

Universidade da Beira Interior



Departamento de Psicologia e Educação

**INSTITUCIONALIZAÇÃO EM LAR E SATISFAÇÃO
COM A VIDA EM IDOSOS DA COVA DA BEIRA**

Paula Susana da Silva Correia

**Dissertação de 2º Ciclo conducente ao grau de
Mestre em Educação Social e Comunitária**

Covilhã

2009

Universidade da Beira Interior



Departamento de Psicologia e Educação

**INSTITUCIONALIZAÇÃO EM LAR E SATISFAÇÃO
COM A VIDA EM IDOSOS DA COVA DA BEIRA**

Paula Susana da Silva Correia

**Dissertação de 2º Ciclo conducente ao grau de
Mestre em Educação Social e Comunitária**

Covilhã

2009

Dissertação de 2º ciclo realizada sob orientação de Professora Doutora Rosa Marina Afonso apresentado à Universidade da Beira Interior para a obtenção do Grau de Mestre em Educação Social e Comunitária registado na DGES sob o número 6084.

Agradecimentos

Agradeço a todas as instituições que abriram as suas portas para a realização desta investigação, a todas as pessoas mais velhas que aceitaram participar e responder às questões e aos técnicos, que se disponibilizaram para facultar informações e ser a ponte de ligação entre todos os envolvidos: eu, instituição e sujeitos. Pois sem a sua colaboração este estudo não teria sido realizado.

Agradeço por último à orientadora Professora Doutora Rosa Marina Afonso pela sua disponibilidade e orientação.

RESUMO

O avanço da medicina e a melhoria da qualidade de vida levaram a uma reestruturação familiar e ao aumento da população muito mais velha e com especial incidência no sexo feminino. Esta realidade reflectiu, por um lado, a diminuição de cuidadores informais e por outro, em consequência do aumento da dependência, houve um crescimento da utilização dos serviços formais de cuidados. Esta procura está bem patente na região da Cova da Beira, região de investigação, porque a população mais velha representa 40% da população total. Face ao novo conceito de envelhecimento como bem sucedido, a minimização de doenças e a maximização da autonomia são cruciais para a promoção do bem-estar, qualidade e Satisfação com a Vida. Estas devem ser as premissas conceptualizadas na institucionalização, para facilitar a adaptação dos indivíduos.

Este estudo é do tipo descritivo e correlacional. Para tal foi aplicado um questionário aos utentes e outro aos técnicos. Os resultados foram analisados através de metodologias qualitativas e quantitativas (SPSS). O objectivo deste estudo é conhecer os motivos e factores de institucionalização em lar e avaliar a Satisfação com a Vida de idosos da Cova da Beira a residir em lares da terceira idade. O n da amostra é de 224 sujeitos.

Os resultados revelam um número muito elevado de pessoas muito mais velhas (mais de 75 anos) (87,9%), de indivíduos do sexo feminino (68,8%) e viúvos (70,1%). Os motivos do maior peso na institucionalização são a dependência (41,1%) e a combinação entre dois factores (26,8%). À Satisfação com a Vida estão associados, a ocupação ($F = <0.05$), a percepção sobre o nível de saúde ($F = <0.001$) e a satisfação com a família ($F = <0.001$).

Palavras – Chave: Envelhecimento bem sucedido, institucionalização, família, saúde, autonomia, Satisfação com a Vida.

ABSTRACT

The advance in medicine and the improvement on the quality of life lead to a familiar restructuration and a growing number of very old people, especially women.

This reality reflects the decreasing of informal caregivers, and on the other hand, in consequence of the increasing dependency, the need for long care services increased.

This demand is patent on Cova da Beira region, region of investigation, because the old people represent 40% of the total population. Due to the new concept of successful ageing, the minimization of diseases and the maximization of the autonomy are crucial to the promotion of the well being, quality and life satisfaction. This must be the premises conceptualized on the nursing home admission, to facilitate the individual adaptation.

This study is descriptive and correlacional. Thus, it was applied one questionnaire to residents and one other to the professionals. The results were analyzed thru qualitative and quantitative (SPSS) methodologies. The aim of this study is to know the motives and factors of nursing home admission and evaluates the life satisfaction on institutionalized elderly in the Cova da Beira region. The *n* of the sample is 224 participants.

The results show a large number of very old people (more of 75 years) (87, 9%), of women (68, 8%) and widower (70, 1%). The most important motives on nursing home admission are the dependency (41, 1%) and the association between two factors (26, 8%). To life satisfaction are associated the occupation ($F=<0.05$), the perception about the level's health ($F=<0.001$) and the satisfaction with family ($F=<0.001$).

Key – Words: Successful ageing, nursing home admission, family, health, autonomy, satisfaction with life.

Índice

	Pag.
Capítulo I: Introdução	9
Capítulo II: Revisão da Literatura	11
II.1. Envelhecimento e tendências demográficas	11
II.2. Envelhecimento: contextualização	15
A. Envelhecimento como construção social	15
B. Envelhecimento Bem Sucedido	18
II.3. Institucionalização: contexto e factores	21
C. Ciências, Políticas e Instituições	21
D. Factores e motivos de institucionalização	25
1.Família e institucionalização na velhice	26
2.Nível económico e institucionalização na velhice	30
3.Diferenças no género e institucionalização na velhice	31
4.Relações sociais e institucionalização na velhice	33
5.Autonomia, saúde e institucionalização na velhice	35
E. Satisfação com a Vida na velhice e institucionalização	38
1. Suporte social, família e Satisfação com a Vida	40
2. Capacidade funcional, autonomia e Satisfação com a Vida	41
Capítulo III: Parte Empírica	45
III.1. Objectivos	45
III.2. Amostra, material e método	47
F. Participantes	47
G. Material	49
H. Desenho da Investigação	52
I. Procedimento	52
J. Tratamento de Dados	54
III.4 Resultados	57
Capítulo IV: Discussão de Resultados/Conclusões	70
IV.1. Discussão de resultados	70
IV.2. Conclusões	74
Referências Bibliográficas	77
Anexos	90

Índice de Figuras

	Pag.
Figura 1: Distribuição da População por distrito em 2006	13
Figura 2: Respostas Sociais por áreas de intervenção no Continente, 1998-2006	24
Figura 3: Resultados para os “Motivos de Institucionalização em Lar” em percentagem (n=224)	57
Figura 4: Resultado para as actividades realizadas em lar (n=224)	63
Figura 5: Resultados para opinião dos sujeitos sobre como deve ser um lar da terceira idade para ser bom	69

Índice de Quadros

	Pag.
Quadro 1: Respostas Sociais na Região da Cova da Beira em 2006	14
Quadro 2: Consequências do envelhecimento	17
Quadro 3: Factores sócio-demográficos relacionados com a institucionalização em Lares	26
Quadro 4: Factores familiares relacionados com a institucionalização em Lares	28
Quadro 5: Factores económicos relacionados com a institucionalização em Lares	31
Quadro 6: Factores associados ao género relacionados com a institucionalização em Lares	32
Quadro 7: Factores sociais relacionados com a institucionalização em Lares	34
Quadro 8: Factores de institucionalização em Lares relacionados com a dependência	36
Quadro 9: Indicadores relacionados com a Satisfação com a Vida	39
Quadro 10: Distribuição das variáveis sócio-demograficas (n=224)	48
Quadro 11: Resultados para a Escala de Satisfação com a Vida (n=224)	58
Quadro 12: Resultado para a comparação entre grupos: idade, género, estado civil e nível sócio económico (n=224)	59
Quadro 13: Resultado para a comparação entre grupos: motivos de institucionalização (n=224)	60
Quadro 14: Resultados para a decisão de institucionalização (n=224)	61
Quadro 15: Resultado para a comparação entre grupos: decisão de	61

institucionalização (n=224)	
Quadro 16: Resultado para a ocupação (n=224)	62
Quadro 17: Resultado para a comparação entre grupos: ocupação (n=224)	62
Quadro 18: Resultados para a distribuição da frequência das visitas (n=224)	63
Quadro 19: Resultados para quem visita os sujeitos (n=224)	64
Quadro 20: Resultado para a comparação entre grupos: visitas e frequência de visitas (n=224)	64
Quadro 21: Percepção sobre a saúde da pessoa mais velha (n=224)	65
Quadro 22: Resultado para a comparação entre grupos: percepção da saúde (n=224)	65
Quadro 23: Resultados para o poder de decisão (n=224)	66
Quadro 24: Resultado para a comparação entre grupos: poder de decisão e frequência (n=224)	66
Quadro 25: Resultados para a Sub-Escala de Satisfação com a Família (n=224)	67
Quadro 26: Resultado para a comparação entre grupos: satisfação com a família (n=224)	68

Índice de Anexos

Anexo 1: Inquérito para os sujeitos institucionalizados	
Anexo 2: Inquérito para o técnico	
Anexo 3: Categorização dos motivos de institucionalização (n=224)	
Anexo 4: Categorização sobre quem decidiu a vinda para o lar (n=224)	
Anexo 5: Categorização sobre as actividades realizadas no lar (n=224)	
Anexo 6: Categorização sobre quem visita as pessoas mais velhas institucionalizadas (n=224)	
Anexo 7: Categorização sobre a opinião para um da terceira idade ser bom como é deve ser (n=224)	
Anexo 8: Categorização sobre quem paga a prestação do lar (n=224)	

Capítulo I: Introdução

O crescente envelhecimento demográfico é uma realidade mundial, sendo actualmente reconhecido por todos como uma problemática social. A tendência é para o número de pessoas mais velhas aumentar e o número de pessoas em idade activa diminuir.

Este aumento da esperança de vida, principalmente para as mulheres, deve-se em geral à melhoria das condições de vida, ao desenvolvimento de investigação na área da medicina, às mudanças ao nível das estruturas familiares, a uma participação mais activa das mulheres no mercado de trabalho e conseqüente redução da taxa de natalidade.

As transformações económicas, sociais e familiares têm dificultado a permanência das pessoas mais velhas em sua casa ou com familiares, estando bem patente a redução de cuidadores informais e o aumento da institucionalização (Diagnóstico Social, 2007; Liu & Tinker, 2001; Pereira, 2008; Sousa, Galante & Figueiredo, 2003).

Portugal também se enquadra neste cenário de envelhecimento, sobretudo nas zonas do interior. Estas zonas estão muito marcadas com a migração e emigração e apresentam-se por isso, fracamente povoadas. O interior caracteriza-se por ter uma população muito envelhecida e por apresentar poucos recursos e serviços formais e informais. A combinação do aumento do envelhecimento com a ausência de recursos tem aumentado o número de idosos institucionalizados em lar e o número de inscritos, em listas de espera, a aguardarem entrada.

De todas as regiões que constituem o interior caracterizadas pelo cenário de envelhecimento pode destacar-se a região da Cova da Beira, sobre a qual se debruça este trabalho. As pessoas mais velhas com mais de 65 anos representam 40% da população total da Cova da Beira (INE, 2006).

Parece começar a observar-se uma “sobreposição” do estado de providência relativamente à sociedade de providência, dada a falta de tempo/condições das famílias em cuidar das pessoas mais velhas. O aumento do isolamento e solidão nestas últimas também são um motivo de peso na institucionalização, devido à morte do cônjuge e à diminuição da rede de suporte informal, com o aumento da idade.

As tendências demográficas, sobretudo pelo aumento de nível de dependência com o aumento da idade e com o surgimento de doenças, os custos que estas implicam e a preocupação com a qualidade de vida, têm alterado a noção do envelhecimento.

O processo de envelhecimento é, actualmente, considerado heterogéneo, enquadrado numa perspectiva ao longo da vida e centra-se no envelhecimento bem sucedido (Baltes, Staudinger & Lindenberger, 1999; Fontaine, 2000). Partindo desta mudança, deixou de ser suficiente dar resposta unicamente às necessidades básicas, para ser necessário satisfazer outras menos tangíveis ligadas ao bem-estar e à qualidade de vida. Nesta perspectiva, a investigação sustenta a importância da actividade e da participação activa das pessoas mais velhas na sua vida e no meio que a circunda.

É igualmente nesta perspectiva que assentam as políticas nacionais e internacionais, na medida em que, o envelhecimento bem sucedido só é conseguido quando há Satisfação com a Vida (Arve, Lavonius, Savikko, Lehtonen & Isoaho, 2009). Contudo, a institucionalização pode comprometer a satisfação e a qualidade de vida, na medida em que, se a adaptação for brusca, a pessoa mais velha não consegue atingir o equilíbrio entre pessoa/ambiente (Sequeira & Silva, 2002). O processo, desta forma, pode significar aumento da dependência, isolamento, falta de autonomia, passividade e declínio rápido que comprometem seriamente o envelhecimento bem sucedido e a longevidade. Assim, no âmbito do processo de institucionalização, é pertinente investigar o processo no sentido de o compreender, minimizar os riscos e maximizar as capacidades, sendo a saúde, a actividade física, cognitiva e a participação, cruciais.

Face ao exposto anteriormente, o presente estudo pretende explorar os motivos relacionados com a institucionalização em lar na região da Cova da Beira e avaliar a Satisfação com a Vida das pessoas institucionalizadas.

Este estudo pretende ainda caracterizar as pessoas mais velhas institucionalizadas em lar na Cova da Beira, a sua situação face à institucionalização e alguns aspectos do seu quotidiano. Pretende-se igualmente caracterizar os níveis de satisfação com a família e com a vida e relacionar vários factores com a Satisfação com a Vida.

A pertinência e ideia subjacente ao estudo é poder contribuir para o envelhecimento bem sucedido de pessoas mais velhas que vivem em lares da terceira idade a partir da identificação e compreensão de aspectos relacionados com a institucionalização e Satisfação com a Vida dos mesmos.

Capítulo II: Revisão da literatura

II.1. Envelhecimento e tendências demográficas

O índice de longevidade em Portugal tem registado aumentos significativos. Por cada 100 jovens, em 2001 havia 104 pessoas mais velhas e em 2006 já eram 112 (Carrilho & Patrício, 2008). Como o crescimento desta população não tem sido homogéneo, as pessoas com mais de 85 anos, estão em número crescente, verificando-se que as mulheres estão em maior número e apresentam maior longevidade do que os homens. Para este facto, podem ser apontados como factores sociais a morte dos homens por doenças e guerras (Gemito, 2004; Oliveira, 2008b; Spirduso, Francis & MacRae, 2005). Por cada 100 jovens, em 2000 havia 124 mulheres, para passando em 2006 para 134 (Carrilho & Patrício, 2008), levando a um aumento de mulheres a viverem sós (Takeda et al., 2004).

As previsões retratam um crescimento da população portuguesa entre 2002 e 2020 de 1,68%, principalmente na população com 75 anos (Rebelo & Penalva, 2004). Esta alteração irá ter implicações económicas. Actualmente 1 750 831 indivíduos recebem pensões de velhice (Boletim Mensal de Estatística, 2008).

A compreensão das tendências demográficas nacionais e internacionais relaciona-se com o percurso histórico-social e económico do século anterior. O século XX confrontou-se com grandes transmutações, sobretudo tecnológicas. Deu-se uma aproximação global das nações, a partir da segunda guerra mundial, através da globalização da economia e maior abertura dos regimes políticos. A união industrialização/tecnologia tem permitido a passagem da agricultura para os serviços.

A nível social, o núcleo familiar foi o que sofreu maior reestruturação (Oliveira, 2008b; Gemito, 2004; López, 2007; Santos & Encarnação, 1997). Com a inserção da mulher na vida activa (Gemito, 2004; Navascués & Ordovás, 2007), a família, para Prost (1991, citado por Paúl, 1997) tem delegado a sua função económica, educativa e de segurança social (responsabilidade individual) para o Estado (responsabilidade pública). Este aspecto acrescenta à melhoria da qualidade de vida e ao avanço da medicina, se por um lado, diminuiu a mortalidade infantil e a natalidade (Fontaine, 2000; López, 2007), ampliou, por outro, a expectativa de vida (Hutchison, Hawes & Williams, 2005; Santos, 2003), aumentando o número de pessoas mais velhas (Oliveira, 2008b).

Alves & Novo (2006), ao compararem a esperança de vida do início do séc. XX com a da actualidade, consideram o envelhecimento como um fenómeno recente.

Em Portugal, verifica-se um aumento de famílias de pessoas mais velhas e uma redução das famílias multigeracionais (Paúl, Fonseca, Martín & Amado 2005), aspecto igualmente apresentado por Takeda et al. (2004) relativamente à realidade japonesa.

Ao que tudo indica o envelhecimento da população tem sido associado aos países desenvolvidos (UN, 2002). Porém nos países em desenvolvimento este fenómeno social é emergente e é superior aos anteriores. Lowenstein & Katz (2003) referem que *“long-term care services will have to respond quicker and differently to the growing needs of ageing societies and the inevitable financial consequences”* (p. 2).

Um dos fenómenos que tem tentado contrariar esta tendência, tal como refere Oliveira (2008b) e Grundy & Jitlal (2007), é a imigração, devido à mobilidade global actual. No entanto, a imigração não apresenta o peso necessário para a irreversibilidade desta realidade e as repercussões a longo prazo parecem revelar-se incertas (CCE, 2006).

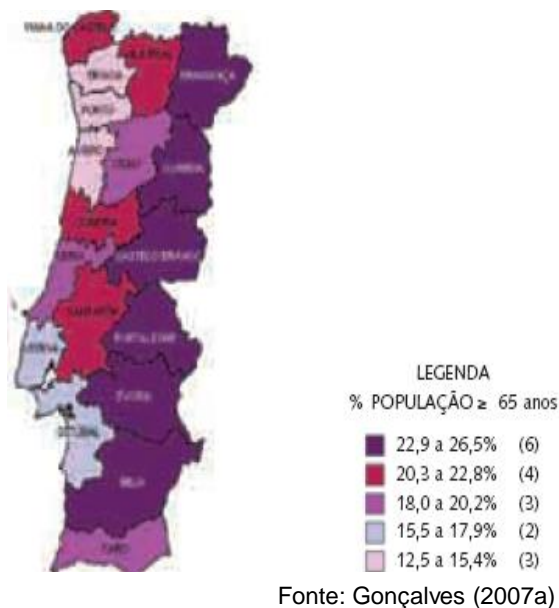
Estima-se que nas economias emergentes China e Índia (Oliveira, 2008a) e na UE a população total diminuirá ligeiramente e será muito mais velha (CCE, 2006). Actualmente são 6,5 biliões e a UN (2002) estima que em 2050 serão 9,1 biliões pessoas mais velhas. Mas a distribuição será mais díspar: 95% do crescimento global da população será nos países em vias de desenvolvimento, devendo a população dos 50 países menos desenvolvidos (África e América Latina) duplicar (Tinker, 2002).

Portugal depara-se igualmente com o fenómeno do envelhecimento, uma vez que “há mais de vinte anos que o nível de fecundidade em Portugal permanece continuamente inferior ao nível de substituição de gerações (2,1 crianças/mulher) ” (Carrilho & Patrício, 2008, p. 116).

Como se pode observar na Figura 1 relativamente à população portuguesa, é a zona interior e Alentejo que apresentam as percentagens mais elevadas de população com idade igual ou superior a 65 anos de idade.

Relativamente à caracterização da população portuguesa envelhecida, Sousa et al. (2003) referem que esta apresenta reduzida escolaridade, sobretudo nas mulheres e predominância no sector primário (Botelho, 2005; Gonçalves, 2007b). Paúl et al. (2005) acrescenta a estes dados, o facto de alguns indivíduos permanecerem no trabalho agrícola ou doméstico e 81% não trabalhar.

Figura 1
Distribuição da População por distrito em 2006



No que diz respeito às condições de vida, de acordo com a análise de Marques & Calheiros (2006), são apontadas para a grande maioria das pessoas mais velhas inúmeras carências. Estas carências comprometem as relações sociais, constatando-se que 51,4% vivem sós e reflectem a escassez de recursos económicos e cuidados de saúde. O nível de saúde deste grupo é considerado péssimo, uma vez que, mais de 60% sofre de doenças crónicas ou de algum tipo de incapacidade, necessitando de ajuda para as tarefas quotidianas e 82,8% apresentam dependência de terceiros (82,8%) (Sousa et al., 2003).

Autores como Rebelo & Penalva (2004) e Paúl et al. (2005) mostram preocupação com agregados constituídos por pessoas mais velhas a viverem sós, por terem maior propensão para a pobreza (alojamento, inacessibilidade a bens), que se agrava nos homens que vivem sós. Os últimos autores referem ainda que 1/3 da população portuguesa mais velha é pobre. A ausência de companheiro parece ser ainda um factor influente na manutenção da casa e nas despesas (Nihtilä & Martikainen, 2008; Paúl, 1997; Sequeira & Silva, 2002).

Perante estas carências, a CCE (2006) e Fonseca et al. (2005) abordam as dificuldades no acesso a bens e serviços públicos essenciais como a saúde, a habitação, o ordenamento urbano, os serviços de transportes e de turismo no interior de Portugal.

Esta realidade está em contraposição com o litoral, mais jovem e com maior concentração de serviços formais (sociais/saúde) (Gu, Dupre & Liu, 2007; Paúl et al., 2005).

A desertificação e as consequências do despovoamento em termos de serviços e infra-estruturas tornam-se mais problemáticas na presença de um índice de envelhecimento de 175,5 para o interior (INE, 2006), sendo relativamente superior à média nacional (111,7) em 2006. Este aspecto assume consequências graves. Segundo Hutchison et al. (2005) e Phillips, Holan, Sherman, Williams & Hawes (2004) a combinação da ausência ou deficiência de serviços e um maior número de pessoas mais velhas nas zonas rurais conduz a altas taxas de institucionalização. Em relação ao interior do país, Paúl et al. (2005) destacam o encerramento de escolas e a abertura de lares, como sinais do envelhecimento desta zona.

As pessoas mais velhas, nesta zona, contam muitas vezes, apenas com familiares igualmente velhos ou acabam institucionalizadas (Diagnóstico Social, 2007). Realidade muito divergente da caracterização feita por Hespanha (1993) e Rowles (1984, citados por Sequeira & Silva, 2002) sobre os ambientes rurais como redes de suporte e de integração social.

Na região da Cova da Beira, que faz parte do interior, e sobre a qual se debruça este estudo, mesmo com dificuldades no acesso a serviços, existem algumas respostas sociais, que já estão em número superior às existentes para crianças (Quadro 1). Estas respostas podem parecer ser insuficientes, se consideramos que num total populacional de 91 844, 30 504 são pessoas com mais de 65 anos (INE, 2006) e que se verifica uma diminuição de cuidadores informais nesta região (Diagnóstico Social, 2007).

Quadro 1
Respostas Sociais na Região da Cova da Beira em 2006

Concelhos	Creche	Centro de Actividades Ocupacionais	Lar Residencial	Centro de Dia	Lar de Idosos	Serviço de Apoio Domiciliário
Belmonte	165	0	0	135	150	132
Covilhã	767	0	12	816	584	623
Fundão	371	45	5	802	290	481
TOTAL	1 303	45	17	1 753	1 024	1 236

Fonte: Adaptado de GEP, Carta Social - <http://www.cartasocial.pt>

Apesar da situação desfavorável apresentada sobre a população mais velha portuguesa, Sequeira & Silva (2002) afirmam que é erróneo encará-la como homogénea e ver esta população como um grupo com capacidades vitais diminuídas e com reduzidos recursos sociais e económicos. Porém estas tendências demográficas devem considerar também as potencialidades e exigências associadas a uma população mais envelhecida, a partir de perspectivas, necessidades e consequências do envelhecimento.

II.2. Envelhecimento: contextualização

A. Envelhecimento como construção social

Parece ser unânime a perspectiva de que a noção de envelhecimento se tem alterado, partindo das mudanças sociais e tendências demográficas explanadas anteriormente e da forma como cada sociedade encara a pessoa mais velha (Gemito, 2004; Gomes, Lessa & Sá, 2006-2007; Paúl, 1997).

O que determina o que o indivíduo é, a sua percepção do mundo e da sua própria capacidade, passa pelos meios físicos e sociais que frequenta (Pereira, 2008), pela construção da história pessoal, as marcas deixadas pelas experiências e o seu estilo de vida. Se por um lado, aos mais velhos já foi conferida a transmissão de saberes intergeracionais, estes eram, por outro lado, também considerados como indigentes até ao séc. XIX. A noção de velho estava e está ligada à incapacidade de produzir (Ximenes & Côrte, 2006), mormente na sociedade do capitalismo (Santos & Encarnação, 1997). Se não há força física para geração de riquezas, perde-se o valor social (Araújo, Coutinho & Santos, 2006; Musaiger & D' Sousa, 2008; Torralba, 2006).

Segundo Peixoto (1998, citado por Araújo et al., 2006) era considerado velho aquele indivíduo que não tinha *status* social. Para demonstrar uma visão menos estereotipada da velhice, o termo idoso e terceira idade foram adoptados para caracterizar a população envelhecida. Assim, investe-se na longevidade, mas não se dá valor a quem a atinge (MacGregor, 2003; Santos & Encarnação, 1997). A condição de ser velho para Alves & Novo (2006), parece implicar adaptação, boa saúde e o sucesso é um desafio perante uma cultura impregnada de estereótipos e discriminação (*ageism*), que valorizam a juventude.

A este propósito, Alves & Novo (2006) concluem que são identificadas situações discriminatórias pelas pessoas mais velhas, na sua maioria em contextos de saúde, agravadas com a surdez, falta de compreensão, declínio cognitivo (Holmén & Furukawa, 2002) e visão, que dificultam a comunicação (Lubinski, 2006). O contacto é quase sempre devido a problemas ou incapacidades, o que reforça o isolamento e solidão associados a problemas de saúde, mencionados por Holmén & Furukawa (2002) na sua revisão da literatura.

No entanto, o processo de envelhecimento merece atenção de todos: especialistas, família, sociedade e Estado (Araújo et al., 2006), definindo-se como o conjunto de processos sofridos pelo organismo após o seu desenvolvimento (Fontaine, 2000).

A velhice, como construção social, pode ser vista de uma forma positiva, como uma fase de memórias, experiências, longevidade, sabedoria que aumenta com a idade (Lesbaupin & Malerbi, 2006; Musaiger & D' Sousa, 2008), maturidade (López, 2007) e uma redefinição de valores, atitudes, comportamentos e papéis, em que a institucionalização pode significar convívio e amizades (Araújo et al., 2006; López, 2007). Melo & Neto (2003, citados por Oliveira, 2008b), observaram, inclusivamente, uma redução da solidão e um aumento da Satisfação com a Vida em utentes de um centro social. Enquanto as pessoas mais velhas se considerarem autónomas, não se revêem no quadro de velhice actual (Araújo et al., 2006), relativamente à dependência, apoio e serviços formais, entre outros associados ao processo de envelhecimento.

Contudo o balanço desta fase de desenvolvimento tem tendência para ser mais negativo (deterioração física, solidão e viuvez) do que positivo (casamentos, nascimentos, formação, liberdade e reforma) (Lesbaupin & Malerbi, 2006), não obstante a referência a regalias para participar em actividades recreativas e conseguir um fortalecimento sócio-afectivo (Araújo et al., 2006).

As consequências demográficas, sociais, económicas, políticas do envelhecimento, são divergentes nos vários países. Apesar de existirem problemas comuns, têm assumido contornos dissidentes consoante a riqueza e desenvolvimento das nações (Mendonça, 2006), a cultura, sociedade e condições políticas (Agich, 2007). A análise das consequências do envelhecimento, sistematizadas no Quadro 2, pode ser útil para delinear estratégias congruentes com o envelhecimento bem sucedido.

As mais recentes abordagens sobre o envelhecimento clarificam que a idade cronológica por si só não determina o início do envelhecimento, embora estejam estipulados os 65anos. Considera-se impossível datar o início do processo de envelhecimento, porque depende do seu nível (biológico, psicológico ou sociológico), velocidade e gravidade (Fontaine, 2000). Deve falar-se em velhices e várias idades: biológica (envelhecimento orgânico), social (estatutos e hábitos), psicológica (competências comportamentais) (Fontaine, 2000; Oliveira, 2008b; Spirduso et al., 2005) e cultural (representações sociais de cada sociedade e cultura) (Oliveira, 2008b), que são substancialmente diferentes de idade cronológica. O envelhecimento difere de indivíduo para indivíduo, apresentando grande heterogeneidade e pluralidade de necessidades (Paúl, 1997; Paúl, 2005; Santos, 2003; Sequeira & Silva, 2002; Sierra et al. 2004).

Quadro 2
Consequências do envelhecimento

Áreas	Consequências	Autores
<i>Demografia</i>	<ul style="list-style-type: none"> • Aumento da população mais velha; • Mulheres em maior número e longevidade; • Aumento da institucionalização; 	Arve et al. (2009); Grundy & Jitlal (2007); Liu & Tinker (2001); Oliveira (2008b)
<i>Física</i>	<ul style="list-style-type: none"> • Diminuição da mobilidade e actividade física; • Criação mecanismos defensivos na mobilidade e ambiente circundante; 	Paúl (1997)
<i>Cognição</i>	<ul style="list-style-type: none"> • Início das dificuldades percebidas; • Diminuição da rapidez da assimilação da informação e perda de memória; 	Musaiger & D' Sousa (2008)
<i>Saúde</i>	<ul style="list-style-type: none"> • Modificação do perfil de saúde com longos períodos de utilização de serviços de saúde; • Doenças crónicas estão ligadas ao sistema locomotor e cardiovascular; • Doenças psíquicas: demência e depressão; 	Araújo (2006)
<i>Economia</i>	<ul style="list-style-type: none"> • Custos cada vez maiores na saúde, pela necessidade de equipas multidisciplinares qualificadas, equipamentos e exames complementares; • Dificuldades no acesso a serviços de saúde, devido à situação económica desfavorável; • Reforma pode significar perda do poder de compra; • Na EU o número de activos está a diminuir (48 milhões até 2050) e o número de reformados está a aumentar, levando à diminuição das taxas de crescimento económico, agravado com a descida das poupanças; • Nos países desenvolvidos não se conseguiu o equilíbrio entre envelhecimento / emprego / sustentabilidade dos sistemas de pensões, pelo aumento da despesa; • Em Portugal, agrava-se com o baixo rendimento, isolamento e a debilidade do sistema de saúde, comprometendo o equilíbrio entre os regimes de pensões e a protecção social, pela duplicação da taxa de dependência; 	Caldas (2003) CCE (2006) Lee & Mason (2007) Nihtilä et al. (2007) Oliveira (2008a) Rangelova (2003) Rebelo & Penalva (2004) Santos & Encarnação (1997)
<i>Social</i>	<ul style="list-style-type: none"> • O envelhecimento é difícil devido a condições sociais desfavoráveis, agravadas pela mudança de papéis sociais com a reforma (profissional/convívio, pessoal/perda de identidade); • A reforma pode ser: tempo livre inútil, subsistência, realização de sonhos, interesses, libertação de compromissos e responsabilidades ou descanso merecido; • Quanto maior for a preparação, mais fácil será viver esta fase mesmo quando a reforma é antecipada por razões de saúde; • A falta de preparação estrutural nos países em desenvolvimento (precariedade dos sistemas de saúde, educação e segurança), agravada com a reestruturação dos papéis sociais da família, o surgimento de novos padrões e trabalho, mobilidade migratória e ordenamento do território, reflecte-se no número de mulheres disponíveis para os cuidados informais; 	Fonseca (2005) Gemito (2004) López (2007) Lebauspin & Malerbi (2006) Oliveira (2008a) Pereira et al. (2006) Santos & Encarnação (1997)

A este propósito, Spirduso et al. (2005) referem que algumas pessoas mais velhas têm um elevado nível de qualidade de vida, no entanto outras, apresentam-se com vários problemas de saúde e dependência.

Esta divergência na vivência do processo de envelhecimento relaciona-se com aspectos influentes, tanto endógenos como exógenos, tais como: cognitivos, físicos, sociais, funcionais, personalidade psicológica, sócio-histórica e genético-biológica (Araújo et al., 2006; Botelho, 2005; Couto, 2005; Figueiredo, 2007; Oliveira, 2008a;).

Segundo Santana, Araújo, & Coutinho, (2006), mais do que as características idiossincráticas, o contexto social é determinante no desencadear do processo de envelhecimento. Nesta linha o processo de envelhecimento dependente da perspectiva da sociedade (Araújo et al., 2006; Oliveira, 2008a), das pessoas mais velhas (Gomes et al., 2006-2007; Lebauspain & Malerbi, 2006; Paúl, 1997), da sua família (Araújo et al., 2006; Gomes et al., 2006-2007; Lebauspain & Malerbi, 2006) e dos profissionais (Ribeiro & Sousa, 2008). As representações sociais podem condicionar o processo de envelhecimento e o nível de satisfação com a sua vida.

B. Envelhecimento Bem Sucedido

Partindo de uma visão holística do envelhecimento, das consequências do mesmo, apresentados no ponto anterior e dos factores endógenos e exógenos influentes, a noção actual de envelhecimento bem sucedido, está cooptada a novos conceitos: bem – estar, qualidade e Satisfação com a Vida, numa abordagem ao longo da vida (*long life span*) (Baltes et al., 1999).

Para que haja redução dos custos, o envelhecimento bem sucedido implica minimização do risco de doenças ou incapacidades, bom funcionamento físico, mental e actividade (Oliveira, 2008a). Nesta linha, o processo de envelhecimento pode ser visto como sendo a optimização da saúde, através do bem-estar biopsicossocial (Figueiredo, 2007; Paúl et al., 2005). Nesta perspectiva, o envelhecimento bem sucedido implica uma participação activa dos mais velhos, no plano de políticas públicas e na vida social e comunitária, como forma de aumentar a sua qualidade de vida (Botelho, 2005). As teorias do envelhecimento bem sucedido posicionam as pessoas mais velhas com uma atitude pro-activa, sendo as mesmas a definir e concretizar os seus objectivos, através de meios que facilitem a adaptação ao

contexto (Findlay & McLaughlin, 2005; Sousa et al., 2003), aumentando a sua Satisfação com a Vida.

A importância da participação activa vai ao encontro do que Baltes et al. (1999) apresentam como modelo psicológico do envelhecimento bem sucedido, o processo de optimização selectiva por compensação. A selecção relaciona-se com o declínio dos domínios de funcionamento na vida de cada indivíduo, envolve metas e resultados de cada pessoa. A optimização, centra-se nos aspectos positivos da vida e na maximização das escolhas, implica adquirir e melhorar ou manter os meios/recursos para atingir as metas. Por sua vez, a compensação focaliza-se na capacidade funcional em responder às perdas sofridas. Este último processo pode significar novas estratégias para alcançar as metas ou definir novas metas em resposta à perda sofrida.

Este modelo centra-se na maximização dos ganhos (elevado nível de funcionamento) e redução das perdas (evitar comportamentos de risco). Estas perdas e ganhos são condicionados por factores pessoais, culturais, a posição de cada indivíduo na vida, assim como dos métodos objectivos e subjectivos para os definir.

Esta perspectiva tem repercursões no que as organizações mundiais, como, a OMS, UN, definem como envelhecimento activo. Esta perspectiva considera que quem seguir o processo preconizado por este modelo, pode envelher de forma mais positiva e atingir indicadores subjectivos mais elevados do envelhecimento bem sucedido (Baltes et al., 1999).

O objectivo do envelhecimento activo é aumentar a expectativa de uma vida saudável e a qualidade de vida das pessoas mais velhas (Fontaine, 2000; Oliveira, 2008b UN, 2002), pois quanto maior for a sua Satisfação com a Vida maior a longevidade. Se as pessoas mais velhas fizerem o processo optimização selectiva por compensação, acabam por ter mais plasticidade e resiliência para fazer face a mudanças, a acontecimentos stressantes, declínio e maior capacidade de adaptação ao contexto.

Frijters, Haisken-DeNew & Shields (2005) fazem referência à importância do estado de saúde, enquanto indicador primordial de Satisfação com a Vida e longevidade. Arve et al. (2009) indicam uma associação entre envelhecimento bem sucedido e Satisfação com a Vida.

A Satisfação com a Vida é um indicador de avaliação da qualidade de vida (Spiriduso et al., 2005) e do bem - estar subjectivo (Simões, 1992), definindo-se de acordo com Železnik (2007) *“as an individual's own evaluation of her/his life. It refers to an overall assessment of one's life, including a comparison of aspiration and achievement”* (p. 21).

A importância dos conceitos de Satisfação com a Vida, qualidade de e bem-estar na velhice e interrelação entre os mesmos, advém da mudança do conceito de bem-estar referida por Smith (2001, citado por Sousa et al., 2003). Se antes bem-estar significava satisfação das necessidades básicas (alimentação, condições habitacionais, acesso a serviços de saúde, dinheiro, entre outros), actualmente assume, de acordo com o mesmo autor, “dimensões menos tangíveis (segurança, dignidade pessoal, oportunidades de atingir objectivos pessoais, Satisfação com a Vida, alegria, sentido positivo de si)” (p. 365).

No estudo realizado por Bowling, Banister & Sutton (2003, citados por Paúl et al., 2005) com a população mais velha do Reino Unido sobre qualidade de vida, os factores identificados como sendo fundamentais para o envelhecimento bem sucedido foram: as relações sociais informais próximas, papéis sociais activos e lazer, boa saúde e capacidade funcional, condições habitacionais e boa vizinhança, representações sociais positivas da vida, ter controlo e independência. Este estudo pode ilustrar as dimensões menos tangíveis referidas da qualidade de vida abordadas anteriormente.

Nesta perspectiva, Fontaine (2000) refere a saúde, actividade física e cognitiva e a participação cruciais para um envelhecimento activo e bem sucedido.

II.3. Institucionalização: contexto e factores

C. Ciências, Políticas e Instituições

Não obstante o crescente número de estudos sobre o processo de envelhecimento, o contributo das novas ciências ainda se revela insuficiente, pela complexidade do mesmo.

Segundo Mendonça (2006), Metchnikoff em 1903 e Nascher em 1909 foram os pioneiros na gerontologia e geriatria. É a partir do 1930 que a geriatria surge enquanto disciplina médica, dedicando-se ao estudo das patologias compreendidas como *senis* e dos seus aspectos curativos (Figueiredo, 2007), como função terapêutica da gerontologia (Fontaine, 2000). Esta última surgiu a partir de 1950, centrando-se na área do envelhecimento normal, prevenção e qualidade de vida (Figueiredo, 2007). O seu objectivo, de acordo com Mendonça (2006), é “a explicação das mudanças típicas do processo do envelhecimento e de seus determinantes genético-biológicos, psicológicos e socioculturais.” (p. 174).

A psicogerontologia estuda padrões e processos de mudanças do envelhecimento (Couto, 2005), actua na melhoria da qualidade de vida, adaptação ao trabalho, analisa os efeitos da idade e faz acompanhamento no final da vida (Fontaine, 2000).

Actualmente, as investigações na área do envelhecimento assentam numa interdisciplinariedade que procede a uma avaliação multidimensional geriátrica, permitindo satisfazer necessidades, no contexto social ou institucional, como meio de preparação, prevenção (Stuck et al. 2002), reabilitação (Mendonça, 2006) e preservação de elementos fulcrais à Satisfação com a Vida (Železnik, 2007).

Ricci, Bellini, Borges, Nakano & Ceolim (2006) defendem igualmente as equipas interdisciplinares, pela necessidade de intervenção bio-psico-social, como já foi referido, mas acrescentam a importância da participação dos mais velhos e das suas famílias através da responsabilização e envolvimento para se atingirem os melhores resultados.

Para uma maior co-responsabilização das pessoas mais velhas, têm-se procurado criar políticas e medidas em consonância com os objectivos de bem-estar e envelhecimento bem sucedido e partindo das investigações realizadas por estas ciências. No entanto, a construção deste caminho não é recente.

Em séculos anteriores as instituições tinham uma função assistencialista, enquanto obra social de cariz religioso (Ximenes & Côte, 2006; Mendonça, 2006), sendo os motivos de institucionalização velhice, doença e a pobreza (Jefferys, 1996). Como referem Santos &

Encarnação (1997) eram três termos indiferenciados, uma vez que, hospício, asilo e lar encaravam os mesmos valores. Actualmente a sua missão perpassa esta visão pelos novos conceitos.

De acordo com Mendonça (2006) estas instituições cresceram após a segunda guerra mundial, tanto no Brasil, como na Europa, com a política social da velhice a partir dos anos 60. O objectivo era melhorar as condições de vida (Santos & Encarnação 1997). Nos EUA as instituições tinham a função de evitar que as pessoas vivessem na pobreza e colmatar as necessidades médicas (Nussbaum, Pecchioni, Robinson & Thompson, 2000).

É no corrente século que assistimos ao desenvolvimento de uma variedade de equipamentos e serviços sociais e ao surgimento de novas profissões, na condição interdisciplinar já referida (Santos, 2003). Este crescimento deve-se às tendências demográficas, à pluralidade de necessidades e exigências dos mais velhos (Bravell, 2007; Liu & Tinker, 2001) e das suas famílias, mais informadas e exigentes nos cuidados sociais e de saúde (Nolan, Davies & Grant, 2001).

Partindo dos estudos de Pacolet (1998, citado por Duarte & Paúl, 2006-2007), constataram-se diferenças entre o sul e o norte da Europa. No norte existe maior capacidade de resposta social do tipo lar (Estado – Providência). No sul, do qual faz parte Portugal, ainda há escassez deste tipo de equipamento. Há maior envolvência das redes sociais de apoio informais: família, numa perspectiva comunitária (Sociedade – Providência). Nesta realidade, tal como referem Lee & Mason (2007) relativamente a outras sociedades, “*the public sector plays a relatively modest role*” (p. 616). Esta perspectiva sobre Portugal contradiz as afirmações de alguns autores, relativamente à ausência de cuidadores informais e o aumento de lares/institucionalização, principalmente nas zonas do interior, bastante envelhecidas.

A institucionalização em Portugal tem-se justificado pela necessidade de desenvolver e otimizar respostas sociais, levando ao surgimento de equipamentos do tipo lar de idosos (Duarte & Paúl, 2006-2007).

Por lar, entende-se que seja a criação de um espaço onde sejam desenvolvidas actividades de apoio social a pessoas mais velhas, que disponha de alojamento colectivo, de utilização temporária ou permanente, fornecimento de alimentação, cuidados de saúde, higiene, conforto, fomentando o convívio e a realização de actividades de animação social para ocupação dos seus tempos livres (Despacho Normativo n.º 12/98, de 05 de Março, Gonçalves, 2007a).

A discussão internacional em torno do fenómeno do envelhecimento faz recomendações aos países para o desenvolvimento de políticas e projectos de envelhecimento activo conducentes com a mudança social consequente. Estas políticas têm cada vez mais em conta uma construção ética (Araújo et al., 2006), direitos, necessidades, preferências, habilidades e os princípios de independência, participação, dignidade, assistência e auto-realização estabelecidos pela Organização das Nações Unidas (UN, 2002).

Agich (2007) refere que a concepção de dignidade no contexto político influenciou a forma de tratamento das pessoas mais velhas. Simultaneamente, apesar dos avanços nos cuidados, a dicotomia nas questões financeira/ética gera uma determinada tensão entre o acesso aos cuidados, o balanço entre cuidados e cura e a posição da pessoa mais velha relativamente aos direitos, expectativas e vulnerabilidades (Nolan et al., 2001; Ximenes & Côte, 2006). Uma vez que a institucionalização em lar é considerada um dos meios de cuidados mais dispendiosos (Gaugler, Duval, Anderson & Kane, 2007; Nihtilä & Martikainen, 2008). Stuck et al. (2002) defendem o investimento em visitas domiciliárias, pois têm menos custos e são mais benéficas a todos os níveis.

No plano gerontológico actual, as medidas a nível nacional e internacional, vão em três direcções prioritárias, como garante do bem-estar dos cidadãos (Serra (2003, citado por Marques & Calheiros, 2006): pessoas mais velhas e desenvolvimento, promoção da saúde e bem-estar na velhice e, criação de um ambiente propício e favorável (Mendonça, 2006).

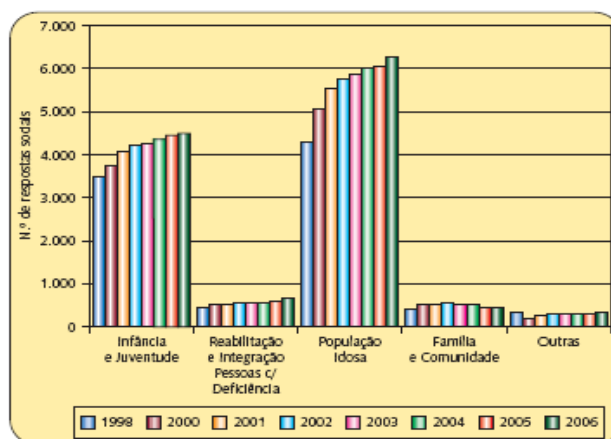
Os objectivos sobre cuidados de longa permanência a pessoas mais velhas passam por legislação para a protecção dos seus direitos (Mendonça, 2006). Esta protecção tem-se revelado crucial também pelo crescimento da violência perpetrada contra este grupo (Oliveira, 2008b). É neste contexto que surge o conceito de qualidade no funcionamento dos serviços e programas sociais (Marques & Calheiros, 2006) e o novo conceito de cuidar. De acordo com Holmén & Furukawa (2002), este conceito envolve uma perspectiva integrada de diferentes áreas: biológica, médica, psicológica, fisiológica e social.

A este propósito, Agich (2007) alerta que necessidades específicas de pessoas diferentes implicam sistemas de cuidados específicos e não universais.

Em Portugal também se têm registado as mudanças políticas e medidas antes referidas relativamente ao envelhecimento. O que está em causa “é uma integração que garanta condições de desenvolvimento potencial humano individual e de protecção e de respeito pela dignidade e individualidade da pessoa idosa tal como acontece em outros períodos da idade”

(Alves & Novo, 2006, p. 67). No entanto, a cultura portuguesa parece ainda precisar de assimilar dados sobre o envelhecimento que perpassem a característica idade (Alves & Novo, 2006). Todavia, a capacidade de resposta da sociedade portuguesa ao fenómeno do envelhecimento tem aumentado e está mais diversificada, face às necessidades das pessoas mais velhas e das suas famílias, como se pode observar na Figura 2.

Figura 2
Respostas Sociais por áreas de intervenção no Continente, 1998-2006



Fonte: Gonçalves (2007a)

No entanto, Sousa et al. (2003) e Ximenes & Côrte (2006) continuam a defender a concertação de programas que sejam mais do que assistencialismo, centrando-se na ocupação, voluntariado, educação, ou seja, na autonomia.

As medidas a nível nacional têm-se reunido esforços através de parcerias a nível nacional, regional e local, para implementar programas como a Rede Social, Plano de Apoio Integrado (PAII), Apoio Domiciliário, Atendimento social, Cuidados Continuados Integrados, Centros de Dia e Noite, Acolhimento Familiar, Complemento Solidário para idosos, que reflectam as perspectivas e objectivos do envelhecimento bem sucedido.

Nolan et al. (2001) fazem referência ao discurso político de parceria, que muitas vezes leva a pessoa mais velha a ficar à margem das decisões standardizadas. Se não se tiver em consideração a heterogeneidade do processo de envelhecimento, a pessoa mais velha tem “de se sujeitar à imposição de um ordenamento do seu modo de vida, pelos familiares, pela sociedade, pelo Estado” (Santos & Encarnação, 1997, p. 141).

Entre 1998 e 2006 as respostas sociais cresceram em maior número para a população mais velha (46,4%) (Gonçalves, 2007a). A preocupação foi implementar medidas em congruência com as políticas sociais destinadas a apoiar este sector e a melhorar estes

equipamentos sociais (Marques & Calheiros, 2006), para combater o isolamento, exclusão social e para a integração sócio-familiar (Gemito, 2004). No entanto, Bernal & Barbero (2002) e Marques & Calheiros (2006) afirmam que estas medidas ainda estão aquém de poderem responder adequadamente às necessidades.

Mesmo assim, a despesa pública tem aumentado relativamente aos cuidados formais, havendo um maior acesso aos serviços. Gonçalves (2007a) refere ainda, em relação ao período de 1998-2006, que a nível nacional os serviços mais solicitados são o Serviço de Apoio Domiciliário (75,5%), seguido pelo Centro de Dia (40,6%) e o Lar e Residência para idosos (28,4%). No entanto, a taxa de ocupação é mais elevada neste último serviço. Na região da Cova da Beira observa-se uma inversão: centro de dia, depois apoio domiciliário e por último lar e residencial de idosos (Gonçalves, 2007a).

No âmbito das mudanças em relação ao envelhecimento, é ainda pertinente referir o surgimento e crescimento das Universidades da Terceira Idade e as Academias Seniores em Portugal, para ocupação útil e de lazer (actividade/aprendizagem), o que demonstra mudanças de comportamento e uma nova atitude face ao envelhecimento.

D. Factores e motivos de institucionalização

Em Portugal a institucionalização em lar por parte das pessoas mais velhas é a terceira opção. Os serviços mais solicitados são o apoio domiciliário e o centro de dia (Gonçalves, 2007a).

O recurso aos centros de dia e apoio domiciliário parece ser uma forma de permanecer no seu ambiente natural, retardando a institucionalização, podendo ser também a alternativa às listas de espera na admissão em lar, ou uma estratégia de preferência na dita admissão. De acordo com Pereira (2008) e com Sousa et al. (2003) tem havido uma procura massiva nacional à institucionalização.

A procura de institucionalização também se observa na região da Cova da Beira, zona na qual se centra esta investigação. O Diagnóstico Social (2007) refere a existência de mais de 6.500 pessoas à espera de vaga para lar, no interior de Portugal. Branch & Jette (1982) afirmam que quem utiliza serviços de cuidados no domicílio tem maior tendência para a institucionalização.

Dado o importante papel das instituições no envelhecimento, é imperativo reflectir sobre os novos papéis das instituições de longa permanência. Os Quadros 3, 4, 5, 6 e 7

sistemizam os principais factores que levam as pessoas mais velhas a recorrerem à institucionalização. Como factores que contribuem para a institucionalização podem destacar-se, os factores sócio-demográficos: mulheres, solteiras, casadas sem filhos, com grande nível de isolamento e solidão; saúde; o nível funcional e cognitivo; as redes sociais de apoio; falta de condições habitacionais; a condição económica; a cultura; residência, entre outros.

Quadro 3

Factores sócio-demográficos relacionados com a institucionalização em Lares

Factores	Autores/Investigações
Idade Avançada;	Branch & Jette (1982); Bravell (2007); Gaugler et al. (2007); Grundy & Jitlal (2007); Gu et al. (2007); Kleinjans & Lee (2006); Liu & Tinker (2001) Nihtilä & Martikainen (2008);
Não ser casado (solteiro, divorciado, viúvo);	Branch & Jette (1982); Bravell (2007); Findlay & McLaughlin (2005); Gaugler et al. (2007); Grundy & Jitlal (2007); Gu et al. (2007); Holmén & Furukawa (2002); Hutchison et al. (2005); Liu & Tinker (2001); Nihtilä & Martikainen (2008); Nussbaum et al. (2000); Rangelova (2003);
Não ter filhos;	Branch & Jette (1982); Gaugler et al. (2007); Gaymu et al. (2008); Grundy & Jitlal (2007); Gu et al. (2007); Kleinjans & Lee (2006);
Nível de escolaridade; Raça Branca;	Bravell (2007); Grundy & Jitlal (2007); Gu et al. (2007); Kleinjans & Lee (2006); Gaugler et al. (2007); Grundy & Jitlal (2007); Gu et al. (2007); Kleinjans & Lee (2006)

A interligação de factores e a combinação entre vários pode elevar o risco de institucionalização (Liu & Tinker, 2001), na medida em que torna a situação da pessoa velha mais problemática e com maiores necessidades.

1. Família e institucionalização na velhice

Em qualquer país, as pessoas mais velhas, quando necessitam de ajuda, recorrem em primeiro lugar às famílias, sendo quase sempre um familiar directo o cuidador principal (Bravell, 2007; Caldas, 2003; Lage, 2005; Lowenstein & Katz, 2003; Gaymu et al., 2008; Grundy & Jitlal, 2007; Lage, 2005). Na ausência desta, os vizinhos têm um papel de suporte relevante, pela proximidade (Gemito, 2004).

O serviço formal funciona, frequentemente, como complemento ao apoio informal (Branch & Jette, 1982) e substitui na ausência ou indisponibilidade do último (Gaymu et al., 2008; Gu et al., 2007; Marques & Calheiros, 2006; Paúl, 1997), quando são necessárias competências profissionais (Branch & Jette, 1982; Lai et al., 2005; Lowenstein & Katz, 2003; Lubinski, 2006; Nussbaum et al., 2000).

A família, geralmente, tenta manter a pessoa mais velha o mais tempo possível em casa (McAuley & Travis, 2000) e parece recorrer aos serviços de apoio formal quando a

mesma revela dependência (Findlay & McLaughlin, 2005; Lowenstein & Katz, 2003). A justificação desta procura pode ser a incapacidade de auto - cuidado, sobretudo após um período de hospitalização (Bravell, 2007; Cheek et al., 1999; Liu & Tinker, 2001; Nussbaum et al., 2000). O declínio nas ADVs ocorre em 1/3 das pessoas mais velhas hospitalizadas, o que leva ao aumento do risco de admissão em lar, principalmente para quem vive sozinho, mesmo que disponha de serviços ao domicílio (Mahoney et al., 2000; Bravell et al., 2007).

Podem ser ainda motivos de institucionalização a morte do cônjuge ou do cuidador (Bravell, 2007; Cheek et al., 1999; Holmén & Furukawa, 2002; Rangelova, 2003) e doenças (Liu & Tinker, 2001; Liu & Tinker, 2003; Scocco et al., 2006). Estes dois motivos podem significar solidão, quando se vive sozinho, embora Holmén & Furukawa (2002) refiram que viver sozinho e solidão não são necessariamente o mesmo.

Apesar da pessoa mais velha mostrar desejo de permanecer em casa (Sequeira & Silva, 2002; Tinker, 2002) ou com familiares (Musaiger & D'Souza, 2000), a institucionalização, enquanto último recurso (Fonseca et al., 2005; Gemito, 2004; Lage, 2005; Liu & Tinker, 2003; Gaymu et al., 2008; Nussbaum et al., 2000), acaba por ser a única alternativa possível (Duarte & Paúl, 2006-2007; Oliveira, 2008a).

Autores como Agich (2007), Lage (2005), Nolan et al. (2001), Paúl et al. (2005) e Sousa et al. (2003) defendem a permanência da pessoa mais velha no seu ambiente natural (*aging in place*) ou com a própria família, como forma de estímulo de uma vida saudável, activa e independente.

No Reino Unido, Alemanha e Austrália são implementados programas preventivos de visitas domiciliárias, cujo objectivo é atrasar a entrada em lar com a prevenção da incapacidade funcional nas pessoas com menos de 80 anos (Stuck et al., 2002).

Como é apresentado no Quadro 4, a institucionalização em lar pode suceder quando as famílias não têm condições em sua casa, nem tempo, o número de filhos é reduzido e a sua sensibilização é pouca (Gemito, 2004; Grundy & Jitlal, 2007; Gu et al., 2007; Liu & Tinker, 2001; Oliveira, 2008a; Rangelova, 2003; Santos & Encarnação, 1997; Scocco et al., 2006).

A proximidade/afastamento da residência da família também pode ser determinante na institucionalização, conforme é referido no Quadro 4. Este factor pode ser uma condicionante no tipo de apoio (Bravell, 2007; Gemito, 2004; Grundy & Jitlal, 2007) e o seu contexto pode influenciar a saúde e longevidade (Gu et al. 2007). Pode também verificar-se, simplesmente, preferência pela institucionalização por parte da pessoa mais velha, quando tem a auto-

percepção de incapacidade e carga para a família, ou quando vive sozinha (Hutchison et al., 2005; Nihtilä et al., 2007; Nihtilä & Martikainen, 2008).

Quadro 4

Factores familiares relacionados com a institucionalização em Lares

Factores	Autores/Investigações
Papel da Família	Grundy & Jitlal (2007); Liu & Tinker (2001)
Falta de suporte familiar;	Araújo (2006); Branch & Jette (1982); Caldas (2003); Grundy & Jitlal (2007); Gu et al. (2007); Hutchison et al. (2005); Marques & Calheiros (2006); Santana et al. (2006)
Disponibilidade e falta de condições da família;	Araújo et al. (2006); Gaugler et al. (2007); Grundy & Jitlal (2007); Gu et al. (2007); Liu & Tinker (2001); Marques & Calheiros (2006); Scocco et al. (2006); Torralba, (2006); Tu, Wang & Yeh (2006)
Conflitos familiares;	Gemito (2004); Scocco et al. (2006)
Residência da família (proximidade/distância);	Bravell (2007); Gemito, 2004; Grundy & Jitlal (2007)
Depressão do cuidador;	Santos (2003)
Socialização intergeracional mais passiva (maior dependência)	Pereira (2008)

A família é importante porque, “conforme o tipo de família, assim o apoio ou abandono” (Oliveira, 2008a, p. 116) e a decisão de institucionalização (Grundy & Jitlal, 2007; Liu & Tinker, 2001; Liu & Tinker, 2003; Marques & Calheiros, 2006).

A convivência com familiares pode ser benéfica, pelo apoio em condições debilitantes e de dependência, reduzindo o isolamento. Quando existem conflitos familiares, outro dos factores de institucionalização (Gemito, 2004; Scocco et al., 2006), estes podem contribuir para a diminuição da auto-estima e deterioração do estado emocional (Lowenstein & Katz, 2003). Este lado negativo pode justificar-se, pelo nível de expectativa de assistência familiar, muitas vezes defraudada (Oliveira, 2008b) e pela imposição da institucionalização. A relação familiar (positiva/ negativa) pode condicionar a preparação, motivos de institucionalização e o papel (passivo/decisório) do indivíduo (Zimmerman, 2000, citado por Oliveira, 2008a). Na maioria das situações de institucionalização a pessoa mais velha ou não tem poder de decisão ou este é reduzido (Liu & Tinker, 2001; Liu & Tinker, 2003; McAuley & Travis, 2000; Scocco et al., 2006).

A decisão de se viver com a família ou não e se sentir feliz depende da idade da pessoa mais velha, do seu nível de saúde física e psíquica, das condições económicas e do nível de expectativas de todos os envolvidos (Oliveira, 2008b). Moragas (2004, citado por Pereira, 2008) defende relações intergeracionais e familiares em equilíbrio e satisfação para ambas as partes, pela cooperação e não pelo conflito de papéis.

O próprio cuidador, ao cuidar de um familiar por longos períodos pode sentir-se desgastado ao nível da saúde física e mental e viver um conflito de papéis (Lage, 2005; Marques & Calheiros, 2006). Este desgaste resulta muitas vezes em stress e depressão (Oliveira, 2008a; Santos, 2003). Todo este cenário pode ser agudizado por dificuldades financeiras, falta de uma rede de suporte social e de saúde, grau de exigência no desempenho das tarefas inerentes (Santos, 2003) e por falta de informação (Araújo, 2006). O próprio cuidado pode limitar a vida social do cuidador (Lage, 2005).

Miller & McFall (1991, citados por Lage, 2005) referem ainda que o impacto do cuidado também depende do grau de parentesco (filhos com maior carga interpessoal). Lage (2005) concluiu que a diminuição do stress, depressão e a sobrecarga dos cuidados é possível se o cuidador principal tiver o apoio de um secundário e rendimento favorável. As pessoas em que se verificou esta diminuição apresentam também maior nível de escolaridade. Este dado é igualmente referenciado pelas famílias no estudo de Gemito (2004) que destacam vantagens financeiras com os apoios externos em gastos e cuidados de higiene e saúde.

De notar que, a institucionalização pode ser também facilitada pelos familiares, porque os laços fortalecem-se e a qualidade das relações até melhora pois a carga stressante de cuidar da pessoa é transferida para a instituição, ficando espaço para o afecto (Paúl, 1997).

Todas estas questões à volta da família associam-se à cultura, por condicionar o estilo de vida (Botelho, 2005) e a prestação dos cuidados. A forma como cada cultura encara a velhice, pode determinar a selecção do cuidador, a co-residência ou a institucionalização (Caldas, 2003; Gu et al., 2007; MUSAIGER & D' SOUSA, 2008; Santos, 2003).

No estudo de MUSAIGER e D' SOUSA (2008) verificou-se uma participação activa e interacção social dos mais velhos, que se justifica, pela influência cultural de proximidade familiar (forte apoio comunitário) e co-residência. Os implicados no estudo consideram que as pessoas mais velhas devem ter um maior controlo ao nível da saúde, mas não necessariamente pela institucionalização. Contudo, de acordo com Tinker (2002) não devem ser confundidos: cuidados familiares e co-residência podem não significar o mesmo.

Esta questão cultural evidencia a discrepância entre países ocidentais e asiáticos. Gu et al. (2007) indicam que a institucionalização é muito mais reduzida nos últimos, pelos cuidados intergeracionais.

Pereira (2008) relativamente à realidade portuguesa refere que as relações intergeracionais são mais passivas, na medida em que as actuais pessoas mais velhas

“viveram e experienciaram processos de socialização e de construção identitária mais seguros, previsíveis e estáveis e menos diversificados do que os das gerações mais novas, por exemplo dos seus filhos. Em algumas sociedades, como a norte-americana e europeia, os processos de socialização vão no sentido de maior independência e reciprocidade das relações intergeracionais familiares, logo os filhos e pais estão “preparados” para viverem as suas vidas com maior independência” (p.10).

Esta passividade e dependência podem ser ainda mais visível nas zonas rurais. Hespanha (1993) e Rowles (1984, citados por Sequeira & Silva, 2002) caracterizaram os ambientes rurais como um meio social estável com regras, normas sociais comuns e modelos de comportamento específicos e estáveis de mudança gradual.

Partindo desta perspectiva de maior dependência e passividade da população portuguesa mais velha, a dependência pode ser considerada um indicador de institucionalização. Além de estar associada ao tipo de relação familiar, uma vez que determina o tipo de serviço de cuidados necessários, pode ser associada à falta de apoio informal que se sente, como já foi referido, nas zonas rurais. Caldas (2003) fala numa indissociabilidade entre incapacidade e necessidade.

2. Nível económico e institucionalização na velhice

De acordo Sierra et al. (2004) a questão económica tem um peso preponderante na velhice, na medida em que os rendimentos deste grupo são frequentemente reduzidos limitando o seu bem – estar, qualidade de vida, as opções de escolha (Agich, 2007; Lai et al., 2005; Pereira et al., 2006; Spirduso et al., 2005) e a própria longevidade (Frijters et al., 2005). Além disso, as famílias não são abrangidas com apoios financeiros significativos para os cuidados (Marques & Calheiros, 2006).

Williams (2000, citado por Musaiger & D’Sousa, 2008) refere que a exclusão social das pessoas mais velhas resulta principalmente de baixos rendimentos, péssimas condições habitacionais, reduzido suporte familiar, isolamento, limitação das capacidades e doenças, factores já evidenciados por alguns autores sobre a realidade portuguesa.

Os motivos de felicidade para estes indivíduos podem ser: ter casa, saúde, lazer e filhos numa situação favorável (Lesbaupin & Malerbi, 2006).

As pessoas mais velhas com alguma instrução, poder económico, inseridas na sua família, sentem-se socialmente integradas (Sierra et al., 2004), por poderem ajudar e não serem um peso. O nível de escolaridade e a actividade intelectual são factores de predição, no plano cognitivo, de uma velhice óptima (Fontaine, 2000; Paúl, 1997). Para Frijters et al. (2005) e Paúl et al. (2005), o nível de instrução e rendimento económico estão em proporção inversa ao sentimento de solidão, dado que as pessoas mais velhas têm maior possibilidade de interacção e realização de actividades e menos risco de admissão em lar (Bravell, 2007; Grundy & Jitlal, 2007; Gu et al., 2007; Lai et al., 2005; Santos & Encarnação, 1997), como é referido observar no Quadro 5.

Quadro 5
Factores económicos relacionados com a institucionalização em Lares

Factores	Autores/Investigações
Baixos Rendimentos;	Bravell (2007); Gaugler et al. (2007); Gemito (2004); Grundy & Jitlal (2007); Gu et al. (2007); Kleinjans & Lee (2006); Liu & Tinker (2001); Torralba (2006)
Falta de condições de vida;	Araújo et al. (2006); Gemito (2004); Grundy & Jitlal (2007)
Não ter casa própria;	Gaugler et al. (2007); Grundy & Jitlal (2007); Liu & Tinker (2001)

No estudo de Costa (2005) pode-se constatar a questão económica na perspectiva oposta à referida anteriormente. As pessoas institucionalizadas apresentavam um valor de reforma superior às não institucionalizadas, podendo revelar a importância do factor económico como sendo favorável na institucionalização.

Nesta perspectiva, a situação financeira pode revelar-se decisiva na admissão, principalmente quando esta se deve a problemas de saúde, que significam despesas (Caldas, 2003; Takeda et al., 2004). A pessoa mais velha e a sua família necessitam de ter uma situação financeira favorável para comportar a prestação no lar e todas as despesas inerentes à condição física e social da pessoa mais velha.

3. Diferenças no género e institucionalização na velhice

As mulheres possuem maior longevidade que os homens (Oliveira, 2008b; Spirduso et al., 2005). O aumento da longevidade traz consigo, inevitavelmente, um maior índice de dependência (Arve et al., 2009; Bravell et al., 2007; Navascués & Ordovas, 2007; Spirduso et al., 2005) sobretudo porque as mulheres estão mais expostas a problemas de saúde físicos, mentais e de locomoção (Borg et al., 2006; Botelho, 2005; Pereira et al., 2006). O índice de dependência passou em 2001 para 2006, de 24, 5 para 25, 6, respectivamente (INE, 2006). Por

isso, estas recorrem mais à institucionalização (Bravell, 2007; Grundy & Jitlal, 2007; Navascués & Ordovás, 2007), como é referido no Quadro 6.

Em relação ao nível de dependência das mulheres, pode ser ainda acrescentado o esquecimento e o sentimento de ser menos atraente (Pereira et al., 2006; Sousa & Cerqueira, 2006). Nos estudos de Musaiger & D' Sousa (2008), quer os homens quer as mulheres consideram a aparência física um aspecto pertinente para definir o envelhecimento feminino, enquanto que, relativamente aos homens o factor de maior pertinência é a idade.

Quadro 6

Factores associados ao género relacionados com a institucionalização em Lares

Factores	Autores/Investigações
Mulheres com maior risco;	Branch & Jette (1982); Gaugler et al. (2007); Grundy & Jitlal (2007); Gu et al. (2007); Kleinjans & Lee (2006); Liu & Tinker (2001); Nihtilä et al. (2007);

As mulheres dizem ter pior saúde do que os homens, por isso, dão muita importância à força (Bravell, 2007; Musaiger & D' Sousa, 2008; Sierra et al., 2004). Ainda assim, estas têm maior capacidade instrumental e actividade física do que os homens (Botelho, 2005). Paúl et al. (2005) consideram que o nível de autonomia das pessoas mais velhas nos meios rurais é muito superior às do meio urbano. Sobretudo nas mulheres, porque realizam actividades domésticas e ligadas à agricultura e criação de gado.

Segundo Castellón & Pino (2003, citados por Pereira et al., 2006) a actividade física, o stress, a percepção e aceitação do envelhecimento estavam associados à qualidade de vida nas mulheres.

Assim, com maior dependência e percepção de saúde mais negativa, o nível de Satisfação com a Vida das mulheres parece ser inferior ao dos homens (Arve et al., 2009; Paúl et al., 2005; Sierra et al., 2004) e consequentemente a sua imagem sobre a velhice é mais negativa (Pereira et al., 2006; Sousa & Cerqueira, 2006). Este cenário é agravado quando são viúvas ou solteiras e se não tiverem confidentes, pois têm mais sentimentos de solidão e ansiedade (Arve et al., 2009; Botelho, 2005; Fonseca et al., 2005; Grundy & Jitlal, 2007; Lebauspain & Malerbi, 2006; Paúl, 1997; Sequeira & Silva, 2002; Spirduso et al., 2005; Tinker, 2002).

Por outro lado, os homens estão mais propensos ao suicídio e homicídio, a problemas de saúde devido ao consumo de álcool, tabaco e mais sujeitos a riscos ocupacionais e apresentam maior necessidade de cuidados, quando habitam sozinhos. As mulheres

preocupam-se mais com as idas ao médico (Paúl et al., 2005; Spirduso et al., 2005) e recorrem mais às redes de apoio informal (Paúl, 1997).

O índice de depressão das mulheres é superior (Araújo, 2006; Botelho, 2005) justificado com várias perdas (Arve et al., 2009). Destacam-se a separação dos filhos, conflitos e dificuldades económicas, questões afectivas, como rejeição/isolamento e afastamento da família (Santana et al., 2006). A solidão é um preditor do estado mental, incluindo a depressão (Yeh & Liu, 2003).

Aliás a própria mulher revela-se com maior stress pela acumulação de vários papéis ao longo da vida (sociais, familiares, domésticos, profissionais, entre outros) (Takeda et al., 2004), mas em simultâneo pode significar autonomia e actividade.

Ao nível económico as mulheres têm uma situação mais desfavorável (Borg et al., 2006), porque se dedicaram ao trabalho doméstico e ao cuidado de familiares (esposas e filhas (Gemito, 2004; Lage, 2005; Liu & Tinker, 2003), repercutindo-se nas reformas (Araújo et al., 2006; Botelho, 2005; Santos, 2003; Tinker, 2002). As que trabalharam auferiram salários mais baixos (Rangelova, 2003).

As diferenças no género associam-se a estilos de vida, papéis profissionais e responsabilidades distintas (Navascués & Ordovás, 2007; Paúl, 1997; Spirduso et al., 2005). Desta forma, o aumento do risco de institucionalização nas mulheres, como é referido no Quadro 6, pode justificar-se pelo seu nível de dependência, solidão e baixos rendimentos, referidos anteriormente e considerados como factores de risco para a institucionalização.

4. Relações sociais e institucionalização na velhice

As relações e amizades diminuem com a idade (Arve et al., 2009; Botelho, 2005; Lesbaupin & Malerbi, 2006; Oliveira, 2008a; Sierra et al., 2006;), devido à deterioração ou reorganização das redes sociais informais (Paúl, 2005). Partindo da teoria de integração social de Durkheim (1951, citado por Ramos, 2002), a existência deste tipo de redes promovem bem-estar e saúde mental, porque os contactos favorecem a integração social das pessoas.

As relações sociais podem diminuir o risco de mortalidade (Arve et al., 2009), de depressão (Couto, 2005) e o risco de solidão (Holmén & Furukawa, 2002). A solidão é um factor de peso na institucionalização, como defendem Araújo (2006); Arve et al. (2009);

Bernal & Barbero (2002); Gemito (2004); Holmén & Furukawa (2002); Santana et al. (2006); Scocco, Rapattoni & Fantoni (2006) no Quadro 7.

A ausência de redes sociais pode gerar insegurança, aumentando o nível de stress (Paúl, 1997). Stoller (1995, citado por Ramos, 2002) refere que os pais que forneciam ajuda aos filhos eram menos deprimidos. O mesmo se observar relativamente aos casais. Estes, em primeiro lugar, apoiam-se mutuamente e têm mais contactos com a família, recebendo mais apoio (Gemito, 2004). Este apoio mútuo e o familiar reflecte-se na Satisfação com a Vida (Paúl, 1997; Paúl et al., 2005), por têm menos sentimentos de solidão, receiam menos a dependência e doenças e têm mais elevados níveis de bem-estar (Sequeira & Silva, 2002).

Quadro 7
Factores sociais relacionados com a institucionalização em Lares

Factores	Autores/Investigações
Abandono e solidão;	Araújo (2006); Arve et al., 2009; Bernal & Barbero (2002); Gemito (2004); Holmén & Furukawa (2002); Santana et al. (2006); Scocco et al. (2006);
Viver sozinho;	Branch & Jette (1982); Gaugler et al. (2007); Grundy & Jitlal (2007); Hutchison et al. (2005); Kleinjans & Lee (2006); Nihtilä & Martikainen (2008);
Isolamento;	Araújo (2006); Bernal & Barbero (2002); Branch & Jette (1982); Gemito (2004); Hutchison et al. (2005); Santana et al. (2006);
Falta de redes de suporte social;	Bernal & Barbero (2002); Branch & Jette (1982); Bravell (2007); Gaugler et al. (2007); Grundy & Jitlal (2007); Hutchison et al. (2005); Kleinjans & Lee (2006); Marques & Calheiros(2006); Nihtilä & Martikainen (2008);
Insuficiência ou falta de serviços comunitários;	Gaugler et al. (2007); Liu & Tinker (2001)
Discriminação, isolamento leva à institucionalização desnecessária;	Ribeiro & Sousa (2008)

A existência de companheiro pode ser benéfica ao nível da saúde mental e psicológica, suporte social e a manutenção de comportamentos positivos e saudáveis (Frijters et al., 2005; Gu et al., 2007; Nihtilä & Martikainen, 2008; Yeh & Liu, 2003). Arve et al. (2009) vão mais além afirmando que viver com o cônjuge pode ser um preditor do envelhecimento bem sucedido.

No Quadro 7 são referidos estudos que indicam que a existência de redes de suporte social diminui o risco de institucionalização.

Para este risco pode também contribuir a falta de serviços comunitários, na medida em que a institucionalização pode estar dependente dos serviços disponíveis no mercado (Liu & Tinker, 2001).

5. Autonomia, saúde e institucionalização na velhice

No âmbito do estudo da velhice, é necessário distinguir envelhecimento saudável e patológico. A dependência pode advir da patologia e não propriamente da idade ou velhice (Navascués & Ordovás, 2007; Sousa et al., 2003). De acordo com a revisão da literatura de Borg, Hallberg & Blomqvist (2006) e de Fagerström et al. (2007), o aumento da dependência com a idade, pode suceder por problemas de saúde (Gaymu, Ekamper & Beets, 2008), especificamente incapacidade cognitiva (demência) (Borg et al., 2006) ou incapacidade na realização das AVDs (Bravell, Berg & Malmberg, 2007). Regista-se uma maior necessidade de cuidados formais (Caldas, 2003; Paúl, 1997; Lai et al., 2005), quando se observam limitações (Gaymu et al., 2008; Gemitto, 2004).

Parece haver uma associação entre autonomia e saúde, uma vez que, o estado de saúde condiciona o nível de autonomia e o grau de dependência (Borg et al., 2006; Fagerström et al., 2007; Gaymu et al., 2008; Navascués & Ordovás, 2007; Nolan et al., 2001; Sousa et al., 2003). Bravell et al. (2007) refere uma possível correlação entre saúde e a realização das AVDs.

O nível de autonomia (Wang, Lin, Tung & Wu (2006), a saúde, o nível de actividade física, nível de educação (Lai et al., 2005), ter companheiro, ter crenças religiosas (Tu et al., 2006) são preditores da qualidade de vida. Este factores possibilitam controlo pessoal como meio de adaptação ao meio envolvente e poder de escolha (Fagerström et al., 2007; Findlay & McLaughlin, 2005; Matsui & Capezuti, 2008).

A falta de saúde e de independência podem criar sentimentos de inutilidade e aproximação do fim (Scooco et al., 2006) e a percepção de auto – controlo pode também estar associada à saúde (Bravell et al., 2007).

A qualidade de vida na velhice parece estar associada à reduzida probabilidade de doenças, a questões de independência e autonomia (Oliveira, 2008a). A capacidade funcional, que por norma declina com o avanço da idade (Botelho, 2005; Fonseca et al., 2005), pode limitar a independência (Paúl, 1997). No envelhecimento, a dependência resulta das alterações biológicas (incapacidades) e de mudanças nas exigências sociais (Nolan et al., 2001; Pereira et al., 2006). Face à constatação de que com o aumento da idade aumenta o nível de dependência, pode também existir uma maior necessidade de utilização de serviços formais (Fonseca, 2005; Bravell et al., 2007), mormente por problemas de saúde (Agich, 2007; Meijer, Van Campen & Kerkstra, 2000; Takeda et al., 2004; Tinker, 2002), como se pode observar no quadro 8.

A maioria das pessoas que recorre à institucionalização apresenta um algum índice de dependência (Duarte & Paúl, 2006-2007; Gemito, 2004), precisando de maior apoio na satisfação das necessidades (Bernal & Barbero, 2002; Navascués & Ordovás, 2007).

Partindo da análise sistematizada no quadro 8, a saúde, a dependência funcional e as incapacidades cognitivas são motivos de grande peso de institucionalização (Grundy & Jitlal, 2007; Gu et al., 2007; Nihtilä & Martikainen, 2008; Scocco et al., 2006).

Quadro 8

Factores de institucionalização em Lares relacionados com a dependência

Factores	Autores/Investigações
Dependência	Branch & Jette (1982); Bravell (2007); Grundy & Jitlal (2007); Gu et al. (2007); Nihtilä et al. (2007); Nihtilä & Martikainen (2008); Nussbaum et al. (2000)
Dependência e debilidade;	Cheek, Ballantyne & Tucker (1999); Gaugler et al. (2007); Kleinjans & Lee (2006); Liu & Tinker (2003); Scocco et al. (2006)
Dificuldade na realização das AVDs;	Araújo (2006); Bravell (2007); Gaugler et al. (2007); Liu & Tinker (2001); Mahoney, Eisner, Havighurst, Gray & Palta (2000); Navascués & Ordovas (2007); Torralba (2006);
Sobrecarga para a família;	Araújo et al. (2006); Nihtilä et al. (2007); Santana et al., (2006)
Percepção de incapacidade e de carga;	Nihtilä & Martikainen (2008)
Incapacidade de tomar decisões;	Branch & Jette (1982)
Perda de autonomia;	Gemito (2004); Holmén & Furukawa (2002); Liu & Tinker (2001); McAuley & Travis (2000); Navascués & Ordovas (2007); Torralba (2006)
Incapacidade cognitiva;	Gaugler et al. (2007); Grundy & Jitlal (2007); Gu et al. (2007); Kleinjans & Lee (2006); Nihtilä et al. (2007); Nihtilä & Martikainen (2008);
Incapacidade para tomar a medicação;	Branch & Jette (1982)
Necessidade de cuidados médicos profissionais;	Branch & Jette (1982); Nussbaum et al. (2000); Scocco et al. (2006)
Saúde;	Bravell (2007); Findlay & McLaughlin (2005); Gaugler et al. (2007); Gaymu et al., (2008); Grundy & Jitlal (2007); Gu et al. (2007); Hutchison et al. (2005); Kleinjans & Lee (2006); Liu & Tinker (2001); McAuley & Travis (2000); Mahoney et al. (2000); Nussbaum et al. (2000); Rangelova (2003)
Doenças degenerativas (demências) e crónicas;	Fonseca et al. (2005); Gemito (2004); Grundy & Jitlal (2007); Gu et al. (2007); Liu & Tinker (2001); Liu & Tinker (2003); Nihtilä et al. (2007); Scocco et al. (2006)
Morbidade;	Grundy & Jitlal (2007)
Depressão da pessoa mais velha;	Torralba (2006)
Quedas;	Gaugler et al. (2007); Nussbaum et al. (2000)

No estudo realizado por Grundy & Jitlal (2007) no Reino Unido, as características mais comuns entre as pessoas institucionalizadas eram as demências, AVCs ou outro tipo de doenças degenerativas. Nihtilä et al. (2007) reforçam esta ideia com a descrição de vários estudos relativamente às pessoas mais velhas canadianas, europeias e chinesas.

Yeh & Liu (2003) centram-se nas incapacidades cognitivas, associadas ao estilo de vida e ao nível de suporte social, como factores de institucionalização. Nos estudos de Bassuk et al. (1999, citados por Yeh & Liu, 2003) as pessoas mais velhas sem suporte social e na presença de situações de risco (Couto, 2005) estão mais vulneráveis ao declínio cognitivo, ao desenvolvimento de incapacidades (Gonçalves, 2007b), aumento do risco de demência (Ribeiro, 1999; Yeh & Liu, 2003) e problemas de saúde em geral (Ribeiro, 1999). Esta vulnerabilidade aumenta o risco de institucionalização, de acordo com as investigações apresentadas no Quadro 8.

Se por um lado, Findlay & McLaughlin (2005) e Musaiger & D'Souza (2008) referem que nas pessoas mais velhas o nível de actividade é um preditor de sobrevivência, por outro, estar activo física e mentalmente é uma condição associada à saúde e ao envelhecimento bem sucedido (Arve et al., 2009).

Spirduso et al. (2005), centram-se no *physical aging*, por ser essencial em outras dimensões da vida, tais como, a dimensão cognitiva, psicológica, social e espiritual. Os idosos mais dependentes, à partida têm uma qualidade de vida mais reduzida (Sousa et al., 2003), sobretudo com idade mais avançada e problemas de saúde (Pereira et al., 2006). Em consequência têm menor capacidade adaptativa, menor Satisfação com a Vida e maior vulnerabilidade para a institucionalização.

De referir que o excesso de assistência seja por parte da família, seja por parte das instituições (Findlay & McLaughlin, 2005; Izal, Montorio, Márquez, & Losada, 2005; Ramos, 2002) conduz à dependência, depressão, a um declínio físico muito rápido (Bernal & Barbero, 2002) e a queixas relativamente à memória (Fernández-Ballesteros et al., 1998). É o que Baltes & Walsh (1992, citados por Izal et al. 2005) denominam por *dependency behavioral system*.

Em contrapartida, o exercício está associado à melhoria do humor das pessoas mais velhas, a um melhor funcionamento neuro cognitivo (Paúl, 1997), à prevenção de patologias e quedas e a manutenção da sociabilidade do indivíduo. Parece haver uma correlação entre exercício e longevidade (Spirduso et al., 2005). Fontaine (2000) sugere o exercício e a actividade para a promoção do bem-estar. Assim, o exercício é um factor de predição de uma velhice óptima e pode manter o nível de independência, atrasando a institucionalização.

Não obstante a ideia de institucionalização por necessidade, seja social, física, saúde ou outro tipo, Grundy & Jitlal (2007) fazem referência a um grupo de pessoas que recorrem à institucionalização sem qualquer tipo de incapacidade, embora seja um grupo muito restrito.

E. Satisfação com a Vida na velhice e institucionalização

É importante reflectir sobre as funções institucionais, porque, de acordo com Santana et al. (2006), apresentam-se de forma ambivalente. Por um lado, proporcionam segurança/isolamento e, por outro lado, as consequências da institucionalização podem ser negativas para os mais velhos. A adaptação na institucionalização depende de variáveis psicológicas e sociais que afectam a sua predisposição e capacidade de adaptação do indivíduo; saúde física e mental, podendo influenciar a sua funcionalidade nas actividades diárias, numa fase em que se assiste à sua diminuição (Bernal & Barbero, 2002; Gonçalves, 2007b).

Tal como é apresentado no Quadro 9, as características sócio demográficas podem estar relacionadas com a Satisfação com a Vida.

A condição económica pode condicionar a Satisfação com a Vida (Borg et al., 2006; Fagerström et al., 2007; Iwatsubo et al., 1996; Sierra et al., 2004; Sequeira & Silva, 2002; Zhang & Yu, 1998) por contribuir para o nível das condições (vida/velhice), para o nível de actividade e interacções sociais.

Têm ainda um papel pertinente na satisfação, as experiências de vida (Gonçalves, 2007b; Železnik, 2007) e acontecimentos stressantes (Železnik, 2007), pela solidão, ausência de suporte social, ajuda informal e a auto – estima (Fagerström et al., 2007).

O nível de Satisfação com a Vida pode ser afectado com a mudança para o lar. Se esta mudança for de forma brusca, pode alterar dramaticamente a vida das pessoas mais velhas e influenciar a adaptação e o seu bem-estar subjectivo (Liu & Tinker, 2003; Scocco et al., 2006). De acordo com Nussbaum et al. (2000) esta mudança para o lar “*suggests that the trauma of being in new surroundings reduces longevity*” (p. 276).

O bem-estar subjectivo é importante na competência adaptativa do residente, enquanto maneira positiva/negativa de experienciar a vida (Simões, 1992). As instituições devem por isso, coadunar os serviços às características e necessidades das pessoas admitidas, porque o bem-estar envolve abertura à experiência e flexibilidade comportamental (Figueiredo, 2007).

A inadaptação na institucionalização, pode significar dependência (Ximenes & Côrte, 2006), segregação, ausência de poder e liberdade (Mendonça, 2006; Paúl, 1997; Sousa et al., 2003), inutilidade e falta de domínio ou senso de controlo (Findlay & McLaughlin, 2005; Gu et al., 2007; McAuley & Travis, 2000; Železnik, 2007).

Quadro 9
Indicadores relacionados com a Satisfação com a Vida

Indicadores	Autores/Investigações
Características sócio – demográficas: a idade, género, nível de educação, estado civil	Borg et al. (2006); Fagerström et al. (2007); Helliwell & Putman (2004); Iwatsubo et al. (1996); Sierra et al. (2004); Zhang & Yu (1998)
Estilo de vida: experiências, expectativas, valores pessoais	Gonçalves (2007b); Železnik (2007)
Personalidade	Borg et al. (2006); Fagerström et al. (2007)
Existência de boas relações e cuidados familiares	Borg et al. (2006); Gonçalves (2007b); Muzamil & Masood (2008); Ribeiro (1999); Sequeira & Silva (2002); Zhang & Yu (1998); Železnik (2007)
Qualidade das relações sociais	Borg et al. (2006); Couto (2005); Fernández-Ballesteros et al. (1998); Holmén & Furukawa (2002); Iwatsubo et al. (1996); Paúl (2005); Zhang & Yu (1998); Železnik (2007)
Capacidade funcional e o controlo percebido	Borg et al. (2006); Borg et al. (2008); Fagerström et al. (2007); Figueiredo (2007); Zhang & Yu (1998); Železnik (2007)
Estado de saúde óptimo: saúde física, mental e saúde percebida	Borg et al. (2006); Borg et al. (2008); Fagerström et al. (2007); Fernández-Ballesteros et al. (1998); Figueiredo (2007); Frijters et al. (2005); Helliwell & Putman (2004); Holmén & Furukawa (2002); Iwatsubo et al. (1996); Muzamil & Masood (2008); Paúl (2005); Ribeiro (1999); Sequeira & Silva (2002); Zhang & Yu (1998); Železnik (2007)
Condição financeira favorável	Borg et al. (2006); Borg et al. (2008); Fagerström et al. (2007); Iwatsubo et al. (1996); Sequeira & Silva (2002); Sierra et al. (2004); Zhang & Yu (1998)
Nível de actividade nas pessoas institucionalizadas: ocupação, lazer e diminuição da solidão	Borg et al. (2006); Gonçalves (2007b); Iwatsubo et al. (1996); Pereira et al., (2006); Sequeira & Silva (2002)
Poder de decisão (<i>empowerment</i>), percepção de auto – controlo, liberdade de escolha	Findlay & McLaughlin (2005); Tu et al. (2006); Železnik (2007)

A Satisfação com a Vida é um conceito abrangente, na medida em que pode haver uma correlação bastante significativa entre a dimensão social, económica, mental, física e a realização das AVDs da pessoa mais velha e a sua Satisfação com a Vida (Borg et al., 2006).

1. Suporte social, família e Satisfação com a Vida

A Satisfação com a Vida pode ser reduzida na institucionalização, quando o motivo de admissão é a ausência de suporte social, agravada com o distanciamento entre o residente e os seus familiares (Santana et al., 2006). O distanciamento é, frequentemente, devido à separação geográfica, que condiciona a frequência de visitas/apoio (Oliveira, 2008a). Esta insatisfação com a institucionalização pode provocar sentimentos de perda de identidade, dos objectos pessoais/privacidade e abandono (Liu & Tinker, 2003; Lubinski, 2006; McAuley & Travis, 2000; Nussbaum et al., 2000).

Ribeiro (1999) refere que a família é o elemento de maior pertinência no fornecimento de suporte social nos mais velhos e na sociedade portuguesa esta continua a ser a principal fonte de suporte social. Por isso, é que as pessoas mais velhas, na presença de problemas/incapacidades recorrem em primeiro lugar aos familiares mais próximos e na sua ausência recorrem aos serviços formais, como já se mencionou anteriormente.

A Satisfação com a Vida associada ao suporte social, conforme é apresentado no Quadro 9, refere-se ao sentimento de utilidade e nível de ajuda percebida pela pessoa mais velha (Ribeiro, 1999). Perante as expectativas de ajuda (Oliveira, 2008b) não correspondidas ou inexistentes, há apatia, desmotivação e carência. Para Lai et al. (2005) há menos proveitos na vida, considerada pouco significativa e satisfatória (Zeleznik, 2007).

Além da importância do apoio e relação familiar (Paúl, 1997; Paúl et al., 2005) na decisão, Nussbaum et al. (2000) analisa várias investigações, referindo que, se a entrada for voluntária, preparada e não imposta, a Satisfação com a Vida é mais elevada e o tipo de perdas (pessoais e materiais) é menos significativo. A questão que se coloca é que, a família continua a ter o papel principal na decisão de admissão. A grande maioria das pessoas mais velhas não só não vem por opção, como mostra alguma relutância e contrariedade relativamente à institucionalização (Liu & Tinker, 2001; Scocco et al., 2006). O que significa que, a existência de uma boa relação familiar, leva os residentes a sentirem-se mais satisfeitos

com a vida (Sequeira & Silva, 2002). Conforme é apresentado no Quadro 9, a relação familiar e o poder de decisão não são os únicos indicadores de Satisfação com a Vida.

2. Capacidade funcional, autonomia e Satisfação com a Vida

As relações sociais e o ambiente têm influência na saúde e no comportamento das pessoas institucionalizadas (Fernández-Ballesteros et al., 1998; Frijters et al., 2005). As relações sociais e a saúde são preditores de Satisfação com a Vida (Holmén & Furukawa, 2002; Sequeira & Silva, 2002) (Quadro 9). Qualquer uma delas, está fortemente comprometida nos indivíduos institucionalizados, tendo em conta que, se observa o seu declínio com a idade e conseqüentemente são motivos de admissão, como foi possível observar no ponto anterior.

As relações sociais relacionam-se com a realização das AVDs e com maior capacidade funcional (Gonçalves, 2007b; Borg et al., 2006). Grande parte dos indivíduos, como entra para os lares com algum nível de dependência, apresentam, por isso, um nível de Satisfação com a Vida mais reduzido (Borg et al., 2008), como é referido nas investigações apresentadas no Quadro 9. A capacidade funcional diminui com a idade e problemas de saúde e o processo de institucionalização pode provocar uma mudança no estilo de vida e pode aumentar ainda mais o nível de dependência (Liu & Tinker, 2001).

Esta ideia é muitas vezes reforçada pelos profissionais nas instituições sobretudo de longa permanência (Izal et al., 2005), na forma de tratamento, acomodação (Findlay & McLaughlin, 2005) e relação entre as expectativas de quem presta os cuidados e o comportamento individual (Izal et al., 2005).

O suporte emocional e instrumental dos profissionais dos lares é um preditor na Satisfação com a Vida (Jan & Masood, 2008). As pessoas mais velhas podem apresentar melhores aptidões ao sentirem que outros acreditam nelas (Lubinski, 2006; Izal et al., 2005).

A ajuda prestada por parte destes profissionais, deve ser acompanhada pela promoção da independência, o respeito pelas escolhas individuais que são valores que sustentam a autonomia percebida (Matsui & Capezuti, 2008; Nussbaum et al., 2000). Hwang, Lin, Tung & Wu (2006), referem na sua análise que a autonomia depende de pessoa para pessoa, do facto do contexto a estimular ou não, da preservação da dignidade, da integridade pessoal

conseguida, da participação em actividades sociais, da qualidade de vida e envelhecimento bem sucedido e da diminuição da mortalidade.

Neste seguimento, o modelo ecológico de adaptação de Lawton (1998, citado por Izal et al., 2005), centra-se no equilíbrio entre a adaptação da competência individual à pressão do ambiente, porque é fulcral na adaptação, autonomia e na Satisfação com a Vida (Sequeira & Silva, 2002). Desta forma, a qualidade dos serviços (Matsui & Capezuti, 2008; Paúl, 2005) e as condições atractivas do espaço (Fernández-Ballesteros et al., 1998) são importantes na percepção do residente.

A rotina de regras, ordens e horários (Ximenes & Côrte, 2006), imposta, por serviços desfasados das necessidades, por uma questão de gastos, pela falta de tempo e dedicação para a satisfação dessas necessidades (Tu et al., 2006), aumentam o nível de solidão, depressão (Costa, 2005) e isolamento (Paúl, 1997) e não desenvolve o que Tu et al., (2006) referem como *empowerment care*. Este define-se como poder de decisão sobre a própria vida e realização autónoma dos cuidados (Tu et al., 2006). Esta é outra questão pertinente, como é apresentada no Quadro 9, também associada à Satisfação com a Vida das pessoas mais velhas institucionalizadas (Železnik, 2007), na medida em que como já se abordou, o excesso de ajuda pode levar à dependência e ao declínio cognitivo.

O primeiro passo para promover a independência e autonomia, partindo das investigações analisadas por Tu et al. (2006), é o reconhecimento deste *empowerment* e da sua importância na liberdade de escolha. Os mesmos autores referem como exemplo de poder e promoção do controlo dos indivíduos, o envolvimento dos utentes nos seus cuidados e o esclarecimento de informações pertinentes, por parte dos profissionais de saúde. Pode ajudar a manter o controlo pessoal e melhorar a saúde física. O que leva a crer que o grau de decisão nas pessoas institucionalizadas também condiciona a sua satisfação (Quadro 9).

As características ambientais são também, de acordo com Fernández-Ballesteros (2000, citado por Duarte & Paúl, 2006-2007), condição *sine qua non* para a adaptação no processo de institucionalização. O Modelo Ecológico Comportamental de Fernández-Ballesteros et al. (1998) acrescenta o factor tempo (social/histórico/pessoal) e a dimensão psicossocial e económica do espaço (Santana et al., 2006) que afectam o contexto e as próprias condições pessoais. De acordo com Duarte & Paúl (2006-2007),

“a saúde ou qualquer outro tipo de conduta (comportamental), por exemplo: o bem estar e o nível de satisfação, pode ser explicado em função da interacção entre as

condições pessoais e as circunstâncias contextuais e ambientais – características física e arquitectónicas, organizativas e sociodemográficas” (p. 19).

A percepção negativa dos profissionais, o baixo nível de expectativas de auto-controlo e adaptação das pessoas mais velhas (Paúl, 2005), o desenraizamento e a não identificação com o espaço, levam-nas a apresentar um comportamento mais negativo e de insatisfação (Fagerström et al., 2007; Sequeira & Silva, 2002). Esta dinâmica limita a iniciativa, o tipo de actividades, o tempo e esforço da realização das mesmas. Pode implicar, do mesmo modo uma perda de interesses, capacidades, envolvimento, responsabilização e a ideia de constante necessidade de ajuda (Findlay & McLaughlin, 2005; Izal et al. 2005; Ximenes & Côte, 2006). Contrária ao poder de decisão crucial na satisfação.

O poder de decisão combinado com ocupação diária parece facilitar a motivação do residente, influenciando o seu bem-estar físico e mental (Gonçalves, 2007b). A falta de empenho e a limitação na ocupação pode levar à dependência, passividade e depressão, agravando as incapacidades funcionais e a sua saúde. O que significa que a ocupação diária pode ser determinante na Satisfação com a Vida, como se apresenta no Quadro 9 e pode ser um factor de integração social (Sequeira & Silva, 2002).

Em suma, a revisão de estudos e perspectivas exposta vem mostrar que há uma maturação gradual dos mecanismos de defesa ao longo da vida (Silva, 2005), que requerem uma reorganização adaptativa e transformação dos meios e fins (Baltes et al., 1999). Quem está institucionalizado, segundo Goffman (1987, citado por Araújo et al., 2006) desenvolve diferentes estratégias de *coping* de adaptação ao contexto e nas relações interpessoais. Assim, quem faz o processo de optimização selectiva por compensação, consegue ter maior resiliência para lidar melhor com as perdas e com a mudança para o lar e desta forma ter um envelhecimento bem sucedido.

Para isso, é necessária uma intervenção multidisciplinar, numa perspectiva comunitária, que permita envolver a família e manter a ligação com a sociedade. A construção de um espaço colectivo de cidadania e de saúde para a promoção da autonomia e mobilidade são estratégias que podem facilitar a institucionalização, promover a qualidade e Satisfação com a Vida (Torralba, 2006) e minimizar o stress provocado por acontecimentos traumáticos ou vicissitudes da vida (Oliveira, 2008a). Estas estratégias devem ser conseguidas com um

trabalho conjunto de diálogo entre profissionais e residentes (Santana et al., 2006; Tu et al., 2006), através da concepção de um programa de acolhimento.

Nesta linha, Arroteia e Cardoso (2006, citados por Oliveira, 2008b), focalizam ainda a responsabilidade social e maior solidariedade intergeracional numa perspectiva de maior participação cívica. De acordo com a revisão de Oliveira (2008b), o contacto intergeracional é importante porque as crianças alteram positivamente as suas concepções sobre a velhice.

Neste sentido, este estudo propõe-se analisar “Quais os motivos e factores de institucionalização em lar e avaliar a Satisfação com a Vida de idosos da Cova da Beira a residir em lares da terceira idade.

A pertinência deste estudo afirma-se por um lado, pelo aumento do número de pessoas mais velhas e pela mudança do conceito do envelhecimento, por outro, pelo aumento da utilização dos serviços formais e conseqüentemente custos cada vez mais elevados.

Trata-se de um estudo inovador na medida em que possibilita caracterizar a população mais velha institucionalizada na região da Cova da Beira, conhecer os seus motivos de institucionalização e alguns aspectos do seu quotidiano que podem estar relacionados com a sua Satisfação com a Vida. Para tal, parte-se da perspectiva de que o bem - estar e a Satisfação com a Vida após a institucionalização dependem, numa perspectiva ecológica, das condições ambientais (físicas, sociais, psicológicas, sócio-educativas, entre outras) proporcionadas pelas instituições. Dependem também da percepção que cada um faz sobre o seu processo sócio-cultural, da sua saúde e capacidade.

Capítulo III: Parte Empírica

III.1. Objectivos

O objectivo geral deste estudo é conhecer os motivos e factores de institucionalização em lar e avaliar a Satisfação com a Vida de idosos da Cova da Beira a residir em lares da terceira idade.

Os objectivos específicos deste estudo são:

- 1.** Descrever os motivos que levaram os sujeitos a recorrer à institucionalização em lar;
- 2.** Avaliar os níveis de Satisfação com a Vida dos sujeitos;
- 3.** Averiguar se existem diferenças na Satisfação com a Vida das pessoas mais velhas institucionalizadas comparativamente entre idades, géneros, estados civis e níveis sócio económicos;
- 4.** Analisar a relação entre os motivos de institucionalização e a Satisfação com a Vida dos sujeitos;
- 5.** Explorar quem tomou a decisão de institucionalização em lar;
- 6.** Analisar a relação entre a decisão de institucionalização e a Satisfação com a Vida;
- 7.** Caracterizar os níveis de ocupação dos sujeitos;
- 8.** Averiguar se os sujeitos participam em actividades no lar e identificar o tipo de actividades realizadas;
- 9.** Analisar a relação entre o nível de ocupação e a Satisfação com a Vida dos sujeitos;
- 10.** Averiguar se os sujeitos têm ou não visitas e a frequência das mesmas;
- 11.** Identificar quem visita os sujeitos;
- 12.** Analisar a relação entre as visitas e frequência das mesmas e a Satisfação com a Vida dos sujeitos;
- 13.** Avaliar a percepção da saúde dos sujeitos;
- 14.** Analisar a relação entre percepção do nível de saúde e a Satisfação com a Vida dos sujeitos;
- 15.** Averiguar se os sujeitos percebem se tomam ou não decisões sobre a sua vida e averiguar a frequência das mesmas;
- 16.** Analisar a relação entre o poder de decisão e a Satisfação com a Vida dos sujeitos;
- 17.** Caracterizar os níveis de satisfação com a família dos sujeitos;

18. Analisar a relação entre a Satisfação com a Família e a Satisfação com a Vida dos sujeitos;

19. Explorar a opinião dos sujeitos sobre as características que um lar deve apresentar para poder ser considerado "bom".

III.2. Amostra, material e método

F. Participantes

A amostra é constituída por 224 sujeitos institucionalizados em lar, sendo 154 (68,8%) do sexo feminino e 70 (31,2%) do sexo masculino. A idade varia entre 65 e mais de 85 anos, como se pode observar no Quadro 10.

Todos os sujeitos deste estudo residem em lares da região da Cova da Beira, tendo sido recolhidos dados em 13 instituições. Dos sujeitos inquiridos, 176 (78,6%) são naturais do concelho, 48 (21,4%) não pertencem ao concelho.

No que diz respeito aos filhos, 173 (77,2%) sujeitos têm filhos, entre 1 e 7 filhos e 1 e 6 filhas, e 51 (22,8%) não têm. A média de filhos situa-se nos 1,93 (mediana:2; moda:1; DP: 1,191) e das filhas é de 1,83 (mediana:1; moda:1; DP: 1,072). No que diz respeito à residência dos filhos, a grande maioria 15,2% reside no concelho, 10,7% em outra cidade e 28,6% residem em dois locais diferentes, que podem ser o concelho, região, outra cidade e outro país.

Relativamente à profissão 23 sujeitos foram domésticos, 2 sujeitos pertencem ao grupo dos técnicos e profissionais de nível intermédio (G3). Vinte e três pertenceram ao pessoal administrativo e similares (G4), 14 trabalharam nos serviços e vendedores (G5); 85 foram agricultores e trabalhadores qualificados da agricultura e pescas (G6); 35 foram operários, artífices e trabalhadores similares (G7); 26 foram operadores de instalações e máquinas e trabalhadores da montagem (G8); e 12 pertencem ao grupo dos trabalhadores não qualificados. Nenhum dos sujeitos pertence ao G1: quadros superiores da administração pública, dirigentes e quadros superiores de empresa e ao G 2: especialistas das profissões intelectuais e científicas.

Relativamente à institucionalização, 55 sujeitos usufruíam de serviços formais antes da institucionalização e 169 não usufruíam. Dos 224 sujeitos, 53 encontram-se institucionalizados há 1 ano, 79 entre 2-5 anos, 35 entre 6-9 anos, 17 há 10 ou mais anos e 40 não se lembra.

O seu nível sócio económico é avaliado como muito fraco para 9 sujeitos, fraco para 57, normal para 115, elevado para 38 e muito elevado para 5 sujeitos, conforme o Quadro 10. A prestação é paga pelos filhos para 8 inquiridos, por instituições para 1, pelo próprio para

110, pelo próprio com a ajuda dos familiares para 88, por outros para 2 e pelo próprio e por instituições para 14 inquiridos.

O processo de institucionalização em 5 instituições teve um programa de acolhimento para 84 dos inquiridos.

Quadro 10

Distribuição das variáveis sócio-demográficas (n=224)

	<i>n</i>	<i>%</i>
<i>Idade</i>	224	100
65/74	27	12,1
75/84	87	38,8
+ 85	110	49,1
<i>Género</i>	224	100
Feminino	154	68,8
Masculino	70	31,2
<i>Naturalidade</i>	224	100
Concelho	176	78,6
Fora concelho	48	21,4
<i>Estado Civil</i>	223	99,6
Solteiro	24	10,7
Casado	39	17,4
Viúvo	157	70,1
Divorciado	3	1,3
<i>Escolaridade</i>	224	100
Sem Escolaridade	71	31,7
Outro	2	0,9
Ler/Escrever	15	6,7
1º ciclo incomp.	82	36,6
1º ciclo completo	48	21,4
3º ciclo	1	0,4
Curso técnico	1	0,4
Secundário	3	1,3
Curso superior	1	0,4
<i>Filhos</i>	224	100
Sim	173	77,2
Não	51	22,8
<i>Profissão</i>	220	98,2
Doméstica	23	10,3
G 3	2	0,9
G 4	23	10,3
G 5	14	6,2
G 6	85	37,9
G 7	35	15,6
G 8	26	11,6
G 9	12	5,4
<i>Nível Socioeconómico</i>	224	100
Muito Fraco	9	4,0
Fraco	57	25,4
Normal	115	51,3
Elevado	38	17,0
Muito Elevado	5	2,2

Este programa traduziu-se em acompanhamento na adaptação; acompanhamento nocturno e psicológico; actividades de animação; actividades e dinâmicas grupais; apresentação das instalações; conversa com a família; ficha de inscrição; plano colectivo; e plano individual. As restantes instituições não têm qualquer tipo de programa de acolhimento, que corresponde a 140 sujeitos.

G. Material

Partindo da análise da literatura e investigações, considerou-se que o instrumento a utilizar seria o inquérito por questionário. Pretendia-se obter representatividade, generalizar os dados (Afonso, 2005b; Bell, 1997; Fernandes, 1991) e averiguar a existência de relação objectiva entre factores (Quivy & Campenhoudt, 1992).

O questionário foi considerado o mais adequado para obter os dados necessários para a investigação pela dificuldade de concisão que grande parte dos sujeitos poderia apresentar nas respostas e por facilitar “o acesso a um número elevado de sujeitos e a contextos diferenciados” (Afonso, 2005a, p. 101).

Deste modo foram construídos, no âmbito deste estudo, dois questionários sobre a institucionalização, a seguir apresentados. Um dos questionários era dirigido aos sujeitos institucionalizados, e outro, também sobre as pessoas mais velhas, era respondido um técnico da instituição, uma vez que se reportava a aspectos mais administrativos.

Questionário sobre os factores relacionados com a institucionalização na velhice: pessoas mais velhas institucionalizadas

O inquérito por questionário (cf. Anexo 1) está dividido em 5 partes.

A primeira parte refere-se aos dados sócio demográficos: idade, género, naturalidade, estado civil, escolaridade, número de filhos e filhas, a residência dos filhos, profissão e a utilização de serviços formais antes da institucionalização. Ainda nesta primeira parte, nas observações, foi incluída a questão sobre a utilização de serviços formais imediatamente antes da admissão, pela sua referência na literatura. Nesta investigação foram considerados serviços formais permanentes, tais como, o centro de dia e apoio domiciliário e serviços temporários, como os serviços de saúde. Neste caso, refere-se à hospitalização.

A segunda parte do questionário refere-se ao processo de institucionalização e situação actual da pessoa mais velha institucionalizada. As questões eram de resposta tipo Likert, de resposta categórica e resposta aberta. O objectivo era conhecer o tempo de permanência em lar, os motivos de institucionalização, a decisão de institucionalização, o nível de ocupação no quotidiano, em que tipo de actividades participa, as visitas, a avaliação da saúde e o poder de decisão dos sujeitos. A realização destas questões justifica-se pela necessidade de perceber a percepção que os sujeitos têm sobre si próprios, sobre a sua institucionalização, sobre o seu nível de ocupação e nível de saúde, sobre a sua interacção social e sobre o seu poder de decisão. Esta percepção, de acordo com a literatura, revela-se pertinente ao nível de Satisfação com a Vida e na visão sobre a velhice. Estas perguntas reflectem alguns dos indicadores de Satisfação com a Vida.

A terceira parte do questionário é composta pela sub-escala de Satisfação com a Família da Escala de Satisfação com o Suporte Social de Pais Ribeiro (1999). Esta sub-escala é constituída por 5 itens e é de resposta tipo Likert, de 1 a 5, em que 1 corresponde a *discordo totalmente*, e 5 a *concordo totalmente*. O objectivo da integração desta sub-escala é avaliar a satisfação com a forma como o sujeito se relaciona com a família, com a quantidade de tempo que passa com a família, e com o que faz em conjunto com a mesma. A aplicação desta escala deveu-se ao peso que a família tem em todo o processo de envelhecimento. Pode destacar-se, o apoio informal a prestar, a decisão de institucionalização, a continuidade da relação após a admissão em lar e o poder de decisão da pessoa mais velha, entre outros. Todos estes elementos são condicionantes, de acordo com a revisão da literatura, para o envelhecimento bem sucedido e conseqüentemente para uma boa ou má adaptação na institucionalização. Como foi referido ao longo deste estudo a família é um factor de peso na Satisfação com a Vida. Esta ainda continua a ser a fonte principal na prestação de cuidados informais.

A quarta parte do questionário é composta igualmente por uma escala. Esta escala é a Escala de Satisfação com a Vida de Simões (1992), adaptada de Dierner et al (1985). A escala é constituída por 5 itens e é de resposta tipo Likert, de 1 a 5, em que 1 corresponde a *discordo muito*, e 5 a *concordo muito*. O objectivo é avaliar a Satisfação com a Vida dos sujeitos institucionalizados. Pretende-se avaliar se a vida se parece em quase tudo com o que se desejaria que ela fosse, se as condições de vida são muito boas, se está satisfeito com a vida, se até agora tem conseguido as coisas importantes da vida que desejaria; e se pudesse recomeçar a vida, não mudaria quase nada. Com a aplicação desta escala pretende-se

igualmente, de acordo com os objectivos do estudo, relacionar factores, questionados anteriormente, considerados pertinentes para a Satisfação com a Vida dos sujeitos.

A quinta parte apresenta uma questão de resposta aberta referente à opinião sobre um lar da terceira idade para ser bom como é que deve ser. O que se pretende é conhecer a opinião que os sujeitos têm sobre os lares em geral, sobre o seu próprio lar. Esta questão foi colocada a título exploratório e pretende explorar opiniões que podem ser úteis para a organização geral das instituições e para os programas de acolhimento.

Questionário sobre os factores relacionados com a institucionalização na velhice: técnico

Construiu-se ainda outro inquérito por questionário dirigido técnicos das instituições que está dividido em três partes, conforme se pode observar no Anexo 2. Este inquérito era destinado a responsáveis dos lares, que por norma são técnicos sociais e solicita informações de carácter mais administrativo que eram de mais difícil recolha junto do próprio utente.

A primeira parte do inquérito diz respeito à data de admissão, para confirmar a data apresentada no inquérito das pessoas institucionalizadas.

A segunda parte refere-se à avaliação que o técnico faz sobre a situação socio-económica do utente e quem paga a prestação do lar. O objectivo destas questões é conhecer o nível sócio-económico das pessoas mais velhas institucionalizadas, por ter sido considerado ao longo da literatura pertinente nas relações sociais, no estilo de vida e condições. É igualmente um indicador de Satisfação com a Vida. Com a questão sobre o pagamento da prestação pretende-se perceber que alternativas são utilizadas para se obter o pagamento dos lares. A despesa pública com os serviços formais aumentou, mas os custos aumentaram da mesma forma para as pessoas mais velhas e suas famílias.

Por último, a terceira parte do inquérito faz referência à existência ou não de um programa de acolhimento aquando da institucionalização e a forma como este é implementado. A relevância desta questão justifica-se com a necessidade de conhecer as estratégias para a adaptação das pessoas mais velhas que são admitidas em lar. Esta adaptação pode condicionar o nível de dependência, a Satisfação com a Vida e o envelhecimento bem sucedido. Foi ainda confirmada a idade.

De notar que após a construção dos dois inquéritos, foi feita uma aplicação do piloto, quer em sujeitos da amostra em estudo quer em um grupo com características semelhantes

(Afonso, 2005a; Bell, 1997). Para otimizar a sua eficácia, reformularam-se questões e retiraram-se outras questões não relevantes para o estudo.

H. Desenho da Investigação

O presente estudo pretende conhecer os motivos de institucionalização e avaliar a Satisfação com a Vida actual nas pessoas mais velhas institucionalizadas em lares da Cova da Beira participados pela Segurança Social.

Para tal, foi construído um estudo transversal, descritivo e correlacional, baseado em metodologias qualitativas e quantitativas (Fernandes, 1991). A utilização destas metodologias está em conformidade com os objectivos do estudo e deve-se à necessidade de haver um complemento entre metodologias.

I. Procedimento

Inicialmente o grupo de investigação baseou-se nos dados da Carta Social em Abril de 2008, sendo o número total de sujeitos institucionalizados em lares participados na Região da Cova da Beira nessa data, de 905 (concelho do Fundão, 239; concelho da Covilhã, 523; e concelho de Belmonte, 143).

Para definir a amostra, iniciou-se o primeiro contacto institucional em Julho de 2008, com uma carta a formalizar o pedido de autorização para a realização do estudo, com uma breve explicação dos objectivos.

Posteriormente foi realizado um contacto telefónico em Setembro de 2008 para a marcação de uma data para contacto presencial. O que se pretendia neste contacto presencial era esclarecer dúvidas, obter autorização e solicitar ao profissional que iria acompanhar que procedesse a uma avaliação dos sujeitos de acordo com os critérios da investigação e realizasse uma pré-sensibilização para se definir uma amostra.

Das 14 instituições contactadas aceitaram participar 13, que no total representavam 15 lares participados pela Segurança Social, de acordo com a Carta Social.

Os critérios de selecção da amostra foram ter mais de 65 anos de idade, por ser considerada a idade legal e porque a grande maioria das pessoas mais velhas só recorre à institucionalização em lar depois da passagem à reforma. Seria necessário estar

institucionalizado em lares compartilhados pelo Estado, há mais de 6 meses, por se considerar necessário ultrapassar a fase de adaptação. Os participantes do estudo deveriam ainda apresentar um grau de autonomia que permita a decisão de participar e responder às questões e não apresentar demência.

Na aplicação do instrumento esteve sempre presente a noção de neutralidade necessária e a ética da pesquisa, pela protecção e bem – estar dos sujeitos, o consentimento informado, o direito à não participação, a confidencialidade e o anonimato. Deste modo, antes de se iniciar a aplicação do inquérito, explicou-se sempre o objectivo do estudo, a questão do anonimato e da confidencialidade.

A aplicação do inquérito foi marcada no início de Novembro. Os questionários foram cross – seccionais, pois foram aplicados uma única vez, entre o mês de Novembro e Dezembro de 2008. Num número total de 873 sujeitos institucionalizados em lar, aquando da aplicação do instrumento, responderam 224.

A forma de recolha dos dados consistiu na administração indirecta (Quivy & Campenhoudt, 1992) e oral das perguntas, dada a grande percentagem de analfabetos, possível dificuldade de visão e interpretação e risco de divagação nas respostas. Algumas das questões poderiam causar algum tipo de constrangimento e também para garantir uma maior participação e fidedignidade na recolha da informação (Afonso, 2005b). As informações foram registadas directamente pelo investigador.

Dos 15 lares, em 4 foi necessário dividir as sessões para a aplicação do inquérito, ou porque o número de inquiridos era elevado ou porque surgiram contratemplos.

Em quase todos os Lares foi cedida uma sala para a aplicação individual do inquérito. Quando os sujeitos apresentavam algum nível de dependência, a aplicação era feita no quarto, em alguns casos individualmente, noutros na presença do companheiro por ter nível de dependência similar. Apenas em dois lares o inquérito foi aplicado no espaço comum de convívio, por não haver outro local. No entanto, não se observou influência de resposta, por serem perguntas demasiado específicas, nem constrangimento pela presença de outras pessoas. A maioria dos sujeitos estava a conversar ou a ver televisão.

Foi ainda necessário explicar a algumas pessoas o impedimento em participar, pela existência de critérios.

As dificuldades de aplicação do inquérito relacionaram-se com a dificuldade de audição e compreensão das questões. A probabilidade de divagação não se notou, porque as questões eram colocadas de forma a evitar uma possível morosidade com elementos desnecessários. Só se observou este tipo de dificuldade, para a grande maioria da amostra, na questão saúde. Os sujeitos, dada a importância deste elemento, em vez de avaliarem enumeravam as doenças que consideravam ter.

Outra dificuldade observada, que implicou diversas paragens durante a aplicação do inquérito, foi a vulnerabilidade emotiva. Em determinadas questões por serem delicadas ou por estar presente o sentimento de tristeza, um grupo razoável de sujeitos principalmente do sexo feminino, choraram.

Observaram-se ainda aproximadamente 10 desistências quando os sujeitos revelavam incapacidade em responder a grande parte das perguntas e quando se observava o não preenchimento dos requisitos definidos nos critérios. Os técnicos nem sempre tinham certeza do tempo de permanência em lar quando se iniciava a aplicação do inquérito.

O horário de aplicação dos questionários foi articulado com as rotinas institucionais, de modo a não alterar o funcionamento das instituições. A aplicação dos questionários foi efectuada durante a semana. Só na primeira instituição é que a aplicação do inquérito foi ao fim de semana pela proximidade geográfica e para observar o tempo necessário para a aplicação.

No inquérito destinado aos técnicos procedeu-se de igual forma. Para garantir as respostas dentro do prazo estabelecido e porque era necessário verificar algumas informações sobre os sujeitos, a administração do inquérito foi igualmente indirecta e oral. A informação foi registada pelo investigador.

J. Tratamento de dados

No tratamento dos dados foram usadas metodologias quantitativas e qualitativas.

As metodologias quantitativas destinaram-se ao tratamento das respostas às perguntas fechadas que recolhiam: dados sócio-demográficos, tempo de permanência em lar, nível de ocupação, participação em actividades, ter visitas e a sua frequência, nível de saúde, decisões e sua frequência, a sub-escala de satisfação com a família, a escala de Satisfação com a Vida, nível sócio-económico e ter programa de acolhimento. Para a análise das respostas, foram

utilizados processos de medida, análise estatística com o *Statistical Package for Social Sciences (SPSS)*, versão 16.0.

As metodologias qualitativas destinaram-se a tratar as questões abertas sobre os motivos de admissão, quem tomou a decisão de institucionalização, as actividades realizadas no lar, quem visita o utente, a opinião sobre o lar da terceira idade e sobre o programa de acolhimento. Foi realizada análise de conteúdo das respostas, fragmentação das mesmas por assuntos e registo da sua frequência. A categorização foi analisada por 2 elementos e a definição foi realizada por eliminação em concordância pelos mesmos.

Dada a complexidade e diversidade de respostas, foram criadas categorias e sub-categorias, como é apresentado nos Anexos 3,4,5,6,7,8. As categorias com uma frequência inferior a 5 foram incluídas na categoria “outros”.

Posteriormente ao registo da frequência das categorias passou-se ao tratamento estatístico destes dados com o *Statistical Package for Social Sciences (SPSS)*, versão 16.0.

As respostas relativas ao programa de acolhimento tiveram tratamento apenas qualitativo, por se pretender conhecer quais as estratégias para o processo de acolhimento.

Em relação ao tratamento estatístico dos dados, tanto das respostas às perguntas fechadas (itens do questionário) como das categorias resultantes da análise de conteúdo das categorias encontradas para as respostas abertas, foi feito o cálculo das estatísticas descritivas básicas (media, mediana, moda, pontuação máxima e mínima e desvio padrão).

A seguir, para avaliar se existiam diferenças significativas entre os grupos foram utilizados os testes One Way ANOVA e o *t*-student.

O teste One Way ANOVA foi utilizado porque permitia conhecer as diferenças estatisticamente significativas entre grupos relativamente às variáveis analisadas. Este teste destinou-se à comparação da média de três ou mais grupos (Howitt & Cramer, 2008b; Pallant, 2007). No teste ANOVA foram analisadas as médias; o desvio padrão; o grau de liberdade, entre grupos e intragrupos; o rácio; e o nível de significância.

O *t*-student destinou-se ao tratamento das respostas categóricas (género, sim/não, concelho e fora do concelho). Este teste enquadra-se no tratamento de comparação da média entre dois grupos diferentes relativamente à mesma variável (Howitt & Cramer, 2008a; Pallant, 2007). No *t*-student foram analisadas as médias; o desvio padrão; o grau de liberdade, entre grupos e intragrupos; o rácio; e o nível de significância.

Para avaliar a força da associação entre variáveis, utilizou-se o coeficiente de correlação de *Spearman*. Neste estudo permite descrever a direcção da relação linear entre as variáveis (Pallant, 2007) questionadas no inquérito e a Satisfação com a Vida. A importância deste teste centra-se na necessidade de procurar explicar a Satisfação com a Vida. No coeficiente de correlação de *Spearman* foram analisados o coeficiente de correlação entre variáveis e o nível de significância. Foram ainda utilizados os critérios de Cohen & Holliday (1982, citados por Poeschl, 2006), que avalia a correlação como muito baixa abaixo de 0 a 0,19, como baixa entre 0,20 a 0,30, como moderada entre 0,40 e 0,69, como elevada entre 0,70 e 0,89; e acima de 0,89 a correlação é avaliada como muito elevada.

III.4. Resultados

Os resultados serão apresentados de acordo com os objectivos estabelecidos para este estudo. Inicialmente serão descritos os motivos de admissão em lar e será analisada a sua relação com a Satisfação com a Vida. Serão caracterizados os níveis de Satisfação com a Vida dos sujeitos. Posteriormente serão explorados e caracterizados os factores que constituem este estudo e analisada a sua relação com a Satisfação com a Vida.

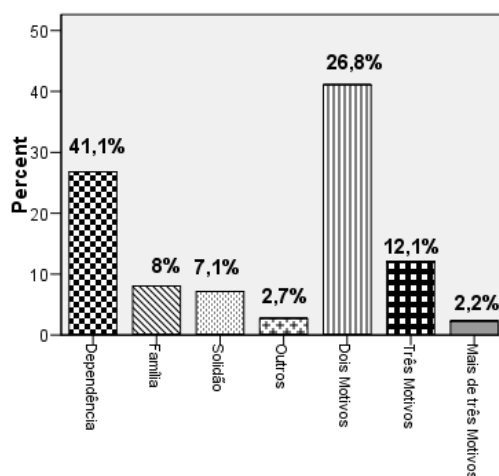
1. Descrever os motivos que levaram os sujeitos a recorrer à institucionalização em lar

No que diz respeito aos motivos de institucionalização, conforme apresentado na Figura 3, 60 inquiridos (41,1%), referiram a dependência. Dentro da “dependência” incluiu-se a dependência geral, incapacidade de realização das AVD’s, dependência e/ou problemas de saúde do cônjuge, institucionalização do cônjuge, problemas de saúde, sobrecarga dos cuidadores, como se pode consultar no Anexo 3.

Para 18 (8%) sujeitos a família é o motivo de institucionalização, tendo sido incluídos nesta categoria conflitos familiares, decisão familiar, falta de apoio e tempo/condições da família, conforme é apresentado no Anexo 3. Para 19 sujeitos (7,1%) a solidão é o motivo de institucionalização, como é apresentado na Figura 3.

Seis sujeitos (2,7%) referiram outros motivos: acesso a melhores condições, cansaço, dependência e/ou problemas de saúde de familiares, dificuldades económicas, distração, idade, liberdade, maus tratos, não poder trabalhar, não se lembra, ocupação, prestação de ajuda, problemas com vizinhos, reforma, regresso às origens (Anexo 3).

Figura 3
Resultados para os “Motivos de Institucionalização em Lar” em percentagem (n=224)



Alguns sujeitos referiram mais do que um motivo para a institucionalização. Noventa e dois sujeitos (26,8%) referiram dois motivos, 27 sujeitos (12,1%) apontaram três motivos e apenas 5 sujeitos (2,2%) apresentaram mais de três motivos, para a institucionalização, como se pode observar na Figura 3. A falta de condições habitacionais e a viuvez, outros dos motivos apresentados pelos sujeitos, estão incluídos nos dois, três ou mais de três motivos. Nunca apareceram como motivo único.

2. Avaliar os níveis de Satisfação com a Vida dos sujeitos

Dos 224 sujeitos, 12 não responderam à escala de Satisfação com a Vida. Dos participantes no estudo, 3 sujeitos (1,3%) obtiveram a pontuação mínima de 5, que significa *discordo muito* e 5 sujeitos (2,2%) tiveram a pontuação máxima de 25, que significa *concordo muito*, como se pode observar no Quadro 11. A média de Satisfação com a Vida é de 17,14 (DP= 4,92) e a Mediana observada é 18.

Quadro 11
Resultados para a Escala de Satisfação com a Vida (n=224)

Pontuação	n	%
5	3	1,3
6	2	,9
7	3	1,3
8	6	2,7
9	1	,4
10	6	2,7
11	8	3,6
12	13	5,8
13	11	4,9
14	9	4,0
15	14	6,2
16	15	6,7
17	11	4,9
18	17	7,6
19	16	7,1
20	17	7,6
21	13	5,8
22	10	4,5
23	16	7,1
24	16	7,1
25	5	2,2
Total	212	94,6

Tendo em conta que a escala não apresentava nenhum *scoring* formal de quantificação dos dados obtidos, nem tão pouco de comparação com uma tabela de aferição para a população portuguesa, optou-se por utilizar o critério da Mediana Teórica, pois este permite dividir teoricamente as pontuações esperadas em dois em torno do ponto de corte,

enquadrando-se, assim, acima desse ponto os participantes com níveis mais elevados de Satisfação com a Vida e abaixo desse ponto de corte, os participantes com níveis mais baixos Satisfação com a Vida. Sendo a Mediana Teórica de 15, constata-se que 66,8% dos sujeitos apresentam uma satisfação superior ou igual à Mediana Teórica, ou seja, níveis mais elevados de Satisfação com a Vida e 27,6% têm uma baixa Satisfação com a Vida. A comparação da Mediana Teórica (15) com a observada (18), indica que, globalmente, a sujeitos apresentam uma Satisfação com a Vida superior à esperada, segundo a mediana teórica.

3. Averiguar se existem diferenças na Satisfação com a Vida das pessoas mais velhas institucionalizadas comparativamente entre idades, géneros, estados civis e níveis sócio económicos

Da comparação das médias entre grupos etários relativamente aos níveis de Satisfação com a Vida, não se verificaram diferenças estatisticamente significativas $F(2, 209) = ,04$, entre grupos, como se pode observar no Quadro 12. Apesar de não serem dados significativos, a média dos sujeitos com idades entre 75 e 84 anos, de 17,25 (DP= 5,09) é a mais elevada e a média dos sujeitos com idade entre 65 e 74 anos, de 16,96 (DP=5,72) é a mais baixa.

Quadro 12

Resultado para a comparação entre grupos: idade, género, estado civil e nível sócio económico (n=224)

	Mean	Std. Dev	Df (B;W)	F	t	p
<i>Idade</i>			2;209	,04		NS
65/74	16,96	5,72				
75/84	17,25	5,09				
+ 85	17,10	4,59				
<i>Género</i>			210; 117,4		,02	NS
Feminino	17,00	4,90				
Masculino	17,48	5,00				
<i>Estado Civil</i>			3; 207	,63		NS
Solteiro	18,26	4,86				
Casado	16,91	4,91				
Viúvo	16,96	4,96				
Divorciado	19,50	,70				
<i>Nível sócio económico</i>			4; 207	,60		NS
Muito Fraco	15,77	5,19				
Fraco	17,22	4,72				
Normal	16,88	5,10				
Elevado	17,91	4,88				
Muito Elevado	18,80	3,11				

ANOVA: mean-média; Std. Dev- desvio padrão; DF (B;W)- grau de liberdade (entre grupos; intragrupos); F- ratio; t- t-student; p- nível de significância; NS= Não significativo

Da comparação das médias entre grupos do sexo feminino e os do sexo masculino relativamente aos níveis de Satisfação com a Vida, não se verificaram diferenças estatisticamente significativas $t(210; 117,4) = ,02$, entre grupos, como se pode observar no

Quadro 12. Ainda assim, a média dos sujeitos do sexo masculino, de 17,48 (DP= 5,00) é superior à média dos sujeitos do sexo feminino, de 17 (DP=4,90).

Da comparação das médias entre grupos com estado civil diferente relativamente aos níveis de Satisfação com a Vida, não se verificaram diferenças estatisticamente significativas $F(3, 207) = ,63$, entre grupos (Quadro 12). Apesar de não serem dados significativos, a média dos divorciados, de 19,50 (DP=,70) é a mais elevada e a média dos casados, de 16,91 (DP=4,91) é a mais baixa.

Da comparação das médias entre grupos com nível sócio económico diferente relativamente aos níveis de Satisfação com a Vida, não se verificaram, diferenças estatisticamente significativas $F(4, 207) = ,60$ entre grupos, como se pode observar no Quadro 12. A média dos sujeitos que são avaliados com o nível muito elevado, de 18,80 (DP= 3,11) é a média mais elevada e a média dos sujeitos que são avaliados com o nível muito fraco, de 15,77 (DP=5,19) é a média mais baixa.

4. Analisar a relação entre os motivos de institucionalização e a Satisfação com a Vida dos sujeitos

Da comparação das médias entre grupos com diferentes motivos de institucionalização relativamente aos níveis de Satisfação com a Vida, não se verificaram, diferenças estatisticamente significativas $F(6, 205) = ,95$, entre grupos, como se pode observar no Quadro 13.

Quadro 13
Resultado para a comparação entre grupos: motivos de institucionalização (n=224)

	Mean	Std. Dev	Df (B;W)	F	t	p
<i>Motivos de institucionalização</i>			6; 205	,95		NS
Dependência	16,37	5,00				
Família	17,44	2,72				
Solidão	15,56	5,48				
Outros	18,40	5,02				
Dois Motivos	17,37	5,38				
Três Motivos	18,20	3,63				
Mais de três Motivos	19,40	5,22				

ANOVA: mean-média; Std. Dev- desvio padrão; DF (B;W)- grau de liberdade (entre grupos; intragrupos); F- ratio; t- t-student; p- nível de significância; NS= Não significativo

5. Explorar quem tomou a decisão de institucionalização em lar

Relativamente à decisão, em 99 sujeitos (44,2%) foi a família que tomou a decisão de institucionalização, em 9 sujeitos (4%) foram instituições, em 92 (41,1%) foi o próprio, em 2 sujeitos (0,9%) foram outros e o próprio e instituições, em 18 (8%) foi o próprio e familiares e em 1 (0,4%) foram familiares e outros e o próprio, familiares e instituições conforme se observa no quadro 14.

Quadro 14
Resultados para a decisão de institucionalização (n=224)

	n	%
Família	99	44,2
Instituições	9	4,0
Próprio	92	41,1
Outros	2	,9
Familiares e outros	1	,4
Próprio e familiares	18	8,0
Próprio, familiares e instituições	1	,4
Próprio e instituições	2	,9

6. Analisar a relação entre a decisão de institucionalização e a Satisfação com a Vida

Da comparação das médias entre grupos com diferente decisão de institucionalização relativamente aos níveis de Satisfação com a Vida, não se verificaram, diferenças estatisticamente significativas $F(7, 204) = ,32$, entre grupos de acordo com o quadro 15.

Quadro 15
Resultado para a comparação entre grupos: decisão de institucionalização (n=224)

	Mean	Std. Dev	Df (B;W)	F	t	p
<i>Decisão de institucionalização</i>			7; 204	,32		NS
Família	16,85	5,02				
Instituições	15,37	3,85				
Próprio	17,39	5,05				
Outros	19,00	1,41				
Familiares e outros	17,00	.				
Próprio e familiares	17,77	4,917				
Próprio, familiares e instituições	19,00	.				
Próprio e instituições	18,00	5,65				

ANOVA: mean-média; Std. Dev- desvio padrão; DF (B;W)- grau de liberdade (entre grupos; intragrupos); F- ratio; t- t-student; p- nível de significância; NS= Não significativo

Apesar de não serem dados significativos, a média dos sujeitos que decidem em conjunto com os familiares e instituições a institucionalização, de 19 (DP=0) e outros, de 19 (DP=1,41) é a média mais elevada. A média dos sujeitos em que a decisão de institucionalização é feita pelas instituições, de 15,37 (DP= 3,85) é a média mais baixa.

7. Caracterizar os níveis de ocupação dos sujeitos

No seu quotidiano 157 inquiridos (70,1%) não estão nada ocupados e 2 (0,9%) estão muito ocupados, situando-se os restantes sujeitos em níveis intermédios, como se pode observar no Quadro 16. Não respondeu a esta questão, um sujeito.

Quadro 16
Resultado para a ocupação (n=224)

Escala de Ocupação	n	%
Nada Ocupado	157	70,1
Pouco Ocupado	26	11,6
Mais ou Menos Ocupado	20	8,9
Ocupado	18	8,0
Muito Ocupado	2	,9

8. Analisar a relação entre o nível de ocupação e a Satisfação com a Vida dos sujeitos

Da comparação das médias entre grupos com maiores e menores índices de ocupação relativamente à Satisfação com a Vida, verificaram-se diferenças estatisticamente significativas $F(4, 206) = 3,00$, para um $p < 0,05$, entre grupos de acordo com o Quadro 17.

A média dos sujeitos ocupados de, 19, 55 (DP= 3,74) é a mais elevada e a média dos sujeitos nada ocupados, de 16,40 (DP= 5,03) é a média mais baixa.

Quadro 17
Resultado para a comparação entre grupos: ocupação (n=224)

	Mean	Std. Dev	Df (B;W)	F	t	p	ρ^*	ρ
Ocupação			4; 206	3,00		<0.05	,22	$p < 0.001$
Nada Ocupado	16,40	5,03						
Pouco Ocupado	18,07	5,40						
Mais ou Menos Ocupado	19,05	3,26						
Ocupado	19,55	3,74						
Muito Ocupado	18,50	4,94						

ANOVA: mean-média; Std. Dev- desvio padrão; DF (B;W)- grau de liberdade (entre grupos; intragrupos); F- ratio; t- t-student; p- nível de significância; NS= Não significativo

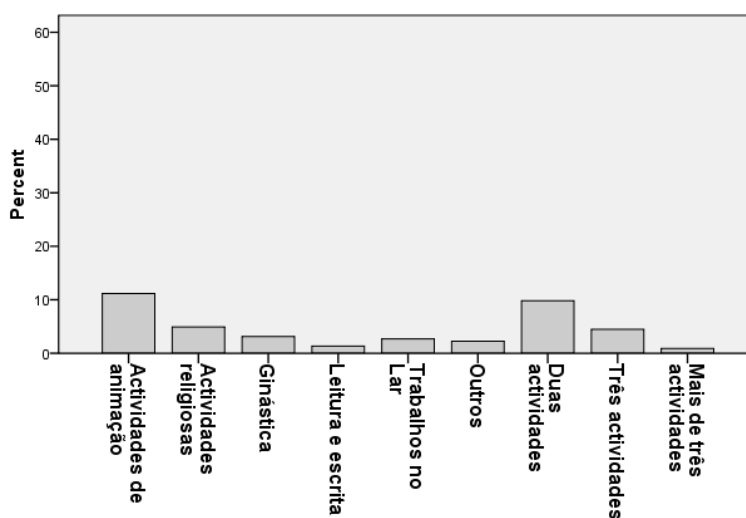
*Coeficiente de correlação de Spearman

O coeficiente de correlação de Spearman revelou uma correlação entre ocupação e Satisfação com a Vida ($\rho = ,22$; $p < 0.001$), que indica que quanto mais elevado o nível de ocupação, mais elevada é a Satisfação com a Vida, como se pode observar no Quadro 17. Contudo, a correlação é baixa, de acordo com Cohen & Holliday (1982, citados por Poeschl, 2006).

9. Averiguar se os sujeitos participam em actividades no lar e identificar o tipo de actividades realizadas

No que diz respeito às actividades realizadas no lar, 133 inquiridos participam (59,4%) e 91 (40,6%) não participa. Dos sujeitos que participam nas actividades, 25 (11,2%) participam nas actividades de animação, 11 (4,9%) nas actividades religiosas, 7 (3,1%) na ginástica, 3 (1,3%) na leitura e escrita, 6 (2,7%) nos trabalhos no lar, 5 (2,2%) nos outros, 22 (9,8%) participam em simultâneo em 2 actividades, 10 sujeitos (4,5%) em 3 e 2 (0,9%) sujeitos em mais de 3 actividades em simultâneo (Figura 4).

Figura 4
Resultado para as actividades realizadas em lar (n=224)



10. Averiguar se os sujeitos têm ou não visitas e a frequência das mesmas

Relativamente a visitas, 201 (89,7%) afirmam ter e 23 (10,3%) afirmam não ter. Dos sujeitos que referem ter visitas, 70 (31,2%) afirmam que raramente têm, 92 (41,1%) algumas vezes, 36 (16,1%) muitas vezes e 3 sujeitos referem ter sempre visitas, como se pode observar no quadro 18.

Quadro 18
Resultados para a distribuição da frequência das visitas (n=224)

	n	%
Visitas	224	100
Sim	201	89,7
Não	23	10,3
Freq. visitas	201	89,7
Raramente	70	31,2
Algumas vezes	92	41,1
Muitas vezes	36	16,1
Sempre	3	1,3

11. Identificar quem visita os sujeitos

Relativamente a quem é que visita os sujeitos, 3 (1,3%) afirma ser não familiares (vizinhos e amigos), 147 (65,6%) é a família, 50 (22%) refere os não familiares e a família e 1 (0,4%) sujeito afirma ser visitado pela família e por outros (Quadro 19).

Quadro 19
Resultados para quem visita os sujeitos (n=224)

	n	%
Não familiares	3	1,3
Família	147	65,6
Não familiares e família	50	22,3
Família e outros	1	,4

12. Analisar a relação entre as visitas e frequência das mesmas e a Satisfação com a Vida dos sujeitos

Da comparação das médias entre grupos que têm e não têm visitas relativamente à Satisfação com a Vida, não se verificaram diferenças estatisticamente significativas $t(210, 29,7) = ,97$, entre grupos de acordo com o Quadro 20. Apesar de os resultados não serem significativos, a média dos sujeitos que recebem visitas, de 17, 20 (DP= 5) é superior à dos sujeitos que não recebem visitas, de 16,69 (DP= 4,31).

Da comparação das médias entre grupos com frequência de visitas relativamente à Satisfação com a Vida, não se verificaram diferenças estatisticamente significativas $F(3, 186) = ,42$, entre grupos de acordo com o Quadro 20.

Quadro 20
Resultado para a comparação entre grupos: visitas e frequência de visitas (n=224)

	Mean	Std. Dev	Df (B;W)	F	t	p
Visitas			210; 29,7		,97	NS
Sim	17,20	5,00				
Não	16,69	4,31				
Frequências de Visitas			3; 186	,42		NS
Raramente	17,67	4,51				
Algumas vezes	16,91	5,24				
Muitas vezes	17,22	5,42				
Sempre	15,33	2,51				

ANOVA: mean-média; Std. Dev- desvio padrão; DF (B;W)- grau de liberdade (entre grupos; intragrupos); F- ratio; t- t-student; p- nível de significância; NS= Não significativo

Relativamente à frequência de visitas, a média dos sujeitos que recebem visitas raramente, de 17, 67 (DP=4,51) é a mais elevada e a média dos sujeitos que recebem visitas sempre, de 15, 33 (DP=2,51) é a mais baixa.

13. Avaliar a percepção da saúde dos sujeitos

Relativamente à percepção de saúde, 33 sujeitos (14,7%) avaliam-na como muito má e 3 (1,3%) como muito boa situando-se os restantes sujeitos em níveis intermédios (Quadro 21).

Quadro 21
Percepção sobre a saúde da pessoa mais velha (n=224)

Escala de saúde	n	%
Muito má	33	14,7
Má	78	34,8
Mais ou menos	82	36,6
Boa	27	12,1
Muito Boa	3	1,3

14. Analisar a relação entre percepção do nível de saúde e a Satisfação com a Vida dos sujeitos

Da comparação das médias entre grupos com maiores e menores índices de percepção de saúde relativamente à Satisfação com a Vida, verificaram-se diferenças estatisticamente significativas $F(4, 207) = 11,81$, para um $p < 0.001$, entre grupos de acordo com o Quadro 22.

A média dos sujeitos que consideram ter uma saúde boa, de 20,65 (DP=3,34) é a mais elevada e a média dos sujeitos que consideram ter uma saúde muito má, de 13,41 (DP= 4,89) é a média mais baixa.

Quadro 22
Resultado para a comparação entre grupos: percepção da saúde (n=224)

	Mean	Std. Dev	Df (B;W)	F	t	p	ρ^*	p
Saúde			4; 207	11,81		<0.001	,42	<0.001
Muito má	13,41	4,89						
Má	16,13	4,58						
Mais ou menos	18,32	4,51						
Boa	20,65	3,34						
Muito Boa	19,66	5,77						

ANOVA: mean-média; Std. Dev- desvio padrão; DF (B;W)- grau de liberdade (entre grupos; intragrupos); F- ratio; t- t-student; p- nível de significância; NS= Não significativo

*Coeficiente de correlação de Spearman

O coeficiente de correlação de Spearman revelou uma correlação estatisticamente significativa entre saúde e Satisfação com a Vida ($\rho = ,42$; $p < 0.001$), que indica que quanto mais elevada for a percepção sobre o nível de saúde, maior será a Satisfação com a Vida, como é apresentado no Quadro 22. Esta correlação é moderada de acordo com Cohen & Holliday (1982, citados por Poeschl, 2006).

15. Averiguar se os sujeitos percebem se tomam ou não decisões sobre a sua vida e averiguar a frequência das mesmas

No seu quotidiano 63 (28,1%) sujeitos consideram ter poder de decisão e 161 (71,9%) consideram não ter. Dos que afirmam ter poder de decisão, 3 (1,3%) afirmam ter algumas vezes e 52 (23,2%) referem ter sempre poder de decisão (quadro 23).

Quadro 23
Resultados para o poder de decisão (n=224)

	n	%
<i>Decisões</i>	224	100
Sim	63	28,1
Não	161	71,9
<i>Freq_ decisões</i>	63	28,1
Algumas vezes	3	1,3
Muitas vezes	8	3,6
Sempre	52	23,2

16. Analisar a relação entre o poder de decisão e a Satisfação com a Vida dos sujeitos

Da comparação das médias entre grupos com poder e sem poder de decisão relativamente à Satisfação com a Vida, não se verificaram diferenças estatisticamente significativas $t(210, 130,6) = 3,47$, entre grupos de acordo com o Quadro 24. Apesar de os resultados não se mostrarem significativos, a média dos sujeitos que percebem ter poder de decisão, de 18,17 (DP=4,40) é superior à dos sujeitos que não percebem ter poder de decisão, de 16,72 (DP=5,08).

Da comparação das médias entre grupos com frequência de poder de decisão relativamente à Satisfação com a Vida, não se verificaram diferenças estatisticamente significativas $F(2, 59) = 1,00$, entre grupos de acordo com o Quadro 24. A média dos sujeitos que afirma ter poder de decisão sempre, de 18,37 (DP=4,65) é a mais elevada e a média dos sujeitos que afirmam ter poder de decisão algumas vezes, de 14,66 (DP= 1,52) é a média mais baixa.

Quadro 24
Resultado para a comparação entre grupos: poder de decisão e frequência (n=224)

	Mean	Std. Dev	Df (B;W)	F	t	p
<i>Poder de decisão</i>			210; 130,6		3,47	NS
Sim	18,17	4,40				
Não	16,72	5,08				
<i>Frequência de decisão</i>			2; 59	1,00		NS
Algumas vezes	14,66	1,52				
Muitas vezes	18,25	2,76				
Sempre	18,37	4,65				

ANOVA: mean-média; Std. Dev- desvio padrão; DF (B;W)- grau de liberdade (entre grupos; intragrupos); F- ratio; t- t-student; p- nível de significância; NS= Não significativo

17. Avaliar os níveis de Satisfação com a Família dos sujeitos

Relativamente aos níveis de satisfação com a família, 14 sujeitos (6,2%) não responderam. Teve a pontuação mínima de 3, que significa *discordo totalmente*, 2 inquiridos (0,9%), por sua vez, 110 sujeitos (49,1%) obtiveram, a pontuação máxima de 15, que significa *concordo totalmente*, como se pode observar no Quadro 25. A média da satisfação com a família é de 13,55 (DP= 2,31) e a Mediana é de 15.

Quadro 25
Resultados para a Sub-Escala de Satisfação com a Família (n=224)

Pontuação	n	%
3	2	,9
6	3	1,3
7	6	2,7
9	2	,9
10	3	1,3
11	12	5,4
12	26	11,6
13	6	2,7
14	40	17,9
15	110	49,1
Total	210	93,8

Uma vez que a sub-escala de Satisfação com a Família não apresentava nenhum *scoring* formal de quantificação dos dados, nem tão pouco de comparação com uma tabela de aferição para a população portuguesa, optou-se por utilizar, mais uma vez, o critério da Mediana Teórica, que permite dividir teoricamente as pontuações esperadas em dois em torno do ponto de corte. Enquadrando-se, assim, acima desse ponto os participantes com níveis mais elevados de Satisfação com a Vida e abaixo desse ponto de corte, os participantes com níveis mais baixos Satisfação com a Vida. Como não foi encontrado um critério para interpretar os resultados obtidos ao nível da Satisfação com a Família, adoptou-se o critério da Mediana teórica. Sendo a Mediana Teórica de 10,5, constatamos que 88% dos sujeitos apresentam valores superiores ou iguais à mediana, ou seja, níveis mais altos de Satisfação com a Família e 5,8% têm pontuações inferiores à Mediana Teórica, ou seja, apresentam níveis mais baixos de Satisfação com a Família. Comparando a Mediana Teórica (10,5) com a observada (15), observa-se que, globalmente, a grande maioria dos sujeitos manifestou níveis de Satisfação com a Família muito superiores aos esperados.

18. Analisar a relação entre a satisfação com a família e a Satisfação com a Vida dos sujeitos

Da comparação das médias entre grupos com maiores e menores índices de percepção da satisfação com a família relativamente à Satisfação com a Vida, verificaram-se diferenças estatisticamente significativas $F(9, 19) = 4,10$, para um $p < 0.001$, entre grupos de acordo com o Quadro 26. A média dos sujeitos que obtiveram a pontuação mais elevada na escala de satisfação com a família (15), de 18,47 (DP= 4,35) é a média mais elevada e a média dos sujeitos que obtiveram a pontuação de 9 na escala de Satisfação com a Vida, de 10,5 (DP=6,36) é a média mais baixa.

Quadro 26

Resultado para a comparação entre grupos: satisfação com a família (n=224)

	Mean	Std. Dev	Df (B;W)	F	t	p	ρ^*	p
Escola_familia			9; 19	4,10		<0.001	,33	<0.001
3	13,00	1,41						
6	13,33	5,03						
7	12,60	3,04						
9	10,50	6,36						
10	12,00	1,41						
11	15,16	5,45						
12	14,25	4,88						
13	16,83	6,46						
14	18,15	4,85						
15	18,47	4,35						

ANOVA: mean-média; Std. Dev- desvio padrão; DF (B;W)- grau de liberdade (entre grupos; intragrupos); F- ratio; t- t-student; p- nível de significância; NS= Não significativo

*Coeficiente de correlação de Spearman

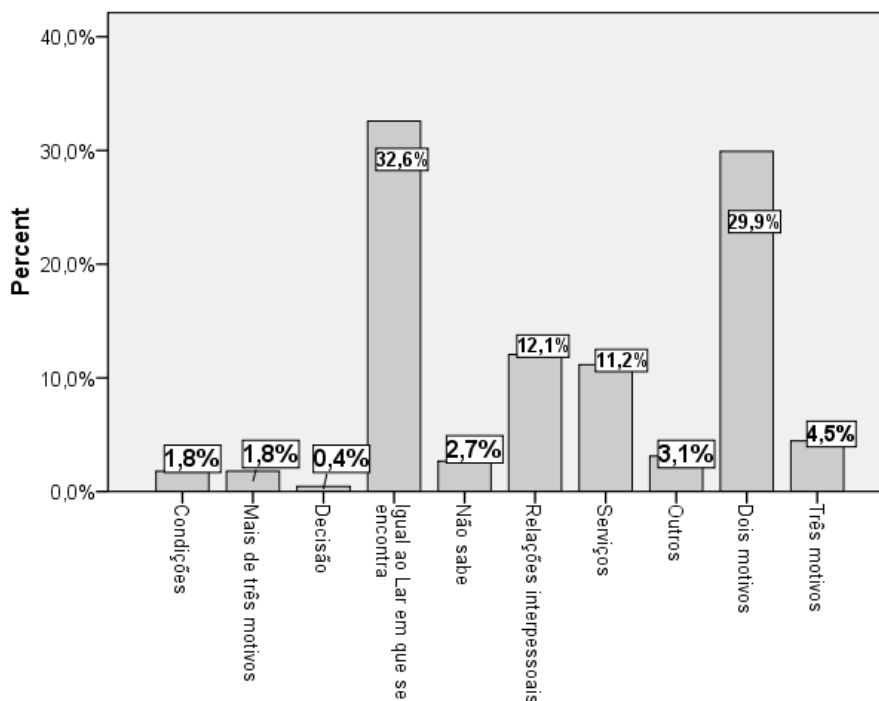
O coeficiente de correlação de Spearman revelou uma correlação estatisticamente significativa entre a satisfação com família e a Satisfação com a Vida ($\rho = ,33$; $p < 0.001$), que indica que quanto mais elevada for a satisfação com a família mais elevada será a Satisfação com a Vida (Quadro 26). Esta correlação é baixa, de acordo com Cohen & Holliday (1982, citados por Poeschl, 2006).

19. Explorar a opinião dos sujeitos sobre as características que um lar deve apresentar para poder ser considerado "bom".

Em relação à opinião sobre como devem ser os lares da terceira idade, para que sejam considerados bons, foi feita uma análise de conteúdo da qual resultaram as seguintes categorias: condições, decisão, igual ao lar onde se encontra, não sabe, relações interpessoais, serviços e outros. O conteúdo das categorias pode ser consultado no Anexo 7.

Em relação à frequência de respostas, 4 (1,8%) sujeitos referiram “Condições”, 1 (0,4%) sujeito referiu “Decisão”, 73 (32,6%) referiram que “deve ser igual ao lar onde se encontram” e 6 (2,7%) “não sabem”, como se pode observar na Figura 5.

Figura 5
Resultados para opinião dos sujeitos sobre como deve ser um lar da terceira idade para ser bom



Para 27 (12,1%) sujeitos centra-se nas relações interpessoais, dando maior importância às boas relações interpessoais entre utentes, conforme descrito no Anexo 7. Vinte e cinco sujeitos destacam os serviços (11,2%), para um lar da terceira idade ser bom, focando-se nos bons tratamentos e cuidados. Para 7 (3,1%) sujeitos, são apresentados outros motivos. De referir que 67 (29,9%) sujeitos referiram simultaneamente dois motivos, 10 (4,5%) três dos motivos, e 4 (1,8%) mais de três dos motivos referidos anteriormente, como se pode observar na Figura 5.

Capítulo IV: Discussão de resultados/Conclusão

IV.1. Discussão de resultados

Relativamente à amostra deste estudo, destaca-se que é composta por um elevado número de pessoas muito mais velhas, com mais de 75 anos e uma maior proporção de mulheres do que homens. A grande maioria dos sujeitos corresponde à caracterização da população portuguesa, referida por autores como Sousa et al. (2003); Botelho (2005); e Gonçalves (2007b). Muitos dos sujeitos são viúvos, têm baixa escolaridade e trabalharam essencialmente na agricultura e em fábricas. O seu nível sócio económico é considerado normal, sendo paga a prestação principalmente pelo próprio ou com a ajuda da família.

Relativamente à institucionalização em lar, os resultados indicam uma tendência para a procura de instituição/ Lar da terceira idade na zona de residência. Os resultados indicam que a maioria dos sujeitos não utilizava qualquer tipo de serviço formal, imediatamente antes da institucionalização. Este resultado é contrário à apresentação de Branch & Jette (1982); Bravell (2007); Cheek et al (1999); Liu & Tinker (2001); Nussbaum et al (2000), que afirmam maior tendência para a institucionalização nos indivíduos que já usufruíam de serviços formais.

Em relação ao objectivo central deste estudo, que é conhecer os motivos e factores de institucionalização em lar e avaliar a Satisfação com a Vida de idosos da Cova da Beira a residir em lares da terceira idade, os resultados indicam que os motivos que se revelaram de maior peso na institucionalização em lar, foi a dependência e a existência em simultâneo de dois ou três dos motivos enunciados pelos sujeitos (dependência, falta de condições habitacionais, família, solidão, viuvez e outros). O facto de 41,1% dos sujeitos referirem mais do que um motivo para a institucionalização pode apoiar a interligação entre factores, defendida por Liu & Tinker (2001).

A elevada taxa de respostas “Dependência” apoia, por um lado, o peso da dependência como factor de institucionalização, defendido por autores como Findlay & McLaughlin (2005); e Lowenstein & Katz (2003). Por outro lado, os resultados corroboram que o aumento do risco de institucionalização devido a situações de dependência que podem limitar a autonomia e estar associados a problemas de saúde (Borg et al, 2006; Bravell et al, 2007; Fagerström et al, 2007; Gaymu et al, 2008; Liu & Tinker, 2001; Liu & Tinker, 2003; Navascués & Ordovás, 2007; Nolan et al, 2001; Scocco et al, 2006; Sousa et al, 2003). Neste estudo são problemas do sujeito ou do seu cônjuge.

Os resultados sobre a família, como motivo de institucionalização, apoiam os vários estudos apresentados na revisão da literatura (Araújo et al, 2006; Gaugler et al, 2007; Grundy & Jitlal, 2007; Gu et al, 2007; Liu & Tinker, 2001; Marques & Calheiros, 2006; Scocco et al, 2006; Torralba, 2006; Tu et al, 2006), principalmente pela falta de tempo e condições. Paúl et al (2005) e o DS (2007) destacam precisamente a falta de suporte familiar no interior onde se insere a região da Cova de Beira, zona de investigação.

Quer a solidão (Araújo, 2006; Arve et al, 2009; Bernal & Barbero, 2002; Gemito, 2004; Holmén & Furukawa, 2002; Santana et al, 2006; Scocco et al, 2006), quer a viuvez (Branch & Jette, 1982; Bravell, 2007; Cheek et al (1999); Findlay & McLaughlin, 2005; Gaugler et al, 2007; Grundy & Jitlal, 2007; Gu et al, 2007; Holmén & Furukawa, 2002; Hutchison et al, 2005; Liu & Tinker, 2001; Nihtilä & Martikainen, 2008; Nussbaum et al, 2000; Rangelova, 2003) aparecem em simultâneo com outros motivos, apoiando a interacção novamente referida por Liu & Tinker (2001). Relativamente a estes dois motivos (solidão e viuvez), os resultados apoiam o que apresenta Marques & Calheiros (2006) em relação à realidade portuguesa, a maioria vive só, tal como neste estudo. Esta situação pode justificar-se com a viuvez de mais de 50% da amostra. Como refere Rebelo & Penalva (2004) e Paúl et al (2005) as pessoas mais velhas a viverem sós têm maior propensão para terem dificuldades, principalmente económicas e manutenção da habitação (Nihtilä & Martikainen, 2008; Paúl, 1997; Sequeira & Silva, 2002).

Não obstante a solidão e a viuvez serem motivos de institucionalização, nesta amostra a questão económica, referida anteriormente, como motivo indirecto ou directo de institucionalização, não se observou. Este resultado é contrário ao que é referido na literatura (Bravell, 2007; Grundy & Jitlal, 2007; Gu et al, 2007; Lai et al, 2005; Santos & Encarnação, 1997), relativamente ao elevado poder económico que pode minimizar o risco de institucionalização. Somente no estudo de Costa (2005) se observou que as pessoas mais velhas institucionalizadas apresentam um valor superior de reforma em relação às não institucionalizadas.

Quanto à Satisfação com a Vida, neste estudo 66,8% dos sujeitos apresentam os altos níveis de Satisfação com a Vida e 27,6% têm baixos níveis de Satisfação com a Vida.

No que diz respeito às diferenças nos grupos etários, de género, estado civil e nível sócio económico, os resultados deste estudo não apoiam aos estudos de Borg et al (2006); Fagerström et al. (2007); Helliwell & Putman (2004); Iwatsubo et al. (1996); Sierra et al.

(2004); Sequeira & Silva (2002); Zhang & Yu (1998). Estes autores defendem que a idade, género, estado civil e nível sócio económico parecem revelar-se significativas na Satisfação com a Vida. Neste estudo, não se revelam significativas no que diz respeito à Satisfação com a Vida.

A título exploratório, procedeu-se à análise da relação entre os motivos de institucionalização e a Satisfação com a Vida, na medida em que alguns factores de institucionalização (dependência, saúde, família, solidão, entre outros) são igualmente indicadores de Satisfação com a Vida. Contudo, nesta investigação não se observou uma relação entre a Satisfação com a Vida e os motivos de institucionalização.

Quanto à decisão de institucionalização, os resultados indicam que é tomada em primeiro lugar pela família e em segundo o próprio sujeito. Este resultado corrobora, em parte o que afirmam Liu & Tinker (2001, 2003). Estes autores referem que é a família (filhos e cônjuge) que toma quase sempre a decisão de institucionalização. No entanto, também é apontada a ausência da participação da pessoa mais velha (Liu & Tinker, 2001; Liu & Tinker, 2003; McAuley & Travis, 2000; Scocco et al, 2006), que é contrária aos resultados deste estudo, uma vez que o próprio também decide sozinho.

A importância de quem toma a decisão, de acordo com a literatura revela-se crucial, na medida em que as pessoas mais velhas encaram a institucionalização como último recurso (Fonseca et al, 2005; Gemito, 2004; Lage, 2005; Liu & Tinker, 2003; Gaymu et al, 2008; Nussbaum et al, 2000) e mostram contrariedade na vinda para o lar (Liu & Tinker, 2001; Scocco et al, 2006).

Relativamente ao nível de ocupação os resultados indicam que muitos utentes (70,1%) não estão nada ocupados. Tal como foi abordado ao longo da revisão da literatura (Borg et al, 2006; Gonçalves, 2007b; Iwatsubo et al, 1996; Pereira et al, 2006; Sequeira & Silva, 2002), há uma associação entre ocupação e a Satisfação com a Vida. Nesta investigação, embora a correlação seja baixa, quanto mais elevado o nível de ocupação, mais elevada é a Satisfação com a Vida.

Relativamente à participação importa ainda referir que os sujeitos que afirmaram não participar nas actividades justificam com a falta de saúde, falta de visão e dificuldade na motricidade. Só um grupo restrito referiu já ter muita idade.

No que diz respeito à integração social, a falta de ocupação pode ser limitadora (Sequeira & Silva, 2002). Ainda assim, os sujeitos após a institucionalização, continuam a ter

contactos principalmente com a família (Ryan & Scullion, 2000). Neste estudo é através de visitas. Nesta amostra não se observou uma relação em as visitas e a Satisfação com a Vida.

Quanto à percepção que os sujeitos têm sobre a sua saúde os resultados indicam que os sujeitos avaliam a sua saúde como má (34,8%) e como mais ou menos (36,6%). Os resultados deste estudo sugerem ainda que melhor percepção de saúde se correlaciona positivamente com Satisfação com a Vida. Quanto maior for a percepção sobre a saúde, mais elevada é a Satisfação com a Vida (Borg et al., 2006; Borg et al., 2008; Fagerström et al., 2007; Fernández-Ballesteros et al., 1998; Figueiredo, 2007; Frijters et al., 2005; Helliwell & Putman, 2004; Holmén & Furukawa, 2002; Iwatsubo et al., 1996; Muzamil & Masood, 2008; Paúl, 2005; Ribeiro, 1999; Sequeira & Silva, 2002; Zhang & Yu, 1998; Železnik, 2007).

Relativamente à sua vida os sujeitos consideram não ter poder de decisão sobre a sua vida. Não parece haver relação entre o poder de decisão e a Satisfação com a Vida nesta amostra, contrariamente ao que é apresentado por Findlay & McLaughlin (2005); Tu et al. (2006); e Železnik (2007). Estes autores referem a promoção do *empowerment* da pessoa mais velha, enquanto indicador de Satisfação com a Vida.

No que diz respeito à família, os resultados indicam que 88% dos sujeitos apresentam altos níveis de satisfação com a relação, com o tempo que passam com a família e com o que fazem em conjunto com a mesma.

O factor família, tal como foi referido na revisão da literatura, tem um peso preponderante em todo o processo de envelhecimento e na Satisfação com a Vida (Borg et al, 2006; Gonçalves, 2007b; Muzamil & Masood, 2008; Ribeiro, 1999; Zhang & Yu, 1998; Železnik, 2007). Os resultados deste estudo sugerem que os sujeitos com maior percepção da satisfação com a família são aqueles que se encontram mais satisfeitos com a vida. Há uma correlação embora baixa, entre a satisfação com a família e a vida. Quanto mais elevada for a satisfação com a família mais elevada será a Satisfação com a Vida.

No que diz respeito à opinião dos sujeitos sobre os lares para a terceira idade, para que estes sejam considerados bons, os resultados indicam que “deve ser igual ao lar onde se encontram” (32,6%) e são referidos simultaneamente dois motivos (29,9%), entre condições, decisão, deve ser igual ao lar onde se encontram, relações interpessoais, serviços e outros. Os resultados também sugerem que as relações interpessoais e os serviços aparecem como indicadores para um lar da terceira idade ser considerado bom. Relativamente aos serviços, os sujeitos referem a boa alimentação, bons tratamentos e cuidados e rapidez de serviços; mais

funcionários, que parecem apoiar a importância de serviços de qualidade apresentada por Matsui & Capezuti (2008); Paúl (2005) e bons tratamentos e cuidados referidos por Findlay & McLaughlin (2005).

IV.2. Conclusão

Este estudo partiu das tendências demográficas do envelhecimento, que revelam um crescimento do número de pessoas muito mais velhas e da necessidade consequente de cuidados face ao aumento da dependência com o aumento da idade e pela diminuição de cuidadores informais.

Este trabalho permitiu conhecer os motivos e factores de institucionalização em lar e avaliar a Satisfação com a Vida de idosos da Cova da Beira a residir em lares da terceira idade.

Como conclusões gerais do estudo pode evidenciar-se, não haver diferenças entre grupos com características sócio demográficas diferentes e a Satisfação com a Vida, não obstante a sua referência na literatura (Borg et al, 2006; Fagerström et al., 2007; Helliwell & Putman, 2004; Iwatsubo et al., 1996; Sierra et al., 2004; Sequeira & Silva, 2002; Zhang & Yu, 1998).

Pode destacar-se a dependência como motivo de maior peso na institucionalização (Borg et al., 2006; Bravell et al., 2007; Fagerström et al., 2007; Gaymu et al, 2008; Liu &Tinker, 2001; Liu &Tinker, 2003; Navascués & Ordovás, 2007; Nolan et al, 2001; Scocco et al, 2006; Sousa et al, 2003) e a combinação de vários factores (Liu &Tinker, 2001), continuando a família ainda a tomar a decisão de institucionalização (Liu &Tinker, 2001, 2003).

Relativamente à Satisfação com a Vida, neste estudo a grande maioria dos sujeitos apresentam os altos níveis de Satisfação com a Vida. Concluiu-se que para esta Satisfação com a Vida contribuem o nível de ocupação, a percepção da saúde e Satisfação com a Família. Esta corrobora os resultados dos estudos apresentados ao longo da revisão da literatura, que indicam uma associação entre os 3 indicadores referidos anteriormente e a Satisfação com a Vida (Borg et al, 2006; Borg et al, 2008; Fagerström et al, 2007; Fernández-Ballesteros et al, 1998; Figueiredo, 2007; Frijters et al, 2005; Gonçalves, 2007b; Helliwell & Putman, 2004; Holmén & Furukawa, 2002; Iwatsubo et al, 1996; Muzamil & Masood, 2008;

Paúl, 2005; Pereira et al, 2006; Ribeiro, 1999; Sequeira & Silva, 2002; Zhang & Yu, 1998; Železnik, 2007).

A mesma tendência se observou neste estudo relativamente à Satisfação com a Família. Os sujeitos (88%) apresentam altos níveis de Satisfação com a Família.

Para um Lar da terceira idade ser considerado bom, concluiu-se que os lares da região da Cova da Beira foram considerados como modelos de referência. As relações interpessoais e os serviços foram considerados igualmente pertinentes para se considerar um Lar da terceira idade como bom. Esta conclusão parece reflectir o conceito de qualidade no funcionamento dos serviços apresentado por Marques & Calheiros (2006) e o novo conceito de cuidar sugerido por Holmén & Furukawa (2002), por envolver uma perspectiva integrada de diferentes áreas (biológica, médica, psicológica, fisiológica e social). Foram referidos inúmeros factores (Anexo 7) destas diversas áreas para considerarem um lar de idosos bom, embora, tal como já foi dito, as relações interpessoais e os serviços tenham sido os mais mencionados.

Os programas de acolhimento ou não são implementados ou cingem-se ao acompanhamento na adaptação do utente, que se pode traduzir em reconhecimento do espaço, acompanhamento psicológico e actividades de animação sócio cultural.

As potencialidades deste estudo centram-se na caracterização das pessoas mais velhas institucionalizadas em Lar na Cova da Beira, o seu processo de institucionalização e a sua Satisfação com a Vida. Esta investigação pode ser útil às instituições que participaram no estudo, por forma a melhorar a adaptação e o quotidiano dos seus utentes, para que tenham bem-estar e qualidade de vida.

Como limitações pode referir-se a subjectividade e o conformismo observado em algumas das respostas, que nem sempre corresponderam ao que as pessoas realmente expressavam. Este conformismo detectou-se em relação à participação nas actividades, à Satisfação com a Família e com a Vida e à opinião sobre um lar da terceira idade para ser considerado bom.

As limitações deste estudo, também se referem à não participação das pessoas com incapacidade cognitiva, por não conseguirem responder às questões. Seria pertinente conhecer

os seus motivos de admissão, dado que o declínio cognitivo é um motivo de institucionalização.

Relativamente a investigações futuras, esta investigação deveria ser alargada a outras regiões, para se proceder à comparação de resultados e avaliação dos processos de institucionalização. Seria ainda pertinente realizar esta investigação destinada aos técnicos e familiares. Deste modo, seriam conseguidos três ângulos de visão, possivelmente diferentes, de todas as partes envolvidas na institucionalização, relativamente ao processo de institucionalização e Satisfação com a Vida.

Referências Bibliográficas

- Afonso, N. (2005a). Técnicas de recolha/produção de dados. In N. Afonso, *Investigação Naturalista em Educação* (pp. 88-110). Porto: Edições ASA.
- Afonso, N. (2005b). Técnicas de análise e interpretação de dados. In N. Afonso, *Investigação Naturalista em Educação* (pp. 111-123). Porto: Edições ASA.
- Agich, G. J. (2007). Reflections on the Function of Dignity in the Context of Caring for Old People. *Journal of Medicine and Philosophy*, 32, 483–494. Retirado em 5 de Abril, 2008 de <http://dx.doi.org/10.1080/03605310701626455>
- Alves, J. F., & Novo, R. F. (2006, Janeiro). Avaliação da discriminação social das pessoas idosas em Portugal. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 6, (1), 65-77. Retirado em 3 de Maio, 2008 de www.redalyc.org
- Araújo, J. L. (2006). *Depressão em idosos e a sua relação com a autopercepção da dinâmica familiar*. Monografia do curso de especialização em Saúde Mental. Sobral-Ceará: Universidade Estadual Vale do Acaraú e Escola de Formação em Saúde da Família Visconde Sabóia. Retirado em 24 de Maio, 2008 de <http://www.sobral.ce.gov.br/saudedafamilia/downloads/monografias/mental/luiz-depressao.pdf>
- Araújo, L. F., Coutinho, M. P. L., & Santos, M. F. S. (2006, Maio/Agosto). O idoso nas instituições gerontológicas: um estudo na perspectiva das representações sociais. *Psicologia & Sociedade*, 18 (2), 89-98. Retirado em 24 de Maio, 2008 de <http://www.scielo.br/pdf/psoc/v18n2/11.pdf>
- Arve, S., Lavonius, S., Savikko, N., Lehtonen, A. & Isoaho, H. (2009). Social functioning and survival: A 10-year follow-up study. *Archives of Gerontology and Geriatrics*, 48, 137–141. Retirado em 23 de Março, 2009 de <http://www.sciencedirect.com/science>
- Baltes, P. B., Staudinger, U. M. & Lindenberger, U. (1999). Lifespan psychology: theory and application to intellectual functioning. *Annual Reviews Psychology*, 5, 471-507.
- Bell, J. (1997). *Como realizar um projecto de Investigação*. Lisboa: Gradiva.
- Bernal, M. E., & Barbero, M. I. (2002). Aplicación de la teoría de la decisión en la elección de compañero en una residencia de ancianos. *Acción Psicológica*, 2, 109-119.

- Borg, C., Hallberg, I.R. & Blomqvist, K. (2006). Life satisfaction among older people (65+) with reduced self-care capacity: the relationship to social, health and financial aspects. *Journal Of Clinical Nursing*, 15, 607–618. Retirado em 1 de Novembro, 2008 de [http://www.bth.se/fou/forskinfor/nsf/0/0d21157831f56a17c12572ff0045d9c2/\\$FILE/jcn_1375.pdf](http://www.bth.se/fou/forskinfor/nsf/0/0d21157831f56a17c12572ff0045d9c2/$FILE/jcn_1375.pdf)
- Borg et al (2008). Life Satisfaction in 6 European Countries: The Relationship to Health, Self Esteem, and Social and Financial Resources among People (Aged 65-89) with Reduced Functional Capacity. *Geriatr Nurs* 29, 1, 48-57. Retirado em 23 de Março, 2009 de <http://www.sciencedirect.com/science>
- Botelho, A. (2005). A Funcionalidade dos idosos. In C. Paúl & A. M. Fonseca (coord.), *Envelhecer em Portugal* (1ª ed., pp. 111-153). Lisboa: Climepsi Editores.
- Branch, L. G. & Jette, A. M. (1982, Dezembro). A Prospective study of long-term care institutionalization among the aged. *American Journal of Public Health*, 72, 12, 1373-1379. Obtido em de <http://www.ajph.org/cgi/reprint/72/12/1373>
- Bravell, M. E. (2007). *Care trajectories in the oldest old*. Tese de doutoramento (Série N° 3, ISSN 1654-3602, ISBN 978-91-85835-02-7). Suécia: Jönköping University, Institute of Gerontology, School of Health Sciences. Retirado em 29 de Setembro, 2008 de http://www.diva-portal.org/diva/getDocument?urn_nbn_se_hj_diva-1027-1_fulltext.pdf
- Bravell, M. E., Berg, S. & Malmberg, B. (2008). Health, functional capacity, formal care, and survival in the oldest old: A longitudinal study. *Archives of Gerontology and Geriatrics*, 46, 1–14. Retirado em 23 de Março, 2009 de <http://www.sciencedirect.com/science>
- Caldas, C. P. (2003, Maio/Junho). Envelhecimento com dependência: responsabilidades e demandas da família. *Cadernos Saúde Pública*, 19 (3), 773-781.
- Carrilho, M. J., & Patrício, L. (2008). A situação demográfica recente em Portugal. *Revista de Estudos Demográficos* 42, 111-155. Retirado em 9 de Abril, 2008 de www.ine.pt
- Carta Social (2006). *Equipamentos*. Retirado em 22 de Abril, 2008, de <http://www.cartasocial.pt>
- Cheek, J., Ballantyne, A. & Tucker, M. (1999) Findings. In J. Cheek, A. Ballantyne, & M. Tucker. *Coping with Crisis: How Australian families search for and select an aged*

care facility for a family member upon discharge from an acute care setting (pp. 20-42). Centre for Research into Nursing and Health Care, University of South Australia. Austrália: The Write Word. Retirado em 30 de Setembro, 2008 de <http://www.unisa.edu.au/sustainablehealth/documents/Coping%20with%20crisis%20final%20report.pdf>

Comissão das Comunidades Europeias (2006, 12 de Outubro). *Comunicação da comissão, o futuro demográfico da Europa - transformar um desafio em oportunidade* (COM (2006) 571 final), 1-19. União Europeia: Bruxelas. Retirado em 17 de Abril, 2008 de <http://publicacoes.eu.int/>

Costa, A. (2005). A depressão nos idosos portugueses. In C. Paúl & A. M. Fonseca (Coord.), *Envelhecer em Portugal* (1ª Ed.) (pp. 158-176). Lisboa: Climepsi Editores.

Couto, M. C. P. P. (2005, Novembro) *Factores de risco e de protecção de resiliência no envelhecimento*. Tese de Mestrado do Programa de pós-Graduação em psicologia, do Instituto de Psicologia. Portalegre: Universidade Federal do Rio Gande do Sul. Retirado em 24 de Maio, 2008 de <http://www.msmedia.com/ceprua/artigos/projmcpp.PDF>

Duarte, M., & Paúl, C. (2006-2007, Dezembro/Maio). Avaliação do ambiente institucional – público e privado: estudo comportamental dos idosos. *Revista Transdisciplinar de Gereontologia*, 1 (1), 17-29. Retirado em 15 de Abril, 2008 de <http://usc.no.sapo.pt>

Fagerström, C. et al (2007, 20 de Junho). Life satisfaction and associated factors among people aged 60 years and above in six european countries. *Applied Research in Quality of Life* 2, 33–50. Retirado em 1 de Novembro, 2008 de <http://www.springerlink.com/content/27757th127j77751/fulltext.pdf>

Fernandes, D. (1991). Notas sobre os paradigmas de investigação em educação. *Noesis*, 18, 64-66.

Fernández-Ballesteros, R., Montorio, I. & Trocóniz, M. I. F. (1998) Personal and environmental relationships among the elderly living in residential settings. *Archives of Gerontology and Geriatrics*, 26, 185–198. Retirado em 2 de Outubro, 2008 de www.elsevier.com/locate/archger

Figueiredo, V. L. M. (2007). Estilo de vida como indicador de saúde. *Ciências & Cognição*, 4 (12), 156-164. Retirado em 27 de Julho, 2008 de <http://www.cienciasecognicao.org>

- Findlay, R., & McLaughlin, D. (2005) Environment and psychological responses to ageing. In G. J. Andrews, D. R. Phillips (Eds.), *Ageing and Place: Perspectives, Policy, Practice* (pp. 118-132). Routledge: Taylor and Francis Group.
- Fonseca, A. (2005). Aspectos psicológicos da « passagem à reforma». In C. Paúl & A. M. Fonseca (coord.), *Envelhecer em Portugal* (1ª Ed) (pp. 45-73). Lisboa: Climepsi Editores.
- Fonseca, A. M., Paúl, C., Martín, I., & Amado, J. (2005). Condição psicossocial de idosos rurais numa aldeia do interior de Portugal. In C. Paúl & A. M. Fonseca, *Envelhecer em Portugal* (1ª Ed.) (pp. 97-108). Lisboa: Climepsi Editores.
- Fontaine, R. (2000). O envelhecimento e as suas causas. In R. Fontaine, *Psicologia do Envelhecimento* (J. N. Almeida, Trad., 1ª ed., pp. 19-32). Lisboa: Climepsi Editores. (Obra original publicada em 1999).
- Frijters, P, Haisken-DeNew, J. & Shields, M. A. (2005, Fevereiro). *Socio-economic status, health shocks, life satisfaction and mortality: evidence from an increasing mixed proportional hazard model*. IZA Discussion Paper No. 1488. Germany: Institute for the Study of Labor. Retirado em 1 de Novembro, 2008 de <ftp://ftp.iza.org/dps/dp1488.pdf>
- Gaugler, J. E., Duval, S., Anderson, K. A. & Kane, R. L. (2007, 19 de Junho). Predicting nursing home admission in the U.S: a meta-analysis. *BioMed Central Geriatrics*, 7, 13. Retirado em 30 de Setembro, 2008 de <http://www.pubmedcentral.nih.gov/picrender.fcgi?artid=1914346&blobtype=pdf>
- Gaymu, J., Ekamper, P. & Beets, G. (2008). Future trends in health and marital status: effects on the structure of living arrangements of older Europeans in 2030. *Eur J Ageing*, 5, 5–17. Retirado em 23 de Março, 2009 de <http://www.springerlink.com>
- Gemito, M. L. (2004). *O quotidiano familiar do idoso numa freguesia rural do alentejo*. Mestrado em Sociologia – Área de Especialização de Família e População. Évora: Universidade de Évora.
- Gomes, M. S. A., Lessa, J., & Sá, R. N. (2006-2007, Dezembro/Maio). O papel do idoso nas dinâmicas sociais de realização do ser-no-mundo-como outro. *Revista transdisciplinar de gerontologia*, 1 (1), 7-12. Retirado em 15 de Abril, 2008 de <http://usc.no.sapo.pt>

- Gonçalves, J. (2007a) (coord.). *Carta Social de 2006*. Gabinete de Estratégia e Planeamento (GEP), Ministério do Trabalho e Solidariedade Social. Retirado em 22 de Abril, 2008, de <http://www.cartasocial.pt>
- Goncalves, M. J. F. (2007b, 30 de Maio a 2 de Junho). *O envelhecimento saudável nos Lares da Região Autónoma da Madeira*. Paper apresentado no VIII Congresso de la Asociaci3n de Demograf3a Hist3rica, Ma3, Menorca.
- Grundy, E. & Jitlal, M. (2007) Socio-demographic variations in moves to institutional care 1991–2001: a record linkage study from England and Wales. *Age and Ageing*, 36, 424–430. Retirado em 28 de Setembro, 2008 de <http://ageing.oxfordjournals.org/cgi/reprint/afm067v1>
- Gu, D., Dupre, M. E. & Liu, G. (2007). Characteristics of the institutionalized and community-residing oldest-old in China. *Social Science & Medicine*, 64, 871–883. Retirado em 28 de Setembro, 2008 de www.elsevier.com/locate/socscimed
- Helliwell, J. F. & Putman, R. D. (2004, 31 de Agosto). The social context of well-being. *Phil. Trans. R. Soc. Lond. B*, 359, 1435–1446. Retirado em 1 de Novembro, 2008 de <http://journals.royalsociety.org/content/nrf2rbd3dx3tyvtj/fulltext.pdf>
- Holmén, K. & Furukawa, H. (2002). Loneliness, health and social network among elderly people—a follow-up study. *Archives of Gerontology and Geriatrics*, 35, 261–274. Retirado em 30 de Setembro, 2008 de www.elsevier.com/locate/archger
- Howitt, D. & Cramer, D. (2008a). The *t*-test. In D. Howitt & D.Cramer, *Introduction to SPSS in Psychology* (4ª Ed, pp. 104-112). Harlow: Pearson Education.
- Howitt, D. & Cramer, D. (2008b). Analysis of variance (ANOVA). In D. Howitt & D.Cramer, *Introduction to SPSS in Psychology* (4ª Ed, pp. 164-170). Harlow: Pearson Education.
- Hutchison, L., Hawes, C. & Williams, L. (2005). Access to quality health services in rural areas – long term care: a literature review. In L. Gamm & L. Hutchison (eds). *Rural healthy people 2010: a companion document to healthy people 2010*, 3. Retirado em 30 de Setembro, 2008 de www.srph.tamhsc.edu/centers/rhp2010
- Hwang, H.-L., Lin, H.-S., Tung, Y.-L. & Wu, H.-C. (2006) Correlates of perceived autonomy among elders in a senior citizen home: a cross-sectional survey. *International Journal of Nursing Studies*, 43, 429–437. Retirado em 2 de Outubro, 2008 de www.elsevier.com/locate/ijnurstu

- Inserções, da Investigação à acção: inserção sócio-profissional em concelhos da Beira Interior (2007, Dezembro). *Diagnóstico social em concelhos da beira interior*. UBI_CES, Centro de Estudos Sociais. Versão draft, Universidade de Beira Interior, Covilhã. Retirado em 2 de Maio, 2008 de <http://www.insercoes.ubi.pt>
- Instituto de Emprego e Formação Profissional (1994). *Classificação Nacional de Profissões – Versão 1994*. Retirado em 15 de Janeiro, 2008 de <http://ww.iefp.pt>
- Instituto Nacional de Estatística (2006). *Anuário Estatístico da Região Centro*. Lisboa: INE. Retirado em 11 de Abril, 2008 de <http://www.ine.pt>
- Instituto Nacional de Estatística (2008, Fevereiro). *Boletim Mensal de Estatística*. Retirado em 5 de Abril, 2008 de <http://www.ine.pt>
- Iwatsubo, Y, Derriennic, F., Cassou, B. & Poitrenaud, J. (1996). Predictors of life satisfaction amongst retired people in Paris. *International Journal of Epidemiology*, 25, 1, 160-170. Retirado em 1 de Novembro, 2008 de <http://ije.oxfordjournals.org/cgi/reprint/25/1/160>
- Izal, M., Montorio, I., Márquez, M., & Losada, A. (2005). Caregivers' expectations and care receivers' competence, Lawton's ecological model of adaptation and aging revisited. *Archives of Gerontology and Geriatrics* (41), 129–140. Retirado em 6 de Setembro, 2008 de www.elsevier.com/locate/archger
- Jan, M. & Masood, T. (2008). An Assessment of Life Satisfaction among Women. *Stud. Home Comm. Sci.*, 2 (1): 33-42. Obtido em Novembro 1, 2008 de <http://www.krepublishers.com/02-Journals/S-HCS/HCS-02-0-000-08-Web/HCS-02-1-001-08-Abst-Text/HCS-02-1-033-08-035-Jan-M/HCS-02-1-033-08-035-Jan-M-Tt.pdf>
- Jefferys, M. (1996). Cultural aspects of ageing: gender and inter-generational issues. In *Soc. Sci. Med.*, 43 (5), 681-687. Retirado em 6 de Setembro, 2008 de <http://www.sciencedirect.com/science>
- Kleinjans, k. J. & Lee, J. (2006). *The link between individual expectations and savings: do nursing home expectations matter?* Working paper no. 2006-5, University of Aarhus, School of Economics and Management, Department of Economics, Denmark. Retirado em 30 de Setembro, 2008 de <http://ssrn.com/abstract=1147034>
- Lage, I. (2005). Cuidados familiares a idosos. In C. Paúl & A. M. Fonseca, *Envelhecer em Portugal* (1ª ed., pp. 203-229). Lisboa: Climepsi Editores.

- Lai, K., Tzeng, R., Wang, B., Lee, H., Amidon, R. L. & Kao, S. (2005) Health-related quality of life and health utility for the institutional elderly in Taiwan. *Quality of Life Research*, 14, 1169–1180.
- Lee, S-H., & Mason, A. (2007). Who gains from the demographic dividend? Forecasting income by age. *International Journal of Forecasting* (23), 603-619. Retirado em 6 de Setembro, 2008 de www.elsevier.com/locate/ijforecast
- Lesbaupin, S. F. & Malerbi F. (2006). O Idoso por ele mesmo. *Revista Kairós*, Gerontologia, 9 (2), 51-67. Retirado em 31 de Maio, 2008 de <http://www.portaldoenvelhecimento.net/artigos/maio2007/kairos9-2.pdf#page=69>
- Lima, L., Lopes, D. & Mouro, L. (s/d). Guião para o estilo de escrita sa APA: versão para a 5ª edição. Manuscrito não publicado, Instituto Superior de Ciências do Trabalho e da Empresa, Lisboa.
- Liu, L.-F. & Tinker, A. (2001). Factors associated with nursing home entry for older people in Taiwan, Republic of China. *Journal of interprofessional care*, 15 (3), 245-255. Retirado em 23 de Março, 2009 de <http://www.ebscohost.com>
- Liu, L.-F. & Tinker, A. (2003). Admission to Nursing Homes in Taiwan. *Social Policy & Administration*, 37 (4), 376-394. Retirado em 23 de Março, 2009 de <http://www.ebscohost.com>
- Lopes, E. S. L. & Rabelo, D. F. (2006). Qualidade de vida na Velhice: indicadores nacionais e internacionais. *Revista Kairós*, Gerontologia, 9 (2), 209-226. Retirado em 31 de Maio, 2008 de <http://www.portaldoenvelhecimento.net/artigos/maio2007/kairos9-2.pdf#page=69>
- López, A. E. (2007, Novembro). Tercera Edad: Diferentes percepciones y necesidad de relaciones basadas en una nueva Ética Social. *KAIROS, Revista de Temas Sociales*, 11 (20), 1-14. Retirado em 6 de Abril, 2008, de <http://www.revistakairos.org>
- Lowenstein, A., & Katz, R. (2003). Theoretical perspectives and conceptual framework. In A. Lowenstein & J. Ogg (eds.). *OASIS, Old age and autonomy: the role of service systems and intergenerational family solidarity*, (ISBN: 965-90602-0-3) 1. Final Report, Centre of Research and Study of Aging, University of Haifa, Israel. Retirado em 27 de Julho, 2008 de http://www.nova.no/asset/436/2/436_2.pdf

- Lubinski, R. (2006) Professionalism in long-term care settings. *Journal of Communication Disorders* (39), 292–300. Retirado em 6 de Setembro, 2008 de www.sciencedirect.com
- McAuley, W. J. & Travis, S. S.. (2000). Factors Influencing Level of Stress During the Nursing Home Decision Process. *Journal of Clinical Geropsychology*, 6 (4), 269-278. Retirado em 23 de Março, 2009 de <http://www.springerlink.com>
- MacGregor, D. G. (2003). Psychology, meaning and the challenges of longevity. *Futures* (35), 575–588. Retirado em 6 de Setembro, 2008 de www.elsevier.com/locate/futures
- Mahoney, J., Eisner, J., Havighurst, T., Gray, S. & Palta, M. (2000). Problems of older adults living alone after hospitalization. *J Gen Intern Med*, 15, 611-619. Retirado em 23 de Março, 2009 de <http://www.ebscohost.com>
- Marques, S., & Calheiros, M. M. (2006, Dezembro). O modelo lógico como instrumento de avaliação da qualidade: o centro de dia para pessoas idosas. *Revista Kairós, Gerontologia*, 9 (2), 147-167. Retirado em 31 de Maio, 2008 de <http://www.portaldoenvelhecimento.net/artigos/maio2007/kairos9-2.pdf#page=69>
- Matsui, M. & Capezuti, E. (2008). Perceived autonomy and self-care resources among senior center users. *Geriatric Nursing*, 29, 2, 141-147. Retirado em 12 de Outubro, 2008 de www.sciencedirect.com
- Meijer A., Van Campen, C. & Kerkstrs, A. (2000). A comparative study of the financing, provision and quality of care in nursing homes. The approach of four European countries: Belgium, Denmark, Germany and the Netherlands. *Journal of Advanced Nursing*, 32(3), 554-561. Retirado em 23 de Março, 2009, de <http://www.ebscohost.com>
- Mendonça, J. M. B. (2006). Instituição de longa permanência para idosos e políticas públicas. *Revista Kairós, Gerontologia*, 9 (2), 169-190. Retirado em 31 de Maio, 2008 de <http://www.portaldoenvelhecimento.net/artigos/maio2007/kairos9-2.pdf#page=69>
- Musaiger, A. O., & D' Sousa, R. (2008) (in press). Role of age and gender in the perception of aging: a community-based survey in Kuwait. *Archives of Gerontology and Geriatrics*, 1-8. Retirado em 6 de Setembro, 2008 de www.elsevier.com/locate/archger
- Naciones Unidas (2002, Abri 18 a 12). *Informe de la segunda asamblea mundial sobre el envejecimiento*. Paper apresentado na 2ª assembleia do envelhecimento, Nações

- Unidas, Organização Mundial de Saúde, Nova York. Retirado em 3 de Agosto, 2008 de <http://daccessdds.un.org/doc/UNDOC/GEN/N02/397/54/PDF/N0239754.pdf?OpenElement>
- Navascués, L. J., & Ordoñas, C. A. (2007). Los ancianos y las alteraciones visuales como factor de riesgo para su independencia. *GEROKOMOS*, 18 (1), 16-23.
- Nihtilä, E. K., Martikainen, P. T., Koskinen, S. V. P., Reunanen, A. R., Noro, A. M. & Häkkinen, U. T. (2007, Junho 11). Chronic conditions and the risk of long-term institutionalization among older people. *European Journal of Public Health*, 1–8.
- Nihtilä, E. & Martikainen, P. (2008). Why older people living with a spouse are less likely to be institutionalized: The role of socioeconomic factors and health characteristics. *Scandinavian Journal Public Health*, 36, 35, 35–43. Retirado em 29 de Setembro, 2008 de <http://sjp.sagepub.com/cgi/content/abstract/36/1/35>
- Nolan, M., Davies, S., & Grant, G. (2001). Quality of life, quality of care. In M. Nolan, S. Davies & G. Grant (eds.), *Working with older people and their families* (1ª ed., pp. 1-18). Buckingham, Philadelphia: Open University Press.
- Nussbaum, J. F., Pecchioni, L. L., Robinson, J. D. & Thompson, T. L. (2000). Health, communication, and aging. In J. F. Nussbaum, L. L. Pecchioni, J. D. Robinson & T. L. Thompson, *Communication and Aging* (2ª ed., pp. 260-291). New Jersey: Lawrence Erlbaum Associates, Publishers.
- Oliveira, J. H. (2008a). *Psicologia do Idoso, Temas Complementares*. Porto: Livpsic/Legis Editora.
- Oliveira, J. H. (2008b). *Psicologia do Envelhecimento e do Idoso*. Porto: Livpsic/Legis Editora.
- Pallant, J. (2007). *SPSS, Survival Manual*. Inglaterra: Open Press University.
- Paúl, C. (2005) A Construção de um modelo de envelhecimento humano. In C. Paúl & A. M. Fonseca (coord.), *Envelhecer em Portugal* (1ª ed., pp. 21-41). Lisboa: Climepsi Editores.
- Paúl, M. C. (1997). *Lá para o fim da Vida*. Coimbra: Livraria Almedina.

- Paúl, C., Fonseca, A. M., Martín, I., & Amado, J. (2005). Satisfação e qualidade de vida em idosos Portugueses. In C. Paúl & A. M. Fonseca (coord.), *Envelhecer em Portugal* (1ª ed., pp. 75-95). Lisboa: Climepsi Editores.
- Pereira, F. A. (2008, Janeiro/Junho). A importância da manutenção relações familiares para o idoso institucionalizado. *Revista Transdisciplinar de Gereontologia*, II (1), 6-10. Retirado em 2 de Maio, 2008 de <http://usc.no.sapo.pt>
- Pereira, R. J., Cotta, R. M., Franceschini, S. D., Ribeiro, R. D., Sampaio, R. F., Priore, S. E., et al. (Janeiro/Abril, 2006). Contribuição dos domínios físico, social, psicológico e ambiental para a qualidade de vida global de idosos. *Revista Psiquiatrica RS*, 28(1), 27-38.
- Perez, F. R., Fernandez-Mayoralas, G., Rivera, F. E. P. & Abuin, J. M. R. (2001) Ageing in place: predictors of the residential satisfaction of elderly? *Social Indicators Research*, 54, 173–208. Retirado em 23 de Março, 2009 de <http://www.springerlink.com>
- Phillips, C. D., Holan, S., Sherman, M., Williams, M. L. & Hawes, C. (2004, Outubro). Rurality and nursing home quality: results from a national sample of nursing home admissions. *American Journal Public Health*, 94, 10, 1717–1722. Retirado em 30 de Setembro, 2008 de <http://www.ajph.org/cgi/reprint/94/10/1717>
- Plano Nacional de Saúde (PNS) (2004). *Orientações Estratégicas para 2004-2010*. Documento de trabalho de 11 de Fevereiro. Lisboa: Ministério da Saúde.
- Poeschl, G. (2006). Medidas de associação para duas variáveis. In G. Poeschl, *Análise de dados na investigação em psicologia: teoria e prática* (pp. 152-161). Coimbra: Editora Almedina.
- Quivy, R. & Campenhoudt, L. V. (1992). *Manual de Investigação em Ciências Sociais*. Lisboa: Grávida.
- Ramos, M. P. (Janeiro/ Junho, 2002). Apoio Social e Saúde entre idosos. *Sociologias*, 4 (7), 156-175.
- Rangelova, R. (2003). Bio-demographic change and socio-economic trends in Bulgaria. *Economics and Human Biology* (1), 413–428. Retirado em 6 de Setembro, 2008 de www.elsevier.com/locate/ehb
- Rebelo, J. & Penalva, H. (2004, Setembro). *Evolução da população idosa em Portugal nos próximos 20 anos e seu impacto na sociedade*. Paper apresentado no II Congresso

- Português de Demografia, Escola Superior de Ciências Empresariais, Instituto Politécnico de Setúbal, Lisboa.
- Ribeiro, J. L. P. (1999). Escala de satisfação com o suporte social (ESSS). *Análise Psicológica*, 3 (XVII), 547-558.
- Ribeiro, A., & Sousa, L. (2008). Imagens da velhice e do envelhecimento em médicos, enfermeiros e técnicos de serviço social. *Revista Transdisciplinar de Gerontologia*, II (1), 22-38. Retirado em 2 de Maio, 2008 de <http://usc.no.sapo.pt>
- Ricci, N. A., Bellini, A. C., Borges, S. M., Nakano, M. M., & Ceolim, M. F. (2006). Interdisciplinaridade na gerontologia: uma revisão da literatura. *Revista Kairós, Gerontologia*, 9 (2), 19-37. Retirado em 31 de Maio, 2008 de <http://www.portaldoenvelhecimento.net/artigos/maio2007/kairos9-2.pdf#page=69>
- Ryan, A. A. & Scullion, H. F. (2000). Family and staff perceptions of the role of families in nursing homes. *Journal of Advanced Nursing*, 32(3), 626-634. <http://www.ebscohost.com>
- Santana, I. O., Araújo, L. F., & Coutinho, M. P. L. (2006). Depressão: como o idoso representa a doença? *Revista Kairós, Gerontologia*, 9 (2), 283-302. Retirado em 31 de Maio, 2008 de <http://www.portaldoenvelhecimento.net/artigos/maio2007/kairos9-2.pdf#page=69>
- Santos, S. M. A. (2003). *O cuidador familiar de idosos com demências: um estudo qualitativo em famílias de origem nipo-brasileira e brasileira* (CRB-8^a/5447). Tese de Mestrado. Campinas: UNICAMP: Universidade Estadual de Campinas, Faculdade de Educação.
- Santos, F. & Encarnação, F. (1997). *Modernidade e gestão da velhice*. Algarve: Centro Regional da Segurança Social.
- Scocco, P., Rapattoni, M. & Fantoni, G. (2006). Nursing home institutionalization: a source of eustress or distress for the elderly? *Int J Geriatr Psychiatry*, 21, 281–287. Retirado em 23 de Março, 2009 de <http://www.ebscohost.com>
- Sequeira, A. & Silva, M. N. (2002). *O bem estar da pessoa idosa em meio rural*. *Análise Psicológica*, 3 (XX): 505-516.

- Sierra, M. I., Delgado, C. R., Muñoz, A. F., Vilán, J. M., Prado, M. B., & Parody, T. R. (2004). La calidad de vida de las personas mayores en una zona de salud de Huelva. *Portularia*, 4, 199-208.
- Simões, A. (1992). Ulterior validação de uma escala de Satisfação com a Vida (SWLS). *Revista Portuguesa de Pedagogia*, 3, XXVI, 503-515.
- Silva, M. E. D. (2005). Saúde mental e idade avançada. In C. Paúl & A. M. Fonseca (coord.), *Envelhecer em Portugal* (1ª ed., pp. 137-156). Lisboa: Climepsi Editores.
- Sousa, L., Galante, H., & Figueiredo, D. (2003). Qualidade de vida e bem-estar dos idosos: um estudo exploratório na população portuguesa. *Revista Saúde Pública*, 37 (3), 364-371.
- Sousa, L. & Cerqueira, M. (2006). Influência do género nas imagens da velhice: um estudo exploratório na população portuguesa. *Revista Kairós, Gerontologia*, 9 (2), 69-86. Retirado em 31 de Maio, 2008 de <http://www.portaldoenvelhecimento.net/artigos/maio2007/kairos9-2.pdf#page=69>
- Spiriduso, W. W., Francis, K. L. & MacRae, P. G. (2005). *Physical dimensions of aging* (2ª ed.). Champaign: Human Kinetics.
- Stuck, A E., Egger, M., Hammer, A., Minder, C. E. & Beck, J. C. (2002) Home visits to prevent nursing home admission and functional decline in elderly people: systematic review and meta-regression Analysis. *JAMA*, 287 (8), 1022-1028. Retirado em 29 de Setembro, 2008 de <http://jama.ama-assn.org/cgi/content/full/287/8/1022>
- Subas, F. & Hayran, O. (2005). Evaluation of life satisfaction index of the elderly people living in nursing homes. *Archives of Gerontology and Geriatrics*, 41, 23–29. Retirado em 23 de Março, 2009 de <http://www.sciencedirect.com/science>
- Takeda, Y., Kawachi, I., Yamagata, Z., Hashimoto, S., Matsumura, Y., Oguri, S., & Okayama, A. (2004). Multigenerational family structure in Japanese society: impacts on stress and health behaviors among women and men. *Social Science & Medicine* (59), 69–81. Retirado em 6 de Setembro, 2008 de www.elsevier.com/locate/socscimed
- Tinker, A. (2002). The social implications of an ageing population. *Mechanisms of Ageing and Development* (123), 729–735. Retirado em 6 de Setembro, 2008 de www.elsevier.com/locate/mechagedev

- Torralba, R. (2006, Dezembro). Envelhecimento e “cuidado de si”. *Revista Kairós, Gerontologia*, 9 (2), 191-207. Retirado em 31 de Maio, 2008 de <http://www.portaldoenvelhecimento.net/artigos/maio2007/kairós9-2.pdf#page=69>
- Tu, Y.-C., Wang, R.-H. & Yeh, S.-H. (2006). Relationship between perceived empowerment care and quality of life among elderly residents within nursing homes in Taiwan: A questionnaire survey. *International Journal of Nursing Studies*, 43, 673–680. Retirado em 2 de Outubro, 2008, de www.elsevier.com/locate/ijnurstu
- Wurm, S., Tomasik, M. J. & Tesch-Römer, C. (2008). Serious health events and their impact on changes in subjective health and life satisfaction: the role of age and a positive view on ageing. *Eur J Ageing*, 5, 117–127. Retirado em 23 de Março, 2009 de <http://www.springerlink.com>
- Ximenes, M. A. & Côrte, B. (2006, Dezembro). O fazer institucionalizado: o cotidiano do asilamento. *Revista Kairós, Gerontologia*, 9 (2), 135-145. Retirado em 31 de Maio, 2008 de <http://www.portaldoenvelhecimento.net/artigos/maio2007/kairós9-2.pdf#page=69>
- Yeh, S. J. & Liu, Y. (2003) Influence of social support on cognitive function in the elderly. *BioMed Central Health Services Research*, 3, 9. Retirado em 2 de Outubro, 2008 de <http://www.biomedcentral.com/1472-6963/3/9>
- Železnik, D. (2007). *Self-care of the home-dwelling elderly people living in Slovenia*. (ISBN 978-951-42-8637-7) Tese de dissertação de mestrado. Acta Universitatis Ouluensis D medica 954. Finlândia: Faculty of Medicine, Department of Nursing Science and Health Administration, University of Oulu. Retirado em 1 de Novembro, 2008 de <http://herkules oulu.fi/isbn9789514286377/isbn9789514286377.pdf>
- Zhang, A. Y. & Yu, L. C. (1998). Life satisfaction among chinese elderly in Beijing. *Journal of Cross-Cultural Gerontology*, 13, 109–125. Retirado em 2 de Outubro, 2008 de <http://www.springerlink.com/content/t723725770963478/fulltext.pdf>

Anexos



Universidade da Beira Interior
Departamento de Psicologia e Educação
Mestrado em Educação Social e Comunitária

Questionário sobre os factores relacionados com a institucionalização na velhice

Sujeito N° _____

Este questionário pretende identificar e compreender factores relacionados com a institucionalização e Satisfação com a Vida na velhice.
As respostas são anónimas e confidenciais.
Agradecemos a sua participação nesta investigação.

LDADOS SÓCIO DEMOGRÁFICOS

Idade: 65/74 75/84 + 85
Género: F M
Naturalidade: _____
Estado Civil: Solteiro Casado Viúvo Divorciado Outro _____
Escolaridade: S/ Esc. Ler/Escriver 1º Cic.: Comp. 2º Cic.
Inc.
3º Cic. C.T. Linc. Outro _____
Filhos: S N
Se sim: N° de Filhos _____ N° de Filhas _____
Residência dos Filhos: Concelho Região
Outra cidade _____
Outro país _____

Principal Profissão que exerceu: _____
Instituição _____
Valência _____
Obs. _____

II. QUESTÕES SOBRE O PROCESSO DE INSTITUCIONALIZAÇÃO E SITUAÇÃO ACTUAL

1. Há quanto tempo se encontra no lar? _____
2. Porque é que veio para o lar?

Problemas de Saúde..... Dificuldades Económicas.....
Incapacidade de realização das AVDs... Falta de apoio da família.....
Falta de tempo/condições da família. Outros.....

Outros: _____

3. Quem é que decidiu a vinda para o lar?

- Próprio..... Filhos.....
Outros Parentes..... Vizinhos.....
Amigos..... Instituições.....
Outros _____

4. Relativamente à ocupação, como é que é o seu dia no lar?

Nada Ocupado	Pouco Ocupado	Mais ou Menos Ocupado	Ocupado	Muito Ocupado
1	2	3	4	5

4.1 Costuma participar em alguma actividade no lar? S N

Se sim quais?

- Passeios..... Actividades Religiosas.....
Ginástica Trabalhos Manuais
Outros _____

5. Tem visitas? S N

5.1 Se sim, com que frequência tem visitas?

Nunca	Raramente	Algumas vezes	Muitas vezes	Sempre
1	2	3	4	5

5.2 Quem é que geralmente o vem visitar?

- Filhos..... Outros Parentes.....
Amigos..... Vizinhos.....
Outros _____

5.3 Como considera que é a sua saúde?

Muito Má	Má	Mais ou menos	Boa	Muito Boa
1	2	3	4	5

6. É o/a Senhor (a) que costuma tomar as decisões sobre a sua vida? S N

Se sim, com que frequência é que costuma tomar decisões?

Nunca	Raramente	Algumas vezes	Muitas vezes	Sempre
1	2	3	4	5

III. ESCALA DE SATISFAÇÃO COM O SUPORTE SOCIAL (ESSS) - SUB ESCALA DE SATISFAÇÃO COM A FAMÍLIA (Ribeiro, 1999)

- 1 – Discordo Totalmente
- 2 – Discordo na maior parte
- 3 – Não concordo nem discordo
- 4 – Concordo na maior parte
- 5 – Concordo Totalmente

Estou satisfeito com a forma como me relaciono com a minha família	1	2	3	4	5
Estou satisfeito com a quantidade de tempo que passo com a minha família	1	2	3	4	5
Estou satisfeito com o que faço em conjunto com a minha família	1	2	3	4	5

IV. ESCALA DE SATISFAÇÃO COM A VIDA (adaptação de Simões, 1992, da original Diener et al, 1985)

- 1 – Discordo muito
- 2 – Discordo um pouco
- 3 – Não concordo nem discordo
- 4 – Concordo um pouco
- 5 – Concordo muito

A minha vida parece-se em quase tudo com o que eu desejaria que ela fosse	1	2	3	4	5
As minhas condições de vida são muito boas	1	2	3	4	5
Estou satisfeito com a minha vida	1	2	3	4	5
Até agora tenho conseguido as coisas importantes da vida que eu desejaria	1	2	3	4	5
Se pudesse recomeçar a minha vida, não mudaria quase nada	1	2	3	4	5

V. NA SUA OPINIÃO, PARA UM LAR SER BOM COMO É QUE DEVERIA SER?

Obs. _____

Responsável pela Aplicação do questionário: _____

Data : _____



Universidade da Beira Interior
Departamento de Psicologia e Educação
Mestrado em Educação Social e Comunitária

Questionário sobre os factores relacionados com a institucionalização na velhice

Sujeito N° _____

Este questionário pretende identificar e compreender factores relacionados com a institucionalização e Satisfação com a Vida na velhice.
As respostas são anónimas e confidenciais.
Agradecemos a sua participação nesta investigação.

Função do técnico que responde: _____

I. INSTITUCIONALIZAÇÃO

Data de Admissão: _____

II. SITUAÇÃO ECONÓMICA

1. Como avalia o nível socioeconómico do utente?

Muito Fraco	Fraco	Normal	Elevado	Muito Elevado
1	2	3	4	5

2. Quem paga a prestação do lar do utente?

- Próprio Filhos
Próprio c/ a ajuda dos filhos Outros familiares
Próprio c/ ajuda de familiares Instituições
Outros _____

III. PROGRAMA DE ACOLHIMENTO

1. Existe algum tipo de Programa de Acolhimento para a pessoa mais velha? S N

1.1. Como é que é feito o acolhimento?

Responsável pela Aplicação do questionário: _____

Data : _____

Anexo 3

Categorização dos motivos de institucionalização (n=224)

Categoria	Sub-Categoria	Resposta
<i>Dependência</i>	Dependência Geral	Incapacidade de estar sozinha; Incapacidade de tomar os medicamentos; Não podia estar sozinha em casa; Não podia estar sozinha, após hospitalização; Não podia estar sozinha; Não podia estar sozinho; Não podia ficar sozinha; Não podia viver sozinha; Não tinha condições para estar sozinha; Necessitava de cuidados profissionais; Porque precisava de cuidados médicos; Precisava de comer a horas por causa dos remédios;
	Incapacidade de realização das AVDs	
	Dependência e/ou problemas de saúde do cônjuge	A esposa já estava no lar por problemas de saúde; Difícil tratar do marido; Doença da esposa; Esposa doente; Incapacidade da esposa; Marido acamado; Marido estava doente; Por causa da doença da esposa; Por causa da esposa que era doente; Problemas de saúde da esposa; Problemas de saúde do marido e não podia tratar dele; Problemas de saúde do marido; Problemas do marido; Tratar do marido; Veio com a esposa por problemas de saúde; Veio com o marido que também tinha problemas de saúde; Veio pelos problemas de saúde do marido; Veio por causa da esposa ter problemas de saúde; Veio por causa da esposa; Veio por causa do marido estar doente;
<i>Falta de condições habitacionais</i>	Institucionalização do cônjuge	A esposa estava amputada, veio primeiro, só depois veio ele, para ajudar a cuidar dela; A esposa já estava no lar por problemas de saúde; Foi para estar junto da esposa; Porque a esposa já estava no lar; Veio para estar com o marido; Veio porque a esposa já cá estava;
	Problemas de saúde Sobrecarga dos cuidadores	Carga para a família; Não queria dar trabalho; Não queria incomodar os filhos; Não queria incomodar; Não queria ser carga para a filha; Não queria ser carga; Para não ser uma carga para os filhos; Casa isolada e sem condições; Casa isolada; Com a falta de vizinhos; Falta de condições habitacionais; Habitação isolada;

Anexo 3

Categorização dos motivos de institucionalização (n=224) (Continuação)

Categoria	Sub-Categoria	Resposta
Família	Conflitos familiares	Conflitos com a família; Conflitos com a filha; Conflitos com a nora; Conflitos com o filho; Conflitos com o genro; Devido aos conflitos com a esposa (divórcio);
	Decisão Familiar	A esposa achou que não tinha capacidade de continuar em casa (não estava bem); A família achou que era melhor; A nora não a quis em casa e o filho meteu-a em casa; As filhas não queriam que ficasse sozinha; Os filhos achavam que não podia estar sozinha; Receio do irmão de ficar sozinho;
	Falta de apoio da família Falta de tempo/condições da família	
Solidão		Estava sozinha; Estava sozinho; Ficou sozinho; Morte da família; Não queria estar em casa sozinha, podia dar-lhe alguma coisa; Não queria estar sozinho; Não queria ficar sozinha na casa da filha; Não tem ninguém; Para não estar sozinha em casa; Para não estar sozinha; Para não ficar desprezado; Para não ficar sozinha; Por estar sozinho; Solidão; Sozinha com filho portador de deficiência; Sozinha em casa; Sozinha; Sozinho em casa; Sozinho; Sozinhos; Veio porque ficava sozinho durante o dia na casa da filha; Vivia sozinho;
Viuvez		Falecimento do marido, que ajudava; Ficou sozinho com a morte da esposa; Morte do marido; O marido morreu; Porque ficou viúvo; Quando a esposa faleceu já estava à espera de entrar; Veio assim que ficou viúva; Veio para o lar quando o marido faleceu; Veio pela morte da esposa; Viúva; Viúvo;
Outros	Acesso a melhores condições	Não tinha condições para ficar em casa sozinha; Para ter condições; Ter melhores condições;
	Cansaço	Sentia-se cansada;

Anexo 3

Categorização dos motivos de institucionalização (n=224) (Continuação)

Categoria	Sub-Categoria	Resposta
	Dependência e/ou problemas de saúde de familiares	Irmão doente após hospitalização; Por causa do filho portador de deficiência; Sozinha com filho portador de deficiência;
	Dificuldades económicas	
	Distracção	Para se distrair;
	Idade	Achava que já tinha muita idade;
	Liberdade	Não queria estar às ordens de ninguém;
	Maus tratos	Maus tratos da família;
	Não poder Trabalhar	Já não podia trabalhar; Já não podia tratar do campo; Não podia trabalhar;
	Não se lembra;	
	Ocupação	Queria ajudar no lar;
	Prestação de ajuda	Veio porque já ninguém precisava do seu apoio, já estavam todos arrumados;
	Problemas com vizinhos	Má vizinhança; Problemas com a vizinhança; Teve problemas com vizinhos;
	Reforma	Por causa da idade (reforma);
	Regresso às origens	Queria ficar na terra; Quis vir para a terra;

Anexo 4

Categorização sobre quem decidiu a vinda para o lar (n=224)

<i>Categoria</i>	<i>Sub-Categoria</i>	<i>Resposta</i>
<i>Familiares</i>	Cônjuge Filhos Outros Parentes	
<i>Instituições</i>		
<i>Próprio</i>		
<i>Outros</i>		Não se lembra Médico Patrões Amigos Vizinhos

Anexo 5

Categorização sobre as actividades realizadas no lar (n=224)

Categoria	Sub-Categoria	Resposta
<i>Actividades de Animação</i>	Animação	Actuação num grupo; Cantar; Dança; Ensaio de canções; Festa; Passeios; Peça de teatro; Trabalhos manuais; Teatro;
	Jogar	Joga às cartas; Jogos;
<i>Actividades Religiosas</i>		
<i>Ginástica</i>		
<i>Leitura e escrita</i>		Ler e escrever;
<i>Trabalhos no lar</i>		Ajuda na costura; Ajuda nas limpezas; Ajuda nos trabalhos do lar; Faz a limpeza do quarto e lava a roupa; Limpa o lar; Trabalhos domésticos; Trabalhos na instituição; Trabalhos no lar, lavandaria, por os pratos; Trata do jardim; Joga no P.C.;
<i>Outros</i>	Actividades ligadas à tecnologia	
	Conversar c/os utentes	Conversar com os colegas; Fala com os doentes;
	Cuidado de outros utentes	Apoio a outros idosos;
	Recados	Tomo conta da minha madrinha; Faz recados; Trata dos recados de todos;
	Televisão	Ver televisão;

Anexo 6

Categorização sobre quem visita as pessoas mais velhas institucionalizadas (n=224)

<i>Categoria</i>	<i>Sub-Categoria</i>	<i>Resposta</i>
<i>Não familiares</i>	Amigos Vizinhos	
<i>Família</i>	Filhos Outros Parentes	
<i>Outros</i>		Empregada do filho

Anexo 7

Categorização sobre a opinião para um da terceira idade ser bom como é deve ser (n=224)

<i>Categoria</i>	<i>Sub-Categoria</i>	<i>Resposta</i>
<i>Condições</i>	Quartos Individuais	Está num quarto sozinha; Está sozinha no quarto; Quartos individuais;
	Ter condições	Ter um quarto só para a pessoa; Acha que falta muita coisa; Boas condições; Deve ter boas condições; Deve ter condições; Deve ter melhores condições do que o lar onde está; Deveria ter melhores condições; É necessário fazer obras; Estarem os idosos bem; Falta de condições; Não tem condições para haver distrações; Tem as condições máximas, não me falta nada; Têm condições; Tem tudo; Ter condições; Ter tudo para os idosos;
<i>Decisão</i>	Poder de decisão	Acha que deveriam fazer mais as vontades dos utentes; Comem o que querem; Faz o que quer; Juntam-se quando querem, faz o que quer, Não deveria haver lares de idosos, pois acha-se presa; Poder decidir o que vestir; Acha que este é bom para quem se der bem; Acha que este é bom, não falta nada;
<i>Igual ao lar em Que se encontra</i>		Bom para quem gosta; Bom; Como é agora está tudo bem; Como está, está bom; Como está, está tudo bem; De resto está tudo bem; Deve ser como este; É bom este lar, é a melhor coisa para os idosos; É bom; É como este está, não há nada a apontar; É muito bom; É tudo bom; Está bem aqui; Está bem como está; Está bem para um ser humano viver; Está bem; Está contente; Está tudo bem como está; Está tudo bem tudo com fartura; Está tudo bem, não falta nada; Está tudo bem, não tem queixas de ninguém; Está tudo bem; Está tudo bom; Este é bom; Este é razoável; Não é mau; Não estão mal; Não mudava nada, está tudo bem;

Anexo 7

Categorização sobre a opinião para um da terceira idade ser bom como é deve ser (n=224) (continuação)

Categoria	Sub-Categoria	Resposta
<i>Igual ao lar em Que se encontra (continuação)</i>		O lar é bom; Pode ser como este; Tudo bem; Tudo bom;
Não sabe	Não sabe, ou não houve resposta à pergunta	A morte dos outros utentes; A vida aqui é um calvário; Acha que deveriam ser feitas mais coisas para as pessoas se sentirem melhores; Assim, assim; Já desanima; Não sabe, temos de nos calar; Não sabe; Não tem gosto e não sabe; Nunca pode ser bom porque se sofre muito, muita tristeza com a realidade à volta (variados), Para mim não é bom; Tem de comprar tudo à sua conta;
<i>Relações Interpessoais</i>	Boas relações entre utentes e funcionários	Achava que deveria haver uma melhor relação com os responsáveis; Devem ser bem educadas com as funcionárias; Guardar respeito a quem manda; Melhor relação entre os técnicos e os utentes; Os idosos darem-se bem com os profissionais, serem unidos; Os utentes devem ser bons para os funcionários; Respeito mútuo; Tratar bem as empregadas;
	Boas relações interpessoais entre utentes	Acha que as pessoas deveriam ter mais cuidado com o que dizem; As pessoas devem ajudar-se umas às outras; Às vezes há complicações com algumas pessoas que custam a aguentar; Boas pessoas; Companhia ruim; Conflitos e paz; Conflitos; Darem-se bem uns com os outros; Darem-se bem; Darem-se todos bem, são falsos; Dá-se bem com todos; Devem dar-se bem; Deveriam ser todos como irmãos, todos malucos, más línguas, desordem, malcriados, vão vê ninguém de jeito, conflitos e guerras; Existem algumas pessoas amargas (idosos); Falta de união dos idosos; Mais paz (confusão), e as pessoas gritam muito; Menos falsidade; Muita lealdade, confiança; Não fazer mal a ninguém nem ofender ninguém; Não havia de haver conflitos entre os idosos; Não tratar os companheiros mal; Queria ter uma companheira que a deixasse dormir, a que tem grita; Respeito por todos, uns têm a mania que são mais que os outros, conflitos;

Anexo 7

Categorização sobre a opinião para um da terceira idade ser bom como é deve ser (n=224) (continuação)

Categoria	Sub-Categoria	Resposta
<i>Relações Interpessoais (continuação)</i>		Serem bons; Serem unidos; Têm que se dar bem uns com os outros; Tem uma boa companheira; Todos amigos; Todos andarem bem e serem humildes; União entre todos, que falta; União, entendimento entre utentes; Viverem como irmãos;
	Bom comportamento dos utentes /educação	As pessoas serem bem-educadas; Boa educação; Boa moral; Deve haver respeito; Deveria haver mais respeito de todos; Deveria haver outro respeito; Educados e respeitadores com todos; Os idosos portarem-se bem; Outro respeito, maneira de ser; Pessoas educadas (utentes); Ser bem-educado;
	Bons Funcionários	As empregadas são boas; As funcionárias deveriam ser mais humildes; As funcionárias deveriam ser todas boas; As funcionárias e técnicas são boas; As funcionárias são boas; Boas empregadas; Empregadas boas para os utentes Pessoas generosas;
	Carinho/Afecto	Serem bons; Algumas funcionárias são menos simpáticas; Carinho, pessoas amigas, palavras doces, falta de paciência; Carinho; Carinhos; Com carinhos; Deve haver carinho; Estimam bem; Estimar as pessoas que estão cá e ser estimada; Estimar as pessoas; Funcionárias mais amáveis; Paz, amor, carinho, paciência é complicada as pessoas não são todas iguais; são "as nossas filhas"; Ter muitos carinhos para os idosos;
<i>Serviços</i>	Boa Alimentação	A comida podia ser melhor; Alimentação; Bom comer; Com muito comer; Comem bem Comer bom; Comer com fartura; Comer deveria ser melhor; Comer; Comida boa; E comer o que põem à frente; É necessário dietas;

Anexo 7

Categorização sobre a opinião para um da terceira idade ser bom como é deve ser (n=224) (continuação)

Categoria	Sub-Categoria	Resposta
Serviços (continuação)	Bons tratamentos e cuidados	Melhor comer; Muito comer; Não deveriam dar iogurte a meio da manhã, é um exagero; O comer é bom; Questão da comida pode ser melhor; Responsável para vigiar a comida; Só não consegue comer a carne; Ajudar os utentes e tratá-los bem; As funcionárias tratam bem; As funcionárias tratarem bem os idosos; Bem tratados; Cuidar bem das pessoas; Cumprir os deveres e cuidar dos doentes; Devem tratar bem os idosos; É bom para tratar de nós; Melhor tratamento por parte das empregadas; O pessoal trata bem os idosos; Os idosos bem tratados; Sente-se bem porque é bem tratado; Tratam bem as pessoas; Tratam bem; Tratam mal os idosos; Tratam-me bem; Tratar bem as pessoas; Tratar bem os idosos; Tratar bem os utentes;
	Rapidez de Serviços; mais funcionários	As funcionárias deveriam ter mais tempo para dar carinho; Às vezes as funcionárias não têm muito tempo; Deveria haver mais funcionárias para dar mais atenção; Há cuidados mas deveria haver mais rapidez, Mais funcionárias (são poucas); Mais funcionárias, porque há muita gente com dificuldade; Não há muito tempo para os idosos, mas compreende; Os serviços deveriam ser mais rápidos, não têm tempo; Tem de esperar para ser atendido;
Outros		Deveria ter um depósito de água, instalar painéis solares; É difícil quando não conhece as pessoas; Espaço exterior para andar, piso exterior direito; Queria ter pessoas conhecidas; Tudo quente;
	Actividades de Animação	Deveria ter mais ocupação, actividades e passeios; Falta de passeios; Tinham mais actividades (desenhos, ginástica), agora não há;
	Assistência médica	Assistência médica; Ter médico;
	Bons Serviços	A roupa desaparece; Acha que os serviços são bons; Acha que pelo dinheiro que paga, os serviços não são por aí além;
	Caridade	Bons serviços; Falta de caridade; Mais caridade;
	Fisioterapia Funcionários competentes	Deveria haver fisioterapia para os utentes de lar; Bom acompanhamento social; Limpos (idosos);

Anexo 7

Categorização sobre a opinião para um da terceira idade ser bom como é deve ser (n=224) (continuação)

Categoria	Sub-Categoria	Resposta
Outros (continuação)	Limpeza	O pessoal especializado é presente; Asseado; Limpeza; Muita limpeza;
	Medicamentos	Remédios;
	Número reduzido de utentes	Deveriam entrar menos pessoas; Não há muita gente;
	Organização	Deveria haver mais organização; Precisa muita organização;
	Prestação igual	Deveria haver diferença nos pagamentos não é justo uns pagarem pelos outros; Os serviços são iguais mas as mensalidades também deveriam ser iguais;
	Separação de utentes por nível cultural/ intelectual	Deve-se separar por áreas de trabalho e culturas, as pessoas dão-se melhor; Separar por nível intelectual (isolamento);
	Separação de utentes Saudáveis dos que apresentam demência	Lar próprio para doentes porque nos põe doidos; Não deveriam entrar malucas, fica-se igual a eles;
	Ser exclusivamente lar	Quando há demência;
	Serviços gratuitos	Deveria ser só um espaço para lar; Não é preciso pagar;
	Silêncio	Está sossegada e sem barulho;

Anexo 8

Categorização sobre quem paga a prestação do lar (n=224)

<i>Categoria</i>	<i>Sub-Categoria</i>
<i>Filhos</i>	
<i>Instituições</i>	
<i>Próprio</i>	
<i>Próprio c/ ajuda de familiares</i>	Próprio c/ ajuda dos filhos Próprio c/ a ajuda de outros familiares
<i>Outros</i>	Não tem certeza Outros familiares