative Research Traditions: epistemological, theoretical, and methodological differences. *European Journal of education - Research development and policy*. Obtido de <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/ejed.12014>
- Zimerman, G. (2005). *Velhice, Aspectos Biopsicossociais*. São Paulo: Artmed. Obtido de https://www.academia.edu/16699998/ZIMERMAN_Guite_Velhice_Aspectos_Biopsicossociais

Anexos

Anexo I

Inquérito por questionário

O meu nome é Manuela Teixeira e sou mestranda no Curso de Gestão das Organizações do 3º Setor pela Escola Superior de Tecnologia e Gestão do Instituto Politécnico do Porto.

Este questionário foi concebido no âmbito da dissertação de mestrado e consiste num instrumento de pesquisa imprescindível com vista a compreender qual a perceção da população portuguesa acerca do contributo das Estruturas Residenciais para Pessoas Idosas (lares) na promoção da qualidade de vida dos idosos.

O presente questionário é dirigido a todos os indivíduos com idade igual ou superior a 18 anos.

Está dividido em 4 secções e são necessários cerca de 5 minutos para concluir o seu preenchimento.

A participação nesta investigação é voluntária, pelo que poderá interromper o preenchimento do questionário em qualquer momento.

Todos os dados recolhidos são anónimos e confidenciais e apenas utilizados para efeito desta investigação.

Para qualquer esclarecimento adicional poderá enviar e-mail para 8200869@estg.ipp.pt

Gratos pela sua colaboração!

* Indica uma pergunta obrigatória

Consentimento informado

Declaro que todos os procedimentos relativos à investigação em curso foram claros.

Compreendo que sou livre de abandonar o presente inquérito a qualquer momento.

Tomei conhecimento que o inquérito é anónimo e confidencial, pelo que não serão recolhidos dados que permitam revelar a minha identidade.

Concordo que os dados recolhidos sejam analisados para o m exposto. Declaro que li o formulário de consentimento.

Confirmo a informação declarada anteriormente, concordo e aceito participar no presente estudo*.

Marcar tudo o que for aplicável.

Confirmo

Dados demográficos *

Nesta secção, pretendemos caracterizar a amostra da nossa investigação. Neste sentido, solicitamos que responda às seguintes questões:

1.1. Faixa etária * *Marcar apenas uma opção.*

- Dos 18 anos aos 40 anos de idade
- Dos 41 anos aos 60 anos de idade
- Dos 61 anos aos 80 anos de idade
- Dos 81 anos aos 100 anos de idade
- Não sabe/não responde

1.2. Habilitações literárias * *Marcar apenas uma opção.*

- 1º ciclo
- 2º ciclo
- 3º ciclo
- Secundário/Profissional
- Ensino Superior
- Sem habilitações literárias
- Não sabe/não responde

1.3. Meio de Residência * *Marcar apenas uma opção.*

- Rural (campo)
- Urbano (cidade)
- Não sabe/não responde

1.4. Tem algum familiar institucionalizado numa Estrutura Residencial para Pessoas Idosas (lar)? *

Marcar apenas uma opção.

- Sim
- Não

Motivos que levam a família e/ou o idoso a decidir pela institucionalização*

Nesta secção, são apresentadas possíveis razões que levam a família e/ou o idoso a decidir pela institucionalização.

Pedíamos, por favor, para nos dar a sua opinião sobre cada uma das seguintes afirmações.

Por favor, considere que 1 corresponde a "discordo totalmente" e 5 corresponde a "concordo totalmente."

2.1. Considero que as características da família moderna não oferecem condições para que os seus membros mais velhos vivam integrados no seu seio. * *Marcar apenas uma opção.*

1	2	3	4	5
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Discordo totalmente

Concordo totalmente

2.2. Considero o isolamento social enquanto motivo que leva a família e/ou o idoso a decidir pela institucionalização. * *Marcar apenas uma opção.*

1	2	3	4	5
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Discordo totalmente

Concordo totalmente

2.3. Considero a presença de doenças crónicas e múltiplas enquanto motivo que leva a família e/ou o idoso a decidir pela institucionalização. * *Marcar apenas uma opção.*

1	2	3	4	5
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Discordo totalmente

Concordo totalmente

2.4. Considero a falta de recursos económicos enquanto motivo que leva a família e/ou o idoso a decidir pela institucionalização. * *Marcar apenas uma opção.*

1	2	3	4	5
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Discordo totalmente

Concordo totalmente

2.5. Considero os conflitos familiares sobre a responsabilidade da pessoa idosa enquanto motivos que levam a família e/ou o idoso a decidir pela institucionalização. * *Marcar apenas uma opção.*

1	2	3	4	5
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Discordo totalmente

Concordo totalmente

Qualidade de vida na terceira idade *

Nesta secção, são apresentados possíveis indicadores a ter em conta na avaliação da qualidade de vida das pessoas idosas.

Pedíamos, por favor, para nos dar a sua opinião sobre cada uma das seguintes afirmações:

Por favor, considere que 1 corresponde a "discordo totalmente" e 5 corresponde a "concordo totalmente."

3.1. Considero que a manutenção da saúde contribui para a qualidade de vida dos idosos.

* Marcar apenas uma opção.

1	2	3	4	5
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Discordo totalmente

Concordo totalmente

3.2. Considero que uma alimentação saudável contribui para a qualidade * de vida dos idosos.

* Marcar apenas uma opção.

1	2	3	4	5
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Discordo totalmente

Concordo totalmente

3.3. Considero que a antecipação de situações que possam comprometer * a integridade física contribui para a qualidade de vida dos idosos (exemplo: prevenção de quedas e acidentes domésticos).

* Marcar apenas uma opção.

1	2	3	4	5
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Discordo totalmente

Concordo totalmente

3.4. Considero que a participação social contribui para a qualidade de vida dos idosos.

* Marcar apenas uma opção.

1	2	3	4	5
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Discordo totalmente

Concordo totalmente

3.5. Considero que a promoção de relações positivas com familiares contribui para a qualidade de vida dos idosos. * Marcar apenas uma opção.

1	2	3	4	5
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Discordo totalmente

Concordo totalmente

Cuidados prestados em Estruturas Residenciais para Pessoas Idosas *

Nesta secção, são apresentadas cuidados e serviços essenciais prestados em Estruturas Residenciais para Pessoas Idosas (lares).

Pedíamos, por favor, para nos dar a sua opinião sobre cada uma das seguintes afirmações:

Por favor, considere que 1 corresponde a "discordo totalmente" e 5 corresponde a "concordo totalmente."

4.1. Considero que as Estruturas Residenciais para Pessoas Idosas (lares) dão aos seus clientes acesso a serviços de saúde de qualidade (exemplo: exames, tratamentos e consultas médicas).

* Marcar apenas uma opção.

1	2	3	4	5
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Discordo totalmente

Concordo totalmente

4.2. Considero que as Estruturas Residenciais para Pessoas Idosas (lares) proporcionam, aos seus clientes, uma alimentação saudável e equilibrada, adaptada às necessidades alimentares individuais.

* Marcar apenas uma opção.

1	2	3	4	5
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Discordo totalmente

Concordo totalmente

4.3. Considero que as Estruturas Residenciais para Pessoas Idosas (lares) garantem, aos seus clientes, um ambiente confortável e seguro (exemplo: equipamentos, tecnologias e dispositivos, tais como barras de apoio em casas de banho, corrimões e rampas de acesso, sensores de iluminação).

* Marcar apenas uma opção.

1	2	3	4	5
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Discordo totalmente

Concordo totalmente

4.4. Considero que as Estruturas Residenciais para Pessoas Idosas (lares) proporcionam, aos seus clientes, atividades recreativas (exemplo: passeios e excursões, ginástica sénior, trabalhos manuais, etc.). * Marcar apenas uma opção.

1	2	3	4	5
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Discordo totalmente

Concordo totalmente

4.5. Considero que as Estruturas Residenciais para Pessoas Idosas (lares) promovem a integração familiar (exemplo: através de visitas e interações regulares com os familiares).

** Marcar apenas uma opção.*

1	2	3	4	5
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Discordo totalmente

Concordo totalmente

Gratos pela colaboração!
