

O Perfil do Utente Residente em ERPIs no Concelho do Sabugal: Avaliação da qualidade de vida do idoso

Pedro Xavier Leal Ferreira

Dissertação para obtenção do Grau de Mestre em
Medicina
(Mestrado integrado)

Orientador: Prof. Doutora Rosa Marina Lopes Brás Martins Afonso
Co-orientadores: Prof. Doutora Maria Assunção Morais e Cunha Vaz Patto
Prof. Doutor Nuno Filipe Cardoso Pinto
Prof. Doutor Jorge Manuel Reis Gama

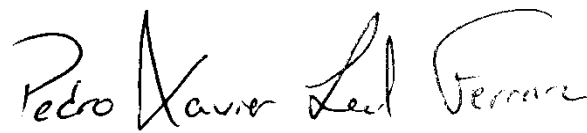
março de 2024

Declaração de Integridade

Eu, Pedro Xavier Leal Ferreira, que abaixo assino, estudante com o número de inscrição 41748 do Mestrado Integrado em Medicina, da Faculdade Ciências da Saúde, declaro ter desenvolvido o presente trabalho e elaborado o presente texto em total consonância com o **Código de Integridades da Universidade da Beira Interior**.

Mais concretamente afirmo não ter incorrido em qualquer das variedades de Fraude Académica, e que aqui declaro conhecer, que em particular atendi à exigida referenciação de frases, extratos, imagens e outras formas de trabalho intelectual, e assumindo assim na íntegra as responsabilidades da autoria.

Universidade da Beira Interior, Covilhã 18 / 03 / 2024



(assinatura conforme Cartão de Cidadão ou preferencialmente assinatura digital no documento original se naquele mesmo formato)

Dedicatória

Dedico este trabalho aos idosos residentes no concelho do Sabugal, por nos terem cedido um bocadinho do seu tempo que, para alguns, infelizmente, já será curto. Sem esperar qualquer retorno, proporcionando histórias, conselhos e sorrisos de valor incalculável.

Dedico também este trabalho aos meus idosos. Aos que ainda cá estão. À minha avó Maria, que à data desta dedicatória, ainda se encontra autónoma e capaz de me ver e celebrar, no encerrar de mais uma etapa. E ao meu avô Américo, também ele institucionalizado, que infelizmente já não possui capacidades para me acompanhar, mas que foi uma motivação pessoal em todo este processo árduo e moroso. Que sirva como ajuda para proporcionar as melhores condições possíveis a outros que venham a estar na mesma situação que ele.

Agradecimentos

É com um enorme carinho que agradeço a todos os que me ajudaram e acompanharam neste longo percurso.

Primeiro que tudo, à minha orientadora, professora Dr.^a Rosa Marina Afonso, por ter depositado em mim a sua confiança para um projeto enorme como este, me ter acompanhado sempre com contagiante entusiasmo, como é de sua natureza, neste processo e disponibilizado todo o seu tempo, que é escasso, para qualquer capricho meu.

Aos meus co-orientadores, a professora Dr.^a Maria Assunção Vaz Patto e o professor Dr. Nuno Pinto, pelo acompanhamento constante, pelos conselhos impagáveis e reuniões intermináveis naquele gabinete assustador.

Ao professor Dr. Jorge Gama, pelo auxílio incansável no trabalho estatístico.

A todas as direções das estruturas de residência para pessoas idosas, do concelho do Sabugal, por terem aceitado este desafio ousado e pioneiro no nosso país.

A todo o staff que nos acolheu nos lares, com a maior das simpatias e disponibilidades, agilizando imensamente o nosso trabalho de campo, apesar das dificuldades relativas à sua atividade profissional quotidiana. Em momento algum nos fizeram sentir a mais ou que estivéssemos a perturbar o normal funcionamento dos estabelecimentos.

Aos idosos que participaram neste estudo, pela paciência que tiveram comigo, pelas lições de vida dignas de quem já a viveu quase por inteiro, pelos sorrisos que deram, pelas palavras tão amáveis disseram. Aos que não participaram, mas interagiram comigo, pela vossa compreensão e conversas de corredor.

Aos que comigo participaram neste estudo, em particular, um especial obrigado ao meu colega e grande amigo Francisco Carvalho, pela sua visão do projeto, pelo convite lançado, e por me acolheres na terra que é tua, mas ajudaste a tornar um pouco minha também.

Aos meus amigos na Covilhã, muitos deles, que passaram também por etapa semelhante e de quem tenho um orgulho enorme por terem sido fiel companhia nestes 6 anos.

Ao Tozé e ao Jorge, por serem pessoas incríveis e darem um verdadeiro significado de Casa, à nossa casa.

Aos meus amigos do outro lado da Serra, da cidade dos estudantes, que nunca me abandonaram e sempre foram o escape destas andanças universitárias.

À Maria, pelo companheirismo, pelo suporte constante e motivação, por me ouvires e não julgares, por me ajudares a crescer por dentro e para fora e me fazeres sonhar mais alto.

Por último, à minha família, aos meus pais e ao meu irmão, por serem o meu outro significado de lar, por me darem as ferramentas todas para que hoje estivesse aqui, e que estas palavras estejam escritas exatamente da maneira que estão. Fizeram muito daquilo que sou e faço. Isto também é vosso.

Prefácio

O presente trabalho não são apenas as linhas que se seguem, são incontáveis horas de preparação, para incontáveis horas de trabalho de campo, de contacto com pessoas, com emoções, vontades, sonhos, receios. Muito mais que palavras e números é a humanidade, a arte, a simplicidade no meio da complexidade. A intimidade da medicina foi o que me transportou até aqui, o que me carregou nos momentos de cansaço, respondeu as minhas dúvidas, acalmou os meus anseios. Somos todos seres humanos, desde o dia zero até ao dia D desta vida, não nos esqueçamos agora nem quando o esquecimento nos quiser quebrar.

“Precisava deste resto de solidão para aprender sobre este resto de companhia. este resto de vida, américo, que eu julguei já ser um excesso, uma aberração, deu-me estes amigos. e eu que nunca percebi a amizade, nunca esperei nada da solidariedade, apenas da contingência da coabitação, um certo ir obedecendo, ser carneiro. eu precisava deste resto de solidão para aprender sobre este resto de amizade.”

“Um problema com o ser-se velho é o de julgarem que ainda devemos aprender coisas quando, na verdade, estamos a desaprendê-las, e faz todo o sentido que assim seja para que nos afundemos inconscientemente na iminência do desaparecimento. a inconsciência apaga as dores, claro, e apaga as alegrias, mas já não são muitas as alegrias e no resultado da conta é bem visto que a cabeça dos velhos se destitua da razão para que, tão de frente à morte, não entremos em pânico.”

- Valter Hugo Mãe, A Máquina de Fazer Espanhóis

- "Quero dizer e já não sei, quero fazer e já não posso, já não vale uma pessoa nada"

- "Aquilo que a gente tem de maior valor é a companhia...p'ra bem bem, é estar nas nossas casinhas"

- "Eu era uma faladeira e agora já quase nem sei falar"

- "Se calhar não existe"

- Idosos, em resposta à questão “Para si como seria o lar ideal?”.

Resumo

Introdução: O processo de transição de residência para uma Estrutura Residencial para Pessoas Idosas (ERPI), acarreta inúmeras mudanças nas rotinas e ambientes do idoso que tende a apresentar maiores índices de dependência e fragilidade, e que tem, frequentemente, múltiplas patologias. Assim, o foco das ERPIs será de assegurar um mais fácil processo de adaptação e garantir um serviço que aposta na qualidade de vida dos utentes durante a sua estadia.

Objetivo: Traçar o perfil do idoso residente em ERPI no concelho do Sabugal, caracterizando a qualidade de vida e indagar sobre possíveis fatores que impactem a mesma.

Materiais e Métodos: Este é um estudo observacional descritivo realizado em 21 ERPIs do concelho do Sabugal que contou com 350 participantes, adultos idosos nelas residentes, selecionados de forma aleatória. Procedeu-se à caracterização sociodemográfica e clínica dos participantes, foram aplicados instrumentos de avaliação geriátrica, e um inquérito de satisfação. Foi ainda efetuada a descrição das ERPIs atendendo às suas características estruturais e processuais. Fez-se análise estatística descritiva e inferencial com recurso ao software estatístico SPSS.

Resultados: Verificou-se, com o presente estudo, uma população de idosos residentes em ERPIs no concelho Sabugal, na sua maioria, do sexo feminino (73,4%), com uma idade média de 87,1 anos, com baixas habilitações literárias, altamente dependentes (Índice de Barthel médio: 56,5 pontos), com múltiplas comorbilidades (média: 4,56 doenças), relatando uma qualidade de vida superior ao panorama nacional para idosos institucionalizados (média 94,07). Verificaram-se associações estatisticamente significativas entre a qualidade de vida e a autoperceção de saúde, o grau de dependência e a presença de sentimentos de solidão.

Conclusão: Com vista a uma prestação de cuidados à população idosa em seio de ERPI, com importantes limitações pelo seu grau de dependência, multimorbilidades, fraca rede de apoio social entre outras problemáticas inerentes à idade, é necessário um foco em novos indicadores de saúde mais holísticos, como o da qualidade de vida, sendo de particular urgência adotar métodos de avaliação sistemática, para uma implementação de medidas mais personalizadas e eficientes, promovendo o bem-estar completo do idoso.

Palavras-chave

Adulto Idoso; Estruturas de Residência para Pessoas Idosas (ERPI); Qualidade de Vida; Geriatria; Gerontologia.

Abstract

Introduction: The transition process from home to a Residential Structure for the Elderly (ERPI) entails numerous changes in the routines and environments of the elderly, who tend to exhibit higher levels of dependence and fragility and often have multiple pathologies. Thus, the focus of ERPIs is to ensure an easier adaptation process and to guarantee a service that promotes the quality of life of users during their stay.

Objective: To outline the profile of the elderly residents in ERPIs in the municipality of Sabugal, characterizing their quality of life and investigating factors that may impact it.

Materials and Methods: This is a descriptive observational study conducted in 21 ERPIs in the municipality of Sabugal, involving 350 participants, elderly adults residing in them, randomly selected. Sociodemographic and clinical characterization of the participants was conducted, geriatric assessment instruments were applied, and a satisfaction survey was conducted. A description of the ERPIs was also made considering their structural and procedural characteristics. Descriptive and inferential statistical analysis was performed using the SPSS statistical software.

Results: In the present study, a population of elderly residents in ERPIs in Sabugal was found, mostly female (73.4%), with an average age of 87.1 years, with low levels of literacy, highly dependent (mean Barthel Index: 56.5 points), with multiple comorbidities (mean: 4.56 diseases), reporting a higher quality of life than the national average for institutionalized elderly (mean 94.07). Statistically significant associations were found between quality of life and self-perceived health, degree of dependence, and feelings of loneliness.

Conclusion: In order to provide care to the elderly population within ERPIs, with significant limitations due to their degree of dependence, multimorbidities, weak social support network, among other age-related issues, there is a need to focus on new, more holistic health indicators, such as quality of life. It is particularly urgent to adopt systematic evaluation methods for the implementation of more personalized and efficient measures, promoting the overall well-being of the elderly.

Keywords

Older adult; Residential Care Facilities (RCF's); Quality of Life; Geriatrics; Gerontology.

Índice

1. Introdução	1
1.1. Envelhecimento demográfico em Portugal	1
1.2. Envelhecimento no interior de Portugal	1
1.3. Envelhecimento físico	2
1.4. Qualidade de Vida na Velhice	3
1.5. Processo de ingresso numa ERPI	4
2. Objetivos do estudo	7
3. Materiais e Métodos	9
3.1. Tipo de estudo	9
3.2. Participantes	9
3.3. Instrumentos	10
3.1.1. Dados sociodemográficos	10
3.1.2. Dados da Institucionalização	10
3.1.3. Inquérito Clínico	10
3.1.4. Instrumentos de Avaliação Geriátrica	10
3.1.5. Exame Neurológico e Clínico Sumário	14
3.1.6. Inquérito de Satisfação	14
3.4. Procedimentos	15
3.5. Análise estatística	16
4. Resultados	19
4.1. Caracterização dos participantes	19
4.2. Solidão	22
4.3. Qualidade de vida	22
4.4. Análise Inferencial	26
4.5. Análise Multivariada	29
5. Discussão de resultados	41
6. Conclusões	47
Referências	49
Anexos	57
Anexo I - Parecer da Comissão de Ética da Universidade da Beira Interior	57
Anexo II - ERPIs, do Concelho do Sabugal	58
Anexo III - Consentimento Livre, Informado e Esclarecido (CLIE)	59
Anexo IV - Inquérito Utentes	61

Lista de Figuras

Figura 1. – Fórmula de cálculo do tamanho da amostra: e = margem de erro; z = quantil da distribuição normal; p = proporção (prevalência); N = dimensão populacional.

Lista de Tabelas

- Tabela 1 – Caracterização sociodemográfica da amostra
- Tabela 2. – Caracterização da Institucionalização da amostra
- Tabela 3 – Autoperceção de adaptação e saúde
- Tabela 4. – Frequência da Escala de solidão UCLA
- Tabela 5. – Frequência do Índice de Barthel
- Tabela 6. – Qualidade de vida no idoso em ERPI pelas variáveis sexo e escolaridade
- Tabela 7. – Qualidade de vida no idoso em ERPI pelas variáveis Autoperceção de saúde e emigração
- Tabela 8. – Qualidade de vida no idoso em ERPI pelas variáveis Escala de solidão UCLA e índice de Barthel
- Tabela 9. – Efeitos do índice de Barthel e autoperceção de saúde nos scores das facetas da qualidade de vida, controlando-se a idade e o número de patologias – MANCOVA
- Tabela 10. – Efeitos da solidão e autoperceção de saúde nos *scores* das facetas da qualidade de vida, controlando-se a idade e o número de patologias – MANCOVA
- Tabela 11. – Efeitos da solidão e do índice de Barthel nos *scores* das facetas da qualidade de vida, controlando-se a idade e o número de patologias – MANCOVA
- Tabela 12 – Modelo de regressão linear preditivo do *score* WHOQOL TOTAL

Lista de Acrónimos

ABVD	Atividades Básicas da Vida Diária
ADN	Ácido Desoxirribonucleico
AIVD	Atividades Instrumentais da Vida Diária
ANOVA	Análise de variância
AUT	Autonomia
CEAP	<i>Clinical, Etiological, Anatomical and Pathophysiological</i>
DAD	Morte e Morrer
DP	Desvio Padrão
e	Margem de erro
EMSSP	Escala Multidimensional de Suporte Social Percebido
ERPI	Estrutura de Residência para Pessoas Idosas
FAM	Família/Vida Familiar
GDS-15	Escala de Depressão Geriátrica: versão reduzida
INT	Intimidade
LSD	<i>Least Significant Difference</i>
M	Média
MANCOVA	<i>Multivariate Analysis of Covariance</i>
Máx	Máximo
Med	Mediana
Min	Mínimo
MMSE	<i>Mini-Mental State Examination de Folstein</i>
MNA	<i>Mini Nutritional Assessment</i>
n	número
NUTS	Nomenclatura das Unidades Territoriais para Fins Estatísticos
OLD	Oxigenoterapia de Longa Duração
OMS	Organização Mundial de Saúde
P	População
PSQI-PT	Índice de Qualidade do Sono de Pittsburgh-versão portuguesa
PPF	Atividades passadas, presentes e futuras
Q1	1º Quartil - Percentil 25
Q3	2º Quartil - Percentil 75
QV	Qualidade de Vida
SAB	Funcionamento sensorial
SOP	Participação social
SPSS	<i>Statistical Package for the Social Sciences</i>
UCLA	<i>University of California, Los Angeles</i>
UBI	Universidade da Beira Interior
VNI	Ventilação Não Invasiva
WHOQOL	<i>World Health Organization Quality of Life</i>
WHOQOL-Bref	<i>World Health Organization Quality of Life – Abbreviated Version</i>
WHOQOL-OLD	<i>World Health Organization Quality of Life Old Age – Older Adults module</i>
z	Score z

1.Introdução

1.1. Envelhecimento demográfico em Portugal

Segundo os mais recentes dados da PORDATA, de 2021, vivemos num país com dez milhões, trezentos e quarenta e três mil e sessenta e seis habitantes (10.343.066), dos quais, um milhão, trezentos e trinta e um mil, cento e oitenta e oito pessoas (1.331.188) são crianças de idades compreendidas entre os 0 e os 14 anos, o que corresponde a 12,9% da população. Dois milhões, quatrocentos e vinte e três mil, seiscentos e trinta e nove habitantes (2.423.639), são idosos, ou seja 23,4 % da população residente em Portugal tem 65 anos ou mais [1]. Em 60 anos, a percentagem de população com idades compreendidas entre os 0 e os 14 anos, caiu para menos de metade, sendo que a percentagem da população idosa quase que triplicou. Em apenas 10 anos, esta população subiu 4,4 pontos percentuais. Observa-se, assim, uma mudança drástica na estrutura demográfica de Portugal. Atualmente, o índice de envelhecimento é de 183,5, isto é, para cada 100 jovens em Portugal, existem 183,5 idosos [2].

Os dados do EUROSTAT indicam Portugal claramente como um dos países na Europa em situação mais alarmante em termos de estrutura sociodemográfica. Sendo o segundo país, apenas atrás da Itália, com uma menor fatia da população jovem, e com a maior percentagem de idosos [3]. Com uma diminuição da taxa de natalidade, um saldo natural baixo e um aumento progressivo da esperança média de vida, a tendência é claramente uma de envelhecimento da população a um ritmo assustador [2].

1.2. Demografia no Interior de Portugal

Quanto ao interior de Portugal, o envelhecimento da população é ainda mais acentuado. Pela divisão territorial Nomenclatura das Unidades Territoriais para Fins Estatísticos (NUTS), criada pelo Eurostat no início dos anos 70, dentro da região das Beiras e Serra da Estrela, temos os municípios de Almeida, Belmonte, Celorico da Beira, Covilhã, Figueira de Castelo Rodrigo, Fornos de Algodres, Fundão, Gouveia, Guarda, Manteigas, Mêda, Pinhel, Sabugal, Seia e Trancoso. Esta é uma das Regiões mais envelhecidas do país tendo um índice de envelhecimento de 339,3, pelo que temos de perto do dobro do número de idosos para os mesmos 100 jovens, comparativamente com o panorama nacional [4].

No concelho do Sabugal, pertencente ao distrito da Guarda, o índice de envelhecimento é de 591,7, o que significa que para os mesmos 100 jovens existem mais de 3 vezes mais idosos

do que na média do país inteiro [4]. Trata-se de um município claramente envelhecido, com a tendência para esta situação se agravar e que, em conjunto com o município de Almeida, são o expoente máximo deste envelhecimento da sub-região das Beiras e Serra da Estrela.

1.3. Envelhecimento físico

O envelhecimento é um fenómeno inerente à condição humana, caracterizado por uma série de mudanças progressivas a nível celular, tecidual e consequentemente sistémico. Isto é, a um nível celular, observam-se alterações no ADN, como o encurtamento dos telómeros e acumulação de danos oxidativos, levando a uma diminuição na capacidade de replicação celular [5]. Numa escala macro, isso traduz-se em comprometimentos nos diversos sistemas. A título de exemplo, no sistema musculoesquelético verifica-se uma perda de massa muscular e a redução da densidade óssea. No sistema cardiovascular, há uma diminuição na elasticidade vascular associado a uma maior prevalência de doenças cardiovasculares. Quanto ao sistema nervoso, declínios na produção de neurotransmissores e na plasticidade neural, contribuem para mudanças cognitivas. [6]

Estas alterações levam a uma necessidade de intervenções direcionadas ao combate das mesmas de modo a preservar determinadas funcionalidades. A autonomia na terceira idade é uma dimensão crucial, e pode ser preservada por meio de determinadas condutas como o exercício físico regular, eficaz no combate à sarcopenia, com papel na melhoria da mobilidade e consequente redução do risco de quedas [7]. Simultaneamente, intervenções externas ao ambiente, como reestruturação do domicílio e o uso das novas tecnologias de assistência, também auxiliam na promoção da autonomia [8].

A motricidade fina, muitas vezes comprometida pelo envelhecimento, pode ser mantida por meio de atividades como jogos cognitivos, artes plásticas e terapias ocupacionais direcionadas à coordenação olho-mão. São tudo estratégias eficazes para preservar a destreza manual [9].

O declínio de funções cognitivas, como por exemplo, relacionadas com o funcionamento da memória, uma preocupação frequente na velhice, pode ser atenuado através da estimulação cognitiva e mudanças de estilo de vida. Exercícios como jogos de memória, quebra-cabeças, treino de novas apetências e hobbies, fortalecem as conexões sinápticas e promovem a plasticidade neural [10]. A interação social e a participação em atividades com algum grau de desafio intelectual, também têm a sua relevância na preservação da agilidade mental [11].

Dados os défices e perdas frequentemente associados à velhice, serão precisos cuidados redobrados para assegurar um envelhecimento saudável e com a devida qualidade de vida. De acordo com Zajac-Gawlak e Polechonski (2007), um “envelhecimento bem-sucedido não deveria estar associado apenas à prolongação insistente da vida. Deveria sim estar ligado à preservação da dignidade, consciência e saúde. Concentrar-se na manutenção da aptidão física e no sustento do entusiasmo pela vida torna-se fundamental, refletindo uma abordagem mais abrangente do envelhecimento que prioriza o bem-estar geral e a vitalidade.” O que nos remete para um conceito, o de qualidade de vida. [12],

1.4. Qualidade de vida na velhice

Com o avançar da medicina e da epidemiologia, o interesse em obter indicadores de saúde foi crescendo, inicialmente com indicadores mais simples como mortalidade e morbidade. Posteriormente o impacto de determinadas doenças e repercussões no quotidiano e comportamento, mas ainda assim faltava conseguir estabelecer uma noção capaz e completa de qualidade de vida. Paralelamente, a prática médica foi-se tornando cada vez mais mecanizada e baseada em números e indicadores impessoais, pelo que se sentiu necessidade de criar um conceito mais humanístico, que pudesse ser introduzido na prática clínica [13].

A qualidade de vida é um tema complexo e não consensual, amplamente investigado, procurando-se entender os diversos fatores que influenciam o bem-estar. Segundo a OMS, a qualidade de vida, refere-se não apenas à ausência de doenças, mas também à capacidade de manter um estado físico, mental e social satisfatório definindo-a como “a perceção do indivíduo sobre a sua posição no contexto da cultura e dos sistemas de valores em que vive e em relação aos seus objetivos, expetativas, padrões e preocupações” [14].

Assim, de modo a criar um indicador internacional para a qualidade de vida, e promover boas práticas médicas dentro do que é verdadeiramente a medicina holística e humanizada, em 1998, foi publicado o manual WHOQOL, elaborado por uma equipa internacional e multidisciplinar designada pela OMS. Onde se abordam duas escalas para aferir, quantitativamente, a qualidade de vida, WHOQOL-100 e WHOQOL-Bref [13]. Mais tarde foi verificado que a velhice tem bastantes particularidades no que toca a qualidade vida, por uma diferente valorização de aptidões e suporte, e um conformar com um declínio já previamente descrito, natural da idade [17], pelo que o mesmo grupo decidiu elaborar uma nova escala, desta vez, tendo em conta o que, pela revisão de literatura, apontava como sendo os fatores cruciais para a avaliação e promoção da qualidade de vida em idosos, fornecendo uma base sólida para intervenções médicas e sociais voltadas para esse grupo populacional [15], [16]. Então, esta escala tenciona abordar questões como a saúde física e

funcionalidade, onde parâmetros como a preservação da mobilidade, capacidade funcional e ausência de doenças cónicas são cruciais. Estudos destacam a importância da prática regular de exercício físico, não apenas na prevenção de condições como a sarcopenia e osteoporose, mas também na promoção de uma vida ativa e independente [18]. Tocando na questão da autonomia, a atividade física e a mesma, andam quase sempre de mãos dadas, em particular nesta população, onde a inatividade a diminui drasticamente e rapidamente, esse que é um pilar da qualidade de vida no idoso [22]. Passando pela saúde mental e cognição, igualmente considerada essencial para a qualidade de vida dos idosos, a preservação da função cognitiva, a prevenção de transtornos mentais como a depressão e a promoção de uma boa saúde emocional são fatores críticos. Segundo Jennifer Reijnders *et al.* [19], intervenções como atividades cognitivamente estimulantes e a manutenção de relações sociais são apontadas como estratégias eficazes para preservar a saúde mental na terceira idade. O suporte social e relacionamentos interpessoais, a presença de uma rede de apoio, seja familiar, comunitária ou de amigos, tem impacto direto na saúde emocional e no bem-estar psicossocial dos idosos. A participação em atividades sociais e a manutenção de relações significativas onde exista intimidade, estão associadas a níveis mais elevados de satisfação com a vida [20]. É de referir também a importância do ambiente, que se traduz em fatores como a acessibilidade a serviços de saúde, transporte adequado, moradia segura e adaptada às necessidades específicas assim como a disponibilidade de cuidados de saúde preventivos e a capacidade de acesso a tratamentos médicos [21].

1.5. Processo de ingresso numa ERPI

O apoio institucional em Portugal, que presta apoio a pessoas com algum tipo de dependência ou limitação, nomeadamente adultos idosos com as supramencionadas problemáticas como a multipatologia e fragilidade é limitado. Assim, aquando certas condições, sejam elas físicas, cognitivas ou socioeconómicas, geram dependência, ou por simples escolha do idoso, não queiram, viver em habitação própria ou do seu seio familiar, as opções passam pelos Centros de convívio, Centros de Dia, Centros de Noite, serviço de Apoio domiciliário e Estruturas Residenciais para Pessoas Idosas (ERPIs) [23].

Este processo de transição de residência para instituição e conseqüente adaptação nem sempre é fácil. Quer seja pela clínica do idoso, ou pela própria vontade deste. Ellis descreve este processo de mudança como confronto entre expectativas e realidade [24]. Sendo que muitas vezes, para o idoso que vai atravessar esta mudança drástica de ambiente e rotinas, as expectativas que existem não são muitas, e são predominantemente negativas pela imagem passada nos *media*. O que condiciona *a priori*, a receptividade para a mudança, e

causa ansiedade no indivíduo durante os primeiros meses. Ansiedade essa que irá marcar o período de adaptação e corroborar as expectativas negativas que existiam [24].

O estigma em torno deste processo é grande e disseminado, contudo há uma crescente procura em respostas sociais por diversos fatores. Nomeadamente, uma maior esperança média de vida que traz maiores níveis de dependência nos anos finais de vida, aliado a uma mudança cultural geracional. Com ambos os géneros, masculino e feminino, a ter um papel ativo no rendimento dos respetivos agregados familiares e, portanto, com horários laborais extensos, torna-se cada vez mais difícil o papel de principal cuidador ser realizado por um familiar direto, geralmente um filho, como seria hábito para certas culturas [25, 26]. Torna-se então mais frequente o recurso às respostas sociais existentes, para auxílio e alívio deste papel de cuidador [24].

Segundo os dados da carta Social, referentes a 2021, em Portugal, existem 7390 respostas sociais, não discriminadas pelo tipo das mesmas, o que equivale a uma total capacidade para 280.448 idosos [23]. O que, ao lado dos 2.436.949 idosos residentes em Portugal [2], no mesmo ano, cobre pouco mais de 10%. Olhando para as vagas em ERPI, os números ainda são menos favoráveis. Tendo apenas 103 481 vagas em Portugal continental. Temos uma falta de respostas sociais para a população portuguesa cada vez mais envelhecida e cada vez mais dependente. Ao contrário do panorama nacional, o concelho do Sabugal preza por uma excelente capacidade de respostas sociais, em particular destas ERPIs, ou como são comumente designadas, lares. Tendo uma capacidade total de 969 vagas para ERPI [23], que, no contexto das 103 481 vagas em Portugal continental, corresponde a cerca de 1%. Números muito acima do esperado tendo em conta que, apesar de ser o concelho de maior área geográfica, tem apenas 11 280 habitantes, de acordo com os últimos censos [27]. Ou seja cerca de 0,1% da população registada em Portugal continental.

2. Objetivos

Este estudo tem como principais objetivos, identificar e caracterizar a população que se encontra nas Estruturas Residenciais para Pessoas Idosas do concelho do Sabugal, avaliar a qualidade de vida dos residentes em ERPIs, e explorar as relações entre a qualidade de vida outras variáveis consideradas neste estudo. Para concretizar estes objetivos, estipularam-se os seguintes objetivos específicos:

- Analisar a qualidade de vida no adulto idoso em ERPI
- Analisar a associação entre os resultados da qualidade de vida e os dados sociodemográficos.
- Analisar a associação entre os resultados da qualidade de vida e a autoperceção subjetiva de saúde
- Analisar a associação entre os resultados da qualidade de vida da e o grau de dependência nas atividades básicas da vida diária (ABVD's).
- Analisar a associação entre os resultados da qualidade de vida e a presença de solidão.

3 Materiais e Métodos

3.1 Tipo de Estudo

Trata-se de um estudo transversal e descritivo que pretende caracterizar o perfil dos adultos idosos residentes em ERPI's no concelho do Sabugal, avaliando a sua qualidade de vida, e identificando o tipo de apoios recebidos dentro da instituição, sejam eles a nível de recursos humanos ou infraestruturas.

3.2. Participantes

Este estudo focou-se nos utentes das ERPIs do concelho do Sabugal.

Foram definidos como critérios de inclusão no estudo em relação aos utentes:

- Utentes inscritos nas Estruturas Residenciais para pessoas idosas;
- Utentes com idades iguais ou superiores a 65 anos;
- Permanência nas ERPIs há pelo menos 3 meses;
- Responder de forma voluntária ao questionário.

Foram definidos como critérios de exclusão no estudo em relação aos utentes:

- Utentes com idades inferiores a 65 anos;
- Utentes inscritos noutra resposta social que não ERPI;
- Permanência nas ERPIs menos de 3 meses;
- Recusa em responder ao questionário;
- Ausência da ERPI por motivos alheios ao estudo.

Para uma margem de erro (e) de 5%, grau de confiança de 95%, que equivalente ao quantil z igual a 1,96, (N) de 968 utentes de ERPI no concelho do sabugal [23], foi calculada uma amostra por técnica de amostragem probabilística, de 276 utentes. Para acautelar desistências posteriores, ou dificuldades de recolhas, definiu-se a amostra com 350 utentes. Os cálculos foram feitos segundo a seguinte fórmula [54]

$$\text{Tamanho da amostra} = \frac{\frac{z^2 \times p(1-p)}{e^2}}{1 + \left(\frac{z^2 \times p(1-p)}{e^2 N} \right)}$$

Figura 1 Fórmula de cálculo do tamanho da amostra: e = margem de erro; z = quantil da distribuição normal; p = proporção (prevalência); N = dimensão populacional.

Como amostra geral foram conseguidos os 350 utentes, sendo que por incapacidade cognitiva ou motora, certos parâmetros registam menos respostas.

3.3 Instrumentos

Foi elaborado questionário para os utentes da Estrutura Residencial para Pessoas Idosas (ERPI), (Anexo IV) contemplando um questionário sociodemográfico e clínico, instrumentos de avaliação geriátrica e um inquérito de satisfação. Este está organizado em 8 seções que abrangem as diferentes variáveis em estudo.

3.3.1 Dados sociodemográficos

Para enquadramento e caracterização da amostra. Estes englobam elementos como sexo, idade, naturalidade, escolaridade, estado civil; profissão, histórico de emigração; perceção sobre os rendimentos auferidos e religião.

3.3.2. Dados de Institucionalização

Contemplando motivo da entrada; decisor da mesma; autoperceção do processo de adaptação; relacionamento familiar prévio; necessidade prévia de apoios sociais ou financeiros, rede de suporte social com o objetivo é aferir o motivo e as circunstâncias da institucionalização, avaliando suas repercussões no contexto familiar e a facilidade de adaptação.

3.3.3. Inquérito Clínico

Para levantamento de antecedentes pessoais e cirúrgicos do utente, seu histórico médico, número e motivo de idas ao serviço de urgência, número e motivo de Internamentos, Medicação habitual e medicação para patologia aguda no ano transato, número de quedas, horas que o utente passa sentado, necessidade de oxigenoterapia de longa duração (OLD) ou Ventilação Não Invasiva (VNI), modo de alimentação, hábitos tabágicos e etílicos e autoperceção do estado de saúde.

3.3.4. Instrumentos de Avaliação Geriátrica

Mini-Mental State Examination de Folstein (MMSE), um instrumento breve e padronizado para avaliar o estado mental cognitivo dos pacientes. Avalia a orientação, atenção, memória imediata e de curto prazo, linguagem e a capacidade de seguir comandos verbais e escritos simples [28]. Tem uma pontuação total máxima de 30 pontos, que classifica o indivíduo como apresentando algum défice cognitivo ou não, de acordo com os pontos de corte para

população portuguesa consoante a sua escolaridade, sendo eles <15 pontos para analfabetos, entre 15 e 22 pontos para pessoas com 1 a 11 anos de escolaridade e entre 23 e 27 pontos para pessoas com escolaridade superior a 11 anos, segundo o estudo de M. Guerreiro *et al.* [29].

Escala de Depressão Geriátrica (GDS) de Yesavage [30], é um questionário que avalia sintomatologia depressiva em pessoas idosas. A versão curta está validada por J. A. Yesavage e J. I. Sheikh, e os seus resultados são sobreponíveis aos da versão completa, [30, 31] pelo que foi a utilizada, na versão portuguesa, adaptada por João Apóstolo [32]. É constituída por 15 questões com resposta dicotómica (Sim ou Não). As respostas sugestivas de existência de depressão correspondem a 1 ponto. Tem 3 pontos de corte, pontuações entre 0 e 5 pontos não são sugestivas de depressão, entre os 6 e os 10 pontos, sugerem depressão ligeira e entre 11 e 15 pontos, sugerem uma depressão moderada a grave.

Escala Multidimensional de Suporte Social Percebido (EMSSP), originalmente desenvolvida por Zimet, Dahlem, Zimet, e Farley, que avalia o apoio social percebido pelos indivíduos em estudo nas áreas da família, amigos e outros significativos [33]. Na sua adaptação para a versão portuguesa, feita por Serafim Carvalho, é uma escala de autorresposta tipo *Likert*, com 12 itens, estando dividida em grupos de 4 por cada uma das 3 áreas. Tem 7 categorias de resposta com uma escala de resposta entre: 1 = discorda completamente e 7 = concorda completamente [34].

Escala DOLOPLUS, de heteroavaliação, para doentes com dificuldades de comunicação ou demência, e consiste em dez itens, cada um pontuado em escalas de 0 a 3 pontos, sendo cinco itens somáticos, dois itens psicomotores e três itens psicossociais [35]. Foi usada a versão portuguesa traduzida por Hirondina Guarda [36].

Escala Numérica da Dor, uma avaliação subjetiva da dor sentida pelo doente, numa escala de 0 a 10 sendo que 0 corresponde a inexistência de dor e 10 corresponde à maior dor imaginável pelo doente [37, 38].

Escala de Lawton & Brody. Permite avaliar a autonomia do idoso nas atividades necessárias para viver de forma independente na comunidade, prévias à institucionalização, designadas por atividades instrumentais de vida diária (AIVD): utilização do telefone, realização de compras, preparação das refeições, tarefas domésticas, lavagem da roupa, utilização de meios de transporte, manejo da medicação e responsabilidade de assuntos financeiro [39]. Foi validada para português por Fátima Araújo, tendo duas opções de pontuação para cada

item: Dependente (0 pontos) ou Independente (1 ponto). Para pontuações totais, consideraram-se os seguintes pontos de corte: 0-1 significa dependência total; de 2-3 dependência grave; 4-5 dependência moderada; de 6-7 dependência ligeira e 7-8, independência. No sexo masculino, não se avalia a preparação de refeições, tarefas domésticas ou lavagem da roupa, pelo que os pontos de corte, são diferentes: 0 significa dependência total; de 1 dependência grave; 2-3 dependência moderada; de 4 dependência ligeira e 5, independência [40].

Escala Adaptada de Barthel, avalia o nível de independência do indivíduo para a realização de dez atividades básicas de vida diária (ABVD): comer, higiene pessoal, uso dos sanitários, tomar banho, vestir e despir, controlo de esfíncteres, deambular, transferência da cadeira para a cama e subir e descer escadas. Cada uma destas atividades apresenta entre dois a quatro níveis de dependência, em que a pontuação mínima corresponde à dependência total e a pontuação máxima corresponde à independência [41]. A versão portuguesa, utilizada neste estudo, validada por Fátima Araújo *et al.* [42] tem uma pontuação máxima de 100, existem 5 pontos de corte sendo eles a Dependência total; 21-60 “Grave dependência”; 61-90 “Moderada dependência”; 91-99 “Muito leve dependência” e 100 “Independência” .

Mini Nutritional Assessment é uma ferramenta validada de triagem e avaliação nutricional que pode identificar pacientes geriátricos com 65 anos ou mais que estão desnutridos ou em risco de desnutrição. Elaborada por Rubenstein *et al.* [43]. M. Z. Kaiser *et al.* [44] elaboraram e validaram um formato breve da mesma escala, MNA-S. A soma da pontuação do MNA-SF distingue entre idosos com: Estado nutricional adequado, com *score* ≥ 24 ; em risco de desnutrição com *score* entre 17 e 23,5; e Desnutrição com *scores* < 17 .

A *Classificação Funcional da Marcha de Holden* é uma escala que determina o grau de autonomia na marcha de acordo com o tipo de ajuda física ou supervisão necessárias, em função do tipo de superfície (plana, inclinada, escadas) de acordo com 6 categorias: Marcha Ineficaz; Marcha Dependente Nível II, Marcha Dependente Nível I, Marcha Dependente com Supervisão; Marcha Independente em superfície plana; Marcha Independente. Foi utilizada a versão adaptada pelo Núcleo de Estudos de Geriatria da sociedade Portuguesa de Medicina Interna [45, 46].

Escala de Qualidade de Vida da Organização Mundial de Saúde para idosos (WHOQOL-OLD), “é um inventário de avaliação da Qualidade de Vida (QV) a ser utilizado especificamente com adultos idosos” [16]. Dividida na sua versão original em 6 facetas onde os utentes devem responder a questões com escala de resposta tipo *Likert* de cinco pontos

(1-5) [16]. Na versão portuguesa, validada por Manuela Vilar *et al.* [47], acrescentou-se mais uma faceta perfazendo um total de 7 facetas sendo elas: Funcionamento sensorial (avalia o funcionamento sensorial e o impacto da perda das capacidades sensoriais na participação em atividades e na interação); Autonomia (avalia a capacidade para viver de forma autónoma/independência e tomar decisões); Atividades passadas, presentes e futuras (avalia a satisfação com objetivos alcançados na vida e projetos a realizar); Participação social (avalia a participação em atividades do quotidiano, nomeadamente, na comunidade); Morte e morrer (avalia preocupações e medos sobre a morte e morrer); Intimidade (avalia a capacidade para ter relações pessoais e íntimas) e Família/Vida Familiar (uma importante dimensão na população portuguesa que aborda a dinâmica familiar do idoso).

A *Escala de Solidão* UCLA, elaborada por Russel *et al.* [48], em 1978, foi traduzida e validada para português por M. Pocinho *et al.* [49]. É uma escala de heteroadministração, constituída originalmente por 20 itens, 16 na versão portuguesa, com quatro alternativas de resposta, variando entre o nunca (0) e frequentemente (4). Sendo o ponto de corte para a presença de sentimentos de solidão nos idosos portugueses, pontuações acima de 32. Segundo M. Pocinho *et al.* [49] “foi desenvolvida para avaliar os sentimentos subjetivos de solidão ou isolamento social. Os itens da versão original foram criados com frases utilizadas por indivíduos solitários para descrever sentimentos de solidão.”

Índice de Qualidade do Sono de Pittsburgh, uma ferramenta de avaliação que avalia a qualidade do sono ao longo de um período de um mês [50]. A versão portuguesa (PSQI-PT), adaptada e validada por K. A. Del Rio João é composta por 19 perguntas que são categorizadas em sete componentes, classificadas em uma pontuação que varia de 0 a 3. Os componentes do PSQI são os seguintes: 1) qualidade subjetiva do sono, 2) latência do sono, 3) duração do sono, 4) eficiência habitual do sono, 5) distúrbios do sono, uso de medicamentos para dormir e 7) disfunção durante o dia. A soma desses componentes gera uma pontuação global, que varia de 0 a 21, onde a pontuação mais alta indica pior qualidade do sono. Uma pontuação global do PSQI maior que 5 indica dificuldades significativas em pelo menos dois componentes ou dificuldades moderadas em mais de três componentes [51].

Timed Up and Go Test (TUG), desenvolvido por Podsiadlo e Richardson, é um teste de avaliação multidimensional que mede o equilíbrio, a capacidade de transferência da posição sentada para em pé, a estabilidade da caminhada, a capacidade de rotação, a velocidade da marcha e o risco de queda. [52] Consiste em levantar-se de uma cadeira, caminhar três metros, virar e retornar à posição inicial, sentando-se novamente. O tempo necessário para

completar o teste é registado, sendo importante que o participante o realize a uma velocidade segura e confortável, podendo fazer pausas conforme necessário, utilizando o calçado e ajudas para caminhar habituais.

Questionário SARC-F, foi desenvolvido por Malmstrom *et al.* [53], como um possível teste de diagnóstico rápido para sarcopenia. Existem 5 componentes do SARC-F: Força, Ajuda para andar, Levantar de uma cadeira, Subir escadas e Quedas. As pontuações variam de 0 a 10, com 0 a 2 pontos para cada componente. Pontuações iguais ou superiores a 4 são sugestivas de sarcopenia [46].

3.3.5. Exame Neurológico e Clínico Sumário

Através da avaliação da força muscular dos membros inferiores com base na *Medical Research Council Muscle Scale*, da força de preensão manual (*hand grip*) usando dinamómetro, a presença de sensibilidade algica, a realização do teste de Romberg e da prova dos braços estendidos, na avaliação dos reflexos posturais, na avaliação das acuidades visual com a prova da contagem de dedos, e auditiva através do teste da voz ciciada, da tensão arterial e da saturação periférica de oxigénio, na auscultação cardíaca e pulmonar, na palpação dos pulsos radial e maleolar, na classificação clínica da doença venosa crónica de acordo com a classificação CEAP (*Clinical, Etiological, Anatomical and Pathophysiological*), medição de peso, estatura e perímetros abdominal e cervical, avaliação da integridade cutânea e da dentição, pesquisa da presença de prega cutânea, a autoperceção do paladar e da deglutição com prova de ingestão hídrica.

3.3.6. Inquérito de Satisfação

Dez perguntas tipo *Likert* ou de resposta múltipla, seguida de uma pergunta final de reflexão cujo objetivo é a avaliação subjetiva do quotidiano e ambiente envolvente pelos utentes capazes.

Tendo em consideração os objetivos deste estudo, nesta investigação serão apenas analisados os dados sociodemográficos: idade, sexo, escolaridade e emigração; a Autoperceção de Saúde; a escala de solidão UCLA, o índice de Barthel e o foco principal deste trabalho: a escala de qualidade de vida WHOQOL-Old, da OMS.

3.4. Procedimentos

Antes de iniciar o trabalho de campo, foi realizada uma revisão da literatura sobre o processo de envelhecimento, em todas as suas vertentes, o processo de institucionalização, assim como que tipo de respostas sociais estão disponíveis em Portugal.

Este estudo foi aprovado pela Comissão de Ética da Universidade da Beira Interior em 17 de outubro de 2023 (Anexo I, processo n.º CE-UBI-Pj-2023-048-ID1851). O projeto foi divulgado em sede de plenário do Conselho Local de Ação Social do Sabugal, através da realização de uma sessão de apresentação em que o estudo “Perfil do Idoso Residente em ERPI no Concelho do Sabugal”. As 21 direções das ERPIs do concelho do Sabugal convidadas a integrar o estudo, devidamente foram identificadas através de consulta da base de dados da Carta Social Portuguesa e junto do Serviço de Educação e Ação Social do Município do Sabugal, autarquia parceira do projeto de investigação, aceitaram participar (Anexo II).

Os participantes do estudo deram voluntariamente o seu consentimento quando na sua plenitude de capacidades para tal, ou, sempre que isso não era possível, e para não enviesar a amostra mudando de utente, o mesmo foi recolhido junto de um familiar direto sempre que possível, ou pela direção do lar quando não existe família direta.

Os questionários foram anexados a uma Declaração de Consentimento Livre Informado e Escrito (Anexo III), garantindo o anonimato e a confidencialidade dos participantes, conforme as normas éticas da Declaração de Helsínquia. Após a coleta de dados, estes foram inseridos em uma base de dados, anonimizados e sujeitos a análise estatística.

A aplicação dos questionários foi feita através de administração direta, em que os participantes reponderam às questões formuladas pelos investigadores alternando com momentos de medições diretas.

A recolha em formato entrevista estruturada, por uma equipa de 5 investigadores, com duração média de uma hora, foi realizada em espaços isolados, dentro das instalações das respetivas ERPI's, para garantir privacidade e algum conforto ao entrevistado, feita imediatamente após a leitura e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido pelos participantes.

3.5 Análise Estatística

Os dados foram registados numa base de dados online através da plataforma *GoogleForms*®, que os transformou para *GoogleSheets*®. Posteriormente, os dados foram transferidos para o *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS®).

Para a caracterização da amostra, com os dados das variáveis quantitativas (idade, número de patologias, *scores* das facetas e total da qualidade de vida), foram calculadas várias medidas descritivas, entre as quais: a média (M), o desvio padrão (DP), a mediana (Med) e restantes quartis (Q1 e Q3). Para os dados categóricos foram calculadas as frequências e percentagens.

Para a análise univariada dos *scores* das facetas da qualidade de vida sob efeito do género, “emigração” ou UCLA recorreu-se ao teste de Mann-Whitney, e sob o efeito da escolaridade, autoperceção de saúde ou índice de Barthel (cinco categorias), recorreu-se ao teste de Kruskal-Wallis. Foi necessário utilizar estes testes não paramétricos devido ao facto de o pressuposto da normalidade, avaliado pelos testes de Kolmogorov-Smirnov com correção de Lilliefors ou Shapiro-Wilk, ter sido violado devido à existência de muitos *outliers*. Para as comparações aos pares, quando o teste de *Kruskal-Wallis* se mostrou significativo, recorreu-se ao teste de *Dunn* com correção de *Bonferroni*.

Para o *score* total da qualidade de vida, para o qual não houve violação dos pressupostos da normalidade e homogeneidade das variâncias, avaliado este último com o teste de Levene, recorreu-se ao teste t de *Student* para amostras independentes, quando sob efeito do género, “emigração” ou UCLA, ou a uma ANOVA (análise de variância), quando sob efeito dos restantes fatores. As comparações aos pares para a ANOVA significativa foram obtidas com o teste de Gabriel, devido ao facto de que qualquer ANOVA era não equilibrada (grupos com tamanhos diferentes).

Recorreu-se a três MANCOVA (análise de covariância multivariada) para a análise dos *scores* das facetas da qualidade de vida sob o efeito do índice de Barthel (reduzido a três categorias: independência ou dependência muito leve; dependência moderada; dependência grave ou total), autoperceção de saúde e UCLA, aos pares, para não se formarem grupos muito reduzidos, e controlando-se o efeito da idade e número de patologias. Para a dimensão de efeito recorreu-se ao *eta* quadrado parcial (η^2 parcial). Convém frisar que houve violação do pressuposto de normalidade, devido à existência de *outliers*. No entanto, é bem conhecida a robustez da MANCOVA à violação desse pressuposto. Por precaução, foi determinada a distância de Cook, com a qual se verificou

que nenhuma observação, em particular, qualquer *outlier*, influenciou significativamente a estimação de qualquer MANCOVA (a distância de Cook máxima obtida foi 0,07). Devido ao facto de se rejeitar a homogeneidade das matrizes de covariâncias, avaliado pelo teste M de Box, foi utilizada como estatística multivariada o traço de *Pillai*. Não foi violado o pressuposto da homogeneidade dos declives, avaliado pela interação entre a idade ou número de patologias e cada um dos fatores referidos anteriormente. Quando necessário, as comparações aos pares foram efetuadas com o teste LSD (*Least Significant Difference*) de Fisher com correção de Bonferroni.

Foi obtido um modelo de regressão linear múltipla com o objetivo de se prever o *score* total da qualidade de vida. Para tal, utilizou-se o método de seleção de variáveis *stepwise*, tendo-se adotado os níveis de significância de 5% e 10% para a inclusão e exclusão de uma variável do modelo, respetivamente. Utilizou-se como potenciais variáveis explicativas o género, idade, número de patologias, autoperceção de saúde, índice de Barthel e UCLA. Nenhum pressuposto do modelo obtido foi violado. Em particular, a não autocorrelação dos resíduos foi avaliada pela estatística de Durbin-Watson, a heteroscedasticidade com o teste de Breusch-Pagan e a normalidade do erro com o teste de Kolmogorov-Smirnov. A qualidade do modelo foi avaliada pelo coeficiente de determinação ajustado (r^2 ajustado) e nenhuma observação influenciou significativamente a estimação do modelo (distância de Cook máxima=0.063).

Todas as análises estatísticas foram efetuadas com o programa estatístico IBM SPSS (*Statistical Package for Social Sciences*), versão 29.0.1. Todos os testes de hipóteses foram considerados significativos quando o respetivo valor de prova (*p-value*, *p*) não excedeu o nível de significância de 5%.

4. Resultados

4.1. Caracterização dos participantes

A amostra total foi constituída por 350 participantes (Tabela 1) com idades compreendidas entre os 65 e os 102 anos, média 87,1 anos e desvio-padrão 6,6. A maioria dos participantes era do sexo feminino (73,4%), não esteve emigrado (61,1%), tinha frequentado pelo menos o 1º ciclo (39,1%) e era viúvo (64,9%).

Tabela 1- Caracterização sociodemográfica da amostra			
		Min-Máx	M (DP)
Idade	Idade	65 -102	87,1 (6,6)
		n	%
Sexo	Feminino	257	73,4
	Masculino	93	26,6
Ex-Emigrante	Não	214	61,1
	Sim	136	38,9
Escolaridade	Analfabeto	115	32,9
	Sabe Ler e escrever	91	26,0
	1ºCiclo	119	34,0
	2ºCiclo	6	1,7
	3ºCiclo	2	0,6
	Ensino Secundário	5	1,4
	Ensino Superior	5	1,4
	Omisso	7	2,0
Estado Civil	Solteiro	32	9,1
	Casado(a)/União de Facto	73	20,9
	Viúvo	227	64,9
	Divorciado	12	3,4
	Omisso	6	1,7

Quanto à residência em ERPI, (Tabela 2) a maioria dos participantes residia neste contexto há mais de 1 ano (79,7%), existindo utentes em ERPI há 31 anos. Em média, os utentes entrevistados entraram em ERPI há 5,0 anos (DP=4,4).

Os motivos relatados para a transição de residência para a ERPI foram diversos. A maioria terá sido por condições económicas (43,4%), que englobam insuficiente apoio social familiar, viuvez, ausência de filhos, ou conflitos familiares, entre outros. A segunda maior fatia da amostra terá atribuído a sua vinda a incapacidade física (29,7%). Já a Incapacidade

Cognitiva, como demências ou problemas psiquiátricos dentro das quais sintomas depressivos, é a terceira causa de admissão em ERPI (22%). Da população em estudo, diferenciou-se entre quem já tinha recebido apoio social antes da institucionalização (44,3%) ou não tinha recebido apoio social antes da institucionalização (37,4%), havendo ainda um número considerável de utentes que não sabiam dizer ou casos omissos.

Tabela 2 – Caracterização da Institucionalização da amostra

	Mín-Máx	M (DP)
Anos de Institucionalização	1-31	5,0 (4,4)
	n	%
Período de Institucionalização		
<1 ano	49	14
1-31 anos	279	79,7
omisso	22	6,3
Motivo de Ida para ERPI		
Condições socioeconómicas	152	43,4
Incapacidade Cognitiva	77	22,0
Incapacidade Física	104	29,7
Outros	10	2,9
Omisso	7	2,0
Apoio Social Antes da Institucionalização		
Não	131	37,4
Sim	155	44,3
Não sabe	57	16,3
Omisso	7	2,0

Foi auscultada a perceção do utente no seu processo de adaptação à ERPI, o seu estado de saúde e se considerava possível a sua saúde melhorar ou não (Tabela 3). A maioria dos inquiridos refere ter tido uma adaptação fácil (n=193, 55%). No que toca à perceção de saúde, não há grandes predomínios de nenhuma das opções de resposta, ainda assim, a maioria acredita estar num bom estado de saúde (n=96, 27%) e com perspectivas de ainda poder melhorar (n=147, 42%).

Tabela 3 – Autoperceção de adaptação e saúde

	n	%
Autoperceção da adaptação à ERPI		
Fácil adaptação	193	55,1
Razoável adaptação	46	13,1
Difícil adaptação	74	21,1
Total	313	89,4
Omisso	37	10,6
Total	350	100,0
Autoperceção do Estado de Saúde		
Bom	96	27,4
Razoável	84	24,0
Mau	94	26,8
Total	274	78,3
Omisso	76	21,7
Total	350	100
Perspetiva de Melhoria de Saúde		
Não	123	35,1
Sim	147	42,0
Total	270	77,1
Omisso	80	22,9
Total	350	100,0

Quanto à dependência, foi aplicado também o índice de Barthel, na totalidade da amostra (n=350) (Tabela 5), Dos 350 utentes, cerca de um terço (n=115, 32,9%) foram classificados dentro da dependência moderada. Verifica-se também que os idosos em estudo se encaixam mais nas categorias de maior dependência, dependências graves (n=73) e total (n=91) comparativamente às categorias de dependência leve (n=35) ou independência (n=36).

Tabela 5 – Frequência do Índice de Barthel

	n	%
Índice de Barthel		
Independência	36	10,3
Dependência Muito Leve	35	10,0
Dependência Moderada	115	32,9
Dependência Grave	73	20,9
Dependência Total	91	26,0
Total	350	100,0

4.2 Solidão

Responderam á escala de solidão UCLA (Tabela 4) 244 participantes (69,7%), onde se verifica que a maioria dos utentes (42,6%) não relataram sentimentos de solidão.

Tabela 4 - Frequência da Escala de solidão UCLA

	n	%
Escala de solidão UCLA		
Sem sentimentos de Solidão	149	42,6
Com Sentimentos de Solidão	95	27,1
Total	244	69,7
Omisso	106	30,3
Total	350	100,0

4.3. Qualidade de vida

Como foco principal deste trabalho, a Qualidade de Vida (QV), explícito na tabela 6, podemos comparar as médias das pontuações obtidas em cada domínio assim como a pontuação total da mesma escala. Ainda na tabela 6, em conjunto com as tabelas 7 e 8, temos as pontuações da escala de QV em função de algumas variáveis sociodemográficas como o Sexo (feminino e masculino), a escolaridade (analfabeto, sabe ler e escrever, ou igual ou superior ao 1º ciclo, antiga 4ª classe), a emigração (ex-emigrante ou não), a Autoperceção de saúde (boa, razoável ou má) e as 2 escalas de avaliação geriátrica previamente exploradas (Escala de solidão UCLA e índice de Barthel).

A escala de qualidade de vida foi aplicada a 228 idosos, o que corresponde a 65% dos indivíduos em estudo, bastante inferior aos 350 idosos entrevistados. Este facto, como aconteceu com a escala de Solidão UCLA, deve-se à inclusão de idosos com todos os tipos de patologia, o que em casos avançados de demência avançada, os incapacita de responder. A pontuação total obtida, em média, foi de 94,07 (DP=16,31), sendo as facetas com melhor e pior pontuações respetivamente, foram a Família/Vida Familiar (M=15,76 DP=4,08) e Participação Social (M=11,31 DP=4,53).

Tabela 6 – Qualidade de vida no idoso em ERPI por variável sexo e escolaridade

Variáveis		SAB	AUT	PPF	SOP	DAD	INT	FAM	WHOQOL TOTAL		
Sexo	TOTAL N=228	M(DP) Med (Q1;Q3)	12,42 (1,10) 12,00 (12,00; 13,00)	12,31 (4,04) 12,00 (9,00; 15,00)	12,71 (3,40) 13,00 (10,00; 15,00)	11,31 (4,53) 11,00 (8,00; 15,00)	15,37 (4,22) 17,00 (14,00; 18,00)	14,21 (4,32) 15,00 (12,00; 17,00)	15,76 (4,08) 16,00 (15,00; 19,00)	94,07 (16,31) 94,00 (83,00; 105,00)	
	Feminino N=156	M(DP) Med (Q1;Q3)	12,51 (1,18) 12,00 (12,00; 13,00)	12,60 (4,12) 13,00 (10,00; 16,00)	12,75 (3,54) 13,00 (10,00;15,00)	11,54 (4,60) 11,50 (8,00;15,00)	15,48 (4,16) 16,50 (14,00;18,00)	14,18 (4,32) 15,00 (11,50;17,00)	15,78 (4,08) 16,00 (15,00;19,00)	94,84 (16,55) 95,00 (83,00; 105,00)	
	Masculino N=72	M(DP) Med (Q1;Q3)	12,22 (0,86) 12,00 (12,00; 13,00)	11,76 (3,75) 12,00 (9,00; 14,00)	12,60 (3,12) 12,50 (10,00;16,00)	10,81 (4,40) 10,50 (7,50;15,00)	15,28 (4,19) 17,00 (13,00;17,50)	14,28 (4,37) 16,00 (11,50;17,00)	15,76 (4,09) 16,00 (15,00;19,00)	92,71 (15,65) 92,00 (82,50; 105,00)	
	p-value		0,064¹	0,168¹	0,833¹	0,340¹	0,932¹	0,557¹	0,955¹	0,395²	
	Escolaridade	Analfabeto N=68	M(DP) Med (Q1;Q3)	12,51 (1,03) 12,00 (12,00; 13,00)	11,66 (3,64) 12,00 (8,50; 14,00)	12,35 (3,40) 12,00 (10,00; 14,00)	10,88 (4,61) 11,00 (8,00;15,00)	15,66 (3,79) 16,00 (14,50;18,00)	14,29 (4,54) 16,00 (12,00;18,00)	16,01 (4,01) 16,00 (15,00;19,00)	93,38 (16,63) 95,00 (82,50; 104,00)
		Sabe Ler e Escrever N=49	M(DP) Med (Q1;Q3)	12,18 (1,07) 12,00 (11,50; 13,00)	12,22 (4,29) 12,00 (9,00;15,00)	13,37 (3,47) 13,00 (11,00; 16,00)	12,00 (4,56) 12,00 (8,00;15,00)	15,10 (4,50) 17,00 (12,00;19,00)	14,47 (3,94) 15,00 (11,00;18,00)	15,90 (4,22) 17,00 (15,00;19,00)	95,24 (16,58) 94,00 (83,00; 108,00)
		>1ºCiclo N=111	M(DP) Med (Q1;Q3)	12,46 (1,14) 12,00 (12,00; 13,00)	12,80 (4,09) 13,00 (10,00; 16,00)	12,62 (3,38) 13,00 (10,00; 14,50)	11,27 (4,50) 11,00 (8,00;15,00)	14,41 (4,27) 17,00 (13,50;18,00)	14,05 (4,39) 15,00 (12,00;16,00)	15,57 (4,08) 16,00 (15,00;19,00)	94,17 (16,03) 94,00 (83,00;105,00)
		p-value		0,545³	0,191³	0,313³	0,323³	0,821³	0,869³	0,516³	0,899⁴

SAB=Funcionamento sensorial; **AUT**= Autonomia **PPF**=Atividades passadas, presentes e futuras; **SOP**= Participação social; **DAD**= Morte e morrer; **INT**= Intimidade; **FAM**= Família/vida familiar; **Med**= Mediana; **M**=Média; **DP**=Desvio-Padrão; **Q1**= Percentil 25; **Q2**= Percentil 75;

¹ Teste de Mann-Whitney; ² Teste t de Student; ³ Teste de Kruskal-Wallis; ⁴ ANOVA

Tabela 7 – Qualidade de vida no idoso em ERPI por variável Autoperceção de saúde e emigração

Variáveis			SAB	AUT	PPF	SOP	DAD	INT	FAM	WHOQOL TOTAL	
Autoperceção de Saúde	Boa N=82	M(DP)	12,41 (1,09)	13,80 (3,91)	14,24 (3,47)	12,93 (4,82)	15,26 (4,40)	14,83 (4,45)	16,67 (3,71)	100,15 (16,30) ^{h,i}	
		Med	12,00	14,00 ^b	14,00 ^{c,d}	14,00 ^e	16,00	16,00	17,00 ^g	101,50	
		(Q1;Q3)	(12,00; 13,00)	(12,00; 17,00)	(13,00; 17,00)	(9,00; 16,00)	(14,00; 18,00)	(12,00; 19,00)	(16,00; 19,00)	(89,00; 113,00)	
	Razoável N=69	M(DP)	12,38 (0,89)	12,49 (3,75)	12,33 (3,11)	11,42 (4,03)	15,20 (4,16)	13,62 (3,98)	14,88 (4,14)	92,33 (15,50) ^h	
		Med	12,00	13,00 ^a	12,00 ^d	11,00 ^f	17,00	15,00	16,00 ^g	94,00	
		(Q1;Q3)	(12,00; 13,00)	(10,00; 15,00)	(10,00; 14,00)	(8,00; 15,00)	(12,00; 18,00)	(11,00; 16,00)	(14,00; 17,50)	(82,00; 103,00)	
	Má N=77	M(DP)	12,45 (1,27)	10,64 (3,76)	11,39 (2,97)	9,49 (4,02)	15,78 (3,92)	14,08 (4,46)	15,61 (4,25)	89,44 (15,11) ⁱ	
		Med	12,00	10,00 ^{a,b}	11,00 ^c	8,00 ^{e,f}	17,00	15,00	16,00	88,00	
		(Q1;Q3)	(12,00; 13,00)	(7,00; 13,00)	(9,00; 13,00)	(7,00; 12,00)	(14,00; 19,00)	(11,00; 17,00)	(14,00; 19,00)	(80,00; 97,00)	
p-value			0,887³	<0,001³	<0,001³	<0,001³	0,867³	0,104³	0,004³	<0,001⁴	
Emigração	Não emigrou N=138	M(DP)	12,37 (1,01)	12,52 (3,89)	12,80 (3,46)	11,32 (4,65)	15,08 (4,33)	14,01 (4,22)	15,57 (4,34)	93,67 (16,52)	
		Med	12,00	13,00	13,00	11,00	16,00	15,00	16,00	94,00	
		(Q1;Q3)	(12,00; 13,00)	(9,75; 15,00)	(10,00; 15,00)	(8,00; 15,00)	(12,00; 18,00)	(11,75; 16,25)	(14,75; 19,00)	(82,00; 104,25)	
	p-value			<0,001	0,032	0,005	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001	0,774
	Ex-Emigrante N=90	M(DP)	12,49 (1,22)	12,06 (4,21)	12,56 (3,34)	11,30 (4,39)	15,93 (3,84)	14,52 (4,49)	16,08 (3,65)	94,93 (15,94)	
		Med	12,00	12,00	12,00	11,00	17,00	16,00	16,00	95,00	
(Q1;Q3)		(12,00; 13,00)	(8,00; 16,00)	(10,00; 14,25)	(8,00; 15,00)	(15,00; 18,00)	(11,00; 18,25)	(15,00; 19,00)	83,00; 105,00)		
p-value			0,448¹	0,460¹	0,848¹	0,897¹	0,396¹	0,218¹	0,596¹	0,650²	

SAB=Funcionamento sensorial; **AUT**= Autonomia **PPF**=Atividades passadas, presentes e futuras; **SOP**= Participação social; **DAD**= Morte e morrer; **INT**= Intimidade; **FAM**= Família/vida familiar; **Med**= Mediana; **M**=Média; **DP**=Desvio-Padrão; **Q1**= Percentil 25; **Q2**= Percentil 75

¹ Teste de Mann-Whitney; ² Teste t de Student; ³ Teste de Kruskal-Wallis; ⁴ ANOVA; ^a $p=0.012$; ^b $p<0.001$; ^c $p<0.001$; ^d $p=0.002$; ^e $p<0.001$;

^f $p=0.021$; ^g $p=0.002$; ^h $p=0.008$; ⁱ $p<0.001$

Tabela 8 – Qualidade de vida no idoso em ERPI pelas variáveis Escala de solidão UCLA e índice de Barthel

Variáveis		SAB	AUT	PPF	SOP	DAD	INT	FAM	WHOQOL TOTAL
S/ Sentimentos de Solidão	M(DP)	12,42 (0,99)	13,53 (3,70)	13,75 (3,28)	12,52 (4,44)	15,89 (3,93)	15,58 (3,62)	17,04 (3,02)	100,73 (14,09)
	Med (Q1;Q3)	12,00 (12,00; 13,00)	14,00 (11,00; 17,00)	13,00 (11,00; 16,00)	12,50 (9,00; 16,00)	17,00 (15,00; 19,00)	16,00 (13,00; 19,00)	18,00 (16,00; 19,00)	99,50 (91,00; 111,00)
N=138									
C/ Sentimentos de Solidão	M(DP)	12,41 (1,25)	10,51 (3,81)	11,09 (2,95)	9,46 (4,06)	14,69 (4,41)	12,11 (4,49)	13,83 (4,70)	84,10 (14,16)
	Med (Q1;Q3)	12,00 (12,00; 13,00)	10,00 (7,00; 13,00)	11,00 (9,00; 13,00)	9,00 (6,00; 12,00)	16,00 (12,00; 17,00)	12,00 (9,00; 16,00)	15,00 (9,00; 17,00)	84,50 (73,00; 95,00)
N=90									
p-value		0,756¹	<0,001¹	<0,001¹	<0,001¹	0,061¹	<0,001¹	<0,001¹	<0,001²
Independência	M(DP)	12,71 (0,87)	15,00 (3,77)	14,68 (3,02)	14,03 (4,29)	16,32 (4,41)	15,15 (4,37)	15,88 (4,56)	103,76 (16,12) ^{m,n,o}
	Med (Q1;Q3)	13,00 (12,00; 13,00)	15,00 ^{a,c,d} (12,00; 18,00)	14,50 ^{f,g,h} (13,00; 17,00)	14,50 ^{i,k,l} (11,00; 17,00)	17,00 (15,00; 19,00)	16,00 (13,00; 20,00)	17,00 (15,00; 19,00)	103,50 (94,00; 16,00)
N=34									
Dependência muito leve	M(DP)	12,50 (0,76)	13,65 (4,39)	14,08 (3,95)	12,54 (5,11)	15,31 (4,69)	13,81 (4,86)	16,15 (4,65)	98,04 (17,12)
	Med (Q1;Q3)	12,50 (12,00; 13,00)	14,00 ^b (11,00; 17,00)	14,00 ^e (12,00; 17,00)	14,00 ⁱ (8,00; 16,00)	17,00 (13,00; 18,00)	15,00 (11,00; 18,00)	17,00 (16,00; 19,00)	98,00 (89,00; 12,00)
N=26									
Dependência Moderada	M(DP)	12,29 (1,21)	11,99 (3,48)	12,45 (3,33)	11,02 (4,39)	15,12 (4,47)	13,57 (4,31)	15,86 (3,70)	92,30 (16,26) ^m
	Med (Q1;Q3)	12,00 (12,00; 13,00)	12,00 ^d (9,50; 14,00)	12,00 ^h (10,00; 14,00)	11,00 ^l (8,00; 14,50)	17,00 (12,00; 18,00)	14,00 (10,00; 14,00)	16,00 (15,00; 19,00)	91,50 (81,00; 106,00)
N=100									
Dependência Grave	M(DP)	12,48 (1,23)	11,48 (4,14)	11,82 (3,05)	10,55 (4,20)	14,80 (4,12)	14,98 (3,91)	15,68 (3,84)	91,77 (14,84) ⁿ
	Med (Q1;Q3)	12,00 (12,00; 13,00)	11,00 ^c (8,00; 14,50)	11,50 ^g (10,00; 14,00)	10,50 ^k (8,00; 14,50)	16,00 (13,00; 17,00)	16,00 (12,50; 17,50)	16,00 (15,00; 18,00)	92,50 (81,00; 102,50)
N=44									
Dependência Total	M(DP)	12,33 (0,92)	10,17 (3,82)	11,08 (2,67)	8,75 (3,47)	16,63 (2,96)	14,58 (4,29)	15,00 (4,81)	85,54 (12,63) ^o
	Med (Q1;Q3)	12,00 (12,00; 13,00)	9,50 ^{a,b} (7,00; 13,50)	11,00 ^{e,f} (9,00; 13,00)	8,00 ^{i,j} (6,50; 11,00)	16,50 (16,00; 19,50)	15,00 (11,50; 19,00)	16,00 (11,00; 19,00)	87,50 (80,00; 97,00)
N=24									
p-value		0,154³	<0,001³	<0,001³	<0,001³	0,455³	0,203³	0,627³	<0,001⁴

SAB=Funcionamento sensorial; AUT= Autonomia PPF=Atividades passadas, presentes e futuras; SOP= Participação social; DAD= Morte e morrer; INT= Intimidade; FAM= Família/vida familiar; Med= Mediana; M=Média; DP=Desvio-Padrão; Q1= Percentil 25; Q2= Percentil 75

¹ Teste de Mann-Whitney; ² Teste t de Student; ³ Teste de Kruskal-Wallis; ⁴ ANOVA; ^a p<0.001; ^b p=0.047; ^c p=0.001; ^d p=0.002; ^e p=0.006;

^f p<0.001; ^g p=0.003; ^h p=0.010; ⁱ p=0.018; ^j p<0.001; ^k p=0.011; ^l p=0.011; ^m p=0.001; ⁿ p=0.010; ^o p=0.003;

4.4. Análise Inferencial

Fez-se uma comparação entre as pontuações de QV e as variáveis demográficas e de avaliação geriátrica enumeradas nas tabelas 6,7 e 8, para se estudar diferenças na qualidade de entre participantes pertencentes a diferentes condições.

Assim, no que toca à variável Sexo, feminino ou masculino, não foram observadas relações estatisticamente significativas entre a mesma e as pontuações de Qualidade de Vida (QV), em nenhuma das suas 7 facetas, SAB ($p= 0,064$), AUT ($p= 0,168$), PPF ($p= 0,833$), SOP ($p= 0,340$), DAD ($p= 0,932$), INT ($p= 0,557$), FAM ($p= 0,955$), ou no score de QV total ($p= 0,395$).

A escolaridade, categorizando os utentes em analfabetos, utentes que sabiam ler e escrever, e utentes que tinham completado pelo menos o 1º ciclo, também não influenciou as pontuações da QV nas suas 7 facetas, SAB ($p=0,545$), AUT ($p=0,191$), PPF ($p=0,313$), SOP ($p= 0,323$), DAD ($p=0,821$), INT ($p=0,869$), FAM ($p=0,516$) ou no *score* de QV total ($p=0,899$).

Encontrou-se, no entanto, um efeito estatisticamente significativo da Autoperceção de saúde no *score* total da QV ($p<0.001$). As médias do *score* total da QV foram 100,15 (DP=16.30), 92.33 (DP=15.50) e 89.44 (DP=15.11) para uma Autoperceção de Saúde boa, razoável e má, respetivamente. Verificaram-se diferenças estatisticamente significativas entre a média do *score* total da QV da Autoperceção de saúde boa e as médias do *score* de total da QV das autoperceções de saúde razoável ($p=0.008$) e má ($p<0.001$). A diferença não foi estatisticamente significativa entre as médias do *score* total da QV das autoperceções de saúde razoável e má ($p=0.539$).

Quanto à análise entre cada faceta e a Autoperceção de saúde, verificou-se não haver influência da Autoperceção de Saúde nas facetas SAB ($p=0,887$), DAD ($p= 0,867$) e INT ($p= 0,104$). O contrário verificou-se nas facetas AUT ($p<0.001$), PPF ($p<0.001$), SOP ($p<0.001$) e FAM ($p=0,004$). No caso da Autonomia (AUT), as medianas do *score* de QV foram 14,00; 13,00 e 10,00, para uma Autoperceção de Saúde boa, razoável e má respetivamente. Verificaram-se diferenças estatisticamente significativas entre o *score* da AUT da Autoperceção de saúde má e os *scores* da AUT das autoperceções de saúde razoável ($p=0.012$) e boa ($p<0.001$). A diferença não foi estatisticamente significativa entre os *scores* da AUT das autoperceções de saúde razoável e boa ($p=0.183$). Para Atividades passadas, presentes e futuras (PPF), as medianas do *score* de QV para uma Autoperceção de saúde boa, razoável e má foram 14,00; 12,00 e 11,00 respetivamente. Verificam-se diferenças

estatisticamente entre o score das PPF da Autoperceção de saúde boa e os scores das PPF das autoperceções de saúde razoável ($p=0.002$) e má ($p<0.001$). A diferença não foi estatisticamente significativa entre os scores total da QV das autoperceções de saúde razoável e má ($p=0.140$). Para Participação Social (SOP), as medianas do *score* de QV para uma Autoperceção de saúde boa, razoável e má foram 14,00; 11,00 e 8,00 respetivamente. Verificou-se diferença estatisticamente significativa entre o score da SOP da Autoperceção de saúde má e os scores da SOP das autoperceções de saúde razoável ($p=0.021$) e boa ($p<0.001$). A diferença não foi estatisticamente significativa entre os *scores* da SOP das autoperceções de saúde razoável e boa ($p=0.120$). Na última faceta, Família/Vida Familiar (FAM), as medianas do *score* de QV para uma Autoperceção de saúde boa, razoável e má foram 17,00; 16,00 e 16,00 respetivamente. Verificou-se uma diferença estatisticamente significativa entre os scores da FAM da Autoperceção de saúde boa e razoável ($p=0.002$). Não houve significância estatística nas diferenças entre o score da FAM da autoperceção de saúde má e os scores da FAM das autoperceção de saúde razoável ($p=0,192$) e boa ($p=351$).

Em relação à emigração, diferenciando os utentes como ex-emigrantes ou não emigrantes, também não se observou efeito estatisticamente significativo nas pontuações da QV nas suas 7 facetas, SAB ($p= 0,448$), AUT ($p= 0,460$), PPF ($p= 0,848$), SOP ($p= 0,897$), DAD ($p= 0,396$), INT ($p= 0,218$), FAM ($p=0,596$) ou no *score* de QV total ($p= 0,650$).

Os resultados da Escala de Solidão UCLA, tiveram uma influência no *score* total da QV ($p<0.001$). As médias do *score* total da QV foram 100,73 (DP=14,09) para a ausência de sentimentos negativos de solidão, 84,10 (DP=14,16) para sentimentos negativos de Solidão. Verificaram-se influências estatisticamente significativas entre os *scores* totais da QV dos idosos sem sentimentos negativos de solidão e dos idosos com sentimentos negativos de solidão

Quanto à análise entre cada faceta e a existência ou não de sentimentos negativos de solidão, verificou-se não haver influência entre estas últimas e as facetas SAB ($p=0,756$), DAD ($p= 0,061$) . Nas facetas AUT ($p<0.001$), PPF ($p<0.001$), SOP ($p<0.001$) e FAM ($p<0.001$) e INT ($p<0.001$) verificou-se significância estatística. No caso da Autonomia (AUT), as diferenças de pontuações de QV, (medianas 14,00 e 10,00, para a existência e ausência de sentimentos negativos de solidão respetivamente), foi estatisticamente significativa. Para Atividades passadas, presentes e futuras (PPF), a mediana para o idoso sem sentimentos negativos de solidão foi de 13,00 enquanto a mediana das pontuações de QV dos idosos com sentimentos negativos de solidão foi de 11,00. Verificou-se uma diferença estatisticamente significativa entre estes *scores* ($p<0.001$). Para a faceta da Participação Social (SOP), as medianas do

score de QV para a ausência ou presença de sentimentos negativos de solidão foram 12,50 e 9,00 respetivamente. A diferença entre as pontuações de QV, para esta faceta, é estatisticamente significativa ($p < 0.001$). Na faceta da Intimidade (INT) verificou-se uma diferença estatisticamente significativa ($p < 0.001$) entre os scores das pontuações dos idosos sem sentimentos negativos de solidão (med=16,00) e os que tinham estes sentimentos negativos (med=12,00). Na última faceta, Família/Vida Familiar (FAM), verificou-se uma diferença estatisticamente significativa ($p < 0.001$) entre os scores das pontuações dos idosos sem sentimentos negativos de solidão (med=18,00) e os que tinham estes sentimentos negativos (med=15,00).

Relativamente ao índice de Barthel, também se verificou uma influência deste no score total da QV ($p < 0.001$). As médias do score total da QV foram 103,76 (DP=16,12) nos idosos independentes, 98,04 (DP=17,12) para os que têm dependência muito leve, 92,30 (DP=16,26) para os que têm dependência moderada, 91,77 (DP=14,84) nos idosos com dependência grave e 85,54 (DP=12,63) nos idosos totalmente dependentes. Verificaram-se diferenças estatisticamente significativas entre a média da pontuação total da QV dos idosos independentes e a médias das pontuações de QV dos idosos em categoria dependência moderada ($p = 0,001$), dependência grave ($p = 0,010$) e dependência total ($p = 0,003$). O mesmo não se verificou entre a média da pontuação total da QV dos idosos independentes e a média dos idosos com dependência muito leve ($p = 0,828$), entre a média da pontuação total da QV dos idosos com dependência muito leve e a média dos idosos com dependência moderada ($p = 0,523$), grave ($p = 0,671$) e total ($p = 0,293$), entre a média da pontuação total da QV dos idosos com dependência moderada e a média da pontuação total da QV dos idosos com dependência grave ($p = 1,000$) e total ($p = 0,969$) e entre a média da pontuação total da QV dos idosos com dependência grave e a média da pontuação total da QV dos idosos totalmente dependentes ($p = 0,995$).

Quanto à análise entre cada faceta e o grau de Dependência do índice de Barthel, verificou-se não haver influência do mesmo nas facetas SAB ($p = 0,154$), DAD ($p = 0,455$), INT ($p = 0,203$) e FAM ($p = 0,627$). Já nas facetas AUT ($p < 0.001$), PPF ($p < 0.001$), SOP ($p < 0.001$) verificou-se significância estatística. No caso da Autonomia (AUT), as medianas foram de 13,00; 12,50; 12,00; 12,00 e 12,00 para as pontuações de QV da independência, dependência muito leve, dependência moderada, dependência grave e dependência total, respetivamente. Verificou-se uma diferença estatisticamente significativa entre os scores da independência e da dependência moderada ($p = 0,002$), dependência grave ($p = 0,001$) e dependência total ($p < 0,001$). Foi também estatisticamente significativa, a diferença entre os scores da QV relativas à dependência muito leve e total ($p = 0,047$). Para Atividades

passadas, presentes e futuras (PPF), as medianas das pontuações de QV foram, para idoso independente, 14,50, para idosos com dependência muito leve, 14,00, com dependência moderada 12,00, com dependência grave 11,50, e para os idosos totalmente dependentes, 11,00. Verificou-se uma diferença estatisticamente significativa entre os *scores* dos idosos com grau de independência e os graus de dependência moderada ($p=0,010$), dependência grave ($p=0,003$) e dependência total ($p<0,001$). Assim como entre as pontuações dos idosos com dependência muito leve e totalmente dependentes ($p=0,006$). Na faceta da Participação Social (SOP), as medianas do *score* de QV para a independência, dependência muito leve, dependência moderada, dependência grave e dependência total foram 14,50; 14,00; 11,00; 10,50 e 8,00 respetivamente. Da mesma forma que nas facetas anteriores, verificou-se uma diferença estatisticamente significativa entre o *score* da independência e os *scores* da dependência moderada ($p=0,011$), dependência grave ($p=0,011$) e dependência total ($p<0,001$). Foi também estatisticamente significativa, a diferença entre os *scores* da QV relativas à dependência muito leve e dependência total ($p=0,018$).

4.5. Análise Multivariada

Foi feita uma análise multivariada através do teste estatístico MANCOVA, a que são referentes a tabela 9, que relata os efeitos do índice de *Barthel* e autoperceção de saúde nos *scores* das facetas da qualidade de vida, a tabela 10, que relata os efeitos dos sentimentos negativos de solidão e autoperceção de saúde nos *scores* das facetas da qualidade de vida, e tabela 11 com os efeitos dos sentimentos negativos de solidão e do índice de *Barthel* nos *scores* das facetas da qualidade de vida, controlando-se a idade e o número de patologias nestas análises.

Pelo tamanho da amostra e para efeitos de uma análise inferencial com maior rigor estatístico, agruparam-se as categorias independência e dependência muito leve, assim como a dependência grave com a dependência total do índice de *Barthel*.

Destarte, conforme apresentado na tabela 9, a idade somente teve um efeito significativo nas facetas PPF ($p=0,044$), INT ($p=0,007$) e FAM ($p<0,001$). Não se encontrou qualquer efeito significativo do número de patologias nas facetas da QV ($p>0,05$ para todos os casos). A autoperceção de saúde teve um efeito significativo nas facetas AUT ($p<0,001$), PPF ($p<0,001$), SOP ($p<0,001$) e FAM ($p=0,015$). O índice de *Barthel*, teve influência nas facetas AUT ($p<0,001$), PPF ($p<0,001$) e SOP ($p=0,004$). A interação entre o índice de *Barthel* e a autoperceção de saúde não teve qualquer influência nas pontuações das diversas facetas da escala de QV.

Tabela 9 – Efeitos do índice de Barthel e autoperceção de saúde nos scores das facetas da qualidade de vida, controlando-se a idade e o número de patologias – MANCOVA

	SAB	AUT	PPF	SOP	DAD	INT	FAM
Efeito	<i>p-value</i> (η^2 parcial (%))	<i>p-value</i> (η^2 parcial (%))	<i>p-value</i> (η^2 parcial (%))	<i>p-value</i> (η^2 parcial (%))	<i>p-value</i> (η^2 parcial (%))	<i>p-value</i> (η^2 parcial (%))	<i>p-value</i> (η^2 parcial (%))
Idade	0,366 (0,4)	0,093 (1,3)	0,044 (1,9)	0,817 (0,0)	0,183 (0,8)	0,007 (3,4)	<0,001 (8,0)
Nº de Patologias	0,297 (0,5)	0,498 (0,2)	0,136 (1,0)	0,819 (0,0)	0,605 (0,1)	0,672 (0,1)	0,691 (0,1)
Autoperceção de Saúde	0,922 (0,1)	<0,001 (9,2)	<0,001 (8,8)	<0,001 (7,6)	0,711 (0,3)	0,172 (1,6)	0,015 (3,8)
Índice de Barthel	0,147 (1,8)	<0,001 (7,8)	<0,001 (7,9)	0,004 (5,1)	0,241 (1,3)	0,230 (1,4)	0,353 (1,0)
Interação							
Autoperceção de Saúde – Índice de Barthel	0,839 (0,7)	0,370 (2,0)	0,775 (0,8)	0,464 (1,6)	0,780 (0,8)	0,090 (3,6)	0,052 (4,2)

SAB=Funcionamento sensorial; **AUT**= Autonomia **PPF**=Atividades passadas, presentes e futuras; **SOP**= Participação social; **DAD**= Morte e morrer; **INT**= Intimidade; **FAM**= Família/vida familiar; Análise Multivariada (estatística “traço de Pillai”): Idade, $p=0,001$, η^2 parcial=10,7%; N° de patologias, $p=0,610$, η^2 parcial=2,5%; Autoperceção de saúde, $p<0,001$, η^2 parcial=9,4%; Índice de Barthel, $p<0,001$, =8,7%; Interação autoperceção de saúde-índice de Barthel, $p=0,184$, η^2 parcial=3,9%.

R^2 do score SAB = 3,0%; r^2 ajustado do score SAB = 0,0%; r^2 do score AUT = 20,5%; r^2 ajustado do score AUT = 16,9%; r^2 do score PPF = 22,1%; r^2 ajustado do score PPF = 18,5%; r^2 do score SOP = 17,0%; r^2 ajustado do score SOP = 13,2%; r^2 do score DAD = 2,8%; r^2 ajustado do score DAD = 0,0%; r^2 do score INT = 9,6%; r^2 ajustado do score INT = 5,4%; r^2 do score FAM = 15,9%; r^2 ajustado do score FAM = 12,0%.

Para os *scores* da faceta da Autonomia (AUT) verificaram-se diferenças significativas entre as médias das categorias da autoperceção de saúde: Boa-Má=2,957, $p<0,001$; Razoável-Má=1,964, $p=0,012$. Entre as médias das categorias do índice de Barthel: Independência ou dependência leve-dependência moderada=2,120, $p=0,004$; Independência ou dependência leve-dependência grave ou total=2,931, $p<0,001$. Entre as médias das categorias da autoperceção de saúde dos indivíduos com independência ou dependência leve: Boa-Má=3,141, $p=0,050$; Razoável-Má=3,674, $p=0,033$. Entre as médias das categorias da autoperceção de saúde dos indivíduos com dependência moderada: Boa-Má=2,256, $p=0,045$. Entre as médias das categorias da autoperceção de saúde dos indivíduos com dependência grave ou total: Boa-Má=3,473, $p=0,003$. E entre as médias das categorias do índice de Barthel dos indivíduos com autoperceção de saúde razoável: Independência ou dependência leve-dependência moderada=3,574, $p=0,004$; Independência ou dependência leve-dependência grave ou total=4,713, $p<0,001$.

Para os *scores* da faceta das Atividades Passadas, Presentes e Futuras (PFF), verificaram-se diferenças significativas entre as médias das categorias da autoperceção de saúde: Boa-Razoável=1,736, $p=0,003$; Boa-Má=2,256, $p<0,001$. Entre as médias das categorias do índice de Barthel: Independência ou dependência leve-dependência moderada =1,589, $p=0,011$; Independência ou dependência leve-dependência grave ou total=2,518, $p<0,001$. Entre as médias das categorias da autoperceção de saúde dos indivíduos com dependência moderada: Boa-Má=2,854, $p<0,001$. Entre as médias das categorias do índice de Barthel dos indivíduos com autoperceção de saúde boa: Independência ou dependência leve-dependência grave ou total=2,582, $p=0,010$. E entre as médias das categorias do índice de Barthel dos indivíduos com autoperceção de saúde razoável: Independência ou dependência leve-dependência grave ou total=2,627, $p=0,042$.

Relativamente aos *scores* da faceta da Participação Social (SOP), verificaram-se diferenças significativas entre as médias das categorias da autoperceção de saúde: Boa-Má=3,064, $p<0,001$. Entre as médias das categorias do índice de Barthel: Independência ou dependência leve-dependência grave ou total=2,732, $p=0,002$. Entre as médias das categorias da autoperceção de saúde dos indivíduos com independência ou dependência leve: Boa-Má=4,732, $p=0,005$. Entre as médias das categorias da autoperceção de saúde dos indivíduos com dependência moderada: Boa-Má=2,937, $p=0,018$. E entre as médias das categorias do índice de Barthel dos indivíduos com autoperceção de saúde boa: Independência ou dependência leve-dependência grave ou total=4,203, $p=0,002$.

Nos *scores* da faceta da Intimidade (INT), verificaram-se diferenças significativas entre as médias das categorias do índice de Barthel dos indivíduos com autoperceção de saúde má: Independência ou dependência leve-dependência grave ou total=-3,852, $p=0,032$.

Já nos *scores* da faceta da Família ou Vida Familiar (FAM), verificaram-se diferenças significativas entre as médias das categorias da autoperceção de saúde: Boa-Razoável=1,887, $p=0,013$. Entre as médias das categorias da autoperceção de saúde dos indivíduos com dependência moderada: Boa-Má=2,361, $p=0,041$. Entre as médias das categorias da autoperceção de saúde dos indivíduos com dependência grave ou total: Boa-Razoável=3,201, $p=0,030$; Razoável-Má=-3,514, $p=0,009$. E entre as médias das categorias do índice de Barthel dos indivíduos com autoperceção de saúde razoável: Independência ou dependência leve-dependência grave ou total=3,198, $p=0,047$.

Relativamente à influência da solidão e autoperceção de saúde nos *scores* das facetas da qualidade de vida, apresentada na tabela 10, a idade somente teve um efeito significativo na faceta FAM ($p<0,001$). Novamente não se encontrou qualquer efeito significativo do número de patologias nas facetas da QV ($p>0,05$ para todos os casos). A autoperceção de saúde teve um efeito significativo nas facetas AUT ($p<0,001$), PPF ($p<0,001$), SOP ($p<0,001$) e FAM ($p=0,010$). A presença de sentimentos negativos de solidão apenas não teve influência na faceta do funcionamento sensorial, SAB ($p=0,829$). A interação entre a autoperceção de saúde e a presença de sentimentos negativos de solidão apenas teve influência nas pontuações da faceta SAB ($p=0,024$).

No que diz respeito aos *scores* do Funcionamento Sensorial (SAB), verificaram-se diferenças significativas entre as médias das categorias UCLA dos indivíduos com autoperceção de saúde má: Sem-Com=0,539, $p=0,035$.

Tabela 10 – Efeitos da solidão e autoperceção de saúde nos scores das facetas da qualidade de vida, controlando-se a idade e o número de patologias – MANCOVA

Efeito	SAB	AUT	PPF	SOP	DAD	INT	FAM
	p-value (η^2 parcial (%))	p-value (η^2 parcial (%))	p-value (η^2 parcial (%))	p-value (η^2 parcial (%))	p-value (η^2 parcial (%))	p-value (η^2 parcial (%))	p-value (η^2 parcial (%))
Idade	0,463 (0,2)	0,793 (0,0)	0,404 (0,3)	0,330 (0,4)	0,449 (0,3)	0,060 (1,6)	<0,001 (7,1)
Nº de Patologias	0,432 (0,3)	0,713 (0,1)	0,151 (0,9)	0,771 (0,0)	0,758 (0,0)	0,767 (0,0)	0,858 (0,0)
Autoperceção de Saúde	0,991 (0,0)	<0,001 (9,9)	<0,001 (10,9)	<0,001 (7,8)	0,415 (0,8)	0,187 (1,5)	0,010 (4,1)
UCLA	0,829 (0,0)	<0,001 (12,0)	<0,001 (12,7)	<0,001 (10,5)	0,040 (1,9)	<0,001 (13,9)	<0,001 (12,7)
Interação Autoperceção de Saúde – UCLA	0,024 (3,4)	0,788 (0,2)	0,840 (0,2)	0,584 (0,5)	0,483 (0,7)	0,471 (0,7)	0,389 (0,9)

SAB=Funcionamento sensorial; **AUT**= Autonomia **PPF**=Atividades passadas, presentes e futuras; **SOP**= Participação social; **DAD**= Morte e morrer; **INT**= Intimidade; **FAM**= Família/vida familiar; Análise Multivariada (estatística “traço de Pillai”): Idade, $p=0,002$, η^2 parcial=10,1%; Nº de patologias, $p=0,628$, η^2 parcial=2,4%; Autoperceção de saúde, $p<0,001$, η^2 parcial=10,1%; UCLA, $p<0,001$, =24,5%; η^2 parcial=24,6%; Interação autoperceção de saúde-UCLA, $p=0,288$, η^2 parcial=3,7%.

R^2 do score SAB = 4,0%; r^2 ajustado do score SAB = 0,9%; r^2 do score AUT = 22,2%; r^2 ajustado do score AUT = 19,7%; r^2 do score PPF = 25,8%; r^2 ajustado do score PPF = 23,4%; r^2 do score SOP = 19,9%; r^2 ajustado do score SOP = 17,3%; r^2 do score DAD = 3,5%; r^2 ajustado do score DAD = 0,4%; r^2 do score INT = 18,3%; r^2 ajustado do score INT = 15,6%; r^2 do score FAM = 23,6%; r^2 ajustado do score FAM = 21,1%.

Para os *scores* da faceta da Autonomia (AUT) verificaram-se diferenças significativas entre as médias das categorias da autoperceção de saúde: Boa-Má=2,899, $p<0,001$; Razoável-Má=1,587, $p=0,032$. Entre as médias das categorias da UCLA: Sem-Com=2,744, $p<0,001$. Entre as médias das categorias da autoperceção de saúde dos indivíduos sem sentimentos de solidão: Boa-Má=2,684, $p=0,001$. Entre as médias das categorias da autoperceção de saúde dos indivíduos com sentimentos de solidão: Boa-Má=3,114, $p=0,003$. Entre as médias das categorias UCLA dos indivíduos com autoperceção de saúde boa: Sem-Com=2,317, $p=0,007$. Entre as médias das categorias UCLA dos indivíduos com autoperceção de saúde razoável: Sem-Com=3,168, $p<0,001$. E entre as médias das categorias UCLA dos indivíduos com autoperceção de saúde má: Sem-Com=2,747, $p=0,001$.

Para os *scores* da faceta das Atividades Passadas, Presentes e Futuras (PPF), verificaram-se diferenças significativas entre as médias das categorias da autoperceção de saúde: Boa-Razoável=1,721, $p=0,003$; Boa-Má=2,493, $p<0,001$. Entre as médias do *score* PPF das categorias da UCLA: Sem-Com=2,343, $p<0,001$. Entre as médias das categorias da autoperceção de saúde dos indivíduos sem sentimentos de solidão: Boa-Razoável=1,791, $p=0,013$; Boa-Má=2,772, $p<0,001$. Entre as médias das categorias da autoperceção de saúde dos indivíduos com sentimentos de solidão: Boa-Má=2,214, $p=0,012$. Entre as médias das categorias UCLA dos indivíduos com autoperceção de saúde boa: Sem-Com=2,576, $p<0,001$. Entre as médias das categorias UCLA dos indivíduos com autoperceção de saúde razoável: Sem-Com=2,436, $p=0,001$. E entre as médias das categorias UCLA dos indivíduos com autoperceção de saúde má: Sem-Com=2,018, $p=0,004$.

Relativamente aos *scores* da faceta da Participação Social (SOP), verificaram-se diferenças significativas entre as médias das categorias da autoperceção de saúde: Boa-Má=2,912, $p<0,001$. Entre as médias das categorias da UCLA: Sem-Com=2,918, $p<0,001$. Entre as médias das categorias da autoperceção de saúde dos indivíduos sem sentimentos de solidão: Boa-Má=3,597, $p<0,001$. Entre as médias das categorias UCLA dos indivíduos com autoperceção de saúde boa: Sem-Com=3,709, $p<0,001$. Entre as médias das categorias UCLA dos indivíduos com autoperceção de saúde razoável: Sem-Com=2,708, $p=0,010$. E entre as médias das categorias UCLA dos indivíduos com autoperceção de saúde má: Sem-Com=2,339, $p=0,016$.

Para os *scores* da faceta de Morte e Morrer (DAD) verificaram-se diferenças significativas entre as médias das categorias da UCLA: Sem-Com=1,189, $p=0,040$ e entre as médias das

categorias UCLA dos indivíduos com autoperceção de saúde razoável: Sem-Com=2,109, $p=0,043$.

Nos *scores* da faceta da Intimidade (INT) verificaram-se diferenças significativas entre as médias das categorias da UCLA: Sem-Com=3,291, $p<0,001$. Entre as médias das categorias UCLA dos indivíduos com autoperceção de saúde boa: Sem-Com=2,575, $p=0,006$. Entre as médias das categorias UCLA dos indivíduos com autoperceção de saúde razoável: Sem-Com=3,138, $p=0,002$. E entre as médias das categorias UCLA dos indivíduos com autoperceção de saúde má: Sem-Com=4,161, $p<0,001$.

Já nos *scores* da faceta da Família ou Vida Familiar (FAM), verificaram-se diferenças significativas entre as médias das categorias da autoperceção de saúde: Boa-Razoável=1,898, $p=0,008$. Entre as médias das categorias da UCLA: Sem-Com=2,830, $p<0,001$. Entre as médias das categorias da autoperceção de saúde dos indivíduos com sentimentos de solidão: Boa-Razoável=2,506, $p=0,035$. Entre as médias das categorias UCLA dos indivíduos com autoperceção de saúde boa: Sem-Com=1,903, $p=0,026$. Entre as médias do *score* FAM das categorias UCLA dos indivíduos com autoperceção de saúde razoável: Sem-Com=3,121, $p<0,001$. E entre as médias do *score* FAM das categorias UCLA dos indivíduos com autoperceção de saúde má: Sem-Com=3,466, $p<0,001$.

No que concerne influência da solidão e índice de Barthel nos *scores* das facetas da qualidade de vida, apresentada na tabela 11, a idade, teve um efeito significativo na faceta INT ($p=0,046$) e FAM ($p<0,001$). Não se encontrou qualquer efeito significativo do número de patologias nas facetas da QV ($p>0,05$ para todos os casos). O índice de Barthel teve um efeito significativo nas facetas AUT ($p<0,001$), PPF ($p<0,001$) e SOP ($p<0,001$). A presença de sentimentos negativos de solidão teve influência nas facetas AUT ($p<0,001$), PPF ($p<0,001$), SOP ($p<0,001$), INT ($p<0,001$) e FAM ($p<0,001$). A interação entre a autoperceção de saúde e a presença de sentimentos negativos de solidão não teve qualquer efeito estatístico.

Tabela 11 – Efeitos da solidão e do índice de *Barthel* nos scores das facetas da qualidade de vida, controlando-se a idade e o número de patologias – MANCOVA

Efeito	SAB p-value (η^2 parcial (%))	AUT p-value (η^2 parcial (%))	PPF p-value (η^2 parcial (%))	SOP p-value (η^2 parcial (%))	DAD p-value (η^2 parcial (%))	INT p-value (η^2 parcial (%))	FAM p-value (η^2 parcial (%))
Idade	0,345 (0,4)	0,569 (0,1)	0,203 (0,7)	0,486 (0,2)	0,244 (0,6)	0,046 (1,8)	<0,001 (7,1)
Nº de Patologias	0,345 (0,4)	0,845 (0,0)	0,135 (1,0)	0,664 (0,1)	0,880 (0,0)	0,904 (0,0)	0,818 (0,0)
Índice de Barthel	0,125 (1,9)	<0,001 (9,0)	<0,001 (8,4)	<0,001 (7,1)	0,360 (0,9)	0,099 (2,1)	0,875 (0,1)
UCLA	0,646 (0,1)	<0,001 (12,0)	<0,001 (12,1)	<0,001 (10,7)	0,182 (0,8)	<0,001 (12,4)	<0,001 (12,0)
Interação							
Índice de Barthel – UCLA	0,790 (0,2)	0,895 (0,1)	0,603 (0,5)	0,876 (0,1)	0,414 (0,8)	0,809 (0,2)	0,184 (1,5)

SAB=Funcionamento sensorial; **AUT**= Autonomia **PPF**=Atividades passadas, presentes e futuras; **SOP**= Participação social; **DAD**= Morte e morrer; **INT**= Intimidade; **FAM**= Família/vida familiar; Análise Multivariada (estatística “traço de Pillai”): Idade, $p=0,002$, η^2 parcial=10,2%; N° de patologias, $p=0,517$, η^2 parcial=2,8%; Índice de Barthel, $p<0,001$, η^2 parcial=9,1%; UCLA, $p<0,001$, $\eta^2=22,9\%$; Interação Índice de Barthel-UCLA, $p=0,846$, η^2 parcial=2,0%.

R^2 do score SAB = 2,5%; r^2 ajustado do score SAB = 0,0%; r^2 do score AUT = 22,4%; r^2 ajustado do score AUT = 19,9%; r^2 do score PPF = 24,5%; r^2 ajustado do score PPF = 22,0%; r^2 do score SOP = 18,8%; r^2 ajustado do score SOP = 16,2%; r^2 do score DAD = 3,6%; r^2 ajustado do score DAD = 0,5%; r^2 do score INT = 18,3%; r^2 ajustado do score INT = 15,7%; r^2 do score FAM = 21,6%; r^2 ajustado do score FAM = 19,0%.

Para os *scores* da faceta da Autonomia (AUT) verificaram-se diferenças significativas entre as médias das categorias UCLA: Sem-Com=2,826, $p<0,001$. Entre as médias do *score* AUT das categorias UCLA: Sem-Com=2,866, $p<0,001$. Entre as médias das categorias do índice de Barthel: Independência ou dependência leve-dependência moderada=2,103, $p=0,003$; Independência ou dependência leve-dependência grave ou total=3,128, $p<0,001$. Entre as médias das categorias UCLA dos indivíduos com independência ou dependência muito leve: Sem-Com=3,143, $p=0,002$. Entre as médias das categorias UCLA dos indivíduos com dependência moderada: Sem-Com=2,554, $p<0,001$. Entre as médias das categorias UCLA dos indivíduos com dependência grave ou total: Sem-Com=2,781, $p=0,002$. Entre as médias das categorias do índice de Barthel dos indivíduos sem sentimento de solidão: Independência ou dependência muito leve-Dependência moderada =2,397, $p=0,005$; Independência ou dependência muito leve-Dependência grave ou total =3,309, $p<0,001$. E entre as médias das categorias do índice de Barthel dos indivíduos com sentimento de solidão: Independência ou dependência muito leve-Dependência grave ou total =2,946, $p=0,021$.

Para os *scores* da faceta das Atividades Passadas, Presentes e Futuras (PPF), verificaram-se diferenças significativas entre as médias das categorias UCLA: Sem-Com=2,382, $p<0,001$. Entre as médias das categorias do índice de Barthel: Independência ou dependência leve-dependência moderada=1,716, $p=0,004$; Independência ou dependência leve-dependência grave ou total=2,515, $p<0,001$. Entre as médias das categorias UCLA dos indivíduos com independência ou dependência muito leve: Sem-Com=2,891, $p<0,001$. Entre as médias das categorias UCLA dos indivíduos com dependência moderada: Sem-Com=2,468, $p<0,001$. Entre as médias das categorias UCLA dos indivíduos com dependência grave ou total: Sem-Com=1,786, $p=0,019$. E entre as médias das categorias do índice de Barthel dos indivíduos sem sentimento de solidão: Independência ou dependência muito leve-Dependência moderada =1,928, $p=0,007$; Independência ou dependência muito leve-Dependência grave ou total =3,067, $p<0,001$.

Relativamente aos *scores* da faceta da Participação Social (SOP), verificaram-se diferenças significativas entre as médias das categorias UCLA: Sem-Com=3,062, $p<0,001$. Entre as médias das categorias do índice de Barthel: Independência ou dependência leve-dependência moderada=1,967, $p=0,023$; Independência ou dependência leve-dependência grave ou total=3,212, $p<0,001$. Entre as médias das categorias UCLA dos indivíduos com independência ou dependência muito leve: Sem-Com=3,294, $p=0,019$. Entre as médias do *score* SOP das categorias UCLA dos indivíduos com dependência moderada: Sem-Com=2,666, $p=0,002$. Entre as médias das categorias UCLA dos indivíduos com

dependência grave ou total: Sem-Com=3,225, $p=0,002$. Entre as médias das categorias do índice de Barthel dos indivíduos sem sentimento de solidão: Independência ou dependência muito leve-Dependência moderada =2,281, $p=0,027$; Independência ou dependência muito leve-Dependência grave ou total =3,247, $p=0,002$. E entre as médias das categorias do índice de Barthel dos indivíduos com sentimento de solidão: Independência ou dependência muito leve-Dependência grave ou total =3,178, $p=0,035$.

Para os *scores* da faceta de Morte e Morrer (DAD) verificaram-se diferenças significativas entre as médias das categorias UCLA dos indivíduos com dependência moderada: Sem-Com=1,689, $p=0,047$.

Nos *scores* da faceta da Intimidade (INT) verificaram-se diferenças significativas entre as médias das categorias UCLA: Sem-Com=3,175, $p<0,001$. Entre as médias das categorias UCLA dos indivíduos com independência ou dependência muito leve: Sem-Com=2,894, $p=0,010$. Entre as médias das categorias UCLA dos indivíduos com dependência moderada: Sem-Com=3,653, $p<0,001$. E entre as médias das categorias UCLA dos indivíduos com dependência grave ou total: Sem-Com=2,978, $p=0,003$.

Já nos *scores* da faceta da Família ou Vida Familiar (FAM), verificaram-se diferenças significativas entre as médias das categorias UCLA dos indivíduos com independência ou dependência muito leve: Sem-Com=3,978, $p<0,001$. E entre as médias das categorias UCLA dos indivíduos com dependência moderada: Sem-Com=3,068, $p<0,001$.

Foi efetuado um modelo de regressão linear (Tabela 12) para estimar a variação das pontuações da Qualidade de Vida por unidade de cada uma das variáveis em estudo. Verificou-se que a pontuação total da QV diminuiu, em média, cerca de 15 pontos nos indivíduos com sentimento negativos de solidão. Ao invés, para uma autoperceção de saúde boa aumentou, em média, cerca 6,8 pontos. A presença de Sentimentos negativos de Solidão foi a condição, das empregues neste estudo, que mais se correlacionou com a QV (coeficiente de correlação de *Pearson*, $r=-0,497$)

Tabela 12 – Modelo de regressão linear preditivo do score WHOQOL TOTAL

Variável	Coefficiente	Coefficiente Estandarizado	t(220)	p	Correlação ordem zero	Correlação por parte
UCLA: Com sentimento de solidão	-15.099	-0.454	-8.188	<0.001	-0.497	-0.443
Autoperceção de saúde boa	6.844	0.203	3.660	<0.001	0.274	0.198
Índice de Barthel: independência	7.103	0.156	2.789	0.006	0.247	0.151
Idade	0.306	0.128	2.314	0.022	0.157	0.125
Índice de Barthel: dependência total	-6.317	-0.120	-2.167	0.031	-0.121	-0.117

Constante=70.833 (t(220)=6.064, $p<0.001$); $r=0.595$; r^2 ajustado=34.0%; estatística de *Durbin-Watson*=1.977; distância de Cook máxima=0.063; teste de normalidade do erro estandarizado (teste de *Kolmogorov-Smirnov*): $p=0.609$; Heterocedasticidade (teste de *Breusch-Pagan*): $p=0.567$.

r^2 do score SAB = 2,5%; r^2 ajustado do score SAB = 0,0%; r^2 do score AUT = 22,4%; r^2 ajustado do score AUT = 19,9%; r^2 do score PPF = 24,5%; r^2 ajustado do score PPF = 22,0%; r^2 do score SOP = 18,8%; r^2 ajustado do score SOP = 16,2%; r^2 do score DAD = 3,6%; r^2 ajustado do score DAD = 0,5%; r^2 do score INT = 18,3%; r^2 ajustado do score INT = 15,7%; r^2 do score FAM = 21,6%; r^2 ajustado do score FAM = 19,0%.

5. Discussão de resultados

Tendo como principal objetivo deste estudo, a avaliação da qualidade de vida do idoso em ERPI, no concelho do Sabugal, os resultados obtidos, através da escala WHOQOL-Old revelam que esta amostra relata uma média de pontuação total, 94,07 (DP=16,31) superior à média total apresentada por M. Vilar, nos dados normativos do manual da escala para a população idosa portuguesa, de 92,72 (DP=17.03) [55].

Quando se compara com a média da pontuação total, nos dados normativos, para idosos institucionalizados, 82.28 (DP=14.88), a diferença ainda é mais substancial. É de notar que estes dados normativos de M. Vilar, foram obtidos com idosos por todo o país, e, ao observar a média dos resultados dos idosos no interior do país, o panorama é bastante diferente, onde estes mesmos dados normativos relatam uma média de 104.53 (DP=13.17), substancialmente superior à média que se verificou no contexto dos idosos em ERPI, no concelho do Sabugal, concelho pertencente ao interior [49]. Esta comparação terá limitações uma vez que não se trata de um verdadeiro valor de comparação, os dados normativos não fazem a categorização por idosos simultaneamente institucionalizados e no interior.

Numa análise mais específica das facetas, no Funcionamento Sensorial, os dados normativos de M. Vilar, apontam para uma média de 14.71 (DP=3.88) para a população idosa geral, e de 13.56 (DP=3.90) para os idosos institucionalizados, ambos acima da média observada nas ERPI do Sabugal [55].

Na faceta da Autonomia, observou-se uma média de pontuações para os idosos residentes em ERPI, no concelho do Sabugal, que, tal como aconteceu nas pontuações totais, se situa entre as médias da população idosa do interior, 14.52 (DP=2.80), e da população institucionalizada, 11.11 (DP=3.09) dos dados normativos. No entanto, neste caso, também inferior à média da população geral, 13.05 (DP=3.19) [55].

Para a faceta das Atividades Passadas, Presentes e Futuras, os idosos do concelho e ERPI no concelho do Sabugal, obtiveram pontuações médias muito idênticas à da população idosa portuguesa, 12.65 (DP=2.93), mas significativamente inferiores às dos idosos do interior (14.32 DP=2.66) e superiores às relatadas para idosos institucionalizados (11.41 DP=2.75) [55].

Ao nível da Participação Social, os dados normativos apontam para um *score* médio de 13.13 (DP=3.69), para a população idosa portuguesa, 15.66 (DP=2.75) para a população idosa do interior e 10.80 (DP=3.25) para a população idosa institucionalizada, sendo que a pontuação média obtida para os idosos em ERPI mais uma vez mostrou-se superior à população institucionalizada em Portugal, mas bastante longe dos valores dos idosos em comunidade, em particular dos que habitam o interior do país [55].

Na faceta da Morte e Morrer, ao contrário do que tem sido regra, os dados normativos apontam uma melhor pontuação para os idosos institucionalizados (12.81 DP=4.00) do que, quer para a generalidade dos idosos portugueses (12.17 DP=4.00), quer para os idosos do interior (12.53 DP=4.11). Aqui, os idosos residentes em ERPI, no concelho do Sabugal, obtiveram uma pontuação média bastante superior às supramencionadas dos dados normativos, mostrando uma excelente relação com a morte nesta população específica do Sabugal [55].

Para a faceta da Intimidade, novamente, os idosos em estudo obtiveram uma pontuação média marcadamente superior às pontuações dos dados normativos para a população idosa portuguesa (11.99 DP=5.27) e ainda mais, para os idosos institucionalizados (8.44, DP=4.59), sendo apenas marginalmente inferior ao *score* para os idosos do interior (14.99, DP=3.86) [55].

Na última faceta, adicionada para a versão portuguesa da escala WHOQOL-Old, a Família/Vida Familiar, verificaram-se as pontuações mais altas de todas as facetas, tanto no nosso estudo como nos dados normativos, onde a população idosa portuguesa relata uma pontuação média de 15.01 (DP=3.29), a população do interior, uma pontuação de 16.02 (DP=3.09) e os idosos institucionalizados, 14.15 (DP=3.48). Repete-se o mesmo que na faceta anterior quando comparando com as pontuações verificadas nos idosos em ERPI, no Sabugal [55].

Assim, podemos dizer que, com base nas pontuações médias relatadas na escala WHOQOL-Old, os idosos residentes em ERPI, no Sabugal referem uma melhor qualidade de vida comparativamente ao que seria de esperar para o idoso institucionalizado em Portugal, quer de forma global, quer nas diversas facetas à exceção do funcionamento sensorial. Contudo estas pontuações ficam aquém das que se verificaram nos dados normativos, para a população idosa no interior, em todas as facetas exceto na da “morte e morrer”.

Tendo em consideração os resultados obtidos, os participantes relataram melhor qualidade de vida que os idosos portugueses também institucionalizados, contudo, na sua generalidade, apresentam uma QV mais baixa do que os residentes na comunidade, em particular dos idosos no interior, pelo estudo de Vilar. Diferença que se poderá dever a inúmeros fatores, nomeadamente ao estado prévio do idoso, à institucionalização. Sabemos que ainda há um grande estigma quando se ouve o termo “lar”, e são recursos de última linha, para quando o idoso está, portanto, mais debilitado e dependente [25, 26]. Para além disso, o conceito de “aging in place”, envelhecer na sua residência, preservando alguma da sua autonomia e identidade, tem sido estudado como fator importante para uma maior QV no envelhecimento. Por estes motivos, os idosos em ERPI no Sabugal, são uma população que a priori se esperaria pontuações mais baixas em relação aos habitantes do interior, em comunidade [56, 57].

Em relação à influência das variáveis sociodemográficas, sexo, emigração e escolaridade, nos resultados da qualidade de vida (QV) dos idosos em ERPI, no concelho do Sabugal, não se verificaram diferenças significativas entre as médias dos scores WHOQOL-Old para nenhuma destas variáveis sociodemográficas ao invés do que investigações anteriores demonstraram.

Para o Sexo, verificou-se que as mulheres obtiveram scores médios ligeiramente melhores que os apresentados pelo sexo masculino, apesar desta diferença não ser significativa, contrariamente ao que os estudos anteriores indicavam [58, 16]. Aqui podemos ter um viés de resultados uma vez que um dos fatores que nos impossibilitou a aplicação desta escala foi a existência de processos demenciais avançados, facto que, à luz da evidência atual, e concordante com os dados obtidos para este estudo, é mais prevalente no sexo feminino [59, 60]. Assim pessoas que se esperariam piores pontuações, tendencialmente do sexo feminino, não entram para estas estatísticas. É de referir que, a única faceta cuja pontuação foi superior para o sexo masculino, nos idosos em ERPI, do sabugal, foi a Intimidade (INT), faceta essa, a que demonstra diferenças mais significativas nos dados normativos elaborados por M. Vilar [47].

Da mesma forma, na questão da idade, verificou-se precisamente o oposto do constatado noutros estudos [47] Nos idosos do Sabugal observou-se um aumento médio de 0,3 no score de QV total, por aumento de um ano de idade, ainda que pouco significativo e com uma relevância diminuta. Esta ausência de diferenças, tal como em relação ao género., poderá relacionar-se com o aumento quer de défices cognitivos quer da prevalência de

patologia demencial com a idade, algo que pode enviesar os resultados ou impedir a aplicação da escala, enviesando a nossa amostra [59,60].

É ainda importante mencionar que, na amostra deste estudo, os utentes eram na sua grande maioria naturais do Sabugal ou aldeias circundantes, onde mais de 60% permaneceu por toda a sua vida, portanto morando em ambiente rural. De acordo com os dados normativos relatados por M. Vilar, idosos em ambiente rural reportam melhor qualidade de vida (95.72 DP=19.12) que em Ambiente predominantemente urbano (91.44 DP=16.78), mas pior que em ambiente moderadamente urbano (99.88 DP=13.55). Quando comparando os utentes ex-emigrantes, e que portanto viveram parte substancial da sua vida em ambiente predominantemente urbano, com utentes que nunca emigraram e na sua vasta maioria, habitaram em pequenas aldeias no concelho do Sabugal ou concelhos vizinhos, ou seja, ambiente rural, não se verificaram as mesmas diferenças encontradas na literatura [61], pelo contrário verificando-se uma pontuação média total ligeiramente melhor em ex-emigrantes do que não emigrantes, tendo as médias reportadas sido, 94,93 (DP=15,94) e 93,67 (DP=16,52), respetivamente. Isto pode ser explicado por variáveis de confundimento não abordadas na presente tese, como por exemplo um maior rendimento económico e consequentes condições de vida mais favoráveis em adulto. Os valores relativos a cada faceta não diferem deste panorama geral, havendo apenas diferenças não significativas entre ex-emigrantes e não emigrantes pelo que não se conclui haver relação entre a emigração e qualidade de vida, nos idosos em ERPI, no concelho do Sabugal.

Por último, consoante a literatura existente, a escolaridade tem, de forma transversal afetado a qualidade de vida da população. Em oposição, nos idosos em ERPI no sabugal, esta não teve influência nos *scores* de QV [62, 63, 64, 65]. A grande maioria da população entrevistada, apesar de ter diferentes níveis de escolaridade, na sua grande maioria, executou trabalhos cujas apetências escolares não eram valorizadas ou diferenciadoras, nomeadamente na agricultura, forças de segurança pública ou trabalhos fabris, pelo que não houve uma diferença significativa no estímulo cognitivo na nossa amostra. Este fenómeno pode explicar esta ausência de significância estatística para esta variável.

Segundo descrito na literatura, a perceção subjetiva de saúde é das variáveis que mais evidencia influenciar os resultados de qualidade de vida em todas as facetas, à exceção da dimensão Morte e Morrer (DAD), estando inclusivamente apontada como tendo a mesma relevância para a qualidade de vida na velhice, como indicadores de saúde objetivos [66, 67, 16]. Outros estudos, com adultos idosos, constataram discrepâncias entre a saúde objetiva e subjetiva na velhice, atribuindo particular valor a esta última [68, 69]. Da mesma forma,

para os idosos portugueses, M. Vilar, encontrou resultados concordantes com as relações supramencionadas. Na amostra dos idosos institucionalizados em ERPI, no Sabugal, os resultados aparentam corroborar em certa medida, estas mesmas relações, havendo diferenças estatisticamente significativas na maioria das facetas e nas médias do *score* total ($p < 0,001$). Verificou-se que, tendencialmente, com uma melhor percepção subjetiva de saúde, as pontuações médias de QV eram também mais elevadas. Uma das facetas onde tal não se sucedeu foi precisamente na da Morte e Morrer, apoiado pela literatura, onde os valores médios aumentam com uma má percepção de saúde. Fleming *et al.* [70], oferecem uma possível resposta para este fenómeno, relatando recetividade para a morte ou até algum anseio, entre idosos, não mostrando receio em morrer, inclusivamente renuindo prolongamento artificial de vida e manifestando interesse em eutanásia. Justificando tal com uma vida preenchida, sentimento de fardo e falta de qualidade de vida. As únicas preocupações assumidas com a morte sendo precisamente as mesmas auscultadas nos idosos em ERPI, no Sabugal, nomeadamente o processo de luto de entes queridos e uma morte dolorosa.

Em seguimento, a percepção subjetiva de saúde é descrita como intimamente influenciada por dois parâmetros: a solidão e o nível de independência [71]. Com base nisto, foi analisada a relação entre a qualidade de vida e a dependência. Assim, usou-se o índice de Barthel para avaliar a autonomia para avaliar um dos fatores que mais predispõe a população idosa a perturbações depressivas.

Quanto ao índice de Barthel, segundo Podsiadlo *et al.*, apenas 10% da amostra, de idade média de 79,5 anos vivendo em comunidade, relatava pontuações inferiores a 60, ou seja, nas categorias de dependência grave e total, sendo que no presente estudo, essas categorias representam 46,9% da amostra [52]. Ainda que a diferença da idade média dos participantes seja significativa, é alarmante este nível de dependência tão elevado e tão pesado, em ambiente de lar. Dado o estigma social com ERPI, os idosos procuram adiar ao máximo este processo de institucionalização, recorrendo a estas já em situações de maior dependência, pelo que pode justificar de certa forma os resultados [72].

Em concordância com a evidência atual, verificou-se uma influência do grau de dependência dos idosos, nos *scores* totais da QV ($p < 0,001$) havendo uma descida das pontuações médias à medida que avançamos para categorias de maior dependência como seria de esperar. Isto vem reforçar a ideia da urgência da implementação de planos formais de exercício físico e outras terapias ocupacionais com o propósito de uma manutenção ou até ganho de

funcionalidade e autonomia, devendo estas iniciativas, ser um dos papeis desempenhados pela medicina em contexto de lar [7, 9].

Já, em relação à escala de solidão UCLA, a presença de sentimentos de solidão foi, de todas as variáveis empregues neste estudo, a que mais se correlacionou com a QV ($p < 0,001$, coeficiente de correlação de Pearson, $r = -0,497$). Foi observada uma diferença de 16,63 pontos, entre as médias das pontuações obtidas pelos idosos com e sem sentimentos de solidão. Esta é claramente uma problemática já bastante estudada e com um impacto no idoso inegável, que estes dados vieram reforçar. Vespa *et al.* [73], referem ainda que a pessoa idosa mantém o bem-estar psicofísico acometidos por multipatologias, se não apresentarem sentimentos de solidão, dando ênfase à importância de estimulação social dos idosos, referindo o papel dos funcionários em instituições como o caso de ERPIs, ressaltando que não se trata apenas de combater o isolamento social como dimensão objetiva, mas sim focar nos sentimentos de solidão, podendo existir em casos de isolamento social ou não. Estes resultados revelam assim o importante papel que a redução da solidão pode ter na qualidade de vida. A promoção de uma maior ligação à comunidade, visitas, participação da família na ERPI, contactos intergeracionais, relação de intimidade, e intervenções que fomentem a proximidade e qualidade das relações interpessoais é uma incumbência também do médico em lar, em articulação com os restantes corpos técnicos das ERPIs.

O presente estudo apresenta como principais limitações a sua natureza transversal, uma possível variabilidade quer intra, quer inter-avaliadores, aquando da recolha de dados, o cansaço do utente entrevistado, face à longa extensão da entrevista e o recurso a, por vezes, obsoleta e insuficiente informação nos processos médico e social dos idosos.

6. Conclusão

Mediante o estudo observacional, descritivo e transversal, conclui-se que os idosos residentes nas ERPIs do concelho Sabugal são, de uma idade média superior à esperança média de vida, em grande parte do sexo feminino, de poucas habilitações literárias e viúvos. São também, como seria expectável, um grupo com elevada dependência e com alta prevalência de comorbilidades. Os resultados revelam a presença de sentimentos de solidão numa minoria bastante significativa.

Quanto ao foco deste estudo, qualidade de vida, espera-se, com este estudo incentivar a uma maior ponderação sobre o uso dos escassos instrumentos existentes para avaliação deste indicador, de forma sistemática e com rigor, em ambiente de ERPI, associado a outros instrumentos de avaliação subjetiva de modo a uma maior adequação dos esforços, com as necessidades valorizadas pelos idosos.

Apesar de resultados de QV dos idosos em ERPI, no concelho do Sabugal, na sua generalidade, mais positivos que o panorama nacional dentro de instituições semelhantes, é importante, para além de reconhecer o trabalho que está a ser desenvolvido nas mesmas, não nivelar por baixo, e procurar aproximar valores com os preconizados para idosos em comunidade. Estes resultados destacam a importante relação da QV com a solidão e dependência. Dois importantes fatores destacados noutros estudos e que é possível serem promovidas pelas ERPIs, os seus técnicos, ambientes culturais e filosofias de prestação de cuidados. A vida em ERPI não deve ser um conformismo com a perda de funcionalidade. Muito pelo contrário, este estudo espera fomentar uma visão holística da velhice, fomentando o uso de parâmetros mais subjetivos para avaliação do idoso, dando devido relevo ao conceito de qualidade de vida como indicador de saúde, partindo daqui uma abordagem mais individualizada e eficiente para uma reabilitação e manutenção de uma vida ativa, saudável e com qualidade, em idosos em contexto de ERPI.

Foi possível relatar associações estatisticamente significativas, suportadas pela evidência, assim como verificar um desvio do expectável em algumas destas. Assim, recomenda-se a elaboração de mais estudos a fim de cimentar as relações entre os múltiplos fatores que estão conexos a esta complexa malha que é a saúde do idoso e a sua qualidade de vida. É ainda mais importante que a iniciativa comece no seio das ERPIs, a fim de implementar planos de cuidado abrangentes, que abordem estes vários fatores, de modo a proporcionarem a melhor qualidade de vida possível, a uma população negligenciada.

Tendo em conta os resultados obtidos, recomenda-se que os planos de cuidados já referidos, contemplem medidas de combate ao sentimento de solidão, inclusão em atividades na comunidade, um papel mais ativo em funções na instituição e programas de fisioterapia, terapia ocupacional, psicologia e gerontomotricidade. Secundando o papel do médico em ERPI, na implementação destas terapêuticas com base numa visão holística e personalizada do utente.

Referências

- [1] PORDATA. Quadro resumo: Portugal [Internet]. [citado 3 de fevereiro de 2024]. Disponível em: <https://www.pordata.pt/portugal/quadro+resumo/portugal-822515>
- [2] INE. Portal do INE [Internet]. [citado 12 de dezembro de 2023]. Disponível em: https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_publicacoes&PUBLICACOESpub_boui=280978178&PUBLICACOESstema=00&PUBLICACOESmodo=2
- [3] Eurostat. Statistics. [citado 17 de janeiro de 2024]. Disponível em: https://ec.europa.eu/eurostat/databrowser/view/reg_area3/default/table?lang=en
- [4] PORDATA. Índice de envelhecimento e outros indicadores de envelhecimento segundo os Censos [Internet]. [citado 14 de novembro de 2023]. Disponível em: <https://www.pordata.pt/portugal/indice+de+envelhecimento+e+outros+indicadores+de+envelhecimento+segundo+os+censos-525>
- [5] López-Otín C, Blasco MA, Partridge L, Serrano M, Kroemer G. The hallmarks of aging. *Cell*. 2013 Jun 6;153(6):1194-217. doi: 10.1016/j.cell.2013.05.039.
- [6] Kirkwood, T. B., & Austad, S. N. (2000). Why do we age? *Nature*, 408(6809), 233-238. doi: 10.1038/35041682
- [7] Peterson MD, Rhea MR, Sen A, Gordon PM. Resistance exercise for muscular strength in older adults: a meta-analysis. *Ageing Res Rev*. 2010 Jul;9(3):226-37. doi: 10.1016/j.arr.2010.03.004.
- [8] Shumway-Cook A, Brauer S, Woollacott M. Predicting the probability for falls in community-dwelling older adults using the Timed Up & Go Test. *Phys Ther*. 2000 Sep;80(9):896-903.
- [9] Gallou-Guyot M, Mandigout S, Bherer L, Perrochon A. Effects of exergames and cognitive-motor dual-task training on cognitive, physical and dual-task functions in cognitively healthy older adults: An overview. *Ageing Res Rev*. 2020 Nov;63:101135. doi: 10.1016/j.arr.2020.101135.

- [10] Belleville S, Clément F, Mellah S, Gilbert B, Fontaine F, Gauthier S. Training-related brain plasticity in subjects at risk of developing Alzheimer's disease. *Brain*. 2011 Jun;134(Pt 6):1623-34. doi: 10.1093/brain/awr037.
- [11] Lautenschlager NT, Cox KL, Flicker L, Foster JK, van Bockxmeer FM, Xiao J, Greenop KR, Almeida OP. Effect of physical activity on cognitive function in older adults at risk for Alzheimer disease: a randomized trial. *JAMA*. 2008 Sep 3;300(9):1027-37. doi: 10.1001/jama.300.9.1027.
- [12] Zajac-Gawlak I, Polechonski J. Fitness of 50-96 years old women. *Journal of Human Kinetics*, 2007, 18, 99-108
- [13] Programme of Mental health. WHOQOL User Manual: Division of mental health and prevention of Substance abuse, WHO. 1998
- [14] Orley J, Kunken W. The Development of the World Health Organization Quality of Life Assessment Instrument (the WHOQOL). Em: *Quality of Life Assessment: International Perspectives*. Berlin, Heidelberg: Springer Berlin Heidelberg; 1994. p. 41–57.
- [15] Couvrer C. -A Qualidade de Vida – Arte para viver no século XXI. Loures: Lusociência, 2001.
- [16] Power M, Quinn K, Schmidt S; WHOQOL-OLD Group. Development of the WHOQOL-old module. *Qual Life Res*. 2005 Dec;14(10):2197-214. doi: 10.1007/s11136-005-7380-9.
- [17] World Health Organization. Mental health of older adults. 2017 [citado 5 de janeiro de 2024] Disponível em: <https://www.who.int/en/news-room/fact-sheets/detail/mental-health-of-older-adults>
- [18] Fried LP, Tangen CM, Walston J, Newman AB, Hirsch C, Gottdiener J, Seeman T, Tracy R, Kop WJ, Burke G, McBurnie MA; Cardiovascular Health Study Collaborative Research Group. Frailty in older adults: evidence for a phenotype. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci*. 2001 Mar;56(3):M146-56. doi: 10.1093/gerona/56.3.m146.
- [19] Reijnders J, van Heugten C, van Boxtel M. Cognitive interventions in healthy older adults and people with mild cognitive impairment: a systematic review. *Ageing Res Rev*. 2013 Jan;12(1):263-75. doi: 10.1016/j.arr.2012.07.003.

- [20] Antonucci TC, Ajrouch KJ, Birditt KS. The convoy model: Explaining social relations from a multidisciplinary perspective. *The Gerontologist*, 2014, 54(1), 82-92. doi: 10.1093/geront/gnt118
- [21] Taramasco C, Rimassa C, Martinez F. Improvement in Quality of Life with Use of Ambient-Assisted Living: Clinical Trial with Older Persons in the Chilean Population. *Sensors (Basel)*. 2022 Dec 27;23(1):268. doi: 10.3390/s23010268.
- [22] Vagetti GC, Barbosa Filho VC, Moreira NB, Oliveira Vd, Mazzardo O, Campos Wd. Association between physical activity and quality of life in the elderly: a systematic review, 2000-2012. *Braz J Psychiatry*. 2014 Jan-Mar;36(1):76-88. doi: 10.1590/1516-4446-2012-0895.
- [23] Gabinete de Estratégia e Planeamento. Carta Social. [Internet]. [citado 17 de janeiro de 2024]. Disponível em: <https://www.cartasocial.pt/inicio>
- [24] Ellis JM. Psychological transition into a residential care facility: older people's experiences. *J Adv Nurs*. 2010 May;66(5):1159-68. doi: 10.1111/j.1365-2648.2010.05280.x.
- [25] Ip D, Lui CW, Chui WH. Veiled entrapment: A study of social isolation of older Chinese migrants in Brisbane, Queensland. *Ageing Soc*. 2007;27:719-738. doi: 10.1017/S0144686X07006083.
- [26] Barbosa A, Figueiredo D, Sousa L, Demain S. Coping with the caregiving role: differences between primary and secondary caregivers of dependent elderly people. *Aging & Mental Health*. 2011 May;15(4):490-9. doi: 10.1080/13607863.2010.543660.
- [27] CIMBSE. Sabugal. [Internet]. 2015 [citado 4 de fevereiro de 2024]. Disponível em: <https://cimbse.pt/apresentacao/municipios-associados/sabugal-2/>
- [28] Folstein MF, Folstein SE, McHugh PR. "Mini-mental state". A practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician. *J Psychiatr Res*. 1975 Nov;12(3):189-98. doi: 10.1016/0022-3956(75)90026-6.
- [29] Guerreiro M, Silva AP, Botelho M, Leitão O, Castro-Caldas A, Garcia C. Adaptação à população portuguesa da tradução do Mini Mental State Examination. *Rev Port Neurol*. 1994;1,9
- [30] Yesavage I, Brink TL. Development and Validation of a Geriatric Depression Screening Scale: A Preliminary Report. *J. Psychiat. Res*. 1983, 17, 37-49.

- [31] Yesavage JA, Sheikh JI. Geriatric Depression Scale (GDS). *Clinical Gerontologist*, 1986, 5(1-2), 165–173. doi:10.1300/j018v05n01_09
- [32] Apóstolo, J. Adaptation into European Portuguese of the geriatric depression scale (GDS-15). *Revista de Enfermagem Referência - Suplemento Atas e Comunicações XI Conferência Iberoamericana de Educação em Enfermagem 2011*. Vol. II, 3(4 Supl.), 452.
- [33] Zimet, G.D., Dahlem, N., Zimet, S., & Farley, G. The Multidimensional Scale of Perceived Social Support. *Journal of Personality Assessment*, 1988, 52, 30–41.
- [34] Carvalho S. Características psicométricas da versão portuguesa da Escala Multidimensional de Suporte Social Percebido (Multidimensional Scale of Perceived Social Support - MSPSS). *Psychologica* 2011
- [35] Wary B, Serbouti S. Doloplus 2 : validation d'une échelle dévaluation comportementale de la douleur chez la personne âgée. *Douleurs* 2.1 2001: 35-8.
- [36] Guarda, H. Avaliação da Dor na Pessoa Idosa Não--Comunicante Verbalmente: Escala Doloplus 2. in *Revista DOR*, 2007, Vol.I , n.º 15, pág. 42--47.
- [37] Farrar JT, Young JP Jr, LaMoreaux L, Werth JL, Poole MR. Clinical importance of changes in chronic pain intensity measured on an 11-point numerical pain rating scale. *Pain*. 2001 Nov;94(2):149-158. doi: 10.1016/S0304-3959(01)00349-9
- [38] Rodriguez CS. Pain measurement in the elderly: a review. *Pain Manag Nurs*. 2001 Jun;2(2):38-46. doi: 10.1053/jpmn.2001.23746
- [39] Lawton MP, Brody EM. Assessment of older people: self-maintaining and instrumental activities of daily living. *Gerontologist* 1969, 9:179-86.
- [40] Araújo F, Ribeiro J, Oliveira A, Pinto C, Martins T. Validação da escala de Lawton e Brody numa amostra de idosos não institucionalizados. In: I.Leal, J.Pais-Ribeiro, I. Silva, & S. Marques (Edts.). *Atas do 7º congresso nacional de psicologia da saúde* (pp.217-220). Lisboa, PT: ISPA 2007
- [41] Mahoney F. I., Barthel D. W. Functional Evaluation: The Barthel Index. *Md State Med J*. 1965 Feb;14:61-5.

- [42] Araújo F, Ribeiro JLP, Oliveira A, Pinto C. Validação do Índice de Barthel numa amostra de idosos não institucionalizados. *REVISTA PORTUGUESA DE SAÚDE PÚBLICA*. 2007; 25.
- [43] Rubenstein LZ, Harker JO, Salvà A, Guigoz Y, Vellas B. Screening for undernutrition in geriatric practice: developing the short-form Mini-Nutritional assessment (MNA-SF). *J Gerontol A Biol Sci Med Sci*. 2001 Jun;56(6):M366-72. doi: 10.1093/gerona/56.6.m366.
- [44] Kaiser MJ, Bauer JM, Ramsch C, Uter W, Guigoz Y, Cederholm T, Thomas DR, Anthony P, Charlton KE, Maggio M, Tsai AC, Grathwohl D, Vellas B, Sieber CC; MNA-International Group. Validation of the Mini Nutritional Assessment short-form (MNA-SF): a practical tool for identification of nutritional status. *J Nutr Health Aging*. 2009 Nov;13(9):782-8. doi: 10.1007/s12603-009-0214-7.
- [45] Holden MK, Gill KM, Maglozzi MR. Gait assessment for neurologically impaired patients. Standards for outcome assessment. *Phys Ther* 1986, 66:1530-9.
- [46] Duque AS, Gruner H, Clara J, Ermida, J. Veríssimo, M. Avaliação Geriátrica. Núcleo de Estudos de Geriatria da sociedade Portuguesa de Medicina Interna (GERMI).
- [47] Vilar M., Sousa LB, Simões, MR. The European Portuguese WHOQOL-OLD module and the new facet Family/Family life: Reliability and validity studies. *Quality of Life Research Journal*, 2016, 25(9), 2367-2372. doi: 10.1007/s11136-016-1275-9
- [48] Russell D, Peplau LA, Ferguson ML. Developing a measure of loneliness. *J Pers Assess*. 1978 Jun;42(3):290-4. doi: 10.1207/s15327752jpa4203_11.
- [49] Pocinho, M., Farate, C. Validação Psicométrica da Escala UCLA - Loneliness para Idosos Portugueses, 2005
- [50] Buysse DJ, Reynolds CF, Monk TH, Berman SR, Kupfer DJ. The Pittsburgh Sleep Quality Index: a new instrument for psychiatric practice and research. *Psychiatry Res*. 1989 May;28(2):193-213. doi: 10.1016/0165-1781(89)90047-4.
- [51] João KA, Becker NB, Jesus S, Martins R. Validation of the Portuguese version of the Pittsburgh Sleep Quality Index (PSQI-PT). *Psychiatry Res*. 2017 Jan; 247:225-229. doi: 10.1016/j.psychres.2016.11.042.

- [52] Podsiadlo D, Richardson S. The timed "Up & Go": a test of basic functional mobility for frail elderly persons. *J Am Geriatr Soc.* 1991, 39(2):142-148. doi:10.1111/j.1532-5415.1991.tb01616.x.
- [53] Malmstrom TK, Morley JE. SARC-F: a simple questionnaire to rapidly diagnose sarcopenia. *J Am Med Dir Assoc.* 2013 Aug;14(8):531-2. doi: 10.1016/j.jamda.2013.05.018.
- [54] Levin, J. *Estatística Aplicada a Ciências Humanas*. 2a. Ed. São Paulo: Editora Harbra Ltda, 1987.
- [55] Vilar M, Sousa L, Simões M. *Inventário de Avaliação da Qualidade de Vida em Adultos Idosos da Organização Mundial de Saúde. Manual Técnico*. 2015
- [56] Cutchin MP. The process of mediated aging-in-place: Atheoretically and empirically based model. *Social Science and Medicine*, 2003, 57(6), 1077–1090. doi:10.1016/s0277-9536(02)00486-
- [57] Vanleerberghe P, De Witte N, Claes C, Schalock RL, Verté D. The quality of life of older people aging in place: a literature review. *Qual Life Res.* 2017 Nov;26(11):2899-2907. doi: 10.1007/s11136-017-1651-0.
- [58] Gameiro S, Canavarro MC, Pereira M, Serra A, Paredes T, Carona C, Rijo D. Fatores sociais e demográficos de variabilidade da qualidade de vida na população geral. *Qualidade de vida e saúde: Uma abordagem na perspetiva da Organização Mundial de Saúde* (pp. 251-268). Lisboa: F. C. Gulbenkian 2010
- [59] Hugo J, Ganguli M. Dementia and cognitive impairment: epidemiology, diagnosis, and treatment. *Clin Geriatr Med.* 2014 August; 30(3):421–442. doi:10.1016/j.cger.2014.04.001.
- [60] OMS. *Global action plan on the public health response to dementia 2017-2025*. Geneva: Organização Mundial da Saúde, 2017.
- [61] Paúl, C., Fonseca, A. M., Martín, I., & Amado, J. (2005). Satisfação e qualidade de vida em idosos portugueses. *Envelhecer em Portugal. Psicologia, saúde e prestação de cuidados* [Ageing in Portugal. Psychology, health and providing care] (pp. 75-95). Lisboa: Climepsi Editores.
- [62] Canavarro MC, Pereira M, Moreira H, Paredes T. *Qualidade de vida e saúde: aplicações do WHOQOL*. *Alicerces.* 2010;III(3):243-68.

- [63] Lucas-Carrasco R, Laidlaw K, Power MJ. Suitability of the WHOQOL-BREF and WHOQOL-OLD for Spanish older adults. *Aging Ment Health*. 2011 Jul 1;15(5):595-604. doi: 10.1080/13607863.2010.548054.
- [64] Pereira, M., Melo, C., Gameiro, S., & Canavarro, M. C. Estudos psicométricos da versão em Português Europeu do índice de qualidade de vida EUROHISQOL-8. *Laboratório de Psicologia*, 2011, 9(2), 109-123.
- [65] Fonseca, A. M., Nunes, M. V., Teles, L., Martins, C., Paúl, C., & Castro-Caldas, A. Instrumento de Avaliação da Qualidade de Vida (IAQdV) – Estudo de validação para a população idosa portuguesa. *Psychologica*, 2009, 50, 373-388.
- [66] Low G, Molzahn AE. Predictors of quality of life in old age: a cross-validation study. *Res Nurs Health*. 2007 Apr;30(2):141-50. doi: 10.1002/nur.20178.
- [67] Schmidt, S., Mühlan, H., & Power, M. The EUROHIS- QOL 8-item index: Psychometric results of a cross-cultural field study. *European Journal of Public Health*, 2005, 16(4), 420-428
- [68] Leinonen R, Heikkinen E, Jylhä M. Changes in health, functional performance and activity predict changes in self-rated health: a 10-year follow-up study in older people. *Arch Gerontol Geriatr*. 2002 Jul-Aug;35(1):79-92. doi: 10.1016/s0167-4943(02)00017-1
- [69] Lindenberger U, Singer T, Baltes PB. Longitudinal selectivity in aging populations: separating mortality-associated versus experimental components in the Berlin Aging Study (BASE). *J Gerontol B Psychol Sci Soc Sci*. 2002 Nov;57(6):P474-82. doi: 10.1093/geronb/57.6.p474.
- [70] Fleming J, Farquhar M; Cambridge City over-75s Cohort (CC75C) study collaboration; Brayne C, Barclay S. Death and the Oldest Old: Attitudes and Preferences for End-of-Life Care--Qualitative Research within a Population-Based Cohort Study. *PLoS One*. 2016 Apr 5;11(4):e0150686. doi: 10.1371/journal.pone.0150686.
- [71] Trentini, C., Wagner, G., Chachamovich, E., Figueiredo, M., Silva, L., Hirakata, V., & Fleck, M. Subjective perception of health in elderly inpatients. *International Journal of Psychology*, 2012, 47(4), 279-286.
- [72] Almeida L, Quintão S. Depressão e ideação suicida em idosos institucionalizados e não institucionalizados em Portugal. *Acta Med Port*. 2012 Nov-Dec;25(6):350-8.

[73] Vespa A, Spatuzzi R, Fabbietti P, Di Rosa M, Bonfigli AR, Corsonello A, Gattafoni P, Giulietti MV. Association between Sense of Loneliness and Quality of Life in Older Adults with Multimorbidity. *Int J Environ Res Public Health*. 2023 Feb 1;20(3):2615. doi: 10.3390/ijerph20032615

Anexo I

Parecer da Comissão de Ética da Universidade da Beira Interior



comissaodeetica@ubi.pt
Convento de Santo António
6201-001 Covilhã | Portugal

Parecer relativo ao processo n.º CE-UBI-Pj-2023-048-ID1851

Na sua reunião de 17 de outubro de 2023, a Comissão de Ética apreciou a documentação científica submetida referente ao pedido de parecer do projeto "**O Perfil do Utente Residente em ERPIs no Concelho do Sabugal**", da proponente **Maria da Assunção Morais e Cunha Vaz Patto**, a que atribuiu o código n.º CE-UBI-Pj-2023-048.

Na sua análise não identificou matéria que ofenda os princípios éticos e morais, sendo de parecer que o estudo em causa pode ser **aprovado**.

Covilhã e UBI

A Presidente da Comissão de Ética

Assinado por: **AMÉLIA MARIA MONTEIRO
FERNANDES NUNES**
Num. de Identificação: BI102417849
Data: 2023.10.26 10:17:36+01'00'



(Professora Doutora Amélia Maria Monteiro Fernandes Nunes)

(Professora Auxiliar)

Anexo II

Estruturas Residenciais para Pessoas Idosas do concelho do Sabugal (n=21)

1. Lar da Associação Cultural, Desportiva e Humanitária de Pousafoles do Bispo
2. Lar da Associação de Solidariedade Social de Malcata (Polos 1 e 2)
3. Lar da Liga dos Amigos de Aldeia de Santo António
4. Lar da Santa Casa da Misericórdia da Bismula
5. Lar da Santa Casa da Misericórdia do Soito
6. Lar do Centro Social de Rapoula do Côa
7. Lar do Centro Social e Paroquial de São José de Vale de Espinho
8. Lar Imaculada Conceição da Liga dos Amigos de Santo Estêvão
9. Lar Nossa Senhora das Neves do Centro Social de Lageosa da Raia
10. Lar Nossa Senhora dos Prazeres da Casa do Povo de Aldeia Velha
11. Lar Rainha Santa Isabel da Santa Casa da Misericórdia de Alfaiates
12. Lar Rainha Santa Isabel da Santa Casa da Misericórdia do Sabugal
13. Lar Santa Catarina da Associação Social, Cultural e Desportiva da Rebolosa
14. Lar Santa Eufêmia do Centro Social de Quadrazais
15. Lar Santa Luzia da Casa do Povo da Bendada
16. Lar Santo Antão do Centro Social e Paroquial de Nossa Senhora dos Milagres de Aldeia do Bispo
17. Lar Santo Cristo da Associação Amigos de Aldeia da Ponte
18. Lar Santo Cristo da Associação Social de Idosos do Divino Santo Cristo da Nave
19. Lar São Lázaro da Associação Social de São Lázaro de Vila do Touro
20. Lar São Pedro da Comissão de Melhoramentos de Fóios
21. Lar São Salvador da Associação do Lar e Centro de Dia de São Salvador do Casteleiro

Anexo III



CONSENTIMENTO INFORMADO, ESCLARECIDO E LIVRE

Francisco Costa Carvalho; Mariana de Paiva Peixoto; Mariana Vilaverde Oliveira; Marta Alexandra Araújo Fernandes e Pedro Xavier Leal Ferreira, estudantes de Medicina da Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade da Beira Interior, a realizar um trabalho de investigação subordinado ao tema "O Perfil do Idoso Institucionalizado no Concelho do Sabugal", sob a orientação da Professora Doutora Maria Assunção Morais e Cunha Vaz Patto, professora associada da Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade da Beira Interior, vêm solicitar a sua colaboração neste estudo.

Informamos que a sua participação é voluntária, podendo desistir a qualquer momento sem que essa decisão se reflita em qualquer prejuízo; informamos ainda que todos os dados recolhidos serão anonimizados, garantindo-se a segurança e a confidencialidade dos mesmos.

Ao assinar esta página está a confirmar o seguinte:

- Entregou esta informação ao participante/representante legal.
- Explicou ao participante/representante legal, de forma adequada e compreensível, a investigação referida, a saber: os objetivos, os métodos, os benefícios previstos, os riscos potenciais e o eventual desconforto;
- Explicou e respondeu a todas as questões e dúvidas apresentadas pelo participante/representante legal.

Nome do Investigador (Legível)

(Assinatura do Investigador)

(Data)

Consentimento Informado, Esclarecido e Livre

CONSENTIMENTO INFORMADO, ESCLARECIDO E LIVRE

Ao assinar esta página está a confirmar o seguinte:

- O (A) Sr. (a) leu e compreendeu todas as informações desta informação, e teve tempo para as ponderar;
- O (A) Sr. (a) compreendeu a explicação que lhe foi facultada acerca do estudo que se tenciona realizar: os objetivos, os métodos, os benefícios previstos, os riscos potenciais e o eventual desconforto;
- O (A) Sr. (a) solicitou todas as informações de que necessitou, ciente de que o esclarecimento é fundamental para uma boa decisão.
- Todas as suas questões foram satisfatoriamente esclarecidas pelos investigadores;
- O (A) Sr. (a) concorda com a participação neste estudo de acordo com os esclarecimentos que lhe foram prestados;
- O(A) Sr. (a) recebeu uma cópia desta informação, para a manter consigo.

**Nome do Participante (Legível)
ou Representante Legal**

___/___/___

**(Assinatura do Participante ou Representante Legal)
(Data)**

Anexo IV

Inquérito Utentes

**O PERFIL DO IDOSO RESIDENTE EM ERPI
NO CONCELHO DO SABUGAL
QUESTIONÁRIO UTENTES**

I. INQUÉRITO SÓCIO-DEMOGRÁFICO

Nome: _____

Idade: _____

Sexo: Feminino____ Masculino____

Naturalidade: _____

Residência: _____

Ex-Emigrante: Sim ____ Não ____ Se sim, onde? _____

Escolaridade: Analfabeto(a) ____ Sabe ler e escrever ____ 1º Ciclo ____ 2º Ciclo ____ 3º
Ciclo ____ Ensino secundário ____ Curso Superior ____

Profissão: _____

Estado Civil: Solteiro ____ Casado(a)/União de facto ____ Divorciado(a)/Separado ____
Viúvo(a) ____ Se viúvo, há quanto tempo? _____

Religião: _____

II. INSTITUCIONALIZAÇÃO

Data de admissão na ERPI: __/__/____

Porque veio para o Lar?

- Incapacidade Cognitiva [*Ex.* Deterioração cognitiva; Demência; Sintomas depressivos; Problemas psiquiátricos]
- Incapacidade Física [*Ex.* Limitações de mobilidade; Falta de autonomia funcional; Menor participação nas AVD; Maior número de doenças e lesões; Doenças crónicas; Incontinência]
- Condições socioeconómicas e afetivas [*Ex.* Idade mais avançada; Sexo feminino; Estado civil (solteiro ou viúvo); Morar sozinho; Ausência de apoio social; Sem filhos/Não ter família; Indisponibilidade dos filhos/familiares; Rede social pobre; Conflitos familiares; Baixos rendimentos; Falta de condições da habitação própria; Sentir-se só]
- Outros motivos.

De quem partiu a decisão da sua entrada no Lar?

- Do próprio(a)
- Filhos
- Cônjuge
- Outros familiares
- Assistente Social
- Outros; Quem? _____

Como descreve o seu relacionamento familiar antes da institucionalização?

- Bom relacionamento e convivência intensa
- Bom relacionamento e convivência esporádica
- Relacionamento com conflitos eventuais
- Relacionamento com conflitos constantes

Perceção sobre os rendimentos auferidos:

- Permite viver sem preocupações
- Permite viver razoavelmente
- Permite cobrir principais necessidades
- Permite viver com dificuldades
- Insuficiente para viver

Necessidade de apoio de terceiros para pagamento da Instituição:

- Sim
- Não
- Não sabe

Apoio social recebido antes da institucionalização? (Ex. centro de dia, casa de familiares, empregados domésticos; vizinhos; serviço de apoio ao domicílio)

- Sim
- Não
- Não sabe

Como descreve o seu processo de adaptação ao Lar?

- Fácil
- Razoável
- Difícil

Que tipo de atividades extralaborais realizava antes da institucionalização?

(Ex. caça, pesca, escultura, olaria, carpintaria, outro)

Com que frequência? _____

III. ESTADO DE SAÚDE FÍSICA

Patologias Crónicas: _____

Histórico Cirúrgico: _____

Nº de internamentos no último ano: _____

Nº de vezes que recorreu ao SU no último ano: _____

Quantos episódios de SU se deveram a agudização de patologia crónica? _____

Data do último internamento/recurso ao SU: _____

Quantos ciclos de antibioterapia realizou no último ano? _____

Medicação habitual: _____

OLD/ VNI: Sim OLD ____ Sim VNI ____ Não ambas _____

SNG: Sim ____ Não _____

Alimentação parentérica: Sim ____ Não _____

Estoma: Sim ____ Não _____

Quantas horas por dia passa sentado/a? _____

Mobilidade: Independente: ____ Dependente: ____

Precisa de ajuda de 2ª pessoa: Sim ____ Não ____

Usa auxiliar de marcha: Sim ____ Não ____

Acamado totalmente: Sim ____ Não ____

Quedas: Caiu no último ano? Sim ____ Não ____

Se sim, porque motivo ocorreu a queda? _____

Se sim, local: _____

Se sim, consequências?

____ Sem sequelas

____ Sequelas sem alterações na marcha e/ou mobilidade

____ Sequelas com alterações na marcha e/ou mobilidade

Hábitos:

- Tabágicos: Passados Sim ____ Não ____ | Presentes Sim ____ Não ____;

Se sim, quantos cigarros/dia? _____

- Etilícos: Passados Sim ____ Não ____ | Presentes Sim ____ Não ____;

Se sim, quantificar _____

Autopercepção sobre o Estado de Saúde:

- Excelente ____
- Muito Bom ____
- Bom ____
- Razoável ____
- Mau ____
- Muito Mau ____

Considera que a sua saúde poderia melhorar? Sim ____ Não ____

IV. ESTADO FUNCIONAL E SOCIAL

Número de filhos? ____ **Número de netos?** ____

Realiza algum tipo de atividade: Sim ____ Não ____;

Se sim, quais? _____

Se sim, com que frequência? _____

Visitas desde o início do ano? Sim ____ Não ____

Se sim, com que frequência? _____

Se sim, por quem? _____

Contactos? Sim ____ Não ____

Se sim, com que frequência? _____

Se sim, por quem? _____

Saídas da instituição por vontade do próprio? Sim ____ Não ____

V. ESCALAS DE AVALIAÇÃO GERIÁTRICA

A) MINI-MENTAL STATE EXAMINATION

a. Orientação (1 ponto por cada resposta correta)

Em que ano estamos? opts ____ 1pt ____

Em que mês estamos? opts ____ 1pt ____

Em que dia do mês estamos? opts ____ 1pt ____

Em que dia da semana estamos? opts ____ 1pt ____

Em que estação do ano estamos? opts ____ 1pt ____

Em que país estamos? opts ____ 1pt ____

Em que distrito vive? opts ____ 1pt ____

Em que terra vive? opts _____1pt _____

Em que casa estamos? opts _____1pt _____

Em que andar estamos? opts _____1pt _____

b. Retenção (contar 1 ponto por cada palavra corretamente repetida)

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

Pêra: opts _____1pt _____; Gato opts _____1pt _____; Bola: opts _____1pt _____.

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

“Agora peço-lhe que me diga quanto é 30 menos 3 e depois ao número respondido volte a tirar 3 e repete assim até eu lhe dizer para parar.”

27 - opts _____1pt _____

24 - opts _____1pt _____

21 - opts _____1pt _____

18 - opts _____1pt _____

15 - opts _____1pt _____

d. Evocação (1 ponto por cada resposta correta)

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

Pêra - opts _____1pt _____; Gato - opts _____1pt _____; Bola - opts _____1pt _____

e. Linguagem (1 ponto por cada resposta correta)

“Como se chama isto?” (mostrar os objetos):

Relógio: opts _____1pt _____

Lápis: opts _____1pt _____

“Repita a frase que eu vou dizer: O RATO ROEU A ROLHA”: opts _____1pt _____

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

Pega com a mão direita: opts _____1pt _____

Dobra ao meio: opts _____1pt _____

Coloca onde deve: opts _____ 1pt _____

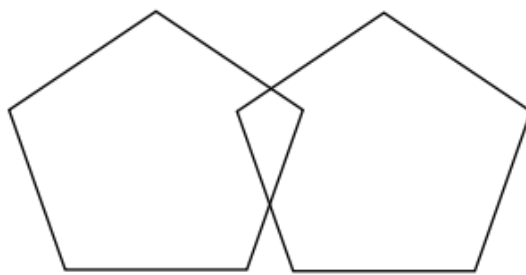
“Leia o que está neste cartão e faça o que lá diz” (mostrar um cartão com a frase bem legível, “FECHE OS OLHOS”; sendo analfabeto lê-se a frase):

Fechou os olhos: opts _____ 1pt _____

“Escreva uma frase inteira aqui”. (deve ter sujeito e verbo e fazer sentido; os erros gramaticais não prejudicam a pontuação): opts _____ 1pt _____

f. Capacidade Construtiva (1 ponto pela cópia correta)

Deve copiar um desenho. Dois pentágonos parcialmente sobrepostos; cada um deve ficar com 5 lados, dois dos quais intersectados. Não valorizar tremor ou rotação. Cópia o desenho corretamente: opts _____ 1pt _____



TOTAL: _____ (máximo 30 pontos)

Cut-Off Points: Analfabetos: ≤15 pontos; 1 a 11 anos de escolaridade: ≤22 pontos; escolaridade superior a 11 anos: ≤27 pontos.

B) ESCALA DE DEPRESSÃO GERIÁTRICA: VERSÃO REDUZIDA

		SI M	NÃ O
1	Está satisfeito com a sua vida?	0	1
2	Abandonou muitos dos seus interesses e atividades?	1	0
3	Sente que a sua vida está vazia?	1	0
4	Sente-se frequentemente aborrecido?	1	0
5	Na maior parte do tempo está de bom humor?	0	1
6	Tem medo de que algo de mal lhe aconteça?	1	0
7	Sente-se feliz na maior parte do tempo?	0	1
8	Sente-se frequentemente abandonado/desamparado?	1	0
9	Prefere ficar em casa, a sair e fazer coisas novas?	1	0
10	Sente que tem mais problemas de memória do que os outros da sua idade?	1	0
11	Atualmente, acha que é maravilhoso estar vivo?	0	1

12	Sente-se inútil?	1	0
13	Sente-se cheio de energia?	0	1
14	Sente-se sem esperança?	1	0
15	Acha que as outras pessoas estão melhores que o Sr./Sra.?	1	0

Cut-Off Points: Sem depressão: 0-5 pontos; Depressão ligeira: 6-10 pontos; Depressão grave: 11-15 pontos.

C) ESCALA MULTIDIMENSIONAL DE SUPORTE SOCIAL PERCEBIDO

Discorda completamente	Discorda fortemente	Discorda parcialmente	Não tem opinião	Concorda parcialmente	Concorda fortemente	Concorda completamente
1	2	3	4	5	6	7

	1	2	3	4	5	6	7
1. Há uma pessoa especial que se encontra próximo quando necessito.							
2. Há uma pessoa especial com quem posso partilhar as minhas alegrias e tristezas.							
3. A minha família tenta ajudar-me verdadeiramente.							
4. Tenho a ajuda emocional e o apoio que necessito da minha família.							
5. Tenho uma pessoa que é verdadeiramente uma fonte de conforto para mim.							
6. Os meus amigos realmente procuram ajudar-me.							
7. Posso contar com os meus amigos quando algo corre mal.							
8. Posso falar dos meus problemas com a minha família.							
9. Tenho amigos com quem posso partilhar as minhas alegrias e tristezas.							
10. Há uma pessoa especial na minha vida que se preocupa com os meus sentimentos.							
11. A minha família está disponível para me ajudar a tomar decisões.							
12. Posso falar dos meus problemas com os meus amigos.							
Para obter a pontuação da subescala do outro significativo: somar as pontuações das alíneas 1), 2), 5) e 10) e dividir por 4; Para obter a pontuação da subescala da família: somar as pontuações das alíneas 3), 4), 8) e 11) e dividir por 4; Para obter a pontuação da subescala dos amigos: somar as pontuações das alíneas 6), 7), 9) e 12) e dividir por 4;							

<p>Para obter a pontuação total: somar as pontuações das 12 alíneas e dividir por 12.</p> <p style="text-align: center;">Pontuação Total: Baixo suporte: 1 - 2.9 pontos Médio suporte: 3 - 5 pontos Elevado suporte: 5.1 - 7 pontos</p>	
Pontuação da subescala do outro significativo	
Pontuação da subescala da família	
Pontuação da subescala dos amigos	
Pontuação total	

D) ESCALAS DE DOR

ESCALA DOLOPLUS

REPERCUSSÃO SOMÁTICA		
1. Queixas somáticas	Ausência de queixas	0
	Queixas apenas quando há solicitação	1
	Queixas espontâneas ocasionais	2
	Queixas espontâneas contínuas	3
2. Posições antálgicas em repouso	Ausência de posição antálgica	0
	O individuo evita certas posições de forma ocasional	1
	Posição antálgica permanente e eficaz	2
	Posição antálgica permanente ineficaz	3
3. Proteção de zonas dolorosas	Ausência de proteção	0
	Proteção quando há solicitação, não impedindo o prosseguimento do exame ou dos cuidados	1
	Proteção quando há solicitação, impedindo qualquer exame ou cuidados	2
	Proteção em repouso, na ausência de qualquer solicitação	3
4. Expressão facial	Mimica habitual	0
	Mimica que parece exprimir dor quando há solicitação	1
	Mimica que parece exprimir dor na ausência de qualquer solicitação	2
	Mimica inexpressiva em permanência e de forma não habitual (atona, rígida, olhar vazio)	3
5. Sono	Sono habitual	0

	Dificuldade em adormecer	1
	Despertar frequente (agitação motora)	2
	Insónia com repercussão nas fases de despertar	3
REPERCUSSÃO PSICOMOTORA		
6. Higiene e/ou vestir	Capacidades habituais conservadas	0
	Capacidades habituais pouco diminuídas (com precaução, mas completas)	1
	Capacidades habituais muito diminuídas, higiene e/ou vestir difíceis e parciais	2
	Higiene e /ou vestir impossíveis; o doente exprime a sua oposição a qualquer tentativa	3
7. Movimento	Capacidades habituais conservadas	0
	Capacidades habituais ativas limitadas (o doente evita certos movimentos, diminui o seu perímetro de marcha)	1
	Capacidades habituais ativas e passivas limitadas (mesmo ajudado, o doente diminui os seus movimentos)	2
	Movimentos impossível; qualquer mobilização suscita oposição	3
REPERCUSSÃO PSICO-SOCIAL		
8. Comunicação	Sem alteração	0
	Intensificada (o individuo chama a atenção de modo não habitual)	1
	Diminuída (o individuo isola-se)	2
	Ausência ou recusa de qualquer comunicação	3
9. Vida social	Participação habitual nas diferentes atividades (refeições, atividades recreativas, ateliers terapêuticos, ...)	0
	Participação nas diferentes atividades apenas quando há solicitação	1
	Recusa parcial da participação nas diferentes atividades	2
	Recusa de qualquer tipo de vida social	3
10. Alterações do comportamento	Comportamento habitual	0
	Alterações do comportamento quando há solicitação e repetidas	1
	Alterações do comportamento quando há solicitação e permanentes	2
	Alterações do comportamento permanentes (sem qualquer solicitação)	3
	PONTUAÇÃO	

ESCALA NUMÉRICA DA DOR

E) ESCALA DE LAWTON E BRODY

1 - Utilização do telefone

- 1** Utiliza o telefone por iniciativa própria
- 1** É capaz de marcar bem alguns números familiares
- 1** É capaz de pedir para telefonar, mas não é capaz de marcar
- 0** Não é capaz de usar o telefone

2 - Fazer compras

- 1** Realiza todas as compras necessárias independentemente
- 0** Realiza independentemente pequenas compras
- 0** Necessita de ir acompanhado para fazer qualquer compra
- 0** É totalmente incapaz de comprar

3 - Preparação das refeições

- 1** Organiza, prepara e serve as refeições sozinho e adequadamente
- 0** Prepara adequadamente as refeições se se fornecem os alimentos
- 0** Prepara, aquece e serve as refeições, mas não segue uma dieta adequada
- 0** Necessita que lhe preparem e sirvam as refeições

4 - Tarefas domésticas

- 1** Mantém a casa sozinho ou com ajuda ocasional (trabalhos pesados)
- 1** Realiza tarefas ligeiras, como lavar pratos ou fazer a cama
- 1** Realiza tarefas ligeiras, mas não pode manter um nível adequado de limpeza
- 0** Necessita de ajuda em todas as tarefas domésticas
- 0** Não participa em nenhuma tarefa doméstica

5 - Lavagem da roupa

- 1** Lava sozinho toda a sua roupa
- 1** Lava sozinho pequenas peças de roupa
- 0** A lavagem da roupa tem de ser feita por terceiros

6 - Utilização de meios de transporte

- 1** Viaja sozinho em transporte público ou conduz o seu próprio carro
- 1** É capaz de apanhar um táxi, mas não usa outro transporte
- 1** Viaja em transportes públicos quando vai acompanhado
- 0** Só utiliza o táxi ou o automóvel com ajuda de terceiros
- 0** Não viaja

7 - Manejo da medicação

- 1 É capaz de tomar a medicação à hora e dose corretas
- 0 Toma a medicação se a dose é preparada previamente
- 0 Não é capaz de administrar a sua medicação

8 - Responsabilidade de assuntos financeiros

- 1 Encarrega-se de assuntos financeiros sozinho
- 1 Realiza as compras diárias, mas necessita de ajuda em grandes compras e no banco
- 0 Incapaz de manusear o dinheiro

TOTAL: ____

Mulher	Escala de Lawton e Brody	Homem
0-1	Dependência total	0
2-3	Dependência grave	1
4-5	Dependência moderada	2-3
6-7	Dependência ligeira	4
8	Independente	5

F) ÍNDICE DE BARTHEL

Categoria 1: Alimentação

- 0. Dependente
- 5. Precisa de alguma ajuda (por exemplo para cortar os alimentos)
- 10. Independente

Categoria 2: Transferências

- 0. Dependente, não tem equilíbrio sentado
- 5. Necessita de ajuda, mas consegue sentar-se
- 10. Precisa de alguma ajuda
- 15. Independente

Categoria 3: Toalete

- 0. Dependente, necessita de alguma ajuda
- 5. Independente a fazer a barba, a lavar a cara e a lavar os dentes

Categoria 4: Utilização do WC

- 0. Dependente
- 5. Precisa de alguma ajuda
- 10. Independente

Categoria 5: Banho

- 0. Dependente, necessita de alguma ajuda
- 5. Toma banho (entra e sai sem ajuda)

Categoria 6: Mobilidade

- 0. Imóvel
- 5. Independente, em cadeira de rodas, pelo menos 50 metros, incluindo esquinas
- 10. Caminha menos de 50 metros com pouca ajuda
- 15. Caminha 50 metros sem ajuda ou supervisão (pode usar ortoteses)

Categoria 7: Subir e descer escadas

- 0. Dependente
- 5. Precisa de ajuda
- 10. Independente, com ou sem ajudas técnicas

Categoria 8: Vestir

- 0. Impossível
- 5. Com ajuda
- 10. Independente

Categoria 9: Controlo intestinal

- 0. Incontinente ou precisa de clisteres
- 5. Acidente ocasional
- 10. Controla perfeitamente, sem acidentes, podendo fazer uso de supositórios ou similar

Categoria 10: Controlo urinário

- 0. Incontinente ou algaliado sendo incapaz de manejar a algalia sozinho
- 5. Acidente ocasional (max 1x por semana)
- 10. Controla perfeitamente mesmo algaliado desde que seja capaz de manejar a algalia sozinho

TOTAL: ____

Cut-Off Points:

- 100 pontos - independência
- 91 a 99 pontos - dependência muito leve
- 61 a 90 pontos - dependência moderada
- 21 a 60 pontos - dependência grave
- 0 a 20 pontos - dependência total

G) MINI-NUTRITIONAL ASSESSMENT

(Responda à secção “Triagem”, preenchendo as caixas com os números adequados. Some os números da secção “Triagem”. Se a pontuação obtida for igual ou menor que 11, continue o preenchimento do questionário para obter a pontuação indicadora de desnutrição)

1 - TRIAGEM

A. Nos últimos três meses houve diminuição da ingesta alimentar devido a perda de apetite, problemas digestivos ou dificuldade para mastigar ou deglutir?

0= diminuição grave da ingesta

1 = diminuição moderada da ingesta

2=sem diminuição da ingesta

B. Perda de peso nos últimos 3 meses?

0 = superior a três quilos

1= não sabe informar

2= entre um e três quilos

3= sem perda de peso

C. Mobilidade

0 = restrito ao leito ou à cadeira de rodas

1 = deambula mas não é capaz de sair de casa

2= normal

D. Passou por algum stress psicológico ou doença aguda nos últimos três meses?

0 = sim

2 = não

E. Problemas neuropsicológicos?

0 = demência ou depressão graves

1 = demência ligeira

2 = sem problemas psicológicos

F. Índice de Massa Corporal (IMC = peso[kg] / estatura [m²])

0 = IMC < 19

1 = 19 < IMC < 21

2 = 21 < IMC < 23

3 = IMC > 23

Pontuação da Triagem (subtotal, máximo de 14 pontos): _____

(12-14 pontos: estado nutricional normal

8-11 pontos: sob risco de desnutrição

0-7 pontos: desnutrido)

2-AVALIAÇÃO GLOBAL

G. O doente vive na sua própria casa? (não em instituição geriátrica ou hospital)

1 = sim

0 = não

H. Utiliza mais de três medicamentos diferentes por dia?

0 = sim

1 = não

I. Lesões de pele ou escaras?

0 = sim

1 = não

J. Quantas refeições faz por dia?

0 = uma refeição

1 = duas refeições

2 = três refeições

K. O doente consome:

- pelo menos uma porção diária de leite ou derivados (leite, queijo, iogurte)?
- duas ou mais porções semanais de leguminosas ou ovos?
- carne, peixe ou aves todos os dias?

0.0 = nenhuma ou uma resposta «sim»

0.5 = duas respostas «sim»

1.0 = três respostas «sim»

L. O doente consome duas ou mais porções diárias de fruta ou produtos hortícolas?

0 = não

1 = sim

M. Quantos copos de líquidos (água, sumo, café, chá, leite) o doente consome por dia?

0.0 = menos de três copos

0.5 = três a cinco copos

1.0 = mais de cinco copos

N. Modo de se alimentar

0 = não é capaz de se alimentar sozinho

1 = alimenta-se sozinho, porém com dificuldade

2 = alimenta-se sozinho sem dificuldade

O. O doente acredita ter algum problema nutricional?

0 = acredita estar desnutrido

1 = não sabe dizer

2 = acredita não ter um problema nutricional

P. Em comparação com outras pessoas da mesma idade, como considera o doente a sua própria saúde?

0.0 = pior

0.5 = não sabe

1.0 = igual

2.0 = melhor

Q. Perímetro braquial (PB) em cm

0.0 = $PB < 21$

0.5 = $21 \leq PB \leq 22$

1.0 = $PB > 22$

R. Perímetro da perna (PP) em cm

0 = PP < 31

1 = PP ≥ 31

Avaliação global (máximo 16 pontos): _____

Pontuação da triagem: _____

Pontuação total (máximo 30 pontos): _____

Cut-Off Points:

de 24 a 30 pontos: estado nutricional normal

de 17 a 23,5 pontos: sob risco de desnutrição

menos de 17 pontos: desnutrido

H) CLASSIFICAÇÃO FUNCIONAL DA MARCHA

Categoria	Descrição
0 Marcha ineficaz	O idoso não é capaz de caminhar, caminha apenas em barras paralelas ou requer ajuda física ou supervisão de mais que uma pessoa para andar de forma segura.
1 Marcha dependente Nível II	O idoso necessita de grande ajuda de uma pessoa para andar e evitar quedas. Esta ajuda é constante, sendo necessária para suportar o peso do corpo ou para manter o equilíbrio ou a coordenação.
2 Marcha dependente Nível I	O idoso requer ajuda mínima de uma pessoa para não cair na marcha em superfície plana. A ajuda consiste em toques suaves, contínuos ou intermitentes, para ajudar a manter o equilíbrio e a coordenação.
3 Marcha dependente com supervisão	O idoso é capaz de andar de forma independente em superfícies planas sem ajuda, mas para a sua segurança requer supervisão de uma pessoa.
4 Marcha independente (superfície plana)	O idoso é capaz de andar de forma independente em superfícies planas, mas requer supervisão ou ajuda física para superar escadas, superfícies inclinadas ou terrenos não planos.

5 Marcha independente	O idoso é capaz de andar independentemente em superfícies planas, inclinadas ou escadas
---------------------------------	-----------------------------------------------------------------------------------------

Tipo de ajuda necessária: _____

I) TIMED UP AND GO TEST

O idoso deverá estar sentado numa cadeira com apoio lateral de braço, com assento colocado entre 44 e 47 cm de altura. Solicita-se ao idoso, que se levante sem se apoiar nas laterais da cadeira, caminhe 3 metros a uma velocidade confortável e segura (por um percurso previamente assinalado no pavimento), rode 180º e retorne ao ponto de partida, para se sentar novamente. O teste termina quando as nádegas tocam o assento da cadeira. O idoso deve usar calçado e auxiliares de marcha habituais.

- () < 10 segundos: sem alterações
- () 10 a 19 segundos: risco moderado
- () 20 segundos ou mais: elevado risco de queda

J) WHO QUALITY OF LIFE - OLD MODULE

WHOQOL-OLD						
		Nada	Pouco	Nem muito nem pouco	Muito	Muitíssimo
1. (F25.1)	As dificuldades de audição, visão, paladar, olfato ou tato afetam a sua vida diária?	1	2	3	4	5
2. (F25.3)	As dificuldades de audição, visão, paladar, olfato ou tato afetam a sua capacidade para participar em atividades?	1	2	3	4	5
3. (F25.4)	As dificuldades de audição, visão, paladar, olfato ou tato afetam a sua capacidade para se relacionar com as outras pessoas?	1	2	3	4	5

4. (F26.1)	Sente que tem liberdade para tomar as suas próprias decisões?	1	2	3	4	5
5. (F26.2)	Sente que tem poder para decidir acerca do seu futuro?	1	2	3	4	5
6. (F26.4)	Sente que as outras pessoas respeitam a sua liberdade?	1	2	3	4	5
7. (F29.2)	Está preocupado(a) com o modo como irá morrer?	1	2	3	4	5
8. (F29.3)	Até que ponto tem medo de não poder controlar a sua morte?	1	2	3	4	5
9. (F29.4)	Tem medo de morrer?	1	2	3	4	5
10. (F29.5)	Receia sofrer antes de morrer?					
		Nada	Pouco	Moderadamente	Bastante	Completamente
11. (F26.3)	Consegue fazer aquilo que gosta?	1	2	3	4	5
12. (F27.3)	Continua a ter oportunidade para realizar os seus planos na vida?	1	2	3	4	5
13. (F27.4)	Na sua vida tem recebido o reconhecimento que merece?	1	2	3	4	5
14. (F28.4)	Tem atividades suficientes para ocupar o seu dia-a-dia?	1	2	3	4	5
		Muito Insatisfeito	Insatisfeito	Nem satisfeito Nem insatisfeito	Satisfeito	Muito Satisfeito
15. (F27.5)	Está satisfeito(a) com o que tem alcançado na sua vida?	1	2	3	4	5
16. (F28.1)	Está satisfeito(a) com a forma como ocupa o seu tempo?	1	2	3	4	5
17. (F28.2)	Está satisfeito(a) com o seu envolvimento nas atividades que realiza?	1	2	3	4	5

18. (F28.7)	Está satisfeito(a) com as oportunidades que tem para participar em actividades da comunidade?	1	2	3	4	5
19. (F27.1)	Está satisfeito(a) com o que pode esperar da vida?	1	2	3	4	5
		Muito Mau	Mau	Nem Bom Nem Mau	Bom	Muito Bom
20. (F25.2)	Como avalia o funcionamento dos seus sentidos (por exemplo, audição, visão, paladar, olfacto, tacto)?	1	2	3	4	5
		Nada	Pouco	Nem Muito Nem Pouco	Muito	Muitíssimo
21. (F30.2)	Sente que tem alguém próximo com quem partilha a sua vida íntima?	1	2	3	4	5
22. (F30.3)	Sente que tem amor na sua vida?	1	2	3	4	5
		Nada	Pouco	Moderadamente	Bastante	Completamente
23. (F30.4)	Tem oportunidade para amar alguém?	1	2	3	4	5
24. (F30.7)	Tem oportunidade para se sentir amado(a)?					
		Muito Insatisfeito	Insatisfeito	Nem satisfeito Nem insatisfeito	Satisfeito	Muito Satisfeito
25. (F31.1)	Está satisfeito(a) com as suas relações familiares?	1	2	3	4	5
26. (F31.2)	Está satisfeito(a) com o apoio que recebe da sua família?					
27. (F31.3)	Está satisfeito(a) com o tempo que passa com os seus familiares?					

		Nada	Pouco	Nem muito nem pouco	Muito	Muitíssimo
28. (F31.4)	Sente que a sua família lhe dá valor?	1	2	3	4	5

K) UCLA-LONELINESS SCALE

	4	3	2	1
1 - Sente infeliz por fazer muitas coisas sozinho				
2 - Sente que não tem alguém com quem falar				
3 - Sente que tem falta de companhia				
4 - Sente-se como se realmente ninguém o compreendesse				
5 - Sente que não tem ninguém a quem possa recorrer				
6 - Não se sente íntimo de qualquer pessoa				
7 - Sente que os que o rodeiam já não compartilham dos seus interesses				
8 - Sente-se abandonado				
9 - Sente-se completamente só				
10 - É incapaz de estabelecer contactos e comunicar com os que o rodeiam				
11 - As suas relações sociais são superficiais				
12 - Considera que na realidade ninguém o conhece bem				
13 - Sente-se isolado das outras pessoas				

14 - Sente-se infeliz de estar tão afastado dos outros				
15 - É-lhe difícil fazer amigos				
16 - Sente-se posto à margem e excluído das outras pessoas				
TOTAL				
Frequentemente - 4 pontos Algumas vezes - 3 pontos Raramente - 2 pontos Nunca - 1 ponto Um total > 32 pontos é indicativo de sentimentos negativos de solidão.				

L) FRAIL Scale

1. Quanto tempo se sentiu cansado nas últimas 4 semanas?

(Respostas de “1” ou “2” são pontuados como 1 e todas as outras como 0)

() 1= O tempo todo

() 2 = A maior parte do tempo

() 3 = Durante alguma parte do tempo

() 4 = Pouco tempo

() 5 = Nunca

2. Sozinho (a) e sem apoios, tem alguma dificuldade em subir 10 degraus sem descansar? (

) 1=Sim () 0=Não

3. Sozinho (a) e sem apoios, tem alguma dificuldade em caminhar várias centenas de metros? () 1=Sim () 0=Não

4. Qual é o seu peso com roupa, mas sem sapatos? [peso atual] ____ Há um ano, em (mês, ano), quanto pesava sem sapatos e com as roupas vestidas?

[peso há 1 ano] ____ Percentagem de variação de peso é calculada como:

$[(\text{peso há 1 ano} - \text{peso atual}) / \text{peso há 1 ano}] * 100.$ () Perda de peso $\geq 5\%$
 = 1 () Perda de peso $< 5\% = 0$

5. Para 11 doenças, os participantes são questionados: “Algum médico alguma vez lhe disse que tem [doença]?”

As doenças são:

- hipertensão () 1=Sim () 0=Não
- diabetes () 1=Sim () 0=Não
- cancro (exceto cancro da pele não-melanoma) () 1=Sim () 0=Não
- doença pulmonar crónica () 1=Sim () 0=Não
- enfarte () 1=Sim () 0=Não
- insuficiência cardíaca congestiva () 1=Sim () 0=Não
- angina () 1=Sim () 0=Não
- asma () 1=Sim () 0=Não
- artrite () 1=Sim () 0=Não
- AVC () 1=Sim () 0=Não
- doença renal () 1=Sim () 0=Não

Cut-Off Points:

- 0: Sem fragilidade
- 1 a 2: Risco de Pré-Fragilidade
- 3 a 5: Risco de Fragilidade

O número total de doenças (0-11) é recodificado como 0 - 4 = 0 e 5 - 11 = 1

TOTAL: ____ / 5

M) SARC-F QUESTIONNAIRE

1. Qual é a dificuldade que tem em levantar e carregar 4,5 kg?

Nenhuma = 0

Alguma = 1

Muita ou incapaz = 2

2. Qual é a dificuldade que tem em caminhar ao longo de uma sala?

Nenhuma = 0

Alguma = 1

Muita, usa apoios ou incapaz = 2

3. Qual é a dificuldade que tem em transferir-se de uma cadeira ou de uma cama?

Nenhuma = 0

Alguma = 1

Muita ou incapaz sem ajuda = 2

4. Qual é a dificuldade que tem em subir um lanço de 10 escadas?

Nenhuma = 0

Alguma = 1

Muita ou incapaz = 2

5. Quantas vezes caiu no último ano?

Nenhuma = 0

1 - 3 quedas = 1

4 ou mais quedas = 2

TOTAL: _____ (0 a 10 pontos)

Pontuações ≥ 4 são sugestivas de sarcopenia e complicações adversas.

N) ÍNDICE DE QUALIDADE DO SONO DE PITTSBURGH

As questões a seguir são referentes à sua qualidade de sono apenas durante o mês passado. As suas respostas devem indicar o mais corretamente possível o que aconteceu na maioria dos dias e noites do último mês. Por favor, responda a todas as questões.

1) Durante o mês passado, a que horas se deitou à noite na maioria das vezes? Horário de deitar: _____ h _____ min

2) Durante o mês passado, quanto tempo (em minutos) demorou para adormecer na maioria das vezes? Minutos demorou a adormecer:

() < ou = 15 minutos () 16 a 30 minutos () 31 a 60 minutos () >60 minutos

3) Durante o mês passado, a que horas acordou (levantou) de manhã na maioria das vezes? Horário de acordar: _____ h _____ min

4) Durante o mês passado, quantas horas de sono por noite dormiu? (pode ser diferente do número de horas que ficou na cama). Horas de noite de sono: _____ h _____ min

Para cada uma das questões seguintes, escolha uma única resposta, a que lhe pareça mais correta. Por favor, responda a todas as questões.

5) Durante o mês passado, quantas vezes teve problemas para dormir por causa de:

a) Demorar mais de 30 minutos para adormecer:

Nunca Menos de 1x/semana 1 ou 2x/semana 3x/semana ou mais

b) Acordar ao meio da noite ou de manhã muito cedo:

Nunca Menos de 1x/semana 1 ou 2x/semana 3x/semana ou mais

c) Levantar-se para ir à casa de banho:

Nunca Menos de 1x/semana 1 ou 2x/semana 3x/semana ou mais

d) Ter dificuldade para respirar:

Nunca Menos de 1x/semana 1 ou 2x/semana 3x/semana ou mais

e) Tossir ou ressonar alto:

Nunca Menos de 1x/semana 1 ou 2x/semana 3x/semana ou mais

f) Sentir muito frio:

Nunca Menos de 1x/semana 1 ou 2x/semana 3x/semana ou mais

g) Sentir muito calor:

Nunca Menos de 1x/semana 1 ou 2x/semana 3x/semana ou mais

h) Ter sonhos maus ou pesadelos:

Nunca Menos de 1x/semana 1 ou 2x/semana 3x/semana ou mais

i) Sentir dores:

Nunca Menos de 1x/semana 1 ou 2x/semana 3x/semana ou mais

j) Outra razão, por favor, descreva: _____

Quantas vezes teve problemas para dormir por esta razão, durante o mês passado?

Nunca Menos de 1x/semana 1 ou 2x/semana 3x/semana ou mais

6) Durante o mês passado, como classificaria a qualidade do seu sono?

Muito boa Boa Má Muito Má

7) Durante o mês passado, tomou algum medicamento para dormir receitado pelo médico, ou indicado por outra pessoa (farmacêutico, amigo, familiar), ou mesmo por sua iniciativa?

Nunca Menos de 1x/semana 1 ou 2x/semana 3x/semana ou mais

8) Durante o mês passado, teve problemas em ficar acordado durante as refeições, ou enquanto conduzia, ou enquanto participava nalguma atividade social?

Nunca Menos de 1x/semana 1 ou 2x/semana 3x/semana ou mais

9) Durante o mês passado, sentiu pouca vontade ou falta de entusiasmo para realizar as suas atividades diárias?

Nunca Menos de 1x/semana 1 ou 2x/semana 3x/semana ou mais

VI. EXAME NEUROLÓGICO

Força:

- Membro Inferior (Vasto-extensão): MRC ____
- *Hand Grip* (com recurso a dinamómetro): ____ Kg
- Membro Superior (Mingazzini MS): Positiva ____ Negativa ____

ESCALA MRC

0	Contração muscular não visível
1	Contração muscular visível com ou sem indício de movimento
2	Movimentos dos membros, mas não em relação à gravidade
3	Movimento do membro contra a gravidade, mas sem resistência
4	Movimento do membro em relação a pelo menos alguma resistência imposta pelo examinador
5	Força normal

Sensibilidade:

- Álgica (com recurso a um clip; à extremidade distal dos 4 membros): Presente ____
Ausente ____

Deglutição:

- Autopercepção: Boa ____ Má ____ Não aplicável ____
- Utente consegue beber copo de água: Sim ____ Não ____ Não aplicável ____

Órgãos dos Sentidos:

- Paladar [Autopercepção]: Boa ____ Má ____ Não aplicável ____

- Visão [Prova de contagem dos dedos]: Visão a 1 metro ____ Visão a 3 metros ____
Não aplicável ____
- Audição [Voz ciciada a 33 cm]: Ouve ____ Não ouve ____

Função Vestibular:

- Teste de Romberg: Positivo ____ Negativo ____ Duvidoso ____ Não aplicável ____
- Reflexos Posturais: Mantidos ____ Diminuídos ____ Não aplicável ____

VII. AVALIAÇÃO CLÍNICA SUMÁRIA

Pressão Arterial: _____ mmHg

Pulsos Periféricos:

- Radial: Presentes _____ Ausentes _____
- Maleolar: Presentes _____ Ausentes _____

Grau de Desidratação:

- Sinal de prega cutânea: Presente ____ Ausente ____
- Mucosas: Coradas ____ Descoradas ____ Hidratadas ____ Desidratadas ____

Glicémia capilar (em jejum) _____ mg/dL

Saturação Periférica de Oxigénio _____ %

Auscultação cardíaca:

- Rítmico ____ Arritmico ____
- Com sopro audível ____ Sem sopro audível ____

Auscultação pulmonar:

- Normal ____ Anormal ____
- Se anormal, porquê? Consolidação ____ Ruídos Adventícios ____

Estado Nutricional:

- Peso: _____ Kg

- Peso há 1 ano _____ Kg
- Altura: _____ m
- IMC: _____ Kg/m²
- Perímetro abdominal _____ cm
- Perímetro cervical _____ cm

Analíticas:

- Vit. D _____ ng/mL
- Vit. B12 _____ ng/L
- CT _____ mg/dL
- cHDL _____ mg/dL
- Triglicéridos _____ mg/dL
- TSH _____ [U/mL]
- T4 _____ [g/dL]
- PCR _____ mg/dL

Insuficiência Venosa: CEAP _____

CLASSIFICAÇÃO CEAP

C0	Sem sinais visíveis ou palpáveis de doença venosa.
C1	Telangiectasias e/ou veias reticulares.
C2	Veias varicosas.
C3	Edema.
C4	Alterações cutâneas.
C5	Úlcera cicatrizada.
C6	Úlcera venosa ativa.

Risco Cardiovascular: SCORE2-OP _____

Dentição:

- Peças dentárias: Próteses Dentárias (total/parcial) _____; Ausência de peças dentárias _____; Implantes _____
- Estado da dentição: Bom ____ Razoável ____ Péssimo ____

Integridade da Pele

- Presença de úlceras: Sim ____ Não ____

- Se sim, onde? _____

VIII. INQUÉRITO DE SATISFAÇÃO DO UTENTE

1. Como avalia o seu grau de satisfação geral quanto à estadia na instituição?

Insatisfeito _____; Pouco Satisfeito _____; Indiferente _____; Satisfeito _____; Muito Satisfeito _____;

2. Relações

2.1. Como avalia o seu grau de satisfação quanto às relações que tem com os funcionários e auxiliares da instituição?

Insatisfeito _____; Pouco Satisfeito _____; Indiferente _____; Satisfeito _____; Muito Satisfeito _____;

2.2. Como avalia o seu grau de satisfação quanto às relações que tem desenvolvido com os seus colegas?

Insatisfeito _____; Pouco Satisfeito _____; Indiferente _____; Satisfeito _____; Muito Satisfeito _____;

2.3. Considera ter amigos dentro da instituição?

Funcionários _____; Outros Utentes _____; Não _____;

3. Rotina

3.1. O quão feliz se considera relativamente ao seu dia a dia e às rotinas que tem na instituição?

Muito infeliz ____; Infeliz ____; Indiferente ____; Feliz ____; Muito Feliz ____

3.2. Como caracteriza a sua rotina na instituição? (resposta em duas secções)

a) Nada adequada aos meus gostos e preferências ____; Tem pouco em conta os meus gostos e preferências ____; Muito adequada aos meus gostos e preferências ____;

b) Igual para todos os utentes ____; Cada utente pode decidir a sua rotina e atividades diárias ____

4. Liberdade

4.1. Considera que tem liberdade para fazer escolhas do dia a dia na instituição? ____
(Utilize a escala numérica de 1 a 5, sendo 1= Discordo totalmente, 2=Discordo, 3=Não concordo, nem discordo 4=Concordo 5= Concordo totalmente)

4.2. Em que área sente que tem menos liberdade para decidir e fazer escolhas?

Hora de acordar ____; Quando comer ____; O que comer ____; Atividades diárias ____; Higiene Diária ____; Hora de deitar ____; Vestuário ____; Agenda de Cabeleireiro/Barbeiro ____;

4.3. Como classifica a personalização que pode fazer dos espaços que utiliza da instituição? A instituição é responsável por toda a personalização e decoração ____; Posso trazer alguma decoração para personalizar o meu quarto ____; Posso decorar e personalizar o meu quarto totalmente ao meu gosto ____;

5. Atividades

5.1. Como caracteriza as atividades diárias que pode realizar na instituição?

Nada Interessantes ____; Pouco Interessantes ____; Indiferentes ____; Interessantes ____; Muito Interessantes ____

5.2. Como avalia o seu grau de satisfação em relação à quantidade de atividades diferentes que pode realizar na instituição?

Nada Satisfeito ____; Pouco Satisfeito ____; Indiferente ____; Satisfeito ____; Muito Satisfeito ____;

5.3. Que tipo de atividades gosta mais de realizar na instituição? (escolha múltipla, e se existentes) Passear ____; Atividade Física ____; Jogos lúdicos ____; Ler ____; Escrever ____; Fazer cálculos ____; Conversar ____; Ver televisão ____; Atividades Religiosas ____; Outra: ____

6. Como avalia o seu grau de satisfação em relação às refeições disponibilizadas pela cantina da instituição?

Nada Satisfeito _____; Pouco Satisfeito _____; Indiferente _____; Satisfeito _____; Muito Satisfeito _____;

6.1. Porquê? Sabor _____; Textura _____; Quantidade _____; Temperatura _____; Grau de confeção _____;

7. Que aspeto gosta mais em relação a esta instituição e que o deixa mais satisfeito por estar aqui? (resposta múltipla)

Relação com os funcionários _____; Relação com os colegas _____; Atividades diárias _____; Conforto das instalações _____; Alimentação fornecida _____; Rotina _____; Outro: _____

8. Que aspeto desta instituição o deixa menos satisfeito? (resposta múltipla)

Relação com os funcionários _____; Relação com os colegas _____; Atividades diárias _____; Conforto das instalações _____; Alimentação fornecida _____; Rotina _____; Outro: _____

9. Como classifica o nível de ruído da instituição?

Muito elevado _____; Elevado _____; Reduzido _____; Nulo _____;

10. De forma geral, considera a sua vida depois da entrada nesta instituição melhor, pior ou idêntica aos meses imediatamente anteriores à mesma entrada?

Melhor _____; Pior _____; Idêntica _____;

11. Para si, como seria um lar ideal?
