

Instituto Superior de Psicologia Aplicada



A QUALIDADE DE VIDA DOS IDOSOS INSTITUCIONALIZADOS E A
INFLUÊNCIA DAS ACTIVIDADES DE ANIMAÇÃO

Ana Patrícia Figueiredo Jorge

Nº de Aluno - 12249

Orientador de Dissertação e Coordenador de Seminário de Dissertação:

Ana Cristina Carvalho Martins

Tese submetida como requisito parcial para a obtenção do grau de **Mestre em Psicologia**

Especialidade em Psicologia Social e das Organizações

2009

Dissertação de Mestrado realizado sob a orientação de Ana Cristina Carvalho Martins, apresentada no Instituto Superior de Psicologia Aplicada para obtenção do grau de Mestre na especialidade de Psicologia Social e das organizações conforme o despacho da DGES, nº 19673/2006 publicado em Diário da Republica 2ª série de 26 de Setembro, 2006.

AGRADECIMENTOS

Esta dissertação é o resultado de alguns anos da minha vida, provavelmente dos mais marcantes e mais importantes para o meu futuro. É com esta dissertação que culminam anos de esforço e de luta, de alegrias e tristezas, de conquistas e vitórias. Anos esses em que estiveram presentes muitas pessoas que me acompanharam e das quais não me posso esquecer de agradecer neste momento.

Gostaria de iniciar os meus agradecimentos à Professora Ana Cristina Martins, que foi para mim um exemplo, uma motivação e sobretudo uma amiga. Agradeço-lhe o facto de me incentivar a seguir o caminho que mais me motivava e foi graças a si que desenvolvi este trabalho e que apesar de todas as dificuldades segui em frente. Foi sem dúvida um grande prazer e um grande privilégio trabalhar a seu lado.

Não posso de todo deixar de agradecer às pessoas mais importantes da minha vida, e sem os quais este momento seria impossível, os meus pais. À minha mãe, o meu grande exemplo de vida, de luta, de coragem e de força. Foi com ela que aprendi que temos de lutar pelo que sonhamos. Agradeço-lhe por tudo isso e por muito mais, por me ter feito a mulher que sou hoje e por ter sempre acreditado em mim. Ao meu pai, o meu grande mentor, a pessoa que me ensinou a seguir sempre pelo caminho mais correcto e a ser persistente. Agradeço-vos todos os esforços que fizeram para que este dia chegasse.

À minha irmã, por me ter apoiado sempre que foi necessário.

À minha avó Maria, à minha avó Conceição e Avô Francisco Figueiredo o meu muito obrigado pelo apoio e carinho. Ao meu avô Francisco Jorge, que tantas vezes me levou na sua bicicleta para o jardim-de-infância. Infelizmente não esteve presente para me acompanhar no meu restante percurso mas acredito que onde quer que esteja se deverá sentir orgulhoso.

Ao Bruno, por ter estado comigo em todos os bons e maus momentos, com ele partilhei sorrisos e lágrimas, com ele festejei vitórias e experimentei derrotas. O meu muito obrigada por nunca teres desistido e nunca me teres deixado desistir.

À Sara que desde o primeiro dia desta longa jornada, caminha a meu lado sempre disposta a ajudar. Com a sua presença tornou tudo muito mais simples. À Ana Dias, ao João Bernardo, à Patrícia Gens, que foram e sempre serão muito mais que colegas de curso, são acima de tudo os amigos que se guardam para toda a vida. À Helena, pelas longas horas de viagem no “nosso” comboio regional, sem ela todas as viagens pareceriam intermináveis. E a

todos os colegas e professores com os quais tive o prazer de me cruzar e certamente aprender com eles.

Agradeço a todas as pessoas que de alguma forma fazem parte da minha vida e que por motivos de lapso ou intencionalmente não foram nomeadas, mas que tenho a certeza que são igualmente importantes.

Finalmente agradeço a todas as Instituições e aos idosos que tão gentilmente se disponibilizaram para ajudar.

O meu muito obrigado a todos

RESUMO

A qualidade de vida dos idosos institucionalizados e a influência das actividades de animação

Neste estudo, de carácter exploratório, debruçamo-nos sobre a variável *Qualidade de Vida*, definida pela “percepção do indivíduo da sua posição na vida, no contexto da cultura e sistema de valores nos quais vive” (WHOQOL GROUP, 1994).

Pretendemos perceber em que sentido esta condição é influenciada pelo facto dos idosos institucionalizados participarem ou não em actividades de animação, e ainda, se o tipo de apoio formal que recebem (Centro de Dia ou Lar) tem repercussões na variável em estudo. Interessa-nos ainda perceber se existem relações significativas entre a Qualidade de Vida e a frequência com que os idosos falam com os filhos.

Usámos o questionário da Organização Mundial de Saúde (OMS), o WHOQOL-Bref, simultaneamente com um questionário sócio-demográfico. Inquirimos 136 idosos em sete instituições do Distrito de Santarém, com idades compreendidas entre os 65 e os 102 anos. Sendo que 67 idosos usufruíam do apoio do Centro de Dia e os restantes 69 do apoio do Lar.

Os resultados revelam-nos que os idosos que residem no Lar, são os que revelam valores superiores quanto à variável *Qualidade de Vida Geral*, tal como no domínio físico, também são os que apresentam os valores mais elevados. Nos restantes domínios não existem diferenças significativas. Relativamente à frequência com que os sujeitos falam com os filhos não se verificou qualquer efeito significativo em nenhum dos domínios. Quanto à participação nas actividades de animação, os idosos que o fazem mais frequentemente, obtiveram níveis mais elevados de Qualidade de Vida nos domínios Psicológico, Meio Ambiente e Relações Sociais.

Palavras-Chave:

Qualidade de vida; WHOQOL-Bref; Idosos e Envelhecimento; Animação de Idosos;

ABSTRACT

THE QUALITY OF LIFE OF INSTITUTIONALIZED ELDERLY PEOPLE AND THE INFLUENCE OF ENTERTAINMENT ACTIVITIES

The present investigation, of exploratory character, intends to study the variable *Quality of Life*, defined as "the individual's perception of their position in life, in the context of culture and value system in which they live" (WHOQOL GROUP, 1994).

We propose to comprehend if this variable is influenced by the fact if elderly people participate or not in entertainment activities, and, if the type of formal support they receive (Day Care Centers or Geriatric Residences) has an impact on the variable in question on our investigation. Furthermore, we attempt to confirm if there are a significant relationship between the Quality of Life and the frequency with which elderly people talk to their children.

The questionnaire employed is the WHOQOL-Bref, of World Health Organization (WHO) simultaneously with a socio-demographic questionnaire. We inquired 136 elderly people in seven institutions in the district of Santarém, aged between 65 and 102 years. 67 elderly people benefit of the support of the Day Care Center and the remaining 69 of the support of the Geriatric Residences.

The results point out that elderly people that live in Geriatric Residences, performed higher results on the variable General Quality of Life, as well as in the physical domain. In others domains there are no significant differences. The frequency which the subjects talk with their children demonstrate no significant effect on any of the domains. The elderly people that participate more in the entertainment activities, has higher levels of Quality of Life in the Psychological and Environment domains as Social Relations.

Key - Words:

Quality of Life, WHOQOL-Bref; Elderly People and Aging; Elderly Entertainment;

Índice

Introdução	1
O Fenómeno do Envelhecimento	4
Envelhecimento Populacional	4
Envelhecimento Demográfico em Portugal.....	5
O que é ser velho? O que significa envelhecer?.....	6
Envelhecimento Normal e Patológico.....	10
Implicações e principais desafios do Envelhecimento Populacional.....	11
A institucionalização de idosos, as suas causas e os seus efeitos.....	12
Envelhecimento Activo	14
Qualidade de Vida nos Idosos	16
O que é animação	18
Animação de idosos	18
Objectivos.....	19
Questões de Investigação	19
Metodologia	21
Instituições	21
Participantes	21
Caracterização da amostra.....	21
Instrumentos / Material	27
Caracterização dos Instrumentos	27
Procedimento	31
Resultados	33
Discussão	47
Conclusão.....	50
Referências Bibliográficas.....	51

Índice de Figuras

Fig. 1 - Modelo de Rowe e Kahn, 1997 in: Tomasini & Alves, 2007

Fig. 2 - Qualidade de vida numa instituição para idosos

Fig. 3 - Domínios do WHOQOL-Bref

ÍNDICE DE GRÁFICOS

Gráfico 1 – Género

Gráfico 3 – Estado civil

Gráfico 4 – Escolaridade

Gráfico 6 – Valores médios dos domínios

Gráfico 5 – Está actualmente doente?

ÍNDICE DE TABELAS

Tabela 1 – tem filhos?

Tabela 2 - Com que frequência fala com os seus filhos?

Tabela 3 - Os seus filhos vivem próximo de si?

Tabela 4 - Com que pessoas se costuma relacionar com mais frequência?

Tabela 5 - Vê os seus familiares e amigos tantas vezes quantas gostaria?

Tabela 6 - Quais das seguintes valências costuma ter acesso?

Tabela 7 - Qual o seu grau de satisfação com a valência a que tem acesso?

Tabela 8 - A iniciativa de usufruir deste serviço foi sua?

Tabela 9 - Com que frequência participa nas actividades de animação

Tabela 10 - Como descreve no geral as actividades?

Tabela 11 - Como descreveria, em geral, a sua satisfação com a animação?

Tabela 12 – Estatísticas descritivas

Tabela 13 – Consistência interna

Tabela 14 – Estatísticas item-total

Tabela 15 – t Student para amostras independentes

Tabela 16 – Estatísticas de grupo

Tabela 17 – t Student para amostras independentes

Tabela 18 – Estatísticas de grupo

Tabela 19 – t Student para amostras independentes

Tabela 20 – Estatísticas de grupo

Tabela 21 – Teste de Mann-Whitney

Tabela 22 – Estatísticas de grupo

Tabela 23 – t Student para amostras independentes

Tabela 24 – Estatísticas de grupo

Tabela 25 – Anova One-Way

Tabela 26 – Estatísticas descritivas

Tabela 27– Anova One-Way

Tabela 28 – Estatísticas descritivas

Tabela 29 – Anova One-Way

Tabela 30 – Estatísticas descritivas

Tabela 31 – Anova One-Way

Tabela 32 – Estatísticas descritivas

Tabela 33 – Anova One-Way

Tabela 34 – Estatísticas descritivas

Tabela 35 – Anova One-Way

Tabela 36 – Anova One-Way

Tabela 37 -Tukey HSD

Tabela 38 – Anova One-Way

Table 39 - Tukey HSD

Tabela 40 – Anova One-Way

Tabela 41 - Tukey HSD

Tabela 42 – Anova One-Way

*Desejo ouvir o chilrear de um pássaro
Desejo o sol pela manhã
Desejo a música de um compasso
Não desejo uma vida vã*

*Quero viver
Quero sorrir
Quero bem envelhecer
Ao topo da vida desejo subir*

*Sou Pessoa
Sou Humano
Sou Idoso
Mas não sou insano*

*Posso ser velho
Mas não sou inábil
Vejo-me ao espelho
E ainda estou saudável*

*Por isso Desejo...
Desejo ser Respeitado...
Desejo ser Amado...
Desejo Bem Envelhecer!!!*

*Ana Patrícia Jorge
(2009)*

Introdução

O ser humano tem demonstrado ao longo da sua existência uma enorme capacidade para grandes feitos e novas descobertas. Ao longo de milhares de anos, o Homem tem desenvolvido técnicas e métodos cada vez mais sofisticados que acarretam grandes implicações para a sua vida.

É a evolução de conhecimentos, culturas, modos de ser e estar que têm proporcionado alterações significativas na estrutura do ser humano. Entre essas evoluções estão o conhecimento ao nível científico que tem facultado ao Homem a possibilidade de aplicar a seu favor aquilo que tem sido descoberto e inventado.

Assim sendo, a evolução humana tem sofrido transformações colossais em que os seus resultados são reflectidos nas mais diversas áreas.

Uma das mais recentes mutações, e que mais impacto está a ter na sociedade contemporânea, é o incremento da esperança média de vida que, por sua vez associado à, cada vez mais decrescente taxa de natalidade, tem conduzido a um envelhecimento substancial da população mundial. Começando, segundo Simões (2006), a ser trivial afirmar que o envelhecimento da população é um dos fenómenos mais importantes das sociedades contemporâneas.

Para Jacob (2007), *“o envelhecimento da população é um dos maiores êxitos da humanidade, no entanto, é também um dos seus maiores desafios, devido às suas consequências sociais, económicas e políticas”*

Esta dramática alteração nas características da sociedade resultou no crescimento dos estudos acerca do desenvolvimento e do envelhecimento humano. Como as pessoas se desenvolvem, que características se alteram e como a mudança acontece, são algumas das questões levantadas no âmbito dos estudos sobre estas duas variáveis (Cavanaugh, 1997). Nesse sentido, será deveras importante conhecer ao máximo as suas características para que se possam adequar estratégias e formas de intervenção para melhor lidar com estas novas particularidades da sociedade.

Consequentemente, o progresso científico está associado ao aumento da esperança média de vida, no entanto, o acréscimo da quantidade não implicará directamente qualidade, por tal facto, este aumento dos anos de vida que se tem vindo a verificar ao longo da história do ser humano, torna desejável que essa qualidade se concretize tanto a nível Físico, como Psicológico e Social.

Perante o envelhecimento progressivo, a sociedade tem vindo a organizar-se e a criar condições para acolher o número crescente de idosos (Jacob, 2007). Para dar resposta a tal situação, e devido às alterações ao nível sócio-familiar, têm surgido nas últimas décadas, cada vez mais instituições de prestação de serviços formais aos mais idosos (Xavier, 2004).

As instituições ancestrais que acolhiam idosos eram chamadas de “asilos” e existem desde o século XV (Jacob, 2007), com características sombrias, os idosos permaneciam nestes espaços em estado de entorpecimento, como se estivessem a aguardar a sua morte (Born, 2000; Zimmerman, 2000). Esta é a imagem que ainda permanece na cabeça de muitos dos idosos actuais, no entanto, a partir das décadas de 50 e 60 do século XX, houve uma tentativa para melhorar as condições dos asilos e estes adquiriram a denominação de “Lares de Idosos” (Jacob, 2007). Os lares modernos são, na sua maioria, locais onde os idosos podem viver os anos que lhes restam de forma saudável e autónoma, onde se procura a individualização dos utentes, tendo em atenção não só os cuidados de saúde e de higiene, bem como a promoção da autonomia e da qualidade de vida dos idosos.

Para além dos lares, têm surgido outras instituições, como é o caso dos Centros de Dia, que têm competências para prestar cuidados formais aos idosos, onde estes permanecem durante o dia e regressam para suas casas à noite. Neste contexto, surgem ainda os Centros de Convívio, com os mesmos propósitos dos centros de dia, mas mais vocacionados para a animação e lazer. Os serviços de Apoio Domiciliário, que têm como objectivo a prevenção e manutenção das pessoas no seu domicílio o maior tempo possível e que prestam serviços diversificados aos utentes tais como, alimentação, higiene, saúde, tratamento de roupa, etc., são outro tipo de instituição que emerge com o mesmo objectivo de prestar cuidados aos mais velhos (Jacob, 2007).

Embora os cuidados higiénico-sanitários sejam de grande importância para o bem-estar e qualidade de vida dos idosos, tem vindo a surgir uma maior preocupação com o bem-estar psicológico dos idosos que usufruem destes serviços. Para tal, a animação tem um papel fulcral neste processo e está, actualmente, no centro das prioridades de todas as estruturas de acolhimento de pessoas idosas, havendo uma maior consciência da sua importância enquanto elemento determinante da qualidade de vida dos idosos, preservando a autonomia dos mesmos (Jacob, 2007).

Neste contexto, pareceu-nos pertinente estudar a problemática da qualidade de vida dos idosos em função da utilização de instituições de cuidados formais, como é o caso do Lar de Idosos e do Centro de Dia, bem como a qualidade de vida em idosos que participam em actividades de animação.

Pretendemos assim, verificar a existência ou não de uma relação significativa entre as variáveis qualidade de vida e o tipo de institucionalização (Lar ou Centro de Dia), bem como avaliar as diferenças ao nível da variável Qualidade de Vida nos idosos que participam com alguma frequência nas actividades de animação em oposição aos que nunca participam ou que participam com pouca frequência.

Achámos este tema bastante relevante devido ao facto do envelhecimento populacional ser uma realidade tão presente e inevitável. E com o crescente aumento das estruturas de apoio formal, pareceu-nos pertinente perceber em qual das valências (Lar ou Centro de Dia) os idosos têm uma maior qualidade de vida. É também pertinente perceber até que ponto a participação nas actividades de animação é benéfica para a qualidade de vida dos idosos, para que, caso se encontre uma relação significativa entre a qualidade de vida e a participação nas actividades, a animação possa passar a ser uma constante nos Lares de Idosos e nos Centros de Dia.

Assim, este trabalho tem como pertinência contribuir para uma maior compreensão da temática, para que se continue a evoluir no sentido positivo e no sentido do incremento da qualidade de vida da população idosa.

Num primeiro momento do trabalho propomos uma revisão de literatura respeitante ao envelhecimento, suas características, problemáticas e desafios. Abordaremos a temática das instituições de apoio formal a idosos, a qualidade de vida dos idosos institucionalizados e finalmente faremos uma breve descrição da animação de idosos e as suas vantagens para o envelhecimento bem sucedido.

Após a revisão de literatura, será descrito todo o procedimento e estrutura metodológica do estudo e serão apresentados os resultados e seguidamente a sua discussão.

O Fenómeno do Envelhecimento

Envelhecimento Populacional

Desde os primórdios da humanidade, o envelhecimento tem sido um processo que não tem deixado de surpreender e preocupar. Ninguém é alheio ao envelhecimento e aos problemas que ele acarreta. Para Nazareth (2004), a temática do envelhecimento tem vindo a assumir uma importância cada vez maior devido ao crescente envelhecimento demográfico das populações dos países industrializados, particularmente na Europa. E se actualmente há um tema de especial importância na estrutura sócio-demográfica dos países industrializados, esse tema é sem dúvida o envelhecimento da população. Também para Paúl (1997), a temática relativa ao envelhecimento tem vindo a assumir particular relevância devido ao envelhecimento demográfico das populações, na Europa, e nos países industrializados em geral, começando a ser comum afirmar-se que o envelhecimento da população é um dos fenómenos mais importantes das sociedades contemporâneas.

De facto, de algumas décadas a esta parte, registaram-se nos países desenvolvidos, drásticas modificações na estrutura da população (Simões, 2006), como é o caso do envelhecimento da população, resultante do aumento do número de idosos e da diminuição do número de jovens.

O envelhecimento da população é um fenómeno de amplitude mundial, a OMS (Organização Mundial de Saúde) prevê que em 2025 existirão 1,2 biliões de pessoas com mais de 60 anos, sendo que os muito idosos (com 80 ou mais anos) constituem o grupo etário com o crescimento mais acentuado (Sousa, Galante e Figueiredo, 2003).

O envelhecimento demográfico é hoje uma das características dos países desenvolvidos, nomeadamente da Europa, que tende a estender-se a todas as sociedades. E Portugal como seria de se esperar não escapou a esta metamorfose mundial, estando, também, a “sofrer” os efeitos do envelhecimento demográfico. Este conceito define-se pelo aumento da proporção das pessoas idosas na população total, em detrimento da população jovem e/ou em idade activa (INE, 2002).

Para Leal & Haas (2006), a longevidade da existência humana e o aumento da esperança média de vida devem-se, essencialmente, ao desenvolvimento científico e aos

avanços tecnológicos, o que implica uma melhoria das condições de vida aumentando o bem-estar.

Fernandes (2007) acrescenta que o crescimento do tempo de vida tem ultrapassado todos os cenários e expectativas traçadas. Para este autor, isto deve-se à melhoria do acesso aos cuidados de saúde, aos progressos médico-sanitários e do desenvolvimento da indústria farmacêutica.

Envelhecimento Demográfico em Portugal

A dinâmica do crescimento da população residente em Portugal, nos primeiros anos do século XXI, caracteriza-se pela redução do saldo natural, provocada pela queda da natalidade, por saldos migratórios positivos mas com tendência para baixar, e pelo agravamento progressivo do envelhecimento demográfico isto é, pelo aumento da proporção da população idosa (65 ou mais anos) no total da população (Carrilho & Patrício, 2008).

Segundo dados do INE (2002), entre 1960 e 2001 o fenómeno do envelhecimento demográfico traduziu-se por um decréscimo de cerca de 36% na população jovem e um crescimento de 140% da população idosa. Desta forma, a proporção da população idosa que representava 8% do total da população em 1960, mais que duplicou, passando para 16,4% em 2001. Isto deve-se a uma conjugação de factores, entre eles o aumento da esperança média de vida, que entre 1960 e 2001 aumentou cerca de 11 anos para os homens e 13 anos para as mulheres (INE, 2002), e ainda a diminuição da fecundidade.

A população residente em Portugal Continental aumentou 6,9% nos últimos 16 anos, mas o crescimento no grupo etário com 65 e mais anos (65+) foi de 34,6%, tendo passado de 14,0% (1.328.036) para 17,6% (1.787.344). Quanto à população com 85 e mais anos (85+), quase duplicou: em 1991 representavam 1,0% (91.058), tendo-se estimado que em 2007 residiriam 173.164 indivíduos com 85+ (1,7% do total da população). As projecções elaboradas pelo INE prevêem que em 2040 as populações com 65+ e 85+ serão, respectivamente de 28,8% e 3,8% do total de residentes (INE, 2002).

Em 2007, o índice de envelhecimento era de 116 indivíduos com 65+ por cada 100 jovens (0 a 14 anos), podendo atingir 224/100 em 2040. Prevê-se que o índice de dependência de idosos, que era de 26 por cada 100 indivíduos em idade activa, aumente para 49/100 em 2040 se as hipóteses do cenário base das projecções se verificarem (Alto Comissariado da Saúde, 2008).

O que é ser velho? O que significa envelhecer?

Na actualidade, alguns verbetes são usados para designar a idade avançada, nomeadamente “Velho”, “Idoso”, “Terceira Idade”, “Melhor Idade”, “Idade Madura”, etc. Essas marcas ou signos conferem certa identidade para as pessoas nessa fase, havendo, então, a construção social da velhice. O termo “velho” serviria para indicar doença, solidão, inactividade; “idoso” é utilizado em documentos jurídicos para efeitos de leis e direitos, e a denominação “terceira idade” atribuída a saúde e bem-estar (Boroni e Cintra 2002, cit. por Amaral, Pomatti e Fortes, 2007).

Segundo o dicionário da Língua Portuguesa (Porto Editora, 2005), “Envelhecer” significa “Ficar idoso, Tornar-se Velho”.

Na literatura existem infindáveis definições de envelhecimento, todas similares.

Para Fontaine (2000), envelhecimento é o conjunto de processos que o organismo sofre após a sua fase de desenvolvimento. Sousa, Figueiredo e Cerqueira (2006), acrescentam que o envelhecimento é um processo de deterioração endógena e irreversível das capacidades funcionais do organismo. Trata-se de um fenómeno inevitável e inerente à própria vida.

No dicionário de Psicologia (Doron & Parot, 2001), “Envelhecimento” é o efeito normal da idade nas diferentes funções psicológicas e orgânicas, que tende, se bem que de uma maneira desigual, conforme os indivíduos e as funções, a uma diminuição dos desempenhos e das capacidades, e à medida que as pessoas envelhecem, enfrentam uma combinação de problemas físicos, emocionais e materiais que pode ser difícil de lidar (Giddens, 2004).

O envelhecimento não é um processo único. De facto, é constituído por, pelo menos, três processos distintos: envelhecimento primário, secundário e terciário (Birren & Cunningham, 1985, cit. por Cavanaugh, 1997).

O envelhecimento primário diz respeito ao envelhecimento normal, desenvolvimento livre de doenças durante a idade adulta.

O envelhecimento secundário refere-se às mudanças no desenvolvimento que estão relacionadas com doenças, estilos de vida e outras mudanças induzidas pelo ambiente circundante e que não são inevitáveis (por exemplo a poluição).

Finalmente, o envelhecimento terciário refere-se às rápidas perdas que ocorrem repentinamente antes de morrer.

Simões (2006), atesta que se todos nós envelhecemos, nenhum de nós envelhece exactamente da mesma maneira. Para além de ser pessoal (dependente da nossa biologia e em particular da nossa dotação genética), o envelhecimento é um fenómeno contextual. A complexa interacção entre estas duas ordens de factores determina a imensa variedade das experiências individuais de envelhecimento. Cavanaugh (1997) salienta o facto de não podermos compreender as experiências dos adultos e conseqüentes características do envelhecimento sem perceber o que advém da infância e da adolescência.

Fontaine (2000), refere que o envelhecimento não é um estado, mas sim um processo de degradação progressiva e diferencial que afecta todos os seres vivos e onde o seu fim é a morte do organismo. Para o mesmo autor, é impossível datar o início do processo de envelhecimento, pois a sua velocidade e gravidade são extremamente variáveis de indivíduo para indivíduo, e dependentes dos níveis biológico, psicológico ou sociológico em que o sujeito se situa. Envelhecer, é ainda, um processo contínuo, o que significa que o desenvolvimento humano nunca pára.

Riley (1979, cit. por Cavanaugh, 1997) salienta as influências recíprocas das mudanças socioculturais, ambientais e históricas.

Os desenvolvimentistas, geralmente consideram três forças interactivas que influenciam o processo de desenvolvimento (Cavanaugh, 1997):

- Biológicas – incluem todos os factores genéticos e relacionados com a saúde que afectam o desenvolvimento. Por exemplo, a menopausa, rugas, etc.
- Psicológicas – incluem todos os factores internos que afectam o desenvolvimento, como os factores perceptivos, cognitivos, emocionais e de personalidade.
- Socioculturais – Incluem os factores interpessoais, sociais, culturais e étnicos que afectam o desenvolvimento.

Estas três forças reflectem diferenças em como o mesmo acontecimento através da combinação da componente biológica, psicológica e sociocultural afectam os sujeitos a diferentes níveis da sua vida, sendo que cada um de nós é produto de uma combinação única destas três forças.

De acordo com Schroots e Birren (1980), cit. por Paúl (1997), o envelhecimento tem 3 componentes:

- 1) **Biológico** – O processo de envelhecimento biológico resulta da vulnerabilidade crescente e da maior probabilidade de morrer.
- 2) **Social** – O envelhecimento social diz respeito aos papéis sociais apropriados às expectativas da sociedade para este nível etário.
- 3) **Psicológico** – O envelhecimento psicológico é definido pela auto-regulação do indivíduo no campo de forças, pelo tomar decisões e opções e a forma como se adapta ao processo de envelhecimento.

Neste sentido, segundo e Cunningham (1985 Cit. por Cavanaugh, 1997), poder-se-á considerar três tipos de idades:

- **Idade biológica** – medida pelas capacidades funcionais ou vitais; Está ligada ao envelhecimento orgânico. Número máximo de anos que o sujeito pode provavelmente viver. É avaliada pela medição das funções dos vários sistemas vitais.
- **Idade psicológica** – que diz respeito às capacidades comportamentais do indivíduo se adaptar ao meio e às exigências e mudanças ambientais. Envolve capacidades como a memória, as habilidades, os sentimentos, as motivações e as emoções.

Uma boa manutenção destas actividades permite uma melhor auto-estima e a conservação de um elevado nível de autonomia e controlo (Fontaine, 2000).

- **Idade Sociocultural** – refere-se aos papéis e hábitos que o indivíduo assume na sociedade; É fortemente determinada pela cultura e pela história de um país. Corresponde ao conjunto de regras individuais adoptadas em relação a outros membros da sociedade e cultura a que pertencem.
É verificada através dos comportamentos e hábitos, bem como a forma de vestir, costumes, linguagem e estilo interpessoal

Segundo Nunes (2005), a idade cronológica dificilmente traduz a dimensão biológica, física e psicológica da evolução do ser humano. Igualmente, a idade biológica por si só é limitativa, pois a noção de autonomia e o estado de saúde devem ser factores a ter em conta pois afectam os indivíduos com a mesma idade de maneiras diferentes.

Para Cavanaugh (1997), a imagem do envelhecimento é muitas vezes distorcida e simplificada. Existem muitos mitos acerca dos idosos. Estes mitos conduzem a estereótipos negativos, que poderão resultar em *ageísmo*, isto é, a incorrecta percepção de que a idade cronológica é a principal determinante das características humanas e que uma idade é melhor do que a outra (Butler & Lewis, 1982 cit. por Cavanaugh 1997), como forma de discriminação sobre os idosos, apenas devido à sua idade. O ageísmo pode ser evidente ao ponto de supor que todos os idosos são senis e incapazes de tomar decisões acerca das suas próprias vidas. (Cavanaugh, 1997).

Paúl (2005), refere que mesmo quando se parte de uma perspectiva biológica, será inevitável integrar variáveis psicológicas e sociais do ambiente do indivíduo na explicação do processo de envelhecimento. Desta forma, o processo de envelhecimento terá de ser analisado numa perspectiva bio-psicossocial.

No que diz respeito ao domínio biológico, muitos aspectos do funcionamento alteram-se à medida que se envelhece, estas mudanças influenciam o padrão global de saúde, a mobilidade física, o funcionamento cognitivo, etc. (Fonseca, 2005).

Quanto ao domínio psicológico, existe um vasto conjunto de fenómenos que influenciam o processo de envelhecimento, nomeadamente as reacções emocionais, personalidade, mecanismos perceptivos, aprendizagem, memória e cognição, estilos de relação interpessoal, controlo, etc. (Fonseca, 2005).

Finalmente, no domínio social e cultural, VandenBos (1998) cit. por Fonseca (2005), considera quatro estruturas sociais determinantes: a família, o trabalho, o estado e a religião. O autor considera que a família e o trabalho são estruturas de extrema importância para os sujeitos, e qualquer alteração nas mesmas (p.e. passagem à reforma, morte do cônjuge...) produzirá um impacto muito grande na vida do indivíduo pois implicará uma redefinição da sua identidade social e do sentido de utilidade da sua vida.

O envelhecimento é, desta forma, um processo natural, é uma trajectória que envolve a infância a adolescência e a fase adulta. O envelhecimento não é somente um processo físico, mas um estado de ânimo (Castiglia, Pires e Boccardi, 2006).

Paúl (2005), conclui que o processo de envelhecimento é complexo, implicando o envelhecimento biológico e social, a que cada indivíduo se ajusta do ponto de vista psicológico.

Envelhecimento Normal e Patológico

Existem dois termos distintos, que embora possam ser confundidos, que caracterizam o processo de envelhecimento, são eles a senescência e a senilidade. A senescência é caracterizada pelos efeitos biológicos ou anatomofisiológicos do envelhecimento, quando ocorre a perda da capacidade de reparação biológica, por sua vez, a senilidade é um processo que se refere às alterações produzidas pelas doenças, incluindo debilidade ou deterioração da mente ou do corpo (Bulsing, Oliveira, Rosa, Fonseca e Areosa, 2007).

Papalia e Olds (2000) cit. por Argimon, Stein, Xavier e Trentini (2004) salientam que a maioria dos idosos apresenta boa saúde física e mental, principalmente nos primeiros anos da terceira idade. Segundo Bee (1997) cit por Argimon et al. (2004), é a partir dos 65 anos que algumas mudanças começam a ser percebidas, mas é por volta dos 75 ou 80 anos que se verifica aceleração do declínio físico e cognitivo. Mas Parente e Wagner (2006) cit. por (Argimon et al., 2004) enfatizam que algumas funções cognitivas declinam com a idade, no entanto outras podem ser mantidas ou melhoradas.

A crença de que idosos não são capazes de coordenar as suas vidas, de terem objectivos de vida, capacidade para aprender e para mudar, contribui para que se desenvolvam sentimentos de impotência nos idosos, levando a que em muitos momentos eles ajam como se não tivessem essas possibilidades. Isso é o que a sociedade parece esperar deles. O acesso a serviços de apoio a idosos, transporte, grupos de convivência, grupos de orientação aos cuidadores, grupos de ajuda aos familiares são algumas alternativas para minimizar as dificuldades, podendo se constituir em estratégias de mudança em relação às crenças existentes (Argimon et al., 2004).

Observa-se que lentamente está a ser abandonada a conotação negativa do conceito de velhice em si mesmo e passa-se a conceber essa fase da vida como possibilidade de realização pessoal, maturidade e sabedoria (Argimon et al., 2004).

Para Beauvoir (1990) cit. por Bulsing et al. (2007), a Terceira idade é uma fase em que o idoso se pode entregar à vida com mais alegria, porque já não possui a preocupação com o trabalho.

Implicações e principais desafios do Envelhecimento Populacional

Embora seja um processo que abre novas possibilidades, o envelhecimento é também acompanhado por um conjunto de novos desafios (Giddens, 2004).

O envelhecimento populacional acarreta uma série de implicações e problemáticas, no entanto para Jacob (2006), o envelhecimento é um dos maiores êxitos da humanidade mas também um dos seus maiores desafios, pois são inúmeras as consequências sociais, económicas e políticas.

As alterações demográficas registadas no último século colocaram aos governos, famílias e sociedades desafios para os quais não estavam preparados conduzindo, este fenómeno, a uma série de problemas e desafios aos quais as sociedades contemporâneas terão de se adaptar. Entre esses problemas está o facto de o envelhecimento demográfico trazer repercussões ao nível económico e social e ainda produzir um aumento da prevalência de doenças crónicas e incapacitantes, tanto ao nível físico como psíquico (Giddens, 2004).

Para Simões (2006), parece que o envelhecimento da população tende a ser encarado mais como uma ameaça do que um desafio. Pois para o autor, este fenómeno acarreta certamente dificuldades mas será também uma oportunidade de progresso.

Estas mudanças ao nível demográfico terão consequências, a longo prazo, nas gerações activas do futuro e na dinâmica do mercado de trabalho (Nunes, 2005), e para Simões (2006) as consequências do envelhecimento ao nível económico traduzem-se num acréscimo do contingente dos indivíduos não produtivos, representando uma sobrecarga para a população activa, que terá de produzir mais riqueza, com menos recursos, para manter activos e não activos.

Jardim, Medeiros e Brito (2006) consideram que tratar o envelhecimento como um problema social é um desrespeito profundo para com aqueles que construíram e sustentaram uma sociedade, com o seu poder de decisão e autonomia e que hoje são tratados como um encargo para a sociedade. Na opinião de Martins (2006) uma sociedade que negligencia a experiência e saberes acumulados torna-se inevitavelmente numa sociedade de desperdício, numa sociedade vazia, sem rumo.

Este fenómeno social obriga a reflexões profundas na nossa sociedade e a uma nova visão sobre o envelhecimento (Almeida, 2006).

O maior desafio da nossa sociedade é encontrar os meios para incluir os idosos, mudar conceitos já enraizados e utilizar novas técnicas, a fim de alcançar de forma justa e

democrática a equidade na distribuição dos serviços e facilidades para o grupo populacional que mais cresce em todo o mundo (Lima-Costa, Barreto, Giatti e Uchôa, 2003).

De facto, para Paúl (2005), ao longo dos tempos o conceito de envelhecimento e as atitudes perante os idosos têm vindo a mudar, reflectindo, por um lado, o nível de conhecimentos sobre a fisiologia e anatomia humanas, e por outro, a cultura e as relações sociais das várias épocas, promovendo, cada vez mais a preocupação acerca das condições de vida dos idosos como população vulnerável em termos de bem-estar (físico, psicológico e social).

Parece então cada vez mais necessário desenvolver meios para melhor atender às dificuldades do crescente grupo de idosos (Sousa, Galante e Figueiredo, 2003) o que perante este fenómeno, a sociedade civil e o Estado têm vindo a organizar-se e a criar condições para acolher um número crescente de idosos. Esta preocupação tem vindo a notar-se na quantidade, cada vez mais crescente de respostas sociais como os Serviços ao Domicílio, Instituições de Acolhimento, etc. (Jacob, 2007), e visto que para um número cada vez maior de pessoas, a terceira idade representa cerca de um terço da totalidade do tempo das suas vidas este tipo de respostas sociais tornam-se cada vez mais indispensáveis.

Em Portugal, foi a partir de 1974 que as políticas sociais dirigidas à Terceira Idade ganharam maior incremento, constituindo hoje um dos temas de preocupação da sociedade portuguesa (Vaz, 1998).

Desde então, o estado tem criado espaços de actividade social privada como é o caso das Instituições de Solidariedade Social (IPSS) como apoio à terceira idade (Lares de Idosos, Centros de Dia, Centros de Convívio e Apoio Domiciliário) (Vaz, 1998).

Com o aumento do número de pessoas idosas, e o incremento da vida activa familiar, surgiu a necessidade da criação de serviços de apoio formal que visem a procura da individualização de cuidados salutogénicos, promovendo assim a qualidade de vida do idoso (Carletti & Rejani, 2000; Joyce, O'Boyle, & McGee, 1999; Twycross, 2001; Waldron et al, 1999, cit. por Xavier, 2006), como são os lares de idosos e os serviços de centro de dia e apoio domiciliário.

A institucionalização de idosos, as suas causas e os seus efeitos.

Considera-se haver institucionalização do idoso quando este está durante todo o dia ou parte dele entregue aos cuidados de uma instituição que não a sua família, sendo os idosos residentes os que vivem vinte e quatro horas por dia numa instituição, Lar ou Residência.

(Jacob, 2007). Assim, quando nos referimos a idosos institucionalizados estamos não só a referi-nos a idosos em Lar mas também aos idosos que frequentam o Centro de Dia e outras instituições em que permanecem parte do seu dia.

Lemos (2000) caracteriza os lares de idosos como instituições de alojamento colectivo, de utilização temporária ou permanente para idosos em situação de maior risco se perda de independência e/ou autonomia. Estas instituições prestam serviços de higiene, alimentação, cuidados pessoais e da vida diária, cuidados de saúde, apoio psicossocial e actividades recreativas e de lazer.

Por sua vez, para o mesmo autor, centros de dia são estruturas abertas à comunidade, onde se presta um conjunto de serviços e se desenvolvem actividades que permitam a manutenção dos idosos no seu meio sócio-familiar.

São variadas as causas que levam os idosos a serem institucionalizados.

Alguns estudos mostram que a decisão de institucionalização é causada pela inter-relação de três variáveis: a) a crescente deterioração física; b) a incapacidade ou falta de vontade dos cuidadores informais para prestar os cuidados que o idoso necessita e c) a falta de serviços comunitários que ajudem a manter uma vida independente (Tobin & Lieberman, 1976 cit. por Bazo, 1991).

Para Grandall (1980, cit por Bazo, 1991), não é a falta de saúde a variável determinante para a institucionalização dos idosos, mas sim a falta de apoio social.

De facto, a institucionalização ocorre geralmente na sequência da incapacidade funcional, combinada com a ausência ou insuficiência de apoios sociais (Paúl, 1997). Muitas das vezes uma doença é motivo para a institucionalização não pela doença em si, mas devido à falta do apoio dos cuidadores informais, ou seja a família e/ou amigos.

Pac, Vega, Formiga e Mascaró (2006) no seu estudo acerca dos motivos de entrada em residências geriátricas determinaram que é comum acontecer a institucionalização depois de uma hospitalização que provoca incapacidade funcional, como por exemplo, o declive cognitivo, uma fractura do fémur, ou uma doença crónica. No entanto, as causas sociais foram, na sua maioria, a principal causa de entrada no Lar. A maioria dos inquiridos respondeu que não podiam viver sós por limitações da idade que já não lhes permitia desenvolver as actividades da vida diária.

No estudo de Bazo (1991), a maioria dos inquiridos recorreu à institucionalização de forma voluntária, sendo os motivos muito diversificados. Na maior parte dos casos o factor desencadeador terá sido a morte do cônjuge. Outro factor foi o poder libertar os filhos e os familiares e dar-lhes mais independência.

No entanto, a institucionalização dos idosos acarreta uma série de consequências.

A imagem interiorizada dos asilos aparece associada à pobreza, ao abandono familiar e à marginalização social (Bazo, 1991). O que muitas vezes, é sinónimo de angústia nos idosos que ingressam nas instituições. Podendo com isto, segundo Paúl (1997), estar em risco de dependência, perda de controlo e desânimo.

A institucionalização dos idosos implica quase sempre o abandono dos papéis familiares, nomeadamente os papéis de pais e de avós, originando sempre rupturas afectivas e a construção de novos afectos. Mas na realidade, esta transição será tanto mais simples e menos dolorosa quanto menos abrupta for a mudança. Para tal, é necessário manter um contacto estreito com a família (Pereira, 2008).

Carrajo (1999, cit por. Pereira, 2008) refere que as visitas dos familiares ou os convites para os idosos passarem alguns dias em casa da família aumenta a auto-estima dos idosos, entre outros benefícios.

Desta forma, para que a institucionalização seja o mais bem sucedida possível, é importante que os idosos não sintam que foram abandonados e que foram ali colocados para esperar a morte. Os idosos têm de sentir que, embora estejam a viver noutra local, a família continua a ter um papel fundamental na sua vida.

Envelhecimento Activo

O termo “envelhecimento Activo” foi adoptado pela Organização Mundial de Saúde no final dos anos 90. Este termo enfatiza o facto de que para além dos cuidados com a saúde, existem outros factores que afectam o modo como os indivíduos envelhecem (Jacob, 2007).

O envelhecimento activo é o conjunto de atitudes e acções que podemos ter no sentido de prevenir ou adiar as dificuldades que envelhecer inevitavelmente acarreta, sendo o seu objectivo primordial aumentar a expectativa de uma vida saudável e de qualidade de vida (Jacob, 2007).

Desta forma, o envelhecimento activo visa a manutenção da autonomia e da independência, quer ao nível das actividades básicas de vida diária (AVD), quer ao nível das actividades instrumentais de vida diária (AIVD), a valorização de competências e o aumento da qualidade de vida e da saúde.

No envelhecimento activo consideram-se três áreas principais de intervenção: a biológica, a intelectual e a emocional.

“A vitalidade das nossas sociedades depende cada vez mais da participação activa das pessoas idosas. Neste sentido, o desafio primordial está na promoção de uma cultura que valorize a experiência e o conhecimento que acresce com a idade. Devemos proporcionar as condições económicas e sociais que permitam às pessoas de todas as idades uma integração plena na sociedade, que passa pela liberdade em decidir como se relacionam e podem contribuir para a sociedade e se sintam realizadas neste processo”.

OIT, An inclusive society for an ageing population: the employment and social protection challenge, Madrid, 8-12 Abril de 2002.

A OMS propôs um modelo de envelhecimento activo enquanto processo de optimização de oportunidades visando melhor saúde, participação e segurança, no sentido de aumentar a qualidade de vida durante o envelhecimento. Esta noção pretende despertar nas pessoas a consciência pelo seu potencial bem-estar físico, social e mental ao longo da vida e participar na sociedade, ao mesmo tempo que lhes é providenciada protecção, segurança e cuidados adequados sempre que precisarem.

Segundo a OMS estar activo significa participar de um modo contínuo em todo o tipo de assuntos da vida, sejam eles do foro social, económico, cultural, espiritual ou cívico.

O envelhecimento activo deve ser aqui encarado não só como uma forma de prolongar a presença das pessoas idosas na vida activa, mas também garantir que no prolongamento da sua vida o idoso tenha acesso a todo o tipo de bens e serviços que lhe garanta uma melhor qualidade de vida e o máximo de autonomia e independência possível.

Um dos termos mais comumente usados para descrever uma boa velhice é o “envelhecimento bem sucedido”. Esta definição contende que as pessoas que envelhecem desta forma são aquelas que apresentam um baixo risco de doença e incapacidades, que mantêm contactos sociais e participam em actividades produtivas.

A Figura 1 apresentada de seguida integra todos esses componentes:

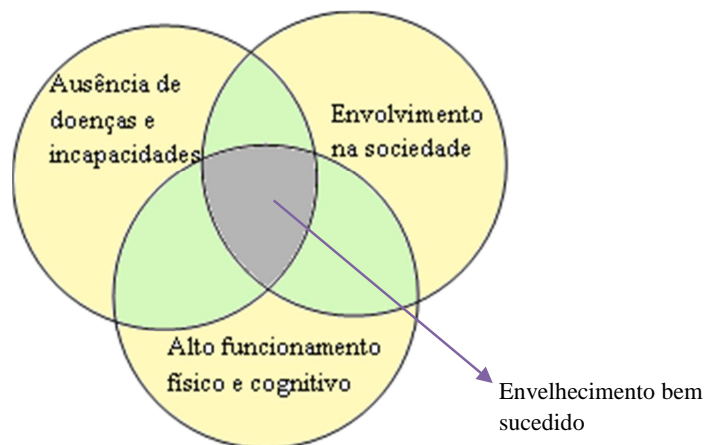


Figura (1): Modelo de Rowe e Kahn, 1997
in: Tomasini & Alves, 2007

Qualidade de Vida nos Idosos

O conceito de qualidade de vida assume contornos vagos e muitas vezes difíceis de definir, existindo distintas e diversificadas conceptualizações.

De acordo com Victor et al., cit. por Sousa, Galante e Figueiredo (2003), a qualidade de vida inclui um alargado espectro de áreas da vida. Os modelos de qualidade de vida vão desde a satisfação com a vida ou bem-estar social, a modelos baseados em conceitos de independência, controle, competências sociais e cognitivas.

A qualidade de vida na velhice tem sido, muitas vezes, associada a questões de dependência-autonomia (Sousa, Galante e Figueiredo, 2003).

Para Miret (2000), o conceito de qualidade de vida está ligado à possibilidade de tomar decisões e organizar a nossa vida, relacionando-nos com nós mesmos, com os outros e com o meio. Este meio ou envolvente deve ser acessível e adequado às necessidades e expectativas dos sujeitos.

A qualidade de vida é um conceito multidimensional que integra uma série de áreas e é necessário circunscrevê-lo a certas variáveis pessoais e contextuais (Castellón Pino e Aleixandre, 2001).

Para Yanguas (2006) cit. por Sena, Moral e Pardo (2008), a qualidade de vida é um conceito multidimensional que compreende componentes tanto objetivos como subjectivos, inclui um número diverso de âmbitos da vida, reflectindo as normas culturais de bem-estar.

Neste sentido, Terol et al. (2000) cit. por Sena, Moral & Pardo (2008) indicam eu a qualidade de vida como constructo deve avaliar-se, por um lado, atendendo a aspectos físicos, sociais e psicológicos, e por outro à subjectividade de quem informa, ou seja, tal como o sujeito a percebe.

Donald (1997, cit. por Jacob, 2007) formulou cinco classes gerais para tentar definir o conceito de qualidade de vida:

- Bem-estar físico: comodidade em termos materiais, saúde, higiene e segurança.
- Relações interpessoais: relações familiares, amigos e participação na comunidade.
- Desenvolvimento pessoal: oportunidades de desenvolvimento intelectual e auto-expressão.
- Actividades recreativas: socialização, entretenimento passivo e activo.
- Actividades espirituais e transcendentais: actividade simbólica, religiosa e autoconhecimento.

No mesmo sentido, Castellón & Romero (2004) no estudo onde analisaram a auto-percepção da qualidade de vida, elaboraram um esquema (Figura 2) da qualidade de vida numa instituição para idosos:

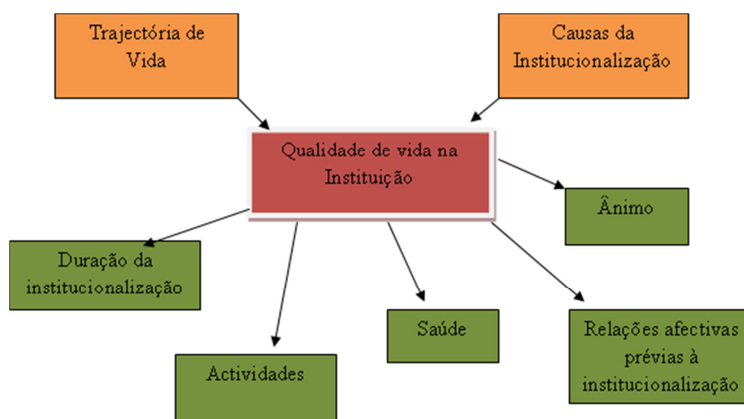


Figura (2): Qualidade de vida numa instituição para idosos

Ainda segundo alguns inquéritos realizados entre 1995 e 2004, a qualidade de vida dos idosos, depende dos seguintes factores:

- Possuir autonomia para executar as actividades do dia-a-dia;
- Manter uma relação familiar e/ou com o exterior regular;
- Ter recursos económicos suficientes;

- Realizar actividades lúdicas e recreativas constantemente.

Finalmente, a Organização Mundial de Saúde define Qualidade de vida como a “percepção do indivíduo da sua posição na vida no contexto da cultura e sistema de valores nos quais vive e em relação aos seus objectivos, expectativas, padrões e preocupações” (WHOQOL GROUP, 1994).

O que é animação

Ao se consultar a palavra “animação” no dicionário da língua portuguesa, percebemos que significa animar, dar vida a, vitalização, dar movimento ao que está parado, motivar.

Assim podemos entender animação como o processo pelo qual se dá vida ou movimento a um objecto, pessoa ou grupo (Jacob, 2007).

Segundo Quintas e Castaño (1998) “animação é uma actividade interdisciplinar e intergeracional que actua em diversas áreas e que influencia a vida do indivíduo e do grupo”

Jacob (2007a) acrescenta que animar é uma necessidade essencial a todos os indivíduos, e quem se diverte com uma ocupação agradável, satisfaz essa necessidade.

Animação de idosos

A animação nos nossos dias está no centro das prioridades de muitas das estruturas de acolhimento das pessoas idosas. Tomou-se consciência da sua importância enquanto elemento determinante da qualidade de vida e na preservação da autonomia dos idosos. (Jacob, 2007)

A animação ajuda o sujeito idoso a empreender certas actividades que contribuem para o seu desenvolvimento, dando-lhe um sentimento de pertencer a uma sociedade com a qual ainda podem colaborar, contrariando a ideia de que já não servem para nada (Jacob, 2007a).

Realizar actividades de animação e lazer possibilita a melhoria da qualidade de vida e amplia as oportunidades de evoluir enquanto pessoas, pois participar nas diversas actividades liberta da rotina, da inactividade e do sedentarismo, liberta de tensões como o stress, a ansiedade e a em alguns casos até mesmo a depressão (Murillo, 2003 cit. por Barrios & Villarroel, 2007).

O dinamismo da estrutura de acolhimento, a qualidade de vida e o bem-estar dos residentes e do pessoal são actualmente os três objectivos que denominam a animação das pessoas idosas dentro de uma instituição (Jacob, 2007).

Murillo (2003 cit. por Barrios & Villarroel, 2007), afirma que participar em actividades de animação facilita a interacção com outras pessoas, minimizando o isolamento, ajuda a retardar o avanço e aceleração do processo de envelhecimento e inclusive de algumas doenças relacionadas com a inactividade.

Objectivos

Através da revisão de literatura podemos constatar que existe uma multiplicidade de abordagens e definições de qualidade de vida. Todavia, em todas as pesquisas feitas não foram encontrados estudos que relacionassem a animação de idosos e o tipo de institucionalização a que estão sujeitos com a sua qualidade de vida.

Desta forma, com este trabalho, podemos contribuir para uma maior compreensão da temática e abrir caminho a novos estudos.

Por conseguinte, o nosso estudo é de natureza exploratória com a intenção de:

- 1- Perceber se o tipo de institucionalização (Centro de Dia ou Lar) tem influência na qualidade de vida dos idosos
- 2- Avaliar se a variável Frequência com que falam com os filhos influencia a sua qualidade de vida
- 3- Finalmente, perceber até que ponto participar nas actividades de animação se influencia a percepção de qualidade de vida dos idosos.

Questões de Investigação

No sentido de contribuirmos para uma maior compreensão da temática em estudo, propomo-nos responder às seguintes questões de investigação:

- Em qual das valências (Centro de Dia ou Lar), os idosos têm maior qualidade de vida?

- Será que quanto maior for a frequência com que os idosos falam com os seus filhos maior será a sua qualidade de vida?

- Em que medida a participação nas actividades de animação tem influência positiva na percepção de qualidade de vida dos idosos?

Metodologia

Instituições

As instituições onde a amostra foi recolhida situam-se no distrito de Santarém, mais precisamente nos concelhos de Torres Novas, Entroncamento e Golegã. Tal escolha deveu-se a razões de ordem prática. Das instituições participantes, três eram de cariz particular, uma Instituição Particular de Solidariedade Social (IPSS) e ainda três Misericórdias.

Participantes

Para a realização deste estudo, considerámos a população com idade igual ou superior a 65 anos, visto ser a idade em que se considera a entrada na chamada “Terceira Idade”, residentes no distrito de Santarém.

Os sujeitos teriam de estar institucionalizados recebendo o apoio formal das valências de Centro de Dia ou em Lar de Idosos, não sendo necessário saber ler nem escrever.

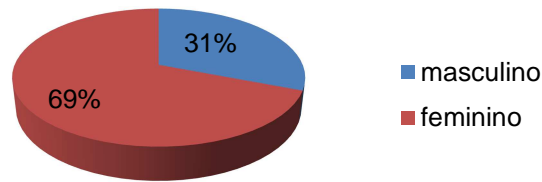
Foi critério de exclusão a existência de patologias que representassem alienação da realidade, nomeadamente perturbações psiquiátricas, demências e Alzheimer. Para tal, realizou-se uma reunião com o/a Director(a) técnico(a) de cada instituição, a fim de elaborar uma lista dos sujeitos potencialmente aptos para o estudo. Após obtida a lista ainda foi feito um pequeno teste de diminuição cognitiva para um despiste mais preciso e particular. Através da realização deste teste foram excluídos 5 sujeitos.

Caracterização da amostra

Colaboraram no estudo 136 idosos, todos residentes no Distrito de Santarém. São na sua grande maioria idosos que, enquanto trabalhadores, dedicaram toda a sua vida à agricultura. Podemos encontrar também, algumas mulheres que desempenharam como funções na Costura, alguns motoristas, pedreiros e serventes de pedreiro e operários fabril.

Da nossa amostra 69,0% dos idosos são do género feminino e 31,0% do género masculino, conforme se pode comprovar pela observação do gráfico nº 1.

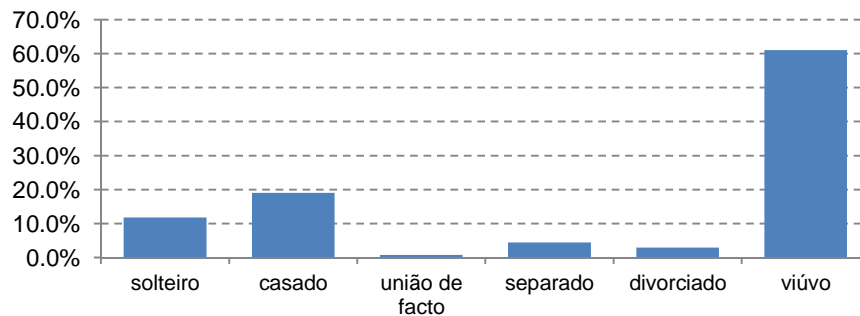
Gráfico 1 - Género



A média de idades é de 81,6 anos (desvio padrão = 8,8 anos), o idoso mais novo tem 65 anos e o mais velho 102 anos. O escalão etário mais representado é o correspondente ao intervalo 81-90 anos com 47,8% do total de inquiridos.

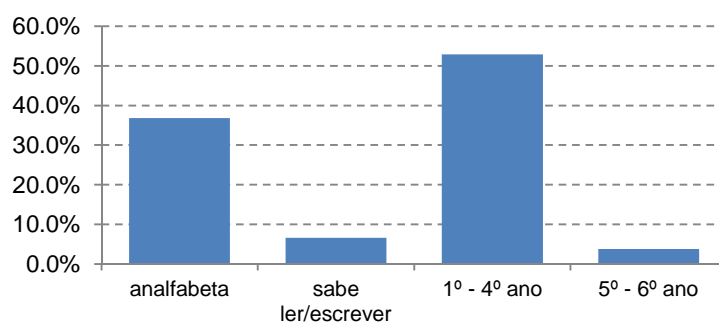
A análise do estado civil indica-nos que a maioria dos sujeitos se encontra viúvo (61,0%), seguindo-se os casados (19,0%) e os solteiros (11,8%).

Gráfico 3 – Estado civil



Em termos de escolaridade. Trata-se de uma amostra com níveis fracos de escolaridade, pois 52,9% tem entre o 1º e o 4º ano, os analfabetos representam 36,8% e os que sabem ler ou escrever 6,6%.

Gráfico 4 – Escolaridade



Uma percentagem muito significativa afirma ter filhos (70,6%), e destes 36,5% tem 1 filho e 33,3% 2 filhos.

Tabela 1 – tem filhos?

	Frequência	Percentagem	Percentagem válida	Percentagem acumulada
Sim	96	70,6	70,6	70,6
Não	40	29,4	29,4	100,0
Total	136	100,0	100,0	

Apenas 7,4% diz que nunca vê os filhos. A maioria vê os filhos frequentemente (33,75) ou pelo menos algumas vezes (31,65).

Tabela 2 - Com que frequência fala com os seus filhos?

	Frequência	Percentagem	Percentagem válida	Percentagem acumulada
Nunca	7	5,1	7,4	7,4
Raramente	9	6,6	9,5	16,8
Algumas vezes	30	22,1	31,6	48,4
Frequentemente	32	23,5	33,7	82,1
Sempre	17	12,5	17,9	100,0
Total	95	69,9	100,0	
Omissos	41	30,1		
Total	136	100,0		

Sessenta e três por cento dos filhos vivem perto dos pais.

Tabela 3 - Os seus filhos vivem próximo de si?

	Frequência	Percentagem	Percentagem válida	Percentagem acumulada
Sim	61	44,9	63,5	63,5
Não	35	25,7	36,5	100,0
Total	96	70,6	100,0	
Omissos	40	29,4		
Total	136	100,0		

As pessoas com que os idosos mais se relacionam são os prestadores de cuidados (100,0%), os filhos (49,3%) e os amigos (42,6%).

Tabela 4 - Com que pessoas se costuma relacionar com mais frequência?

	Frequência	Percentagem
Cônjuge	21	15,4
Filhos	67	49,3
Netos	43	31,6
Irmãos	15	11,0
Amigos	58	42,6
Vizinhos	37	27,2
Prestadores de cuidados	136	100,0
Outros	22	16,2

A maioria afirma não ver os familiares e amigos tantas vezes quantas gostaria (77,9%).

Tabela 5 - Vê os seus familiares e amigos tantas vezes quantas gostaria?

	Frequência	Percentagem	Percentagem válida	Percentagem acumulada
Sim	30	22,1	22,1	22,1
Não	106	77,9	77,9	100,0
Total	136	100,0	100,0	

A amostra é relativamente equilibrada relativamente às valências a que os idosos têm acesso, embora a maioria tenha acesso ao Lar (50,7%) e os restantes 49,3% a Centro de Dia.

Tabela 6 - Quais das seguintes valências costuma ter acesso?

	Frequência	Percentagem	Percentagem válida	Percentagem acumulada
Centro de dia	67	49,3	49,3	49,3
Lar	69	50,7	50,7	100,0
Total	136	100,0	100,0	

A avaliar pelas respostas dos inquiridos o grã de satisfação com a valência com que se relacionam é bastante elevado, 58,1% encontram-se satisfeitos e 26,5% muito satisfeitos. Apenas 3,7% refere encontrar-se insatisfeito.

Tabela 7 - Qual o seu grau de satisfação com a valência a que tem acesso?

	Frequência	Percentagem	Percentagem válida	Percentagem acumulada
Insatisfeito	5	3,7	3,7	3,7
Nem satisfeito nem insatisfeito	16	11,8	11,8	15,4
Satisfeito	79	58,1	58,1	73,5
Muito satisfeito	36	26,5	26,5	100,0
Total	136	100,0	100,0	

A maioria indica não ter tido a iniciativa para usufruir do serviço (55,1%).

Tabela 8 - A iniciativa de usufruir deste serviço foi sua?

	Frequência	Percentagem	Percentagem válida	Percentagem acumulada
Sim	61	44,9	44,9	44,9
Não	75	55,1	55,1	100,0
Total	136	100,0	100,0	

Quase um terço dos inquiridos responde que nunca participa nas actividades de animação. Dos que participam, 17,6% participam frequentemente e 10,3% participam sempre.

Tabela 9 - Com que frequência participa nas actividades de animação?

	Frequência	Percentagem	Percentagem válida	Percentagem acumulada
Nunca	37	27,2	27,2	27,2
Poucas vezes	26	19,1	19,1	46,3
Algumas vezes	35	25,7	25,7	72,1
Frequentemente	24	17,6	17,6	89,7
Sempre	14	10,3	10,3	100,0
Total	136	100,0	100,0	

As actividades são descritas pela maioria como nem aborrecidas nem interessantes (41,2%). Os que consideram aborrecidas ou muito aborrecidas representam 18,4%.

Tabela 10 - Como descreve no geral as actividades?

	Frequência	Percentagem	Percentagem válida	Percentagem acumulada
Muito Aborrecidas	12	8,8	8,8	8,8
Aborrecidas	13	9,6	9,6	18,4
Nem aborrecidas nem interessantes	56	41,2	41,2	59,6
Interessantes	45	33,1	33,1	92,6
Muito Interessantes	10	7,4	7,4	100,0
Total	136	100,0	100,0	

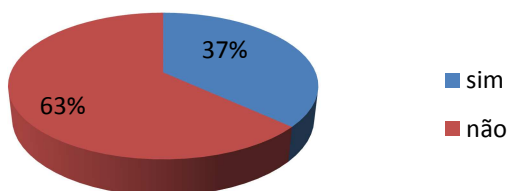
O grau de satisfação expresso relativamente a animação é em geral positivo: 39,7% indica estar satisfeito ou muito satisfeito e 19,1% indica estar insatisfeito ou muito insatisfeito.

Tabela 11 - Como descreveria, em geral, a sua satisfação com a animação?

	Frequência	Percentagem	Percentagem válida	Percentagem acumulada
Muito Insatisfeito	15	11,0	11,0	11,0
Insatisfeito	11	8,1	8,1	19,1
Nem satisfeito nem insatisfeito	56	41,2	41,2	60,3
Satisfeito	40	29,4	29,4	89,7
Muito satisfeito	14	10,3	10,3	100,0
Total	136	100,0	100,0	

À questão “*está actualmente doente?*” 37,0% do total de idosos responde afirmativamente.

Gráfico 5 – *Está actualmente doente?*



Instrumentos / Material

Para a realização deste estudo, de acordo com os objectivos e as variáveis que se pretenderam avaliar, procurou-se utilizar um tipo de instrumentos relativamente simples, de fácil compreensão por parte dos sujeitos e que pudessem ser de rápida aplicação.

Desta forma, os instrumentos utilizados foram os seguintes:

- Teste de diminuição cognitiva (Anexo 1)
- Questionário sócio-demográfico (Anexo 2)
- Questionário WHOQOL-Bref (Anexo 3)

Caracterização dos Instrumentos

Teste de diminuição cognitiva

O Teste de Diminuição Cognitiva engloba 6 questões, sendo que os resultados podem assumir valores de 0 a 28. Entre 0 e 10 considera-se normalidade ou diminuição ligeira; se os valores variam entre 11 e 28 assume-se diminuição moderada a grave.

Questionário sócio-demográfico

Este questionário foi construído para o presente estudo e com o objectivo de complementar e recolher dados que achámos importantes para o estudo. Foi através deste questionário que obtivemos as respostas para as variáveis da Instituição e Animação.

O questionário divide-se em quatro temas e avalia a caracterização familiar, as redes sociais, as respostas sociais e animação, é composto, desta forma, por 11 perguntas que visam caracterizar a amostra, na sua maioria as perguntas são de resposta fechada, sendo apenas de resposta aberta a questão relativa ao número de filhos.

Questionário WHOQOL-Bref

O projecto World Health Organization Quality of Life (WHOQOL) foi iniciado em 1991. O objectivo era desenvolver um cruzamento cultural do instrumento de avaliação de qualidade de vida. Ele avalia a percepção do indivíduo no contexto da sua cultura e sistemas de valores, os seus objectivos pessoais, padrões e preocupações. O instrumento WHOQOL foi desenvolvido de forma colaborativa num número de centros em todo o mundo, e têm sido amplamente testado.

Estes instrumentos estão actualmente disponíveis em mais de 40 idiomas, incluindo Português de Portugal.

Tanto a versão para Português de Portugal do WHOQOL-100, como do WHOQOL-bref, estão actualmente disponíveis para utilização. Ambos os instrumentos revelaram boas características psicométricas de consistência interna, fiabilidade temporal, validade de constructo e validade discriminante, permitindo a sua aplicação, tanto em grupos clínicos como na população em geral. Dadas as características transculturais dos instrumentos, estes são passíveis ainda de serem utilizados em estudos comparativos de populações de diferentes países e culturas (In: Relações, desenvolvimento e saúde).

O questionário WHOQOL-Bref que é a forma abreviada resultante do WHOQOL-100, é mais conveniente para pesquisas ou grandes ensaios clínicos e tem obtido bons desempenhos psicométricos. É apresentado numa escala tipo Likert de cinco pontos e é constituído por 26 itens distribuídos por quatro domínios: A qualidade de vida física, psicológica, social e ambiental.

O WHOQOL-Bref inclui duas questões gerais, não contabilizadas nos domínios, uma relativa à avaliação global da qualidade de vida e outra relativa a satisfação com a saúde.

Diferentemente de outros instrumentos utilizados para avaliação da qualidade de vida, este questionário baseia-se nos pressupostos de que qualidade de vida é um construto

subjectivo (percepção do indivíduo em questão), multidimensional e composto por dimensões positivas (p.ex.mobilidade) e negativas (p.ex.dor).

Figura 3 - Domínios do WHOQOL-Bref (WHO, 1996)

Domínio	Facetas em cada domínio
Saúde Física	<p>Actividades diárias</p> <p>Dependência de medicamentos ou acompanhamento médico</p> <p>Energia e fadiga</p> <p>Mobilidade</p> <p>Dor e desconforto</p> <p>Sono e descanso</p> <p>Capacidade de Trabalho</p>
Psicológica	<p>Imagem corporal e aparência</p> <p>Sentimentos negativos</p> <p>Sentimentos positivos</p> <p>Auto-estima</p> <p>Espiritualidade/religião/Crenças pessoais</p> <p>Pensamento, aprendizagem, memória e concentração</p>
Relações sociais	<p>Relações pessoais</p> <p>Suporte social</p> <p>Actividade sexual</p>
Ambiente	<p>Recursos financeiros</p> <p>Liberdade e segurança</p> <p>Saúde e assistência social: acessibilidade e qualidade</p> <p>Ambiente familiar</p> <p>Oportunidades para aquisição de novos conhecimentos e habilidades</p> <p>Participação e oportunidades de recreação e actividades de lazer</p> <p>Ambiente físico (poluição, ruído, trânsito, clima)</p> <p>Transportes</p>

Procedimento

Após a definição do problema e do objectivo do estudo iniciou-se uma pesquisa pelos vários tipos de questionários validados para a população portuguesa e que avaliassem a qualidade de vida. Após várias indecisões optámos pela utilização do WHOQOL-Bref por considerarmos que além de ser de mais simples compreensão, avaliava de forma mais explícita não só a qualidade de vida ao nível físico como também nas dimensões psicológicas e sociais, que para o caso eram as que mais nos interessavam.

Procedeu-se à elaboração do questionário sócio-demográfico com base nas nossas variáveis e no que pretendíamos estudar.

Como não queríamos excluir ninguém, decidimos que iríamos incluir os idosos analfabetos, para tal definimos que o questionário seria aplicado pelo investigador, uma das possibilidades que este questionário nos facilitou. Para tal, foram elaboradas umas réguas de resposta (Anexo 4) para que fosse mais fácil a compreensão e resposta por parte dos sujeitos.

Após termos os instrumentos e o material reunido procedeu-se a um pré-teste, onde aplicámos os questionários a cerca de 20 sujeitos com idades iguais ou superiores a 65 anos e que residiam nas suas casas.

Com base no pré-teste procederam-se a algumas alterações e chegou-se à conclusão que a pergunta nº 21 “Até que ponto está satisfeito com a sua vida sexual” estava a causar grande desconforto nos sujeitos, por na sua grande maioria se tratarem de viúvos e pela pergunta ter de ser respondida para o investigador. Devido a tal situação optámos retirar a questão, o que, provavelmente não seria de todo correcto mas que tendo em conta a situação nos pareceu ser a melhor opção.

Ultrapassada esta fase, iniciou-se o contacto com as instituições. Foi enviada formalmente uma carta, apresentando o estudo e os seus objectivos e solicitando a aplicação dos questionários. Foram enviadas 10 cartas, obtivemos resposta positiva de 7 instituições, as quais nos receberam muito bem e se dispuseram a ajudar no que fosse necessário.

Aquando das respostas, na sua grande maioria foi-nos solicitada a informação do número de idosos que seriam necessários e quais os critérios de selecção e o possível tempo que poderia durar a aplicação dos questionários. Os técnicos foram informados das características das amostras e foi definido como tempo previsível cerca de 15 minutos por sujeito.

Em Junho de 2009 iniciou-se, então o processo de recolha de dados.

Antes de iniciar a aplicação dos questionários, os responsáveis pelas instituições e/ou directores técnicos apresentaram-nos aos idosos, explicando sucintamente o que iríamos fazer, dando a total liberdade para rejeitarem colaborar.

Foram encontradas algumas dificuldades na recolha de dados, nomeadamente no tempo de respostas, que em grande parte dos casos foi excedido devido aos sujeitos não responderem imediatamente ao que lhes era pedido e aproveitarem cada questão para se alongarem para outros assuntos, nomeadamente para as suas vivências pessoais, e na disponibilização de espaços reservados onde fosse possível o desenvolvimento da entrevista tranquilamente.

Além disso, as instituições têm horários que têm de ser respeitados, na maioria das vezes a recolha dos dados iniciava-se por volta das 10h30, hora em que os idosos estariam já com o pequeno-almoço tomado, depois por volta das 12h30 teria de se fazer uma pausa para o almoço, retomando por volta das 13h30 ou 14h. A meio da tarde cerca das 16h teríamos de interromper novamente pois seria a hora do lanche. No caso dos utentes do centro de dia, estes começavam a ir para casa por volta das 17h, e assim tínhamos menos tempo para a aplicação dos questionários. No caso dos utentes do Lar, o tempo já era mais flexível. Em suma, o tempo útil para a execução das entrevistas não era extenso.

Nas instituições onde foi possível disponibilizar um espaço mais tranquilo, os sujeitos eram convidados a deslocar-se até lá. Nas instituições onde tal não foi possível, tentou-se realizar a entrevista num local da sala de estar mais reservado.

Iniciava-se então, a entrevista pelo teste de diminuição cognitiva, depois pelo questionário sócio-demográfico, seguido do WHOQOL-Bref, sempre apoiados pelas régua de respostas.

A média de duração das entrevistas foi de cerca de 25 a 30 minutos por sujeito, havendo idosos a responder em 15 minutos e outros até aos 45 minutos.

A recolha de dados teve o seu término em finais de Outubro de 2009.

Seguidamente foi construída a base de dados e sucedeu-se a introdução dos dados, após perceber quais os testes estatísticos a utilizar, os cálculos foram efectuados pelo programa SPSS (versão 15).

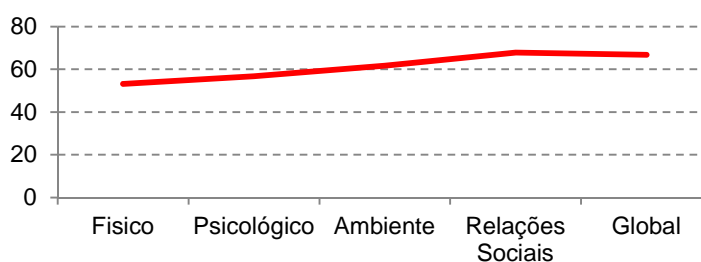
Resultados

Os valores das estatísticas descritivas nos diferentes domínios do WHOQOL podem ser apreciados na tabela nº 12 e no gráfico 6. Nela se indicam os respectivos valores mínimos e máximos, médias e desvios-padrão.

Tabela 12 – Estatísticas descritivas

	N	Mínimo	Máximo	Média	Desvio padrão
Domínio Físico	136	7,14	100,00	53,1775	17,22792
Domínio Psicológico	136	8,33	95,83	56,8015	16,61883
Domínio Ambiente	136	28,13	90,63	61,6268	10,00355
Domínio Relações Sociais	136	,00	100,00	67,8309	21,28034
Global	136	25,00	112,50	66,7279	19,31828

Gráfico 6 – Valores médios dos domínios



A consistência interna dos domínios foi avaliada através do coeficiente de consistência interna Alfa de Cronbach. Os valores variam entre um mínimo de 0,598 para o domínio relações sociais e que pode ser considerado como fraco e um máximo de 0,810 para o domínio ambiente (bom). O valor global pode ser considerado como bom (0,885) sendo que este valor não melhoraria significativamente se alguma questão fosse eliminada conforme se pode comprovar pela observação da tabela nº 33.

Tabela 13 – Consistência interna

	Cronbach's	
	Alpha	N de Itens
Domínio Físico	,795	6
Domínio Psicológico	,754	6
Domínio Ambiente	,810	2
Domínio Relações Sociais	,598	8
Global	,885	25

Tabela 14 – Estatísticas item-total

	Média da escala se item eliminado	Variância da escala se item eliminado	Correlação item-total corrigida	Alfa da escala se item eliminado
Q_1	79,73	133,148	,595	,879
Q_2	79,95	129,220	,573	,878
Q_3	79,94	131,285	,388	,884
Q_4	79,51	136,726	,332	,884
Q_5	79,82	127,969	,647	,876
Q_6	79,90	129,071	,575	,878
Q_7	79,59	135,503	,347	,884
Q_8	79,32	135,936	,323	,885
Q_9	79,07	136,913	,437	,882
Q_10	79,90	125,909	,731	,873
Q_11	79,60	133,915	,411	,882
Q_12	80,26	137,304	,351	,884
Q_13	80,21	137,735	,265	,886
Q_14	79,99	134,015	,419	,882
Q_15	80,14	130,121	,532	,879
Q_16	79,62	133,349	,390	,883
Q_17	79,75	129,315	,607	,877
Q_18	80,30	128,849	,607	,877
Q_19	79,55	130,027	,595	,878
Q_20	79,16	136,344	,357	,883
Q_22	79,43	133,624	,384	,883
Q_23	78,99	137,681	,289	,885
Q_24	79,04	137,924	,352	,884
Q_25	79,46	139,347	,267	,885
Q_26	79,95	128,079	,600	,877

Para testar as hipóteses que de seguida se enunciam vamos utilizar como referência para aceitar a hipótese nula um nível de significância $\leq 0,05$. Como estamos a comparar dois grupos em variáveis de tipo quantitativo vamos utilizar a estatística não paramétrica *t* de *Student* para amostras independentes. Os pressupostos deste teste, nomeadamente o pressuposto de normalidade de distribuição dos valores e o pressuposto de homogeneidade de variâncias foram analisados através dos testes de *Kolmogorov-Smirnov* e teste de *Levene*. Nos casos em que não se encontravam satisfeitos utilizou-se a estatística não paramétrica alternativa, o teste de *Mann-Whitney*

A análise estatística foi efectuada com o SPSS (*Statistical Package for the Social Sciences*) versão 15.0 para *Windows*.

Hipótese 1 – Existem diferenças significativas nos valores de qualidade de vida no domínio físico entre os idosos que frequentam o Centro de dia e os idosos em Lar.

Rejeita-se a hipótese nula, ou seja há diferenças estatisticamente significativas nos valores de domínio físico entre os dois grupos, $t(134) = -1,668$, $p=0,098$, para um nível de significância $\leq 0,10$. Os idosos que estão em Lar obtêm valores mais elevados de qualidade de vida no domínio físico (média=55,59) do que os idosos que frequentam o Centro de Dia ($M=50,69$).

Tabela 15 – t Student para amostras independentes

	Teste de Levene igualdade de variâncias		t-test para a igualdade de médias						
	F	Sig.	t	df	Sig. (bi-caudal)	Diferença média	Desv. Padrão da diferença	95% intervalo de confiança da dif.	
								Limite inferior	Limite superior
Igualdade de variâncias assumida	1,652	,201	-1,668	134	,098	-4,89710	2,93556	-10,7031	,90893
Igualdade de variâncias não assumida			-1,671	133,187	,097	-4,89710	2,93089	-10,6942	,90001

Tabela 16 – Estatísticas de grupo

	Grupos	N	Média	Desvio padrão
Físico	Centro de Dia	67	50,6930	16,15525
	Lar	69	55,5901	17,99816

Hipótese 2 – Existem diferenças significativas nos valores de qualidade de vida no domínio psicológico entre os idosos que frequentam os Centro de Dia e os idosos em Lar.

Aceita-se a hipótese nula, ou seja não há diferenças estatisticamente significativas nos valores de qualidade de vida no domínio psicológico entre os dois grupos, $t(134) = -0,359$, $p=0,720$.

Tabela 17 – t Student para amostras independentes

	Teste de Levene igualdade de variâncias		t-test para a igualdade de médias						
	F	Sig.	t	df	Sig.	Diferença média	Desv. Padrão da diferença	95% intervalo de confiança da dif.	
					(bi-caudal)			Limite inferior	Limite superior
Igualdade de variâncias assumida	,131	,718	-,359	134	,720	-1,02567	2,85966	-6,68157	4,63024
Igualdade de variâncias não assumida			-,358	133,150	,721	-1,02567	2,86179	-6,68612	4,63478

Tabela 18 – Estatísticas de grupo

	Grupos	N	Média	Desvio padrão
Psicológico	Centro de Dia	67	56,2811	17,09323
	Lar	69	57,3068	16,25418

Hipótese 3 – Existem diferenças significativas nos valores de qualidade de vida no domínio ambiente entre os idosos que frequentam o Centro de Dia e os idosos em Lar.

Aceita-se a hipótese nula, ou seja não há diferenças estatisticamente significativas nos valores de qualidade de vida no domínio ambiente entre os dois grupos, $t(134) = -0,496$, $p=0,621$.

Tabela 19 – t Student para amostras independentes

	Teste de Levene igualdade de variâncias		t-test para a igualdade de médias						
	F	Sig.	t	df	Sig. (bi-caudal)	Diferença média	Desv. Padrão da diferença	95% intervalo de confiança da dif.	
								Limite inferior	Limite superior
Igualdade de variâncias assumida	,380	,539	-,496	134	,621	-,85307	1,72059	-4,25611	2,54996
Igualdade de variâncias não assumida			-,496	133,606	,620	-,85307	1,71846	-4,25197	2,54583

Tabela 20 – Estatísticas de grupo

	Grupos	N	Média	Desvio padrão
Meio ambiente	Centro de Dia	67	61,1940	9,59572
	Lar	69	62,0471	10,43729

Hipótese 4 – Existem diferenças significativas nos valores de qualidade de vida no domínio relações sociais entre os idosos que frequentam o Centro de Dia e os idosos em Lar.

Rejeita-se a hipótese nula, ou seja há diferenças estatisticamente significativas nos valores de qualidade de vida no domínio relações sociais entre os dois grupos, $Z = -1,946$, $p=0,052$, para um nível de significância $\leq 0,10$. Os idosos que estão no Lar obtêm valores menos elevados de qualidade de vida no domínio das relações sociais ($M=65,39$) do que os idosos que frequentam o Centro de Dia ($M=70,33$).

Tabela 21 – Teste de Mann-Whitney

	Relações Sociais
Mann-Whitney U	1880,500
Wilcoxon W	4295,500
Z	-1,946
p	,052

Tabela 22 – Estatísticas de grupo

	Grupos	N	Média	Desvio padrão
Relações sociais	Centro de Dia	67	70,3358	20,85255
	Lar	69	65,3986	21,55969

Hipótese 5 – Existem diferenças significativas nos valores de qualidade de vida entre os idosos que frequentam o Centro de dia e os idosos que em Lar.

Rejeita-se a hipótese nula, ou seja há diferenças estatisticamente significativas nos valores de qualidade de vida, $t(134) = -2,330$, $p=0,021$. Os idosos que estão no Lar obtêm valores mais elevados de qualidade de vida ($M=70,47$) do que os idosos que frequentam o centro de dia ($M=62,87$).

Tabela 23 – t Student para amostras independentes

	Teste de Levene		t-test para a igualdade de médias						
	igualdade de variâncias		Sig.					95% intervalo de confiança da dif.	
	F	Sig.	t	df	(bi-caudal)	Diferença média	Desv. Padrão da diferença	Limite inferior	Limite superior
Igualdade de variâncias assumida	,020	,888	-2,330	134	,021	-7,59788	3,26034	-14,0462	-1,14949
Igualdade de variâncias não assumida			-2,329	133,215	,021	-7,59788	3,26262	-14,0511	-1,14463

Tabela 24 – Estatísticas de grupo

	Grupos	N	Média	Desvio padrão
Qualidade de vida Global	Centro de Dia	67	62,8731	19,45884
	Lar	69	70,4710	18,56168

Hipótese 6 – A frequência com que os idosos falam com os filhos influencia significativamente os valores de qualidade de vida no domínio físico.

Não se encontrou um efeito significativo da frequência com que os idosos falam com os filhos sobre a qualidade de vida domínio físico, $F(4, 90) = 1,089$, $p=0,367$.

Tabela 25 – Anova One-Way

	Soma dos quadrados	gl	Média dos quadrados	F	P
Entre grupos	1114,019	4	278,505	1,089	,367
No grupo	23011,384	90	255,682		
Total	24125,403	94			

Tabela 26 – Estatísticas descritivas

	N	Média	Desvio padrão
nunca	7	48,4694	18,99440
raramente	9	46,0317	13,88322
Algumas vezes	30	49,2857	16,78820
frequentemente	32	53,0134	13,67079
sempre	17	43,4874	18,26478
Total	95	49,1353	16,02040

Hipótese 7 – A frequência com que os idosos falam com os filhos influencia significativamente os valores de qualidade de vida no domínio psicológico.

Não se encontrou um efeito significativo da frequência com que os idosos falam com os filhos sobre a qualidade de vida domínio psicológico, $F(4, 90) = 1,494, p=0,211$.

Tabela 27– Anova One-Way

	Soma dos quadrados	gl	Média dos quadrados	F	P
Entre grupos	1562,498	4	390,625	1,494	,211
No grupo	23524,125	90	261,379		
Total	25086,623	94			

Tabela 28 – Estatísticas descritivas

	N	Média	Desvio padrão
nunca	7	56,5476	16,98603
raramente	9	43,5185	20,10294
Algumas vezes	30	52,2222	13,74252
frequentemente	32	57,4219	14,76877
sempre	17	55,8824	19,87694
Total	95	54,1228	16,33643

Hipótese 8 – A frequência com que os idosos falam com os filhos influencia significativamente os valores de qualidade de vida no domínio meio ambiente.

Não se encontrou um efeito significativo da frequência com que os idosos falam com os filhos sobre a qualidade de vida domínio meio ambiente, $F(4,90) = 1,546, p=0,196$.

Tabela 29 – Anova One-Way

	Soma dos quadrados	gl	Média dos quadrados	F	P
Entre grupos	615,719	4	153,930	1,546	,196
No grupo	8963,228	90	99,591		
Total	9578,947	94			

Tabela 30 – Estatísticas descritivas

	N	Média	Desvio padrão
nunca	7	57,1429	11,08007
raramente	9	55,2083	13,25825
Algumas vezes	30	59,7917	7,32801
frequentemente	32	63,3789	10,97658
sempre	17	59,9265	9,77252
Total	95	60,3947	10,09474

Hipótese 9 – A frequência com que os idosos falam com os filhos influencia significativamente os valores de qualidade de vida no domínio relações sociais.

Não se encontrou um efeito significativo da frequência com que os idosos falam com os filhos sobre a qualidade de vida domínio relações sociais, $F(4, 90) = 0,452, p=0,771$.

Tabela 31 – Anova One-Way

	Soma dos quadrados	gl	Média dos quadrados	F	p
Entre grupos	842,469	4	210,617	,452	,771
No grupo	41943,715	90	466,041		
Total	42786,184	94			

Tabela 32 – Estatísticas descritivas

	N	Média	Desvio padrão
nunca	7	69,6429	21,47812
raramente	9	62,5000	33,65728
Algumas vezes	30	64,5833	20,52210
frequentemente	32	67,1875	20,75928
sempre	17	72,0588	16,84570
Total	95	66,9737	21,33476

Hipótese 10 – A frequência com que os idosos falam com os filhos influencia significativamente os valores de qualidade de vida.

Não se encontrou um efeito significativo da frequência com que os idosos falam com os filhos sobre a qualidade de vida global, $F(4, 90) = 1,407, p=0,238$.

Tabela 33 – Anova One-Way

	Soma dos quadrados	gl	Média dos quadrados	F	P
Entre grupos	1715,323	4	428,831	1,407	,238
No grupo	27422,835	90	304,698		
Total	29138,158	94			

Tabela 34 – Estatísticas descritivas

	N	Média	Desvio padrão
nunca	7	71,4286	17,25164
raramente	9	54,1667	15,30931
Algumas vezes	30	66,2500	16,46247
frequentemente	32	63,6719	17,77984
sempre	17	59,5588	19,53033
Total	95	63,4211	17,60626

Hipótese 11 – A frequência com que os idosos participam nas actividades de animação influencia significativamente os valores de qualidade de vida no domínio físico.

Não se encontrou um efeito significativo da frequência com que os idosos participam nas actividades de animação sobre a qualidade de vida domínio físico, $F(4,131) = 1,696$, $p=0,155$.

Tabela 35 – Anova One-Way

	Soma dos quadrados	gl	Média dos quadrados	F	P
Entre grupos	1973,079	4	493,270	1,696	,155
No grupo	38095,104	131	290,802		
Total	40068,184	135			

Hipótese 12 – A frequência com que os idosos participam nas actividades de animação influencia significativamente os valores de qualidade de vida no domínio psicológico.

Encontrou-se um efeito significativo da frequência com que os idosos participam nas actividades de animação sobre a qualidade de vida domínio psicológico, $F(4,131) = 3,386$, $p=0,011$.

Tabela 36 – Anova One-Way

	Soma dos quadrados	gl	Média dos quadrados	F	P
Entre grupos	3493,566	4	873,392	3,386	,011
No grupo	33791,462	131	257,950		
Total	37285,029	135			

O teste de comparação múltipla *a posteriori* de *Tukey* indica-nos que as diferenças significativas se encontram entre os idosos que nunca participam nas actividades e que obtêm os valores mais baixos neste domínio ($M=49,09$) e os idosos que participam sempre nas actividades e que obtêm os valores mais elevados neste domínio ($M=64,88$).

Tabela 37 -Tukey HSD

P_10	Subset for alpha = .05		
	N	1	2
nunca	37	49,0991	
Algumas vezes	35	58,2143	58,2143
frequentemente	24	58,6806	58,6806
poucas vezes	26	59,7756	59,7756
sempre	14		64,8810
Sig.		,148	,602

Hipótese 13 – A frequência com que os idosos participam nas actividades de animação influencia significativamente os valores de qualidade de vida no domínio meio ambiente.

Encontrou-se um efeito significativo da frequência com que os idosos participam nas actividades de animação sobre a qualidade de vida domínio meio ambiente, $F(4;131) = 5,721$, $p=0,000$.

Tabela 38 – Anova One-Way

	Soma dos quadrados	gl	Média dos quadrados	F	P
Entre grupos	2009,039	4	502,260	5,721	,000
No grupo	11500,554	131	87,790		
Total	13509,593	135			

As diferenças significativas encontram-se entre os idosos que participam sempre nas actividades e que obtêm os valores mais elevados neste domínio (M=70,31) e os idosos que nunca participam nas actividades (56,84), participam poucas vezes (M=61,41) ou participam algumas vezes (61,96).

Table 39 - Tukey HSD

P_10	Subset for alpha = .05		
	N	1	2
nunca	37	56,8412	
poucas vezes	26	61,4183	
Algumas vezes	35	61,9643	
frequentemente	24	63,6719	63,6719
sempre	14		70,3125
Sig.		,090	,106

Hipótese 14 – A frequência com que os idosos participam nas actividades de animação influencia significativamente os valores de qualidade de vida no domínio relações sociais.

Encontrou-se um efeito significativo da frequência com que os idosos participam nas actividades de animação sobre a qualidade de vida domínio relações sociais, F (4,131) =3,664, $p=0,007$.

Tabela 40 – Anova One-Way

	Soma dos quadrados	gl	Média dos quadrados	F	p
Entre grupos	6151,778	4	1537,944	3,664	,007
No grupo	54983,332	131	419,720		
Total	61135,110	135			

As diferenças significativas encontram-se entre os idosos que participam sempre nas actividades e que obtêm os valores mais elevados neste domínio (M=81,25) e os que idosos nunca participam nas actividades (60,47) ou que participam poucas vezes (M=62,98).

Tabela 41 - Tukey HSD

P_10	Subset for alpha = .05		
	N	1	2
nunca	37	60,4730	
poucas vezes	26	62,9808	
Algumas vezes	35	69,6429	69,6429
frequentemente	24	73,9583	73,9583
sempre	14		81,2500
Sig.		,156	,287

Tabela 42 – Anova One-Way

	Soma dos quadrados	gl	Média dos quadrados	F	p
Entre grupos	1778,758	4	444,690	1,199	,315
No grupo	48602,675	131	371,013		
Total	50381,434	135			

Hipótese 15 – A frequência com que os idosos participam nas actividades de animação influencia significativamente os valores de qualidade de vida global.

Não se encontrou um efeito significativo da frequência com que os idosos participam nas actividades de animação sobre a qualidade de vida global, $F(4,131) = 1,199, p=0,315$.

Tabela 42 – Anova One-Way

	Soma dos quadrados	gl	Média dos quadrados	F	p
Entre grupos	1778,758	4	444,690	1,199	,315
No grupo	48602,675	131	371,013		
Total	50381,434	135			

Discussão

Neste trabalho propusemo-nos estudar o tema da Qualidade de Vida relacionando-o com as variáveis Institucionalização em centro de dia ou em lar, ainda com as relações sociais como as relações com os filhos e a participação nas actividades de animação, com o objectivo de verificar as possíveis relações existentes entre estes factores.

Para que o estudo fosse possível recorreremos a uma amostra de 136 idosos distribuídos pelas valências de Centro de Dia (67) e Lar (69) e oriundos de sete instituições. Duas das instituições tinham as duas valências, dois centros de dia e dois lares.

Cerca de 69% da nossa amostra são do sexo feminino e apenas 31% do sexo masculino. De facto, as instituições representam, de certa forma, o que se passa em Portugal, onde as estatísticas indicam que 58,2% dos idosos portugueses são mulheres (INE, 2007).

A média de idades da nossa amostra ronda os 81 anos, o que excede as estatísticas de 2006, onde a esperança média de vida era de cerca de 78,5 anos (INE, 2007)

A amostra foi recolhida nos Concelhos de Torres Novas, Entroncamento e Golegã. Caracterizam-se por serem concelhos rurais no centro norte do Ribatejo.

Por tal facto, a maioria dos inquiridos referiu que teve como profissão a agricultura, as limpezas e empregadas domésticas, a costura, entre outros. No entanto qualquer que fosse a profissão referida todas tinham em comum o facto de serem profissões de baixas qualificações.

Isto reflecte-se na escolaridade onde apenas 4 dos 126 inquiridos possui escolaridade entre o 5º e 6º ano. Trata-se, desta forma de uma amostra onde os sujeitos têm um baixo nível de literacia.

A nossa amostra corrobora o estudo de Bazo (1991), que afirma que na maior parte dos casos, é a morte do cônjuge que incentiva a institucionalização dos idosos. Concretamente, apenas 19% dos sujeitos da nossa amostra são casados, a grande maioria encontra-se viúvo (61%).

As relações sociais da nossa amostra, isto é, as pessoas com as quais os idosos mais se relacionam são essencialmente os cuidadores formais e os filhos e os amigos, que podem ser entendidos como os colegas da instituição.

Como podemos constatar a rede social dos idosos da nossa amostra é limitada, resumindo-se aos filhos, amigos e colegas da instituição e os prestadores de cuidados. Estes últimos são os que mais frequentemente têm contacto com os idosos

Os resultados obtidos para as várias hipóteses, foram tanto surpreendentes como esperados. Na realidade, para a hipótese onde se testou o tipo de institucionalização que o idoso usufruía com a qualidade de vida, obtivemos diferenças significativas, mas ao contrário do esperado, que seria os idosos a frequentar o Centro de Dia apresentarem um maior nível de qualidade de vida. Mas, na realidade obtivemos um maior nível de qualidade de vida nos idosos em Lar nos domínios Físico, das Relações Sociais, bem como no constructo da qualidade de vida geral.

Uma das principais preocupações das pessoas idosas é manter a independência, a liberdade de movimentos e a possibilidade de participar de forma plena no mundo social (Giddens, 2004). Cabe às instituições o papel de desenvolver estratégias para que este desejo possa ser respeitado mesmo os idosos estando institucionalizados.

Analisando os resultados obtido, parece que as instituições estão a respeitar este desejo dos mais velhos. Na verdade, a nossa amostra mostra um elevado grau de satisfação com as valências a que têm acesso, o que demonstra que as instituições estão no caminho certo para a promoção do bem-estar e da qualidade de vida dos seus utentes.

O facto de os idosos estarem 24 horas sob a responsabilidade da instituição poderá facilitar a sua percepção de qualidade de vida, pois em termos de segurança, de cuidados pessoais, de saúde e de higiene são muito mais acompanhados que os que apenas frequentam o Centro de Dia.

Ao se encontrarem institucionalizados em lar poderia provocar o efeito oposto aos resultados caso existisse um sentimento de abandono por parte dos idosos, o que de facto não aconteceu, pois na sua grande maioria, os idosos inquiridos vêm frequentemente os filhos. Afastando a hipótese do sentimento de abandono.

Por contrário, os idosos que frequentam o centro de dia, regressa para sua casa ou para casa dos seus filhos depois do lanche. O que poderá ter tido influência nestes resultados poderá ter sido o facto de grande parte dos idosos que usufruem desta valência vivem sozinhos, o que aumenta o sentimento de insegurança e de solidão, ou em casa dos filhos, o que poderá provocar o sentimento de serem considerados um “fardo” pesado para os seus filhos.

Apercebemo-nos desta realidade ao realizarmos a pergunta onde tencionávamos saber de quem foi a iniciativa de ir para a instituição. Os idosos que tomaram a iniciativa nomearam

como principal causa o facto de ou se encontrarem sozinhos em suas casas e não se sentirem mais capazes de desempenhar as suas tarefas, ou quando residiam em casa de filhos os familiares sentirem que poderiam ser um incómodo.

Outra hipótese que tencionámos testar foi se a frequência com que falam com os filhos teria influencia na qualidade de vida dos idosos. Surpreendentemente, em nenhum dos domínios se encontraram efeitos significativos. Fazendo-nos subentender que a qualidade de vida destes idosos não depende das vezes que estabelecem contacto com os seus filhos.

Isto poderá ser explicado pela boa rede de apoio social que os idosos possuem. Os cuidadores e os colegas colmatam, de certa forma a ausência dos filhos. Outros dos factores que nos pudemos aperceber no decorrer da recolha de dados foi que os idosos estão conformados com o facto de os filhos terem as suas vidas e não terem o tempo que desejariam para dedicar aos seus pais.

Finalmente uma das questões primordiais do nosso estudo e que mais anseio provocou foi o tentar perceber se a frequência com que participam nas actividades de animação influencia a qualidade de vida dos idosos institucionalizados. Obtivemos como resultados um efeito significativo para os domínios Psicológico, Meio Ambiente e Relações Sociais, sendo que os valores mais elevados de qualidade de vida estão entre os idosos que participam entre sempre e os que nunca participam. Estes resultados corroboram alguns autores, nomeadamente Jacob (2007) que afirma que a animação é benéfica para o bem-estar dos idosos.

No entanto, ao analisarmos as frequências, percebemos que muitos dos idosos não participa ou participa poucas vezes nas actividades. Este fenómeno poderá querer dizer algo para o qual as instituições terão de prestar atenção.

Conclusão

Numa sociedade onde a juventude é tão valorizada, onde se valoriza a vitalidade e a aparência, os idosos tendem a tornar-se invisíveis, mas sendo o crescimento do número de idosos cada vez mais uma realidade, será necessário trabalhar no sentido de mudar atitudes face à velhice. Terão de se quebrar estereótipos e preconceitos de que a velhice é sinónimo de inutilidade, terão de se quebrar as barreiras da ignorância para que se possa evoluir no sentido da maior qualidade de vida dos nossos idosos. Não nos podemos esquecer que ao mudarmos as mentalidades hoje, estaremos a preparar o nosso futuro enquanto idosos e estaremos a trabalhar para a nossa própria qualidade de vida. Porque somos os jovens de hoje e os idosos de amanhã.

A qualidade de vida que um sénior pode alcançar é o principal factor a ter em consideração quando pensamos em envelhecimento.

Referências Bibliográficas

- Almeida, I. (2006). A promoção do envelhecimento activo. *Envelhecimento, Sociedade e Cidadania. Revista transdisciplinar de gerontologia*. Ano I, Vol. I,73-74
- Alto Comissariado da Saúde (2008). *Envelhecimento e Saúde em Portugal*. Boletim informativo nº 2
- Amaral, P.N., Pomatti, D. M. e Fortes, V. L.(2007). Atividades físicas no envelhecimento humano: uma leitura sensível criativa. *Revista Brasileira de Ciências do Envelhecimento Humano*, Passo Fundo, Vol.4, 18-27
- Argimon, I. I. L., Stein, L. M., Xavier, F. M. F. e Trentini, C. M. (2004). O impacto de atividades de lazer no desenvolvimento cognitivo de idosos. *Revista Brasileira de Ciências do Envelhecimento Humano*, Passo Fundo, 38-47
- Barrios, M. A., Villarroel, M.S. (2007). Recreación y calidad de vida en adultos mayores que viven en instituciones geriátricas y en sus hogares. Un estudio comparativo. *Espacio Abierto*, Vol. 16 (4); 737-756.
- Bazo, M. T. (1991). Institucionalización de personas ancianas: un reto sociológico. *Revista Española de Investigaciones Sociológicas*, 53; 140-160
- Bulsing, F.L., Oliveira, K. F., Rosa, L. M. K., Fonseca, L. e Areosa, S. V. C. (2007). A influência dos grupos de convivência sobre a auto-estima das mulheres idosas do município de Santa Cruz do Sul – RS. *Revista Brasileira de Ciências do Envelhecimento Humano*, Passo Fundo, vol. 4 (1); 11-17
- Carrilho, M.J. & Patrício, L. (2008). A Situação Demográfica Recente em Portugal. *Revista de Estudos Demográficos*, 42, 11-157

- Castiglia, R. C., Pires M. M., e Boccardi, D. (2006). Interação social do idoso frente a um programa de formação pessoal. *Revista Brasileira de Ciências do Envelhecimento Humano*, Vol. 3 N. 1, 38-50
- Castellón, A., Pino, S., Aleixandre, M. (2001). Calidad de vida y salud. *Rev Mult Gerontol*, 11(1); 12-19
- Castellón, A. & Romero, V. (2004). Autopercepción de la calidad de vida. *Rev Mult Gerontol*, 14(3);131-137.
- Cavanaugh, J. C. (1997). *Adult development and aging*. 3rd Edition. Pacific Grove: Brooks/Cole
- Doron, R. & Parot, F. (2001). *Dicionário de Psicologia*. Lisboa: Climepsi
- Fernandes, A. A. (2007). Determinantes da mortalidade e da longevidade: Portugal numa perspectiva europeia. *Análise Social*, vol. XLII (183), 419-443
- Fonseca, A. M. (2005). *Desenvolvimento humano e envelhecimento*. Lisboa: Climepsi.
- Fontaine, R. (2000). *Psicologia do envelhecimento*. Lisboa: Climepsi.
- Guiddens, A. (2004). *Sociologia*. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.
- INE, (2002) “Previsões demográficas para o ano 2002”, *Revista de Estudos Demográficos*, nº 32, 177-186
- INE (2007). O Envelhecimento em Portugal: Situação demográfica e sócio-económica recente das pessoas idosas. *Actualidades do INE*.
- Jacob, L. (2007). *Animação de idosos*. Porto: Ambar
- Jacob, L. (2007a). *Animação de Idosos*. Cadernos Socialgest, nº 4

- Jardim, V. C. F. S., Medeiros, B. F. e Brito, A. M. (2006). Um olhar sobre o processo do envelhecimento: a percepção de idosos sobre a velhice. *Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia*. Vol. 9 (2)
- Leal, I. J. & Haas, A. N. (2006). O significado da dança na terceira idade. *Revista Brasileira de Ciências do Envelhecimento Humano*, Passo Fundo, 64-71
- Lemos, M. (2000). *Os idosos dependentes: O caso das Misericórdias das Regiões Norte e Centro*. Maia: União das Misericórdias Portuguesas.
- Lima-Costa, M. F., Barreto, S., Giatti, L. e Uchôa, E. (2003) Desigualdade social e saúde entre idosos brasileiros: um estudo baseado na Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 19(3) 745-757
- Martins, A. (2006). Envelhecimento, Sociedade e Cidadania. *Revista transdisciplinar de gerontologia*. Ano I, Vol. I, 77-78
- Miret, C. R. P. (2000). Discapacidad y calidad de vida. *Rev Mult Gerontol*, 10(2); 66-91
- Nazareth, J.M. (2004). *Demografia – a ciência da população*. Lisboa: Editorial Presença,
- Nunes, M. P. (2005). *O envelhecimento no feminino*. Lisboa: Comissão para a igualdade e para os direitos da mulher.
- Pac, P., Vega, P., Formiga, F., Mascaró, J. (2006). Motivos de ingreso en residencias geriátricas en Calahorra (La Rioja). *Rev Mult Gerontol*, 16(1); 32-36
- Paúl, M. C. (1997). *Lá para o fim da vida*. Coimbra: Almedina
- Paúl, C. (2005). A construção de um modelo de envelhecimento humano in: Paúl, C. & Fonseca, A. M. (Eds) *Envelhecer em Portugal*. Lisboa: Climepsi.
- Pereira, F. A. (2008). A importância da manutenção relações familiares para o idoso institucionalizado. *Revista Transdisciplinar de Gerontologia*. Vol. 1 (2); 6-10

Porto Editora (2005), *Dicionário da língua portuguesa*. Porto

Sena, C. M., Moral, J. C. M., Pardo, E. N. (2008). Bienestar y calidad de vida en ancianos institucionalizados y no institucionalizados. *Anales de Psicología*, Vol. 24 (2); 312-319

Simões, A. (2006). *A nova velhice: Um novo público a educar*. Porto: Ambar

Sousa, L., Galante, H., e Figueiredo, D. (2003). Qualidade de vida e bem estar dos idosos: um estudo exploratório na população portuguesa. *Revista de Saúde Pública*, 37(3) 364-361

Sousa, L., Figueiredo, D., & Cerqueira, M. (2006). *Envelhecer em família*. Porto: Ambar.

Vaz, E. (1998). Mais idade e menos cidadania. *Análise Psicológica*. 4 (XVI), 621-633

World Health Organization (1993). WHOQoL Study Protocol. WHO

In: http://www.who.int/substance_abuse/research_tools/whoqolbref/en/

Xavier, P.M.C. (2004). *Um olhar sobre o envelhecimento : Bem-estar psicológico e autonomia funcional em idosos com apoio formal*. Dissertação de Mestrado em Psicologia da Saúde. Lisboa: Instituto Superior de Psicologia Aplicada.

Zimmerman, G. (2000). *Velhice: Aspectos Biopsicossociais*. Porto Alegre: Artes Médicas

Anexos

Anexo 1

Teste de Diminuição Cognitiva

Item	Erro Máximo	Pontuação	Ponderação
1- Em que ano estamos?	1	_____ x 4 = _____	
2- Em que mês estamos?	1	_____ x 3 = _____	
3- Que horas são? (sem olhar para o relógio, tolera-se uma margem de erro de uma hora)	1	_____ x 3 = _____	
4- Conte na ordem Inversa de 20 para 1	2	_____ x 2 = _____	
5- Diga os meses na ordem Inversa	2	_____ x 2 = _____	
6- Repita a frase de memória: Sr. João Silva, Rua das Flores, 42, Santarém	5	_____ x 2 = _____	
		Total = _____	

Pontuação de 1 para cada resposta incorrecta; fonte de erro máximo ponderado = 28

Pontuação: 0-10 → indica normalidade ou diminuição ligeira

11-28 → indica diminuição de moderada a grave

Questionário Socio-Demográfico

Nº. _____

Data da entrevista ____ / ____ / ____

Local da entrevista _____

Caracterização Familiar

1- Tem Filhos?

Sim

Não

Se sim, quantos? _____

2- Com que frequência fala com os seus filhos?

Nunca

Raramente

Algumas
vezes

Frequentemente

Sempre

3- Os seus filhos vivem próximo de si?

Sim

Não

Se sim, quantos?

Redes Sociais

4- Com que pessoas se costuma relacionar com mais frequência?

- Cônjuge
- Filhos
- Netos
- Irmãos/Cunhados
- Amigos
- Vizinhos
- Prestadores de Cuidados
- _____

5- Vê os seus familiares e amigos tantas vezes quantas gostaria?

Sim Não

Respostas Sociais

6- Quais das seguintes valências costuma ter acesso?

1- Centro de Dia
2- Lar

7- Qual o seu grau de satisfação com a valência a que tem acesso?

Muito Insatisfeito(a) Insatisfeito(a) Nem Satisfeito(a) nem Insatisfeito(a) Satisfeito(a) Muito Satisfeito(a)

8- A iniciativa de usufruir deste serviço foi sua?

Sim Não

Animação

9- Com que frequência participa nas actividades de animação

Nunca Poucas vezes Algumas vezes Frequentemente Sempre

10- Como descreve no geral as actividades?

Muito Aborrecidas Aborrecidas Nem aborrecidas nem interessantes Interessantes Muito Interessantes

11- Como descreveria, em geral, a sua satisfação com a animação?

Muito Insatisfeito(a) Insatisfeito(a) Nem satisfeito(a) nem Insatisfeito(a) Satisfeito(a) Muito Satisfeito(a)






Anexo 3

WHOQOL-Bref

Anexo 4

Réguas de Apoio WHOQOL-Bref e ao questionário sócio-demográfico




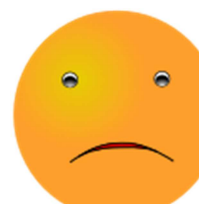

1- Como avalia a sua qualidade de vida?

Muito Má	Má	Nem Boa Nem Má	Boa	Muito Boa
				




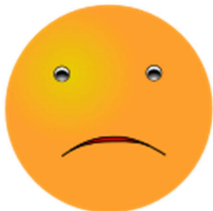

2- Até que ponto está satisfeito com a sua saúde?

Muito insatisfeito	Insatisfeito	Nem Satisfeito Nem Insatisfeito	Satisfeito	Muito Satisfeito
				


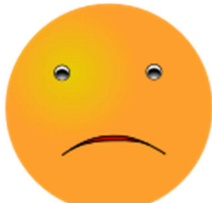



3- Em que medida as suas dores (físicas) o(a) impedem de fazer o que precisa de fazer?

Nada	Pouco	Nem Muito Nem Pouco	Muito	Muitíssimo
				


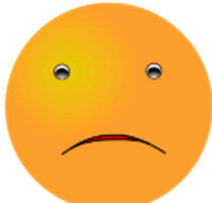



4- Em que medida precisa de cuidados médicos para fazer a sua vida diária?

Nada	Pouco	Nem Muito	Muito	Muitíssimo
		Nem Pouco		
				

5- Até que ponto gosta da sua vida?

Nada	Pouco	Nem Muito	Muito	Muitíssimo
		Nem Pouco		
				

6- Em que medida sente que a sua vida tem sentido?

Nada	Pouco	Nem Muito	Muito	Muitíssimo
		Nem Pouco		
				

7- Até que ponto se consegue concentrar?

Nada

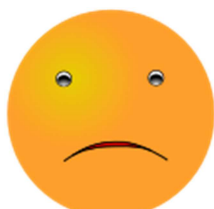
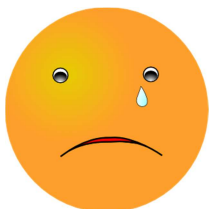
Pouco

Nem Muito

Muito

Muitíssimo

Nem Pouco



8- Em que medida se sente em segurança no seu dia-a-dia?

Nada

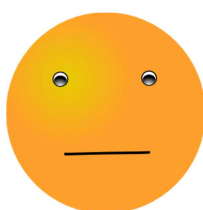
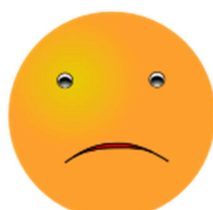
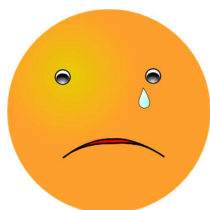
Pouco

Nem Muito

Muito

Muitíssimo

Nem Pouco



9- Em que medida é saudável o seu ambiente físico?

Nada

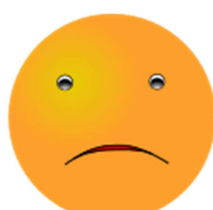
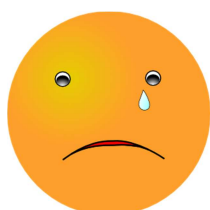
Pouco

Nem Muito

Muito

Muitíssimo

Nem Pouco



10- Tem energia suficiente para a sua vida diária?

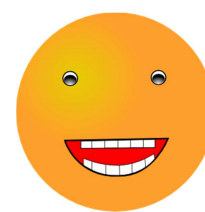
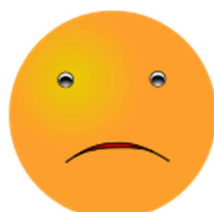
Nada

Pouco

Moderadamente

Bastante

Completamente



11- É capaz de aceitar a sua aparência física?

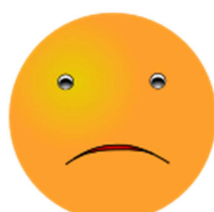
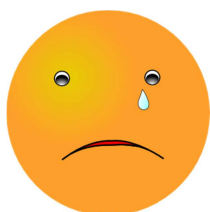
Nada

Pouco

Moderadamente

Bastante

Completamente



12- Tem dinheiro suficiente para satisfazer as suas necessidades?

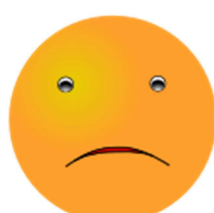
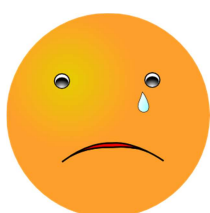
Nada

Pouco

Moderadamente

Bastante

Completamente



13- Até que ponto tem fácil acesso às informações necessárias para organizar a sua vida diária?

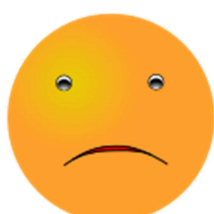
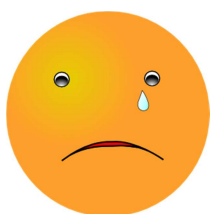
Nada

Pouco

Moderadamente

Bastante

Completamente



14- Em que medida tem a oportunidade para realizar actividades de lazer?

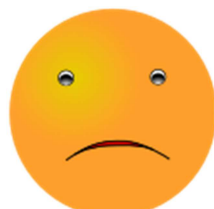
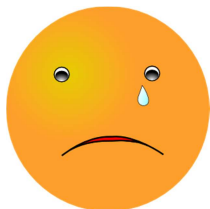
Nada

Pouco

Moderadamente

Bastante

Completamente



15- Como avaliaria a sua mobilidade (capacidade para se movimentar e deslocar por si próprio(a))

Muito Má

Má

Nem Boa

Nem Má

Boa




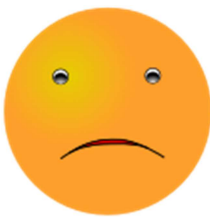

Muito Boa




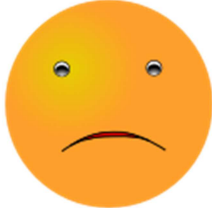



16, 17,18,19,20,21,22,23,24,25

Muito insatisfeito	Insatisfeito	Nem Satisfeito Nem Insatisfeito	Satisfeito	Muito Satisfeito
				


26- Com que frequência tem sentimentos negativos, tais como tristeza, desespero, ansiedade ou depressão?

Nunca	Poucas Vezes	Algumas Vezes	Frequentemente	Sempre
				


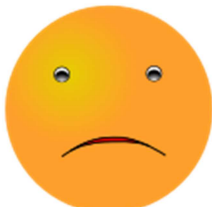



3- Com que frequência fala com os seus filhos?

Nunca	Raramente	Algumas Vezes	Frequentemente	Sempre
				






8- Qual o seu grau de satisfação com a valência a que tem acesso?

Muito insatisfeito	Insatisfeito	Nem Satisfeito Nem Insatisfeito	Satisfeito	Muito Satisfeito
				


11- Com que frequência participa nas actividades de animação

Nunca	Poucas Vezes	Algumas Vezes	Frequentemente	Sempre
				

12- Como descreve no geral as actividades?

Muito aborrecidas	Aborrecidas	Nem aborrecidas Nem interessantes	Interessantes	Muito Interessantes
				

13- Como descreveria, em geral, a sua satisfação com a animação?

Muito insatisfeito	Insatisfeito	Nem Satisfeito Nem Insatisfeito	Satisfeito	Muito Satisfeito
				

ANEXO 5

Outputs

Reliability

Scale: ALL VARIABLES

Case Processing Summary

		N	%
Cases	Valid	136	100,0
	Excluded ^a	0	,0
	Total	136	100,0

a. Listwise deletion based on all variables in the procedure.

Reliability Statistics

Cronbach's Alpha	N of Items
,795	6

Item-Total Statistics

	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item-Total Correlation	Cronbach's Alpha if Item Deleted
Q_3	15,32	14,087	,468	,788
Q_10	15,29	14,280	,595	,753
Q_15	15,52	14,325	,579	,756
Q_16	15,00	15,526	,408	,795
Q_17	15,13	14,042	,674	,736
Q_18	15,68	14,307	,605	,751

Reliability

Scale: ALL VARIABLES

Case Processing Summary

		N	%
Cases	Valid	136	100,0
	Excluded ^a	0	,0
	Total	136	100,0

a. Listwise deletion based on all variables in the procedure.

Reliability Statistics

Cronbach's Alpha	N of Items
,754	6

Item-Total Statistics

	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item-Total Correlation	Cronbach's Alpha if Item Deleted
Q_5	16,45	10,442	,679	,664
Q_6	16,52	10,607	,619	,681
Q_7	16,21	13,606	,213	,785
Q_11	16,23	12,474	,380	,747
Q_19	16,18	10,961	,643	,678
Q_26	16,57	11,461	,453	,730

Reliability

Scale: ALL VARIABLES

Case Processing Summary

		N	%
Cases	Valid	136	100,0
	Excluded ^a	0	,0
	Total	136	100,0

a. Listwise deletion based on all variables in the procedure.

Reliability Statistics

Cronbach's Alpha	N of Items
,810	2

Reliability

Scale: ALL VARIABLES

Case Processing Summary

		N	%
Cases	Valid	136	100,0
	Excluded ^a	0	,0
	Total	136	100,0

a. Listwise deletion based on all variables in the procedure.

Reliability Statistics

Cronbach's Alpha	N of Items
,598	8

Item-Total Statistics

	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item-Total Correlation	Cronbach's Alpha if Item Deleted
Q_8	24,03	7,451	,380	,537
Q_9	23,79	8,228	,444	,531
Q_12	24,97	8,340	,328	,557
Q_13	24,92	8,416	,219	,591
Q_14	24,70	7,783	,313	,561
Q_23	23,71	8,505	,232	,585
Q_24	23,76	8,393	,371	,548
Q_25	24,18	9,258	,148	,603

Reliability

Scale: ALL VARIABLES

Case Processing Summary

		N	%
Cases	Valid	136	100,0
	Excluded ^a	0	,0
	Total	136	100,0

a. Listwise deletion based on all variables in the procedure.

Reliability Statistics

Cronbach's Alpha	N of Items
,885	25

Item-Total Statistics

	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item-Total Correlation	Cronbach's Alpha if Item Deleted
Q_1	79,73	133,148	,595	,879
Q_2	79,95	129,220	,573	,878
Q_3	79,94	131,285	,388	,884
Q_4	79,51	136,726	,332	,884
Q_5	79,82	127,969	,647	,876
Q_6	79,90	129,071	,575	,878
Q_7	79,59	135,503	,347	,884
Q_8	79,32	135,936	,323	,885
Q_9	79,07	136,913	,437	,882
Q_10	79,90	125,909	,731	,873
Q_11	79,60	133,915	,411	,882
Q_12	80,26	137,304	,351	,884
Q_13	80,21	137,735	,265	,886
Q_14	79,99	134,015	,419	,882
Q_15	80,14	130,121	,532	,879
Q_16	79,62	133,349	,390	,883
Q_17	79,75	129,315	,607	,877
Q_18	80,30	128,849	,607	,877
Q_19	79,55	130,027	,595	,878
Q_20	79,16	136,344	,357	,883
Q_22	79,43	133,624	,384	,883
Q_23	78,99	137,681	,289	,885
Q_24	79,04	137,924	,352	,884
Q_25	79,46	139,347	,267	,885
Q_26	79,95	128,079	,600	,877

Frequencies

Frequency Table

filhos

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	sim	96	70,6	70,6	70,6
	não	40	29,4	29,4	100,0
	Total	136	100,0	100,0	

quantos

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	1	35	25,7	36,5	36,5
	2	32	23,5	33,3	69,8
	3	14	10,3	14,6	84,4
	4	7	5,1	7,3	91,7
	5	2	1,5	2,1	93,8
	6	1	,7	1,0	94,8
	7	4	2,9	4,2	99,0
	10	1	,7	1,0	100,0
	Total	96	70,6	100,0	
Missing	System	40	29,4		
Total		136	100,0		

Freq_fala

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	nunca	7	5,1	7,4	7,4
	raramente	9	6,6	9,5	16,8
	Algumas vezes	30	22,1	31,6	48,4
	frequentemente	32	23,5	33,7	82,1
	sempre	17	12,5	17,9	100,0
	Total	95	69,9	100,0	
Missing	System	41	30,1		
Total		136	100,0		

Vivem

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	1	61	44,9	63,5	63,5
	2	35	25,7	36,5	100,0
	Total	96	70,6	100,0	
Missing	System	40	29,4		
Total		136	100,0		

Quantos_2

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	1	35	25,7	57,4	57,4
	2	16	11,8	26,2	83,6
	3	4	2,9	6,6	90,2
	4	4	2,9	6,6	96,7
	5	2	1,5	3,3	100,0
	Total	61	44,9	100,0	
Missing	System	75	55,1		
Total		136	100,0		

Rel_conj

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	sim	21	15,4	100,0	100,0
Missing	System	115	84,6		
Total		136	100,0		

Rel_filhos

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	sim	67	49,3	100,0	100,0
Missing	System	69	50,7		
Total		136	100,0		

Rel_Netos

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	sim	43	31,6	100,0	100,0
Missing	System	93	68,4		
Total		136	100,0		

Rel_irmaos

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	sim	15	11,0	100,0	100,0
Missing	System	121	89,0		
Total		136	100,0		

Rel_amigos

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	sim	58	42,6	100,0	100,0
Missing	System	78	57,4		
Total		136	100,0		

Rel_Vizinhos

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	sim	37	27,2	100,0	100,0
Missing	System	99	72,8		
Total		136	100,0		

Rel_Cuidad

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	sim	136	100,0	100,0	100,0

Rel_Outros

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	sim	22	16,2	100,0	100,0
Missing	System	114	83,8		
Total		136	100,0		

P_06

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	sim	30	22,1	22,1	22,1
	não	106	77,9	77,9	100,0
Total		136	100,0	100,0	

P_07

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	apoio domiciliario	67	49,3	49,3	49,3
	centro de convivio	69	50,7	50,7	100,0
Total		136	100,0	100,0	

P_08

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Insatisfeito	5	3,7	3,7	3,7
	nem satisfeito nem insatisfeito	16	11,8	11,8	15,4
	satisfeito	79	58,1	58,1	73,5
	muito satisfeito	36	26,5	26,5	100,0
	Total	136	100,0	100,0	

P_09

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	sim	61	44,9	44,9	44,9
	não	75	55,1	55,1	100,0
	Total	136	100,0	100,0	

P_10

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	nunca	37	27,2	27,2	27,2
	poucas vezes	26	19,1	19,1	46,3
	Algumas vezes	35	25,7	25,7	72,1
	frequentemente	24	17,6	17,6	89,7
	sempre	14	10,3	10,3	100,0
	Total	136	100,0	100,0	

P_11

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Muito Aborrecidas	12	8,8	8,8	8,8
	aborrecidas	13	9,6	9,6	18,4
	Nem aborrecidas nem interessantes	56	41,2	41,2	59,6
	Interessantes	45	33,1	33,1	92,6
	Muito Interessantes	10	7,4	7,4	100,0
	Total	136	100,0	100,0	

P_12

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Muito Insatisfeito	15	11,0	11,0	11,0
	Insatisfeito	11	8,1	8,1	19,1
	nem satisfeito nem insatisfeito	56	41,2	41,2	60,3
	satisfeito	40	29,4	29,4	89,7
	muito satisfeito	14	10,3	10,3	100,0
	Total	136	100,0	100,0	

Descriptives

Descriptive Statistics

	N	Minimum	Maximum	Mean	Std. Deviation
Fisico_100	136	7,14	100,00	53,1775	17,22792
Psicologico_100	136	8,33	95,83	56,8015	16,61883
Ambiente_100	136	28,13	90,63	61,6268	10,00355
Rel_Sociais_100	136	,00	100,00	67,8309	21,28034
Global_100	136	25,00	112,50	66,7279	19,31828
Valid N (listwise)	136				

Explore

P_07

Tests of Normality

P_07		Kolmogorov-Smirnov ^a			Shapiro-Wilk		
		Statistic	df	Sig.	Statistic	df	Sig.
Fisico_100	apoio domiciliario	,120	67	,018	,969	67	,090
	centro de convivio	,084	69	,200*	,988	69	,752
Psicologico_100	apoio domiciliario	,103	67	,075	,975	67	,198
	centro de convivio	,134	69	,004	,964	69	,042
Ambiente_100	apoio domiciliario	,098	67	,179	,968	67	,079
	centro de convivio	,127	69	,008	,971	69	,111
Rel_Sociais_100	apoio domiciliario	,320	67	,000	,820	67	,000
	centro de convivio	,165	69	,000	,931	69	,001
Global_100	apoio domiciliario	,179	67	,000	,934	67	,002
	centro de convivio	,174	69	,000	,936	69	,002

*. This is a lower bound of the true significance.

a. Lilliefors Significance Correction

T-Test

Group Statistics

P_07		N	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean
Fisico_100	apoio domiciliario	67	50,6930	16,15525	1,97368
	centro de convivio	69	55,5901	17,99816	2,16672
Psicologico_100	apoio domiciliario	67	56,2811	17,09323	2,08827
	centro de convivio	69	57,3068	16,25418	1,95677
Ambiente_100	apoio domiciliario	67	61,1940	9,59572	1,17230
	centro de convivio	69	62,0471	10,43729	1,25650
Global_100	apoio domiciliario	67	62,8731	19,45884	2,37728
	centro de convivio	69	70,4710	18,56168	2,23456

Independent Samples Test

		Levene's Test for Equality of Variances		t-test for Equality of Means						
		F	Sig.	t	df	Sig. (2-tailed)	Mean Difference	Std. Error Difference	95% Confidence Interval of the Difference	
									Lower	Upper
Fisico_100	Equal variances assumed	1,652	,201	-1,668	134	,098	-4,89710	2,93556	0,70313	,90893
	Equal variances not assumed			-1,671	133,187	,097	-4,89710	2,93089	0,69420	,90001
Psicologico_100	Equal variances assumed	,131	,718	-,359	134	,720	-1,02567	2,85966	6,68157	4,63024
	Equal variances not assumed			-,358	133,150	,721	-1,02567	2,86179	6,68612	4,63478
Ambiente_100	Equal variances assumed	,380	,539	-,496	134	,621	-,85307	1,72059	4,25611	2,54996
	Equal variances not assumed			-,496	133,606	,620	-,85307	1,71846	4,25197	2,54583
Global_100	Equal variances assumed	,020	,888	-2,330	134	,021	-7,59788	3,26034	4,04627	1,14949
	Equal variances not assumed			-2,329	133,215	,021	-7,59788	3,26262	4,05113	1,14463

NPar Tests

Mann-Whitney Test

Test Statistics^a

	Rel_Sociais_100
Mann-Whitney U	1880,500
Wilcoxon W	4295,500
Z	-1,946
Asymp. Sig. (2-tailed)	,052

a. Grouping Variable: P_07

T-Test

T-Test

Group Statistics

P_07		N	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean
Rel_Sociais_100	apoyo domiciliario	67	70,3358	20,85255	2,54754
	centro de convivio	69	65,3986	21,55969	2,59548

Oneway

Descriptives

		N	Mean	Std. Deviation	Std. Error	5% Confidence Interval for Mean		Minimum	Maximum
						Lower Bound	Upper Bound		
						Fisico_100	nunca		
	raramente	9	46,0317	13,88322	4,62774	35,3602	56,7033	25,00	75,00
	Algumas vezes	30	49,2857	16,78820	3,06509	43,0169	55,5545	10,71	82,14
	frequentemente	32	53,0134	13,67079	2,41668	48,0845	57,9422	21,43	75,00
	sempre	17	43,4874	18,26478	4,42986	34,0965	52,8783	7,14	82,14
	Total	95	49,1353	16,02040	1,64366	45,8718	52,3989	7,14	82,14
Psicologico_100	nunca	7	56,5476	16,98603	6,42011	40,8382	72,2571	25,00	79,17
	raramente	9	43,5185	20,10294	6,70098	28,0660	58,9710	12,50	62,50
	Algumas vezes	30	52,2222	13,74252	2,50903	47,0907	57,3538	16,67	79,17
	frequentemente	32	57,4219	14,76877	2,61077	52,0972	62,7466	29,17	95,83
	sempre	17	55,8824	19,87694	4,82087	45,6626	66,1021	8,33	75,00
	Total	95	54,1228	16,33643	1,67608	50,7949	57,4507	8,33	95,83
Ambiente_100	nunca	7	57,1429	11,08007	4,18787	46,8955	67,3902	34,38	68,75
	raramente	9	55,2083	13,25825	4,41942	45,0171	65,3995	28,13	65,63
	Algumas vezes	30	59,7917	7,32801	1,33791	57,0553	62,5280	40,63	71,88
	frequentemente	32	63,3789	10,97658	1,94040	59,4214	67,3364	37,50	90,63
	sempre	17	59,9265	9,77252	2,37018	54,9019	64,9510	46,88	75,00
	Total	95	60,3947	10,09474	1,03570	58,3383	62,4511	28,13	90,63
Rel_Sociais_100	nunca	7	69,6429	21,47812	8,11797	49,7789	89,5068	25,00	87,50
	raramente	9	62,5000	33,65728	1,21909	36,6287	88,3713	,00	100,00
	Algumas vezes	30	64,5833	20,52210	3,74681	56,9203	72,2464	12,50	100,00
	frequentemente	32	67,1875	20,75928	3,66976	59,7030	74,6720	12,50	100,00
	sempre	17	72,0588	16,84570	4,08568	63,3976	80,7201	50,00	100,00
	Total	95	66,9737	21,33476	2,18890	62,6276	71,3198	,00	100,00
Global_100	nunca	7	71,4286	17,25164	6,52051	55,4735	87,3837	50,00	87,50
	raramente	9	54,1667	15,30931	5,10310	42,3989	65,9344	37,50	75,00
	Algumas vezes	30	66,2500	16,46247	3,00562	60,1028	72,3972	37,50	100,00
	frequentemente	32	63,6719	17,77984	3,14306	57,2616	70,0822	25,00	100,00
	sempre	17	59,5588	19,53033	4,73680	49,5173	69,6004	37,50	87,50
	Total	95	63,4211	17,60626	1,80636	59,8345	67,0076	25,00	100,00

ANOVA

		Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
Fisico_100	Between Groups	1114,019	4	278,505	1,089	,367
	Within Groups	23011,384	90	255,682		
	Total	24125,403	94			
Psicologico_100	Between Groups	1562,498	4	390,625	1,494	,211
	Within Groups	23524,125	90	261,379		
	Total	25086,623	94			
Ambiente_100	Between Groups	615,719	4	153,930	1,546	,196
	Within Groups	8963,228	90	99,591		
	Total	9578,947	94			
Rel_Sociais_100	Between Groups	842,469	4	210,617	,452	,771
	Within Groups	41943,715	90	466,041		
	Total	42786,184	94			
Global_100	Between Groups	1715,323	4	428,831	1,407	,238
	Within Groups	27422,835	90	304,698		
	Total	29138,158	94			

Frequencies

Oneway

ANOVA

		Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
Fisico_100	Between Groups	1973,079	4	493,270	1,696	,155
	Within Groups	38095,104	131	290,802		
	Total	40068,184	135			
Psicologico_100	Between Groups	3493,566	4	873,392	3,386	,011
	Within Groups	33791,462	131	257,950		
	Total	37285,029	135			
Ambiente_100	Between Groups	2009,039	4	502,260	5,721	,000
	Within Groups	11500,554	131	87,790		
	Total	13509,593	135			
Rel_Sociais_100	Between Groups	6151,778	4	1537,944	3,664	,007
	Within Groups	54983,332	131	419,720		
	Total	61135,110	135			
Global_100	Between Groups	1778,758	4	444,690	1,199	,315
	Within Groups	48602,675	131	371,013		
	Total	50381,434	135			

Oneway

Post Hoc Tests

Homogeneous Subsets

Psicologico_100

Tukey HSD^{a,b}

P_10	N	Subset for alpha = .05	
		1	2
nunca	37	49,0991	
Algumas vezes	35	58,2143	58,2143
frequentemente	24	58,6806	58,6806
poucas vezes	26	59,7756	59,7756
sempre	14		64,8810
Sig.		,148	,602

Means for groups in homogeneous subsets are displayed.

- a. Uses Harmonic Mean Sample Size = 24,136.
- b. The group sizes are unequal. The harmonic mean of the group sizes is used. Type I error levels are not guaranteed.

Ambiente_100

Tukey HSD^{a,b}

P_10	N	Subset for alpha = .05	
		1	2
nunca	37	56,8412	
poucas vezes	26	61,4183	
Algumas vezes	35	61,9643	
frequentemente	24	63,6719	63,6719
sempre	14		70,3125
Sig.		,090	,106

Means for groups in homogeneous subsets are displayed.

- a. Uses Harmonic Mean Sample Size = 24,136.
- b. The group sizes are unequal. The harmonic mean of the group sizes is used. Type I error levels are not guaranteed.

Rel_Sociais_100

Tukey HSD^{a,b}

P_10	N	Subset for alpha = .05	
		1	2
nunca	37	60,4730	
poucas vezes	26	62,9808	
Algumas vezes	35	69,6429	69,6429
frequentemente	24	73,9583	73,9583
sempre	14		81,2500
Sig.		,156	,287

Means for groups in homogeneous subsets are displayed.

- a. Uses Harmonic Mean Sample Size = 24,136.
- b. The group sizes are unequal. The harmonic mean of the group sizes is used. Type I error levels are not guaranteed.

Oneway

Test of Homogeneity of Variances

	Levene Statistic	df1	df2	Sig.
Fisico_100	,887	4	131	,474
Psicologico_100	,674	4	131	,611
Ambiente_100	1,253	4	131	,292
Rel_Sociais_100	2,477	4	131	,067
Global_100	,325	4	131	,861