

Anabela Pinheiro da Silva

**A Perceção de Qualidade de Vida do Idoso Institucionalizado.**

**Um estudo de caso na Suíça**

Universidade Fernando Pessoa

Faculdade de Ciências da Saúde

Porto, 2015

Anabela Pinheiro da Silva

**A Perceção de Qualidade de Vida do Idoso Institucionalizado.**

**Um estudo de caso na Suíça**

Universidade Fernando Pessoa

Faculdade de Ciências da Saúde

Porto, 2015

Anabela Pinheiro da Silva

**A Perceção de Qualidade de Vida do Idoso Institucionalizado.**

**Um estudo de caso na Suíça**

A aluna

---

“Trabalho apresentado à Universidade  
Fernando Pessoa, como parte dos requisitos  
para a obtenção do grau de Mestre em  
Enfermagem.”

## **Agradecimentos**

Gostaria de expressar o meu sincero agradecimento a todas as pessoas que, de uma forma ou de outra contribuíram para a realização deste trabalho.

A todos os idosos, que colaboraram e que com quem tive o prazer de vivenciar bons momentos durante a realização das entrevistas. Pela sua disponibilidade e simpatia. Sem eles a realização deste trabalho não seria possível.

Ao professor, José Manuel dos Santos, orientador deste projeto, pela sua bondade, disponibilidade e os seus sábios conhecimentos.

À minha mãe, ao meu marido e á minha filha Matilde pela compreensão das minhas ausências, pelo seu amor e apoio incondicional.

Ao meu pai, a pequenina luz brilhante.

Por fim, agradeço a todos os meus amigos e colegas de trabalho, Bárbara, Guida Grancho e Clavien Jerzey por acreditarem em mim, pelo companheirismo e incentivo, que ajudaram a suportar desânimos.

A todos muito Obrigada!

## **Abreviaturas e Siglas**

**Cit in** – citado em

**Et al** – entre outros

**p.** – página

**pp.** – páginas

**UFP** – Universidade Fernando Pessoa

**FCS** – Faculdade Ciências da Saúde.

**%** - por cento

## **Sumário**

A presente tese de Mestrado insere-se no plano curricular da UFP-Porto e tem como título: **A Perceção da Qualidade de Vida do Idoso Institucionalizado. Um estudo de caso na Suíça.**

A institucionalização do idoso é cada vez mais uma realidade constante, o que faz com que a população idosa tenha um peso maior na estrutura etária, quer por necessidades próprias quer por necessidades sentidas pelos seus cuidadores. A fim de darmos resposta aos objetivos delineados; saber qual a perceção dos idosos sobre a Qualidade de vida; conhecer o quão satisfeitos estão os idosos com a sua saúde e conhecer a qualidade de vida dos idosos no domínio físico, psicológico, nas relações sociais e no meio ambiente.

Como instrumento de recolha de dados, utilizamos a escala Whoqol-Bref e recolhemos os dados através de uma entrevista a 28 idosos com uma média de idades de 85,5 anos, institucionalizados na Residence Grande Fontaine, na Suíça. Após a colheita de dados, estes foram analisados através do programa informático Microsoft Office Excel 2010 e organizados em gráficos e tabelas.

Tendo em conta os parâmetros utilizados pela escala supra referida para avaliação da qualidade de vida, conclui-se que os idosos inquiridos apresentam uma qualidade de vida no nível "Boa".

Relativamente à satisfação com a sua saúde os idosos inquiridos apresentavam-se no nível "nem satisfeitos nem insatisfeitos com a mesma".

Em relação a avaliação da qualidade de vida no que se refere aos quatro domínios da escala, o domínio com melhor percentagem é do meio ambiente e o domínio com menor classificação refere-se ao domínio das relações sociais.

## **Abstract**

The institutionalization of the elderly is increasingly a constant reality, which makes the elderly population has a higher weight in the age structure , either on own needs according to the need felt by their caregivers. In order to give response to the objectives outlined and to know the perception of the elderly on the quality of life; know how satisfied are seniors with their health and know the quality of life for seniors in the physical, psychological domain, social relations and the environment.

As data collection instrument, we used the WHOQOL-Bref scale and collect data through an interview the 28 individuals with an average age of 85.5 years, institutionalized in Residence Grande Fontaine, Switzerland. After data collection, these were analyzed using Microsoft Office Excel 2010 software and organized into graphs and tables.

Taking into account the parameters used by the above-mentioned scale for assessing quality of life, it is concluded that respondents elderly have a life of quality level "good".

With regard to satisfaction with their health respondents aged showed up at the "neither satisfied nor dissatisfied with the same".

Regarding the evaluation of the quality of life in relation to the four areas of scale, the domain percentage is better for the environment and the domain with lower classification relates to the field of social relations.

## Índice

0. Introdução.....	13
I. Fase Conceptual.....	16
1. Problema de investigação .....	16
1.1 Tema e pergunta de partida.....	16
1.2 Objetivo do estudo.....	17
2. Enquadramento Teórico .....	18
2.1 Definição de conceitos.....	18
2.3 Idoso institucionalizado.....	23
2.4 Qualidade de Vida.....	24
II. Fase Metodológica.....	28
2.1 Meio.....	28
2.2 Tipo de estudo .....	28
2.3 População e amostra e processo de amostragem.....	29
2.4 Variáveis.....	29
2.5 Instrumento de Recolha de dados.....	30

2.6 Considerações éticas .....	32
2.7 Tratamento de dados.....	33
II. Fase Empírica.....	34
3.1 Apresentação dos Resultados .....	34
3.2 Discussão dos resultados .....	43
IV. Conclusão .....	47
V. Referências Bibliográficas.....	49
ANEXOS .....	55

## **Índice de gráficos**

Gráfico 1 - Apresentação da amostra em relação ao género .....	34
Gráfico 2 - Distribuição da amostra em relação ao estado civil .....	35
Gráfico 3 - Distribuição dos resultados relativos á avaliação da qualidade de vida do idoso para os 4 domínios .....	42
Gráfico 4- Distribuição média da amostra por domínios .....	42

## **Índice de tabelas**

Tabela 1 - Apresentação da amostra segundo a idade .....	34
Tabela 2 - Distribuição da amostra em relação à qualidade de vida global .....	35
Tabela 3 - Distribuição da amostra em relação à satisfação com a saúde .....	36
Tabela 4 - Distribuição dos resultados relativos ao domínio físico.....	37
Tabela 5 - Distribuição dos resultados relativos ao domínio psicológico .....	38
Tabela 6 - Distribuição dos resultados relativos ao domínio das relações sociais .....	40
Tabela 7 - Distribuição dos resultados relativos ao domínio do meio ambiente.....	41



## **0. Introdução**

No âmbito do Mestrado de enfermagem na área de Geriatria e Gerontologia, da Faculdade Ciências da Saúde da Universidade Fernando Pessoa, insere-se a realização da tese, sendo esta parte dos requisitos para a obtenção deste mesmo grau académico.

O tema investigação é “o domínio delimitado do saber, no interior do qual será formulado um problema de investigação”. (Fortin, 1999, p.375).

Assim o tema proposto é “A Percepção da Qualidade de Vida do Idoso Institucionalizado. Um estudo de caso na Suíça” e teve a sua origem nas motivações pessoais que resultaram da vivência familiar e comunitária assim como profissional, que fizeram despertar para a importância e o valor das pessoas idosas.

O envelhecimento está associado a um conjunto de alterações biológicas, psicológicas e sociais que ocorrem ao longo da vida, constituindo assim um dos aspetos mais marcantes da evolução demográfica recente. Trata-se de um assunto atual que preocupa, quer investigadores, quer políticos e a comunidade em geral.

Devido a este acentuado crescimento da população idosa no mundo, a institucionalização aparece como uma alternativa iminente e em alguns casos, a única solução (Dalsenter, 2009). Quando o idoso perde a sua independência e autonomia é esperado que a família seja a principal implicada nesta situação de emergência.

Atualmente sabe-se que ao mesmo tempo que este envelhecimento ocorre, a sociedade sofre outras alterações. A entrada das mulheres no mercado de trabalho, as migrações por uma procura de melhores condições de emprego, as alterações a nível da dinâmica familiar entre outros, são fatores que têm como consequência uma diminuição no apoio a esta faixa etária.

## **A Percepção de Qualidade de Vida do Idoso Institucionalizado. Um estudo de caso na Suíça**

Assim e de acordo com Oliveira (2005, p.89) diz que “ (...) estar num lar não significa necessariamente uma fatalidade (...) porque um idoso que fique com a família, não sendo apoiado pode sentir muito mais a solidão do que a institucionalização.”

Perante isto foram delineados os seguintes objetivos do estudo:

- Saber qual a percepção dos idosos sobre a Qualidade de Vida;
- Conhecer o quão satisfeitos estão os idosos com a sua saúde;
- Conhecer a qualidade de vida dos idosos no domínio físico, psicológico, nas relações sociais e no meio ambiente.

Para se atingir estes objetivos, foi utilizado uma abordagem quantitativa dos dados obtidos das respostas fornecidas.

A população desta investigação reside na Residence Grande Fontaine. Sendo a amostra constituída por 28 elementos

O instrumento de colheita de dados utilizados foi a escala Whoqol-Bref através de questionário aplicado aos idosos, entre os dias 17 e 23 de Junho de 2015.

Os resultados obtidos amostra permitiram concluir que os idosos inquiridos apresentam uma qualidade de vida no nível "Boa".

No que diz respeito à satisfação com a sua saúde os idosos inquiridos apresentavam-se no nível "nem satisfeitos nem insatisfeitos com a mesma".

## **A Percepção de Qualidade de Vida do Idoso Institucionalizado. Um estudo de caso na Suíça**

Em relação a avaliação da qualidade de vida no que se refere aos quatro domínios da escala, o domínio com melhor percentagem é do meio ambiente e o domínio com menor classificação refere-se ao domínio das relações sociais.

Ao longo deste trabalho foi utilizado um discurso descritivo, tentando utilizar uma linguagem clara e científica de forma a tornar este projeto compreensível e rigoroso. Foi estruturado de forma coerente seguindo a ordem lógica de todo o processo de investigação.

O presente trabalho, após uma introdução geral do tema proposto, apresenta-se dividido em três partes distintas.

A primeira parte corresponde à fase conceptual onde inclui a revisão da literatura, cuja finalidade consiste em apresentarmos a pesquisa bibliográfica.

Na segunda parte, apresentamos as questões de ordem metodológicas, nomeadamente, o contexto de implementação, o tipo de estudo, a população e amostra, as variáveis em estudo, o instrumento de colheita de dados, considerações éticas e tratamento de dados.

Na terceira e última parte, apresentam-se os resultados obtidos e fez-se a sua análise e discussão.

## **I. Fase Conceptual**

### **1. Problema de investigação**

Esta fase desempenha um papel fundamental na investigação uma vez que transmite ao investigador os conceitos necessários para o desenvolver do processo de investigação.

A fase conceptual inicia-se quando o investigador trabalha uma ideia como orientação para a sua investigação (Fortin, 1999, p. 39).

#### **1.1 Tema e pergunta de partida**

A investigação existe quando há uma necessidade e esta se deve refletir numa profissão, mas também existe no investigador o desejo de discutir e explicar os fenómenos, tendo como objetivo compreendê-los e utilizar os resultados obtidos na sociedade e numa profissão.

Pelo que a investigação tem como início a escolha de um tema.

Para Fortin (1999, p.375), o tema para investigação é “o domínio delimitado do saber, no interior do qual será formulado um problema de investigação”. Por esta razão foi escolhida a área da Gerontologia, onde se irá ao encontro da percepção da qualidade de vida dos idosos.

Partindo deste pressuposto, o tema deste projeto de investigação é:

*A Percepção da Qualidade de Vida do Idoso Institucionalizado. Um estudo de caso na Suíça.*

## **A Percepção de Qualidade de Vida do Idoso Institucionalizado. Um estudo de caso na Suíça**

Para a mesma autora qualquer investigação tem um ponto de partida ou seja, uma situação considerada problemática, isto é que provoca um mal-estar, uma inquietação que como consequência exige uma explicação ou uma explanação do tema para uma melhor compreensão do fenómeno observado.

Desta forma, a pergunta de partida é:

Qual será a percepção que os idosos residentes na Residence Grande Fontaine têm sobre a sua Qualidade de vida?

### **1.2 Objetivo do estudo**

“O objetivo de um estudo indica o porquê da investigação. É um enunciado declarativo que precisa a orientação da investigação segundo o nível dos conhecimentos estabelecidos no domínio em questão” (Fortin, 1999, p.100).

Desta forma foram enunciados os seguintes objetivos de estudo:

Saber como os idosos da Residence Grande Fontaine avaliam a sua Qualidade de Vida;

Conhecer o grau de satisfação que os idosos da Residence Grande Fontaine apresentam relativamente á sua saúde;

Conhecer a qualidade de vida dos idosos da Residence Grande Fontaine nos domínios físico, psicológico, nas relações sociais e no meio ambiente.

## 2. Enquadramento Teórico

### 2.1 Definição de conceitos

O **envelhecimento** é um processo universal, inevitável e que acontece progressivamente na vida. Seguindo estes pensamentos Galvão et al. (2010) define envelhecimento como um fenómeno do processo de vida, o mesmo se passa na infância, na adolescência e na maturidade. Este é presenciado por mudanças biopsicológicas associadas à passagem do tempo.

A **percepção** é um procedimento diverso na qual o ser humano tem consciência das suas sensações e alcança o conhecimento acerca da realidade. É um instrumento de aquisição da informação a partir da integração estruturada dos dados que derivam dos sentidos (Dicionário de Psicologia, 1999, p. 301).

A percepção é definida como o exercício psicológico que nos transfere de uma forma imediata, uma representação original do meio ambiente que estamos inseridos (Jimenez, 1997, p.10).

Segundo O.M.S (*cit in* Larizzatti, M. F., 2005, p.63), **qualidade de vida** é:

“A percepção de cada individuo acerca de sua posição na vida, de acordo com o contexto cultural e os sistemas de valores nos quais vive e em relação a seus objectivos, normas e interesses...”.

Antigamente, a responsabilidade de cuidar as pessoas idosas era da própria família. Deste modo, cuidar dos idosos identificava-se com a ampliação dos papéis normais do seio familiar, que ligada à oposição relacionada com as instituições, aumentava a responsabilidade da família ao manter esse papel (Figueiredo, 2004).

Posteriormente, com o aumento progressivo da população idosa, juntamente às alterações que ocorreram a nível social e da própria estrutura das famílias, recorreu-se à **institucionalização**.

Esta resposta social aparece na atualidade como a única solução por parte dos familiares para deixar os seus familiares idosos (Figueiredo, 2004).

## **2.2 Envelhecimento**

A literatura científica apresenta diversos conceitos sobre envelhecimento. Porém, ainda não é possível encontrar uma definição de envelhecimento que englobe todos os domínios que levam o indivíduo a envelhecer e como todo o processo é vivido e representado pelo próprio idoso e pela sociedade em geral (Carvalho et al., *cit in* Galvão et al., 2010).

Segundo Albuquerque (2005) enquanto o envelhecimento é considerado um processo, a velhice é definida como uma fase da vida e o idoso como o resultado final. A organização das Nações Unidas em 1985 definiu idoso como o indivíduo com igual ou superior a sessenta anos nos países em desenvolvimento e com idade superior a sessenta e cinco anos nos países desenvolvidos.

Segundo Berger et al. (1995, p.6), refere precisamente “ (...) o envelhecimento como um processo contínuo que leva o estado da velhice e que se desenvolve de forma diferente para cada pessoa.”

A velhice pode então ser definida como um processo dinâmico e progressivo onde há modificações tanto morfológicas como funcionais, bioquímicas e psicológicas que determinam a progressiva perda da capacidade de adaptação do indivíduo ao meio ambiente, ocasionando maior vulnerabilidade e maior incidência de processos patológicos que culminam por levá-los à morte.

Em suma torna-se importante salientar, que a velhice deve ser integrada no âmbito mais amplo do envelhecimento.

Segundo Osório e Pinto (2007, p. 11) uma das transformações sociais mais importantes que ocorreram nos últimos cinquenta anos está relacionado com o

## **A Perceção de Qualidade de Vida do Idoso Institucionalizado. Um estudo de caso na Suíça**

aumento demográfico das pessoas idosas. Convertendo assim os idosos num grupo social, que aumenta o interesse individual e coletivo, devido às suas implicações a nível familiar, social, económico e político.

A transformação da estrutura demográfica da população explica-se pelo aumento de esperança média de vida, o declínio da mortalidade, a melhoria da saúde pública e melhores condições sociais e de nutrição.

Segundo Moniz (2003, p.50), o envelhecimento é:

“ (...) um processo no qual intervém várias componentes, (...) e não segue uma evolução linear para todas as pessoas. É um processo influenciado pelo contexto social e cultural em que a pessoa se insere e é vivido de forma variável por cada pessoa.”

Para Paúl e Fonseca (1999), o envelhecimento é um processo complexo de evolução biológica dos organismos vivos, mas também um processo psicológico e social. Com o passar dos anos ocorrem, alterações funcionais e de papéis sociais, isto exige uma adaptação constante na busca de novos equilíbrios, internos e externos.

Assim sendo, envelhecimento é composto por um conjunto complexo de fatores biológicos, psicológicos e sociais específicos de cada indivíduo.

Considera-se o envelhecimento como um processo biológico progressivo e natural, que pode ser variável consoante o estilo de vida, meio ambiente ou fatores genéticos e hereditários de cada indivíduo. Para Botelho et al. (*cit in* Moniz, 2003, pp 48-49) “ (...) as alterações provocadas pelo envelhecimento no organismo, não devem ser encaradas como doenças, mas sim como alterações naturais de estruturas do organismo.”

## **A Percepção de Qualidade de Vida do Idoso Institucionalizado. Um estudo de caso na Suíça**

Desta forma, na perspectiva biológica do envelhecimento, para Osório e Pinto (2007, p.12), a velhice “ (...) gera uma redução da capacidade funcional devido ao curso do tempo, tal como em todos os organismos vivos, mas essas limitações não impedem o desenvolvimento de uma vida plena. ”

Para Shephard (1997) o envelhecimento é um processo biológico e as alterações determinam mudanças estruturais no corpo e modificam as suas funções. Ainda segundo o mesmo autor o processo biológico é caracterizado por transformações progressivas e irreversíveis em função do tempo, caminhando lentamente para a morte, representando uma etapa do desenvolvimento individual, onde o catabolismo é maior que o anabolismo.

Relativamente ao envelhecimento psicológico refere-se às capacidades comportamentais da pessoa para se adaptar ao meio, onde envolve a memória, a inteligência, os sentimentos, as emoções e as motivações. Moniz (2003, p.50) afirma que “ (...) a manutenção destas atividades permitirá uma boa autoestima e a conservação de um bom nível de autonomia e de controlo sobre si.”.

O aspeto psicológico é caracterizado por um processo dinâmico e complexo, influenciado por fatores individuais que se iniciam com um declínio lento e depois acentuado das habilidades que o indivíduo desenvolvia anteriormente. (Shephard, 1997)

O ser humano envelhece não só no plano biológico mas também social. O envelhecimento não é uma doença. É um processo contínuo, complexo e universal, comum a todos os seres vivos e pode ter uma evolução mais rápida nas últimas fases de vida do ser humano.

Quanto ao envelhecimento social, segundo Osório e Pinto (2007, p.15) “Para além dos processos biológicos e psicológicos, o envelhecimento é um processo cultural e social. Segundo o mesmo autor:

## A Percepção de Qualidade de Vida do Idoso Institucionalizado. Um estudo de caso na Suíça

“ (...) o envelhecimento não é medido pelo maior número de anos nem pelo coletivo de pessoas que atingem uma maior longevidade. É encarado também como um acontecimento de alteração de atitudes e de mentalidades, resultante das relações que se estabelecem entre os grupos etários e as suas condições de vida.”

Para Berger et al. (1995, p.2) o envelhecimento social é a “ (...) influência que o indivíduo e a sociedade exercem sobre o outro.”

Todavia, Birren e Cunningham (*cit. in* Paúl, 1997), dividem o ato de envelhecer em três fases distintas: o envelhecimento primário, em que a pessoa segue o ritmo normal da idade sem doenças e apenas se nota alguma afetação da velocidade perceptiva, isto é, a capacidade do conhecimento através dos sentidos. O envelhecimento secundário, em que a doença afeta não só a velocidade perceptiva, mas também o próprio raciocínio, ou seja, a capacidade indutiva; o envelhecimento terciário, em que, além da afetação dos sentidos e do raciocínio, este também afeta, notoriamente, a compreensão verbal, isto é, diminui a elaboração e apreensão de toda a informação. É a fase mais aproximada da morte.

Fernandes (2002) atribui o envelhecimento às condições de constante mutação do meio ambiente, à perda gradativa e irreversível da capacidade de adaptação dos organismos. Segundo esta autora não se trata de uma doença, mas de um fenómeno natural da vida, ao qual estão sujeitos todos os seres vivos e que se acentua mais, na última fase da existência.

Lidz (*cit. in* Fernandes, 2002), por seu lado, divide em três fases sucessivas o processo de envelhecimento e o idoso pode não as atingir a todas, ou seja podem ou não ser progressivas. A primeira designa-se como sendo a **fase do idoso**, onde não existem grandes alterações orgânicas (o indivíduo considera-se capaz de realizar sozinho as suas necessidades), observando-se apenas alterações no estilo de vida provocadas pelo fator económico. A segunda fase intitula-se **Senescência** e acontece no momento em que o indivíduo começa a apresentar alterações na sua condição física

ou de outra natureza, tornando-o menos independente e, assim, necessitando de auxílio de terceiros. A terceira e última fase denomina-se **senilidade** e caracteriza-se por não haver capacidade de adaptação por parte do cérebro do indivíduo. Assim, o idoso torna-se dependente de cuidados completos.

Para Netto (1996, p.60) o envelhecimento é:

“ (...) um processo dinâmico e progressivo, no qual há modificações morfológicas, funcionais, bioquímicas e psicológicas que determinam perda da capacidade de adaptação do indivíduo ao meio ambiente, ocasionando maior vulnerabilidade e maior incidência de processos patológicos que terminam por levá-lo à morte.”

Em suma, envelhecer é um processo comum e natural a todos os seres, sendo este contínuo, com uma evolução mais rápida e notória na última fase da vida.

Não restam dúvidas de que o estudo do envelhecimento humano é uma preocupação permanente, parecendo que, quanto mais se avança, mais extenso é o caminho a percorrer.

### **2.3 Idoso institucionalizado**

A Organização Mundial de Saúde (2001, p.10) classifica cronologicamente idoso como: “ (...) a pessoa com mais de 65 anos de idade em países desenvolvidos e com mais de 60 anos de idade em países em desenvolvimento”.

Devido ao rápido crescimento da população idosa no mundo, a institucionalização aparece como uma alternativa urgente e em algumas situações, a única opção (Dalsenter, 2009).

Quando o idoso se torna dependente e com baixa, ou mesmo nenhuma, autonomia o seu equilíbrio na comunidade requer, muitas das vezes, ajuda por parte da família mas, nem sempre essa disponibilidade existe. Ou seja, Neri (2007) afirma que quando

o idoso possui independência e autonomia, este apresenta capacidade para lutar por situações que deixem o seu ambiente físico mais seguro, variado e interessante. Se o idoso já não apresenta esses dois fatores, é esperado que a família interaja e cuide desses aspetos.

Segundo Assis, 2008 (*cit. in* Dias et al., 2013, p.129) “estas instituições são, a maior parte das vezes, a modalidade mais antiga de atendimento ao idoso fora do seu convívio familiar.”

Algumas das causas que levam o idoso ou a própria família à procura da institucionalização são os conflitos familiares, a incapacidade em manter o idoso dependente em casa uma vez que o cuidado se torna difícil e cansativo, tanto do ponto de vista físico quer emocional (Assis, 2008 *cit. in* Dias et al., 2013) e ainda há aqueles idosos que perderam os seus vínculos familiares ou vivem num núcleo familiar pobre (Ramos, 2008 *cit. in* Oliveira et al., 2011).

## **2.4 Qualidade de Vida**

A qualidade de vida, no passado, era conhecida como uma filosofia ou uma arte para viver, atualmente é um conceito que abrange muitos e diversos domínios da vida de cada ser humano (Couvreur, 1999).

A qualidade de vida é um conceito que representa a nomeação de algumas características da experiência humana, sendo o fator central que preconiza a sensação aparente de bem-estar (Assumpção, F *et al.*, 2000).

Para autores como Shin e Johnson definem que a qualidade de vida comporta a possessão dos recursos necessários para a satisfação das necessidades e desejos individuais, a participação em atividades que possibilitam o desenvolvimento pessoal, a auto realização e uma comparação plausível entre si e os outros (Shin D., Jonhson, D., *cit. in* Assumpção, F. 2000).

## A Percepção de Qualidade de Vida do Idoso Institucionalizado. Um estudo de caso na Suíça

O “grupo para a Qualidade de Vida” da OMS inclui ainda na sua definição a percepção do indivíduo na sua posição de vida, no seu contexto cultural e no seu sistema de valores e na relação aos seus objetivos (OMS, 1993).

Neste modelo da OMS, a qualidade de vida engloba várias dimensões: física, psicológica, social e ambiental, apresentando diversas variáveis não sendo estas sobreponíveis ao grau de satisfação com a vida, no que diz respeito à compreensão do processo de envelhecimento (Paúl e Fonseca, 2005)

Deste modo, Donald 1997 (*cit. in* Jacob, 2007) ao sugerir uma definição para o conceito de qualidade de vida para idosos, enunciou cinco categorias gerais, servindo estas como referência para os idosos e/ou para os profissionais que os cuidam. Assim, surge a primeira categoria, a do bem-estar físico, em que os elementos que a definam são: a comodidade em termos materiais, saúde, higiene e segurança, a segunda categoria corresponde à categoria das relações interpessoais, que inclui as relações com os familiares, amigos e a participação na comunidade, a categoria seguinte, terceira categoria, diz respeito ao desenvolvimento pessoal que expõe as oportunidades de desenvolvimento intelectual, a autoexpressão; a quarta categoria refere-se as atividades recreativas, subdividindo-se estas em três partes: socialização, entretenimento passivo e ativo, e por fim, a última categoria corresponde às atividades espirituais e transcendentais que constituem a atividade simbólica, religiosa e o autoconhecimento.

A OMS, olha hoje como desafio oferecer uma melhor qualidade de vida aos idosos, passando por mantê-los ativos, ocupando a sua necessidade atual, a sua satisfação de vida (Paúl e Fonseca, 2005).

## A Percepção de Qualidade de Vida do Idoso Institucionalizado. Um estudo de caso na Suíça

Como atesta Fonseca (2004, p. 140) a satisfação de vida:

“refere-se à avaliação que as pessoas fazem da vida como um todo, reflectindo a discrepância percebida entre as aspirações e as realizações, referindo-se mais a um processo cognitivo do que afectivo”.

Deste modo, a analogia entre envelhecimento e qualidade de vida é algo que comporta uma importância gradual nas sociedades ocidentais contemporâneas. Este conceito, é portanto, considerado por vários autores como um conceito essencial no campo da atenção aos idosos, representando um dos principais indicadores a ter em conta na hora de avaliar a condição de vida dos idosos. (Castellón, 2003, *cit. in* Fonseca, 2004).

Existem vários autores que criticam a falta de definições para a qualidade de vida, no entanto Bradlyn e Col definem a qualidade de vida como sendo multidimensional, não estando delimitada pelo funcionamento social, físico e emocional (Bradlyn, A. *et al.*, *cit. in* Assumpção, 2000).

Já para Fiedler (2008, p. 2) a qualidade de vida é uma construção moderna e uma inquietação antiga, uma vez que a ideia de se viver com qualidade de vida era presente já na antiguidade: em 384 a. C e em 322 a. C Aristóteles referia-se á qualidade de vida como sendo a associação entre felicidade e bem-estar, Hipócrates no ano 460 a. C e 370 a. C e Galeno, em 132 d.C. e 200 d. C atestavam que o equilíbrio sustenta um corpo saudável.

No entanto caracterizar a qualidade de vida na velhice é um fenómeno difícil e que está sujeito a infindas influências, conduzindo assim a considerar a qualidade de vida como uma visão multidimensional (Neri, 2001).

A longevidade do ser humano tem vindo a aumentar, existindo assim uma dicotomia, por um lado existe o desejo de viver cada vez mais, por outro existe o receio de viver

## **A Percepção de Qualidade de Vida do Idoso Institucionalizado. Um estudo de caso na Suíça**

dependente e com incapacidade. É certo, que à medida que envelhecemos a predisposição à doença aumenta e decréscimos na funcionalidade física, psíquica e social aparecem. Mais anos vividos podem apresentar como consequência um sofrimento quer para os indivíduos quer para as famílias. No entanto, se o indivíduo envelhecer com autonomia e independência, com boa saúde física, apresentando capacidade para o desempenho de papéis sociais e permanecendo ativo, a qualidade de vida pode ser muito boa (Paschoal, 2002).

Segundo o mesmo autor (p.79), a definição de qualidade de vida tem múltiplas dimensões, física, psicológica e social:

“Uma velhice patológica, depende da história de desenvolvimento e de envelhecimento, que é marcada por influências genético biológicas, psicológicas e socioculturais, algumas das quais podem ser controladas”.

A qualidade de vida tem sido uma das necessidades dos idosos, pois pode ser relatada em termos de capacidade funcional, independência e capacidade para se envolver nas atividades de vida (Vitorino et al., 2012).

Deste modo, a qualidade de vida em gerontologia está comparada com o modo como o ser humano experiencia o seu próprio envelhecimento e encara a sua velhice (Fernandes, 1996).

## **II. Fase Metodológica**

O objetivo, nesta fase é definir os meios para a realização da investigação. Aqui, o investigador determina a sua maneira de proceder para obter as respostas às suas questões de investigação. (Fortin, 2009)

Para Fortin (2009, p. 217) “o investigador precisa do meio em que será conduzido o estudo e justifica a sua escolha”. Assim sendo, a escolha do meio para se efetuar a colheita de dados foi opção do investigador, devido á curiosidade despertada de como será persentida a qualidade de vida dos idosos por si mesmos em vários domínios e em particular numa instituição na Suíça.

### **2.1 Meio**

Para Fortin (2009, p. 217) “ o investigador precisa do meio em que será conduzido o estudo e justifica a sua escola”. Assim sendo, a escolha do meio para se efetuar a colheita de dados foi opção do investigador, devido à curiosidade despertada de como será persentida a qualidade de vida dos idosos por si mesmos em vários domínios e em particular numa instituição na Suíça.

### **2.2 Tipo de estudo**

Trata-se de estudo descritivo, exploratório e transversal em meio natural, sendo a abordagem utilizada quantitativa.

Segundo Fortin (1999) um estudo descritivo consiste em descrever apenas um fenómeno ou um conceito relativo a uma população, de maneira a identificar as características da população ou da amostra.

Um estudo exploratório para Fortin (2009, p. 135) é aquele que “visa denominar, classificar, descrever uma população ou conceptualizar uma situação”.

Os estudos transversais são por definição estudos que recolhem dados relativos e servem para avaliar a frequência de aparição de um acontecimento ou de um problema numa população, fornecendo dados imediatos (Fortin, 2009).

### **2.3 População e amostra e processo de amostragem**

Para a realização deste estudo de investigação é necessário a identificação da população alvo, pois segundo Fortin (2009, p.311) a população alvo é “ (...) o conjunto das pessoas que satisfazem os critérios de seleção definidos previamente.”

Assim sendo, a população deste estudo foi constituída pelos idosos pertencentes a Residence Grande Fontaine de Bex na Suíça de ambos sexos.

Foram critérios de inclusão no estudo os idosos com capacidades físicas e psíquicas que permitam responder às questões colocadas.

Relativamente à amostra, para Fortin (2009, p. 312) é “ (...) uma fração de uma população sobre a qual se faz o estudo.”

Neste estudo a amostra é constituída por 28,6 % da população em estudo, ou seja, 28 idosos. Trata-se de uma amostra acidental e não probabilística, em que os indivíduos foram facilmente acessíveis, se encontravam no local determinado e num momento específico (Fortin, 2009).

### **2.4 Variáveis**

Neste estudo consideramos apenas as variáveis atributo que se refere às características dos sujeitos do estudo (Fortin, 2009, p. 172). Foram definidas, assim, as seguintes variáveis atributo: género, idade e estado civil.

As variáveis em estudo foram as seguintes:

## **A Percepção de Qualidade de Vida do Idoso Institucionalizado. Um estudo de caso na Suíça**

Avaliação da percepção da Qualidade de vida dos idosos, foi operacionalizada pela escala de Likert (de 1 a 5 pontos): Muito boa, Boa nem Boa nem Má, Má e Muito Má.

Relativamente ao grau de satisfação que os idosos inquiridos apresentavam relativamente à sua saúde foi avaliado pela mesma escala (escala de Likert): Muito Satisfeito, Satisfeito, Nem Satisfeito nem Insatisfeito, Insatisfeito e Muito Insatisfeito.

A última variável, conhecer a qualidade de vida dos idosos nos diferentes domínios, foi operacionalizada com o acesso ao whoqol-bref a partir dos quatro domínios, a saber: domínio físico, domínio psicológico, domínio nas relações sociais e no domínio meio ambiente.

Foram critério de inclusão no estudo idosos com capacidades físicas e psíquicas que permitam responder às questões colocadas.

### **2.5 Instrumento de Recolha de dados**

Para Fortin (1999, p. 41):

“A colheita de dados efetua-se segundo um plano pré-estabelecido. É a colheita sistemática de informações junto dos participantes, com a ajuda dos instrumentos de medida escolhidos. Nesta etapa, deve-se precisar a forma como se desenrola a colheita de dados bem como as etapas preliminares que conduziram à obtenção das autorizações requeridas para efetuar o estudo no estabelecimento escolhido, se for caso disso”.

A mesma autora define que, “a escolha do método de colheita de dados faz-se em função das variáveis e da sua operacionalização e depende igualmente da estratégia de análise estatística considerada” (Fortin, 1999, p.239).

Como afirma (Fleck et al., 2008 cit. in Oliveira 2010) apesar da extrema importância de avaliar a Qualidade de vida de forma correta e dos autores que a estudam, esta continua a ser um motivo de constante investigação.

## **A Percepção de Qualidade de Vida do Idoso Institucionalizado. Um estudo de caso na Suíça**

Devido à dificuldade inerente e à falta de consenso na definição de qualidade de vida, a OMS reuniu vários especialistas tendo como finalidade atingir uma definição do conceito e que tal englobasse, como diz Fleck (2000, p.34), todas as culturas.

Desta forma, a OMS reuniu um grupo de especialistas da área que chegaram a um consenso de como avaliar este conceito de qualidade de vida, desta forma estes criaram um instrumento de avaliação da qualidade de vida.

Surge então, o projeto designado World Health Organization Quality of Life (WHOQOL) originando assim, deste projeto dois instrumentos o WHOQOL-100 e o WHOQOL-Bref (Serra et al, 2006).

Inicialmente, surgiu O WHOQOL-100 que é segundo Serra (2006, p. 32):

“Um instrumento de auto-avaliação da qualidade de vida constituído por seis domínios (físico, psicológico, nível de independência, relações sociais, ambiente e aspetos espirituais/religião/crenças pessoais) ”.

O WHOQOL- bref é uma versão abreviada de 26 questões, sendo duas das questões gerais de qualidade de vida as restantes 24 representam cada uma das 24 facetas que constituem a escala. Diferente da WHOQOL-100 em que cada uma das 24 facetas é avaliada a partir de 4 questões, no WHOQOL-bref cada faceta é avaliada única e simplesmente por uma questão. Esta escala é ainda composta por quatro domínios: físico, psicológico, relações sociais e meio ambiente. (Fleck, et al., 2000)

As duas primeiras questões da escala Whoqol-Bref, são avaliadas de 1 a 5 pontos, escala tipo Likert, sendo atribuído 1 ao valor mais pejorativo e 5 ao valor mais favorável, exceto em três das questões (3, 4 e 26) que são estruturadas inversamente, isto é o valor mais favorável é 1 e o mais pejorativo é 5. (Canavarro et al., 2006)

## 2.6 Considerações éticas

Atualmente a investigação é essencial para a melhoria dos cuidados na área da enfermagem.

Segundo Fortin, (1999, p.114) a ética é “ (...) é o conjunto de permissões e de interdições que têm um enorme valor na vida dos indivíduos e em estes se inspiram para guiar a sua conduta.”

A ética constitui a avaliação crítica constituída pelos conjuntos de preconceitos e de leis. São estas que regem as ações e as atitudes. (Fortin, 1999)

Num estudo de investigação aparecem as questões morais e éticas, desta forma é necessário proteger os direitos dos indivíduos do estudo.

Estes indivíduos têm direito segundo os cinco princípios do código de ética da investigação para Fortin (1999): **à autodeterminação**, baseia-se no princípio ético do respeito pelas pessoas, segundo o qual qualquer uma é capaz de decidir o seu próprio destino; **ao anonimato e à confidencialidade**, os dados devem ser tratados de tal forma que nenhum dos respondentes, através da informação dada, seja reconhecido quer pelo investigador quer pelo leitor do relatório; **à intimidade**, a pessoa apresenta liberdade de decidir sobre a informação que quer fornecer à investigação; **ao tratamento justo e equitativo**, o indivíduo tem direito de ser informado sobre o fim e o objetivo da investigação e por fim tem direito **à proteção contra o desconforto e prejuízo**, este direito corresponde às regras de proteção do participante do estudo contra inconvenientes que lhe possam fazer mal ou prejudicar.

Após consentimento livre e esclarecido os idosos institucionalizados responderam à entrevista conduzida pela escala.

Para a realização deste estudo, foi também, necessária a autorização da instituição para o seu exercício. Esta autorização foi solicitada junto da Sra. Diretora da instituição que nos autorizou a realização das entrevistas.

## **2.7 Tratamento de dados**

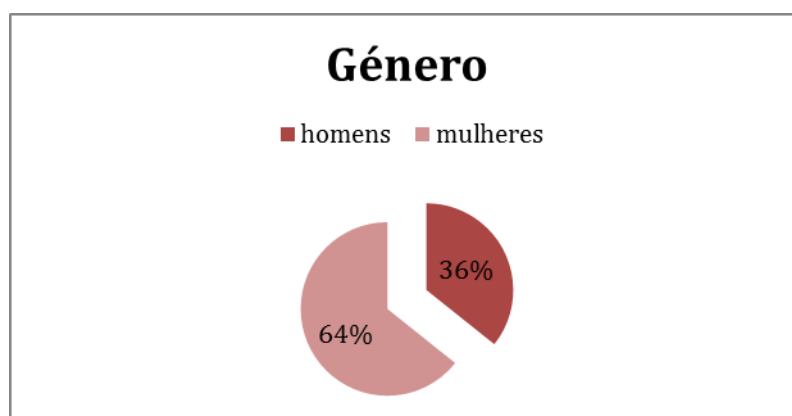
O tratamento dos dados foi realizado através de métodos informáticos, do programa Microsoft Office Excel 2010.

Este estudo de investigação utiliza uma abordagem quantitativa que será apresentada em forma de gráficos e tabelas, de forma a facilitar uma visão específica e global dos resultados.

## II. Fase Empírica

### 3.1 Apresentação dos Resultados

**Gráfico 1 - Apresentação da amostra em relação ao género**



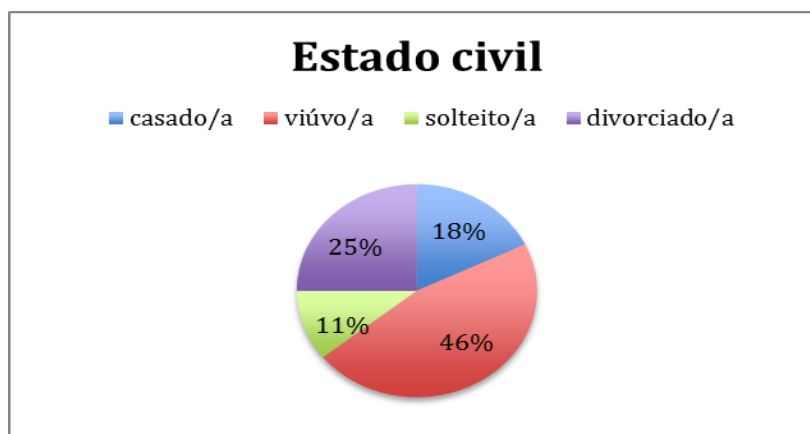
Neste estudo, a amostra é constituída na sua maioria por elementos do género feminino, correspondendo a 64% da amostra e os restantes 36% são homens.

**Tabela 1 - Apresentação da amostra segundo a idade**

Idades	Número	Mínimo	Máximo	Média	Desvio padrão
	28	62	98	81.5	

Como se verifica na tabela 1 os elementos da amostra situam-se entre o valor mínimo de idades de 62 anos e o máximo de 98 anos. A média das idades dos inquiridos é de 81,5 anos.

**Gráfico 2 - Distribuição da amostra em relação ao estado civil**



Após a análise do gráfico podemos concluir que a maioria dos elementos da amostra é viúvo (46 %), seguindo-se com uma percentagem de 25 % os divorciados, depois os casados (18%) e com a menor percentagem seguem-se os solteiros (11%).

**Tabela 2 - Distribuição da amostra em relação à qualidade de vida global**

Questão 1- Como avalia a sua qualidade de vida	Número	Percentagem (%)
<b>Muito má</b>	0	0
<b>Má</b>	1	3,6
<b>Nem boa nem má</b>	8	28,5
<b>Boa</b>	16	57,1
<b>Muito boa</b>	3	10,7
Total	<b>28</b>	<b>100</b>

### A Percepção de Qualidade de Vida do Idoso Institucionalizado. Um estudo de caso na Suíça

Após a análise do gráfico, pode-se concluir que nenhuma pessoa (0%) avalia a sua qualidade de vida como Muito Má, que apenas uma pessoa (3,6%) a classifica como má, 10,7% dos inquiridos avaliam a sua Qualidade de vida como Muito Boa, oito dos idosos inquiridos (28,5%) avaliam-na como Nem Boa nem Má e em maior percentagem 57,1% dos participantes avaliam a sua qualidade de vida como Boa.

**Tabela 3 - Distribuição da amostra relação ao grau de satisfação com a saúde**

Questão 2- Até que ponto esta satisfeito com a sua saúde	Número	Percentagem (%)
<b>Muito insatisfeito</b>	0	0
<b>Insatisfeito</b>	7	25
<b>Nem satisfeito nem insatisfeito</b>	11	39,3
<b>Satisfeito</b>	7	25
<b>Muito satisfeito</b>	3	10.7
<b>Total</b>	<b>28</b>	<b>100</b>

## A Percepção de Qualidade de Vida do Idoso Institucionalizado. Um estudo de caso na Suíça

De acordo com os dados da tabela 3, pode-se constatar que três (10,7%) dos participantes se encontram Muito satisfeitos com a sua saúde, seguindo-se com igual percentagem 25% os idosos Insatisfeitos e Satisfeitos com a sua saúde, em seguida 11 (39,3) dos inquiridos encontram-se Nem satisfeitos nem insatisfeitos com a sua saúde.

**Tabela 4 - Distribuição dos resultados relativos ao domínio físico**

Questões	Média
3-Em que medida as suas dores (físicas) o impedem de fazer o que precisa de fazer?	2,82
4- Em que medida precisa de cuidados médicos para fazer a sua vida diária?	3,36
10- Tem energia suficiente para a sua vida diária?	3,18
15- Como avalia a sua mobilidade (capacidade de se movimentar por si próprio)	3,14
16- Até que ponto está satisfeito com o seu sono?	3,64
17- Até que ponto está satisfeito com a sua capacidade para desempenhar as atividades do seu dia-a-dia?	3,14
18- Até que ponto esta satisfeito com a sua capacidade de trabalho?	3,18

A tabela supra referida, mostra as sete questões que avaliam o domínio físico na escala Whoqol-bref e os resultados médios da avaliação executada pelos 28 idosos em

## **A Percepção de Qualidade de Vida do Idoso Institucionalizado. Um estudo de caso na Suíça**

estudo. De referir que a questão 3 e 4 têm uma interpretação inversa, quanto maior pior a avaliação.

Deste modo, a questão que traduz o item mais baixo e com uma Média de 2,82 é “ Em que medida as suas dores físicas o impedem de fazer o que precisa de fazer”, seguindo-se com a mesma média ( $M=3,14$ ) as questões relativas ao “Como avalia a sua mobilidade? (capacidade de se movimentar por si próprio) ” e “Até que ponto está satisfeito com a sua capacidade para desempenhar as atividades do dia-a-dia?”, seguindo-se das questões “ Tem energia suficiente para a sua vida diária?” e “ Até que ponto esta satisfeito com a sua capacidade de trabalho?” com uma media de 3,18. Seguidamente surge a questão “Em que medida precisa de cuidados médicos para fazer a sua vida diária?”  $M= 3,36$ .

A questão número dezasseis “ Até que ponto este satisfeito com o seu sono?” foi a que obteve melhor media ( $M=3,64$ ).

Tabela 5 - Distribuição dos resultados relativos ao domínio psicológico

Questões	Média
5- Até que ponto gosta da vida?	3,29
6- Em que medida sente que a sua vida tem sentido?	3,18
7- Até que ponto se consegue concentrar?	3,14
11- É capaz de aceitar a sua aparência física?	3,68
19- Até que ponto está satisfeito consigo próprio?	3,61
26- Com que frequência tem sentimentos negativos tais como mau humor, desespero, ansiedade depressão?	2,93

Face aos resultados obtidos, relativamente ao domínio psicológico, pode constatar-se que os itens com piores resultados são “Com que frequência tem sentimentos negativos tais como mau humor, desespero, ansiedade depressão?” (M=2,93) e “Até que ponto se consegue concentrar?”(M=3,14), seguindo-se com uma média de M=3,18 a questão: “Em que medida sente que a sua vida tem sentido?”, seguidamente a questão: “Até que ponto gosta da vida? Com um M=2,29e para finalizar, respetivamente, a questão: “Até que ponto está satisfeito consigo próprio?” M=3,61 e a questão: “É capaz de aceitar a sua aparência física?” com uma média de M=3,68.

**Tabela 6 - Distribuição dos resultados relativos ao domínio das relações sociais**

<b>Questões</b>	<b>Média</b>
<b>20- Até que ponto está satisfeito com as suas relações sociais?</b>	<b>3,57</b>
<b>21- Até que ponto está satisfeito com a sua vida sexual?</b>	<b>1,96</b>
<b>22- Até que ponto está satisfeito com o apoio que recebe dos seus amigos?</b>	<b>3,29</b>

Na tabela supra referida (resultados relativos ao domínio das relações sociais) podemos constatar que a questão 21: “Até que ponto está satisfeito com o apoio que recebe dos seus amigos? Apresenta uma média mais baixa ( $M=1,96$ ), seguindo-se da questão “Até que ponto está satisfeito com o apoio que recebe dos seus amigos? Com uma média de  $M= 3,29$ . E, por fim a questão com melhor resultado é a: “Até que ponto está satisfeito com as suas relações sociais?  $M= 3,57$ .

**Tabela 7 - Distribuição dos resultados relativos ao domínio do meio ambiente**

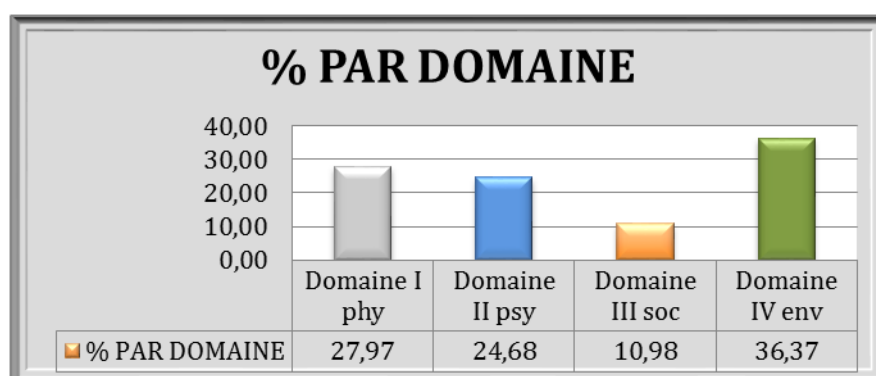
<b>Questões</b>	<b>Média</b>
<b>8- Em que medida sente segurança no seu dia-a-dia?</b>	4,35
<b>9- Em que medida é saudável o seu ambiente físico?</b>	3,89
<b>12- Tem dinheiro suficiente para satisfazer as suas necessidades?</b>	3,29
<b>13- Até que ponto tem fácil acesso às informações necessárias para organizar a sua vida diária?</b>	3,78
<b>14-Em que medida tem oportunidade para realizar atividades de lazer?</b>	3,28
<b>23- Até que ponto está satisfeito com as condições do lugar em que vive?</b>	3,71
<b>24- Até que ponto está satisfeito com o acesso aos serviços de saúde?</b>	3,75
<b>25- Até que ponto está satisfeito com os transportes que utiliza?</b>	3,14

A tabela número 7 mostra-nos os 8 itens que caracterizam o domínio do meio ambiente. O resultado mais baixo está relacionado com o transporte que utiliza com uma média de 3,14 ( $M=3,14$ ), seguindo-se da questão: “Em que medida tem oportunidade para realizar atividades de lazer? Com  $M= 3,28$ , posteriormente, segue-se a questão 12.” Tem

## A Perceção de Qualidade de Vida do Idoso Institucionalizado. Um estudo de caso na Suíça

dinheiro suficiente para satisfazer as suas necessidades?  $M= 3,29$ , depois com uma média de  $3,71$  ( $M=3,71$ ) a questão 23: “Até que ponto está satisfeito com as condições do lugar em que vive? seguindo-se a questão: “Até que ponto está satisfeito com o acesso aos serviços de saúde? Com media de  $3,75$  ( $M= 3,75$ ), posteriormente, e com o valor mais alto segue-se a questão 13: “Até que ponto tem fácil acesso às informações necessárias para organizar a sua vida diária?” com media de  $3,78$ ,

**Gráfico 3 - Distribuição dos resultados relativos à avaliação da qualidade de vida do idoso para os 4 domínios**



Após a análise do gráfico supra referido, pode concluir-se que os resultados para o domínio com melhor qualidade de vida estão relacionados com o domínio do meio ambiente com uma percentagem de  $36,37\%$  estando isto diretamente relacionado com a segurança no dia-a-dia com o facto de estar inserido num meio saudável, com as capacidades monetárias, com o acesso as informações necessárias para a organização do quotidiano, com a oportunidade de realizar atividades de lazer, com a satisfação das condições habitacionais, com a satisfação ao acesso aos serviços de saúde e com a satisfação dos transportes que utiliza, seguindo-se do domínio físico com uma percentagem de  $27,97\%$  ( $P=27,97\%$ ), do domínio psicológico com uma percentagem de  $24,68\%$  ( $P=24,68\%$ ).

O domínio com menor qualidade de vida diz respeito ao domínio das relações sociais com uma percentagem de 10,98%. (P= 10,98%).

**Gráfico 4- Distribuição média da amostra por domínios**

Moyenne par domaine	
Moyenne	
Domaine I phy	3,20
Domaine II psy	3,30
Domaine III soc	2,94
Domaine IV env	3,64

Através da análise do gráfico 4 podemos concluir que o domínio que melhor contribui na qualidade de vida é o domínio do ambiente M=3,64, seguindo-se do domínio psicológico com uma média de 3,30 (M=3,30), com uma média de 3,20 segue-se o domínio físico e por fim, e com pior média aparece o domínio das relações sociais com uma média de 2,94 (M=2,94).

**3.2 Discussão dos resultados**

Posteriormente à exposição dos resultados obtidos através da escala Whoqol-Bref, por meio de questionários, é imprescindível e fundamental que estes resultados sejam analisados (Fortin, 2009).

Na presente discussão teve-se em atenção as questões, os objetivos e o enquadramento teórico abordado ao longo deste estudo.

Deste modo, neste momento é possível descrever o perfil da amostra, é constituída maioritariamente por elementos do género feminino (64%), relativamente ao estado

## **A Percepção de Qualidade de Vida do Idoso Institucionalizado. Um estudo de caso na Suíça**

civil a amostra é na sua maioria viúvo (46%) e com uma média de idades de 81,5 anos.

Estes resultados corroboram o estudo realizado em 2012 por Vitorino et, al., avaliando a qualidade de vida em idosos residentes numa instituição de longa permanência no Brasil, em que a maioria dos inquiridos eram do sexo feminino (50,6).

Neste mesmo estudo, a média de idades foi de 76,6 anos.

Relativamente ao estado civil, no estudo realizado por Silva (2011) avaliando a qualidade de vida de idosos institucionalizados em meio rural, a maioria dos inquiridos eram casados (60%) e os restantes 40% eram viúvos, neste estudo a maioria eram viúvos (46%).

Sprangers et, al., (2000), demonstram que fatores como idade avançada, sexo feminino e não ter companheiro estão relacionados a baixos níveis de qualidade de vida.

A qualidade de vida dos idosos inquiridos residentes na Residence Grande Fontaine na Suíça, verifica-se que a grande maioria dos idosos avalia a sua qualidade de vida como Boa (57,1%).

Relativamente ao grau de satisfação com a saúde 39,3%, onze dos idosos inquiridos não estão nem satisfeitos nem insatisfeitos com a sua saúde.

No presente estudo, no que diz respeito ao domínio físico, este domínio apresenta uma percentagem de 27,97% ( $p=27,97\%$ ) com uma média de domínio de 3,20 o que revela que os inquiridos estão satisfeitos com a sua qualidade de vida.

## **A Percepção de Qualidade de Vida do Idoso Institucionalizado. Um estudo de caso na Suíça**

Este domínio é avaliado por sete questões, em que a questão com a média mais alta foi a questão relativa á satisfação com o sono (M= 3,64).

Segundo Oliveira et, al., (2010) num estudo que investigou o impacto da atividade física na qualidade de vida dos idosos identificando que os exercícios físicos têm sido cruciais na melhoria da qualidade de vida, pois ajudam a manter ou aumentar a energia para a realização das atividades diárias, diminuição das incapacidades motoras, conduzindo assim a uma melhor autonomia.

O domínio psicológico é constituído por seis questões da escala referida neste trabalho, em que a questão com maior média se refere a questão numero onze: “é capaz de aceitar a sua aparência física?” com uma média de 3,68 (M=3,68), este domínio apresenta uma média de entre os quatro domínios de 3.30 e uma percentagem de P= 24,68%. Dos quatro domínios este apresenta a terceira melhor percentagem.

Num estudo realizado no Brasil a idosos institucionalizados, por Lima et, al., (2010) o domínio que mais contribuiu na qualidade de vida ou seja o domínio com melhor média foi o domínio psicológico com uma média de 3,46 (M=3,46%).

O domínio das relações sociais, neste estudo foi o domínio com pior média (M= 2,94) e uma percentagem de 10,98% (P=10,98%), domínio este constituído por três questões:”Até que ponto esta satisfeito com as suas relações sociais?”, “ Até que ponto esta satisfeito com a sua vida sexual ?”e “Até que ponto esta satisfeito com o apoio que recebe dos seus amigos?”. Das três questões a que apresentou pior média de respostas foi a segunda questão com uma média de 1,96 (M=1,96%).

Estes resultados não vão de encontro aos resultados obtidos num estudo realizado por Lima et, al., (2010) em que o domínio que menos contribuiu na qualidade de vida foi o domínio físico, com uma média de 3,02 (M=3,02).

Como afirma Andrade e Vaitsman (2002) as relações sociais são de extrema

## **A Percepção de Qualidade de Vida do Idoso Institucionalizado. Um estudo de caso na Suíça**

importância para o aumento da auto confiança, da capacidade de encarar os problemas do quotidiano e do grau de satisfação com a vida conduzindo assim a um aumento da vontade de viver.

Quarto e ultimo domínio, é o domínio do meio ambiente, este foi o que obteve o melhor resultado: média de 3,64 (M= 3,64) e uma percentagem de 36,37% (P=36,37%), avaliado através de oito itens o resultado mais baixo esta relacionado com o transporte que utiliza, com uma média de 3,14 e o diz respeito à segurança que sente no seu dia-a-dia com uma média de 4,35 (M=4,35)

Estes resultados não vão de encontro ao estudo realizado por Lima et, al., (2010), o domínio ambiental obteve uma média de 3,08 (M=3,08), mas no entanto, este foi um dos domínios que contribuiu na qualidade de vida: “o domínio que mais contribuiu na qualidade de vida foi o psicológico, seguido do social e do ambiental...” (Lima et, al., p. 350, 2010).

#### **IV. Conclusão**

Após uma análise detalhada dos resultados do presente estudo e tendo em conta os objetivos delineados no início do estudo estamos em condições de aglomerar um conjunto de conclusões, que passamos a explorar.

O perfil dos participantes do estudo são na sua maioria do género feminino (64%), com uma média de idades de 81,5 anos, com estado de viuvez na sua maioria (46%).

Numa percentagem de 57,1% os inquiridos avaliaram a sua Qualidade de Vida como Boa.

Relativamente à satisfação com a sua saúde 39,3% dos participantes encontravam-se nem satisfeitos nem insatisfeitos com a mesma.

No que diz respeito à avaliação da Qualidade de vida face aos quatro domínios da escala (Whoqol-Bref) apresentam uma melhor percentagem no domínio do meio ambiente, sendo que, os inquiridos revelam melhores resultados na maneira como avaliam a segurança no seu dia-a-dia, na maneira em que consideram saudável o seu ambiente físico, relativamente às capacidades financeiras para satisfazer as suas necessidades, na maneira como avaliam o fácil acesso às informações para organizar a sua vida diária, na oportunidade para efetuar atividades de lazer, na satisfação relativamente às condições do lugar em que vive, na satisfação ao acesso aos serviços de saúde e no que diz respeito à satisfação com os transportes que utiliza.

O domínio com menor Qualidade de Vida, diz respeito ao nível de satisfação com as suas relações sociais, a satisfação com a sua vida sexual e a satisfação com o apoio que recebe dos amigos.

Em suma, o estudo realizado permitiu-nos conhecer a Qualidade de vida percecionada pelos idosos habitantes na Residence Grande Fontaine na Suíça, assim como conhecer

## **A Perceção de Qualidade de Vida do Idoso Institucionalizado. Um estudo de caso na Suíça**

a Qualidade de Vida destes idosos relativamente ao domínio físico, psicológico, relações sociais e meio ambiente.

Deste modo, existe a possibilidade de equacionar um conjunto de recomendações que se possam traduzir numa melhor perceção da Qualidade de vida para estes idosos.

## V. Referências Bibliográficas

Albuquerque, S. (2005). Tese de mestrado. Universidade de São Paulo.

Andrade, G. R. B. e Vaitsman, J. "Apoio Social e redes: conectando solidariedade e saúde". *Ciências e Saúde Coletiva*, vol. 7, no 4, p. 925-934, 2002.

Assumpção C. (2000) Treinamento ressitido frente ao envelhecimento: uma alternativa viável e eficaz. *Anuário Prod Acad Docente*.

Berger, L. e Poirier, D. (1995). *Pessoas Idosas - uma abordagem global*. Lisboa, Lusodidacta.

*Ciência & Saúde coletiva*, 5 (1), 33-38. Disponível em: [http://www.scielo.org/scielo.php?pid=S141381232000000100004&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.org/scielo.php?pid=S141381232000000100004&script=sci_arttext). [Consultado em 10/05/2015].

Canavarro et al. (2006). *WHOQOL-Bref, Versão para Português de Portugal*. Universidade de Coimbra.

Couvreur, C. (1999). *A Qualidade De Vida. Arte para viver no século XXI*. Loures: Lusociência – Edições Técnicas e Científicas, Lda.

Dalsanter, C., Matos, F. (2009). Percepção da Qualidade de vida em idosos institucionalizados na Cidade de Blumenau (SC), *Dynamis revista tecno-científica*, 15 (2), pp. 32-37.

Dias, D., Carvalho, C., Araújo, C. (2013). Comparação da percepção da qualidade de vida e bem-estar de idosos que vivem sozinhos, com a família e institucionalizados, pp. 127-138.

## A Percepção de Qualidade de Vida do Idoso Institucionalizado. Um estudo de caso na Suíça

Dicionário de Psicologia, Editora Oceano, 1999, p.301.

Ermida, J.G. (1999). Processo de Envelhecimento. In: Costa, M. A et al. O idoso – problemas realidades. Coimbra, Saúde, pp. 45-53.

Fernandes, A. (1996). Velhice e sociedade: Demografia, família e políticas sociais em Portugal. Cetta Editor.

Fernandes, P. (2002). A Depressão no idoso. Coimbra, Quarteto Editora.

Fiedler, P. T. (2008). Avaliação da qualidade de vida do estudante de medicina e da influência exercida pela formação académica. Dissertação de Doutoramento, Universidade de São Paulo. São Paulo: Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo.

Figueiredo, D. (2004). Cuidados familiares: Cuidar e ser cuidado na família. In: Sousa, L., Figueiredo, D. e Cerqueira, M. *Envelhecer em família: os cuidados familiares na velhice*. 1ª Edição. Porto: Âmbar. pp.61-90.

Fleck, M., et alii.,(2000). Aplicação da versão em português do instrumento abreviada de avaliação da qualidade de vida “WHOQOL- bref”, *Revista de Saúde Pública*,34(2), pp. 178-183.

Fleck, M.P.A. (2000). O instrumento de avaliação da Qualidade de Vida da Organização Mundial de Saúde (WHOQOL-100): características e perspetivas.

Fortin, M. F. (1999). *O Processo de Investigação: Da concepção à Realização*. Lisboa, Lusociência.

Fortin, M. F. (2009). *Fundamentos e etapas do processo de investigação*. Lisboa,

**A Percepção de Qualidade de Vida do Idoso Institucionalizado. Um estudo de caso na Suíça**

Lusociência.

Galvão, L.(2010). Significados atribuídos ao envelhecimento: idoso, velho, idoso ativo, *Psico-USF*, v.15( n°3/set-dez), (pp.357-363).

Jacob, L. (2007). *Animação de Idosos: Actividades*. Porto: Âmbar

Jimenez, M. (1997), *A Psicologia da percepção*, Biblioteca básica de ciência e cultura.

Larizzatti, M., F. (2005). *Lazer e recreação para o turismo*. Rio de Janeiro. Sprint.

Leando, C. (2011). Dissertação de mestrado. Universidade de Coimbra.

Lidz, T. (1983). *A pessoa – seu desenvolvimento durante o ciclo vital*. Porto Alegre. Artes médicas.

Lima, D., Lima, M., Ribeiro, C., (2010). Envelhecimento e qualidade de vida de idosos institucionalizados, *Revista Brasileira de Ciências do Enevelhecimento Humano*, v.7 (n ° 3 /Set-dez), (pp. 346-356).

Moniz, J. (2003). *A enfermagem e a pessoa idosa: prática de cuidados como experiência formativa*. Loures, Lusociência.

Netto, P. (1996). *Gerontologia*. São Paulo. Atheneu.

Netto, P. (2002) O estudo da velhice no século XX: histórico, definição do campo e termos básicos. *In: Freitas, E. Py, L.Néri, A. Cançado, F. Gorzoni, M. Rocha, S. (Ed). Tratado de geriatria e gerontologia*. São Paulo: Guanabara Koogan, (pp. 2-12).

## A Percepção de Qualidade de Vida do Idoso Institucionalizado. Um estudo de caso na Suíça

Neri, A. (2001). Envelhecimento e Qualidade de vida na mulher. [Em linha]. Disponível em <http://portaldoenvelhecimento.com/old/artigos/maio2007/2congresso.pdf> [consultado em 04/04/2015].

Oliveira, J. (2005). *Psicologia do envelhecimento e do idoso*. Porto, Legis Editora, p. 89-100.

OMS (2001). Health and aging: a discussion paper. Genebra: Departement of Health Promotion

Oliveira, A. (2010), Correlatos da Qualidade de Vida de Estudantes Universitários. Dissertação de Mestrado, Universidade Fernando Pessoa. Porto: Faculdade Ciências Humanas e Sociais.

Oliveira, E., Gomes, M., Paiva, K. (2011). Institucionalização e qualidade de vida de idosos da região metropolitana de Vitória- ES, pp. 518-523.

Oliveira ACO, Núcia MD, Arantes PMM, Alencar MA. Qualidade de vida em idosos que praticam atividade física: uma revisão sistemática. Rev Bras Geriatria Gerontologia. Agosto 2010;13(2):301-12.

Osório, A. e Pinto, F. C. (2007) As pessoas idosas. Lisboa, Instituto Piaget. Paschoal, S. (2002) Qualidade de vida na velhice. In E. Freitas, L.Py, A. Neri, F. Cançado, M. Gorzoni & S.Rocha (eds), Tratado de Geriatria e Gerontologia (79- 84) Rio de Janeiro: Guanabara Koogan.

Paschoal, S. M. P. da Epidemiologia do Envelhecimento. In: Papaléo Netto, M. da Gerontologia: A Velhice e envelhecimento em visão globalizada. SP: Atheneu, 2002

## A Perceção de Qualidade de Vida do Idoso Institucionalizado. Um estudo de caso na Suíça

Paúl, C. (1997). Lá para o fim da vida. Idosos, família e meio ambiente. Coimbra: Almedina.

Paúl, C. e Fonseca, A. (1999). A saúde e qualidade de vida dos idosos. *Psicologia, educação e cultura*, 3, pp. 345-362.

Paúl, C. e FONSECA, A. (2005). *Envelhecer em Portugal: psicologia, saúde e prestação de cuidados*. 1.ª edição. Lisboa : Climepsi.

Pimentel, L. (2005). *O lugar do idoso na família – Contextos e trajectórias*. 2ª edição. Coimbra: Quarteto.

Serra, A. et al. (2006). Estudos psicométricos do instrumento avaliação da qualidade de vida da organização mundial de saúde. (WHOQOL-Bref.) para Português de Portugal. *Psiquiatria clinica*, 27 (1), pp.41-49.

Shephard, J. (1997). Envelhecimento, actividade física e saúde. Phorte Editora.

Sprangers MA, de Regt EB, Andries F, van Agt HM, Bijl RV, de Boer JB, et al. Which chronic conditions are associated with better or poorer quality of life *J Clin Epidemiol*. 2000;53(9):895-907.

Tomaz, C., *et alli*. (2002). Dar e receber na terceira idade, Viana do Castelo, Ofilito-Litográfica Lda, pp. 26-36.

World health Organization (2001), *Men ageing and health, achieving health across the life span*. [Em linha]. Disponível em [http://search.who.int/search?q=elderly+definition&spell=1&ie=utf8&site=default\\_collection&client=en&proxystylesheet=en&output=xml\\_no\\_dtd&access=p&lr=lang\\_en](http://search.who.int/search?q=elderly+definition&spell=1&ie=utf8&site=default_collection&client=en&proxystylesheet=en&output=xml_no_dtd&access=p&lr=lang_en) [consultado em 04/04/2015].

**A Percepção de Qualidade de Vida do Idoso Institucionalizado. Um estudo de caso na Suíça**

Vitorino, L., Paskulin, L., Vianna, L., (2012). Qualidade de vida de idosos em instituição de longa permanência, *Revista latino Americana de enfermagem*, 20(6), nov-dez, pp.1-9].

**ANEXOS**