

**Universidade de Trás-os-Montes e Alto Douro**

**O Gerontólogo como Gestor em Estruturas Residenciais para  
Idosos: Estudo Comparativo**

Dissertação de Mestrado em Gestão dos Serviços de Saúde

**Ana Rita dos Santos Falcão**

Orientadores

Professor Doutor Vítor Manuel Costa Pereira Rodrigues

Professora Doutora Maria Helena Pimentel



Vila Real, 2015



**Universidade de Trás-os-Montes e Alto Douro**

**O Gerontólogo como Gestor em Estruturas Residenciais para  
Idosos: Estudo Comparativo**

Dissertação de Mestrado em Gestão dos Serviços de Saúde

**Ana Rita dos Santos Falcão**

Orientadores

Professor Doutor Vítor Manuel Costa Pereira Rodrigues

Professora Doutora Maria Helena Pimentel

Composição do Júri:

---

---

---

Vila Real, 2015



Este trabalho foi exclusivamente elaborado como Dissertação original para obtenção do Grau de Mestre em Gestão dos Serviços de Saúde, sendo apresentado na Universidade de Trás-os-Montes e Alto Douro.



Aos meus pais e irmã.



## AGRADECIMENTOS

Este espaço é dedicado a todos os que contribuíram de forma direta ou indireta para a realização desta dissertação. A todos um sincero agradecimento.

Aos meus orientadores, Professor Doutor Vítor Rodrigues e Professora Doutora Helena Pimentel, pelas orientações e apoio prestado.

Aos dirigentes, utentes e colaboradores das estruturas residenciais, que tão amavelmente me abriram as suas portas e permitiram a realização deste trabalho, nomeadamente: Centro Social e Paroquial da Campeã, Santa Casa da Misericórdia de Mondim de Basto, Centro Social e Paroquial de Izeda, Casa Maior Póvoa de Varzim e Casa Maior Sortes, Lar Estrela do Paraíso, Associação de Melhoramentos e Apoio Social de Vila Cortês do Mondego, Residência São Domingos d'Algeraz, Casa de Repouso Jardim dos Avós e Santa Casa da Misericórdia de Guimarães (Lar Rainha D. Leonor, Lar de S. Paio e Centro de Solidariedade Humana Professor Emídio Guerreiro).

Ao Dr. Duarte Lage e ao Patrick Silva, pela ajuda relativamente à recolha dos dados.

À D. Teresa Carvalho, pela preciosa ajuda.

Aos meus pais e irmã, por toda a paciência, amor e dedicação.

Aos meus familiares, pelo carinho e incentivo.

À Ana Carujo e à Flávia Silva, pela ajuda, amizade, incentivo e constante disponibilidade ao longo de todo este percurso.

Aos meus amigos que me acompanharam em todo o meu percurso e me incentivaram a continuar.

Aos meus colegas de curso, em especial à Eliane Silva, pelo companheirismo.



## RESUMO

O envelhecimento demográfico implica novas e melhores respostas. Cada vez é mais importante a qualificação dos profissionais no âmbito do envelhecimento. Neste contexto, as competências profissionais do gerontólogo no âmbito da gestão das estruturas residenciais para idosos, em benefício dos usuários, ainda não se encontram bem definidas.

Assim, os objetivos centrais desta investigação consistem em avaliar a qualidade de vida e o grau de satisfação dos idosos institucionalizados, de acordo com as variáveis individuais, clínicas e tempo de permanência na instituição, e em comparar a qualidade de vida e o grau de satisfação dos idosos residentes em estruturas residenciais que possuam gerontólogos em cargos de chefia e dos idosos residentes em estruturas residenciais que possuam outros profissionais nesses cargos. A consecução destes objetivos permite perceber, do ponto de vista do idoso, qual a importância do papel do gerontólogo como gestor em estruturas residenciais.

O enquadramento teórico direcionou-se no sentido de compreender definições como envelhecimento, gerontologia, qualidade de vida, satisfação e o papel do gerontólogo. A investigação empírica assentou num estudo exploratório, comparativo e transversal, de natureza quantitativa. A análise descritiva e inferencial incidiu sobre as variáveis de um questionário, composto por quatro partes: caracterização sociodemográfica, Índice de Katz, Formulário WHOQOL-Bref para a qualidade de vida e avaliação do grau de satisfação. Foi aplicado a uma amostra de 160 idosos, 85 dos quais residentes em estruturas residenciais geridas por um gerontólogo e 75 residentes em estruturas residenciais geridas por outro profissional.

Os resultados obtidos permitem concluir que os idosos residentes em estruturas residenciais geridas por um gerontólogo possuem melhor qualidade de vida na dimensão do ambiente ( $p < 0,001$ ;  $M = 94,32$ ) e que possuem um maior grau de satisfação em todas as dimensões ( $p < 0,001$ ;  $M$  do grau de satisfação geral =  $89,74$ ), comparativamente aos idosos residentes em estruturas residenciais geridas por outro profissional. Desta forma, conclui-se que o trabalho do gerontólogo como gestor em estruturas residenciais para idosos influencia positivamente a qualidade de vida (principalmente na dimensão ambiente) e o grau de satisfação dos idosos.

**Palavras-chave:** estruturas residenciais para idosos, gerontologia, qualidade de vida e satisfação



## ABSTRACT

The demographic ageing implies new and better answers, making the professional qualification in ageing increasingly important. In this context, the professional skills of the gerontologist on the management of residential structures for seniors, for the benefit of the users, are not yet well defined.

Therefore, one of the aims of this study is to evaluate the quality of life and the satisfaction degree of the institutionalized elderly, according to the individual variables, clinics and the residence time on the institution. The second aim is to compare the quality of life and the satisfaction degree of the elderly residents in residential structures managed by a gerontologist and elderly residents in residential structures managed by another professional. The achievement of those aims allows us to understand, in the elderly point of view, the importance of the role of a gerontologist as a manager in residential structures.

The theoretical framing was directed to understand definitions like ageing, gerontology, quality of life, satisfaction and the role of the gerontologist. The empirical research is based on a transversal, comparative and exploratory study and is nature it's quantitative. The descriptive and inferential analysis focused on the variables of a questionnaire, composed of four parts: sociodemographic characterization, Katz Index, WHOQOL-Bref and the evaluation of the satisfaction degree. It was administered to a sample of 160 elderly, where 85 were residents in residential structures managed by a gerontologist and 75 were residents in residential structures managed by another professional.

The results showed that the elderly residents in residential structures managed by a gerontologist have better quality of life in the ambient dimension ( $p < 0,001$ ;  $M = 94,32$ ) and a higher satisfaction degree in all dimensions ( $p < 0,001$ ;  $M$  general satisfaction degree = 89,74), compared to elderly residents in residential structures managed by another professional. Thereby, the gerontologist's work as a manager in residential structures for seniors influences positively the quality of life (mainly in the ambient dimension) and the satisfaction degree of elderly.

**Keywords:** residential structures for elderly, gerontology, quality of life, satisfaction



## ÍNDICE

|  |      |
|--|------|
| <b>DEDICATÓRIA</b> .....   | v    |
| <b>AGRADECIMENTOS</b> .....  | vii  |
| <b>RESUMO</b> .....  | ix   |
| <b>ABSTRACT</b> .....  | xi   |
| <b>ÍNDICE DE FIGURAS</b> .....   | xv   |
| <b>ÍNDICE DE TABELAS</b> .....   | xvii |
| <b>LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS</b> .....                            | xix  |
| <br>   |      |
| <b>INTRODUÇÃO</b> .....  | 1    |
| <br>   |      |
| <b>CAPÍTULO I – FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA</b> .....                        | 7    |
| <b>1.1. O envelhecimento e a velhice</b> .....                         | 9    |
| 1.1.1. Conceitos .....   | 9    |
| 1.1.2. Envelhecimento demográfico .....                                | 10   |
| 1.1.3. O envelhecimento e a dependência.....                           | 15   |
| <b>1.2. A gerontologia</b> .....                                       | 17   |
| <b>1.3. Estruturas residenciais para idosos</b> .....                  | 18   |
| <b>1.4. Qualidade de vida</b> .....                                    | 21   |
| 1.4.1. Perspetiva histórica.....                                       | 22   |
| 1.4.2. Conceito de qualidade de vida.....                              | 23   |
| 1.4.3. Instrumentos de avaliação de qualidade de vida.....             | 25   |
| <b>1.5. Avaliação do grau de satisfação do cliente</b> .....           | 27   |
| 1.5.1. Conceito de satisfação .....                                    | 28   |
| 1.5.2. Grau de satisfação do cliente .....                             | 29   |
| 1.5.3. Importância da avaliação do grau de satisfação do cliente ..... | 30   |
| <b>1.6. O papel do gerontólogo</b> .....                               | 31   |
| <br>   |      |
| <b>CAPÍTULO II – INVESTIGAÇÃO EMPÍRICA</b> .....                       | 37   |
| <b>2.1. Metodologia</b> .....  | 39   |
| 2.1.1. Tipo de estudo .....  | 39   |
| 2.1.2. Desenho de investigação.....                                    | 40   |
| 2.1.3. Objetivos de investigação .....                                 | 40   |
| 2.1.4. Hipóteses de investigação.....                                  | 41   |
| 2.1.5. Variáveis .....   | 41   |
| 2.1.5.1. Variáveis dependentes .....                                   | 42   |

|   |            |
|---|------------|
| 2.1.5.2. Variáveis independentes .....  | 42         |
| 2.1.5.3. Variáveis atributo .....   | 42         |
| 2.1.6. População em estudo .....  | 43         |
| 2.1.6.1. Critérios de inclusão .....  | 44         |
| 2.1.7. Instrumentos de recolha de dados .....   | 44         |
| 2.1.7.1. Questionário de Caracterização Sociodemográfica .....                              | 44         |
| 2.1.7.2. Índice Katz para as Atividades Básicas de Vida Diária.....                         | 45         |
| 2.1.7.3. Formulário WHOQOL-Bref para a Qualidade de Vida.....                               | 46         |
| 2.1.7.4. Questionário de Avaliação do Grau de Satisfação dos Clientes .....                 | 48         |
| <b>2.2. Procedimentos éticos .....</b>  | <b>55</b>  |
| <b>2.3. Tratamento estatístico dos dados .....</b>  | <b>56</b>  |
| <br>  |            |
| <b>CAPÍTULO III – APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS.....</b>                          | <b>57</b>  |
| <b>3.1. Caracterização sociodemográfica .....</b>   | <b>59</b>  |
| <b>3.2. Dependência nas atividades básicas da vida diária .....</b>                         | <b>66</b>  |
| <b>3.3. Qualidade de vida.....</b>  | <b>68</b>  |
| 3.3.1. Qualidade de vida e existência de gerontólogo .....                                  | 71         |
| 3.3.2. Qualidade de vida e dependência .....  | 72         |
| 3.3.3. Qualidade de vida e tempo de permanência na estrutura residencial .....              | 74         |
| <b>3.4. Avaliação do grau de satisfação .....</b>   | <b>75</b>  |
| 3.4.1. Avaliação do grau de satisfação e existência de gerontólogo.....                     | 79         |
| 3.4.2. Avaliação do grau de satisfação e dependência.....                                   | 80         |
| 3.4.3. Avaliação do grau de satisfação e tempo de permanência na estrutura residencial..... | 82         |
| <br>  |            |
| <b>CAPÍTULO IV – CONCLUSÕES E REFLEXÕES GERAIS .....</b>                                    | <b>85</b>  |
| <br>  |            |
| <b>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS .....</b>   | <b>91</b>  |
| <br>  |            |
| <b>ANEXOS .....</b>   | <b>103</b> |
| <b>Anexo A – Questionário de caracterização sociodemográfica.....</b>                       | <b>105</b> |
| <b>Anexo B – Índice Katz para as ABVDs.....</b>   | <b>111</b> |
| <b>Anexo C – Formulário WHOQOL-Bref para a Qualidade de Vida.....</b>                       | <b>115</b> |
| <b>Anexo D – Questionário de Avaliação do Grau de Satisfação dos Clientes .....</b>         | <b>121</b> |
| <b>Anexo E – Pedido de autorização para realização do estudo.....</b>                       | <b>127</b> |
| <b>Anexo F – Autorizações das estruturas residenciais para realização do estudo.....</b>    | <b>131</b> |

## ÍNDICE DE FIGURAS

|   |    |
|---|----|
| <b>Figura 1.</b> População portuguesa por grupo etário e género, nos anos de 1950, 210, 2050 e 2100.....      | 12 |
| <b>Figura 2.</b> Pirâmide etária, Portugal, 2013 (estimativas), 2035 e 2060 (projeções, cenário central)..... | 14 |
| <b>Figura 3.</b> Pirâmide da população mundial em 2002 e 2025 .....   | 14 |
| <b>Figura 4.</b> Fatores de sustentabilidade e de insustentabilidade do apoio aos idosos.....                 | 19 |
| <b>Figura 5.</b> Âmbito de intervenção da gerontologia.....   | 33 |
| <b>Figura 6.</b> Desenho e estrutura da investigação .....  | 40 |



## ÍNDICE DE TABELAS

|  |    |
|--|----|
| <b>Tabela 1.</b> Amostra do estudo .....   | 43 |
| <b>Tabela 2.</b> Equações utilizadas para calcular a pontuação dos domínios da escala WHOQOL-Bref.....   | 47 |
| <b>Tabela 3.</b> Transformação linear dos vários componentes da escala WHOQOL-Bref para o intervalo 0-100 .....  | 47 |
| <b>Tabela 4.</b> Valores de consistência interna das 4 dimensões associadas à escala WHOQOL-Bref.....  | 48 |
| <b>Tabela 5.</b> Valores de referência KMO.....  | 50 |
| <b>Tabela 6.</b> AFE ao instrumento de medida de avaliação do grau de satisfação dos clientes .....  | 51 |
| <b>Tabela 7.</b> AFE à dimensão fatores tangíveis do instrumento de medida de avaliação do grau de satisfação dos clientes.....                                | 52 |
| <b>Tabela 8.</b> AFE à dimensão fiabilidade do instrumento de medida de avaliação do grau de satisfação dos clientes .....                                     | 53 |
| <b>Tabela 9.</b> AFE à dimensão capacidade de resposta do instrumento de medida de avaliação do grau de satisfação dos clientes.....                           | 53 |
| <b>Tabela 10.</b> AFE à dimensão confiança e segurança do instrumento de medida de avaliação do grau de satisfação dos clientes .....                          | 54 |
| <b>Tabela 11.</b> AFE à dimensão empatia do instrumento de medida de avaliação do grau de satisfação dos clientes.....   | 54 |
| <b>Tabela 12.</b> Transformação linear dos vários componentes da escala de avaliação do grau de satisfação dos clientes para o intervalo 0-100.....            | 55 |
| <b>Tabela 13.</b> Dados sociodemográficos dos idosos em estudo.....  | 60 |
| <b>Tabela 14.</b> Profissões representadas segundo CNP 2010 .....  | 61 |
| <b>Tabela 15.</b> Dados relativos à estrutura residencial e a sua inter-relação com o idoso.....   | 64 |
| <b>Tabela 16.</b> Dados relativos ao estado de saúde dos idosos.....   | 66 |
| <b>Tabela 17.</b> Frequências do Índice de Katz.....   | 67 |
| <b>Tabela 18.</b> Totais do Índice de Katz e classificação de dependência .....  | 68 |
| <b>Tabela 19.</b> Estatística descritiva dos itens do instrumento de medida WHOQOL-Bref.....   | 69 |
| <b>Tabela 20.</b> Estatística descritiva das dimensões do instrumento de medida WHOQOL-Bref.....   | 70 |
| <b>Tabela 21.</b> Teste de <i>Kolmogorov-Smirnov</i> com correlação de Lilliefors dos componentes WHOQOL-Bref .....  | 71 |
| <b>Tabela 22.</b> Relação das dimensões do WHOQOL-Bref com a existência ou não de um gerontólogo na estrutura residencial (teste de <i>Mann-Whitney</i> )..... | 72 |

|  |    |
|--|----|
| <b>Tabela 23.</b> Estatística descritiva das dimensões do instrumento de medida WHOQOL-Bref ao grau de dependência dos idosos.....   | 73 |
| <b>Tabela 24.</b> Relação das dimensões do WHOQOL-Bref com a dependência do idoso.....   | 73 |
| <b>Tabela 25.</b> Estatística descritiva das dimensões do instrumento de medida WHOQOL-Bref relativamente ao tempo de permanência na estrutura residencial.....  | 74 |
| <b>Tabela 26.</b> Relação das dimensões do instrumento de medida WHOQOL-Bref relativamente ao tempo de permanência na estrutura residencial (teste de <i>Kruskal-Wallis</i> ).....                         | 75 |
| <b>Tabela 27.</b> Estatística descritiva dos itens do instrumento de medida de avaliação do grau de satisfação dos clientes.....   | 77 |
| <b>Tabela 28.</b> Valores obtidos nas dimensões do instrumento de medida de avaliação do grau de satisfação dos clientes.....  | 78 |
| <b>Tabela 29.</b> Teste de <i>Kolmogorov-Smirnov</i> com correlação de Lilliefors dos componentes da escala de avaliação do grau de satisfação dos clientes.....   | 78 |
| <b>Tabela 30.</b> Relação das dimensões da escala de avaliação do grau de satisfação dos clientes com a existência ou não de um gerontólogo na estrutura residencial (teste de <i>Mann-Whitney</i> ) ..... | 79 |
| <b>Tabela 31.</b> Estatística descritiva das dimensões do instrumento de medida grau de satisfação dos clientes ao grau de dependência dos idosos .....  | 80 |
| <b>Tabela 32.</b> Relação das dimensões da escala de avaliação do grau de satisfação dos clientes com a dependência do idoso (teste de <i>Kruskal-Wallis</i> ) .....                                       | 81 |
| <b>Tabela 33.</b> Estatística descritiva das dimensões do instrumento de medida avaliação do grau de satisfação dos clientes relativamente ao tempo de permanência na estrutura residencial).....          | 82 |
| <b>Tabela 34.</b> Relação das dimensões do instrumento de medida de avaliação do grau de satisfação dos clientes relativamente ao tempo na estrutura residencial (teste de <i>Kruskal-Wallis</i> ).....    | 83 |

## **LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS**

ABVD - Atividades Básicas de Vida Diária

ADDQOL - Audit Diabetes Dependet Quality of Life

AFE - Análise Fatorial Exploratória

CCE - Comissão das Comunidades Europeias

CID - Grupo de Coordenação do Plano de Auditoria Social

CIF - Classificação Internacional de Funcionalidade

CNP - Classificação Portuguesa das Profissões

DESA - Department of Economic and Social Affairs of the United Nations Secretariat

INE - Instituto Nacional de Estatística

IPSS - Instituição Particular de Solidariedade Social

KMO - Kaiser-Meyer-Olkin

MTSS - Ministério do Trabalho e da Solidariedade Social

OMS - Organização Mundial de Saúde

ONU - Organização das Nações Unidas

WHOQOL - World Health Organization Quality of Life



# **INTRODUÇÃO**



Carneiro (2012) refere que o efeito cumulativo da “...diminuição das taxas de mortalidade e de natalidade ao longo de várias décadas tem vindo a alterar o perfil demográfico da população portuguesa, cujo traço mais marcante é o progressivo envelhecimento da sociedade portuguesa” (p.31). Nas últimas décadas do século passado foi registado um aumento do número de pessoas idosas, transformando a nossa sociedade numa sociedade envelhecida. Esta transformação deveu-se à junção de diversos fatores, tais como a queda da fecundidade, o aumento da esperança média de vida e a forte emigração portuguesa nas décadas de 60 e 70 (Cabral, Ferreira, Silva, Jerónimo & Marques, 2013).

De acordo com o Eurostat (2012), a população idosa vai continuar a aumentar, tanto em números absolutos como em números relativos. Estima-se que em 2015 os idosos atinjam 20% da população e que em 2050 atinjam os 30% (B. Oliveira, 2010), representando 32% do total da população portuguesa (Instituto Nacional de Estatística [INE], 2002). Segundo a Organização Mundial de Saúde [OMS] (2005), em 2025 existirá um total de aproximadamente 1,2 bilhões de pessoas a nível mundial com mais de 60 anos. Assim, envelhecer é “... um processo contínuo e inevitável, com o qual todos nós nos deparamos diariamente” (C. Correia, 2009, p.1) e, por isso, é um processo que interessa a todos, “...em primeiro lugar aos já idosos, mas a todos os que vêm atrás, mesmo as crianças, que amanhã serão também velhos” (B. Oliveira, 2010, p.7). Também Moura (2012) refere que a nossa sociedade “...convive diariamente com a problemática do envelhecimento demográfico, em consequência do aumento dos níveis de esperança de vida e do declínio da natalidade o qual se tornou no fenómeno mais marcante do século XX” (p.27).

Este aumento acarreta o aparecimento de patologias do foro físico e mental, decorrentes do processo de envelhecimento ou não, e que em alguns casos podem ser irreversíveis. Apesar destas consequências, a evolução da ciência tem vindo a criar condições de vida favoráveis a este aumento da esperança média de vida (Grupo de Coordenação do Plano de Auditoria Social [CID], 2005).

Contudo, este aumento nem sempre está relacionado com um nível de autonomia, independência e bem-estar que permita a satisfação das necessidades e expectativas do idoso sem apoio de terceiros.

Neste sentido, o aumento da esperança média de vida deveria pressupor um aumento da expectativa de saúde e do seu acompanhamento. Embora a maioria dos idosos sofra de

pelo menos uma doença crónica, a qualidade de vida é possível desde que haja um controlo contínuo dessas doenças. Promover a autonomia e a independência é, por isso, um dos principais objetivos do cuidado ao idoso (Pavarini, Mendiondo, Barham, Varoto & Filizola, 2005).

Uma vez que o cenário nacional aponta para um crescente número de idosos e que estes podem apresentar doenças crónicas geradoras de dependência, está claro que as necessidades de cuidado vão e devem ser alteradas. Muitas vezes estas necessidades não conseguem ser satisfeitas pelos familiares ou amigos, sendo necessário o apoio de um cuidador com capacidade profissional para o cuidado da pessoa idosa. O acompanhamento pode ser feito no meio familiar, onde o cuidador se desloca à habitação da pessoa, ou em estruturas residenciais próprias para o efeito. A segunda situação despoleta uma mudança brusca e, por vezes, drástica, na vida da pessoa idosa. O facto de sair do seu meio natural, de deixar os seus pertences e familiares, pode afetar psicologicamente a pessoa. Neste sentido, é importante que os responsáveis e colaboradores da estrutura residencial proporcionem ao idoso o maior conforto possível (CID, 2005). É, por isso, indispensável direcionar a organização para as necessidades específicas e individuais da pessoa idosa.

O êxito desta intervenção depende diretamente do responsável da instituição. Cabe a ele a concretização de boas práticas, tendo como principal objetivo a qualidade de vida do cliente.

Desta forma, a gerontologia oferece respostas aos fenómenos demográficos do envelhecimento (F. Pereira, 2008). Ora, se a gerontologia estuda o processo de envelhecimento em todas as suas vertentes, está claro que os profissionais da área da gerontologia – os gerontólogos – estão capacitados para trabalhar e responder às necessidades dos idosos de forma diferenciada.

O facto das representações sociais do idoso terem vindo a sofrer modificações, passando a velhice a ser valorizada, faz da gerontologia um tema atual e objeto de crescente estudo (Freitas, Maruyama, Ferreira & Motta, 2002). Embora a gerontologia seja um tema bastante estudado, o contexto do gerontólogo como profissional de saúde e como gestor em serviços de saúde ainda não se encontra desenvolvido.

Ainda que o envelhecimento seja um tema emergente da sociedade atual, a realidade é que a gerontologia não é reconhecida profissionalmente em Portugal e que o nosso país é um dos menos dotados em estruturas de apoio e de cuidados de saúde para idosos (J. Correia,

2003). Uma vez que o gerontólogo possui conhecimento específico acerca do envelhecimento, torna-se importante a compreensão de como o seu trabalho numa estrutura residencial, em conjunto com outros profissionais, pode influenciar de forma positiva a qualidade de vida dos idosos.

Neste sentido, foram formulados os seguintes objetivos de investigação:

- Avaliar a qualidade de vida e o grau de satisfação dos idosos institucionalizados em estruturas residenciais, de acordo com as variáveis individuais, clínicas e tempo de permanência na instituição.
- Comparar a qualidade de vida e o grau de satisfação dos idosos entre estruturas residenciais que possuam gerontólogos em cargos de chefia e estruturas residenciais que possuam outros profissionais nesses cargos.

Com base nos objetivos, o estudo tem como unidade de análise estruturas residenciais para pessoas idosas que possuam gerontólogos em cargos de chefia e estruturas para pessoas idosas que possuam outros profissionais em cargos de chefia.

A presente dissertação divide-se em cinco partes: a parte I, Fundamentação Teórica, composta por seis subcapítulos, onde se enquadram os conceitos do envelhecimento, da gerontologia, das estruturas residenciais para idosos, da qualidade de vida e da satisfação dos utentes, bem como a importância do gerontólogo; a parte II, Investigação Empírica contempla a metodologia da investigação, os procedimentos éticos e o tratamento estatístico dos dados; a parte III, Análise e Discussão dos Resultados, onde se apresentam e analisam os resultados obtidos da investigação; a parte IV, Conclusões e Reflexões Gerais.



# **CAPÍTULO I**

Fundamentação Teórica



## 1.1. O envelhecimento e a velhice

### 1.1.1. Conceitos

Reportando-nos ao seu étimo, o termo velhice deriva de velho, com a sua génese na expressão latina, *veclus*, *vetulusm*, que significa pessoas com muita idade (Fernández-Ballesteros, 2004).

A velhice é a última etapa da vida (Fernández-Ballesteros, 2000), na qual o organismo sofre transformações contínuas (Berger & Mailloux-Poireier, 1995). Segundo Carvalho (2012), a velhice “...não é um declínio em si mesmo, não é um determinismo: é uma ocasião permanente de crescimento e mudanças” (p.65) e contempla as dimensões biológica, cronológica, psicológica e social. Tendo em conta que a velhice é a etapa final do ciclo de vida, as manifestações inerentes a este processo caracterizam-se pela redução da capacidade funcional, da capacidade de trabalho, entre outras, associadas a perdas de papéis sociais, solidão, perdas psicológicas e motoras (Netto, 2006). Embora muitos autores considerem os 65 anos como o limiar a partir do qual se é idoso, a Organização das Nações Unidas (ONU) e a Organização Mundial de Saúde (OMS) utilizam a idade de 60 anos para marcar esse limite (Ermida, 2010).

Envelhecimento é o processo que ocorre desde o nascimento até à morte (Fernández-Ballesteros, 2000), sendo este um fenómeno “...natural e processual” (Brêtas, 2003, p.298). É, portanto, um processo “...universal, progressivo e inevitável” (Rosa, 2012, p.19), bem como “...complexo, pluridimensional, revestido não apenas por perdas mas também por aquisições individuais e coletivas, fenómenos inseparáveis e simultâneos” (Brêtas, 2003, p.298). Assim, podemos dizer que o envelhecimento é um processo dinâmico, diferencial, heterogéneo e cumulativo, que ocorre ao longo de toda a vida em todos os seres humanos (Ribeirinho, 2012), refletindo-se não só no corpo mas também nas mudanças de papéis sociais e na auto-identidade (Carneiro, 2012).

Também Fontaine (2000) considera que o envelhecimento é um fenómeno que pode ser apreendido a vários níveis:

Antes de mais biológico, porque os estigmas da velhice, de certa forma mais palpáveis, se traduzem com a idade por um aumento das doenças, por modificações do

nosso aspecto, tal como a nossa forma de nos deslocarmos, ou ainda pelas rugas que pouco a pouco sulcam a nossa pele; social, com a mudança de estatuto provocada pela passagem à reforma; finalmente psicológica, com as modificações das nossas actividades intelectuais e das nossas motivações. O conjunto destas transformações constitui o objecto de estudo da gerontologia. (p.11)

O envelhecimento pode ser dividido em primário e secundário. O primário é inerente ao organismo, uma vez que é influenciado por fatores genéticos. Por sua vez, o secundário é causado por incapacidades decorrentes de efeitos adversos do meio ambiente (Carvalho, 2012).

O envelhecimento biopsicológico é diferente do cronológico, na medida em que é vivido por cada indivíduo de forma singular, dependendo da sua vivência, hábitos, estilos de vida, género, condicionantes genéticas e da sociedade (Rosa, 2012).

Segundo Carvalho (2012), a velocidade de declínio das funções fisiológicas é “... exponencial, isto é, a ocorrência de perdas funcionais é acelerada com o aumento da idade ... Há um efeito cumulativo de alterações funcionais ... levando ao desequilíbrio do organismo como um todo” (p.67).

### 1.1.2. Envelhecimento demográfico

Bandeira (2012) define envelhecimento demográfico como a “progressiva diminuição do peso das gerações mais jovens a favor das gerações mais velhas”. Refere ainda que esta mudança coincide com a descida da natalidade, provocando o “alargamento do peso das gerações mais velhas” (pp.5-6).

Para Chaimowicz (2009), a transição demográfica designa o conjunto de “...modificações do tamanho e estrutura estária da população que frequentemente acompanham a evolução socioeconómica de diversos países. Caracteriza-se por uma sequência de eventos que resultam em baixas taxas de mortalidade e fecundidade, crescimento negativo ... e elevada proporção de idosos” (p.16). O autor indica três fases da transição demográfica:

1. Elevada mortalidade e fecundidade;
2. Queda da mortalidade e crescimento populacional;
3. Queda da fecundidade e envelhecimento populacional.

Devido à elevada taxa de mortalidade, a expectativa de vida foi durante muitos anos bastante baixa. A queda da mortalidade iniciou-se logo após a Revolução Industrial, ocorrendo a transição demográfica, devido ao progresso de estratégias de produção de alimentos, à melhoria das condições sanitárias e habitacionais e aos programas de saúde pública (Chaimowicz, 2009).

Em 1980, Portugal apresentava uma das populações menos envelhecida dos atuais países da União Europeia. Hoje é um dos países mais envelhecidos não só da Europa, mas do Mundo (Rosa, 2012). No decorrer da primeira metade do século XX iniciou-se o processo de declínio da taxa de fecundidade na Europa e o aumento da esperança média de vida (Chaimowicz, 2009). Atualmente a esperança média de vida ao nascer é de cerca de 79 anos (INE, 2013). Nesta perspetiva, a esperança média de vida aos 65 anos é de 18 anos, o que significa que as pessoas podem viver em média cerca de mais cinco anos do que há cinco décadas (Rosa, 2012).

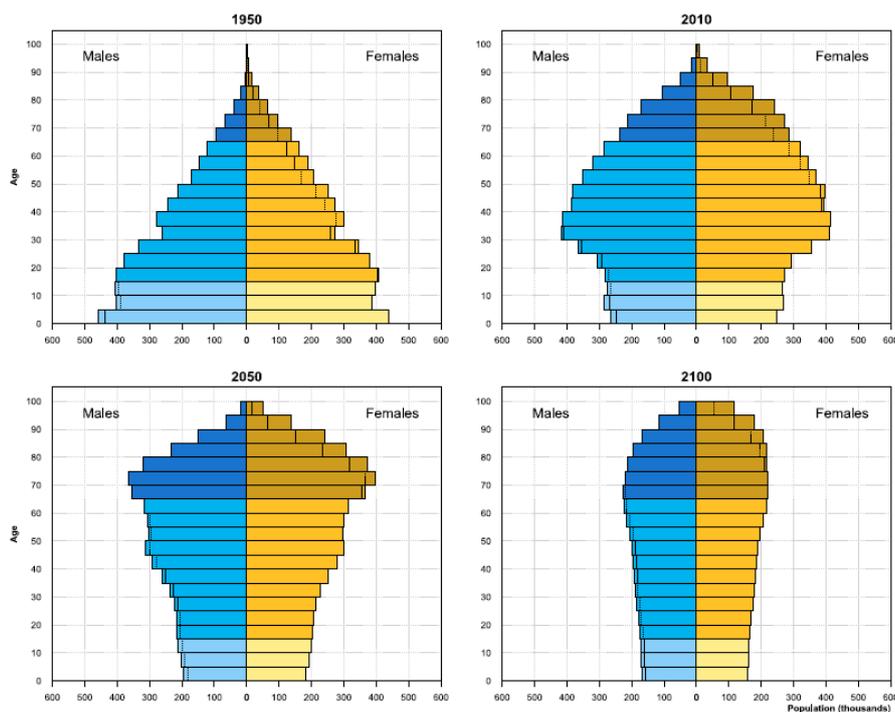
Bandeira (2012) refere outros determinantes do envelhecimento demográfico em Portugal:

- **Emigração e envelhecimento do interior:** o índice de envelhecimento (relação entre a população idosa e a população jovem) da população portuguesa aumentou de forma contínua em todo o território nacional entre 1950 e 1981. O início do envelhecimento demográfico em Portugal coincidiu com a vaga emigratória que teve início nos anos cinquenta. Bandeira (2012) diz que a história da população portuguesa entre 1950 e 1980 demonstra que o “...processo de envelhecimento demográfico não começa necessariamente com a queda da natalidade. Os seus mecanismos podem ser postos em movimento pelo aumento de balanças migratórias fortemente negativas, que alteram o peso das estruturas etárias intermédias, ou seja, dos adultos activos” (p.10). A relação entre a emigração e o envelhecimento demográfico é confirmada pelo facto de que “... o aumento do envelhecimento durante esse período foi mais acentuado em regiões do interior, nas quais a natalidade se mantinha ainda elevada” (p.10). A emigração provocou um défice humano nas gerações ativas e em idade de procriar, desencadeando um declínio na taxa de natalidade.
- **Revolução Contracetiva:** a revolução contracetiva iniciou-se por volta da década de 1960, contudo os seus resultados começaram a evidenciar-se a partir da segunda metade dos anos 70. Em 1982 o número de filhos por mulher passou a 2,1 e em 1986 diminuiu

para 1,6. Até ao ano de 2003 o indicador conjuntural de fecundidade manteve-se relativamente estável, descendo nesse ano para 1,4. Em 2007 desceu para 1,3, mantendo-se estável desde então. Um dos fatores preponderantes para a evolução é a “... redução do ciclo fecundo das mulheres, o qual tende a iniciar-se cada vez mais tarde, o que deve ser relacionado com o aumento da idade média ao primeiro casamento e a descida da intensidade da nupcialidade” (Bandeira, 2012, p.15).

- **Recuo da Mortalidade e Envelhecimento:** a redução da taxa de mortalidade e o aumento da esperança média de vida são fatores que influenciam, inquestionavelmente, a configuração das pirâmides demográficas (Bandeira, 2012).

Embora a realidade do envelhecimento demográfico seja notória a nível mundial, é particularmente manifestada na Europa, nomeadamente, em Portugal (Rosa, 2012), como se pode ver através da Figura 1.



**Figura 1.** População portuguesa por grupo etário e género, nos anos de 1950, 210, 2050 e 2100 (DESA, 2013, p.604)

Em 2013, a Europa tinha a população mais velha a nível mundial, com uma idade média de 41 anos. Preve-se que esse valor atinja os 46 anos em 2050 e os 47 em 2100 (Department of Economic and Social Affairs [DESA], 2013).

Segundo os dados publicados pelas Nações Unidas em 2013, em 1990 a idade média da população no mundo era de 24 anos e na Europa de 34,6 anos, passando no ano 2000 para 26,3 e 37,6 anos, respetivamente. Em 2010 a idade média da população a nível mundial era de 28,5 anos e na Europa de 40,3 anos e estima-se que em 2050 chegue aos 36,1 e 45,8 anos, respetivamente (DESA, 2013). Em Portugal, a idade média da população aumentou cerca de 3 anos entre os dois últimos censos (2001 e 2011), fixando-se em 41,8 anos. Em 2013 a idade média era de 43,1 anos (INE, 2014b).

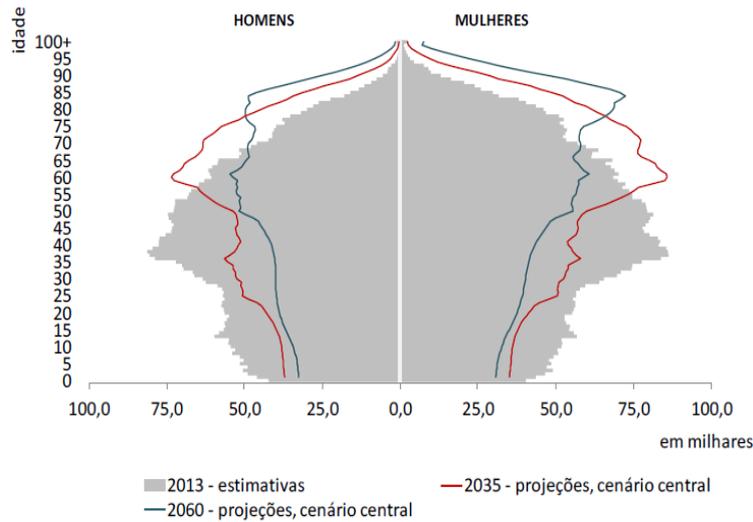
Relativamente à percentagem de população com 65 ou mais anos em Portugal, no ano de 2010 era de 18% e a esperança média de vida à nascença era de 78,7 anos. Em 1990 a esperança média de vida situava-se nos 34,3 anos, passando para 41 anos em 2010. Estima-se que em 2050 chegue aos 52,5 anos (DESA, 2013).

Nos países desenvolvidos o número de idosos já ultrapassou o número de crianças (pessoas com menos de 15 anos de idade). A nível global, o número de pessoas com 60 ou mais anos deverá mais do que triplicar até 2100, passando de 841 milhões em 2013 para 2 bilhões em 2050 e perto de 3 bilhões em 2100 (DESA, 2013). De acordo com as projeções demográficas do Eurostat publicadas em 2006, até 2050 o número de pessoas com 65 ou mais anos aumentará 70% na União Europeia e o grupo etário de 80 ou mais anos aumentará 170% (Comissão das Comunidades Europeias [CCE], 2007).

Segundo os dados do INE (2014b), em Portugal a proporção de jovens recuou para 15% e a proporção de pessoas com 65 ou mais anos cresceu para 19% entre os censos 2001 e 2011. A base da pirâmide, correspondente à população mais jovem, diminuiu e o topo, correspondente à população mais idosa, alargou.

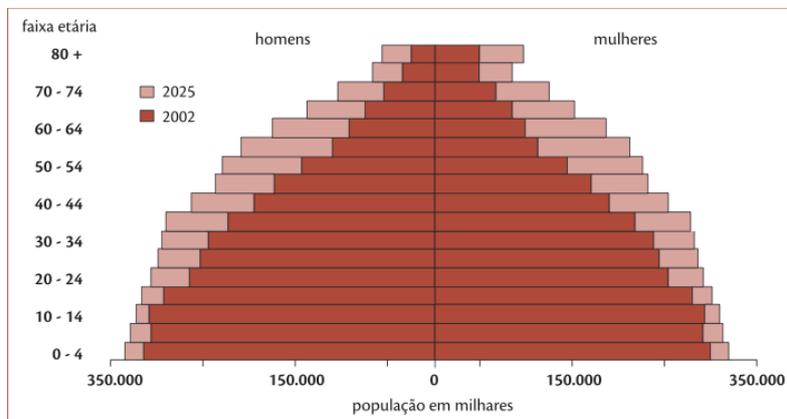
Em 2011, o índice de envelhecimento da população portuguesa era de 128 (por cada 100 jovens existiam 128 idosos) e em 2013 existiam 136 idosos por cada 100 jovens.

A população com 65 ou mais anos aumentará até 2060, atingindo 3,344 milhões no cenário alto (36%), 3,043 milhões no cenário central (35%) e 2,729 milhões no cenário baixo (43%) (INE, 2014b) (Figura 2).



**Figura 2.** Pirâmide etária, Portugal, 2013 (estimativas), 2035 e 2060 (projeções, cenário central)  
(INE, 2014b, p.10)

Globalmente, a expectativa de vida ao nascer deverá aumentar de 69 anos entre 2005-2010 a 76 anos entre 2045-2050 e para 82 anos entre 2095-2100. Nas regiões mais desenvolvidas o aumento previsto é de 77 anos entre 2005-2010 para 83 anos entre 2045-2050 e para 89 anos entre 2095-2100 (DESA, 2013). Esperam-se alterações da estrutura etária da população, resultando num contínuo envelhecimento demográfico, de acordo com os seguintes dados: entre 2012 e 2060 o índice de envelhecimento aumenta de 131 para 307; a população com 65 ou mais anos residente em Portugal aumentará de 2033 para 3,043 milhões, no mesmo período. Em 2060 a população idosa poderá atingir 3,344 milhões (INE, 2014a). Em Portugal o índice de fertilidade entre 2005 e 2010 foi de 1,36. As pequenas diferenças na trajetória de fertilidade que irão ocorrer durante as próximas décadas terão grandes consequências na estrutura, tamanho e distribuição da população a longo prazo (DESA, 2013) (Figura 3).



**Figura 3.** Pirâmide da população mundial em 2002 e 2025  
(OMS, 2005, p.5)

### 1.1.3. Envelhecimento e dependência

Segundo o Decreto-Lei nº 101/2006, de 6 de junho, dependência define-se como:

a situação em que se encontra a pessoa que, por falta ou perda de autonomia física, psíquica ou intelectual, resultante ou agravada por doença crónica, demência orgânica, sequelas pós-traumáticas, deficiência, doença severa e ou incurável em fase avançada, ausência ou escassez de apoio familiar ou de outra natureza, não consegue, por si só, realizar as actividades de vida diária. (art. 3º, alínea h)

Funcionalidade é definida como a “capacidade que uma pessoa possui, em cada momento, para realizar tarefas de subsistência, para se relacionar com o meio envolvente e para participar socialmente” (art. 3º, alínea i). Também Lemos e Medeiros (2006) definem dependência como a “... incapacidade de a pessoa funcionar satisfatoriamente sem a ajuda de um semelhante ou de equipamentos que lhe permitam adaptação” (p.1228).

Não existe apenas um único grau de dependência. Este varia consoante a necessidade da pessoa em ter apoio de outrem para os vários tipos de actividades de vida diária. Embora as situações de dependência não sejam exclusivas do grupo das pessoas idosas, a maior prevalência observa-se precisamente na população idosa. Nas faixas etárias mais jovens, a dependência está maioritariamente associada a situações de deficiência congénita ou adquirida. No caso dos idosos, para além da dependência resultante das situações anteriormente descritas, é uma consequência do processo natural de senescência (Ministério do Trabalho e da Solidariedade Social [MTSS], 2009). O Decreto-Lei nº 265/99, de 14 de julho, que define e regula a proteção social das situações de dependência, estabelece dois graus de dependência: 1º grau – “indivíduos que não possam praticar com autonomia os actos indispensáveis à satisfação das necessidades básicas da vida quotidiana, designadamente os actos relativos à alimentação ou locomoção ou cuidados de higiene pessoal”; 2º grau – “indivíduos que acumulem as situações de dependência que caracterizam o 1º grau e se encontrem acamados ou apresentem quadros de demência grave” (art. 4º).

De acordo com a Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde, o termo “capacidade” define-se como “...o nível máximo possível de funcionalidade que uma pessoa pode atingir, num dado momento, em algum dos domínios incluídos em Actividades e Participação” (OMS, 2004, p.188).

A avaliação da capacidade funcional permite revelar o perfil de actividades de vida diária que a pessoa idosa consegue desenvolver e que deverão ser mantidas durante o processo de institucionalização. Esta avaliação é importante para a gerontologia no sentido de

ser um indicativo de qualidade de vida do idoso e um dos principais indicadores na avaliação da saúde (Araújo & Ceolim, 2007; Lourenço, 2011).

À medida que o ser humano envelhece, muitas tarefas do quotidiano vão-se tornando, por vezes de forma impercetível, cada vez mais difíceis de serem realizadas (Araújo & Ceolim, 2007). As doenças crónicas tendem a manifestar-se de maneira mais expressiva e a ocorrerem de forma simultânea na velhice, estando diretamente relacionadas com a incapacidade funcional e resultando num comprometimento da qualidade de vida das pessoas idosas (Duarte, Andrade & Lebrão, 2007; E. Oliveira, Gomes & Paiva, 2011).

Em 1963, Sidney Katz propôs um instrumento de avaliação funcional composto por seis itens, de forma a avaliar as atividades básicas de vida diária (ABVD): continência, tomar banho, vestir-se, transferência, alimentar-se e utilizar a casa de banho (Katz, Ford, Moskowitz, Jackson & Jaffe, 1963).

Através da aplicação deste instrumento, vários autores concluíram que a atividade onde se observa maior dependência é tomar banho, ao passo que a atividade onde se observa maior independência é a alimentação (Aires, Paz & Perosa 2006; Fontes, 2007; Smanioto & Haddad, 2011; Neves, 2012). Também outros autores indicam que o fator idade tem relação direta com o nível de dependência (Evangelista, Oliveira, Cruz, Carvalho & Alvarenga, 2013). Araújo e Ceolim (2007) concluíram que a institucionalização ainda está, na maioria das vezes, associada à dependência física e cognitiva.

A estrutura residencial para idosos representa a resposta com maior incidência de dependentes ou grande dependentes – cerca de 50%. O motivo de entrada nas estruturas residenciais está diretamente relacionado com a incapacidade do idoso em gerir as suas ABVD, aliado à impossibilidade dos familiares e amigos em garantir o apoio necessário. Os utentes dependentes das estruturas residenciais necessitam diariamente de apoio em ABVD, tais como: alimentação, higiene pessoal, mobilidade, utilização de instalações sanitárias, mudança de roupa e toma de medicação (MTSS, 2009). Deste modo, o nível de dependência para realizar as ABVD influencia a qualidade de vida do idoso (Ferreira, 2009).

Num estudo efetuado por Santos e Cunha (2013) relativamente à capacidade funcional dos idosos, a prevalência foi mais elevada na incapacidade para o controlo dos esfíncteres, seguida pelos atos de vestir e tomar banho. Os autores concluíram que a funcionalidade na velhice e a capacidade de realização de ABVD são diretamente influenciadas pelo processo de envelhecimento fisiológico, devido a várias características, tais como: género, idade, classe

social, vencimento, escolaridade, condições de saúde, estado cognitivo, meio ambiente, história de vida e personalidade.

Barros (2011) indica que a qualidade dos cuidados prestados na instituição permite impedir o declínio funcional dos idosos. Refere ainda que a satisfação com os relacionamentos (com outros residentes e com amigos) do idoso influencia a sua capacidade funcional. Esta conclusão poderá estar associada ao facto de, devido ao prazer com as novas amizades, o idoso conseguir aderir mais facilmente a novas experiências e atividades, contribuindo para atenuar o seu isolamento e a sua dependência.

De acordo com Lemos e Medeiros (2006) e Almeida e Rodrigues (2008), a autonomia e a independência estão intimamente ligadas à qualidade de vida. Uma das formas de verificar a qualidade de vida é através do grau de autonomia e de independência com que os idosos desempenham as suas funções ABVD.

Iwarsson e Isacson (1997) referem que a dependência está mais fortemente associada à dimensão física do bem-estar do que à dimensão social. Para estes autores, a acessibilidade e a incapacidade de realizar atividades afeta a avaliação da qualidade de vida dos idosos.

Neste sentido, o grau de dependência influencia positiva ou negativamente a qualidade de vida do idoso.

## **1.2. A gerontologia**

Como foi visto anteriormente, o estudo acerca do envelhecimento e da pessoa idosa é, nos dias de hoje, indispensável. Apesar deste estudo ser feito desde os tempos pré-históricos só em 1903 foi proposto, por Élie Metchnikoff, o reconhecimento de uma nova ciência que visaria o estudo científico da velhice – a gerontologia (Ermida, 2010), “... enquanto plano de estudo médico voltado para o prolongamento da vida” (Moura, 2006 p.35).

Do grego “*gero*”, que significa envelhecimento, e “*logia*”, que significa estudo, a gerontologia define-se como o estudo do processo de envelhecimento de acordo com os aspetos físico, psicológico, comportamental e social (Berger & Mailloux-Poireier, 1995). Tem como objeto de estudo todas as modificações morfológicas, fisiológicas, psicológicas e sociais resultantes da ação do tempo no organismo, independentemente de qualquer fenómeno patológico (Fontaine, 2000), bem como das “...várias experiências da velhice e

envelhecimento, ocorrendo em diferentes contextos socioculturais e históricos” (Tahan, 2009, p.16).

Neste sentido, a gerontologia define-se como:

... a ciência que estuda o processo de envelhecimento em suas mais diversas dimensões ...é multidisciplinar pois reúne conceitos teóricos provenientes de diferentes disciplinas ... é interdisciplinar em função da complexidade do fenômeno da velhice que exige não apenas a união de conhecimentos existentes em diversas disciplinas, mas também a construção de um novo corpo de conhecimento científico que orienta a sua prática ... é uma disciplina transversal, porque ela não pode ser explicada sob a ótica de um ramo específico da ciência. (Pavarini et al., 2005, p.400)

B. Oliveira (2010) define gerontologia como a “...ciência geral sobre os idosos, que se ramifica em ciências biológicas ..., ciências psicológicas ... e ciências sociais ...” e estuda “... o processo do envelhecimento do ponto de vista físico, psíquico e social, em ordem a um maior bem-estar dos idosos...” (pp.11-12). Também Vara (2012) assume a gerontologia como uma ciência que estuda as várias vertentes do envelhecimento e que atua perante a pessoa idosa de uma forma integral. Está interligada com outras disciplinas, envolvendo programas, produtos e serviços direcionados à população idosa (Worthington, 2008).

Assim, o estudo da gerontologia está voltado para a qualidade de vida do idoso, ressaltando “...a independência, estilo de vida, além de abranger demais áreas como a Psicologia, a Sociologia, a Antropologia, entre outras” (Camacho, 2002, p.230). Para além do seu tema central, que é o estudo do envelhecimento humano, a gerontologia possui metodologias de investigação próprias, como por exemplo os estudo dos marcadores biológicos da idade e de metodologias qualitativas fenomenológicas (Lowenstein, 2004, citado por F. Pereira, 2008).

Ribeirinho (2012) refere que se a gerontologia é uma ciência “... que estuda e intervém nos processos de envelhecimento e na velhice, e sendo por natureza multidisciplinar, tem uma agenda plena de desafios na sociedade atual” (p.51). De acordo com D. Gonçalves e Martín (2010) a via profissional é aquela que permite maior autonomização à gerontologia.

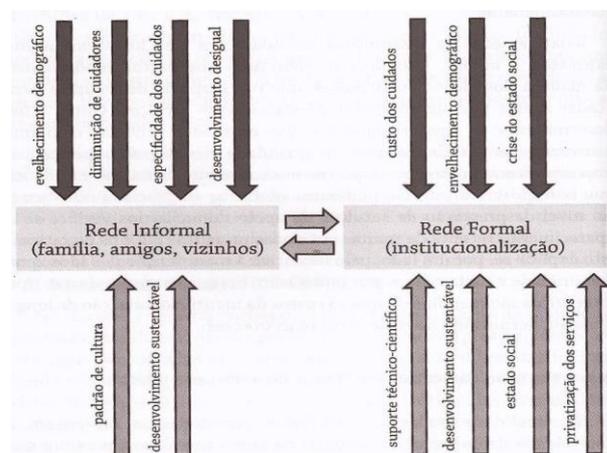
### **1.3. Estruturas residenciais para idosos**

A palavra “cuidado” deriva de *cura*, que era utilizada num contexto de relações de amor e de amizade. Neste sentido, o ato de cuidar pode ser entendido como uma atitude

permanente de preocupação, responsabilidade, envolvimento e ternura para com o outro (Lemos & Medeiros, 2006).

“Se considerarmos que cuidar é, por essência, permitir a alguém com dificuldade física e/ou psicoafetiva enfrentar a vida quotidiana, os cuidados são o motor da intervenção gerontológica” (Ribeirinho, 2012, p.55). Nunes, Menezes e Alchieri (2010) consideram que, com o avançar dos anos, as pessoas idosas estão mais vulneráveis ao aparecimento de patologias crónico-degenerativas, refletindo-se posteriormente em dependência funcional. A dependência funcional acarreta também a dependência familiar, emocional e económica, provocando nos familiares alterações profundas a que, muitas vezes, não conseguem dar resposta. Quando a institucionalização do idoso é inevitável, a função da instituição é, para além de proporcionar alojamento, assegurar a prestação de cuidados adequados à satisfação das suas necessidades, tendo sempre como finalidade a manutenção da autonomia e bem-estar (Barros, 2011).

Antigamente, o apoio aos idosos era garantido maioritariamente através dos cuidados informais; contudo, revelou-se uma crescente incapacidade de resposta por parte destes cuidados relativamente às necessidades dos idosos. Embora a família ainda possua um papel essencial no que respeita ao suporte dos idosos, muitas das responsabilidades que lhes competiam são cada vez mais asseguradas por instituições públicas e/ou privadas (fig. 4). São fatores como a incapacidade, a falta de autonomia, a doença, a falta de recursos económicos, familiares e sociais que fazem surgir a necessidade de institucionalização e, por consequência, a criação de estruturas de apoio e de acolhimento a idosos (F. Pereira & Pimentel, 2012; Matias, 2010).



**Figura 4.** Fatores de sustentabilidade e de insustentabilidade do apoio aos idosos

(F. Pereira, 2012b, p.122,)

Os primeiros equipamentos de assistência social eram de âmbito local, ligadas às ordens militares e religiosas, aos municípios, às confrarias de mestres e a particulares. No final do século XV os tipos de estabelecimentos assistenciais existentes eram: albergarias, mercearias, hospitais e gafarias ou leprosarias (Jacob, 2012). A partir do século XVII a solidariedade começa a assumir-se como um dever social do estado e da sociedade civil. Foi em 1976, na Constituição da República Portuguesa (art. nº63), que surgiu pela primeira vez o termo Instituição Particular de Solidariedade Social – IPSS (Jacob, 2012).

Nos últimos anos tem-se vindo a desenvolver uma rede de serviços e de equipamentos sociais de maneira a dar resposta às necessidades da população idosa. Esta rede de serviços e de equipamentos assenta em duas vertentes: quantitativa, tendo em atenção o envelhecimento da população, e qualitativa, garantindo uma melhor qualidade de vida (Carneiro, 2012).

As estruturas residenciais para idosos, comumente designadas de “lar de idosos” têm a sua origem nos asilos, surgindo de forma a dar resposta às necessidades sentidas pelos idosos em situação de maior risco ou perda de independência/autonomia. Esta é a resposta social mais antiga, sendo que a maioria pertencia à Igreja (Jacob, 2012). É uma resposta social, desenvolvida em “... equipamento, destinada a alojamento colectivo, de utilização temporária ou permanente, para pessoas idosas ou outras em situação de maior risco de perda de independência e/ou de autonomia” (Direção-Geral da Segurança Social, da Família e da Criança [DGSSFC], 2006, p. B 1.7) e tem como objetivos

acolher pessoas idosas cuja situação social, familiar, económica e/ou de saúde não lhes permite permanecer no seu meio habitual; assegurar a prestação de cuidados de forma a satisfazer as necessidades, tendo em vista a manutenção da autonomia e independência; proporcionar alojamento temporário, como forma de apoio à família; criar condições que permitam preservar e incentivar a relação inter-familiar; encaminhar e encaminhar as pessoas para soluções adequadas à sua situação. (DGSSFC, 2006, p. B 1.7)

De acordo com a Portaria nº 67/2012, de 21 de março, que define as condições de organização, funcionamento e instalação a que devem obedecer as estruturas residenciais para pessoas idosas, considera-se estrutura residencial para pessoas idosas “o estabelecimento para alojamento coletivo, de utilização temporária ou permanente, em que sejam desenvolvidas atividades de apoio social e prestados cuidados de enfermagem” (artº 1, nº 2). Esta rege-se pelos seguintes princípios: “qualidade, eficiência, humanização e respeito pela individualidade; interdisciplinaridade; avaliação integral das necessidades do residente; promoção e manutenção da funcionalidade e da autonomia; participação e

corresponsabilização do residente ou representante legal ou familiares, na elaboração do plano individual de cuidados” (art. 4º).

A estrutura residencial para pessoas idosas representou 25% da distribuição percentual das respostas sociais novas em Portugal no ano de 2012, sendo a segunda resposta social com maior pontuação. No período compreendido entre 2000-2012 as respostas sociais dirigidas à população idosa registaram um desenvolvimento expressivo (42%), refletindo-se em mais 2100 novas respostas desde 2000. O serviço de apoio domiciliário foi a resposta com maior desenvolvimento (62%), seguindo-se a estrutura residencial para pessoas idosas (44%) e o centro de dia (31%). Em 2012, a estrutura residencial para pessoas idosas revelou-se como a resposta com maior taxa de utilização (93,4%), revelando os elevados níveis de procura da mesma (MTSS, 2012).

De acordo com Croucher, Hicks e Jackson (2006), as razões mais citadas pela literatura para a entrada dos idosos numa estrutura residencial são: a necessidade de ajuda em alguns aspetos da saúde e das atividades de vida diária, a necessidade de mudança para um ambiente mais favorável e a necessidade de mais serviços. Também Darton (2011) deduz que os principais motivos são: problemas físicos e mentais, problemas de mobilidade, dificuldades em realizar as tarefas domésticas e isolamento social.

A institucionalização e o seu conseqüente desenraizamento social, podem desencadear mais rapidamente um processo de deterioração física e mental dos idosos (Matias, 2010). Apesar deste facto, Boyle (2004) diz-nos que as pessoas residentes em estruturas residenciais para idosos têm um maior controlo sobre a sua vida do que as pessoas que estão inseridas no meio domiciliário, devido ao facto de possuírem um maior apoio por parte de terceiros.

Neste sentido, é importante que os colaboradores, nomeadamente a Direção Técnica da estrutura residencial, proporcionem um ambiente respeitador das necessidades e expectativas dos idosos. Só desta forma é possível a integração do idoso no meio institucional, garantindo a sua qualidade de vida e grau de satisfação para com a instituição.

#### **1.4. Qualidade de vida**

As necessidades básicas dos idosos resultam essencialmente da perda progressiva da capacidade física, das alterações dos processos sensoriais, cognitivos e afetivos, da transformação da autoimagem e do papel social, da perda de autonomia e da diminuição de

contactos sociais (Imaginário, 2004). Neste sentido, Cardoso (2000) constatou que os principais problemas dos idosos, por ordem de prioridade, são: saúde, económicos, solidão, abandono pela família, marginalização social e ausência de serviços de cariz social. Estes resultados permitem concluir que os idosos têm necessidades diversas. Deste modo, o ideal será que não sejam cumpridas exclusivamente as necessidades básicas de vida, como a saúde, a alimentação e a higiene, de maneira a alcançar a qualidade de vida (R. Gonçalves, 2010).

A qualidade de vida é um conceito subjetivo e de difícil operacionalização. É vista de maneira diferente pelos indivíduos, variando de pessoa para pessoa. Apresenta-se como o conceito mais reconhecido e mais vezes utilizado para a análise do bem-estar e desenvolvimento de uma sociedade (Berger-Schmitt & Noll, 2000) e inclui diversas áreas da vida.

Na perspetiva de Carneiro (2012), os modelos de qualidade de vida abrangem a satisfação com a vida, o bem-estar social, conceitos de independência, controlo, competências sociais e cognitivas, sentido de segurança, dignidade pessoal, a oportunidade de atingir objetivos pessoais e a alegria. Todos estes contextos, interligados a variáveis de característica social (p.e. religião, educação, família e cultura), influenciam o processo de envelhecimento.

#### 1.4.1. Perspetiva histórica

O termo “qualidade” foi utilizado pela primeira vez em 1920 por Pigou, num livro sobre economia e bem-estar material. Contudo, não foi valorizado e acabou por cair no esquecimento (Wood-Dauphinee, 1999).

Até metade do século XX, a medição da qualidade de vida era feita através de indicadores económicos, associando o bem-estar da população ao crescimento económico (Canavarro, 2010) e nos anos 50 os estudos centraram-se no bem-estar psicológico (Aznar & Andreu, 2005). Apenas na segunda metade da década de 60 aparece um planeamento científico interdisciplinar, definindo-se como um construto de condições materiais de vida, experiência individual e a dimensão psicossocial (Aznar & Andreu, 2005). No entanto, foi uma publicação denominada “30 anos de investigação sobre o bem-estar subjetivo dos idosos norte-americanos”, em 1978, (Larson, 1978, citado por Garrido, 2009), que reunia informações desde a década dos anos 50, que provocou a expansão significativa do termo

qualidade de vida, bem como o aumento do uso dos conceitos de bem-estar, saúde e felicidade (Garrido, 2009).

Os primeiros estudos relativos à melhoria das condições de vida das pessoas idosas direcionaram-se para as suas habilidades, memória e aprendizagem. Posteriormente, começaram a ser examinados os níveis de atividade e de satisfação com a vida. Atualmente, os estudos da qualidade de vida têm como objetivos conhecer e trabalhar os indicadores que influenciam o bem-estar dos indivíduos (Alonso, Sánchez & Martínez, 2009).

#### 1.4.2. Conceito de qualidade de vida

Do ponto de vista etimológico, podemos definir qualidade de vida como a posição que o ser humano assume perante a variedade das relações durante a sua vida (Souza, Aranha & Pinto, 2006). Segundo Paschoal (2000), este conceito tem variado de época para época, de país para país, de cultura para cultura, de classe social para classe social e de indivíduo para indivíduo.

Carneiro (2012) argumenta que a qualidade de vida tem a ver com o grupo de idade. No que se refere à população com mais de 75 anos, relaciona-se quantidade de patologias e as suas consequências a nível funcional; no grupo etário 65-74, equipara-se mais com a evolução do estatuto social, nomeadamente com a entrada na reforma.

Em 1994, a OMS define qualidade de vida como:

a percepção que o indivíduo tem de sua posição na vida dentro do contexto de sua cultura e do sistema de valores de onde vive, e em relação a seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações. É um conceito muito amplo que incorpora de uma maneira complexa a saúde física de uma pessoa, seu estado psicológico, seu nível de dependência, suas relações sociais, suas crenças e sua relação com características proeminentes no ambiente. (OMS, 2005, p.14)

A partir da sua definição, a OMS propõe uma divisão em seis “domínios” e 24 “áreas” a estudar, de forma a identificar a qualidade de vida. São elas (Carneiro, 2012, pp.78-79):

1. Campo físico (dor e desconforto; energia e fadiga; dormir e repouso);
2. Âmbito psicológico (sentimentos positivos; pensar; aprendizagem; memória e concentração; estima; imagem corporal e aparência; sentimentos negativos);
3. Níveis de independência (mobilidade; atividades da vida diária, dependência de remédios ou de ajuda médica; capacidade para trabalhar);

4. Relações sociais (relações pessoais; apoio social; atividade sexual);
5. Envolvência (segurança física; ambiente do local de residência; recursos financeiros; serviços de cuidados de saúde e sociais, sua disponibilidade e qualidade; oportunidades para adquirir novas competências e informações; participação e oportunidades para participar em atividades recreativas; meio ambiente; transportes);
6. Espiritualidade, religião e crenças pessoais.

O grupo de especialistas de qualidade de vida da OMS elaborou um instrumento genérico de avaliação da qualidade de vida - WHOQOL. Estes afirmaram que, embora não haja uma definição consensual do conceito, há concordância entre os pesquisadores acerca de algumas características do conceito (WHOQOL GROUP, 1995). Souza e colaboradores (2006) definem três características:

- Subjetividade: Condições externas, como o trabalho e a família;
- Multidimensionalidade: Dimensões física, psicológica e social;
- Bipolaridade: Dimensões positivas, como a autonomia, e dimensões negativas, como a dependência.

Para Pontes (2012), este termo é muito complexo, subjetivo e abrangente, sendo utilizado em diversas vertentes. Tem a ver com a forma como cada indivíduo se relaciona com o mundo e varia em função da época, das crenças e da pessoa. De um modo geral, é “...a forma como as pessoas vivem, sentem e compreendem o seu quotidiano. Integra aspetos como a saúde, a educação, o transporte, a residência, as pessoas, o trabalho e a participação nas decisões (p.289)”.

Na perspectiva de F. Pereira (2012b), a qualidade de vida é um conceito multidimensional que inclui:

a tomada em consideração do percurso de vida do idoso (uma identidade biográfica) que estruturou as fases anteriores da vida e estruturará as seguintes; a observação das particularidades culturais as quais não podem ser ignoradas ou menosprezadas no projeto de vida do idoso; o respeito pelos hábitos e costumes quotidianos dos idosos, que embora passíveis de readaptação, devem ser respeitados na sua essência; um projeto de vida que assegure conforto, segurança e dignidade plena, articulado e adequado às transformações próprias do envelhecimento. (p.149)

Reflete influências macro-sociais e sociodemográficas nas pessoas, bem como características e preocupações individuais (Gabriel & Bowling, 2004). Estudiosos indicam que a qualidade de vida só pode ser avaliada pelo sujeito e não por um observador –

usualmente um profissional da área da saúde (Pontes, 2012). Neste sentido, é multidimensional, sendo que a sua avaliação deve ser feita segundo as diferentes dimensões. Na perspetiva dos cuidados de saúde, é importante reorganizar os serviços prestados nas instituições, tendo em conta o trabalho multidisciplinar de forma a prestar melhores serviços (Ribeirinho, 2012) bem como ao facto dos cuidados de saúde contribuírem diretamente para um envelhecimento bem sucedido e, conseqüentemente, para a qualidade de vida (Inelmen et al., 2007).

Os cuidados prestados durante a institucionalização do idoso determinam em grande parte a sua qualidade de vida (F. Pereira, 2012b). Além do acolhimento na instituição, a qualidade de vida dos idosos institucionalizados depende do convívio de pessoas significativas (amigos ou familiares), de forma a evitar o isolamento (Carvalho & Dias, 2011). Nesta perspetiva, pode-se esperar que a junção de fatores como um meio ambiente adaptado, o aumento das oportunidades para a interação social, a assistência e o apoio, sejam percussores de uma sensação de bem-estar e melhoria do estado de saúde da pessoa, assim como de um aumento da qualidade de vida (Croucher et al., 2006).

Num estudo feito por Darton (2011), chegou-se à conclusão que a maior parte dos residentes obteve maior controlo pela sua vida após a entrada na estrutura residencial, refletindo-se na sua qualidade de vida bem como na sua saúde e socialização. Este autor concluiu ainda que a proporção de idosos que considerava a sua qualidade de vida como muito boa, antes de entrar para a estrutura residencial, era de 26%, subindo para 48% depois de entrar para a estrutura residencial.

Croucher e colaboradores (2006) referem que este conceito está diretamente relacionado com a qualidade do ambiente. Nas instalações onde os colaboradores e os utentes tinham um bom relacionamento, assim como os utentes entre si, foram encontrados elevados níveis de qualidade de vida.

#### 1.4.3. Instrumentos de avaliação de qualidade de vida

Visto que este conceito é de difícil definição, também a sua medição se revela uma tarefa complexa (Alonso et al., 2009).

O uso de medidas de saúde focadas no bem-estar da pessoa idosa constitui um importante contributo para a prática clínica mas também para a implementação de medidas de

saúde para a população. Nesta perspetiva, a validade é imprescindível no momento de seleção de um instrumento de avaliação (Urzúa & Navarrete, 2013).

Existem dois tipos de instrumentos de avaliação da qualidade de vida: os genéricos e os específicos.

Os sujeitos são entrevistados de forma a identificar os aspetos da sua vida diária que são afetados pela patologia ou intervenção. Os fatores são integrados numa escala de tempo e reunidos em alterações físicas mensuráveis. Por último, as escalas e medidas são testadas de forma a serem replicadas e validadas (Pontes, 2012).

Os instrumentos de avaliação genéricos podem ser aplicados a vários tipos de patologias, tratamentos ou intervenções médicas e em diferentes culturas. Avaliam as perturbações ao nível da saúde percebidos pela pessoa. Alguns exemplos são (Pontes, 2012):

- **SHORT-FORM 36:** Foi criado na década de 80 por Anita Stewart, Ron Hays e John Ware. É utilizado por culturas diferentes e serve para avaliar a população em geral, práticas e investigações na área da saúde e políticas de saúde. Avalia os domínios físico, psicológico, das relações sociais e o independente.
- **WHOQOL-100:** Foi criado na segunda metade dos anos 90, por um grupo de investigação associado à OMS, que pretendia criar um conceito de qualidade de vida e avaliá-la perante uma perspetiva transcultural. É composto por 100 perguntas e avalia seis domínios: físico, psicológico, de relações sociais, de independência, do ambiente e o espiritual.
- **WHOQOL-Bref:** Devido à extensão do WHOQOL-100, foi criado como uma alternativa, contendo apenas 26 questões: duas de carácter geral e 24 de domínios específicos.

Os instrumentos de avaliação específicos avaliam uma patologia distinta e quantificam os ganhos em saúde depois de determinado tratamento. São exemplos:

- **The Quality of Life – Core 30:** Foi criado pela organização europeia de investigação dos tratamentos para o cancro e é um questionário transcultural da qualidade de vida. Avalia sintomas específicos relativos ao cancro. Não é qualificado para ser utilizado em crianças nem em idosos com patologias múltiplas. Avalia o domínio físico, psicológico, de independência, de relações sociais e do ambiente. É composto por 30 questões e a sua utilização é complementada com o The Quality of Life – BR23, que

avalia os sintomas específicos do cancro, imagem corporal, a sexualidade e as preocupações com o futuro.

- ADDQOL: É específico para as pessoas diabéticas e tem como objetivo avaliar o impacto da diabetes na qualidade de vida do doente. Possui a vertente transcultural e pode ser articulado com o WHOQOL-Bref.
- WHOQOL-OLD: Foi criado em 2004 especificamente para a população idosa. Visa avaliar a participação social, intimidades, medos, autonomia, aptidões sensoriais e as atividades de vida diária. Só pode ser aplicado associado ao WHOQOL-Bref.

De acordo com E. Oliveira e colaboradores (2011), o instrumento WHOQOL-Bref proporciona informações essenciais à avaliação integral do indivíduo relativamente a aspetos físicos, psicológicos, relações sociais e meio ambiente, facilitando a identificação de fatores determinantes da qualidade de vida. Estes autores concluíram que o domínio meio ambiente, que engloba as facetas relativas a recursos financeiros, recreação e lazer, transporte, ambiente físico, oportunidade de adquirir novas informações, cuidados de saúde, ambiente no lar e segurança física, é relevante na perceção da qualidade de vida do idoso. Já R. Gonçalves (2010) concluiu que é no domínio das relações sociais que os idosos apresentam melhor qualidade de vida. Relativamente aos restantes domínios, verificou que os resultados são semelhantes. Concluiu ainda que é no domínio físico que se reflete uma pior qualidade de vida.

## **1.5. Avaliação do grau de satisfação do cliente**

O grau de satisfação é visto como um dos principais pontos de partida para o sucesso das organizações. O estudo da avaliação da satisfação do cliente teve origem na cultura norte-americana, no final dos anos sessenta, sendo o índice da satisfação do cliente do Ministério da Agricultura dos Estados Unidos da América um dos primeiros estudos a fornecer informações sobre os níveis de satisfação dos indivíduos (Pfaff, 1972; Sousa, 2011).

A finalidade da avaliação da satisfação é a prestação de um serviço de qualidade e a sua melhoria contínua. Desta forma, as organizações podem ver o caminho percorrido até ao momento e quais os aspetos a melhorar de maneira a percorrer o caminho da melhoria contínua (Batista, 2010).

### 1.5.1. Conceito de satisfação

A satisfação é um conceito abstrato resultante de uma interação/experiência vivida de forma emocional e pode ser definido como o grau de atendimento das expectativas dos clientes em relação a um produto/serviço. Fazem parte da avaliação da satisfação: a percepção da qualidade, a gestão emocional dos clientes, as causas percebidas para o sucesso ou fracasso dos serviços e as suas percepções e ganhos (Guedes, 2012).

Ao ser institucionalizado, o idoso é confrontado com uma realidade nova e que implica mudança. É necessário que a pessoa passe por um processo de adaptação de forma a beneficiar de uma velhice bem sucedida. Contudo, autores como Carvalho e Dias (2011) referem que a capacidade de adaptação vai diminuindo com a idade, aumentando assim as probabilidades de desajustamentos.

Para Carvalho e Dias (2011) a institucionalização dos idosos envolve quatro fatores: valores, responsabilidades, crenças e necessidades. Por vezes torna-se numa problemática social e familiar, uma vez que surgem muitas vezes “... tensões familiares, sentimentos de culpa partilhados pela família e, não raras vezes, abandono, isolamento e dificuldades de adaptação ao meio institucional” (p.165). Embora a institucionalização seja uma situação inevitável para muitos idosos, é certo que acarreta um largo conjunto de alterações na sua vida (Matias, 2010). Neste sentido, a avaliação do grau de satisfação do idoso relativamente à instituição é importante de forma a que a sua institucionalização seja bem sucedida.

Segundo M. Pereira, Araújo-Soares e McIntyre (2001), existem várias definições de satisfação do cliente, sendo o mais comum caracterizado pelo resultado das diferenças entre as expectativas do cliente em relação aos cuidados e a sua percepção dos cuidados realmente recebidos. Também Costa (2007) indica que o grau de satisfação resulta da “... comparação entre aquilo que o cliente espera do serviço (expectativas) e a ideia com que fica após a entrega do mesmo (percepção)” (p.17).

Em Portugal, a opinião do cliente relativamente aos serviços prestados numa instituição de saúde é reconhecida através da Lei de Bases da Saúde (Base XXX da Lei nº 48/90, de 24 de agosto). Sendo a satisfação do cliente considerada um ponto essencial na avaliação do funcionamento dos serviços das instituições de saúde, compreende-se que a mesma seja essencial na avaliação do funcionamento dos serviços das estruturas residenciais para pessoas idosas. Assim, de acordo com Santos (2009), a avaliação da satisfação dos

clientes na área da saúde importa benefícios para os profissionais, gestores e para a instituição, uma vez que permite identificar quais as áreas dos serviços que carecem de melhorias e otimizar gastos. A avaliação permite a procura de opções de melhoria da qualidade dos serviços, assim como avaliar a eficácia da instituição do ponto de vista do cliente (Fortuna, Amado, Mota, Lima & Pinto, 2001).

De acordo com Santos (2009), as dimensões da satisfação englobam aspetos dos serviços, tais como: acesso, qualidade, estrutura física e organizacional, aspetos relacionais, entre outros.

### 1.5.2. Grau de satisfação do cliente

As organizações podem utilizar diversas formas para medir o grau de satisfação dos clientes. Uma das formas mais utilizadas é a aplicação de um questionário. É importante que o questionário seja curto e de fácil compreensão, através de perguntas diretas relativas às dimensões organizacionais. Outra forma de avaliação é através das suas queixas e sugestões (Batista, 2010).

Os métodos quantitativos são os mais utilizados, uma vez que permitem uma amostra mais representativa da população e são considerados de mais fácil manuseamento, podendo ser administrados anonimamente e dispensando a presença de um entrevistador (Santos, 2009). Aspinal, Addington-Hall, Hughes e Higginson (2003) referem que a metodologia quantitativa inclui a aplicação de questionários com questões fechadas e associa as questões a uma escala de valores, de forma a mensurar as respostas e a qualificar a satisfação. A maior parte das escalas utilizadas baseiam-se numa escala de concordância - modelo de Likert (Santos, 2009).

Espiridão e Trad (2005) indicam que os métodos qualitativos possibilitam que o cliente expresse a sua opinião de forma mais livre. Contudo, este tipo de métodos poderá inibir o cliente, uma vez que requerem a presença do entrevistador (Santos, 2009).

Um estudo efetuado por Barros (2011) evidencia a satisfação dos clientes com a instituição, nomeadamente com os domínios de relações de amizade, intimidade, familiares e atividades sociais. Os participantes demonstraram uma maior satisfação com as amizades, em relação à perceção que possuem da existência de intimidade. Esta conclusão sugere que, de uma maneira geral, a relação que têm com os outros idosos é harmoniosa, contudo apresenta

uma proximidade diminuta. Isto acontece porque a vida institucional aumenta as oportunidades de interação, embora não facilite a qualidade das relações íntimas.

### 1.5.3. Importância da avaliação do grau de satisfação do cliente

As instituições valorizam cada vez mais a avaliação do grau de satisfação dos clientes, de forma a garantir a qualidade dos serviços prestados.

Vavra (1996), citado por Sousa (2011), define dois papéis principais da medição da satisfação: a recolha de informação e a comunicação com o cliente. A primeira permite o conhecimento das necessidades específicas dos clientes, que devem ser satisfeitas. A segunda permite compreender de que forma a organização corresponde às necessidades específicas do cliente.

Existem vários motivos para a medição da satisfação (Batista, 2010):

- **Perceções do cliente:** Cada pessoa é única e possui diferentes perceções. Deste modo, é importante que a organização identifique as perceções individuais de cada cliente;
- **Expectativas do cliente:** É importante a aquisição de conhecimento acerca das necessidades, exigências e desejos do cliente;
- **Motivo de determinada escolha do cliente:** É fundamental perceber quais as necessidades que o cliente pretende suprir e quais serão as suas necessidades no futuro;
- **Distância entre o cliente e a organização:** Existem diferenças entre o serviço que a organização pensa ter prestado e o que o cliente pensa ter recebido; entre o que a organização pensa que o cliente quer e o que o cliente realmente quer. Neste sentido, é fundamental encurtar as distâncias entre os dois intervenientes;
- **Aprendizagem:** Este é um fator muito importante para as organizações. É a organização compreender qual o seu desempenho naquele momento e para onde se deve dirigir no futuro.

A qualidade de determinado bem ou serviço pode ser medida através do grau de satisfação do cliente. Assim, o objetivo de qualquer organização dever ser a produção/fornecimento de um bem/serviço, aliada ao grau de satisfação do cliente. Desta forma, torna-se importante a medição do grau de satisfação, bem como compreender o que

está a ser feito de maneira a garantir a qualidade dos serviços e qual será o próximo passo no sentido de aumentar a qualidade do serviço (Batista, 2010).

Em suma, a medição do grau de satisfação permite à organização saber qual o desempenho alcançado e pretendido. Desta forma, poderá atuar no sentido da melhoria da qualidade dos serviços prestados, aumentando a satisfação do cliente e de todos aqueles que trabalham nesse sentido (Batista, 2010).

Num estudo feito por Darton (2011) a idosos residentes em estruturas residenciais, verificou-se que os clientes, de forma global, estão satisfeitos com a estrutura residencial e muito satisfeitos com a ajuda que recebem dos colaboradores. Também Bamford e Bruce (2000) chegaram à conclusão que a confiança depositada nos colaboradores é muito importante para os clientes. Para os idosos que recebem cuidados o controlo tem menos a ver com a gestão por si mesmo e mais a ver com o controlo sobre a delegação dos seus cuidados e responsabilidades (Bamford & Bruce, 2000), confiando na organização e nos colaboradores.

De acordo com Croucher e colaboradores (2006), o grau de satisfação está relacionado com a qualidade do meio ambiente. As instalações onde os colaboradores e os idosos tinham um bom relacionamento, assim como os idosos entre si, foram encontrados baixos níveis de conflitos e elevados níveis de satisfação.

## **1.6. O papel do gerontólogo**

“O segmento populacional constituído pelas pessoas idosas, ao ser extraordinariamente heterogéneo, requer formas de gestão política e institucional orientadas por profissionais com uma formação interdisciplinar, com conhecimentos científicos específicos, com habilidades de reflexão-na-ação e de investigação” (Ribeirinho, 2012, p.51). Uma vez que a intervenção gerontológica possui grande exigência ao nível dos conhecimentos, da ética, dos direitos, das metodologias e técnicas de intervenção, assim como aptidões técnicas a nível psicológico, espiritual, antropológico, sociológico, biomédico e ético, é essencial ser efetuada por profissionais com uma formação integrada e, principalmente, diferenciada (Ribeirinho, 2012).

O gerontólogo é o profissional que tem como formação base (de licenciatura) a gerontologia. É um profissional recente, que surge em Portugal apenas na última década e que, segundo F. Pereira, Mata e Pimentel (2012), se destina a trabalhar

...exclusivamente com idosos e suas famílias em situação de institucionalização ou inseridos na comunidade. A sua formação tem ainda a particularidade de os preparar para intervir em idosos em situação de debilidade ou dependência, assim como, e preferencialmente, em idosos gozando de plena saúde e de uma vida ativa. (p.181)

Vara (2012) refere que este profissional é “... inédito no mercado internacional, sendo Portugal pioneiro na formação destes profissionais” (p.65). A sinergia destes profissionais, aliada ao crescente número de adultos mais velhos, cria perspectivas promissoras na área do envelhecimento (Worthington, 2008). F. Pereira e Caria (2014) indicam que o trabalho “...profissional do gerontólogo é construído na interação cuidador/pessoa cuidada; É complexo quanto à natureza do conhecimento, competências e princípios que mobiliza” (p.88).

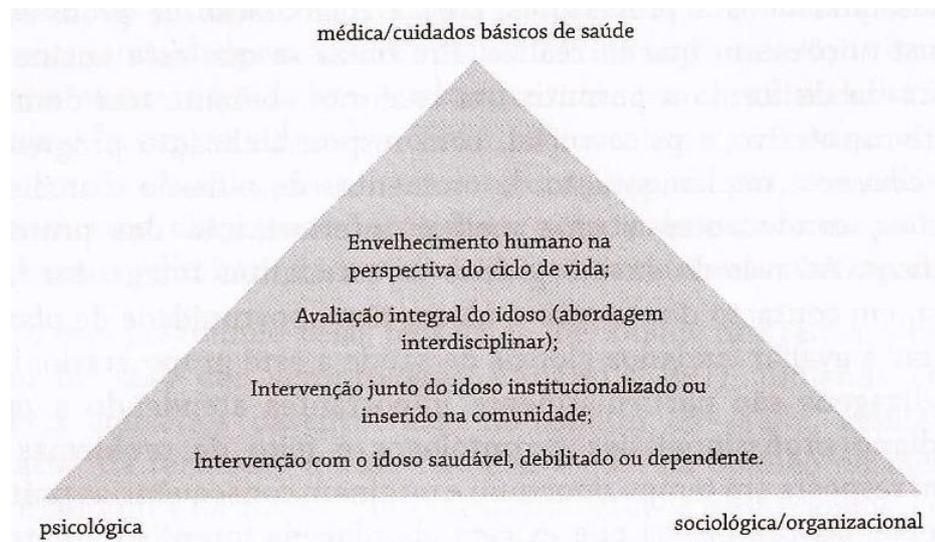
Assumindo que as pessoas são o capital mais importante de qualquer instituição, o sucesso ou insucesso dessas instituições depende, essencialmente, dos profissionais que a constituem (Costa, 2007). Hoje em dia existe um grande desafio: prestar cuidados valorizando as dimensões biopsicossociais, culturais e espirituais da pessoa, as suas necessidades e expectativas. Este desafio prende-se com o facto da crescente tendência de burocratização e tecnificação das práticas nas instituições, correndo-se o risco de diminuir a intervenção social a um formalismo burocrático (Ribeirinho, 2012). Neste sentido, os gerontólogos devem desenvolver competências relacionais, conseguindo assim desenvolver ações no âmbito gerontológico de forma diferenciada, ajudando a pessoa idosa, nomeadamente em:

    aumentar a autoestima e o sentimento de segurança ..., ajudá-la a desenvolver atitudes positivas face às suas (in)capacidades, diminuir a sua ansiedade, estimulá-la a viver experiências positivas gratificantes, ajudá-la a fomentar as suas capacidades de comunicação e de relação, enquanto processo de crescimento/desenvolvimento pessoal e de busca de sentido para a sua vida. (Ribeirinho, 2012, pp.56-57)

O gerontólogo não se deve limitar a fazer a junção do conhecimento de várias profissões, mas formar um “... novo profissional capaz de compreender o processo de envelhecimento e atender esta população pautado nos conhecimentos das ciências biológicas, humanas e exatas” (Pavarini et al., 2005, p.401).

Apesar da pessoa idosa sofrer perdas inevitáveis, o envelhecimento admite também características positivas, como “... a sabedoria, a maturidade emocional, a capacidade de usar estratégias pró-activas capazes de dar maior significado à vida” (B. Oliveira, 2010, p.9), características que o gerontólogo pode aproveitar de forma a desenvolver o seu trabalho em prol da qualidade de vida dos idosos.

Segundo F. Pereira (2008), a formação em gerontologia assenta em três pilares básicos: componente médica/cuidados de saúde; componente psicológica; componente social/organizacional (Figura 5). Assim, um gerontólogo “...saberá menos de medicina e de cuidados de saúde do que um médico ou enfermeiro; e menos de psicologia do que um psicólogo; e também menos de sociologia e serviço social do que um sociólogo ou um assistente social”, contudo está mais habilitado para “... elaborar e desenvolver actividades relacionadas com os idosos e o envelhecimento, numa perspectiva holista do ciclo de vida” (p.4).



**Figura 5.** Âmbito de intervenção da gerontologia  
(F. Pereira & Pimentel, 2012, p.34)

De acordo com Costa (2007), o gerontólogo é o profissional:

...responsável pela avaliação, intervenção e estudo científico do fenómeno do envelhecimento humano e prevenção dos problemas pessoais e sociais a ele associado. Tem como principal função agir no sentido da promoção de um envelhecimento bem sucedido, diminuindo a probabilidade de doença e de incapacidade, mantendo os sujeitos com elevada capacidade cognitiva e funcional e fomentado o envolvimento activo com a vida e o equilíbrio psico-afectivo. (p.78)

Este conhecimento detalhado que o gerontólogo comporta, em junção com a sua capacidade avaliativa, interventiva e de monitorizar o estado de saúde da pessoa idosa, conduz a que “...seja um profissional inovador neste tipo de serviços. As suas competências de melhor reconhecimento da problemática da Gerontologia, ...a capacidade de lidar com esta faixa etária possibilitam a dinamização em total profundidade e benefício dos diferentes tipos de serviços” (Martín & Alvarelhão, 2010, p.73). O que diferencia um gerontólogo de outro profissional é a comunicação interpessoal com o idoso e com os seus familiares; o respeito

pela opinião e pelas escolhas do idoso, preservando a sua autonomia e independência; a envolvimento do idoso na intervenção técnica, de forma a maximizar as potencialidades do idoso e a preservar a sua autoestima e autonomia; a boa percepção do tempo-espaço durante o trabalho e a capacidade de execução de várias tarefas em simultâneo; o desenvolvimento e atividades de animação respeitando os interesses do idoso (F. Pereira & Caria, 2014).

Ribeirinho (2012) assume que os profissionais da área da gerontologia devem desenvolver:

A capacidade de antecipar, de planificar, de executar e avaliar com rigor; a prevenção de situações conducentes à aceleração ou degradação dos processos de envelhecimento, a proteção contra a violência às pessoas idosas ... e a avaliação especializada para identificar os sinais precoces de problemas potenciais; reforço da autoestima das pessoas idosas, da promoção das sociabilidades, de laços sociais significativos, estimulando a pessoa idosa a estabelecer novas formas de relação com o meio, respeitando a sua experiência de vida e permitindo a expressão dos seus potenciais, no incentivo ao estabelecimento de um projeto de vida; desenvolver uma intervenção que vá para além de uma abordagem centrada nos problemas e nas patologias o que implica alicerçar a intervenção numa visão sistémica, holística, integrada e integral das pessoas idosas, dos seus contextos e das suas trajetórias de vida. (p.61)

Neste sentido, o gerontólogo deve ter em conta a alteração de atitudes, comportamentos e modelos de atuação, através da inovação e do humanismo. Devido à sua formação interdisciplinar, o gerontólogo está capacitado para integrar e liderar equipas multidisciplinares (F. Pereira & Pimentel, 2012), assumindo-se como uma peça essencial e intervindo ao nível da avaliação multidimensional, no respetivo planeamento junto da equipa multidisciplinar e na execução dos cuidados (Vara, 2012). Desenvolve ainda as suas competências de “...gestão da organização, de recursos humanos, de liderança, da promoção da sensibilização para a individualidade do idoso, de formação e coordenação das equipas” (Vara, 2012, p.70).

Desta forma, o gerontólogo que possua funções de gestão em estruturas residenciais para idosos assume como modelo de trabalho as seguintes vertentes: administração e gestão da estrutura (planeamento estratégico, gestão económico-financeira e de recursos humanos, marketing e publicidade, controlo da gestão da qualidade, bem como o controlo dos restantes serviços); consultoria gerontológica (através da avaliação das necessidades, de forma a planear intervenções solucionadoras dessas necessidades); intervenção em negligência e maus-tratos; gestão de casos (coordenação dos cuidados médicos prestados ao idoso, promoção da autorresponsabilização do idoso pelos seus cuidados, promoção da

independência e autonomia através de planos de estimulação física e cognitiva, promoção de relações de interdependência com familiares e amigos e de um envolvimento ativo na comunidade); gestão de equipamentos; intervenção direta em situações de dependência ou diminuição de autonomia (através da melhoria das condições funcionais e psicossociais); formação aos idosos, cuidadores formais e informais (Martín & Alvarelhão, 2010).

F. Pereira e colaboradores (2012) realizaram um estudo em instituições de apoio a idosos, com base em entrevistas elaboradas por questões abertas e com o objetivo de conhecer a perspectiva das instituições acerca da relevância social da profissão do gerontólogo, assim como as suas competências. Os dados obtidos foram os seguintes:

- Os motivos de contratação dos gerontólogos pelas entidades empregadoras baseiam-se na apreciação positiva das suas competências, sendo elas de índole diversa, o que indica a diversidade da formação académica destes profissionais;
- Deteta patologias e outras situações de fragilidade dos idosos que não são devidas à idade e que estavam identificadas como tal. Este tipo de identificação é essencial para a adequação dos cuidados a prestar aos idosos;
- Possui capacidade para produzir pareceres técnicos sobre equipamentos necessários, melhorando a organização do serviço;
- Desenvolve um papel muito importante ao nível da formação e coordenação do pessoal e da equipa técnica, melhorando o desempenho profissional dos mesmos;
- A nível da comunicação com os idosos, possui elevadas competências, salvaguardando sempre a sua dignidade pessoal, revelando uma sensibilidade no trato com os idosos que outros técnicos não possuem. Esta competência comunicacional alarga-se também aos familiares dos idosos. F. Pereira e colaboradores (2012) definem este aspeto como “...fundamental para a institucionalização bem sucedida e é apontado como um dos desideratos mais difíceis de alcançar” (p.182). No campo da animação social revelam um especial cuidado no evitamento de práticas de infantilização dos idosos;
- Possui uma polivalência de conhecimentos e áreas de intervenção, sendo o único profissional da área a possuir na formação de base conhecimentos da área da saúde e das ciências sociais. Esta competência confere ao profissional níveis de autonomia e de capacidade de integração em equipas multidisciplinares.

As entidades empregadoras referem também a importância dos gerontólogos integrarem as equipas dos centros de saúde, câmaras municipais e serviços sociais. Em suma, os gerontólogos contribuem para a otimização de recursos e para a adequação das boas práticas de cuidados às pessoas idosas (F. Pereira et al., 2012).

## **CAPÍTULO II**

### Investigação Empírica



## 2.1. Metodologia

### 2.1.1. Tipo de estudo

O tipo de estudo descreve a estrutura utilizada tendo como objetivo a descrição de variáveis ou grupos de sujeitos, explorar ou examinar relações entre variáveis ou verificar hipóteses de causalidade. Este é feito de acordo com a questão de investigação (Fortin, 2003). A presente investigação é do tipo **exploratório, comparativo e transversal**.

Segundo Fortin (2003), o tipo de estudo exploratório tem como objetivo documentar e comunicar a experiência, programas e observações. É realizado quando o tema de investigação ainda não foi muito estudado e, portanto, pouco é ainda conhecido acerca da temática. Neste caso, o estudo é exploratório comparativo, uma vez que se pretende fazer comparação entre duas amostras (estruturas residenciais para idosos com dirigentes gerontólogos e estruturas residenciais para idosos com dirigentes com outra categoria profissional). Trata-se também de um estudo transversal, visto que os dados são recolhidos num único momento (Ribeiro, 2007).

Ao escolher uma metodologia de investigação, o investigador adota uma visão do mundo e um fundamento filosófico. A metodologia da investigação pressupõe ao mesmo tempo um processo racional e um conjunto de técnicas ou de meios que permitem realizar a investigação. Existem dois métodos para o desenvolvimento desse conhecimento: a metodologia quantitativa e a metodologia qualitativa. Estes dizem respeito às técnicas e às práticas utilizadas para recolher e analisar os dados (Ribeiro, 1999).

A presente investigação é de natureza quantitativa. Numa investigação quantitativa, o investigador “...define as variáveis de forma operacional, recolhe metodicamente dados verificáveis junto dos participantes e analisa-os com a ajuda de técnicas estatísticas” (Fortin, Côte & Filion, 2009, p.30). Constitui, portanto, um “...processo sistemático de colheita de dados observáveis e quantificáveis” (Freixo, 2011, p.144) e tem como finalidade: “...contribuir para o desenvolvimento e validação dos conhecimentos ... generalizar os resultados, de predizer e de controlar os acontecimentos” (Freixo, 2011, p.145).

### 2.1.2. Desenho de investigação

O desenho de investigação é um “...plano que permite responder às questões ou verificar hipóteses e que define mecanismos de controlo, tendo por objecto minimizar os riscos de erro” (Fortin et al., 2009, p.214).

O desenho da investigação encontra-se representado na Figura 6.

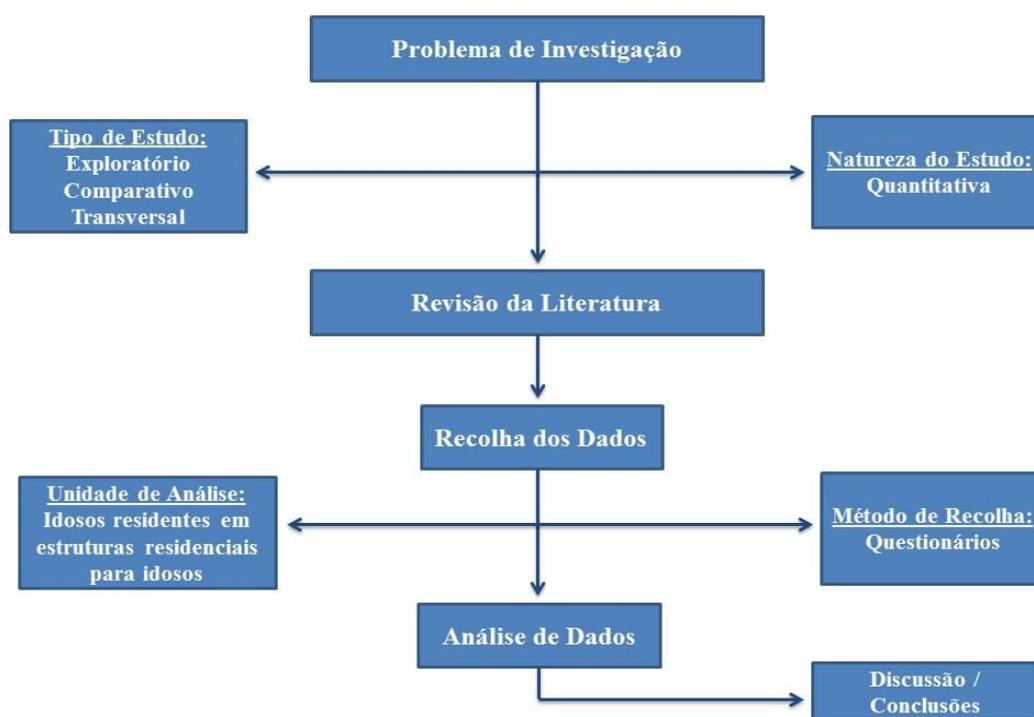


Figura 6. Desenho e estrutura da investigação

### 2.1.3. Objetivos de investigação

O objetivo “...constitui um enunciado declarativo que precisa as variáveis-chave, a população alvo e a orientação da investigação” (Freixo, 2011, p.164). Assim, os objetivos de investigação são:

- Avaliar a qualidade de vida e o grau de satisfação dos idosos institucionalizados em estruturas residenciais, de acordo com as variáveis individuais, clínicas e tempo de permanência na instituição;

- Comparar a qualidade de vida e o grau de satisfação dos idosos entre estruturas residenciais que possuam gerontólogos em cargos de chefia e estruturas residenciais que possuam outros profissionais nesses cargos.

#### 2.1.4. Hipóteses de investigação

As hipóteses são enunciados formais das relações previstas entre as variáveis, tendo em conta as variáveis-chave e a população alvo e definem-se como um elemento útil de forma a justificar o estudo (Fortin et al., 2009; Freixo, 2011). A hipótese é “...um enunciado que antecipa relações entre variáveis e que necessita de uma verificação empírica” (Fortin et al., 2009, p.165) revelando-se como “...uma sugestão de resposta para o problema” (Freixo, 2011, p.165). Um estudo pode conter várias hipóteses e estas influenciam o desenho de investigação, os métodos de colheita e análise dos dados e a interpretação dos resultados (Fortin et al., 2009). Desta forma, o estudo apresenta as seguintes hipóteses:

**H<sub>1</sub>:** Existe relação entre a existência de um gerontólogo em cargos de chefia em estruturas residenciais para idosos e a qualidade de vida dos idosos.

**H<sub>2</sub>:** Existe relação entre a dependência dos idosos e a sua qualidade de vida.

**H<sub>3</sub>:** Existe relação entre o tempo de permanência dos idosos na estrutura residencial para idosos e a sua qualidade de vida.

**H<sub>4</sub>:** Existe relação entre a existência de um gerontólogo em cargos de chefia em estruturas residenciais para idosos e o grau de satisfação dos idosos.

**H<sub>5</sub>:** Existe relação entre a dependência dos idosos e o seu grau de satisfação.

**H<sub>6</sub>:** Existe relação entre o tempo de permanência dos idosos em estruturas residenciais para idosos e o seu grau de satisfação.

#### 2.1.5. Variáveis

A expressão variável refere-se a “...qualquer característica que numa experiência é manipulada, medida ou controlada” (Freixo, 2011, p.174). Estas “...são as unidades base do processo de investigação” e são “...qualidades, propriedades ou características de pessoas, objectos de situações susceptíveis de mudar ou variar no tempo” (Fortin et al., 2009, p.171).

Podem ser independentes, dependentes, de investigação, atributos e estranhas (Fortin et al., 2009). O presente estudo contém variáveis independentes, dependentes e atributos.

#### 2.1.5.1. Variáveis independentes

A variável independente é um elemento que “...é introduzido e manipulado numa situação de investigação com vista a exercer um efeito sobre outra variável” (Fortin et al., 2009, p.171). Esta é “...especificamente manipulada pelo experimentador de modo a que os seus efeitos possam ser observados na variável dependente” (Freixo, 2011, p.176).

Neste sentido, as variáveis independentes são a “presença do gerontólogo em estruturas residenciais para idosos”, “dependência nas atividades básicas de vida diária” e “tempo de permanência na instituição”.

#### 2.1.5.2. Variáveis dependentes

Por sua vez, a variável dependente é a que “...sofre o efeito da variável independente: é o resultado predito pelo investigador” (Fortin et al., 2009, p.171) e é aquela “...cujos valores são em princípio o resultado de variações de uma ou mais variáveis independentes e respetivas condições” (Freixo, 2011, p.176).

As variáveis dependentes do presente estudo são a “qualidade de vida das pessoas idosas” e o “grau de satisfação das pessoas idosas”.

#### 2.1.5.3. Variáveis atributo

Este tipo de variáveis são “...características pré-existentes dos participantes num estudo. Elas são geralmente constituídas por dados demográficos” (Fortin et al., 2009, p.172).

As variáveis atributo que contribuíram para avaliar a satisfação, a qualidade de vida a dependência nas ABVD e o tempo de permanência na instituição dos idosos institucionalizados em estruturas residenciais foram: “idade”, “género”, “escolaridade”, “estado civil”, “profissão anterior”, “motivos que levaram o idoso para a instituição”, “de quem partiu a iniciativa de ir para a instituição”, “regularidade das visitas”, “relacionamento com familiares”, “relacionamento com utentes”, “relacionamento com colaboradores”,

“doenças diagnosticadas”, “tempo de existência das doenças diagnosticadas” e “instituições de saúde a que o idoso recorreu nos últimos 12 meses”.

### 2.1.6. População em estudo

A população define-se pelo conjunto de “...elementos (indivíduos, espécies, processos) que têm características comuns”. Assim, população-alvo é o conjunto “...das pessoas que satisfazem os critérios de selecção definidos previamente e que permitem fazer generalizações” (Fortin et al., 2009, p.311). Por outro lado, uma amostra é constituída “...por um conjunto de sujeitos retirados de uma população, consistindo a amostragem num conjunto de operações que permitem escolher um grupo de sujeitos ou qualquer outro elemento representativo da população estudada” (Freixo, 2011, p.183).

A população do presente estudo é constituída por todos os idosos residentes em estruturas residenciais para idosos do país. A amostra foi constituída através das estruturas residenciais para idosos geridas por um gerontólogo e o correspondente número de pessoas idosas residentes em estruturas residenciais geridas por outro profissional. Deste modo, a amostra do estudo foi constituída pelas estruturas residenciais que se dispuseram a participar no estudo, num total de 12 instituições e 160 idosos (Tabela 1).

**Tabela 1.**

Amostra do estudo

| <b>Estrutura Residencial para idosos<br/>(Local)</b> | <b>Dirigida por gerontólogo?</b> | <b>Número de inquiridos</b> |
|--|----------------------------------|-----------------------------|
| Sobreda da Caparica                                  | Sim                              | 15                          |
| Algeraz – Nelas                                      | Sim                              | 10                          |
| Sortes – Bragança                                    | Sim                              | 9                           |
| Izeda – Bragança                                     | Sim                              | 20                          |
| Póvoa de Lanhoso                                     | Sim                              | 6                           |
| Póvoa de Varzim                                      | Sim                              | 5                           |
| Vila Cortês do Mondego – Guarda                      | Sim                              | 20                          |
| Guimarães  |                                  |                             |
| Guimarães 1  | Não                              | 2                           |
| Guimarães 2  | Não                              | 14                          |
| Guimarães 3  | Não                              | 15                          |
| Mondim de Basto                                      | Não                              | 33                          |
| Campeã – Vila Real                                   | Não                              | 11                          |

#### 2.1.6.1. Critérios de inclusão

O estudo teve os seguintes critérios de inclusão: ter idade igual ou superior a 65 anos, estar admitido em regime de internamento e estar consciente e orientado no tempo e no espaço. Uma vez que todas as instituições possuíam o histórico do estado mental dos clientes, foi da responsabilidade do dirigente da instituição a escolha dos idosos para participar no estudo.

#### 2.1.7. Instrumentos de recolha de dados

Relativamente ao instrumento de recolha de dados, o “investigador deve assegurar-se que o instrumento oferece uma suficiente fidelidade e validade” (Fortin et al., 2009, p.369).

Devido à natureza do estudo, optou-se por recorrer ao questionário, sendo o método de recolha de dados mais utilizado pelos investigadores (Fortin et al., 2009).

O questionário necessita das “...respostas escritas por parte dos sujeitos, sendo constituído por um conjunto de enunciados ou de questões que permitem avaliar as atitudes, e opiniões dos sujeitos ou colher qualquer outra informação junto desses mesmos sujeitos” (Freixo, 2011, p.197). Este é habitualmente preenchido pelos sujeitos, sem assistência (caso seja possível) e é um objeto de medida que “...traduz os objetivos de um estudo com variáveis mensuráveis” (Freixo, 2011, p.197).

Para a realização do estudo foram utilizados os seguintes instrumentos de recolha de dados: Questionário de Caracterização Sociodemográfica (*Anexo A*), Índice de Katz para as Atividades Básicas de Vida Diária (*Anexo B*), Formulário WHOQOL-Bref para a Qualidade de Vida (*Anexo C*) e Questionário de Avaliação do Grau de Satisfação dos Clientes (*Anexo D*).

##### 2.1.7.1. Questionário de caracterização sociodemográfica

O questionário de caracterização sociodemográfica é composto por vinte questões e serve para caracterizar a amostra. As questões presentes no questionário são: “idade”, “género”, “escolaridade”, “profissão que tinha antes de vir para esta estrutura residencial”, “estado civil”, “há quanto tempo vive nesta estrutura residencial”, “a estrutura residencial é

dirigida por um(a) gerontólogo(a)?”, “motivos que o(a) levaram para esta instituição”, “de quem partiu a iniciativa de vir para esta instituição”, “recebe regularmente visitas de familiares”, “recebe regularmente visitas de amigos”, “se sim, com que frequência recebe visitas?”, “como considera a sua relação com os seus familiares”, “como considera a sua relação com os outros utentes”, “como considera a sua relação com os funcionários”, “atualmente tem alguma doença diagnosticada”, “se sim, qual é a sua doença ou doenças”, “se sim, há quanto tempo lhe foi diagnosticada”, “a que instituição de saúde recorreu nos últimos 12 meses”, “forma de administração do questionário”. A última questão serviu exclusivamente para facilitação da aplicação do questionário, pelo que não será incluída na análise.

#### 2.1.7.2. Índice de Katz para as Atividades Básicas de Vida Diária

Embora existam várias escalas de avaliação da capacidade funcional, optou-se por utilizar o índice de Katz, devido à sua praticidade de aplicação, confiabilidade e adaptabilidade ao meio institucional.

Os níveis de dependência relativamente à realização de ABVD's podem ser avaliados pelo índice de Katz, criado por Sidney Katz, em 1963, e alterado em 1970 por Katz e colaboradores. Este permite avaliar de uma forma quantitativa as descrições da magnitude e severidade dos problemas funcionais dos idosos. Apesar do primeiro estudo do índice de Katz ter sido direcionado a pacientes institucionalizados (Katz et al., 1963), com o passar do tempo tem sido adaptado para o uso da população em geral.

O índice de Katz refere-se a seis categorias de atividade: tomar banho, vestir-se, utilização do WC, mobilidade, continência e alimentação. As alternativas de resposta a cada um destes itens são: dependente e independente, sendo atribuído a cada resposta 0 e 1 pontos, respetivamente.

O resultado final pode ir de 0 a 6 pontos, podendo as pessoas idosas serem classificadas hierarquicamente em três grupos distintos, a saber:

- 0-2 pontos – dependência importante;
- 3-4 pontos – dependência parcial;
- 5-6 pontos – independência.

### 2.1.7.3. Formulário WHOQOL-Bref para a Qualidade de Vida

A escala de qualidade de vida original, WHOQOL-100, é um instrumento de 100 itens, da OMS e foi elaborada com o intuito de avaliar a qualidade de vida numa perspetiva internacional. Com o objetivo de dispor de um instrumento de avaliação de qualidade de vida de fácil aplicação e de um menor tempo de preenchimento, preservando no entanto características psicométricas satisfatórias, o grupo de qualidade de vida da OMS desenvolveu na segunda metade da década de 90 o WHOQOL-Bref, traduzido e adaptado para a população portuguesa por Vaz Serra e colaboradores (2006), o qual foi adotado nesta investigação. Trata-se de uma escala constituída por 26 itens organizada em quatro domínios: físico, psicológico, relações sociais e ambiente, incluindo ainda uma faceta sobre a qualidade de vida no geral.

Assim, as duas primeiras questões aferem acerca da qualidade de vida na sua generalidade, representando a perceção por parte do inquirido da sua qualidade de vida e da sua saúde.

Os quatro domínios da escala (físico, psicológico, relações sociais e ambiente), constituídos pelos restantes 24 itens, representam um retrato fidedigno da escala original (WHOQOL-100), isto é, através da extrapolação para 0 a 100 dos resultados da escala reduzida é possível comparar com os resultados da escala de 100 itens.

As perguntas que compõem o instrumento foram formuladas de acordo com metodologia específica da OMS e estão organizadas em escalas de resposta de tipo Likert, com cinco níveis cada uma, e a sua pontuação pode variar de 1 a 5. Os resultados mais elevados revelam uma perceção de melhor qualidade de vida. Algumas facetas (dor, tratamento médico e sentimentos negativos) não estão formuladas num sentido positivo, pelo que para estas facetas as pontuações mais altas não significam melhor qualidade de vida, tendo alguns dos itens sido invertidos. Os itens da escala invertidos foram: “3 – Em que medida as suas dores (físicas) o(a) impedem de fazer o que precisa de fazer?”, “4 – Em que medida precisa de cuidados médicos para fazer a sua vida diária?”, pertencentes ao domínio físico, e “26 – Com que frequência tem sentimentos negativos, tais como tristeza, desespero, ansiedade ou depressão?”, pertencente ao domínio psicológico.

Na Tabela 2 estão representadas as expressões com as quais é possível calcular a pontuação obtida em cada um dos domínios da escala.

**Tabela 2.**

Equações utilizadas para calcular a pontuação dos domínios da escala da WHOQOL-Bref

| Domínio               | Equações  |
|-----------------------|---|
| DG (Geral)            | $Q1 + Q2$                                       |
| D1 (Físico)           | $(6-Q3) + (6-Q4) + Q10 + Q15 + Q16 + Q17 + Q18$ |
| D2 (Psicológico)      | $Q5 + Q6 + Q7 + Q11 + Q19 + (6-Q26)$            |
| D3 (Relações sociais) | $Q20 + Q21 + Q22$                               |
| D4 (Ambiente)         | $Q8 + Q9 + Q12 + Q13 + Q14 + Q23 + Q24 + Q25$   |

Após a determinação da pontuação associada a cada um dos domínios estes são linearmente transformados para que os resultados variem entre 0 e 100 (Tabela 3).

**Tabela 3.**

Transformação linear dos vários componentes da escala WHOQOL-Bref para o intervalo 0-100

| Variável              | Transformação Linear                  |
|-----------------------|---------------------------------------|
| DG (Geral)            | $G_{100} = 100 \times (G - 2) / 8$    |
| D1 (Físico)           | $D1_{100} = 100 \times (D1 - 7) / 28$ |
| D2 (Psicológico)      | $D2_{100} = 100 \times (D2 - 6) / 24$ |
| D3 (Relações sociais) | $D3_{100} = 100 \times (D3 - 3) / 12$ |
| D4 (Ambiente)         | $D4_{100} = 100 \times (D4 - 8) / 32$ |

A análise das características psicométricas deste instrumento de medida foi efetuada, à semelhança do estudo de Vaz Serra e colaboradores (2006), no que diz respeito à sua fiabilidade, recorrendo à análise da consistência interna do WHOQOL-Bref que afere acerca da consistência da escala na sua globalidade. Foram calculados os alfas de *Cronbach* (Cronbach, 1951; Nunnally, 1979) para cada conjunto de itens associado a cada um dos domínios, estando estes expressos na Tabela 4. Como se pode inferir, os alfas são aceitáveis, nomeadamente nos domínios físico (0,790) e psicológico (0,868). Tal como nos dois casos anteriores, também no domínio das relações sociais os resultados foram similares ao estudo atrás referido, apesar do menor valor obtido (0,609). Na dimensão do ambiente, o alfa revelou-se mais baixo do que no estudo de Vaz Serra e colaboradores (2006), apresentando um valor de 0,642.

**Tabela 4.**

Valores da consistência interna das 4 dimensões associadas à escala WHOQOL-Bref

| Variável              | Alfa Cronbach |
|-----------------------|---------------|
| D1 (Físico)           | 0,790         |
| D2 (Psicológico)      | 0,868         |
| D3 (Relações sociais) | 0,609         |
| D4 (Ambiente)         | 0,642         |

Estudando mais atentamente o caso desta última dimensão e partindo do pressuposto que o princípio subjacente à consistência interna de um dado fator/dimensão é que os seus itens individuais ou indicadores meçam o mesmo construto e, portanto, sejam altamente inter-relacionados (Churchill, 1979; Nunnally, 1979), recorreremos a medidas relacionadas individualmente com cada um dos itens. Neste caso, utilizou-se a análise da correlação item-total corrigida (coeficiente de correlação R de *Pearson* do item com a média dos restantes itens da escala), que segundo Robinson, Shaver e Wrightsman (1991) deverão exceder os 0,50. No caso da nossa amostra, os itens Q12 “Tem dinheiro suficiente para satisfazer as suas necessidades?” e Q14 “Em que medida tem oportunidade para realizar actividades de lazer?” apresentaram correlações item-total corrigida de apenas 0,168 e 0,203 respetivamente, pelo que são os principais responsáveis do relativamente baixo valor da consistência interna na globalidade da dimensão do ambiente. Já no caso da dimensão das relações sociais, apresentou um valor de consistência interna global mais baixo. Tal deve-se ao facto de esta dimensão ser constituída apenas por 3 itens, tendo um destes apresentado um valor de correlação item-total corrigida de apenas 0,082, sendo este o item Q21 “Até que ponto está satisfeito(a) com a sua vida sexual?”.

#### 2.1.7.4. Questionário de Avaliação do Grau de Satisfação dos Clientes

O instrumento utilizado para a avaliação do grau de satisfação dos clientes que residem em estruturas residenciais para idosos foi um questionário adaptado do modelo de avaliação da qualidade - questionário de avaliação da satisfação estrutura residencial para idosos do Instituto de Segurança Social - IP 2009, com 35 perguntas fechadas. Para as perguntas 1 a 34 foi considerada uma escala de 5 pontos tipo Likert onde as variáveis vão desde o “Nada Satisfeito” (1) até ao “Totalmente Satisfeito” (5). Para cada uma das referidas perguntas foi ainda considerada a possibilidade de assinalar “Não Sei” (NS) ou “Não se Aplica” (NA). Esta encontra-se dividida em cinco domínios: fatores tangíveis (7 itens),

fiabilidade (6 itens), capacidade de resposta (8 itens), confiança e segurança (7 itens) e empatia (5 itens). Possui ainda um item adicional relacionado com o grau de satisfação com a organização na sua generalidade.

Uma vez que não existem estudos conhecidos onde sejam analisadas as características psicométricas desta escala, procuraremos neste estudo fazê-lo, embora tendo em conta que só serão consideradas as respostas que oscilam entre 1 “Nada Satisfeito” e 5 “Totalmente Satisfeito”. As respostas de NA “Não se Aplica” e NS “Não Sei” serão consideradas como *missings* para o efeito da análise das características psicométricas da escala. Em consequência desta medida verificou-se que em várias questões existiram mais de 10% de respostas “Não se Aplica”, definidas como *missings*, pelo que não foram consideradas na análise, como foi o caso das questões pertencentes ao domínio empatia: 5.1 “Tratamento e encaminhamento das reclamações dos clientes”, com apenas 18 respostas válidas do total das 160 da amostra; 5.2 “Respeito e consideração da organização pelas sugestões dos clientes”, com 36 respostas válidas. Também a questão 3.3 “Apoio nos cuidados de higiene e imagem de que precisa” do domínio capacidade de resposta obteve 37 respostas “Não se Aplica”.

O procedimento a seguir nesta secção passará por numa primeira fase tentar aferir para a totalidade dos itens associados quais as variáveis latentes a si associadas e quais os itens constituintes de cada uma das variáveis latentes independentemente da organização de itens proposta.

Numa segunda fase, o objetivo é tentar aferir as características psicométricas para o instrumento de medida proposto pelo instrumento original tendo em conta cada uma das dimensões propostas e os respetivos itens a si associados.

### **Análise fatorial exploratória (AFE) da Escala de Avaliação do Grau de Satisfação para a totalidade dos itens**

A escala penta dimensional da escala de avaliação do grau de satisfação foi aferida através de uma análise fatorial exploratória (AFE). É uma técnica estatística multivariada que permite identificar variáveis latentes a partir de variáveis inter-correlacionadas, mas não diretamente observáveis (Marôco, 2011). Assim, foi aplicada uma análise fatorial exploratória aos 30 itens associados às 5 dimensões cuja percentagem de *missings* era inferior a 10%, utilizando como método de extração de fatores o método dos componentes principais com rotação Varimax. Para avaliar a validade da análise fatorial exploratória utilizou-se o critério

*Kaiser-Meyer-Olkin* (KMO). O KMO é uma medida da homogeneidade das variáveis, que compara as correlações simples com as correlações parciais observadas entre as variáveis (Marôco, 2011). Apesar de não existir um teste rigoroso para os valores KMO, de uma forma geral, estes têm como valores de referência os indicados na Tabela 5 (Marôco, 2011).

**Tabela 5.**  
Valores de referência KMO

| KMO                      | Valores referência |
|--------------------------|--------------------|
| Excelente                | ]0,9;1,0]          |
| Boa                      | ]0,8;0,9]          |
| Média                    | ]0,7;0,8]          |
| Medíocre                 | ]0,6;0,7]          |
| Mau, mas ainda aceitável | ]0,5;0,6]          |
| Inaceitável              | ≤ 0,5              |

Fonte: Marôco, 2011.

Foi tido em conta o *Scree Plot*, o *eigenvalue* ser superior a 1 e a percentagem de variância retida, para a determinação do número de fatores a reter, tendo sido retidos oitofatores parcialmente não coincidentes com a divisão proposta de apenas cinco dimensões. Verificou-se que os oitos fatores retidos apresentaram um *eigenvalue* de 1,142 (superior a 1) e a percentagem de variância retida verificada foi de 72,07%. O KMO verificado foi de 0,777, situando-se, assim, perto do bom. Depois de forçar a retenção a apenas cinco fatores, tal como proposto pelo instrumento original e após a remoção dos itens 1.7 “Apresentação e imagem dos colaboradores” e 3.2 “Adequação das refeições aos seus gostos e necessidades”, cujos pesos fatoriais eram de apenas 0,304 e 0314, foi possível aumentar a validade da AFE para um valor de *KMO* de 0,800, com um *eigenvalue* de 1,637 e uma percentagem de variância retida de 63,17%.

Tal como no instrumento de medida anterior, para aferir a sua fiabilidade, recorreu-se à análise da consistência interna através do cálculo dos alfas de *Cronbach* para cada conjunto de itens associado a cada um dos domínios estando estes expressos na Tabela 6. Estes oscilaram entre os 0,895 na dimensão 1, os 0,893 na dimensão 4 e os 0,726 na dimensão 5.

**Tabela 6.**

AFE ao instrumento de medida de avaliação do grau de satisfação dos clientes

| Itens  | Dimensão1<br>Confiança<br>e empatia | Dimensão2<br>Capacidade<br>de resposta | Dimensão 3<br>Fatores<br>tangíveis | Dimensão 4<br>Atividades<br>ocupacionais | Dimensão 5<br>Informação<br>disponibilizada |
|--|-------------------------------------|--|------------------------------------|--|---|
|  | $\alpha = 0,895$                    | $\alpha = 0,801$                       | $\alpha = 0,788$                   | $\alpha = 0,893$                         | $\alpha = 0,726$                            |
| 4.5 – Esclarecimento e informação prestada pelos colaboradores sempre que precisa  | 0,832                               |  |                                    |  |   |
| 5.4 – Disponibilidade dos colaboradores para ouvirem e apoiarem a resolução dos seus problemas pessoais                                      | 0,810                               |  |                                    |  |   |
| 4.4 – Simpatia, educação e atenção dos colaboradores   | 0,745                               |  |                                    |  |   |
| 3.8 – Disponibilidade dos colaboradores sempre que precisa dos seu apoio   | 0,731                               |  |                                    |  |   |
| 4.6 – Respeito da organização pelas suas decisões e opções   | 0,613                               |  |                                    |  |   |
| 2.6 – Confiança na capacidade da organização para ajudar a resolver os seus problemas/questões   | 0,602                               |  |                                    |  |   |
| 5.3 – Nível de informação sobre mudanças/alterações na organização   | 0,587                               |  |                                    |  |   |
| 4.3 – Forma como a organização assegura a confidencialidade dos seus dados pessoais  |                                     | 0,898                                  |                                    |  |   |
| 3.5 – Apoio na realização das suas atividades pessoais   |                                     | 0,729                                  |                                    |  |   |
| 4.7 – Forma como os colaboradores cumprem o seu plano individual (higiene pessoal, medicamentos, atividades ocupacionais, etc.)              |                                     | 0,709                                  |                                    |  |   |
| 4.2 – Cumprimento dos seus direitos por parte de todos os colaboradores  |                                     | 0,562                                  |                                    |  |   |
| 4.1 – Sistemas de segurança contra roubo, incêndio e intrusão  |                                     | 0,495                                  |                                    |  |   |
| 3.4 – Apoio nos cuidados de saúde de que precisa   |                                     | 0,477                                  |                                    |  |   |
| 3.1 – Modo/desempenho como os colaboradores prestam os serviços  |                                     | 0,469                                  |                                    |  |   |
| 2.5 – Informação de como aceder a outros serviços que a organização disponibiliza  |                                     | 0,461                                  |                                    |  |   |
| 1.1 – Estado de conservação dos edifícios  |                                     |  | 0,846                              |  |   |
| 1.4 – Estado de conservação dos equipamentos   |                                     |  | 0,800                              |  |   |
| 1.2 – Limpeza e arrumação das instalações  |                                     |  | 0,636                              |  |   |
| 1.5 – Conforto e adequação das instalações   |                                     |  | 0,632                              |  |   |
| 1.6 – Segurança e conforto dos transportes   |                                     |  | 0,609                              |  |   |
| 1.3 – Facilidade de acesso, circulação e movimentação nas instalações  |                                     |  | 0,536                              |  |   |
| 3.6 – Adequação das atividades ocupacionais e de desenvolvimento pessoal aos seus interesses e necessidades                                  |                                     |  |                                    | 0,873                                    |   |
| 3.7 – Diversidade e quantidade das atividades ocupacionais e de desenvolvimento pessoal disponibilizadas                                     |                                     |  |                                    | 0,870                                    |   |
| 5.5 – Apoio dos colaboradores na sua dimensão e motivação para realizar e participar em atividades ocupacionais e de desenvolvimento pessoal |                                     |  |                                    | 0,842                                    |   |
| 2.2 – Planeamento, organização e execução dos serviços e atividades ocupacionais e de desenvolvimento pessoal                                |                                     |  |                                    | 0,813                                    |   |
| 2.4 – Informação e participação na elaboração do seu plano individual  |                                     |  |                                    |  | 0,869                                       |
| 2.1 – Participação no planeamento dos serviços que lhe são prestados   |                                     |  |                                    |  | 0,863                                       |
| 2.3 – Informação sobre o Regulamento e regras de funcionamento   |                                     |  |                                    |  | 0,474                                       |

Variância Explicada (%) = 63,17%.  $KMO = 0,800$  e teste de esfericidade de *Bartlett* = 2284,70 ( $p < 0,001$ ); eigenvalue=1,637.

### Análise das características psicométricas da Escala de Avaliação do Grau de Satisfação

Neste ponto, o objetivo consiste em garantir que cada um dos fatores propostos pelo instrumento de medida e seus respetivos itens, fatores tangíveis, fiabilidade, capacidade de resposta, confiança e segurança e empatia, possuem boas características psicométricas. Uma das formas de fazer representar cada um dos fatores é através da criação do que se designa por *summated scale* que não é mais do que um método da combinação de várias variáveis numa só que meça o mesmo conceito (Hair Jr., Black, Babin & Anderson, 2009). Para isso acontecer deverá ser assegurada a unidimensionalidade dos itens pertencentes a cada um dos fatores obtidos, i.e., que em cada fator os itens constituintes deste se encontram fortemente correlacionados uns com os outros e representam um único conceito (McDonald, 1981; Hattie, 1985; Anderson, Gerbing & Hunter, 1987). O teste da unidimensionalidade consiste em verificar que os itens constituintes de um constructo convergem fortemente neste e é realizado através de uma análise fatorial exploratória.

Tal como já foi anteriormente referido, não serão considerados os itens com menos de 10% de *missings*, nomeadamente os itens 5.1 e 5.2 pertencentes ao domínio empatia e o item 3.3 referente ao domínio capacidade de resposta.

#### a) Dimensão fatores tangíveis

Foi aplicada uma análise fatorial exploratória aos itens constituintes da escala, tendo-se optado por remover o item “1.7 - Apresentação e imagem dos colaboradores” por apresentar uma baixa correlação item total corrigida (inferior a 0,3), podendo revelar-se não homogéneo face aos restantes itens. Assim, a dimensão fatores tangíveis ficou com 6 itens, com os respetivos pesos fatoriais a oscilar entre os 0,822 do “1.1 – Estado de conservação dos edifícios” e os 0,575 do item “1.3 – Facilidade de acesso, circulação e movimentação nas instalações” como se pode verificar na Tabela 7.

**Tabela 7.**

AFE à dimensão fatores tangíveis do instrumento de avaliação do grau de satisfação dos clientes

| Itens   | Pesos Fatoriais |
|---|-----------------|
| 1.1 - Estado de conservação dos edifícios                             | 0,822           |
| 1.4 - Estado de conservação dos equipamentos                          | 0,805           |
| 1.2 - Limpeza e arrumação das instalações                             | 0,722           |
| 1.6 - Segurança e conforto dos transportes                            | 0,703           |
| 1.5 - Conforto e adequação das instalações                            | 0,691           |
| 1.3 - Facilidade de acesso, circulação e movimentação nas instalações | 0,575           |

Variância Explicada (%) = 52,45%. *KMO* = 0,781 e teste esfericidade *Bartlett* = 321,18 ( $p < 0,001$ ); *eigenvalue* = 3,147.

A fiabilidade deste fator foi avaliada recorrendo à análise da sua consistência interna através do alfa de *Cronbach*, tendo obtido um resultado de 0,790.

*b) Dimensão fiabilidade*

A dimensão fiabilidade confirmou a totalidade dos itens propostos inicialmente. Os seus pesos fatoriais apresentaram valores que oscilaram entre os 0,824 do item “2.4 - Informação e participação na elaboração do seu plano individual” e os 0,589 do item “2.2 - Planeamento, organização e execução dos serviços e atividades ocupacionais e de desenvolvimento pessoal” (Tabela 8).

**Tabela 8.**

AFE à dimensão fiabilidade do instrumento de avaliação do grau de satisfação dos clientes

| Itens   | Pesos Fatoriais |
|---|-----------------|
| 2.4 - Informação e participação na elaboração do seu plano individual   | 0,824           |
| 2.1 - Participação no planeamento dos serviços que lhe são prestados  | 0,737           |
| 2.5 - Informação de como aceder a outros serviços que a organização disponibiliza                             | 0,724           |
| 2.3 - Informação sobre o Regulamento e regras de funcionamento  | 0,669           |
| 2.6 - Confiança na capacidade da organização para ajudar a resolver os seus problemas/questões                | 0,643           |
| 2.2 - Planeamento, organização e execução dos serviços e atividades ocupacionais e de desenvolvimento pessoal | 0,589           |

Variância Explicada (%) = 49,25%. *KMO* = 0,715 e teste esfericidade *Bartlett* = 329,72 ( $p < 0,001$ ); *eigenvalue* = 2,955

No que concerne à sua fiabilidade, foi avaliada recorrendo à análise da sua consistência interna através do alfa de *Cronbach*, tendo-se obtido um valor de 0,780.

*c) Dimensão capacidade de resposta*

De forma análoga aos casos anteriores foram confirmados todos os itens do fator capacidade de resposta, que foram considerados. Todos os pesos fatoriais se situaram entre 0,766 do item “3.1 - Modo/Desempenho como os colaboradores prestam os serviços” e os 0,493 do item “3.2 - Adequação das refeições aos seus gostos e necessidades” (Tabela 9).

**Tabela 9.**

AFE à dimensão capacidade de resposta do instrumento de avaliação do grau de satisfação dos clientes

| Itens   | Pesos Fatoriais |
|---|-----------------|
| 3.1 - Modo/Desempenho como os colaboradores prestam os serviços   | 0,766           |
| 3.8 - Disponibilidade dos colaboradores sempre que precisa do seu apoio                                     | 0,740           |
| 3.4 - Apoio nos cuidados de saúde de que precisa  | 0,681           |
| 3.5 - Apoio na realização das suas atividades pessoais  | 0,669           |
| 3.6 - Adequação das atividades ocupacionais e de desenvolvimento pessoal aos seus interesses e necessidades | 0,573           |
| 3.7 - Diversidade e quantidade das atividades ocupacionais e de desenvolvimento pessoal disponibilizadas    | 0,526           |
| 3.2 - Adequação das refeições aos seus gostos e necessidades  | 0,493           |

Variância Explicada (%) = 41,35%. *KMO* = 0,720 e teste esfericidade *Bartlett* = 354,22 ( $p < 0,001$ ); *eigenvalue* = 2,895.

A sua fiabilidade foi avaliada recorrendo à análise da sua consistência interna através do alfa de Cronbach, tendo obtido um valor de 0,720.

d) *Dimensão confiança e segurança*

No que diz respeito à dimensão confiança e segurança, os itens que mais convergiram foram o “4.6 - Respeito da organização pelas suas decisões e opções”, com 0,877, e “4.7 - Forma como os colaboradores cumprem o seu plano individual (higiene pessoal, medicamentos, atividades ocupacionais, etc.)”, com 0,829. Todos os itens da escala original foram mantidos (Tabela 10).

**Tabela 10.**

AFE à dimensão confiança e segurança do instrumento de avaliação do grau satisfação dos clientes

| Itens   | Pesos Fatoriais |
|---|-----------------|
| 4.6 - Respeito da organização pelas suas decisões e opções  | 0,877           |
| 4.7 - Forma como os colaboradores cumprem o seu plano individual (higiene pessoal, medicamentos, atividades ocupacionais, etc.) | 0,829           |
| 4.5 - Esclarecimento e informação prestada pelos colaboradores sempre que precisa   | 0,763           |
| 4.3 - Forma como a organização assegura a confidencialidade dos seus dados pessoais   | 0,755           |
| 4.2 - Cumprimento dos seus direitos por parte de todos os colaboradores   | 0,745           |
| 4.4 - Simpatia, educação e atenção dos colaboradores  | 0,654           |
| 4.1 - Sistemas de segurança contra roubo, incêndio e intrusão   | 0,491           |

Variância Explicada (%) = 54,74%. *KMO* = 0,805 e teste esfericidade *Bartlett* = 557,21 ( $p < 0,001$ ); eigenvalue=3,832.

No que respeita à fiabilidade, este fator apresentou um alfa de *Cronbach* de 0,820.

e) *Dimensão empatia*

Todos os itens da escala com menos de 10% de *missings* foram considerados, apresentando os pesos fatoriais identificados na tabela 11, oscilando entre os 0,874 do item “5.3 - Nível de informação sobre mudanças/alterações na organização” e os 0,667 do item “5.5 - Apoio dos colaboradores na sua dimensão e motivação para realizar e participar em atividades ocupacionais e de desenvolvimento pessoal”.

**Tabela 11.**

AFE à dimensão empatia do instrumento de avaliação do grau satisfação dos clientes

| Itens  | Pesos Fatoriais |
|--|-----------------|
| 5.3 - Nível de informação sobre mudanças/alterações na organização   | 0,874           |
| 5.4 - Disponibilidade dos colaboradores para ouvirem e apoiarem a resolução dos seus problemas pessoais                                      | 0,820           |
| 5.5 - Apoio dos colaboradores na sua dimensão e motivação para realizar e participar em atividades ocupacionais e de desenvolvimento pessoal | 0,667           |

Variância Explicada (%) = 62,74%. *KMO* = 0,599 e teste esfericidade *Bartlett* = 101,90 ( $p < 0,001$ ); eigenvalue=1,882.

Da mesma forma que nas dimensões anteriores, a fiabilidade foi avaliada recorrendo à análise da consistência interna através do alfa de *Cronbach*, obtendo-se um valor de 0,647.

Depois de verificados os itens que constituem cada um dos fatores, procedeu-se à criação da escala (*summated scale*), que através da combinação dos vários itens num só mede o mesmo conceito. Segundo Hair Jr. e colaboradores (2009), poderá ser feito através da média dos respetivos itens. Após a determinação da média de cada um dos elementos da escala procedeu-se à realização de uma transformação linear de forma aos valores obtidos oscilarem entre os 0 e os 100 pontos (Tabela 12).

**Tabela 12.**

Transformação linear dos vários componentes da escala de avaliação do grau de satisfação dos clientes para o intervalo 0-100

| Variável                        | Transformação Linear     |
|---------------------------------|--------------------------|
| Valores da Escala ( $V_{100}$ ) | $100 \times (V - 2) / 8$ |

## 2.2. Procedimentos éticos

“Quaisquer que sejam os aspectos estudados, a investigação deve ser conduzida no respeito dos direitos da pessoa” (Fortin et al., 2009, p.180).

De acordo com Freixo (2011), “a palavra ética tem origem no vocábulo grego, *ethos*, que significa *modo de ser, carácter*”. Por sua vez, em Filosofia a palavra ética “...significa *o que é bom* para o indivíduo e para a sociedade e o seu estudo contribui para estabelecer a natureza de deveres no relacionamento indivíduo – sociedade” (p.177).

Considerando que “ao estudarem fenómenos biopsicossociais, os investigadores podem provocar danos, de forma consciente ou não, na integridade das pessoas” e que “... qualquer investigação junto de seres humanos constitui, em qualquer circunstância, uma forma de intrusão na sua vida” (Freixo, 2011, p.178), foram tomadas medidas éticas e de confidencialidade de dados.

Em primeiro lugar, foram efetuados pedidos aos dirigentes das estruturas residenciais para idosos para autorização da realização do estudo (*Anexo E*). De seguida, foram assinadas as autorizações pelos dirigentes (*Anexo F*). Os inquiridos foram elucidados acerca da temática em estudo e coube-lhes a decisão de participação, através da assinatura do consentimento informado. Todos os questionários foram de carácter anónimo e confidencial, sendo identificados por um número.

### 2.3. Tratamento estatístico dos dados

O tratamento estatístico dos dados foi realizado através do programa informático SPSS (*Statistical Package for the Social Sciences*), versão 22. Foi utilizada a estatística descritiva, que tem como objetivo “...destacar o conjunto dos dados brutos tirados de uma amostra de maneira que sejam compreendidos, tanto pelo investigador como pelo leitor” (Fortin et al., 2009, p.411), através da aplicação de medidas de tendência central (média) e de medidas de dispersão (desvio padrão). De forma a saber que testes realizar (testes estatísticos paramétricos ou não paramétricos), utilizou-se a estatística inferencial, uma vez que esta permite aplicar à população total os resultados provenientes de uma amostra (Fortin et al., 2009). Os testes paramétricos são utilizados quando “... as variáveis são normalmente distribuídas na população; ...quando pelos menos é possível a estimação de um parâmetro e ... quando o nível das variáveis é de intervalos ou de proporções” (Fortin et al., 2009, p.454). Por sua vez, os testes não paramétricos “... não são baseados nem na estimação dos parâmetros nem nos princípios da distribuição normal. São geralmente utilizados com as variáveis nominais e ordinais” (Fortin et al., 2009, pp.454-455).

Após a realização do teste de *Kolmogorov-Smirnov* com correção de Lilliefors, para análise da normalidade da distribuição, e do teste de *Levene*, para a homogeneidade da variância, chegou-se à conclusão que seriam utilizados testes não paramétricos. Desta forma, recorreu-se ao teste de *Mann-Whitney* e ao teste de *Kruskal-Wallis*. O primeiro é aplicado a variáveis de nível pelo menos ordinal e é também uma alternativa ao *teste-t*. Este teste usa-se para testar a hipótese de igualdade no que se refere a um parâmetro de localização de duas amostras (Marôco, 2011; Pestana & Gageiro, 2003). O segundo é aplicado a variáveis de nível pelo menos ordinal e é também uma alternativa ao *One-Way-Anova*. Usa-se para testar a hipótese de igualdade no que se refere a um parâmetro de localização de três ou mais amostras (Marôco, 2011; Pestana & Gageiro, 2003).

## **CAPÍTULO III**

### **Apresentação e Discussão dos Resultados**



### 3.1. Caracterização sociodemográfica

Nesta secção pretende-se caracterizar a amostra em termos de dados sociodemográficos dos idosos do estudo. Como as principais questões de investigação se centram na influência que tem a existência de um gerontólogo a gerir uma dada estrutura residencial, os dados apresentados referir-se-ão sempre aos dados relativos a estruturas residenciais com gerontólogos, sem gerontólogos e à totalidade da amostra. De salientar que as estruturas residenciais onde habitam os idosos da amostra em estudo são dirigidas em 53,13% dos casos por um(a) gerontólogo(a), sendo nos restantes 46,88% dos casos geridas por um(a) assistente social (31,25%), psicólogo (8,75%) ou outro (6,88%).

Assim, a partir da Tabela 13 verifica-se que, dos 160 idosos inquiridos, 73,75% são do género feminino e 26,25% do género masculino. Vários autores (Aires, Paz & Perosa, 2009; Araújo & Ceolim, 2007; Nunes et al., 2010; Pavan, Meneghel & Junges, 2008) concluíram que existe um predomínio do sexo feminino nos idosos residentes em estruturas residenciais. Alves-Silva, Scorsolini-Comin e Santos (2013) inferem que estes dados vão de encontro à distribuição proporcional dos géneros por idade, uma vez que os homens morrem mais cedo do que as mulheres.

No que se refere à idade, possuem uma média de 82,54 anos com um desvio padrão de 6,938 anos, sendo similar em ambos os cenários, com os idosos em estruturas residenciais com gerontólogos a apresentarem uma média ligeiramente superior ( $83,15 \pm 6,706$  vs.  $81,85 \pm 7,175$ ). Classificando as idades dos idosos em três faixas é possível verificar que na totalidade da amostra em estudo, a faixa situada entre os 65 e os 74 anos de idade é a menos representada (15%), sendo a faixa mais representada a dos 75 aos 84 anos com 45%, seguida da faixa dos 85 ou mais anos com 40%.

Relativamente à escolaridade dos idosos pertencentes à amostra, mais de metade destes (51,25%) não possui o 1º ciclo, sendo 31,25% analfabetos e 20%, embora não possua o 1º ciclo, sabe ler e escrever. Cerca de 27,5% possui o 1º ciclo ou equivalente e 12,5% o 2º ciclo. Apenas 8,75% possui mais do que o 2º ciclo, com 2,5% a ter concluído o 3º ciclo, 1,25% o ensino secundário e 5% o ensino superior. Pode também inferir-se que existe um menor grau de escolaridade entre os idosos em estruturas residenciais sem gerontólogos

(13,3% tem mais que o 1º ciclo) relativamente às estruturas residenciais com gerontólogos (28,2% tem mais que o 1º ciclo). Estes dados podem estar relacionados com o facto de grande parte da amostra estar inserida em meio rural (7 estruturas residenciais, num total de 12; 109 idosos, num total de 160). Antigamente a escolarização era pouco valorizada e as famílias não tinham possibilidades de manter os filhos a estudar. A educação não era considerada como uma prioridade, valorizando-se mais o trabalho.

Quanto ao estado civil, verifica-se que o estado mais representativo é o de viúvo(a), com 61,88%, seguido do estado de solteiro(a) com 20% e do de casado(a) com 15%. Apenas 3,13% detem o estado de divorciado(a).

**Tabela 13.**

Dados sociodemográficos dos idosos em estudo

|                      | Gerontólogo |      | Não Gerontólogo |      | Total |       |
|----------------------|-------------|------|-----------------|------|-------|-------|
|                      | N           | %    | N               | %    | N     | %     |
| <b>Género</b>        |             |      |                 |      |       |       |
| Feminino             | 56          | 65,9 | 62              | 82,7 | 118   | 73,75 |
| Masculino            | 29          | 34,1 | 13              | 17,3 | 42    | 26,25 |
| <b>Classe etária</b> |             |      |                 |      |       |       |
| 65 - 74 anos         | 11          | 12,9 | 13              | 17,3 | 24    | 15,00 |
| 75 - 84 anos         | 39          | 45,9 | 33              | 44,0 | 72    | 45,00 |
| 85 ou + anos         | 35          | 41,2 | 29              | 38,7 | 64    | 40,00 |
| <b>Escolaridade</b>  |             |      |                 |      |       |       |
| Analfabeto(a)        | 18          | 21,2 | 32              | 42,7 | 50    | 31,25 |
| Sabe ler e escrever  | 18          | 21,2 | 14              | 18,7 | 32    | 20,00 |
| 1º Ciclo             | 25          | 29,4 | 19              | 25,3 | 44    | 27,50 |
| 2º Ciclo             | 12          | 14,1 | 8               | 10,7 | 20    | 12,50 |
| 3º Ciclo             | 4           | 4,7  | 0               | 0    | 4     | 2,50  |
| Ensino Secundário    | 1           | 1,2  | 1               | 1,3  | 2     | 1,25  |
| Ensino Superior      | 7           | 8,2  | 1               | 1,3  | 8     | 5,00  |
| <b>Estado Civil</b>  |             |      |                 |      |       |       |
| Solteiro(a)          | 11          | 12,9 | 21              | 28,0 | 32    | 20,00 |
| Casado(a)            | 15          | 17,6 | 9               | 12,0 | 24    | 15,00 |
| Divorciado(a)        | 3           | 3,5  | 2               | 2,7  | 5     | 3,13  |
| Viúvo(a)             | 56          | 65,9 | 43              | 57,3 | 99    | 61,88 |

Relativamente à profissão anteriormente exercida pelos idosos da amostra, adotou-se a classificação portuguesa das profissões (CNP) do INE (2010), sendo possível constata, a partir da Tabela 14, que as profissões mais representativas são as pertencentes ao grande grupo dos trabalhadores não qualificados (63,75%), composto por trabalhadores não qualificados da agricultura, produção animal, pesca e floresta (35%) e por trabalhadores de limpeza (28,75%). Existe representatividade algo significativa de vendedores (6,25%) e de

trabalhadores de transformação de alimentos, da madeira, do vestuário e outras indústrias e do artesanato (5,63%). Todos os restantes grupos de nível 2 detêm uma representatividade de 2,5% ou inferior. De salientar que na tabela 14, no que se refere ao nível 2, apenas estão representados as profissões com uma representatividade de 2,5% ou superior.

Comparativamente, as estruturas residenciais sem gerontólogos apresentam uma maior percentagem de trabalhadores menos qualificados, nomeadamente de trabalhadores não qualificados da agricultura, produção animal, pesca e floresta e trabalhadores de limpeza, perfazendo um total de 70,6% nestas duas categorias vs. 57,6% no caso das estruturas residenciais com gerontólogos.

**Tabela 14.**  
Profissões representadas segundo CNP 2010

|   | Gerontólogo |      | Não Gerontólogo |      | Total |       |
|---|-------------|------|-----------------|------|-------|-------|
|   | N           | %    | N               | %    | N     | %     |
| <b>Profissões – CNP 2010 – Nível 1</b>  |             |      |                 |      |       |       |
| Trabalhadores não qualificados  | 49          | 57,6 | 53              | 70,7 | 102   | 63,75 |
| Pessoal dos Serviços e Vendedores   | 9           | 10,6 | 7               | 9,3  | 16    | 10,00 |
| Operários, Artífices e Trabalhadores Similares  | 9           | 10,6 | 6               | 8,0  | 15    | 9,38  |
| Pessoal Administrativo e Similares  | 7           | 8,2  | 1               | 1,3  | 8     | 5,00  |
| Especialistas das Profissões Intelectuais e Científicas   | 5           | 5,9  | 1               | 1,3  | 6     | 3,75  |
| Operadores de instalações e máquinas e trabalhadores da montagem  | 2           | 2,4  | 3               | 4,0  | 5     | 3,13  |
| Quadros Superiores da Administração Pública, Dirigentes e Quadros Superiores de Empresa                   | 3           | 3,5  | 0               | 0    | 3     | 1,88  |
| Técnicos e Profissionais de nível intermédio  | 1           | 1,2  | 2               | 2,7  | 3     | 1,88  |
| Agricultores e Trabalhadores Qualificados da Agricultura e Pescas   | 0           | 0,0  | 2               | 2,7  | 2     | 1,25  |
| <b>Profissões – CNP 2010 – Nível 2</b>  |             |      |                 |      |       |       |
| Trabalhadores não qualificados da agricultura, produção animal, pesca e floresta                          | 28          | 32,9 | 28              | 37,3 | 56    | 35,00 |
| Trabalhadores de limpeza  | 21          | 24,7 | 25              | 33,3 | 46    | 28,75 |
| Vendedores  | 6           | 7,1  | 4               | 5,3  | 10    | 6,25  |
| Trabalhadores de transformação de alimentos, da madeira, do vestuário e outras indústrias e do artesanato | 3           | 3,5  | 6               | 8,0  | 9     | 5,63  |
| Empregados de escritório, secretários em geral  | 3           | 3,5  | 1               | 1,3  | 4     | 2,50  |
| Trabalhadores de serviços pessoais  | 3           | 3,5  | 1               | 1,3  | 4     | 2,50  |
| Trabalhadores qualificados da construção e similares  | 4           | 4,7  | 0               | 0,0  | 4     | 2,50  |

De seguida pretende-se caracterizar a estrutura residencial onde se encontram os idosos, referindo há quanto tempo estes aí residem, os motivos que os levaram a aí residir e aferir de quem partiu a iniciativa para a mudança de residência. Pretende-se ainda entender se estes recebem regularmente visitas de familiares ou amigos e como consideram a relação com

os seus familiares, restantes clientes e funcionários. Percecionar algumas questões acerca da sua saúde, nomeadamente se lhes foi diagnosticada alguma doença, indicando as doenças mais citadas, e há quanto tempo e a que tipo de instituição de saúde recorreu.

Os idosos da amostra em estudo vivem na atual estrutura residencial há uma média de 39,62 meses com um desvio padrão de 48,399 meses, embora se verifique que os idosos em estruturas residenciais com gerontólogos vivam há menos tempo na estrutura residencial ( $28,58 \pm 25,388$  meses vs.  $52,13 \pm 63,267$  meses). Estes dados podem ser explicados devido ao facto das estruturas residenciais geridas por gerontólogos estarem em funcionamento há menos tempo relativamente às restantes estruturas residenciais.

Classificando hierarquicamente em quatro grupos associados ao tempo que estes vivem na estrutura residencial, confirma-se através da Tabela 15 que aproximadamente um terço dos idosos (33,13%) vivem na atual estrutura residencial há menos de 1 ano. O grupo mais representativo é o que está associado aos idosos que vivem na estrutura residencial entre 1 a 5 anos (48,75%), sendo os menos representados os que vivem na estrutura residencial há mais de 10 anos (7,50%), seguido dos que vivem na estrutura residencial há uma duração entre 5 a 10 anos (10,63%). Quando comparados em termos de estruturas residenciais com e sem gerontólogos é possível verificar que apesar das estruturas residenciais com gerontólogos apresentarem uma menor percentagem de idosos que vivem há mais de 5 anos na estrutura residencial (9,4% vs. 28,0%) também apresentam uma menor percentagem de idosos que vivem há menos de 1 ano na instituição (29,4% vs. 37,3%). O grupo dos que residem há uma duração entre 1 a 5 anos é o predominante nas estruturas residenciais com gerontólogos (61,2%), embora também seja muito significativo nas estruturas residenciais sem gerontólogos (34,7%).

O principal motivo que despoletou a ida dos idosos para a estrutura residencial foi a impossibilidade de terem alguém que cuide deles na sua própria casa (63,13%). Outros dos motivos referidos foram a doença (13,75%), o isolamento (13,13%) ou outros motivos (10%). Apesar de não se verificarem grandes diferenças entre os dois grupos em estudo constata-se uma maior percentagem de idosos, embora ligeira, que se mudaram para a estrutura residencial alegando como principal motivo a doença nas estruturas residenciais com gerontólogos (16,5% vs. 10,7%). De acordo com a revisão da literatura efetuada, o principal motivo de entrada nas estruturas residenciais está diretamente relacionado com a incapacidade do idoso em gerir as suas ABVD, juntamente com a impossibilidade dos familiares e amigos

em garantirem o apoio necessário (Croucher et al., 2006; Matias, 2010; MTSS, 2009; F. Pereira & Pimentel, 2012). Também a doença e o isolamento social são considerados como dois grandes motivos para a entrada dos idosos em estruturas residenciais (Darton, 2011; Matias, 2010; MTSS, 2009; F. Pereira & Pimentel, 2012). Assim, os resultados por nós obtidos corroboram aqueles a que chegaram outros autores.

Na maioria dos casos, a iniciativa de se mudar para a instituição onde reside atualmente partiu do próprio idoso (51,88%), embora em 20% dos casos estes tenham referido ter sido uma iniciativa dos próprios filhos ou de familiares (5,63%). Comparando os dois grupos de idosos, verifica-se que no caso das estruturas residenciais com gerontólogos é inferior a percentagem de idosos que ingressaram na instituição por sua própria iniciativa (42,4% vs. 62,7%) e superior a percentagem de idosos que ingressaram na instituição por iniciativa dos filhos (29,4% vs. 9,3%). É também de salientar a maior percentagem de idosos nas estruturas residenciais com gerontólogos cuja iniciativa de ingressar na estrutura residencial partiu de um assistente social (21,2% vs. 4,0%).

Os idosos em questão recebem regularmente visitas de familiares (87,50%) ou de amigos (66,88%), sendo que a regularidade destas visitas é essencialmente de cariz semanal (37,50%) ou ocasional (31,25%). Um restrito número de idosos refere que estas visitas são mensais (10,63%) ou diárias (10%). Comparando os dois grupos em estudo é possível notar uma maior percentagem de visitas de família (91,8% vs. 82,7%) e amigos (70,6% vs. 62,7%) por parte dos idosos residentes em estruturas com gerontólogos.

De uma forma geral, os idosos referem ter uma relação muito boa com quem os rodeia, sejam estes os seus familiares (76,88%), os outros clientes da estrutura residencial (66,88%) ou os funcionários (83,75%). No global, o grupo dos idosos que reside em estruturas residenciais com gerontólogos refere em maior percentagem ter uma relação muito boa com os seus familiares (85,9% vs. 66,7%), os outros clientes (74,1% vs. 58,7%) e os restantes funcionários (94,1% vs. 72,0%).

**Tabela 15.**

Dados relativos à estrutura residencial e sua interrelação com o idoso

|  | Gerontólogo |      | Não Gerontólogo |      | Total |       |
|--|-------------|------|-----------------|------|-------|-------|
|  | N           | %    | N               | %    | N     | %     |
| <b>Há quanto tempo vive nesta estrutura residencial?</b>         |             |      |                 |      |       |       |
| Há menos de 1 ano  | 25          | 29,4 | 28              | 37,3 | 53    | 33,13 |
| Entre 1 e 5 anos   | 52          | 61,2 | 26              | 34,7 | 78    | 48,75 |
| Entre 5 e 10 anos  | 8           | 9,4  | 9               | 12,0 | 17    | 10,63 |
| Há mais de 10 anos   | 0           | 0    | 12              | 16,0 | 12    | 7,50  |
| <b>Motivos que o(a) levaram para esta Instituição</b>            |             |      |                 |      |       |       |
| Doença   | 14          | 16,5 | 8               | 10,7 | 22    | 13,75 |
| Isolamento   | 11          | 12,9 | 10              | 13,3 | 21    | 13,13 |
| Por impossibilidade de ter alguém que cuide de mim em casa       | 54          | 63,5 | 47              | 62,7 | 101   | 63,13 |
| Outro  | 6           | 7,1  | 10              | 13,3 | 16    | 10,00 |
| <b>De quem partiu a iniciativa de vir para esta Instituição?</b> |             |      |                 |      |       |       |
| Própria  | 36          | 42,4 | 47              | 62,7 | 83    | 51,88 |
| Filhos   | 25          | 29,4 | 7               | 9,3  | 32    | 20,00 |
| Cônjuge  | 5           | 5,9  | 1               | 1,3  | 1     | 0,63  |
| Familiares   | 1           | 1,2  | 4               | 5,3  | 9     | 5,63  |
| Assistente social  | 18          | 21,2 | 3               | 4,0  | 4     | 2,50  |
| Outro  | 36          | 42,4 | 13              | 17,3 | 31    | 19,38 |
| <b>Recebe regularmente visitas de familiares?</b>                |             |      |                 |      |       |       |
| Sim  | 78          | 91,8 | 62              | 82,7 | 140   | 87,50 |
| Não  | 7           | 8,2  | 13              | 17,3 | 20    | 12,50 |
| <b>Recebe regularmente visitas de amigos?</b>                    |             |      |                 |      |       |       |
| Sim  | 60          | 70,6 | 47              | 62,7 | 107   | 66,88 |
| Não  | 25          | 29,4 | 28              | 37,3 | 53    | 33,13 |
| <b>Se sim, com que regularidade recebe visitas?</b>              |             |      |                 |      |       |       |
| Ocasionalmente   | 28          | 32,9 | 22              | 29,3 | 50    | 31,25 |
| Mensalmente  | 9           | 10,6 | 8               | 10,7 | 17    | 10,63 |
| Semanalmente   | 32          | 37,6 | 28              | 37,3 | 60    | 37,50 |
| Diariamente  | 10          | 11,8 | 6               | 8,0  | 16    | 10,00 |
| <b>Como considera a sua relação com os seus familiares?</b>      |             |      |                 |      |       |       |
| Muito boa  | 73          | 85,9 | 50              | 66,7 | 123   | 76,88 |
| Boa  | 5           | 5,9  | 17              | 22,7 | 22    | 13,75 |
| Razoável   | 6           | 7,1  | 5               | 6,7  | 11    | 6,88  |
| Má   | 1           | 1,2  | 3               | 4,0  | 4     | 2,50  |
| <b>Como considera a sua relação com os outros clientes?</b>      |             |      |                 |      |       |       |
| Muito boa  | 63          | 74,1 | 44              | 58,7 | 107   | 66,88 |
| Boa  | 15          | 17,6 | 28              | 37,3 | 43    | 26,88 |
| Razoável   | 7           | 8,2  | 2               | 2,7  | 9     | 5,63  |
| Má   | 0           | 0    | 1               | 1,3  | 1     | 0,63  |
| <b>Como considera a sua relação com os funcionários?</b>         |             |      |                 |      |       |       |
| Muito boa  | 80          | 94,1 | 54              | 72,0 | 134   | 83,75 |
| Boa  | 3           | 3,5  | 19              | 25,3 | 22    | 13,75 |
| Razoável   | 2           | 2,4  | 2               | 2,7  | 4     | 2,50  |

Através dos dados obtidos, nomeadamente da iniciativa de entrar para a estrutura residencial, da regularidade das visitas e do relacionamento, conclui-se que os idosos residentes em estruturas residenciais geridas por um gerontólogo são mais acompanhados pelos seus familiares e amigos. Perlini, Leite e Furini (2007) evidenciam a importância do ambiente para a família do idoso que vai ser institucionalizado. Os familiares procuram um ambiente familiar que disponha de cuidados, convivência e companhia para os idosos.

Reportando-nos aos dados da Tabela 16, infere-se que a maior parte dos idosos tem alguma doença diagnosticada (69,38%), prevalecendo a diabetes (18%) de entre as doenças referidas. As doenças mais associadas aos idosos da amostra (64,9%) são os problemas cardíacos (10,8%), hipertensão arterial (9%), osteoartrite (7,2%), bronquite asmática (6,3%), problemas de coluna (5,4%), hemiplegia (4,5%) ou a doença de Parkinson (3,6%), entre outras doenças diversas menos representadas mas que perfazem os restantes casos referidos.

Na maior parte dos casos, os idosos referem que a doença principal por si referida já lhe foi diagnosticada há mais de 20 anos (27,5%) ou há mais de 10 e menos de 20 anos (18,13%). É de salientar, no entanto, que cerca de 17,50% diz ter-lhe sido diagnosticada a doença há menos de 5 anos e os restantes há mais de 5 e menos de 10 anos (6,25%).

Quando questionados sobre qual a instituição de saúde que recorreram nos últimos 12 meses, 26,25% dos idosos referiu não ter recorrido a qualquer instituição de saúde. Relativamente aos restantes idosos, referiram ter recorrido a um hospital (23,75%), centro de saúde (14,38%), a um consultório particular (5,63%) ou outro (30%). Contudo, quando é efetuada uma comparação entre os idosos que residem numa instituição com e sem gerontólogo verifica-se que há uma maior percentagem de idosos a recorrerem a hospitais nas instituições com gerontólogo (30,6% vs. 16,0%) e uma maior percentagem a recorrerem aos centros de saúde nas instituições sem gerontólogo (20,0% vs. 9,4%). Tal facto poderá ser explicado pela localização das estruturas residenciais e/ou pela componente da área da saúde que os gerontólogos comportam, o que faz com que, na maioria das vezes, encaminhem os idosos diretamente para o hospital.

**Tabela 16.**

Dados relativos ao estado de saúde dos idosos

|  | Gerontólogo |      | Não Gerontólogo |      | Total |       |
|--|-------------|------|-----------------|------|-------|-------|
|  | N           | %    | N               | %    | N     | %     |
| <b>Atualmente tem alguma doença diagnosticada?</b>               |             |      |                 |      |       |       |
| Sim  | 59          | 69,4 | 52              | 69,3 | 111   | 69,38 |
| Não  | 26          | 30,6 | 23              | 30,7 | 49    | 30,63 |
| <b>Se sim, há quanto tempo lhe foi diagnosticada?</b>            |             |      |                 |      |       |       |
| Há 5 anos ou menos   | 16          | 18,8 | 12              | 16,0 | 28    | 17,50 |
| Entre 5 a 10 anos  | 6           | 7,1  | 4               | 5,3  | 10    | 6,25  |
| Entre 10 e 20 anos   | 10          | 11,8 | 19              | 25,3 | 29    | 18,13 |
| Há mais de 20 anos   | 27          | 31,8 | 17              | 22,7 | 44    | 27,50 |
| <b>A que instituição de saúde recorreu nos últimos 12 meses?</b> |             |      |                 |      |       |       |
| Hospital   | 26          | 30,6 | 12              | 16,0 | 38    | 23,75 |
| Centro de saúde  | 8           | 9,4  | 15              | 20,0 | 23    | 14,38 |
| Consultório particular   | 5           | 5,9  | 4               | 5,3  | 9     | 5,63  |
| Não recorreu nos últimos 12 meses                                | 25          | 29,4 | 17              | 22,7 | 42    | 26,25 |
| Outro  | 21          | 24,7 | 27              | 36,0 | 48    | 30,00 |

### 3.2. Dependência nas atividades básicas da vida diária

Através da Tabela 17 pode verificar-se que para a totalidade dos idosos da amostra a maior dependência reside em tomar banho (68,8%), seguido da dependência a vestir-se (45%), continência (33,8%), mobilidade (20,6%), utilização do WC (20%), sendo a alimentação a atividade com menor grau de dependência (1,3%). Estes dados corroboram dados de autores que concluíram que a atividade onde se observa maior dependência é tomar banho e aquela onde se observa maior independência é a alimentação (Aires et al., 2006, 2009; Fontes, 2007; Smanioto & Haddad, 2011; Neves, 2012). Já Santos e Cunha (2013) concluíram que a atividade onde se observa maior dependência é a continência, seguida pelos atos de vestir e tomar banho.

Quando comparados os dois grupos de idosos, os que têm e os que não têm gerontólogo, é possível constatar que os que se encontram numa estrutura residencial com gerontólogo apresentam uma maior percentagem de dependentes a tomar banho (71,8% vs. 65,3%), a vestir-se (50,6% vs. 38,7%) e no que diz respeito à continência (36,5% vs. 30,7%). Já os que residem numa instituição sem gerontólogo apresentam uma maior percentagem de dependência na utilização do WC (24,0% vs. 16,5%) e na mobilidade (24,0% vs. 17,6%). Estes resultados podem ser comparados ao motivo de institucionalização do idoso, uma vez que a percentagem de idosos que integraram a estrutura residencial por motivo de doença foi

superior em estruturas residenciais com gerontólogo, o que pode influenciar o grau de dependência nas ABVD.

**Tabela 17.**  
Frequências do Índice de Katz

|   | Gerontólogo |      | Não Gerontólogo |      | Total |      |
|---|-------------|------|-----------------|------|-------|------|
|   | N           | %    | N               | %    | N     | %    |
| <b>Tomar banho</b>  |             |      |                 |      |       |      |
| Necessita de apoio para lavar mais do que uma parte do corpo                      | 61          | 71,8 | 49              | 65,3 | 110   | 68,8 |
| Toma banho sozinho(a) ou necessita de apoio somente para lavar uma parte do corpo | 24          | 28,2 | 26              | 34,7 | 50    | 31,3 |
| <b>Vestir-se</b>  |             |      |                 |      |       |      |
| Necessita de ajuda para se vestir   | 43          | 50,6 | 29              | 38,7 | 72    | 45,0 |
| Prepara a roupa e veste-se sozinho  | 42          | 49,4 | 46              | 61,3 | 88    | 55,0 |
| <b>Utilização do WC</b>   |             |      |                 |      |       |      |
| Necessita de ajuda para ir ao wc  | 14          | 16,5 | 18              | 24,0 | 32    | 20,0 |
| Dirige-se ao wc e faz a higiene sozinho   | 71          | 83,5 | 57              | 76,0 | 128   | 80,0 |
| <b>Mobilidade</b>   |             |      |                 |      |       |      |
| Necessita de ajuda para sentar-se ou deitar-se e levantar-se                      | 15          | 17,6 | 18              | 24,0 | 33    | 20,6 |
| Senta-se ou deita-se e levanta-se sem ajuda                                       | 70          | 82,4 | 57              | 76,0 | 127   | 79,4 |
| <b>Continência</b>  |             |      |                 |      |       |      |
| É parcial ou totalmente incontinente  | 31          | 36,5 | 23              | 30,7 | 54    | 33,8 |
| Tem completo controlo sobre a bexiga e intestinos                                 | 54          | 63,5 | 52              | 69,3 | 106   | 66,3 |
| <b>Alimentação</b>  |             |      |                 |      |       |      |
| Necessita de ajuda parcial ou total   | 1           | 1,2  | 1               | 1,3  | 2     | 1,3  |
| Alimenta-se sem ajuda   | 84          | 98,8 | 74              | 98,7 | 158   | 98,8 |

Como se pode verificar a partir da Tabela 18, existe uma maior percentagem de idosos com a classificação de independentes (50,6%), seguido de idosos com a classificação parcial de dependência (30%) e somente 19,4% dos idosos tem uma dependência importante. Considerando a análise comparativa entre as estruturas residenciais com e sem gerontólogo, infere-se que nas estruturas residenciais sem gerontólogo existe uma maior percentagem de idosos classificados de independentes (58,7% vs. 43,5%), mas também uma maior percentagem com uma dependência importante (22,7% vs. 16,5%). Já as estruturas residenciais com gerontólogo apresentam uma maior percentagem de idosos com uma dependência parcial (40,0% vs. 18,7%).

**Tabela 18.**

Totais do Índice de Katz e classificação de dependência

|                                     | Gerontólogo |      | Não Gerontólogo |      | Total |      |
|-------------------------------------|-------------|------|-----------------|------|-------|------|
|                                     | N           | %    | N               | %    | N     | %    |
| <b>Totais do Índice de Katz</b>     |             |      |                 |      |       |      |
| 0                                   | 0           | 0    | 1               | 1,3  | 1     | 0,6  |
| 1                                   | 12          | 14,1 | 11              | 14,7 | 23    | 14,4 |
| 2                                   | 2           | 2,4  | 5               | 6,7  | 7     | 4,4  |
| 3                                   | 10          | 11,8 | 6               | 8,0  | 16    | 10,0 |
| 4                                   | 24          | 28,2 | 8               | 10,7 | 32    | 20,0 |
| 5                                   | 19          | 22,4 | 23              | 30,7 | 42    | 26,3 |
| 6                                   | 18          | 21,2 | 21              | 28,0 | 39    | 24,4 |
| <b>Classificação de dependência</b> |             |      |                 |      |       |      |
| Dependência importante              | 14          | 16,5 | 17              | 22,7 | 31    | 19,4 |
| Dependência parcial                 | 34          | 40,0 | 14              | 18,7 | 48    | 30,0 |
| Independência                       | 37          | 43,5 | 44              | 58,7 | 81    | 50,6 |

### 3.3. Qualidade de vida

Pela análise da Tabela 19, que reflete a média dos resultados atribuídos pelos idosos da amostra em cada um dos itens da escala WHOQOL-Bref, constata-se que no que diz respeito à qualidade de vida na sua generalidade, a questão “1 - Como avalia a sua qualidade de vida?” foi avaliada mais favoravelmente ( $3,8 \pm 1,0$ ) do que a questão relacionada com a sua própria saúde ( $2,7 \pm 1,3$ ). Já no que diz respeito ao domínio físico, a pontuação mais elevada foi a relacionada com o sono ( $3,5 \pm 1,4$ ), seguida da energia para o dia ( $3,3 \pm 1,3$ ) e da capacidade para desempenhar as atividades do dia-a-dia ( $3,2 \pm 1,2$ ). No domínio psicológico, a aceitação da sua aparência física é a questão mais pontuada ( $3,9 \pm 1,1$ ), seguida da satisfação consigo próprio(a) ( $3,6 \pm 1,1$ ), sendo a pontuação mais baixa atribuída à questão relacionada com o achar ter sentido a sua vida ( $3,3 \pm 1,1$ ). No domínio das relações sociais, na sua generalidade os idosos atribuíram uma maior pontuação à satisfação com as suas relações pessoais ( $4,4 \pm 0,7$ ) e do apoio que recebe dos amigos ( $4,2 \pm 0,8$ ), sendo a questão associada à sua vida sexual a menos pontuada ( $3,0 \pm 0,5$ ). Por último, no domínio relacionado com o ambiente que o rodeia, a questão mais pontuada foi a associada com o sentir-se em segurança no seu dia a dia ( $4,7 \pm 0,7$ ), o sentir-se satisfeito com as condições do lugar em que vive ( $4,6 \pm 0,7$ ). Os itens que obtiveram uma menor pontuação por parte dos idosos foram os relacionados com o ter dinheiro suficiente para fazer face às necessidades ( $3,0 \pm 1,2$ ) e o ter oportunidade de realizar atividades de lazer ( $3,1 \pm 1,3$ ).

**Tabela 19.**

Estatística descritiva dos itens do instrumento de medida WHOQOL-Bref

| Itens   | Gerontólogo |     | Não Gerontólogo |     | Total |     |
|---|-------------|-----|-----------------|-----|-------|-----|
|   | M           | Dp  | M               | Dp  | M     | dp  |
| <b>DG (Geral)</b>   |             |     |                 |     |       |     |
| 1 - Como avalia a sua qualidade de vida?  | 3,8         | 1,1 | 3,7             | 0,9 | 3,8   | 1,0 |
| 2 - Até que ponto está satisfeito(a) com a sua saúde?   | 2,7         | 1,4 | 2,8             | 1,2 | 2,7   | 1,3 |
| <b>D1 (Físico)</b>  |             |     |                 |     |       |     |
| 3* - Em que medida as suas dores (físicas) o(a) impedem de fazer o que precisa de fazer?                    | 2,5         | 1,3 | 2,8             | 1,4 | 2,6   | 1,4 |
| 4* - Em que medida precisa de cuidados médicos para fazer a sua vida diária?                                | 2,2         | 1,1 | 2,9             | 1,1 | 2,5   | 1,1 |
| 10 - Tem energia suficiente para a sua vida diária?   | 3,2         | 1,4 | 3,3             | 1,2 | 3,3   | 1,3 |
| 15 - Como avaliaria a sua mobilidade [capacidade para se movimentar e deslocar por si próprio(a)]?          | 3,0         | 1,3 | 3,0             | 1,3 | 3,0   | 1,3 |
| 16 - Até que ponto está satisfeito(a) com o seu sono?   | 3,6         | 1,5 | 3,3             | 1,3 | 3,5   | 1,4 |
| 17 - Até que ponto está satisfeito(a) com a sua capacidade para desempenhar as atividades do seu dia a dia? | 3,1         | 1,2 | 3,4             | 1,2 | 3,2   | 1,2 |
| 18 - Até que ponto está satisfeito(a) com a sua capacidade de trabalho?                                     | 3,0         | 1,2 | 3,2             | 1,3 | 3,1   | 1,3 |
| <b>D2 (Psicológico)</b>   |             |     |                 |     |       |     |
| 5 - Até que ponto gosta da sua vida?  | 3,3         | 1,2 | 3,5             | 1,1 | 3,4   | 1,1 |
| 6 - Em que medida sente que a sua vida tem sentido?   | 3,2         | 1,1 | 3,4             | 1,1 | 3,3   | 1,1 |
| 7 - Até que ponto se consegue concentrar?   | 3,6         | 1,3 | 3,6             | 1,3 | 3,6   | 1,3 |
| 11 - É capaz de aceitar a sua aparência física?   | 3,9         | 1,1 | 3,9             | 1,0 | 3,9   | 1,1 |
| 19 - Até que ponto está satisfeito(a) consigo próprio?  | 3,6         | 1,2 | 3,9             | 1,0 | 3,7   | 1,1 |
| 26* - Com que frequência tem sentimentos negativos, tais como tristeza, desespero, ansiedade ou depressão?  | 2,7         | 1,0 | 2,7             | 1,1 | 2,7   | 1,1 |
| <b>D3 (Relações sociais)</b>  |             |     |                 |     |       |     |
| 20 - Até que ponto está satisfeito(a) com as suas relações pessoais?  | 4,5         | 0,6 | 4,3             | 0,7 | 4,4   | 0,7 |
| 21 - Até que ponto está satisfeito(a) com a sua vida sexual?  | 3,0         | 0,5 | 3,0             | 0,4 | 3,0   | 0,5 |
| 22 - Até que ponto está satisfeito(a) com o apoio que recebe dos seus amigos?                               | 4,4         | 0,6 | 4,1             | 0,9 | 4,2   | 0,8 |
| <b>D4 (Ambiente)</b>  |             |     |                 |     |       |     |
| 8 - Em que medida se sente em segurança no seu dia-a-dia?   | 4,8         | 0,6 | 4,5             | 0,7 | 4,7   | 0,7 |
| 9 - Em que medida é saudável o seu ambiente físico?   | 4,6         | 0,7 | 4,2             | 0,8 | 4,4   | 0,8 |
| 12 - Tem dinheiro suficiente para satisfazer as suas necessidades?  | 3,0         | 1,2 | 3,0             | 1,3 | 3,0   | 1,2 |
| 13 - Até que ponto tem fácil acesso às informações necessárias para organizar a sua vida diária?            | 4,4         | 0,8 | 3,9             | 1,1 | 4,2   | 1,0 |
| 14 - Em que medida tem oportunidade para realizar atividades de lazer?                                      | 3,2         | 1,4 | 3,1             | 1,2 | 3,1   | 1,3 |
| 23 - Até que ponto está satisfeito(a) com as condições do lugar em que vive?                                | 4,9         | 0,4 | 4,3             | 0,8 | 4,6   | 0,7 |
| 24 - Até que ponto está satisfeito(a) com o acesso que tem aos serviços de saúde?                           | 4,8         | 0,5 | 4,2             | 1,0 | 4,5   | 0,8 |
| 25 - Até que ponto está satisfeito(a) com os transportes que utiliza?                                       | 4,8         | 0,7 | 4,5             | 0,8 | 4,6   | 0,7 |

\* - Valores da escala invertidos.

Os resultados normalizados dos vários componentes da escala WHOQOL-Bref estão refletidos na Tabela 20. O domínio do ambiente atingiu o valor mais elevado, com uma média de 78,6 e um desvio padrão de 12,5 seguido do domínio das relações sociais com 71,7±12,4. Os que apresentaram menores índices foram os relacionados com o domínio psicológico (60,8±21,9) e com o domínio físico (50,6±21,4). De salientar que a variável representativa da qualidade de vida em geral apresentou um valor médio de 56,2 com um desvio padrão de 24,4.

**Tabela 20.**

Estatística descritiva das dimensões do instrumento de medida WHOQOL-Bref

| Itens                 | Gerontólogo |      | Não Gerontólogo |      | Total |      |
|-----------------------|-------------|------|-----------------|------|-------|------|
|                       | M           | Dp   | M               | dp   | M     | Dp   |
| DG (Geral)            | 56,5        | 25,9 | 55,8            | 22,7 | 56,2  | 24,4 |
| D1 (Físico)           | 48,7        | 22,3 | 52,9            | 20,3 | 50,6  | 21,4 |
| D2 (Psicológico)      | 59,4        | 22,8 | 62,4            | 20,9 | 60,8  | 21,9 |
| D3 (Relações sociais) | 73,4        | 10,7 | 69,8            | 13,8 | 71,7  | 12,4 |
| D4 (Ambiente)         | 82,5        | 9,5  | 74,1            | 13,9 | 78,6  | 12,5 |

Estes resultados corroboram os de outros autores, nomeadamente Croucher e colaboradores (2006), que consideram que a junção de fatores como meio ambiente adaptado, interação social, assistência e apoio são percursores de um aumento da qualidade de vida. Estes autores concluíram que a qualidade de vida está diretamente relacionada com a qualidade do ambiente. Também Boyle (2004) refere que as pessoas residentes em estruturas residenciais para idosos têm um maior controlo sobre a sua vida do que as pessoas que estão inseridas no meio domiciliário, devido à qualidade do ambiente onde estão inseridas. R. Gonçalves (2010) verificou que é o domínio físico que reflete uma pior qualidade de vida e o domínio das relações sociais reflete uma melhor qualidade de vida.

A partir destes resultados constata-se que as inevitáveis perdas que se fazem sentir a nível físico e psíquico podem ser minimizadas pelo contexto em que o idoso está inserido, nomeadamente pelo meio ambiente.

De seguida proceder-se-á à comparação da qualidade de vida dos idosos em várias vertentes, nomeadamente nas estruturas residenciais com e sem gerontólogos, no seu grau de dependência e quanto ao tempo que estes residem na respetiva estrutura residencial.

Para aferir qual o tipo de teste a aplicar sobre as variáveis que representam as dimensões do WHOQOL-BREF, se testes paramétricos através do teste *One-Way-Anova* ou *teste-T*, se não paramétricos através do teste de *Kruskal-Wallis* ou *Mann-Whitney*, foi

necessário verificar os pressupostos dos testes estatísticos paramétricos, nomeadamente através da aplicação do teste de *Kolmogorov-Smirnov* com correção de Lilliefors, para análise da normalidade da distribuição e o teste de *Levene*, para a homogeneidade da variância (Marôco, 2011).

Aplicado o teste de *Kolmogorov-Smirnov* (Tabela 21), verificou-se que, com exceção do índice do componente físico, todos os outros seguem uma distribuição não normal, pelo que deverão ser utilizados testes não paramétricos.

**Tabela 21.**

Teste de *Kolmogorov-Smirnov* com correção de Lilliefors dos componentes do WHOQOL-Bref

| Variável              | Kolmogorov-Smirnov | p      |
|-----------------------|--------------------|--------|
| DG (Geral)            | 0,125              | <0,001 |
| D1 (Físico)           | 0,063              | 0,200  |
| D2 (Psicológico)      | 0,085              | 0,007  |
| D3 (Relações sociais) | 0,223              | <0,001 |
| D4 (Ambiente)         | 0,111              | <0,001 |

### 3.3.1. Qualidade de vida e existência de gerontólogo

Uma vez que a variável relativa à existência ou não de um gerontólogo na estrutura residencial só tem dois estados, foi aplicado o teste de *Mann-Whitney*. Este teste é aplicado a variáveis de nível pelo menos ordinal e é também uma alternativa ao *teste-t*. Usa-se para testar a hipótese de igualdade no que se refere a um parâmetro de localização de duas amostras (Marôco, 2011; Pestana & Gageiro, 2003). Após a determinação do tipo de teste a aplicar encontramos-nos em condições de responder à primeira hipótese de investigação.

**H<sub>1</sub>:** Existe relação entre a existência de um gerontólogo em cargos de chefia em estruturas residenciais para idosos e a qualidade de vida dos idosos.

Como se observa pela Tabela 22, apenas a dimensão do ambiente apresentou diferenças entre os idosos em estruturas residenciais com gerontólogos relativamente aos que se encontram em estruturas residenciais sem gerontólogos ( $U=2013,0$ ;  $W=4863,9$ ;  $p<0,001$ ), com os idosos das estruturas residenciais com um gerontólogo a apresentar uma média de ordens de 94,32 ( $M=82,5$ ;  $dp=9,5$ ) e a dos idosos em estruturas residenciais sem gerontólogo a apresentar uma média de ordens de 64,84 ( $M=74,1$ ;  $dp=13,9$ ). Nas restantes dimensões não se verificaram diferenças estatisticamente significativas entre os idosos de ambos os grupos

de estruturas residenciais, embora se tenha verificado uma atribuição ligeiramente superior do domínio das relações sociais por parte dos idosos em estruturas residenciais com gerontólogos. Estes resultados podem estar relacionados com o facto de 40,0% (num total de 46,88%) dos profissionais dirigentes das estruturas residenciais para idosos que não possuem gerontólogo serem assistentes sociais (31,25%) e psicólogos (8,75%) e, como tal, possuírem um conhecimento mais aprofundado acerca da dimensão psicológica.

Martín e Alvarelhão (2010) referem que o gerontólogo que possua funções de gestão em estruturas residenciais para idosos assume como modelo de trabalho a vertente da administração e gestão da estrutura, nomeadamente o controlo do meio ambiente e a gestão de equipamentos. Assim, a relação entre a existência de um gerontólogo em estruturas residenciais para idosos e a qualidade de vida dos idosos assume significância em relação ao meio ambiente em que estes estão inseridos.

**Tabela 22.**

Relação das dimensões do WHOQOL-Bref com a existência ou não de um gerontólogo na estrutura residencial (teste de *Mann-Whitney*)

| Itens                 | Gerontólogo  | Não Gerontólogo | U      | W      | p      |
|-----------------------|--------------|-----------------|--------|--------|--------|
|                       | Média Ordens | Média Ordens    |        |        |        |
| DG (Geral)            | 79,94        | 81,14           | 3139,5 | 6794,5 | 0,869  |
| D1 (Físico)           | 75,88        | 85,74           | 2794,5 | 6449,5 | 0,179  |
| D2 (Psicológico)      | 78,04        | 83,29           | 2978,5 | 6633,5 | 0,476  |
| D3 (Relações sociais) | 85,81        | 74,48           | 2736,0 | 5586,0 | 0,103  |
| D4 (Ambiente)         | 94,32        | 64,84           | 2013,0 | 4863,0 | <0,001 |

Conclui-se que esta hipótese é suportada apenas parcialmente, uma vez que a influência apenas se verifica para a dimensão do ambiente.

### 3.3.2. Qualidade de vida e dependência

Pretende-se responder se existe relação entre a dependência do idoso e a sua qualidade de vida. Os resultados normalizados dos vários componentes da escala da qualidade de vida (WHOQOL-Bref) relativamente à classificação de dependência estão refletidos na Tabela 23. Como se verifica, os 31 idosos com uma dependência importante são os que possuem médias mais baixas dos índices de qualidade de vida nas respetivas dimensões. Já relativamente aos 81 idosos classificados de independentes, apresentam as médias mais altas dos índices de qualidade de vida nas respetivas dimensões.

**Tabela 23.**

Estatística descritiva das dimensões do instrumento de medida WHOQOL-Bref ao grau de dependência dos idosos

| Itens                 | Dependência importante |      | Dependência parcial |      | Independência |      | Total |      |
|-----------------------|------------------------|------|---------------------|------|---------------|------|-------|------|
|                       | M                      | dp   | M                   | Dp   | M             | dp   | M     | Dp   |
| DG (Geral)            | 42,3                   | 23,0 | 55,7                | 24,9 | 61,7          | 22,7 | 56,2  | 24,4 |
| D1 (Físico)           | 33,8                   | 17,9 | 43,8                | 19,1 | 61,2          | 18,1 | 50,6  | 21,4 |
| D2 (Psicológico)      | 48,9                   | 24,0 | 56,2                | 19,5 | 68,2          | 19,9 | 60,8  | 21,9 |
| D3 (Relações sociais) | 67,7                   | 14,6 | 70,5                | 13,1 | 74,0          | 10,6 | 71,7  | 12,4 |
| D4 (Ambiente)         | 72,2                   | 14,8 | 78,1                | 11,0 | 81,3          | 11,4 | 78,6  | 12,5 |

Conforme visto anteriormente quando do teste de *Kolmogorov-Smirnov*, o tipo de teste a efetuar com o instrumento de qualidade de vida deve ser não paramétrico. Uma vez que a variável relativa à classificação quanto à dependência dos idosos, obtida a partir do Índice de Katz, tem três estados foi aplicado o teste de *Kruskal-Wallis*, que é aplicado a variáveis de nível pelo menos ordinal e é também uma alternativa ao *One-Way-Anova*. Este teste usa-se para testar a hipótese de igualdade no que se refere a um parâmetro de localização de três ou mais amostras (Marôco, 2011; Pestana & Gageiro, 2003). Após a determinação do tipo de teste a aplicar encontramos-nos em condições de responder à segunda hipótese de investigação.

**H<sub>2</sub>:** Existe relação entre a dependência dos idosos e a sua qualidade de vida.

A partir da Tabela 24 deduz-se que em todas as dimensões do instrumento de medida existem diferenças estatisticamente significativas entre os vários grupos de idosos. Os idosos com uma dependência importante são os que possuem médias de ordens mais baixas dos índices de qualidade de vida nas respetivas dimensões. Já os idosos classificados de independentes apresentam as médias de ordens mais altas dos índices de qualidade de vida nas respetivas dimensões.

**Tabela 24.**

Relação das dimensões do WHOQOL-Bref com dependência dos idosos

| Itens                 | Dependência importante | Dependência parcial | Independência | $\chi^2_{KW}$ | p      |
|-----------------------|------------------------|---------------------|---------------|---------------|--------|
|                       | Média Ordens           | Média Ordens        | Média Ordens  |               |        |
| DG (Geral)            | 56,58                  | 80,35               | 89,74         | 11,784        | 0,003  |
| D1 (Físico)           | 44,81                  | 64,56               | 103,60        | 44,350        | <0,001 |
| D2 (Psicológico)      | 58,27                  | 68,47               | 96,14         | 19,673        | <0,001 |
| D3 (Relações sociais) | 65,18                  | 77,55               | 88,11         | 6,450         | 0,040  |
| D4 (Ambiente)         | 59,52                  | 76,80               | 90,72         | 10,682        | 0,005  |

Conclui-se que esta hipótese é totalmente suportada. Quanto maior for a dependência do idoso menor é a sua qualidade de vida e quanto menor for a dependência do idoso, maior é a sua qualidade de vida. Também Almeida e Rodrigues (2008) e Ferreira (2009) referem que o nível de dependência na realização das atividades de vida diária influencia a qualidade de vida do idoso, estando diretamente correlacionados. Para Lemos e Medeiros (2006) a autonomia e a independência estão intimamente ligadas à qualidade de vida, sendo que uma das formas de verificar a qualidade de vida é avaliar o grau de autonomia e de independência com que os idosos desempenham as suas funções diárias. Iwarsson e Isacson (1997) referem que a acessibilidade e a incapacidade de realizar atividades afeta a avaliação da qualidade de vida dos idosos.

### 3.3.3. Qualidade de vida e tempo de permanência na estrutura residencial

Pretende-se saber se existe relação entre a qualidade de vida do idoso e o seu tempo de permanência na instituição. Neste ponto vamos considerar agrupar os idosos no que diz respeito à sua longevidade na estrutura residencial enquadrados em quatro grupos: os que se encontram na estrutura residencial há 1 ano ou menos, correspondendo a 33,1% da amostra, os que se encontram há mais de 1 ano e até 5 anos (48,8%), os que se encontram entre 5 a 10 anos (10,6%) e os que se encontram há mais de 10 anos na estrutura residencial (7,5%).

Os resultados normalizados dos vários componentes da escala da qualidade de vida (WHOQOL-Bref) relativamente ao tempo na estrutura residencial encontram-se representados na Tabela 25.

**Tabela 25.**

Estatística descritiva das dimensões do instrumento de medida WHOQOL-Bref relativamente ao tempo de permanência na estrutura residencial

| Itens                 | Há menos de 1 ano |      | Entre 1 e 5 anos |      | Entre 5 e 10 anos |      | Há mais de 10 anos |      | Total |      |
|-----------------------|-------------------|------|------------------|------|-------------------|------|--------------------|------|-------|------|
|                       | M                 | dp   | M                | Dp   | M                 | Dp   | M                  | Dp   | M     | dp   |
| DG (Geral)            | 52,8              | 23,7 | 56,9             | 27,0 | 59,6              | 19,0 | 61,5               | 14,6 | 56,2  | 24,4 |
| D1 (Físico)           | 50,7              | 21,6 | 50,1             | 21,4 | 50,0              | 22,8 | 54,8               | 21,3 | 50,6  | 21,4 |
| D2 (Psicológico)      | 60,1              | 21,1 | 60,9             | 24,0 | 62,0              | 20,6 | 61,8               | 13,9 | 60,8  | 21,9 |
| D3 (Relações sociais) | 71,5              | 13,5 | 72,7             | 11,5 | 69,6              | 13,5 | 69,4               | 11,4 | 71,7  | 12,4 |
| D4 (Ambiente)         | 76,4              | 13,2 | 80,1             | 12,4 | 78,3              | 11,5 | 78,9               | 10,9 | 78,6  | 12,5 |

Como a variável relativa ao tempo na estrutura residencial possui quatro estados, foi utilizado o teste de *Kruskal-Wallis* que é aplicado a variáveis de nível pelo menos ordinal e é

também uma alternativa ao *One-Way-Anova*. Após a determinação do tipo de teste a aplicar encontramos-nos em condições de responder à terceira hipótese de investigação.

**H<sub>3</sub>:** Existe relação entre o tempo de permanência dos idosos na estrutura residencial para idosos e a sua qualidade de vida.

Através da análise da Tabela 26 constata-se que não existe significância estatística em nenhuma das dimensões da qualidade de vida nem para a qualidade de vida em geral ( $p > 0,050$ ).

**Tabela 26.**

Relação das dimensões do instrumento de medida WHOQOL-Bref relativamente ao tempo na estrutura residencial (teste de *Kruskal-Wallis*)

| Itens                 | Há menos de 1 ano | Entre 1 e 5 anos | Entre 5 e 10 anos | Há mais de 10 anos | $\chi^2_{kw}$ | <i>p</i> |
|-----------------------|-------------------|------------------|-------------------|--------------------|---------------|----------|
|                       | Média Ordens      | Média Ordens     | Média Ordens      | Média Ordens       |               |          |
| DG (Geral)            | 73,68             | 81,78            | 87,12             | 92,92              | 2,480         | 0,479    |
| D1 (Físico)           | 79,54             | 79,59            | 80,79             | 90,25              | 0,587         | 0,899    |
| D2 (Psicológico)      | 76,99             | 82,60            | 82,59             | 79,42              | 0,507         | 0,917    |
| D3 (Relações sociais) | 79,98             | 83,93            | 72,85             | 71,33              | 1,528         | 0,676    |
| D4 (Ambiente)         | 72,68             | 86,42            | 78,09             | 80,00              | 2,849         | 0,415    |

Pode então concluir-se que esta hipótese não é suportada. Na revisão da literatura efetuada não foram encontrados estudos que respondessem a esta questão.

### 3.4. Avaliação do grau de satisfação

No que diz respeito à dimensão dos fatores tangíveis, o grau de satisfação da generalidade dos idosos da amostra oscila entre os 4,9 e os 4,8 pontos de média com a maior pontuação atribuída nas questões “1.2 – Limpeza e arrumação das instalações”, “1.3 – Facilidade de acesso, circulação e movimentação nas instalações”, “1.4 – Estado de conservação dos equipamentos”, “1.6 – Segurança e conforto dos transportes” e “1.7 - Apresentação e imagem dos colaboradores”.

Na dimensão da fiabilidade, o maior grau de satisfação foi atribuído ao item “2.5 - Informação de como aceder a outros serviços que a organização disponibiliza” ( $4,7 \pm 0,7$ ), na “2.6 - Confiança na capacidade da organização para ajudar a resolver os seus problemas/questões” ( $4,5 \pm 0,9$ ) e na “2.1 - Participação no planeamento dos serviços que lhe são prestados” ( $4,2 \pm 1,0$ ).

Os itens da dimensão capacidade de resposta oscilam entre os 4,9 e os 3,1 com os itens associados a um maior grau de satisfação a serem o “3.3 - Apoio nos cuidados de higiene e imagem de que precisa” (4,9±0,5), “3.5 - Apoio na realização das suas atividades pessoais” (4,8±0,6) e “3.4 - Apoio nos cuidados de saúde de que precisa” (4,7±0,8) e o menos satisfatório o item “3.7 - Diversidade e quantidade das atividades ocupacionais e de desenvolvimento pessoal disponibilizadas” (3,1±1,3).

No que diz respeito à dimensão da confiança e segurança, os itens que apresentam o maior grau de satisfação são “4.2 - Cumprimento dos seus direitos por parte de todos os colaboradores” e “4.3 - Forma como a organização assegura a confidencialidade dos seus dados pessoais”, com uma média de 4,9 e um desvio padrão de 0,4. O item com um menor grau de satisfação, embora muito elevado, foi o “4.1 - Sistemas de segurança contra roubo, incêndio e intrusão” (4,7±0,9).

Por último, na dimensão empatia, o grau de satisfação mais elevado foi atribuído ao item “5.4 - Disponibilidade dos colaboradores para ouvirem e apoiarem a resolução dos seus problemas pessoais” (4,7±0,7) e ao item “5.3 - Nível de informação sobre mudanças/alterações na organização” (4,6±0,8).

Na generalidade, o grau de satisfação dos idosos da amostra apresentou uma média de 4,2 e um desvio padrão de 1,0.

Desta forma, infere-se que os idosos dão mais valor ao meio ambiente em que estão inseridos, aliado ao relacionamento com os outros e à confiança depositada neles. Estas conclusões vão de encontro às de outros autores. Barros (2011) evidencia que é nos domínios de relações de amizade, intimidade, familiares e atividades sociais que os idosos possuem maior grau de satisfação. Refere ainda que os participantes do seu estudo demonstraram uma maior satisfação com as amizades, em relação à perceção que possuem da existência de intimidade. Darton (2011) chegou à conclusão que os utentes valorizam a ajuda que recebem dos colaboradores. Também Bamford e Bruce (2000) referem que a confiança depositada nos colaboradores é muito importante para os utentes. Para os idosos que recebem cuidados o controlo tem menos a ver com a gestão deles próprios e mais a ver com o controlo sobre a delegação dos seus cuidados e responsabilidades (Bamford & Bruce 2000), demonstrando a importância que os idosos dão à confiança nos outros. Assim, o grau de satisfação está relacionado com a qualidade do ambiente (Croucher et al., 2006)

**Tabela 27.**

Estatística descritiva dos itens do instrumento de medida de avaliação do grau de satisfação dos clientes

| Itens  | Gerontólogo |     | Não Gerontólogo |     | Total |     |
|--|-------------|-----|-----------------|-----|-------|-----|
|  | M           | Dp  | M               | Dp  | M     | dp  |
| <b>1. Fatores Tangíveis</b>  |             |     |                 |     |       |     |
| 1.1 - Estado de conservação dos edifícios  | 5,0         | 0,1 | 4,7             | 0,6 | 4,8   | 0,4 |
| 1.2 - Limpeza e arrumação das instalações  | 5,0         | 0,2 | 4,8             | 0,4 | 4,9   | 0,3 |
| 1.3 - Facilidade de acesso, circulação e movimentação nas instalações  | 5,0         | 0,3 | 4,7             | 0,6 | 4,9   | 0,4 |
| 1.4 - Estado de conservação dos equipamentos   | 5,0         | 0,2 | 4,8             | 0,5 | 4,9   | 0,4 |
| 1.5 - Conforto e adequação das instalações   | 4,9         | 0,5 | 4,6             | 0,8 | 4,8   | 0,7 |
| 1.6 - Segurança e conforto dos transportes   | 5,0         | 0,1 | 4,9             | 0,4 | 4,9   | 0,3 |
| 1.7 - Apresentação e imagem dos colaboradores  | 4,9         | 0,2 | 4,8             | 0,4 | 4,9   | 0,3 |
| <b>2. Fiabilidade</b>  |             |     |                 |     |       |     |
| 2.1 - Participação no planeamento dos serviços que lhe são prestados   | 4,7         | 0,7 | 3,8             | 1,1 | 4,2   | 1,0 |
| 2.2 - Planeamento, organização e execução dos serviços e atividades ocupacionais e de desenvolvimento pessoal                                | 3,4         | 1,3 | 3,2             | 1,2 | 3,3   | 1,2 |
| 2.3 - Informação sobre o Regulamento e regras de funcionamento   | 4,1         | 1,1 | 3,8             | 1,2 | 4,0   | 1,2 |
| 2.4 - Informação e participação na elaboração do seu plano individual  | 4,4         | 0,9 | 3,4             | 0,9 | 3,9   | 1,1 |
| 2.5 - Informação de como aceder a outros serviços que a organização disponibiliza  | 4,9         | 0,4 | 4,5             | 0,9 | 4,7   | 0,7 |
| 2.6 - Confiança na capacidade da organização para ajudar a resolver os seus problemas/questões   | 4,8         | 0,6 | 4,2             | 1,1 | 4,5   | 0,9 |
| <b>3. Capacidade de Resposta</b>   |             |     |                 |     |       |     |
| 3.1 - Modo/Desempenho como os colaboradores prestam os serviços  | 4,8         | 0,5 | 4,5             | 0,9 | 4,7   | 0,7 |
| 3.2 - Adequação das refeições aos seus gostos e necessidades   | 4,0         | 1,1 | 3,4             | 1,4 | 3,7   | 1,3 |
| 3.3 - Apoio nos cuidados de higiene e imagem de que precisa  | 4,9         | 0,3 | 4,8             | 0,6 | 4,9   | 0,5 |
| 3.4 - Apoio nos cuidados de saúde de que precisa   | 4,9         | 0,3 | 4,4             | 1,0 | 4,7   | 0,8 |
| 3.5 - Apoio na realização das suas atividades pessoais   | 4,9         | 0,3 | 4,6             | 0,9 | 4,8   | 0,6 |
| 3.6 - Adequação das atividades ocupacionais e de desenvolvimento pessoal aos seus interesses e necessidades                                  | 3,6         | 1,3 | 3,3             | 1,2 | 3,4   | 1,3 |
| 3.7 - Diversidade e quantidade das atividades ocupacionais e de desenvolvimento pessoal disponibilizadas                                     | 3,3         | 1,3 | 3,0             | 1,2 | 3,1   | 1,3 |
| 3.8 - Disponibilidade dos colaboradores sempre que precisa do seu apoio  | 4,9         | 0,3 | 4,4             | 1,0 | 4,7   | 0,8 |
| <b>4. Confiança e Segurança</b>  |             |     |                 |     |       |     |
| 4.1 - Sistemas de segurança contra roubo, incêndio e intrusão  | 4,7         | 0,7 | 4,6             | 1,0 | 4,7   | 0,9 |
| 4.2 - Cumprimento dos seus direitos por parte de todos os colaboradores  | 5,0         | 0,1 | 4,8             | 0,5 | 4,9   | 0,4 |
| 4.3 - Forma como a organização assegura a confidencialidade dos seus dados pessoais  | 5,0         | 0,1 | 4,8             | 0,5 | 4,9   | 0,4 |
| 4.4 - Simpatia, educação e atenção dos colaboradores   | 5,0         | 0,2 | 4,6             | 0,8 | 4,8   | 0,6 |
| 4.5 - Esclarecimento e informação prestada pelos colaboradores sempre que precisa  | 5,0         | 0,1 | 4,6             | 0,8 | 4,8   | 0,6 |
| 4.6 - Respeito da organização pelas suas decisões e opções   | 5,0         | 0,2 | 4,7             | 0,6 | 4,8   | 0,5 |
| 4.7 - Forma como os colaboradores cumprem o seu plano individual (higiene pessoal, medicamentos, atividades ocupacionais, etc.)              | 4,9         | 0,4 | 4,6             | 0,8 | 4,8   | 0,6 |
| <b>5. Empatia</b>  |             |     |                 |     |       |     |
| 5.1 - Tratamento e encaminhamento das reclamações dos clientes   | 3,6         | 1,5 | 3,0             | 1,4 | 3,3   | 1,4 |
| 5.2 - Respeito e consideração da organização pelas sugestões dos clientes  | 4,7         | 0,8 | 3,2             | 1,2 | 4,0   | 1,2 |
| 5.3 - Nível de informação sobre mudanças/alterações na organização   | 4,9         | 0,5 | 4,3             | 1,1 | 4,6   | 0,8 |
| 5.4 - Disponibilidade dos colaboradores para ouvirem e apoiarem a resolução dos seus problemas pessoais                                      | 4,9         | 0,3 | 4,5             | 0,9 | 4,7   | 0,7 |
| 5.5 - Apoio dos colaboradores na sua dimensão e motivação para realizar e participar em atividades ocupacionais e de desenvolvimento pessoal | 3,9         | 1,1 | 3,6             | 1,2 | 3,8   | 1,2 |
| <b>Satisfação na Generalidade</b>  |             |     |                 |     |       |     |
| 6 - De uma forma geral, qual é o seu grau de satisfação com a organização?   | 4,4         | 0,7 | 3,9             | 1,1 | 4,2   | 1,0 |

Com a *summated scale* criada, os valores obtidos por cada um dos elementos da escala já convertidos para o intervalo de 0 a 100 estão representados na Tabela 28, sendo possível inferir que para a totalidade da amostra as dimensões fatores tangíveis ( $96,6 \pm 8,0$ ) e confiança

e segurança (95,2±10,0) foram as mais valorizadas, sendo as menos valorizadas a fiabilidade” (77,8±18,0) e capacidade de resposta (78,8±15,5).

**Tabela 28.**

Valores obtidos nas dimensões do instrumento de medida de avaliação do grau satisfação dos clientes

| Itens                      | Gerontólogo |      | Não Gerontólogo |      | Total |      |
|----------------------------|-------------|------|-----------------|------|-------|------|
|                            | M           | Dp   | M               | Dp   | M     | Dp   |
| 1. Fatores tangíveis       | 98,8        | 5,4  | 94,0            | 9,6  | 96,6  | 8,0  |
| 2. Fiabilidade             | 85,0        | 14,2 | 69,7            | 18,5 | 77,8  | 18,0 |
| 3. Capacidade de resposta  | 83,6        | 11,2 | 73,3            | 17,8 | 78,8  | 15,5 |
| 4. Confiança e segurança   | 98,4        | 4,3  | 91,6            | 13,1 | 95,2  | 10,0 |
| 5. Empatia                 | 89,6        | 11,8 | 77,5            | 21,4 | 83,9  | 18,0 |
| Satisfação na generalidade | 86,2        | 18,7 | 73,7            | 27,5 | 80,3  | 24,0 |

De seguida proceder-se-á à comparação do grau de satisfação dos idosos em várias vertentes, nomeadamente nas estruturas residenciais com e sem gerontólogos, no seu grau de dependência e quanto ao tempo que estes residem na respetiva estrutura residencial.

De forma análoga ao ponto anterior, para aferir qual o tipo de teste a aplicar sobre as variáveis que representam as dimensões da escala de avaliação do grau de satisfação, se testes paramétricos ou se não paramétricos, foi necessário verificar os pressupostos dos testes estatísticos paramétricos, nomeadamente através da aplicação do teste de *Kolmogorov-Smirnov* com correção de Lilliefors, para análise da normalidade da distribuição e o teste de *Levene*, para a homogeneidade da variância (Marôco, 2011).

Aplicado o teste de *Kolmogorov-Smirnov* (Tabela 29), verificou-se que todos os índices seguem uma distribuição não normal, pelo que deverão ser utilizados testes não paramétricos.

**Tabela 29.**

Teste de *Kolmogorov-Smirnov* com correção de Lilliefors dos componentes da escala de avaliação do grau de satisfação

| Variável                   | <i>Kolmogorov-Smirnov</i> | <i>p</i> |
|----------------------------|---------------------------|----------|
| 1. Fatores tangíveis       | 0,417                     | <0,001   |
| 2. Fiabilidade             | 0,112                     | <0,001   |
| 3. Capacidade de resposta  | 0,126                     | <0,001   |
| 4. Confiança e segurança   | 0,366                     | <0,001   |
| 5. Empatia                 | 0,186                     | <0,001   |
| Satisfação na generalidade | 0,300                     | <0,001   |

### 3.4.1. Avaliação do grau de satisfação e existência de gerontólogo

Uma vez que a variável relativa à existência de um gerontólogo na estrutura residencial só tem dois estados, foi aplicado o teste de *Mann-Whitney*. Após a determinação do tipo de teste a aplicar encontramos-nos em condições de responder à quarta questão de investigação.

**H<sub>4</sub>:** Existe relação entre a existência de um gerontólogo em cargos de chefia em estruturas residenciais para idosos e o grau de satisfação dos idosos.

A partir da Tabela 30 é possível inferir que todas as dimensões da satisfação apresentaram diferenças estatisticamente significativas entre os idosos em estruturas residenciais com gerontólogos relativamente aos que se encontram em estruturas residenciais sem gerontólogos, com os primeiros a apresentarem médias de ordens significativamente superiores relativamente aos que não têm gerontólogos nas suas estruturas residenciais.

**Tabela 30.**

Relação das dimensões da escala de avaliação do grau de satisfação com a existência ou não de um gerontólogo na estrutura residencial (teste de *Mann-Whitney*)

| Itens                      | Gerontólogo  | Não Gerontólogo | U      | W      | p      |
|----------------------------|--------------|-----------------|--------|--------|--------|
|                            | Média Ordens | Média Ordens    |        |        |        |
| 1. Fatores tangíveis       | 92,37        | 67,05           | 2178,5 | 5028,5 | <0,001 |
| 2. Fiabilidade             | 98,92        | 59,62           | 1621,5 | 4471,5 | <0,001 |
| 3. Capacidade de resposta  | 92,99        | 66,35           | 2126   | 4976   | <0,001 |
| 4. Confiança e segurança   | 90,89        | 68,72           | 2304   | 5154   | <0,001 |
| 5. Empatia                 | 92,44        | 66,97           | 2173   | 5023   | <0,001 |
| Satisfação na generalidade | 89,74        | 70,03           | 2402   | 5252   | 0,003  |

Verifica-se que a hipótese é totalmente suportada, uma vez que esta influência se verifica em todas as dimensões da satisfação. Assim, a presença de um gerontólogo como gestor influencia positivamente o grau de satisfação dos idosos residentes em estruturas residenciais.

Através da bibliografia consultada pode verificar-se que os resultados obtidos corroboram os resultados de outros autores. F. Pereira e Pimentel (2012) evidenciam que o gerontólogo está capacitado para liderar equipas multidisciplinares. Também Vara (2012) refere que o gerontólogo intervém ao nível da avaliação multidimensional do idoso, no respetivo planeamento junto da equipa multidisciplinar e na execução dos cuidados, desenvolvendo competências de gestão a nível organizacional, de recursos humanos, de

formação e de coordenação de equipas, indo de encontro à individualidade do idoso e, portanto, às suas necessidades e expectativas.

Martín e Alvarelhão (2010) são de opinião que o gerontólogo assume as vertentes de administração e gestão da instituição, consultoria gerontológica, intervenção e negligência e maus-tratos, gestão de casos e gestão de equipamentos. F. Pereira e colaboradores (2012) concluíram que o gerontólogo possui capacidade para produzir pareceres técnicos sobre equipamentos e elevadas competências ao nível da comunicação com os idosos.

### 3.4.2. Avaliação do grau de satisfação e dependência

Pretende-se responder se existe relação entre a dependência do idoso e a sua satisfação. Os resultados normalizados dos vários componentes da escala de avaliação do grau de satisfação relativamente à classificação de dependência estão refletidos na Tabela 31. Como se verifica, os 31 idosos com uma dependência importante são os que possuem médias mais baixas dos índices de satisfação nas respetivas dimensões. Os 81 idosos classificados de independentes apresentaram valores similares aos dos idosos classificados com uma dependência parcial, obtendo mesmo médias ligeiramente mais baixas dos índices de grau de satisfação nas dimensões “1. Fatores Tangíveis”, “2. Fiabilidade”, “4. Confiança e Segurança” e “5. Empatia”.

**Tabela 31.**

Estatística descritiva das dimensões do instrumento de medida do grau de satisfação relativamente ao grau de dependência

| Itens                      | Dependência importante |      | Dependência parcial |      | Independência |      | Total |      |
|----------------------------|------------------------|------|---------------------|------|---------------|------|-------|------|
|                            | M                      | Dp   | M                   | Dp   | M             | dp   | M     | dp   |
| 1. Fatores tangíveis       | 95,8                   | 10,0 | 97,9                | 5,0  | 96,1          | 8,5  | 96,6  | 8,0  |
| 2. Fiabilidade             | 71,7                   | 15,5 | 79,9                | 16,6 | 78,9          | 19,3 | 77,8  | 18,0 |
| 3. Capacidade de resposta  | 71,2                   | 16,5 | 79,6                | 13,5 | 81,2          | 15,4 | 78,8  | 15,5 |
| 4. Confiança e segurança   | 92,9                   | 11,5 | 97,7                | 6,9  | 94,6          | 10,8 | 95,2  | 10,0 |
| 5. Empatia                 | 77,7                   | 20,2 | 86,8                | 14,1 | 84,6          | 18,8 | 83,9  | 18,0 |
| Satisfação na generalidade | 73,4                   | 21,3 | 81,8                | 21,7 | 82,1          | 26,0 | 80,3  | 24,0 |

Como verificámos anteriormente aquando do teste de *Kolmogorov-Smirnov*, o tipo de teste a efetuar com o instrumento da satisfação deve ser não paramétrico. Uma vez que a variável relativa à classificação da dependência dos idosos, obtida a partir do índice de Katz, tem três estados foi aplicado o teste de *Kruskal-Wallis*, que é aplicado a variáveis de nível pelo menos ordinal e é também uma alternativa ao *One-Way-Anova*. Após a determinação do

tipo de teste a aplicar encontramos-nos em condições de responder à quinta hipótese de investigação.

**H<sub>5</sub>:** Existe relação entre a dependência dos idosos e o seu grau de satisfação.

A partir da Tabela 32 é possível conhecer em três das dimensões da satisfação (“2. Fiabilidade”, “3. Capacidade de Resposta” e “4. Confiança e Segurança”) diferenças estatisticamente significativas entre os três grupos de idosos, com o grupo com uma dependência importante a apresentar as médias de ordens mais inferiores relativamente aos restantes grupos. De salientar que para as questões da satisfação na generalidade as diferenças dos grupos estão no limiar da significância com  $p=0,051$ . Das dimensões referidas o comportamento é análogo ao verificado aquando da qualidade de vida, com o grupo com uma dependência importante a apresentar as médias de ordens mais baixas e o grupo dos classificados como independentes a apresentarem as médias de ordens mais elevadas, com uma exceção, a da dimensão “4. Confiança e Segurança” com o grupo dos idosos parcialmente dependentes a obterem médias de ordens mais elevadas que os independentes.

**Tabela 32.**

Relação das dimensões da escala de avaliação do grau de satisfação com o tipo de dependência do idoso (teste de *Kruskal-Wallis*)

| Itens                      | Dependência importante<br>Média Ordens | Dependência parcial<br>Média Ordens | Independência<br>Média Ordens | $\chi^2_{KW}$ | <i>p</i> |
|----------------------------|--|-------------------------------------|-------------------------------|---------------|----------|
| 1. Fatores tangíveis       | 79,37                                  | 83,17                               | 79,35                         | 0,393         | 0,822    |
| 2. Fiabilidade             | 61,97                                  | 84,80                               | 85,04                         | 6,214         | 0,045    |
| 3. Capacidade de resposta  | 57,50                                  | 81,35                               | 88,80                         | 10,313        | 0,006    |
| 4. Confiança e segurança   | 67,63                                  | 90,51                               | 79,49                         | 6,843         | 0,033    |
| 5. Empatia                 | 65,58                                  | 84,35                               | 83,93                         | 4,237         | 0,120    |
| Satisfação na generalidade | 64,16                                  | 81,73                               | 86,02                         | 5,958         | 0,051    |

A hipótese é parcialmente suportada uma vez que esta influência se verifica apenas em algumas das dimensões da satisfação. A dependência influencia diretamente a avaliação do grau de satisfação dos idosos nas dimensões referidas, sendo que os idosos menos dependentes possuem um grau de satisfação maior. Barros (2011) concluiu que a satisfação com as relações influencia a capacidade funcional, uma vez que as amizades influenciam o incentivo para novas experiências e atividades, contribuindo para atenuar a dependência.

### 3.4.3. Avaliação do grau de satisfação e tempo de permanência na estrutura residencial

Pretende-se responder se existe relação entre o grau de satisfação do idoso e o tempo em que este reside na instituição. Os resultados normalizados dos vários componentes da escala de avaliação do grau de satisfação relativamente ao tempo na estrutura residencial encontram-se representados na Tabela 33.

**Tabela 33.**

Estatística descritiva das dimensões do instrumento de medida de avaliação do grau de satisfação relativamente ao tempo na estrutura residencial

| Itens                      | Há menos de 1 ano |      | Entre 1 e 5 anos |      | Entre 5 e 10 anos |      | Há mais de 10 anos |      | Total |      |
|----------------------------|-------------------|------|------------------|------|-------------------|------|--------------------|------|-------|------|
|                            | M                 | Dp   | M                | Dp   | M                 | Dp   | M                  | dp   | M     | dp   |
| 1. Fatores tangíveis       | 97,2              | 6,2  | 96,7             | 8,5  | 95,1              | 9,8  | 94,8               | 9,1  | 96,6  | 8,0  |
| 2. Fiabilidade             | 72,4              | 15,8 | 80,6             | 19,5 | 83,5              | 15,8 | 75,7               | 14,3 | 77,8  | 18,0 |
| 3. Capacidade de resposta  | 77,8              | 14,0 | 80,4             | 16,5 | 77,1              | 16,3 | 74,6               | 13,7 | 78,8  | 15,5 |
| 4. Confiança e segurança   | 94,8              | 9,3  | 95,6             | 10,1 | 94,1              | 13,3 | 95,5               | 8,8  | 95,2  | 10,0 |
| 5. Empatia                 | 81,8              | 16,1 | 85,9             | 19,5 | 82,4              | 17,4 | 82,6               | 17,2 | 83,9  | 18,0 |
| Satisfação na generalidade | 76,9              | 25,9 | 83,0             | 22,2 | 76,5              | 27,2 | 83,3               | 22,2 | 80,3  | 24,0 |

Como a variável relativa ao tempo na estrutura residencial possui quatro estados foi aplicado o teste de *Kruskal-Wallis*. Após a determinação do tipo de teste a aplicar encontramos-nos em condições de responder à sexta hipótese de investigação.

**H<sub>6</sub>:** Existe relação entre o tempo de permanência dos idosos em estruturas residenciais para idosos e o seu grau de satisfação.

Pela análise da Tabela 34 verifica-se que apenas existe significância estatística na dimensão da Fiabilidade ( $\chi^2_{KW}=12,660$ ;  $p=0,005$ ). No entanto, nesta dimensão, o grupo onde a média de ordens é mais elevada é “5 a 10 anos”, seguido do grupo entre 1 a 5 anos, sendo o grupo que apresenta a média de ordens mais baixa, o que se encontra há menos de um ano na estrutura residencial (63,76).

**Tabela 34.**

Relação das dimensões do instrumento de medida de avaliação do grau de satisfação relativamente ao tempo na estrutura residencial (teste de *Kruskal-Wallis*)

| Itens                      | Há menos de 1 ano | Entre 1 e 5 anos | Entre 5 e 10 anos | Há mais de 10 anos | $\chi^2_{KW}$ | p     |
|----------------------------|-------------------|------------------|-------------------|--------------------|---------------|-------|
|                            | Média Ordens      | Média Ordens     | Média Ordens      | Média Ordens       |               |       |
| 1. Fatores tangíveis       | 79,01             | 83,68            | 76,41             | 72,21              | 1,625         | 0,654 |
| 2. Fiabilidade             | 63,76             | 89,96            | 95,88             | 71,13              | 12,660        | 0,005 |
| 3. Capacidade de resposta  | 75,64             | 87,62            | 74,85             | 63,71              | 4,276         | 0,233 |
| 4. Confiança e segurança   | 74,75             | 83,54            | 85,26             | 79,42              | 1,962         | 0,580 |
| 5. Empatia                 | 71,79             | 89,14            | 72,21             | 74,54              | 5,659         | 0,129 |
| Satisfação na generalidade | 74,46             | 85,26            | 74,03             | 85,42              | 2,587         | 0,460 |

Conclui-se que esta hipótese apenas se verifica parcialmente, uma vez que apenas existem diferenças significativas na dimensão da fiabilidade. Assim, existe relação entre o tempo de permanência do idoso na estrutura residencial para idosos e o seu grau de satisfação relativamente à dimensão “fiabilidade”. O tempo de permanência na estrutura residencial de menos de 1 ano e mais de 10 anos influencia o grau de satisfação dos idosos, demonstrando graus de satisfação mais baixos, corroborando os resultados de Sequeira (2010).



## **CAPÍTULO IV**

### **Conclusões e Reflexões Gerais**



Este capítulo é dedicado à apresentação das principais conclusões obtidas através da investigação realizada, bem como a uma reflexão acerca da temática em estudo. Referencia ainda as principais limitações do estudo e sugestões para investigações futuras.

De forma a promover um envelhecimento bem sucedido, é importante que as estruturas residenciais para idosos se revejam como um lar para eles. O lar é associado a conceitos positivos, tais como família, carinho e tranquilidade. Nesta perspetiva, é essencial que os dirigentes e gestores das estruturas residenciais, bem como todo o pessoal que nelas trabalha, procurem alternativas que vão de encontro às necessidades pessoais do idoso. Não existem duas pessoas exatamente iguais, pelo que as medidas adotadas têm, por um lado, que ser dirigidas a todos os utentes de forma geral. Por outro lado, devem ser tomadas medidas que promovam a diferenciação e a individualidade de cada um, numa perspetiva holística da pessoa idosa.

Assim, considera-se que o tema é pertinente e inovador e que é de interesse não só para os gerontólogos, mas para todos os profissionais que trabalham com as pessoas idosas, nomeadamente em estruturas residenciais para idosos. A avaliação da qualidade de vida e do grau de satisfação dos idosos revela-se como uma mais valia para as instituições, no sentido em que se podem detetar oportunidades de melhoria para a organização e apresentar dados importantes acerca do estado global dos indivíduos, numa perspetiva biopsicossocial.

Os dados obtidos através desta investigação permitiram-nos concluir que existe relação entre a dependência do idoso e a sua qualidade de vida. Verificou-se que as ABVD com maior grau de dependência são, por ordem decrescente: tomar banho, vestir, continência, mobilidade, utilização do WC e alimentação. Foi ainda comprovada a relação entre a dependência do idoso e o seu grau de satisfação nas dimensões fiabilidade, capacidade de resposta e confiança e segurança. Assim, quanto maior for a dependência do idoso menor é a sua qualidade de vida e o seu grau de satisfação.

Os resultados demonstram que o maior número de idosos dependentes se encontra em estruturas residenciais geridas por gerontólogos. Podemos concluir que as instituições com maior número de idosos dependentes empregam gerontólogos. Tal deve-se ao facto de o gerontólogo possuir conhecimentos na área da saúde, fator essencial para a realização do seu trabalho enquanto gestor face ao grau de dependência dos seus clientes.

Relativamente à relação entre o tempo de permanência do idoso na estrutura residencial e o seu grau de satisfação, podemos concluir que o tempo de permanência influencia a dimensão fiabilidade do grau de satisfação. Os idosos residentes na instituição há menos de um ano e há mais de 10 anos possuem um grau de satisfação mais baixo. Estes resultados podem ser explicados devido ao facto dos idosos residentes há menos de um ano não se encontrarem completamente ambientados ao meio institucional e, como tal, não participarem na tomada de decisões. Em relação aos idosos residentes há mais de 10 anos, podemos concluir que se encontram novamente numa fase de inadaptabilidade, provocada pelo acentuar do tempo de permanência na instituição.

Por sua vez, a relação entre o tempo de permanência do idoso na estrutura residencial e a sua qualidade de vida não foi comprovada, uma vez que não existe significância estatística em nenhuma das dimensões da qualidade de vida nem para a qualidade de vida em geral. Para além deste facto, não foram encontrados estudos acerca desta temática.

Os idosos residentes em estruturas residenciais geridas por gerontólogos são mais acompanhados pelos familiares e amigos e possuem melhor relacionamento com os seus familiares, outros clientes e funcionários. Estes resultados inferem que os gerontólogos consideram os relacionamentos sociais importantes, não só dentro do meio institucional, mas também fora da instituição, mantendo o relacionamento entre idoso-família. Desta forma, os familiares dos idosos tendem a procurar instituições geridas por gerontólogos, tendo em consideração um ambiente familiar que disponha de cuidados, convivência e companhia para os idosos.

Chegou-se também à conclusão que a presença do gerontólogo interfere na qualidade de vida dos idosos, relativamente ao ambiente e às relações sociais. Relativamente ao grau de satisfação dos idosos, os resultados dos questionários são superiores na totalidade das dimensões nas estruturas residenciais geridas por gerontólogos, provando a relação entre a existência do gerontólogo e o grau de satisfação dos idosos. Estes resultados permitem-nos compreender a importância da presença do gerontólogo em cargos de gestão.

Neste sentido, os gerontólogos enquanto gestores consideram de extrema importância os relacionamentos sociais para o bem-estar e qualidade de vida dos idosos. Direccionam o seu modelo de gestão para a qualidade do meio ambiente, tendo presente que a estrutura residencial se deve rever como um lar para o idoso. Este facto pode ser percebido através dos resultados obtidos: o domínio onde se obteve maior pontuação relativamente à qualidade de

vida foi o ambiente; as dimensões mais pontuadas relativamente ao grau de satisfação foram os fatores tangíveis, a confiança e segurança e a empatia. Nesta perspetiva, verifica-se que as perdas decorrentes do processo de senescência podem ser minimizadas pelo ambiente em que o idoso está inserido e pelas suas relações sociais.

Fazendo uma retrospectiva de todo o saber adquirido ao longo desta investigação, conclui-se que o gerontólogo possui um valor acrescido como gestor nas estruturas residenciais para idosos. Os seus conhecimentos específicos na área do envelhecimento e do idoso, nas áreas de gestão organizacional, de recursos humanos e de equipamentos, aliados à sensibilidade em relação ao idoso como um ser único, fazem deste um profissional diferenciado na área do envelhecimento e das pessoas idosas. Assim, enquanto gestor de organizações, o gerontólogo direciona o seu trabalho numa perspetiva social (relacionamento com familiares, amigos, clientes e funcionários; meio ambiente familiar), psicológica e de saúde, tendo sempre em consideração a gestão da organização como um todo.

Considera-se que, apesar do papel fundamental que o gerontólogo possui para as organizações, existe ainda um longo caminho a percorrer de forma a que se torne num profissional cada vez mais especializado no que toca aos cuidados gerontológicos e que seja reconhecido como tal.

Consideramos que o estudo apresentou as seguintes limitações:

- Nenhuma bibliografia sobre o instrumento de recolha de dados da avaliação da satisfação dos clientes utilizado neste estudo;
- Escassa bibliografia sobre o tema da avaliação da satisfação dos clientes em estruturas residenciais para idosos;
- Escassa bibliografia acerca da importância do trabalho do gerontólogo como gestor em estruturas residenciais para idosos;
- Escassa bibliografia acerca da importância do tempo de permanência do idoso nas estruturas residenciais;
- Reduzida amostra, devido ao limitado número de gerontólogos dirigentes de estruturas residenciais para idosos e à dificuldade de aceitação para integrar o estudo das estruturas residenciais geridas por outros profissionais;
- O facto da amostra não ter sido feita de forma aleatória.

Apesar das limitações enunciadas, foi possível o desenvolvimento do estudo e a obtenção de conclusões válidas, atingindo os objetivos propostos e validando cinco hipóteses em estudo. Sugere-se que em investigações futuras se aumente a amostra e que a mesma seja feita de forma aleatória. Seria importante alterar a escala de avaliação do grau de satisfação dos clientes, uma vez que não existe nenhuma bibliografia acerca do instrumento utilizado.

## **REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS**



- Aires, M., Paz, A., & Perosa, C. (2006). O grau de dependência e características de pessoas idosas institucionalizadas. *Revista Brasileira de Ciências do Envelhecimento Humano*, 3 (2), 79-91. Retirado de <http://www.upf.br/seer/index.php/rbceh/article/view/79>
- Aires, M., Paz, A., & Perosa, C. (2009). Situação de saúde e grau de dependência de pessoas idosas institucionalizadas. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, 30 (3), 492-499. Retirado de <http://seer.ufrgs.br/index.php/RevistaGauchadeEnfermagem/article/view/8239/6996>
- Almeida, A., & Rodrigues, V. (2008). The quality of life of aged people living in homes for the aged. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 16 (6), 1025-1031. Retirado de [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S010411692008000600014](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010411692008000600014)
- Alonso, M., Sánchez, L., & Martínez, B. (2009). *Evaluación de la calidad de vida en personas mayores: La escala FUMAT*. Salamanca: Instituto Universitario de Integración en la Comunidad. Retirado de [http://sid.usal.es/idocs/F8/FDO23248/herramientas\\_4.pdf](http://sid.usal.es/idocs/F8/FDO23248/herramientas_4.pdf)
- Alves-Silva, J., Scorsolini-Comin, F., & Santos, M. (2013). Idosos em instituições de longa permanência: Desenvolvimento, condições de vida e saúde. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 26 (4), 820-830. Retirado de [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102-79722013000400023](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-79722013000400023)
- Anderson, J., Gerbing, D., & Hunter, J. (1987, nov). On the assessment of unidimensional measurement: Internal and external consistency and overall consistency criteria. *Journal of Marketing Research*, 24 (4), 432-437. Retrieved from [ww.jstor.org/discover/10.2307/3151392?uid=3738880&uid=2&uid=4&sid=21104811126187](http://www.jstor.org/discover/10.2307/3151392?uid=3738880&uid=2&uid=4&sid=21104811126187)
- Araújo, M., & Ceolim, M. (2007). Avaliação do grau de independência de idosos residentes em instituições de longa permanência. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 41 (3), 378-385. Retirado de <http://www.ee.usp.br/reeusp/upload/pdf/729.pdf>
- Aspinal, F., Addington-Hall, J., Hughes, R., & Higginson, I. (2003). Usingsing satisfaction to measure the quality of palliative care: A review of the literature. *Journal of Advanced Nursing*, 42 (4), 324-339. doi:10.1046/j.1365-2648.2003.02624.x
- Aznar, F., & Andreu, M. (2005). Calidad de vida de las personas mayores. In S. Hernandez & S. Martinez, *Gerontologia: Actualización, innovación y propuestas*. Madrid: Dykinson.
- Bamford, C., & Bruce, E. (2000). Defining the outcomes of community care: The perspectives of older people with dementia and their carers. *Ageing & Society*, 20 (5), 543-570. Retrieved from <http://www.journals.cup.org/action/displayAbstract?fromPage=online&aid=64045&fulltextType=RA&fileId=S0144686X99007898>
- Bandeira, M. (2012). *Dinâmicas demográficas e envelhecimento da população portuguesa: Evolução e perspectivas [Workshop]*. Fundação Francisco Manuel dos Santos, Instituto do Envelhecimento da Universidade de Lisboa, Lisboa. Retirado de <https://www.ffms.pt/estudo/20/as-dinamicas-do-envelhecimento#page-documents>
- Barros, F. (2011, dez.). *Bem-estar, suporte social e adaptação à institucionalização no idoso*. Centro Hospitalar do Barlavento Algarvio. Retirado de <http://www.chb.algarvio.min-saude.pt/NR/rdonlyres/B85D81E0-0C79-426E-9930-6CED2DFD0F7E/22470/Bemestar.pdf>

- Batista, R. (2010). *Qualidade percebida pelos utentes das IPSS de Oliveira do Hospital*. Dissertação de mestrado não publicada, Universidade de Aveiro, Departamento de Economia, Gestão e Engenharia Industrial, Aveiro. Retirado de <http://www.rcaap.pt/detail.jsp?locale=pt&id=oai:ria.ua.pt:10773/5180>
- Berger, L., & Mailloux-Poirier, D. (1995). Contexto dos cuidados em gerontologia. In L. Berger & D. Mailloux-Poirier, *Pessoas idosas. Uma abordagem global*. Lisboa: Lusodidacta.
- Berger-Schmitt, R., & Noll, H-H. (2000). *Conceptual frame work and structure of an european system of social indicators*. Eu Reporting Working Paper no. 9. Retrieved from [http://www.gesis.org/fileadmin/upload/dienstleistung/daten/soz\\_indikatoren/eusi/paper9.pdf](http://www.gesis.org/fileadmin/upload/dienstleistung/daten/soz_indikatoren/eusi/paper9.pdf)
- Boyle, G. (2004). Facilitating choice and control for older people in long-term care. *Health and Social in the Community*, 12 (3), 212-220. doi:10.1111/j.1365-2524.2004.00490.x
- Brêtas, A. (2003). Cuidadores de idosos e o sistema único de saúde. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 56 (3), 298-301. Retirado de <http://www.scielo.br/pdf/reben/v56n3/a16v56n3.pdf>
- Cabral, M., Ferreira, P., Silva, P., Jerónimo, P., & Marques, T. (2013). *Processos de envelhecimento em Portugal. Usos do tempo, redes sociais e condições de vida*. Lisboa: Fundação Francisco Manuel dos Santos. Retirado de <https://www.ffms.pt/upload/docs/4e326275-8ec4-4e10-8e5d-0dab9ad2657a.pdf>
- Camacho, A. (2002). A gerontologia e a interdisciplinaridade: Aspectos relevantes para a enfermagem. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 10 (2), 229-233. Retirado de <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v10n2/10519.pdf>
- Canavarro, M. (2010). Qualidade de vida: Significados e níveis de análise. In M. Canavarro & A.V. Serra, *Qualidade de vida e saúde: Uma abordagem na perspectiva da Organização Mundial de Saúde*. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.
- Capucha, L. (2012). Envelhecimento e políticas sociais. In C. Moura (Ed.), *Processos e estratégias do envelhecimento: Intervenção para um envelhecimento ativo* (pp. 75-84). Porto: Euedito.
- Cardoso, F. (2000). *Ancianidade: Contribuição para a avaliação da qualidade de vida de uma população urbana*. Tese de doutoramento não publicada, Universidade do Porto, Instituto de Ciências Biomédicas de Abel Salazar, Porto. Retirado de <http://repositorio-aberto.up.pt/handle/10216/9883>.
- Carneiro, R. (Coord.) (2012). *O envelhecimento da população: Dependência, ativação e qualidade Relatório final*. Centro de Estudos dos Povos e Culturas de Expressão Portuguesa da Faculdade de Ciências Humanas da Universidade Católica Portuguesa, Lisboa. Retirado de [http://www.qren.pt/np4/np4/?newsId=1334&fileName=envelhecimento\\_populacao.pdf](http://www.qren.pt/np4/np4/?newsId=1334&fileName=envelhecimento_populacao.pdf)
- Carvalho, M., & Dias, M. (2011). Adaptação dos idosos institucionalizados. *Millenium*, 40, 161-184. Retirado de <http://www.ipv.pt/millenium/Millenium40/12.pdf>
- Carvalho, P. (2012). Etapas do processo de envelhecimento. In C. Moura (Ed.), *Processos e estratégias do envelhecimento: Intervenção para um envelhecimento ativo* (pp. 65-74). Porto: Euedito.
- Chaimowicz, F. (Coord.). (2009). *Saúde do idoso* (2a ed.). Belo Horizonte: Editora Coopmed. Nescon UFMG. Retirado de <https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/4000.pdf>

- Churchill, G. (1979). A paradigm for developing better measures of marketing constructs. *Journal of Marketing Research*, 16 (1), 64-73. Retrieved from <http://faculty.mu.edu.sa/public/uploads/1358140477.8024Encontro%203.%20A%20paradigm%20for%20developing%20better%20measures%20of%20marketing%20constructs.pdf>
- Comissão das Comunidades Europeias. (2007). *Livro branco. Juntos para a saúde: Uma abordagem estratégica para a UE (2008-2013)*. Bruxelas: Autor. Retirado de [http://ec.europa.eu/health/archive/ph\\_overview/documents/strategy\\_wp\\_pt.pdf](http://ec.europa.eu/health/archive/ph_overview/documents/strategy_wp_pt.pdf)
- Correia, C. (2009). *O apoio social e a qualidade de vida dos idosos do concelho de Faro*. Dissertação de mestrado não publicada, Universidade de Faro, Faculdade de Ciências Humanas e Sociais, Faro. Retirado de <https://sapientia.ualg.pt/bitstream/10400.1/564/1/Carla%20-%20DISSERTACAO%20C3%87%20C3%83O.pdf>
- Correia, J. (2003). *Introdução à gerontologia*. Lisboa: Universidade Aberta.
- Costa, M. (2007). *A qualidade profissional do recém-licenciado em gerontologia*. Dissertação de mestrado não publicada, Universidade de Aveiro, Aveiro. Retirado de <http://ria.ua.pt/bitstream/10773/3361/1/2008001304.pdf>
- Cronbach, L. (1951). Coefficient alpha and the internal structure of tests. *Psychometrika*, 16 (3), 297-334. Retrieved from [http://psych.colorado.edu/~carey/courses/psyc5112/readings/alpha\\_cronbach.pdf](http://psych.colorado.edu/~carey/courses/psyc5112/readings/alpha_cronbach.pdf)
- Croucher, K., Hicks, L., & Jackson, K. (2006). *Housing with care for later life. A literature review*. New York: University of York. Retrieved from <http://www.jrf.org.uk/sites/files/jrf/9781859354384.pdf>
- Darton, R. (2011). *Study of care home residents' and relatives' expectations and experiences*. Registered Nursing Home Association, Birmingham, UK. Retrieved from [http://www.rnha.co.uk/web\\_images/pdfs/pssru\\_report\\_may2012rev.pdf](http://www.rnha.co.uk/web_images/pdfs/pssru_report_may2012rev.pdf)
- Decreto-Lei n° 101/2006*, de 6 de junho. Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados. Diário da República, 109. Série I-A. Retirado de <http://www.dre.pt/util/getdiplomas.asp?iddip=20061960>
- Decreto-Lei n° 265/99*, de 14 de julho. Complemento por dependência. Diário da República, 162. Série I-A. Retirado de <http://dre.pt/pdf1sdip/1999/07/162A00/43974401.pdf>
- Direção-Geral da Segurança Social, da Família e da Criança. (2006). *Respostas sociais: Nomenclaturas/conceitos*. Lisboa: Autor. Retirado de [http://eapn.pt/olcp/ficheiro/Conceitos\\_das\\_Respostas\\_Sociais.pdf](http://eapn.pt/olcp/ficheiro/Conceitos_das_Respostas_Sociais.pdf)
- Duarte, Y., Andrade, C., & Lebrão, M. (2007). O Índice de Katz na avaliação da funcionalidade dos idosos. *Revista da Escola de Enfermagem USP*, 41 (2), 317-325. Retirado de <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v41n2/20.pdf>
- Ermida, J. (2010). Geriatria e gerontologia: Ciências do envelhecimento. In I. Martín & J. Portugal (Eds.), *Gerontologia: Ciência, formação superior e profissão* (pp. 6-29). Aveiro.
- Espiridão, M., & Trad, L. (2005). Avaliação de satisfação de usuários. *Ciência & Saúde Coletiva*, 10, 303-312. Retirado de <http://www.scielo.br/pdf/csc/v10s0/a31v10s0.pdf>

- Eurostat. (2012). *The EU in the world 2013: A statistical portrait*. Luxembourg: Publications Office of the European Union. Retrieved from [http://epp.eurostat.ec.europa.eu/cache/ITY\\_OFFPUB/KS-30-12-861/EN/KS-30-12-861-EN.PDF](http://epp.eurostat.ec.europa.eu/cache/ITY_OFFPUB/KS-30-12-861/EN/KS-30-12-861-EN.PDF)
- Evangelista, E., Oliveira, V., Cruz, G., Carvalho, L., & Alvarenga, M. (2013). Instrumentalização do Índice de Katz na população idosa de uma unidade da estratégia saúde da família. *Revista de Enfermagem UFPE*, 7 (8), 5150-5156. Retirado de <http://www.revista.ufpe.br/revista/enfermagem/index.php/revista/issue/view/72>
- Fernández-Ballesteros, R. (2000). *Gerontologia social*. Madrid: Ediciones Pirámide.
- Fernández-Ballesteros, R. (2004). Gerontología social. Una introducción. In R. Fernandez-Ballesteros, *Gerontologia social*. Madrid: Psicología Pirámide.
- Ferreira, C. (2009). *Envelhecimento e lazer: Um caminho para a qualidade de vida*. Dissertação de mestrado não publicada, Universidade de Coimbra, Faculdade de Medicina, Coimbra. Retirado de <https://estudogeral.sib.uc.pt/handle/10316/13532>
- Fontaine, R. (2000). *Psicologia do envelhecimento*. Lisboa: Climepsi Editores.
- Fontes, J. (2007). *Dependência dos idosos nas atividades básicas de vida diária*. Monografia final de licenciatura não publicada, Universidade Fernando Pessoa, Porto. Retirado de <http://bdigital.ufp.pt/handle/10284/2885>
- Fortin, M.-F. (2003). O desenho de investigação. In M-F. Fortin, *O processo de investigação, da concepção à realização* (3a ed., pp.131-145). Loures: Lusociência
- Fortin, M.-F., Côté, J., & Filion, F. (2009). *Fundamentos e etapas do processo de investigação*. Loures: Lusodidacta.
- Fortuna, A., Amado, J., Mota, C., Lima, M., & Pinto, M. (2001). Avaliação da qualidade do centro de diagnóstico pré-natal do Instituto de Genética Médica/Centro Hospitalar de Vila Nova de Gaia. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, 19 (2), 55-80. Retirado de <http://koha.ulusiada.pt/cgi-bin/koha/opac-detail.pl?biblionumber=192485>
- Freitas, M., Maruyama, S., Ferreira, T., & Motta, A. (2002). Perspectivas das pesquisas em gerontologia e geriatria: Revisão da literatura. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 10 (2), 221-228. Retirado de <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v10n2/10518.pdf>
- Freixo, M. (2011). *Metodologia científica: Fundamentos, métodos e técnicas* (3a ed). Lisboa: Instituto Piaget.
- Gabriel, Z., & Bowling, A. (2004). Quality of life from the perspectives of older people. *Ageing & Society*, 24, 675-691. doi:10.1017/S0144686X03001582
- Garrido, J. (2009). *Determinantes de la calidad de vida percibida por los ancianos de una residencia de tercera edad en dos contextos socioculturales diferentes, España y Cuba*. Tesi doctoral non publicada, Universitat de València, València, Espanha. Retirado de <http://www.tdx.cat/bitstream/handle/10803/10297/fgarrido.pdf;jsessionid=0FF690EDCEAEEAB6E93B1F7E848D4880.tdx2?sequence=1>
- Gonçalves, D., & Martín, I. (2010). A natureza de gerontologia como disciplina. In I. Martín & J. Portugal (Eds.), *Gerontologia: Ciência, formação superior e profissão* (pp. 30-48). Aveiro.

- Gonçalves, R. (2010). *Famílias de idosos da quarta idade: Dinâmicas familiares*. Dissertação de mestrado não publicada, Universidade do Porto, Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar. Retirado de <http://repositorio-aberto.up.pt/handle/10216/45980>
- Grupo de Coordenação do Plano de Auditoria Social. CID - Crianças, Idosos e Deficientes - Cidadania, Instituições e Direitos. (2005). *Manual de boas práticas. Um guia para o acolhimento residencial das pessoas mais velhas. Para dirigentes, profissionais, residentes e familiares*. Lisboa: Instituto da Segurança Social. Retirado de [http://www4.seg-social.pt/documents/10152/13327/acolhimento\\_residencial\\_pessoas\\_deficiencia](http://www4.seg-social.pt/documents/10152/13327/acolhimento_residencial_pessoas_deficiencia)
- Guedes, T. (2012). *Avaliação da qualidade e satisfação dos clientes: Estudo de caso numa organização privada de saúde*. Dissertação de mestrado não publicada, Universidade de Trás-os-Montes e Alto Douro, Vila Real. Retirado de <http://repositorio.utad.pt/handle/10348/3197>
- Hair, J.F. Jr, Black, W.C., Babin, B.J., & Anderson, R.E. (2009). *Multivariate data analysis* (7th ed.). New Jersey: Prentice-Hall.
- Hattie, J. (1985). Methodology review: Assessing unidimensionality of tests and items. *Applied Psychological Measurement*, 9 (2), 139-164. Retrieved from <http://conservancy.umn.edu/bitstream/handle/11299/102073/1/v09n2p139.pdf>
- Imaginário, C. (2004). *O idoso dependente em contexto familiar*. Coimbra: Formasau.
- Inelmen, E.M., Sergi, G., Enzi, G., Toffanello, E.D., Coin, A., & Inelmen, E. (2007). New approach to gerontology: Building up “successful aging” conditions. *Aging Clinical and Experimental Research*, 19 (2), 160-164. Retrieved from <http://link.springer.com/article/10.1007/BF03324683#page-1>
- Instituto da Segurança Social. (s.d.). *Questionários de avaliação da satisfação: Estrutura residencial para idosos*. Lisboa: Autor. Retirado de [http://www4.segsocial.pt/documents/10152/13337/gqs\\_lar\\_estrutura\\_residencial\\_idosos\\_questionarios](http://www4.segsocial.pt/documents/10152/13337/gqs_lar_estrutura_residencial_idosos_questionarios)
- Instituto Nacional de Estatística. (2002). *O envelhecimento em Portugal: Situação demográfica e socioeconómica recente das pessoas idosas*. Lisboa: Autor. Retirado de [http://censos.ine.pt/xportal/xmain?xpid=CENSOS&xpgid=ine\\_censos\\_estudo\\_det&menuBOUI=13707294&contexto=es&ESTUDOSest\\_boui=106370&ESTUDOSmodo=2&selTab=tab1](http://censos.ine.pt/xportal/xmain?xpid=CENSOS&xpgid=ine_censos_estudo_det&menuBOUI=13707294&contexto=es&ESTUDOSest_boui=106370&ESTUDOSmodo=2&selTab=tab1)
- Instituto Nacional de Estatística. (2011). *Classificação portuguesa das profissões 2010*. Lisboa: Autor. Retirado de [http://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine\\_publicacoes&PUBLICACOESpub\\_boui=107961853&PUBLICACOESmodo=2](http://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_publicacoes&PUBLICACOESpub_boui=107961853&PUBLICACOESmodo=2)
- Instituto Nacional de Estatística. (2013). *Esperança de vida à nascença por local de residência e esperança de vida aos 65 anos por local de residência*. Lisboa: Autor. Retirado de [http://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine\\_indicadores&userLoadSave=Load&userTableOrder=4475&tipoSeleccao=1&contexto=pq&selTab=tab1&submitLoad=true](http://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_indicadores&userLoadSave=Load&userTableOrder=4475&tipoSeleccao=1&contexto=pq&selTab=tab1&submitLoad=true)
- Instituto Nacional de Estatística. (2014a). *Projeções de população residente 2012-2060*. Retirado de [http://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine\\_destaquas&DESTAQUESdestboui=208819970&DESTAQUESmodo=2](http://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_destaquas&DESTAQUESdestboui=208819970&DESTAQUESmodo=2)
- Instituto Nacional de Estatística. (2014b). *População residente em Portugal com tendência para diminuição e envelhecimento*. Retirado de [http://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine\\_destaquas&DESTAQUESdest\\_boui=218629052&DESTAQUESmodo=2](http://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_destaquas&DESTAQUESdest_boui=218629052&DESTAQUESmodo=2)

- Iwarsson, S., & Isacson A. (1997). Quality of life in the elderly population: An example exploring interrelationships among subjective well-being, ADL dependence, and housing accessibility. *Archives of Gerontology and Geriatrics*, 26 (1), 71-83. doi:10.1016/S0167-4943(97)00034-4
- Jacob, L. (2012). Respostas sociais para idosos em Portugal. In F. Pereira (Coord.), *Teoria e prática da gerontologia. Um guia para cuidadores de idosos* (pp. 129-147). Viseu: Psicossoma.
- Katz, S., Down, T.D., Cash, H.R., & Grotz, R.C. (1970). Progress in the development of the index of ADL. *The Gerontologist*, 10 (1), 20-30. Retrieved from [http://gerontologist.oxfordjournals.org/content/10/1\\_Part\\_1/20.full.pdf](http://gerontologist.oxfordjournals.org/content/10/1_Part_1/20.full.pdf)
- Katz, S., Ford, A., Moskowitz, R., Jackson, B., & Jaffe, M. (1963). Studies of illness in the aged. The index of ADL: A standardized measure of biological and psychosocial function. *JAMA*, 185 (12), 914-919. Retrieved from <http://jama.jamanetwork.com/article.aspx?articleid=666768>
- Lei nº 48/90, de 24 de agosto. Lei de Bases da Saúde. Diário da República, 195. Série I. Retirado de <http://dre.pt/pdf1s/1990/08/19500/34523459.pdf>
- Lemos, N., & Medeiros, S. (2006). Suporte social ao idoso dependente. In E. Freitas, L. Cançado, J. Doll & M. Gorzoni, *Tratado de geriatria e gerontologia* (2a ed., pp. 1227-1233). Rio de Janeiro: Guanabara Koogan.
- Lourenço, T. (2011). Capacidade funcional do idoso longo admitido em unidades de internação hospitalar na cidade de Curitiba – PR. Dissertação de mestrado não publicada, Universidade Federal do Paraná, Curitiba, Brasil. Retirado de [http://www.ppgenf.ufpr.br/DISSERTACAO\\_TANIALOUREN%C3%87O.pdf](http://www.ppgenf.ufpr.br/DISSERTACAO_TANIALOUREN%C3%87O.pdf)
- Marôco, J. (2011). *Análise estatística com a utilização do SPSS* (5a ed). Lisboa: Report Number.
- Martín, I., & Alvarelhão, J. (2010). O papel profissional e social do gerontólogo: A promoção de cuidados. In I. Martín & J. Portugal (Eds.), *Gerontologia: Ciência, formação superior e profissão* (pp. 72-100). Aveiro.
- Matias, C. (2010). *Satisfação com a vida e com o lar: Um estudo em cenários institucionais*. Dissertação de mestrado não publicada, Instituto Superior Miguel Torga, Coimbra. Retirado de <http://repositorio.ismt.pt/handle/123456789/164>
- McDonald, R. (1981). The dimensionality of tests and items. *British Journal of Mathematical and Social Psychology*, 34 (1), 100-117. doi:10.1111/j.2044-8317.1981.tb00621.x
- Ministério do Trabalho e da Solidariedade Social. (2009). *Carta social: Rede de serviços e equipamentos. A dependência: o apoio informal, a rede de serviços e equipamentos e os cuidados continuados integrados*. Lisboa: Autor. Retirado de [http://www.cartasocial.pt/pdf/estudo\\_dependencia.pdf](http://www.cartasocial.pt/pdf/estudo_dependencia.pdf)
- Ministério do Trabalho e da Solidariedade Social. (2012). *Carta social: Rede de serviços e equipamentos 2012*. Lisboa: Autor. Retirado de <http://www.cartasocial.pt/pdf/csosocial2012.pdf>
- Moura, C. (2006). *Século XXI. Século do envelhecimento*. Loures: Lusociência.
- Moura, C. (2012). As novas tendências demográficas. In C. Moura (Ed.), *Processos e estratégias do envelhecimento: Intervenção para um envelhecimento ativo* (pp. 27-36). Porto: Euedito
- Netto, M.P. (2006). O estudo da velhice: Histórico, definição do campo e termos básicos. In E.V. Freitas, L.P. Cançado, J. Doll & M.L. Gorzoni, *Tratado de geriatria e gerontologia* (2a ed., pp. 2-12). Rio de Janeiro: Guanabara Koogan.

- Neves, H. (2012). *Caudas e consequências da institucionalização de idosos. Estudo tipo série de casos*. Dissertação de mestrado não publicada, Universidade da Beira Interior, Covilhã. Retirado de [http://www.fcsaude.ubi.pt/thesis/upload/1532/causas\\_consequencias.pdf](http://www.fcsaude.ubi.pt/thesis/upload/1532/causas_consequencias.pdf)
- Nunes, V.M.A., Menezes, R.M.P., & Alchieri, J.C. (2010). Avaliação da qualidade de vida em idosos institucionalizados no município de Natal, Estado do Rio Grande do Norte. *Acta Scientiarum. Health Sciences*, 32 (2), 119-126. doi:10.4025/actascihealthsci.v32i2.8479
- Nunnally, J. (1979). *Psychometric theory*. New York: McGraw-Hill.
- Oliveira, B. (2010). *Psicologia do envelhecimento e do idoso* (4a ed.). Porto: Legis Editora.
- Oliveira, E.R.A., Gomes, M.J., & Paiva, K.M. (2011). Institucionalização e qualidade de vida de idosos da região metropolitana de Vitória – ES. *Escola Anna Nery Revista de Enfermagem*, 15 (3), 518-523. Retirado de <http://www.scielo.br/pdf/ean/v15n3/a11v15n3.pdf>
- Organização Mundial de Saúde. (2004). *Classificação internacional de funcionalidade, incapacidade e saúde*. Lisboa: Direção-Geral da Saúde. Retirado de [http://www.inr.pt/uploads/docs/cif/CIF\\_port\\_%202004.pdf](http://www.inr.pt/uploads/docs/cif/CIF_port_%202004.pdf)
- Organização Mundial de Saúde. (2005). *Envelhecimento activo: Uma política de saúde*. Brasília: Organização Pan-Americana de Saúde. Retirado de [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/envelhecimento\\_ativo.pdf](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/envelhecimento_ativo.pdf)
- Paschoal, S. (2000). *Qualidade de vida do idoso: Elaboração de um instrumento que privilegia sua opinião*. Dissertação de mestrado não publicada, Universidade de São Paulo, Faculdade de Medicina, São Paulo, Brasil. Retirado de <http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/5/5137/tde-09112001-162639/pt-br.php>
- Pavan, F.J., Meneghel, S.N., & Junges, J.R. (2008). Mulheres idosas enfrentando a institucionalização. *Cadernos de Saúde Pública*, 24 (9), 2187-2190. Retirado de <http://www.ufrgs.br/rotascriticas/artigos/Mulheres%20Idosas.pdf>
- Pavarini, S., Mendiondo, M., Barham, E., Varoto, V., & Filizola C. (2005). A arte de cuidar do idoso: Gerontologia como profissão? *Texto Contexto Enfermagem*, 14 (3), 398-402. Retirado de <http://www.scielo.br/pdf/tce/v14n3/v14n3a11.pdf>
- Pereira, F. (2008). Gerontólogo: A construção de uma nova profissão na área da saúde. In *VI Congresso Português de Sociologia*. Faculdade de Ciências Sociais e Humanas da Universidade Nova de Lisboa. Retirado de <http://www.aps.pt/vicongresso/pdfs/402.pdf>
- Pereira, F. (2012a). Sistemas de apoio aos idosos em Portugal. In F. Pereira (Coord.), *Teoria e prática da gerontologia. Um guia para cuidadores de idosos* (pp. 119-128). Viseu: Psicossoma.
- Pereira, F. (2012b). A institucionalização do idoso. In F. Pereira (Coord.), *Teoria e prática da gerontologia. Um guia para cuidadores de idosos* (pp. 149-162). Viseu: Psicossoma.
- Pereira, F., & Caria, T. (2014). Saberes profissionais e trabalho profissional do gerontólogo. *International Journal of Developmental and Educational Psychology*, 1 (2), 81-89. Retirado de <https://bibliotecadigital.ipb.pt/bitstream/10198/9463/3/SABERES%20PROFISSIONAIS.pdf>
- Pereira, F., & Pimentel, M. (2012). Emergência da gerontologia e do gerontólogo. In F. Pereira (Coord.), *Teoria e prática da gerontologia. Um guia para cuidadores de idosos* (pp. 27-40). Viseu: Psicossoma.

- Pereira, F., Mata, M., & Pimentel, M. (2012). A emergência da gerontologia como profissão. O seu reconhecimento social no contexto europeu. In C. Tomás et al. (Coords.), *Atas do V Encontro CIED Escola e Comunidade* (pp. 179-184). Lisboa: Escola Superior de Educação. Retirado de <https://bibliotecadigital.ipb.pt/handle/10198/8974>
- Pereira, M., Araújo-Soares, V., & McIntyre, T. (2001). Satisfação do utente e as atitudes face aos médicos e medicina: Um estudo piloto. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 2 (2), 69-80. Retirado de <http://www.scielo.gpeari.mctes.pt/pdf/psd/v2n2/v2n2a05.pdf>
- Perlini, N., Leite, M., & Furini, A. (2007). Em busca de uma instituição para a pessoa idosa morar: Motivos apontados por familiares. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 41 (2), 229-236. Retirado de <http://www.rcaap.pt/detail.jsp?id=urn:repor:ibict.brall:oai:scielo:S0080-62342007000200008>
- Pestana, M., & Gageiro, J. (2003). *Análise de dados para ciências sociais: A complementaridade do SPSS* (3a ed.). Lisboa: Edições Sílabo.
- Pfaff, A. (1972). An index of consumer satisfaction. In *Proceedings of the Third Annual Conference of the Association for Consumer Research* (pp. 713-737). Retrieved from <http://www.acrwebsite.org/search/view-conference-proceedings.aspx?Id=12039>
- Pontes, J. (2012). Promoção da qualidade de vida. In C. Moura (Ed.), *Processos e estratégias do envelhecimento: Intervenção para um envelhecimento ativo* (pp. 289-296). Porto: Euedito.
- Population Division of the Department of Economic and Social Affairs of the United Nations Secretariat. (2013). *World population prospects: The 2012 revision, volume II: Demographic profiles*. New York: United Nations. Retrieved from [http://esa.un.org/wpp/Documentation/pdf/WPP2012\\_Volume-II-Demographic-Profiles.pdf](http://esa.un.org/wpp/Documentation/pdf/WPP2012_Volume-II-Demographic-Profiles.pdf)
- Population Division of the Department of Economic and Social Affairs of the United Nations Secretariat. (2014). *World population prospects: The 2012 revision*. New York: United Nations. Retrieved from <http://esa.un.org/wpp/>
- Portaria n° 67/2012*, de 21 de março. Define as condições de organização, funcionamento e instalação a que devem obedecer as estruturas residenciais para pessoas idosas. Diário da República, 58. Série I. Retirado de <http://www.dre.pt/pdf1s/2012/03/05800/0132401329.pdf>
- Prado, S., & Sayd, J. (2006). A gerontologia como campo do conhecimento científico: conceito, interesses e projeto político. *Ciência & Saúde Coletiva*, 11 (2), 491-501. Recuperado de <http://www.scielo.br/pdf/csc/v11n2/30436.pdf>
- Ribeirinho, C. (2012). (Re)Criar a intervenção gerontológica. In C. Moura (Ed.), *Processos e estratégias do envelhecimento: Intervenção para um envelhecimento ativo* (pp. 51-63). Porto: Euedito.
- Ribeiro, P. (1999). *Investigação e avaliação em psicologia e saúde*. Porto: Climepsi Editores.
- Ribeiro, P. (2007). *Metodologia de investigação em psicologia da saúde* (2a ed.). Porto: Legis Editora.
- Robinson, J., Shaver, P., & Wrightsman, L. (1991). Criteria for scale selection and evaluation. In J. Robinson, P. Shaver & L. Wrightsman (Eds.), *Measures of personality and social psychological attitudes*. San Diego, CA: Academic Press.
- Rosa, M. (2012). *O envelhecimento da sociedade portuguesa*. Lisboa: Relógio D'Água Editores.

- Santos, G. (2009). *Satisfação e qualidade: A visão dos utentes de uma unidade de reabilitação respiratória*. Dissertação de mestrado não publicada, Universidade de Trás-os-Montes e Alto Douro, Vila Real. Retirado de [http://repositorio.utad.pt/bitstream/10348/412/1/msc\\_gmm\\_santos.pdf](http://repositorio.utad.pt/bitstream/10348/412/1/msc_gmm_santos.pdf)
- Santos, G., & Cunha, I. (2013). Capacidade funcional de idosos em uma unidade básica de saúde do município de São Paulo. *Revista de Enfermagem e Atenção à Saúde*, 2 (3), 67-76. Retirado de <http://www.uftm.edu.br/revistaeletronica/index.php/enfer/article/view/590>
- Sequeira, C. (2010). *Cuidar de idosos com dependência física e mental*. Lisboa: Lidel.
- Smanioto, F., & Haddad, M. (2011). Índice de Katz aplicado a idosos institucionalizados. *Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste*, 12 (1), 18-23. Retirado de [http://www.revistarene.ufc.br/vol12n1\\_pdf/a03v12n1.pdf](http://www.revistarene.ufc.br/vol12n1_pdf/a03v12n1.pdf)
- Sousa, F.J.S.F. (2011). *Satisfação de clientes: O caso de uma empresa industrial*. Dissertação de mestrado não publicada, Faculdade de Economia da Universidade de Coimbra, Coimbra. Retirado de [https://eg.sib.uc.pt/bitstream/10316/16192/2/Satisfa%C3%A7%C3%A3o%20de%20Clientes\\_O%20Caso%20de%20Uma%20Empresa%20Industrial.pdf](https://eg.sib.uc.pt/bitstream/10316/16192/2/Satisfa%C3%A7%C3%A3o%20de%20Clientes_O%20Caso%20de%20Uma%20Empresa%20Industrial.pdf)
- Souza, E., Aranha, V., & Pinto, K. (2006). Representação de qualidade de vida entre idosos do serviço de geriatria: Uma abordagem psicanalítica. *Psicologia Hospitalar*, 4 (2), 1-39. Retirado de [http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?pid=S1677-74092006000200007&script=sci\\_arttext](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?pid=S1677-74092006000200007&script=sci_arttext)
- Tahan, J. (2009). *Envelhecimento e qualidade de vida: Significados para idosos participantes de grupos de promoção de saúde no contexto da estratégia saúde da família*. Dissertação de mestrado não publicada, Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, Brasil. Retirado de <http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/17/17139/tde-24072009-153639/pt-br.php>
- The Hartford Institute for Geriatric Nursing. (2012). *Katz Index of independence in activities of daily living (ADL)*. Retrieved from [http://consultgerirn.org/uploads/File/trythis/try\\_this\\_2.pdf](http://consultgerirn.org/uploads/File/trythis/try_this_2.pdf)
- Urzúa, A., & Navarrete, M. (2013). Calidad de vida en adultos mayores: Análisis factoriales de las versiones abreviadas del WHOQOL-Old en población chilena. *Revista Médica de Chile*, 141 (1), 28-33. Retirado de <http://www.scielo.cl/pdf/rmc/v141n1/art04.pdf>
- Vara, M. (2012). O olhar do gerontólogo. In F. Pereira (Coord.), *Teoria e prática da gerontologia. Um guia para cuidadores de idosos* (pp. 64-77). Viseu: Psicossoma.
- Vaz Serra, A., Canavarro, M.C., Simões, M.R., Pereira, M., Gameiro, S., Quartilho, M.J., ... Paredes, T. (2006). Estudos psicométricos do instrumento de avaliação da qualidade de vida da Organização Mundial de Saúde (WHOQOL-Bref) para Português de Portugal. *Psiquiatria Clínica*, 27 (1), 41-49. Retirado de <http://gaius.fpce.uc.pt/saude/whoqol100.htm>
- Wood-Dauphinee, S. (1999). Assessing quality of life in clinical research: From where have we come and where are we going? *Journal of Clinical Epidemiology*, 52 (4), 355-363. doi: 10.1016/S0895-4356(98)00179-6
- World Health Organization Quality of Life Group. (1995). The World Health Organization quality of life assessment (WHOQOL): Position paper from the World Health Organization. *Social Science & Medicine*, 41 (10), 1403-1409. doi:10.1016/0277-9536(95)00112-K

Worthington, B. (2008). Is a gerontology career in your future? *Social Work Today*, 8 (4), 38.  
Retrieved from <http://www.socialworktoday.com/archive/070708p38.shtml>

## **ANEXOS**



## **ANEXO A**

### Questionário de Caracterização Sociodemográfica



**Instruções de preenchimento:**

- Responda, colocando uma cruz (X) sobre o quadrado que melhor corresponde à alternativa em que se situa;
- Nas questões em que aparece um espaço em branco complete-o de acordo com a sua situação.

|                  |      |
|------------------|------|
| <b>1 – Idade</b> | Anos |
|------------------|------|

|                 |               |  |
|-----------------|---------------|--|
| <b>2 – Sexo</b> | (1) Feminino  |  |
|                 | (2) Masculino |  |

|                         |                         |  |
|-------------------------|-------------------------|--|
| <b>3 – Escolaridade</b> | (1) Analfabeto(a)       |  |
|                         | (2) Sabe ler e escrever |  |
|                         | (3) 1º Ciclo            |  |
|                         | (4) 2º Ciclo            |  |
|                         | (5) 3º Ciclo            |  |
|                         | (6) Ensino Secundário   |  |
|                         | (7) Ensino Superior     |  |

|  |  |
|--|--|
| <b>4 – Profissão que tinha antes vir para esta Estrutura Residencial</b> |  |
|--|--|

|                         |                   |  |
|-------------------------|-------------------|--|
| <b>5 – Estado Civil</b> | (1) Solteiro(a)   |  |
|                         | (2) Casado(a)     |  |
|                         | (3) Divorciado(a) |  |
|                         | (4) Viúvo(a)      |  |
|                         | (5) Outro, qual?  |  |

|  |       |
|--|-------|
| <b>6 – Há quanto tempo vive nesta Estrutura Residencial?</b> | Meses |
|--|-------|

|   |                                  |  |
|---|----------------------------------|--|
| <b>7 – A Estrutura Residencial é dirigida por um(a) Gerontólogo(a)?</b> | (1) Sim                          |  |
|   | (2) Não                          |  |
|   | (3) Se não, por quem é dirigida? |  |

|   |  |  |
|---|--|--|
| <b>8 – Motivos que o(a) levaram para esta Instituição</b> | (1) Doença   |  |
|   | (2) Isolamento   |  |
|   | (3) Por impossibilidade de ter alguém que cuide de mim em casa |  |
|   | (4) Outro, qual?   |  |

|  |                       |  |
|--|-----------------------|--|
| <b>9 – De quem partiu a iniciativa de vir para esta Instituição? (pode assinalar mais do que uma resposta)</b> | (1) Própria           |  |
|  | (2) Filhos            |  |
|  | (3) Cônjuge           |  |
|  | (4) Familiares        |  |
|  | (5) Assistente Social |  |
|  | (6) Outro, qual?      |  |

|  |         |  |
|--|---------|--|
| <b>10 – Recebe regularmente visitas de familiares?</b> | (1) Sim |  |
|  | (2) Não |  |

|  |         |  |
|--|---------|--|
| <b>11 – Recebe regularmente visitas de amigos?</b> | (1) Sim |  |
|  | (2) Não |  |

|  |                    |  |
|--|--------------------|--|
| <b>12 – Se sim, com que regularidade recebe visitas?</b> | (1) Ocasionalmente |  |
|  | (2) Mensalmente    |  |
|  | (3) Semanalmente   |  |
|  | (4) Diariamente    |  |

|  |               |  |
|--|---------------|--|
| <b>13 – Como considera a sua relação com os seus familiares?</b> | (1) Muito boa |  |
|  | (2) Boa       |  |
|  | (3) Razoável  |  |
|  | (4) Má        |  |

|  |               |  |
|--|---------------|--|
| <b>14 – Como considera a sua relação com os outros clientes?</b> | (1) Muito boa |  |
|  | (2) Boa       |  |
|  | (3) Razoável  |  |
|  | (4) Má        |  |

|   |               |  |
|---|---------------|--|
| <b>15 – Como considera a sua relação com os funcionários?</b> | (1) Muito boa |  |
|   | (2) Boa       |  |
|   | (3) Razoável  |  |
|   | (4) Má        |  |

|   |         |  |
|---|---------|--|
| <b>16 – Atualmente tem alguma doença diagnosticada?</b> | (1) Sim |  |
|   | (2) Não |  |

|   |  |
|---|--|
| <b>17 – Se sim, qual é a sua doença ou doenças?</b> |  |
|---|--|

|  |  |
|--|--|
| <b>18 – Se sim, há quanto tempo lhe foi diagnosticada?</b> |  |
|--|--|

|   |                                       |  |
|---|---------------------------------------|--|
| <b>19 – A que Instituição de Saúde recorreu nos últimos 12 meses?</b> | (1) Hospital                          |  |
|   | (2) Centro de Saúde                   |  |
|   | (3) Consultório Particular            |  |
|   | (4) Não recorreu nos últimos 12 meses |  |
|   | (5) Outro, qual?                      |  |

|  |                                     |  |
|--|-------------------------------------|--|
| <b>20 – Forma de administração do questionário</b> | (1) Auto-administrado               |  |
|  | (2) Assistido pelo entrevistador    |  |
|  | (3) Administrado pelo entrevistador |  |



## **ANEXO B**

### **Índice de Katz para as Atividades Básicas de Vida Diária**



**Instruções de preenchimento:**

Responda às seguintes questões, assinalando com uma cruz (X) o quadrado que melhor expressa a sua condição.

|                            |   |  |   |  |
|----------------------------|---|--|---|--|
| <b>1. Tomar Banho</b>      | Toma banho sozinho(a) ou necessita de apoio somente para lavar uma parte do corpo<br>(1 ponto)            |  | Necessita de apoio para lavar mais do que uma parte do corpo, para entrar ou sair da banheira/polibã ou requer assistência total no banho<br>(0 pontos) |  |
| <b>2. Vestir-se</b>        | Prepara a roupa e veste-se sozinho(a), ou apenas necessita de ajuda para apertar os sapatos<br>(1 ponto)  |  | Necessita de ajuda para se vestir<br>(0 pontos)   |  |
| <b>3. Utilização do WC</b> | Dirige-se ao WC, entra e sai do mesmo, faz a higiene e veste-se sem ajuda<br>(1 ponto)                    |  | Necessita de ajuda para ir ao WC, para se limpar ou utilizar a sanita/urinol<br>(0 pontos)  |  |
| <b>4. Mobilidade</b>       | Senta-se/deita-se e levanta-se da cama ou cadeira sem ajuda, ou com apoio de ajudas técnicas<br>(1 ponto) |  | Necessita de ajuda para sentar-se/deitar-se e levantar-se da cama ou cadeira<br>(0 pontos)  |  |
| <b>5. Continência</b>      | Tem completo controlo sobre a urina e intestinos<br>(1 ponto)   |  | É parcial ou totalmente incontinente<br>(0 pontos)  |  |
| <b>6. Alimentação</b>      | Alimenta-se sem ajuda<br>(1 ponto)  |  | Necessita de ajuda parcial ou total<br>(0 pontos)   |  |

(Adaptado de Katz, Down, Cash & Grotz, 1970)



## **ANEXO C**

Formulário WHOQOL-Bref para a Qualidade de Vida



**Instruções de preenchimento:**

Este questionário procura conhecer a sua qualidade de vida, saúde, e outras áreas da sua vida. Por favor, responda a todas as perguntas. Se não tiver a certeza da resposta a dar a uma pergunta, escolha a que lhe parecer mais apropriada. Esta pode muitas vezes ser a resposta que lhe vier primeiro à cabeça.

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

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

|          |                                      | Muito Má | Má | Nem boa<br>nem má | Boa | Muito Boa |
|----------|--------------------------------------|----------|----|-------------------|-----|-----------|
| <b>1</b> | Como avalia a sua qualidade de vida? | 1        | 2  | 3                 | 4   | 5         |

|          |   | Muito<br>Insatisfeito | Insatisfeito | Nem<br>satisfeito<br>nem<br>insatisfeito | Satisfeito | Muito Satisfeito |
|----------|---|-----------------------|--------------|--|------------|------------------|
| <b>2</b> | Até que ponto está satisfeito(a) com a sua saúde? | 1                     | 2            | 3  | 4          | 5                |

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

|          |   | Nada | Pouco | Nem muito<br>nem pouco | Muito | Muitíssimo |
|----------|---|------|-------|------------------------|-------|------------|
| <b>3</b> | Em que medida as suas dores (físicas) o(a) impedem de fazer o que precisa de fazer? | 1    | 2     | 3                      | 4     | 5          |
| <b>4</b> | Em que medida precisa de cuidados médicos para fazer a sua vida diária?             | 1    | 2     | 3                      | 4     | 5          |
| <b>5</b> | Até que ponto gosta da sua vida?  | 1    | 2     | 3                      | 4     | 5          |
| <b>6</b> | Em que medida sente que a sua vida tem sentido?                                     | 1    | 2     | 3                      | 4     | 5          |
| <b>7</b> | Até que ponto se  | 1    | 2     | 3                      | 4     | 5          |

|          |   |   |   |   |   |   |
|----------|---|---|---|---|---|---|
|          | consegue concentrar?                                  |   |   |   |   |   |
| <b>8</b> | Em que medida se sente em segurança no seu dia-a-dia? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| <b>9</b> | Em que medida é saudável o seu ambiente físico?       | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

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

|           |   | Nada | Pouco | Moderadamente | Bastante | Completamente |
|-----------|---|------|-------|---------------|----------|---------------|
| <b>10</b> | Tem energia suficiente para a sua vida diária?  | 1    | 2     | 3             | 4        | 5             |
| <b>11</b> | É capaz de aceitar a sua aparência física?  | 1    | 2     | 3             | 4        | 5             |
| <b>12</b> | Tem dinheiro suficiente para satisfazer as suas necessidades?                               | 1    | 2     | 3             | 4        | 5             |
| <b>13</b> | Até que ponto tem fácil acesso às informações necessárias para organizar a sua vida diária? | 1    | 2     | 3             | 4        | 5             |
| <b>14</b> | Em que medida tem oportunidade para realizar atividades de lazer?                           | 1    | 2     | 3             | 4        | 5             |

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

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

|           |   | Muito Insatisfeito | Insatisfeito | Nem satisfeito nem insatisfeito | Satisfeito | Muito Satisfeito |
|-----------|---|--------------------|--------------|---------------------------------|------------|------------------|
| <b>16</b> | Até que ponto está satisfeito(a) com o seu sono?  | 1                  | 2            | 3                               | 4          | 5                |
| <b>17</b> | Até que ponto está satisfeito(a) com a sua capacidade para desempenhar as atividades do seu | 1                  | 2            | 3                               | 4          | 5                |

|    |  |   |   |   |   |   |
|----|--|---|---|---|---|---|
|    | dia-a-dia?   |   |   |   |   |   |
| 18 | Até que ponto está satisfeito(a) com a sua capacidade de trabalho?           | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 19 | Até que ponto está satisfeito(a) consigo próprio?                            | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 20 | Até que ponto está satisfeito(a) com as suas relações pessoais?              | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 21 | Até que ponto está satisfeito(a) com a sua vida sexual?                      | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 22 | Até que ponto está satisfeito(a) com o apoio que recebe dos seus amigos?     | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 23 | Até que ponto está satisfeito(a) com as condições do lugar em que vive?      | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 24 | Até que ponto está satisfeito(a) com o acesso que tem aos serviços de saúde? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 25 | Até que ponto está satisfeito(a) com os transportes que utiliza?             | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

A pergunta que se segue refere-se à **frequência** com que sentiu ou experimentou certas coisas nas duas últimas semanas.

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

(Adaptado de Vaz Serra et al., 2006)



## **ANEXO D**

### Questionário de Avaliação do Grau de Satisfação dos Clientes



**Instruções de preenchimento:**

Responda às seguintes questões, assinalando com uma cruz (X) o quadrado que melhor expressa a sua opinião, de acordo com a escala de 1 a 5, sendo que:

- 1 - Nada Satisfeito;
- 2 - Pouco Satisfeito;
- 3 - Satisfeito;
- 4 - Muito Satisfeito;
- 5 - Totalmente Satisfeito;

Se a questão não se aplica ao seu caso, assinale “Não se Aplica” (NA). Caso não saiba o que responder em alguma questão pode assinalar “Não Sei” (NS).

| <b>1. Fatores Tangíveis</b> |   | Grau de Satisfação |   |   |   |   |    |    |
|-----------------------------|---|--------------------|---|---|---|---|----|----|
|                             |   | 1                  | 2 | 3 | 4 | 5 | NS | NA |
| 1.1                         | Estado de conservação dos edifícios                             |                    |   |   |   |   |    |    |
| 1.2                         | Limpeza e arrumação das instalações                             |                    |   |   |   |   |    |    |
| 1.3                         | Facilidade de acesso, circulação e movimentação nas instalações |                    |   |   |   |   |    |    |
| 1.4                         | Estado de conservação dos equipamentos                          |                    |   |   |   |   |    |    |
| 1.5                         | Conforto e adequação das instalações                            |                    |   |   |   |   |    |    |
| 1.6                         | Segurança e conforto dos transportes                            |                    |   |   |   |   |    |    |
| 1.7                         | Apresentação e imagem dos colaboradores                         |                    |   |   |   |   |    |    |

| <b>2. Fiabilidade</b> |   | Grau de Satisfação |   |   |   |   |    |    |
|-----------------------|---|--------------------|---|---|---|---|----|----|
|                       |   | 1                  | 2 | 3 | 4 | 5 | NS | NA |
| 2.1                   | Participação no planeamento dos serviços que lhe são prestados  |                    |   |   |   |   |    |    |
| 2.2                   | Planeamento, organização e execução dos serviços e atividades ocupacionais e de desenvolvimento pessoal |                    |   |   |   |   |    |    |
| 2.3                   | Informação sobre o Regulamento e regras de funcionamento  |                    |   |   |   |   |    |    |
| 2.4                   | Informação e participação na elaboração do seu plano individual   |                    |   |   |   |   |    |    |
| 2.5                   | Informação de como aceder a outros serviços que a organização disponibiliza                             |                    |   |   |   |   |    |    |
| 2.6                   | Confiança na capacidade da organização para ajudar a resolver os seus problemas/questões                |                    |   |   |   |   |    |    |

| <b>3. Capacidade de Resposta</b> |   |                    |   |   |   |   |    |    |
|----------------------------------|---|--------------------|---|---|---|---|----|----|
|                                  |   | Grau de Satisfação |   |   |   |   |    |    |
|                                  |   | 1                  | 2 | 3 | 4 | 5 | NS | NA |
| <b>3.1</b>                       | Modo/Desempenho como os colaboradores prestam os serviços   |                    |   |   |   |   |    |    |
| <b>3.2</b>                       | Adequação das refeições aos seus gostos e necessidades  |                    |   |   |   |   |    |    |
| <b>3.3</b>                       | Apoio nos cuidados de higiene e imagem de que precisa   |                    |   |   |   |   |    |    |
| <b>3.4</b>                       | Apoio nos cuidados de saúde de que precisa  |                    |   |   |   |   |    |    |
| <b>3.5</b>                       | Apoio na realização das suas atividades pessoais  |                    |   |   |   |   |    |    |
| <b>3.6</b>                       | Adequação das atividades ocupacionais e de desenvolvimento pessoal aos seus interesses e necessidades |                    |   |   |   |   |    |    |
| <b>3.7</b>                       | Diversidade e quantidade das atividades ocupacionais e de desenvolvimento pessoal disponibilizadas    |                    |   |   |   |   |    |    |
| <b>3.8</b>                       | Disponibilidade dos colaboradores sempre que precisa do seu apoio                                     |                    |   |   |   |   |    |    |

| <b>4. Confiança e Segurança</b> |   |                    |   |   |   |   |    |    |
|---------------------------------|---|--------------------|---|---|---|---|----|----|
|                                 |   | Grau de Satisfação |   |   |   |   |    |    |
|                                 |   | 1                  | 2 | 3 | 4 | 5 | NS | NA |
| <b>4.1</b>                      | Sistemas de segurança contra roubo, incêndio e intrusão   |                    |   |   |   |   |    |    |
| <b>4.2</b>                      | Cumprimento dos seus direitos por parte de todos os colaboradores   |                    |   |   |   |   |    |    |
| <b>4.3</b>                      | Forma como a organização assegura a confidencialidade dos seus dados pessoais   |                    |   |   |   |   |    |    |
| <b>4.4</b>                      | Simpatia, educação e atenção dos colaboradores  |                    |   |   |   |   |    |    |
| <b>4.5</b>                      | Esclarecimento e informação prestada pelos colaboradores sempre que precisa   |                    |   |   |   |   |    |    |
| <b>4.6</b>                      | Respeito da organização pelas suas decisões e opções  |                    |   |   |   |   |    |    |
| <b>4.7</b>                      | Forma como os colaboradores cumprem o seu plano individual (higiene pessoal, medicamentos, atividades ocupacionais, etc.) |                    |   |   |   |   |    |    |

| 5. Empatia |  |                    |   |   |   |   |    |    |
|------------|--|--------------------|---|---|---|---|----|----|
|            |  | Grau de Satisfação |   |   |   |   |    |    |
|            |  | 1                  | 2 | 3 | 4 | 5 | NS | NA |
| 5.1        | Tratamento e encaminhamento das reclamações dos clientes   |                    |   |   |   |   |    |    |
| 5.2        | Respeito e consideração da organização pelas sugestões dos clientes  |                    |   |   |   |   |    |    |
| 5.3        | Nível de informação sobre mudanças/alterações na organização   |                    |   |   |   |   |    |    |
| 5.4        | Disponibilidade dos colaboradores para ouvirem e apoiarem a resolução dos seus problemas pessoais                                      |                    |   |   |   |   |    |    |
| 5.5        | Apoio dos colaboradores na sua dimensão e motivação para realizar e participar em atividades ocupacionais e de desenvolvimento pessoal |                    |   |   |   |   |    |    |

|    |  | Grau de Satisfação |   |   |   |   |    |    |
|----|--|--------------------|---|---|---|---|----|----|
|    |  | 1                  | 2 | 3 | 4 | 5 | NS | NA |
| 6. | De uma forma geral, qual é o seu grau de satisfação com a organização? |                    |   |   |   |   |    |    |

(Adaptado do Instituto da Segurança Social s/d)



## **ANEXO E**

Pedido de Autorização para Realização do Estudo



Ex.mo(a) Sr(a) Diretor(a)  
Instituição \_\_\_\_\_

No âmbito do segundo ano do Mestrado em Gestão dos Serviços de Saúde, da Universidade de Trás-os-Montes e Alto Douro, eu, Ana Rita dos Santos Falcão, venho por este meio solicitar a V. Ex<sup>a</sup> a autorização para a aplicação de um questionário aos clientes da estrutura residencial da Vossa Instituição, contendo: caracterização sociodemográfica, índice de Katz, formulário WHOQOL-Bref para a qualidade de vida e questionário de avaliação do grau de satisfação.

Estes instrumentos de avaliação têm como objetivo recolher dados para o desenvolvimento da minha Dissertação de Mestrado, intitulada “O Gerontólogo como Gestor em Estruturas Residenciais para Idosos: Estudo Comparativo”, cuja orientação está ao encargo do Professor Doutor Vítor Rodrigues e da Professora Doutora Helena Pimentel.

De referir que é garantido todo o anonimato e confidencialidade dos dados recolhidos.

Desde já, agradeço a atenção disponibilizada e colaboração que possa dispensar para a realização deste estudo. Encontro-me disponível para prestar quaisquer esclarecimentos que entenda necessário.

Os questionários e o projeto da dissertação encontram-se em anexo.

Com os melhores cumprimentos,

Ana Rita dos Santos Falcão



## **ANEXO F**

Autorizações das Estruturas Residenciais para Realização do Estudo



Autorizo a aplicação de questionários aos utentes residentes nesta Estrutura Residencial. Toda a informação recolhida é confidencial e servirá apenas para integrar a Dissertação de Mestrado “O Gerontólogo como Gestor em Estruturas Residenciais para Idosos: Estudo Comparativo”.

Guimarães, 7 de março de 2014

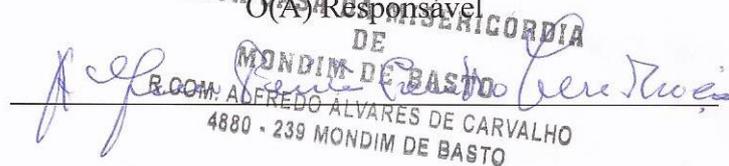
O(A) Responsável  
Isabel Maria Ribeiro de Almeida

A circular purple stamp from the Santa Casa da Misericórdia de Guimarães is centered on the page. The text "O(A) Responsável" is printed in the center of the stamp. A handwritten signature, "Isabel Maria Ribeiro de Almeida", is written across the stamp.

Autorizo a aplicação de questionários aos utentes residentes nesta Estrutura Residencial. Toda a informação recolhida é confidencial e servirá apenas para integrar a Dissertação de Mestrado “O Gerontólogo como Gestor em Estruturas Residenciais para Idosos: Estudo Comparativo”.

Mondim de Basto, 14 de Março de 2014

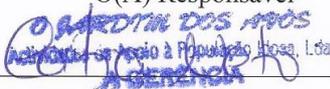
SANTA CASA RESPONSÁVEL  
DE MISERICORDIA  
MONDIM DE BASTO  
R. COM. ALFREDO ALVARES DE CARVALHO  
4880 - 239 MONDIM DE BASTO



Autorizo a aplicação de questionários aos utentes residentes nesta Estrutura Residencial. Toda a informação recolhida é confidencial e servirá apenas para integrar a Dissertação de Mestrado “O Gerontólogo como Gestor em Estruturas Residenciais para Idosos: Estudo Comparativo”.

Sobreda \_\_\_\_\_, 27 de Janeiro de 2014

O(A) Responsável

  
O JARDIM DOS IDOS  
Associação de Apoio à População Idosa, Lda

Autorizo a aplicação de questionários aos utentes residentes nesta Estrutura Residencial. Toda a informação recolhida é confidencial e servirá apenas para integrar a Dissertação de Mestrado “O Gerontólogo como Gestor em Estruturas Residenciais para Idosos: Estudo Comparativo”.

Campeã, 25 de Março de 2014

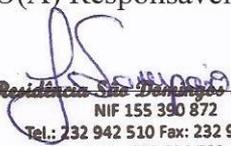
O(A) Responsável



Autorizo a aplicação de questionários aos utentes residentes nesta Estrutura Residencial. Toda a informação recolhida é confidencial e servirá apenas para integrar a Dissertação de Mestrado “O Gerontólogo como Gestor em Estruturas Residenciais para Idosos: Estudo Comparativo”.

Algaraz, 17 de Abril de 2014

O(A) Responsável

  
*Residência São Domingos d'Algaraz*  
NIF 155 390 872  
Tel.: 232 942 510 Fax: 232 942 511  
Tlm.: 932 836 769  
rsaodomingos@gmail.com  
Rua Dr. Avelino Pais Borges, N.º 2  
3520-011 Algaraz/Nelas

Autorizo a aplicação de questionários aos utentes residentes nesta Estrutura Residencial. Toda a informação recolhida é confidencial e servirá apenas para integrar a Dissertação de Mestrado “O Gerontólogo como Gestor em Estruturas Residenciais para Idosos: Estudo Comparativo”.

Coetes, 22 de Abril de 2014

O(A) Responsável

Assinatura do Responsável  
**CASA MAIOR  
DO NASCIMENTO & VALENTE, Lda**  
NIF: 509 639 801

Autorizo a aplicação de questionários aos utentes residentes nesta Estrutura Residencial. Toda a informação recolhida é confidencial e servirá apenas para integrar a Dissertação de Mestrado “O Gerontólogo como Gestor em Estruturas Residenciais para Idosos: Estudo Comparativo”.

Izeda, 23 de Abril de 2014

O(A) Responsável

Marisa Lopes

**Centro Social Paroquial de Izeda**

**NIPC 503 264 059**

**Praça S. Sebastião, 5300-637 - Izeda**

**cspizeda@gmail.com**

Autorizo a aplicação de questionários aos utentes residentes nesta Estrutura Residencial. Toda a informação recolhida é confidencial e servirá apenas para integrar a Dissertação de Mestrado “O Gerontólogo como Gestor em Estruturas Residenciais para Idosos: Estudo Comparativo”.

Póvoa do Lanhoso, 28 de Abril de 2014

O(A) Responsável

Jânia Loureiro  
PAR ESTRELA DO PARAISO  
UNIPessoal, LDA.  
AGERÊNCIA

Autorizo a aplicação de questionários aos utentes residentes nesta Estrutura Residencial. Toda a informação recolhida é confidencial e servirá apenas para integrar a Dissertação de Mestrado “O Gerontólogo como Gestor em Estruturas Residenciais para Idosos: Estudo Comparativo”.

Póvoa do Varzim 28 de Abril de 2014

O(A) Responsável

  
S. FERREIRA & GERADES  
Serviços Geriátricos, Lda.  
Cont. n.º 506 389 111  
A Gerência,

Autorizo a aplicação de questionários aos utentes residentes nesta Estrutura Residencial. Toda a informação recolhida é confidencial e servirá apenas para integrar a Dissertação de Mestrado “O Gerontólogo como Gestor em Estruturas Residenciais para Idosos: Estudo Comparativo”.

Vila Cortez Mondrego, 14 de Maio de 2014

O(A) Responsável  
e Apoio Social da  
Diana Vitorino Pazinho Mendes  
6300-250 VILA CORTEZ DO MONDEGO