



INSTITUTO POLITÉCNICO
DE VIANA DO CASTELO

QUALIDADE DE VIDA E CLIMA SOCIAL

Um estudo em Estruturas Residenciais para Pessoas Idosas

Beatriz Lima Pereira Vieira



**INSTITUTO POLITÉCNICO
DE VIANA DO CASTELO**

Beatriz Lima Pereira Vieira

Qualidade de Vida e Clima Social:

Um estudo em Estruturas Residenciais para Pessoas Idosas

Mestrado em Gerontologia Social

Dissertação efetuada sob orientação de

Professora Doutora Raquel Gonçalves

Novembro, 2024

Agradecimentos

A conclusão desta dissertação representa a concretização de um grande objetivo de vida. Este trabalho não teria sido possível sem o apoio, incentivo e presença de algumas pessoas, às quais quero expressar a minha sincera gratidão.

Em primeiro lugar, agradecer a todos os participantes que integraram a amostra deste estudo, sobretudo pela generosidade demonstrada e conhecimentos transmitidos.

À Professora Raquel Gonçalves, deixo um agradecimento especial pela motivação constante e por ter sido um suporte incansável durante todo este processo. Sem o seu incentivo e orientação, teria sido muito mais difícil alcançar este objetivo.

Expresso também a minha gratidão a todas as docentes que, ao longo desta caminhada pelo mundo da Gerontologia, transmitiram conhecimentos preciosos. Esses saberes foram fundamentais para a concretização desta dissertação.

À minha família, por serem o meu pilar, o meu mais sincero obrigada. Foram e serão a minha base e devo-lhes cada passo deste percurso. À minha mãe, Elisabete, por demonstrar todos os dias que nada é impossível e por ser o meu maior exemplo. À minha irmã, Bárbara, por ser a luz da minha vida e não me largar a mão um segundo. Obrigada por viverem tão intensamente todas as minhas conquistas. Sem vocês não seria possível. Aos Avós Helena e Armando por acreditarem e estarem sempre do meu lado. Ao meu pai, Vítor, e avó Deolinda que me têm ensinado tanto sobre a vida.

Ao Zé, o meu muito obrigada por toda a força e coragem que me transmite dia após dia e por nunca me deixares cair, ainda que por meros momentos tudo parecesse impossível. “Mesmo nas águas mais profundas, teremos sempre pé enquanto dermos as mãos”. Obrigada.

Para aqueles com quem tenho crescido: João, Edgar, Ricardo, Daniela, Catarina e Juliana, nunca existirão as palavras certas para expressar o quanto vos agradeço. Juntos, temos enfrentado desafios e celebrado conquistas. A vossa amizade e a forma como tornam a minha vida mais bonita e colorida tem um valor gigante para mim. Obrigada por serem casa sempre que necessário e por me mostrarem diariamente que nem o tempo nem a distância muda seja o que for quando a amizade é verdadeira.

À Ana, obrigada pela amizade sincera e pelas palavras certas no momento certo. Foste o meu refúgio nos momentos mais desafiadores.

Aos meus dois amores de quatro patinhas, a Lady e o Zeus que foram igualmente importantes nesta jornada que tantas vezes foi solitária.

Espero que esta dissertação sirva de inspiração para todos aqueles que pensam que existem coisas impossíveis. Somos capazes de tudo, basta acreditar.

Por fim, dedico esta dissertação ao Avô Manuel que, mesmo distante, sei que deu uma forcinha para que eu chegasse até aqui. Que esta dissertação seja uma homenagem ao homem que foi em vida e que eu recordarei sempre com muito carinho.

A todos vocês, o meu mais sincero obrigada. Esta conquista é vossa também

RESUMO

CONTEXTO. Com o aumento da longevidade e do envelhecimento demográfico, as políticas sociais dirigidas à população mais velha têm sido impulsionadas, registrando-se um investimento em respostas sociais dirigidas a esta população. Procurando focar a atenção nas Estruturas Residenciais para Pessoas Idosas (ERPI), estas consistem numa resposta social que procura, entre outros aspetos: (1) proporcionar cuidados permanentes e adequados à condição biopsicossocial das pessoas idosas; (2) contribuir para a estimulação de um processo de envelhecimento ativo e saudável promovendo o autocuidado e a prestação de cuidados personalizados e humanizados; (3) criar condições que permitam preservar e incentivar a relação intrafamiliar e com pessoas de referência, bem como promover novas relações interpessoais visando combater o isolamento; (4) potenciar a inclusão social; e (5) potenciar um ambiente seguro, confortável, acessível e humanizado (Portaria n.º 349/2023 de 13 de novembro). Neste sentido, é também propósito das ERPI promover o bem-estar e qualidade de vida das pessoas mais velhas. Com efeito, a qualidade de vida corresponde à a percepção que um indivíduo tem sobre a sua posição na vida, dentro do contexto dos sistemas de cultura e valores nos quais está inserido e em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações (WHOQOL Group, 1997). A investigação neste domínio tem demonstrado que a qualidade de vida está relacionada com a qualidade do ambiente em que a pessoa está inserida (Croucher et al., 2006). Sobre este assunto, Lemke e Moos (1984) referem no modelo da ecologia social que os ambientes físicos e sociais influenciam o comportamento da pessoa. Assinalam ainda que analisar o clima social enquanto ambiente vivido e percebido por uma organização e todos os seus intervenientes implica perceber que “(...) cada ambiente tem uma “personalidade” única que lhe confere unidade e coerência (...) e que os meios/contextos diferem na forma como regulam o comportamento das pessoas” (Moos & Lemke, 1994, p. 107). Neste sentido, o clima social é constituído por dimensões relacionais cujo objetivo é avaliar a qualidade das relações interpessoais num determinado meio. Assim, considera-se fundamental, do ponto de vista da gerontologia social, caracterizar as ERPI enquanto contexto de vida e analisar a relação entre as suas características e a qualidade de vida das pessoas mais velhas que residem nesses contextos.

OBJETIVO DO ESTUDO. Face ao exposto, o objetivo do presente estudo é analisar a relação entre o clima social e a qualidade de vida de pessoas mais velhas a residir em ERPI.

MÉTODO. Trata-se de um estudo quantitativo, transversal, do tipo correlacional (Coutinho, 2021) que envolveu 5 ERPI do concelho de Viana do Castelo, selecionadas de forma aleatória a partir dos dados disponíveis na Carta Social (2023). A amostra é constituída por 50 residentes, sendo 27 mulheres (74%) e 13 homens (26%). Possuem uma idade média de 83,14 anos (Min=63; Máx=93) e são pouco escolarizados (68% possui entre 1 a 4 anos de escolaridade). Recorreu-se a um processo de amostragem não probabilístico, sendo que para a recolha de dados foi utilizado um questionário sociodemográfico, a Escala de Clima Social (Fernandez-Ballesteros, 1997; UNIFAI/ICBAS-UP, 2004) e a Escala de avaliação da Qualidade de Vida (WHOQOL-Bref; Canavarro et al., 2007). O protocolo foi hétero-administrado, tendo a recolha de dados decorrido entre setembro e dezembro de 2023. A análise descritiva e inferencial dos dados foi realizada através do programa IBM SPSS, versão 27.

RESULTADOS. Os resultados obtidos sugerem a existência de uma relação entre o clima social da ERPI e a percepção de qualidade de vida dos residentes. Relativamente a esta última variável, verificamos que os domínios com pontuação mais elevada foram os domínios ambiente (M=69,88; dp=6,70) e psicológico (M=66,66; dp=12,43), tendo sido encontradas diferenças em função do grupo de idade, do género e de ter ou não filhos. Quanto ao clima social, as instituições parecem apresentar resultados muito satisfatórios, tendo sido encontradas diferenças em função do género. Foram também identificadas associações entre os domínios da qualidade de vida e as dimensões do clima social.

CONCLUSÃO. A investigação realizada sugere que um contexto com um clima social mais acolhedor, seguro e que proporcione relações interpessoais de qualidade conduz a uma melhor percepção de qualidade de vida. Assim, é fundamental atender, em cada instituição, aos aspetos que podem ter um impacto decisivo na percepção de bem-estar e qualidade de vida dos residentes. Consideramos, por isso, que este estudo permitiu conhecer melhor a relação entre o Clima Social das ERPI e a Qualidade de Vida dos residentes e que, por isso, abre portas à investigação e intervenção futuras no sentido da promoção de um melhor clima social nas instituições e de um envelhecimento digno e com qualidade de vida e bem-estar.

PALAVRAS-CHAVE: Envelhecimento; Gerontologia Social; Estruturas Residenciais para Pessoas Idosas; Qualidade de Vida; Clima Social.

ABSTRACT

CONTEXT. With the increase in longevity and demographic ageing, social policies aimed at the older population have been boosted, with investment in social responses aimed at this population. Focusing on Residential Structures for the Elderly (ERPI), these consist of a social response that seeks, among other things: (1) provide permanent care that is appropriate to the biopsychosocial condition of older people; (2) contribute to stimulating an active and healthy ageing process by promoting self-care and the provision of personalized and humanized care; (3) create conditions that make it possible to preserve and encourage intra-family relationships and relationships with people of reference, as well as promoting new interpersonal relationships aimed at combating isolation; (4) boost social inclusion; and (5) boost a safe, comfortable, accessible and humanized environment (Ordinance no. 349/2023 of November 13). In this sense, it is also the purpose of ERPIs to promote the well-being and quality of life of older people. In fact, quality of life corresponds to an individual's perception of their position in life, within the context of the culture and value systems in which they live and in relation to their goals, expectations, standards and concerns (WHOQOL Group, 1997). Research in this field has shown that quality of life is related to the quality of the environment in which a person lives (Croucher et al., 2006). On this subject, Lemke and Moos (1984) state in the social ecology model that physical and social environments influence a person's behavior. They also point out that analysing the social climate as an environment experienced and perceived by an organization and all its stakeholders implies understanding that "(...) each environment has a unique 'personality' that gives it unity and coherence (...) and that environments/contexts differ in the way they regulate people's behaviour" (Moos & Lemke, 1994, p. 107). In this sense, the social climate is made up of relational dimensions whose aim is to assess the quality of interpersonal relationships in each environment. Thus, from the point of view of social gerontology, it is considered fundamental to characterize the ERPI as a living context and to analyze the relationship between its characteristics and the quality of life of the older people who live in these contexts.

OBJECTIVE OF THE STUDY. In view of the above, the aim of this study is to analyze the relationship between the social climate and the quality of life of older people living in ERPIs.

METHOD. This is a quantitative, cross-sectional, correlational study (Coutinho, 2021) involving 5 ERPIs in the municipality of Viana do Castelo, randomly selected from the data available in the Social Charter (2023). The sample consisted of 50 residents, 27 women (74%) and 13 men (26%). They have an average age of 83.14 years (Min=63; Max=93) and have little schooling (68% have between 1 and 4 years of schooling). A non-probabilistic sampling process was used to collect data, including a sociodemographic questionnaire, the Social Climate Scale (Fernandez-Ballesteros, 1997; UNIFAI/ICBAS-UP, 2004) and the Quality-of-Life Assessment Scale (WHOQOL-Bref; Canavarro et al., 2007). The protocol was hetero-administered, and data collection took place between September and December 2023. The descriptive and inferential analysis of the data was carried out using the IBM SPSS program, version 27.

RESULTS. The results obtained suggest that there is a relationship between the social climate of the ERPI and the residents' perception of quality of life. Regarding the latter variable, we found that the domains with the highest scores were the environmental ($M=69.88$; $sd=6.70$) and psychological ($M=66.66$; $sd=12.43$) domains, with differences being found according to age group, gender and having or not having children. As for the social climate, the institutions seem to have very satisfactory results, and differences were found according to gender. Associations were also identified between the domains of quality of life and the dimensions of the social climate.

CONCLUSION. The research suggests that a context with a more welcoming, safe social climate that provides quality interpersonal relationships leads to a better perception of quality of life. It is therefore essential to pay attention, in each institution, to the aspects that can have a decisive impact on residents' perception of well-being and quality of life. We therefore believe that this study has provided a better understanding of the relationship between the Social Climate of ERPIs and the Quality of Life of residents and that it therefore opens the door to future research and intervention aimed at promoting a better social climate in institutions and dignified ageing with quality of life and well-being.

KEYWORDS: Ageing; Social Gerontology; Residential Facilities for the Elderly; Quality of Life; Social Climate.

Índice Geral

Introdução	VII
Capítulo I - Revisão da Literatura	4
O Envelhecimento como processo ao longo da vida: a perspetiva da gerontologia e gerontologia social	5
A intervenção social do Estado face ao envelhecimento da população	10
Qualidade de vida e clima social	12
Investigação sobre Qualidade de Vida e Clima Social	15
A importância do Ambiente para a qualidade de vida.....	17
Viver em ERPI: a relação entre o ambiente e a qualidade de vida percebida.....	21
Capítulo II - Método	32
Plano de Investigação e participantes	33
Procedimentos de recolha de dados.....	33
Instrumentos de Recolha de dados.....	34
Estratégias de análise de dados	37
Capítulo III - Resultados.....	38
Caracterização dos participantes	39
Caracterização da Qualidade de Vida dos participantes	41
Caracterização da Qualidade de Vida em função em função de domínios específicos	44
Caracterização do Clima Social das ERPI	47
Caracterização do Clima Social em função de variáveis específicas.....	51
Análise da relação entre as dimensões da escala do clima social e a perceção de qualidade de vida	53
Discussão dos Resultados e Conclusão	56
Referências Bibliográficas.....	74

ÍNDICE DE TABELAS

Tabela 1. Caracterização sociodemográfica dos participantes, por instituição de residência	39
Tabela 2. Caracterização das Estruturas Residenciais para Pessoas Idosas em termos da sua capacidade e número de participantes no estudo	41
Tabela 3. Estatística descritiva dos Domínios de qualidade de vida da WHOQOL-Bref para o total dos participantes	41
Tabela 4. Estatística descritiva dos Domínios da QdV, por instituição de residência	41
Tabela 5. Estatística descritiva por item da WHOQOL-Bref para o total dos participantes.....	43
Tabela 6. Diferenças nos domínios da QdV em função de grupos de idade	44
Tabela 7. Diferenças nos domínios da QdV em função do género.....	44
Tabela 8. Diferenças nos domínios da QdV em função de ter ou não filhos.....	45
Tabela 9. Diferenças nos domínios da QdV em função da dificuldade de fazer face às despesas mensais	46
Tabela 10. Associação entre os domínios da QdV e o tempo de institucionalização na ERPI.....	46
Tabela 11. Caracterização do Clima Social em cada instituição	47
Tabela 12. Estatística descritiva por item da Escala de Clima Social para o total dos participantes	48
Tabela 13. Diferenças nas dimensões do Clima Social em função do género	51
Tabela 14. Associação entre as dimensões do Clima Social e o tempo de institucionalização na ERPI.....	52
Tabela 15. Associação entre as dimensões do Clima Social e os domínios do WHOQOL-Bref ...	53

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1. Procedimentos para o cálculo de cada um dos domínios da WHOQOL-Bref.....	35
Figura 2. Clima Social, por dimensão de análise, em cada instituição	47

Introdução

Portugal é atualmente um dos países mais envelhecidos da União Europeia (Eurostat, 2021). O aumento da longevidade e a relevância da população envelhecida remete-nos para a conceptualização do envelhecimento demográfico como uma realidade das sociedades contemporâneas. É evidente que as pessoas passarão a viver mais anos, sendo por isso fundamental criar condições para que se mantenham autónomas, independentes e saudáveis durante o maior período de tempo possível (Menichetti et al., 2015).

A melhoria da qualidade de vida e a promoção do bem-estar das pessoas à medida que envelhecem, nos contextos familiares, da comunidade e sociedade, através da investigação, educação e aplicação de conhecimento interdisciplinar do processo de envelhecimento e das populações envelhecidas é precisamente a função do Gerontólogo (*Association for Gerontology in Higher Education*; AGHE, 2014). Com efeito, a gerontologia começou a desenvolver-se enquanto ciência durante a segunda metade do século XX, altura em que o envelhecimento da população se tornou mais evidente. Por sua vez, a gerontologia social, de acordo com Fernández-Ballesteros (2009), diz respeito a uma especialidade da gerontologia que procura estudar os aspetos sociais relativos ao processo de envelhecimento e às pessoas mais velhas. Por sua vez, Moody e Sasser (2015) referem que a gerontologia social tem um vasto leque de interesses, sendo uma área multidisciplinar com uma vertente de investigação e que coloca em prática informações de várias ciências sociais. Os autores defendem ainda que tem como objetivo compreender o envelhecimento através de diversas perspetivas.

De facto, tal como referem Sowers e Rowe (2007), o acentuado envelhecimento populacional pode ser visto como um dos maiores avanços da humanidade e, simultaneamente, como um grande desafio. Segundo Fernández-Ballesteros (2009), o envelhecimento da população continuará a aumentar nos próximos anos e a principal preocupação da sociedade deverá incidir na promoção da qualidade de vida das pessoas e não só no prolongamento da vida. A melhoria da qualidade de vida da população idosa será o principal desafio do século XXI, pois o que se pretende para além de viver mais é também viver-se melhor.

Por isto, é cada vez mais frequente recorrer-se ao processo de institucionalização de forma a tentar promover a qualidade de vida da população idosa quando surgem fatores relacionados problemas de saúde, falta de suporte familiar e social, sobrecarga dos cuidadores informais e fatores socioeconómicos (Paúl & Ribeiro, 2011). Todavia, para garantir uma boa qualidade de vida em idosos institucionalizados, o ambiente é um fator importante e também desafiador uma vez que os idosos se encontram a residir com mais pessoas. Desta forma, as ERPI devem atender a três grandes desafios, nomeadamente: (1) conciliar a coletivização com a individualidade, (2) satisfazer a população, ainda que a sua permanência na instituição possa ter sido, de certa forma, imposta e (3) satisfazer, dentro das possibilidades da instituição e dos

colaboradores, a insuficiência de recursos (Quintela, 2001, citado por Almeida & Rodrigues, 2008).

Assim sendo, importa avaliar o ambiente físico e humano das instituições e proceder em conformidade no sentido de potenciar o bem-estar dos residentes, promover a sua qualidade de vida e melhorar o clima social nas instituições (Paúl, 2005).

Neste contexto, a análise da relação entre as características dos ambientes sociais e físicos das ERPI e o comportamento individual é fundamental do ponto de vista da gerontologia social, sobretudo para traçar orientações para as políticas sociais no âmbito do envelhecimento. Desta forma, a escolha deste tema surge da necessidade de compreender a relação existente entre a qualidade de vida do idoso e o clima social da ERPI em que este reside.

Assim sendo, em termos de estrutura, a presente dissertação está organizada da seguinte forma: no primeiro capítulo procede-se a um enquadramento teórico e empírico do estudo, onde estarão incluídos aspetos relacionados com o processo de envelhecimento, qualidade de vida na velhice e importância do clima social nas respostas sociais. Além disso, analisam-se as políticas no âmbito do envelhecimento, com um foco particular nas ERPI. No segundo capítulo é apresentado o método, nomeadamente a descrição do plano de investigação e da amostra, procedimentos de recolha e análise de dados. No capítulo seguinte, referente aos resultados, estes são apresentados de acordo com os objetivos específicos do estudo, focando-se na caracterização da amostra, na perceção de qualidade de vida e do clima social das instituições onde residem e na relação entre ambas as variáveis.

Posteriormente é apresentada a discussão de resultados fazendo incidir esta análise à luz da teoria e investigação no domínio. Por fim, na conclusão, procede-se a uma síntese do trabalho realizado e reflete-se sobre a importância da qualidade de vida e do clima social para os idosos institucionalizados e para a investigação e intervenção futuras.

Capítulo I - Revisão da Literatura

Ao longo desta secção procede-se ao enquadramento teórico e empírico da presente dissertação de mestrado em Gerontologia Social. Neste sentido, serão abordados aspetos relacionados com o processo de envelhecimento, a Gerontologia e Gerontologia Social, A intervenção social do Estado face ao envelhecimento da população, a qualidade de vida e clima social e ainda a relação entre o ambiente e a qualidade de vida percebida, em ERPI.

O Envelhecimento como processo ao longo da vida: a perspetiva da gerontologia e gerontologia social

Um dos traços mais marcantes da sociedade atual é o crescente ritmo de envelhecimento demográfico que se manifesta num aumento da população mais velha e uma diminuição da população jovem face à população total (Azevedo, 2022). Portugal, com 10,3 milhões de habitantes, é um dos países europeus mais envelhecidos. A população com 65 ou mais anos é de cerca de 2,4 milhões de pessoas, representando 24% da população total (Censos, 2021). No entanto, o país apresenta um valor relativamente baixo no que diz respeito aos anos de vida saudável, encontrando-se abaixo da média da União Europeia. No caso das mulheres, a esperança média de vida é de 83,7 anos e a média de anos de vida saudável está nos 59,2 anos. No caso dos homens, apresentam uma esperança média de vida de 78,4 anos e uma média de anos de vida saudável de 60,8 anos. Comparando com a média de anos de vida saudável na União Europeia, esta ronda os 64,6 anos para as mulheres e 63,5 anos para os homens. Estes dados sugerem, tal como referem Vidal et al. (2019), que em Portugal o aumento da esperança média de vida não tem sido acompanhado por boas condições de vida.

Sowers e Rowe (2007) salientam que no início do século existiam mais de 600 milhões de pessoas com mais de 60 anos no mundo, representando 10% da população total. Em 20250 estima-se que sejam mais de 21% da população.

Com efeito, o envelhecimento é simultaneamente um fenómeno coletivo, como também individual.

Nesta linha, Rosa (2012) refere que quando falamos sobre o envelhecimento individual, podemos referir-nos ao envelhecimento cronológico e ao envelhecimento biopsicológico. O envelhecimento cronológico, é entendido como um processo que deriva exclusivamente da idade. Trata-se de um processo universal, progressivo, inevitável e inscrito nos genes (Rosa, 2012). Já o envelhecimento biopsicológico é um processo que depende da vivência de cada um, dos estilos de vida, género, condicionantes e da própria sociedade. Apesar de se tratar de um

reflexo do envelhecimento cronológico, não está dependente da idade e é vivido de forma única por cada indivíduo, uma vez que cada pessoa apresenta sinais de envelhecimento únicos.

Ainda de acordo com a mesma fonte, no que se refere ao envelhecimento coletivo, importa considerar dois aspetos: o envelhecimento demográfico (da população) e envelhecimento societal (da sociedade). Assim, o envelhecimento demográfico refere-se aos indivíduos como faixas etárias, abrangendo mais do que os próprios atributos pessoais. Pode ser definido como a evolução particular da composição etária da população que corresponde ao aumento da importância estatística dos idosos ou à diminuição da importância estatística dos jovens. Para abordar este tipo de envelhecimento é importante mencionar que existem idades, nas quais todos os indivíduos são incluídos, dividindo-se em categorias fixas, nomeadamente: idade jovem (0-14 anos); ativa (15-64 anos) e idosa (65 ou mais anos). É através destas categorias que o envelhecimento demográfico se desenvolve.

Ainda de acordo com a mesma autora, o número de jovens tem diminuído e o número de idosos aumentado. Além disso, verifica-se que o grupo etário da quarta idade (dos 80 ou mais anos) quadruplicou a partir de 1971. Tudo isto acontece na sequência da diminuição das taxas de natalidade e o consequente aumento da esperança média de vida. A partir do momento em que em que a taxa de natalidade diminui e, ao mesmo tempo o risco de mortalidade declina de forma constante em todas as idades, o envelhecimento torna-se um facto.

Este tipo de envelhecimento é evidente na Europa e Rosa (2012) afirma que a idade média tem vindo a aumentar, sendo muitas vezes condicionada pela rapidez com que os níveis de natalidade e de mortalidade têm diminuindo. De acordo com o Instituto Nacional de Estatística (2014), a taxa de natalidade tem vindo a manifestar alguma preocupação. Em 2013, Portugal registou o nascimento de 82 787 nados vivos. Face ao ano de 2012, este número reflete uma descida de 7,9%, representando uma descida da taxa bruta de natalidade para 7,9 nados vivos por cada 1000 habitantes residentes em Portugal.

Por sua vez, o envelhecimento societal está associado ao envelhecimento demográfico, contudo a sociedade pode não envelhecer de acordo com o envelhecimento da população (Rosa, 2012). É importante analisarmos este o processo de envelhecimento tendo por base a *“Life course perspective”*, desenvolvida por Glen Elder (1998). Marshall (2009) refere que Elder ao longo da sua obra estabeleceu cinco princípios teóricos que estão na base da *“life course perspective”*: 1) o desenvolvimento humano e o envelhecimento são processos que ocorrem ao longo da vida; 2) o tempo histórico e o lugar: o curso de vida está inserido e é moldado por tempos históricos e lugares que as pessoas experienciam durante a sua vida; 3) timing dos acontecimentos: os antecedentes e consequentes das transições e acontecimentos de vida variam segundo o tempo de ocorrência na vida da pessoa; 4) vidas ligadas: as vidas são vividas

de forma independente e as influências socioculturais tonam-se expressas através das redes de relações; 5) agência humana: os indivíduos constroem o seu próprio curso de vida através das escolhas, das ações, das circunstâncias históricas e sociais.

Ao considerar o envelhecimento como um processo ao longo da vida, a gerontologia, e especialmente a gerontologia social, têm vindo a assumir um papel determinante no estudo de como os fatores sociais, económicos e culturais influenciam o envelhecimento em cada etapa da vida pois visam não apenas compreender, mas também intervir para melhorar a qualidade de vida e bem-estar das pessoas à medida que envelhecem.

De facto, o surgimento da gerontologia está associado ao aumento da esperança média de vida e ao aumento da população no final da II Guerra Mundial que conduziram à necessidade de obter mais conhecimento científico acerca do processo de envelhecimento e das suas consequências para as pessoas e sociedade. Assim, o termo “Gerontologia” foi utilizado pela primeira vez no ano de 1903 por Metchnikov (1845-1916) como a disciplina que se ocupa do estudo e do conhecimento dos mais velhos. Mais tarde, foi definida como uma área científica multidisciplinar que se dedica ao estudo do envelhecimento humano e das pessoas mais velhas. Diz respeito a uma visão do envelhecimento que agrega os contributos de várias áreas científicas, como a Biologia, a Psicologia e a Sociologia, tratando-se de um campo do saber recente que procura criar abordagens explicativas sobre o curso de vida. Trata-se de uma área que se compromete com o processo de envelhecer, as suas representações, determinantes, potencialidades e constrangimentos, assim como com as pessoas mais velhas (Paúl, 2012).

Birren e Bengston (1988) referem ainda que como a Gerontologia é uma ciência recente, é de esperar que esta seja rica em dados e pobre em teorias e que esta questão das teorias e dos modelos é relevante para o desenvolvimento da Gerontologia como ciência (Paúl & Ribeiro, 2012). Não existindo uma única teoria que permita, por si só, explicar e compreender o processo de envelhecimento, torna-se fundamental uma abordagem bio-psico-social para compreender o envelhecimento de forma integrada e tendo em consideração o contexto socio-histórico envolvente (Paúl & Ribeiro, 2012). Além disso, para Fernandez-Ballesteros (2000), a Gerontologia é uma ciência de carácter interventivo, com o objetivo de melhorar as condições de vida dos mais velhos, tanto em contextos públicos como privados.

Na mesma linha, também Neri (2001) refere que a gerontologia diz respeito a um campo multi e interdisciplinar que tem como objetivo explorar a descrição e a explicação das mudanças típicas do processo de envelhecimento e dos seus determinantes genético-biológicos, psicológicos e socioculturais e que abrange aspetos do envelhecimento normal e patológico. Em Phillips et al. (2010) é defendido que, cada vez mais, o foco da Gerontologia tem sido a abordagem de envelhecimento ao longo da vida em vez do estudo da velhice em si.

Por sua vez, a Gerontologia Social entende-se como uma especialização da Gerontologia que, para além de tratar do estudo das bases biológicas, psicológicas e sociais da velhice e do envelhecimento, se dedica especialmente ao estudo do impacto das condições socioculturais e ambientais no processo de envelhecimento e das consequências sociais que podem intervir para melhorar os processos de envelhecimento de cada um (Fernandez-Ballesteros, 2004). Na perspetiva de Neri (2001) a gerontologia social foca-se no estudo e conhecimento da velhice não como um final solitário, mas sim como a possibilidade de o ser humano viver mais e com melhor qualidade de vida. Assim sendo, a Gerontologia Social torna-se uma especificação da Gerontologia.

No que se refere à prática gerontológica, Fernandéz-Ballesteros (2004) defende que o gerontólogo deve ser capaz de demonstrar conhecimentos bio-psico-sociais acerca da velhice e do envelhecimento, colocando-os em prática quando forem necessários de forma a favorecer sempre as pessoas mais velhas. Por sua vez, mais recentemente a *Association for Gerontology in Higher Education* (AGHE, 2014) define o gerontólogo como o profissional que contribui para a melhoria da qualidade de vida e promoção do bem-estar à medida que as pessoas envelhecem, nos contextos familiares, da comunidade e sociedade, através da investigação, educação e aplicação de conhecimento interdisciplinar do processo de envelhecimento e das populações envelhecidas.

Neste sentido, Settersten e Godlewski (2016) assinalam que a idade está diretamente ligada à forma como os indivíduos de uma sociedade/cultura articulam o ciclo de vida, os nomes que dão às fases e a forma como definem o início e o fim dessas mesmas fases, estando conscientes do seu movimento e dos outros dentro e fora das fases, assim como identidades, relacionamentos e expectativas, dando lugar a uma construção social. Dito de outro modo, os autores defendem ser emergente das sociedades modernas a crescente diferenciação das fases da vida. Todavia, Settersten referia já em 1999 que as fases da vida estavam divididas em “infância”, “idade adulta” e “velhice”, sendo a infância dividida em “primeira infância”, “meia infância” e “juventude e adolescência”. Relativamente à idade adulta, Settersten e Godlewski (2016) dividiram-na posteriormente em “início da idade adulta”, “meia-idade” e “velhice”. A velhice também foi dividida em “jovem-velho” e “velho-velho” (Neugarten, 1974, 1979/1996) ou “terceira idade” e “quarta-idade” (Baltes, 1997; Laslett, 1986), sendo as pessoas da “quarta-idade” por vezes chamadas de “velhos mais-velhos” (Suzman & Riley, 1995).

De facto, desde que Neugarten, na década de 70, instituiu os termos “jovem-velho” e “velho-velho”, os investigadores passaram a focar-se na idade cronológica, estando os “jovens-velhos” entre os 65 e os 74 anos de idade e os “velhos-velhos” com 75 + anos. Com o surgimento de uma crescente longevidade, estes intervalos de idade foram-se reconfigurando com os

“velhos mais-velhos” com idades de 80 ou 85+ anos. Apesar destas nomenclaturas apoiadas na idade cronológica, Settersten e Godlewski (2016) defendem que a intenção de Neugarten foi a de separar os indivíduos relativamente à sua condição económica e de saúde, independentemente da idade, uma vez que existe uma grande heterogeneidade nestas faixas etárias. Nesta linha, Cain (2003) descreve a Gerontologia como um estudo científico do envelhecimento e dos processos que ocorrem ao longo da vida, tanto a nível biológico como psicológico e social. Destaca, ainda, a importância de não se tratar o envelhecimento só como um processo de perda ou declínio mas também como uma fase de novas experiências, novas oportunidades e formas de adaptação. Importa focar não só nos desafios da idade avançada, como o surgimento de doenças ou a perda de capacidades funcionais, mas também em aspetos positivos, como o crescimento emocional, sabedoria acumulada e a possibilidade de participação social ativa.

Também a velhice é, defendem Settersten e Godlewski (2016), propriedade cultural e histórica por estar compreendida entre limiares de elegibilidade para a segurança social ou programas governamentais. Assim, os autores afirmam que as mudanças da sociedade acabam por confundir os limites entre as fases da vida, pois as pessoas experimentam e acumulam mudanças ao longo da vida que podem ou não estar relacionadas com a idade cronológica.

Esta pode ser entendida como uma duração, no sentido em que estima o tempo até um evento acontecer, o tempo numa função ou o tempo entre experiências de vida. Settersten e Godlewski (2016) fazem uma observação sobre o tempo pessoal, em que pessoas da meia-idade começam a pensar menos sobre quantos anos se passaram desde o nascimento e mais sobre quantos anos restam até ao final da vida. Essa perspectiva impulsionou a investigação acerca da “perspetiva de futuro”, em que os objetivos, comportamentos e emoções de pessoas de qualquer idade são moldados consoante o tempo que estão a considerar que ainda lhes resta. Assim, de acordo com os autores, a idade cronológica é um índice de tempo absoluto e serve como um indicador da posição onde a pessoa está na sua vida. Neste sentido, potencia comparações internas e externas em termos de experiência, ou seja, os indivíduos utilizam a idade para avaliar o passado e o presente, bem como para prever o futuro. Utilizam-na ainda para fazer juízos de valor sobre si próprias comparativamente a outras pessoas da mesma idade, a pessoas mais novas ou a pessoas mais velhas.

A intervenção social do Estado face ao envelhecimento da população

Os dados dos Censos (2021) revelam um aumento expressivo da população idosa e um decréscimo da população jovem, na medida em que por cada 100 jovens portugueses existiam nesta altura 182 idosos. Portugal é, portanto, um dos países que apresenta um índice de envelhecimento mais elevado do mundo, sendo que projeções recentes identificam Portugal como o quarto país a envelhecer mais rapidamente. Face a esta realidade, o Governo tem vindo a reconhecer a necessidade de políticas públicas que atuam de modo preventivo, como por exemplo no âmbito da aprendizagem ao longo da vida ou no campo da saúde, bem como de medidas que impeçam práticas discriminatórias em função da idade e previnam casos de violência contra pessoas idosas, inclusive em âmbito familiar. É também fundamental a definição de uma política de longevidade que atenda à necessidade de melhoria das respostas sociais de apoio ao envelhecimento, mas também de novas respostas e estratégias que reforcem a participação cívica e social das pessoas à medida que envelhecem.

Aliás, em 2021, a Comissão Europeia aprovou em o «Livro Verde sobre o Envelhecimento» no sentido de promover a responsabilidade e a solidariedade entre gerações. O Livro Verde teve como objetivo lançar o debate sobre o envelhecimento, a fim de discutir as opções a considerar e de antecipar e responder aos desafios e oportunidades que este fenómeno implica, especialmente tendo em conta a Agenda 2030 das Nações Unidas para o Desenvolvimento Sustentável e a Década do Envelhecimento Saudável lançada pelas Nações Unidas. Neste sentido, a Comissão Europeia definiu ser fundamental:

- Promover estilos de vida saudáveis ao longo da vida;
- Proporcionar oportunidades de aprendizagem ao longo da vida;
- Aumentar a participação no mercado de trabalho (igualdade de género, migração legal, prolongamento da vida ativa e empreendedorismo sénior);
- Aumentar a produtividade, inovação e as oportunidades de negócio (promovendo investimento na investigação e desenvolvimento de bens incorpóreos em geral, «*silver economy*», inovação médica e científica na área do envelhecimento, incrementando o investimento nas áreas com menor densidade demográfica onde se vai notar mais a escassez de mão de obra);
- Criar oportunidades a partir dos desafios da entrada na reforma (manter a atividade, reduzir a pobreza, manter regimes de pensões adequados, equitativos e sustentáveis);
- Satisfazer as necessidades crescentes de uma população em envelhecimento (cuidados de saúde e cuidados de longa duração, mobilidade, conectividade e acessibilidade);

- Reduzir as diferenças territoriais no acesso a cuidados e serviços;
- Melhorar o bem-estar através da solidariedade intergeracional.

De facto, num contexto de envelhecimento populacional acelerado que se regista em Portugal nas últimas décadas, a intervenção social do Estado faz-se ainda, grosso modo, por via das prestações sociais e respostas sociais. De uma forma genérica, destacam-se como prestações de segurança social a pensão de velhice, a pensão social de velhice, o complemento por cônjuge a cargo, o complemento solidário para idosos e os benefícios adicionais de saúde, e como Respostas sociais, o Centro de convívio, o Centro de dia, o Centro de noite e as Estruturas residenciais para pessoas idosas (Segurança Social, 2024).

Para além destas medidas, a Resolução do Conselho de Ministros n.º 14/2024 aprovou recentemente o Plano de Ação do Envelhecimento Ativo e Saudável 2023-2026. Este Plano tem o propósito de garantir melhores condições para todos, visando maximizar a longevidade e qualidade de vida, sem deixar ninguém para trás e com foco nas pessoas. Pretende, por isso, a manutenção e a recuperação da autonomia e otimização da qualidade de vida, maximizando, em simultâneo, as oportunidades económicas e sociais criadas por uma sociedade em evolução. Foram, assim, definidos 6 pilares essenciais de atuação: (I) Saúde e bem-estar; (II) Autonomia e vida independente; (III) Desenvolvimento e aprendizagem ao longo da vida; (IV) Vida laboral saudável ao longo do ciclo de vida; (V) Rendimentos e economia do envelhecimento; e (VI) Participação na sociedade.

Além disso, em 2024, o Conselho de Ministros aprovou um pacote de medidas que visam sobretudo: (1) a criação do Estatuto da Pessoa Idosa que tem como finalidade garantir um envelhecimento ativo e valorizado, assegurando maior dignidade e inclusão para os mais velhos; (2) a atualização das pensões no ano imediatamente seguinte ao da sua atribuição; e (3) a revisão do Estatuto do Cuidador. Foi também previsto um apoio extraordinário ao setor social que se consubstancia no aumento em 3,5% da comparticipação financeira mensal do Estado para as respostas sociais.

Estas medidas têm como “finalidade promover e garantir o bem-estar social, através da consagração de direitos sociais e das condições necessárias à sua realização na sociedade”, constituindo-se assim como políticas sociais (Pereirinha, 2008, p.19). Estas, sendo políticas públicas, fazem parte do conceito de intervenção social, de nível macro, devido ao seu papel importante na decisão e orientação (Carmo, 2011). Desta forma, considera-se que as políticas sociais se destinam à identificação de problemas sociais na estrutura da sociedade de forma a solucioná-los. Naquilo que se refere à promoção do bem-estar social coletivo, estas políticas apresentam objetivos importantes, entre os quais: 1) a redistribuição de recursos; 2) a gestão de

riscos sociais e 3) a promoção da inclusão social. Segundo António (2013), este sistema de políticas públicas apresenta como instrumentos de intervenção: 1) regulação; 2) previsão de bens e serviços e 3) provisão de benefícios monetários.

Com efeito, a forma como os problemas sociais têm vindo a ser encarados pela sociedade, assim como a criação e implementação dos sistemas para lhes dar respostas têm evoluído substancialmente ao longo dos anos, na medida em que estas políticas se têm debatido com a necessidade de encontrar soluções para o notório aumento da esperança média de vida e consequente aumento da população idosa. Segundo Carmo (2011), o envelhecimento populacional e a complexidade dos problemas a ele associados, fazem parte dos problemas sociais de natureza de desorganização social, uma vez que resulta de deficiências de um sistema social, traduzidas na falta de recursos para responder às necessidades sociais.

Também Fernandes (1997) referia que durante muito tempo a velhice não foi tema de discussão, muitas vezes sendo “invisível”. De acordo com a autora, o fenómeno de envelhecimento é associado a um problema social e à evolução das relações entre gerações, bem como a produção e institucionalização de medidas especificamente orientadas para o apoio à velhice, o qual passou a ser designado por “políticas de velhice”.

Assim, concluímos que o envelhecimento não constitui um problema ou um risco, mas sim um bem ou uma oportunidade, uma vez que se traduz no resultado da melhoria das condições de vida, que, em parte, se associam ao sucesso de políticas de saúde e redistribuição de rendimentos. A tónica coloca-se tão somente na necessidade de encontrar mecanismos que garantam a solidariedade intergeracional, que respondam às necessidades emergentes ao envelhecimento (Capucha, 2012) e que garantam bem-estar e qualidade de vida à medida que se envelhece.

Qualidade de vida e clima social

Quando se fala da perceção individual da posição que cada indivíduo ocupa na vida, a definição de qualidade de vida da Organização Mundial de Saúde rapidamente se destaca. Em 1997, o *World Health Organization's Quality of Life Group* (WHOQOL Group) definiu qualidade de vida como “a perceção do indivíduo sobre a sua posição na vida, dentro do contexto dos sistemas de cultura e valores nos quais está inserido e em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações” (WHOQOL Group, 1997, p.28).

O WHOQOL Group surgiu em 1994 e tinha como objetivo elaborar um instrumento de avaliação da qualidade de vida que permitisse atender simultaneamente à subjetividade (a

definição devia depender do ponto de vista de cada indivíduo), multidimensionalidade (a definição devia abranger diversos aspetos e dimensões) e presença de dimensões positivas e negativas do conceito de qualidade de vida. Do trabalho deste grupo resultou a WHOQOL-100 e, a partir desta, a WHOQOL-Bref, um instrumento para avaliar a qualidade de vida que permite analisar a percepção dos indivíduos sobre a sua própria posição na vida, no contexto da cultura e mesmo dos sistemas de valores em que vivem e em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e eventuais preocupações. Este instrumento é constituído por quatro domínios: 1) domínio físico, que analisa as sensações físicas desagradáveis vivenciadas por um indivíduo e até que ponto interferem na vida diária; 2) domínio psicológico, que explora a vivência dos indivíduos em relação aos sentimentos positivos e negativos; 3) domínio das relações, que avalia o amor e apoio que os indivíduos desejam num relacionamento íntimo, tanto quando se fala em amizade ou amor, incluindo a capacidade de amar e ser amado e ter intimidade com outros indivíduos, tanto a nível emocional como físico e 4) domínio ambiente, que explora a percepção de cada indivíduo naquilo que se refere aos seus recursos financeiros e de que forma corresponde às suas necessidades para ter um estilo de vida saudável (WHOQOL Group, 1994).

Também Felce e Perry (1993) apresentam uma definição de qualidade de vida semelhante à apresentada pela OMS, afirmando que a qualidade de vida pode ser entendida como o resultado de um conjunto de aspetos, tanto materiais como psicológicos, que incluem percepções relativamente ao bem-estar físico, material, social e emocional. Para além disso, também inclui indicadores de crescimento pessoal e o envolvimento em atividades.

Com efeito, a qualidade de vida em adultos mais velhos tem sido uma preocupação, uma vez que depende da visão da própria pessoa, é subjetiva e multidimensional. Neri (2007), defende que é necessária uma certa preocupação social com a promoção da qualidade de vida, uma vez que a interação na sociedade é muito importante e ocorrem várias mudanças na velhice, pelo que a sociedade deve estar preparada para essas mudanças.

Botelho (2005) defende que durante a velhice a funcionalidade é muito importante pois ter uma boa funcionalidade significa que o indivíduo continua a ser independente. Assim sendo, se cada indivíduo à medida que envelhece conseguir retardar as perdas relacionadas com as capacidades funcionais, isto conduzirá a uma melhor qualidade de vida durante a velhice. Por sua vez, Fonseca (2005) afirma que os fatores mais relevantes associados à qualidade de vida são as boas relações com familiares e amigos, ter papéis sociais, manter a saúde e funcionalidade, residir numa zona agradável e manter a independência.

A qualidade de vida apresenta-se, segundo Canavarro (2010), em dois grandes domínios: (1) domínio funcional que envolve as variáveis físicas, cognitivas, atividades de vida diária e de autoavaliação do estado de saúde; e (2) domínio do bem-estar, com variáveis relacionadas com

o bem-estar corporal, emocional, autoconceito e percepção global de bem-estar. De facto, quando abordamos a qualidade de vida, é importante saber que se trata de um conceito amplo que engloba de forma bastante complexa a saúde física, o bem-estar psicológico, o nível de dependência, as relações sociais, as crenças e a relação com as pessoas e ambientes (Soares, 2015). Com efeito, a preocupação com a qualidade de vida tem vindo a ganhar importância sobretudo à medida que aumenta o número de pessoas idosas. Procurar soluções que permitam envelhecer bem, com boa qualidade de vida, é uma tarefa associada a diversas disciplinas no âmbito das ciências sociais, da psicologia e das ciências biológicas, que, notoriamente, excede a responsabilidade pessoal e, tende a ser vista como um empreendedorismo sociocultural (Ribeiro, 2009).

Jacob (2007), sugere uma definição para o conceito de qualidade de vida para pessoas idosas, referindo-se às suas cinco categorias gerais, funcionando estas como uma referência para os idosos e para os seus cuidadores. A primeira categoria refere-se ao bem-estar físico, sendo que os elementos que o definem são: a comodidade em termos materiais, saúde, higiene e segurança; as relações interpessoais que incluem as relações com os familiares, amigos e a participação na própria comunidade; a desenvolvimento pessoal que identifica as oportunidades de desenvolvimento intelectual; as atividades recreativas, que se subdividem em três partes, nomeadamente: socialização, entretenimento passivo e ativo; por fim, as atividades espirituais e transcendentais que constituem a atividade simbólica, religiosa e o autoconhecimento.

Relativamente à forma de avaliar a qualidade de vida, Keyes (2012) refere que existe a forma externa e objetiva e a forma interna e subjetiva. Na forma objetiva, as pessoas medem a sua vida tendo em conta a riqueza, a sua formação académica, profissão, saúde e longevidade. Já na forma subjetiva, os indivíduos medem a sua vida tendo em conta os acontecimentos de vida que viveram no passado.

Assim, avaliar a qualidade de vida na velhice implica focar em diversos critérios biológicos, psicológicos e socioculturais. Envelhecer bem é sinónimo de estar satisfeito com a vida atual e ter expectativas positivas relativamente ao futuro. Assim sendo, os determinantes ou indicadores de bem-estar na velhice são: (1) satisfação, aspeto interno e subjetivo que trata de um conceito multidimensional que envolve a saúde biológica; (2) interação com a família e com outros e a avaliação que o indivíduo faz da sua situação de vida atual; (3) atividade, quanto mais ativo o indivíduo for, maior a sua satisfação com a vida, sendo que a qualidade dos eventos de vida que estruturam a própria vida é mais valorizada do que a quantidade; (4) controle, quanto menor o sentido de controle, maior a probabilidade de desenvolver depressão, preocupação e desamparo; (5) mecanismos de autorregulação são responsáveis pela mobilização de comportamentos auto-orientados pela auto-observação, julgamento e

autorrelação; (5) processo adaptativo, capacidade de lidar com acontecimentos de vida não-normativos (Neri, 1993).

De facto, a qualidade de vida que as pessoas terão quando envelhecerem não depende apenas dos riscos e oportunidades que experienciaram ao longo da vida, mas também da forma como as gerações posteriores oferecerão ajudas e apoios, quando necessários (Fraiman, 2004). Também Mendes (2020) refere que, por um lado, são muito importantes as leis e os programas de intervenção que promovem o bem-estar e, por outro lado, que a preparação individual para um bom envelhecimento é nuclear. Ou seja, é importante educar para a longevidade e incentivar a uma preparação precoce para um envelhecimento saudável.

A qualidade de vida está profundamente ligada ao clima social em que vivemos, pois este influencia diretamente o bem-estar físico, emocional e mental das pessoas. Do ponto de vista da definição de clima social, há sobretudo três propostas que se destacam na literatura. A primeira definição é a de Moos (1974) que define clima social como o conjunto de relações interpessoais, normas, valores e práticas que caracterizam um ambiente social, tais como uma organização ou uma comunidade. O autor sugere que o clima social reflete a interação entre os indivíduos e o contexto no qual estão inseridos, influenciando o seu comportamento e atitudes. Posteriormente, Anderson (1982) define o clima social como o "ambiente emocional" criado pelas interações e relações dentro de um grupo ou instituição, pelo que resulta de um conjunto de normas, valores e expectativas que regulam o comportamento dentro de um sistema social. Por fim, Rohner (1986) descreve o clima social como um padrão duradouro de perceções, atitudes e comportamentos que emerge da interação entre os membros de uma determinada comunidade e reflete a forma como as pessoas se sentem em relação ao ambiente social e em relação umas às outras. Deste modo, dependendo da forma como o indivíduo percebe a aceitação-rejeição, pode vir a desenvolver problemas comportamentais, sociais ou emocionais, que poderão influenciar os seus pensamentos e atitudes (Rohner, 1986)

Investigação sobre Qualidade de Vida e Clima Social

Ainda que a investigação sobre qualidade de vida e clima social seja escassa, é possível compreender que a qualidade das interações sociais é um dos fatores que mais influencia a qualidade de vida de uma pessoa (Fonseca, 2006). Relações significativas tendem a melhorar a qualidade de vida e a reduzir sentimentos de solidão, sendo uma mais-valia, tanto para o bem-estar psicológico como para o emocional.

Almeida e Rodrigues (2008), defendem que o ambiente de uma instituição é importante para a promoção da qualidade de vida dos residentes, pois deve corresponder a diversas exigências e necessidades que esta população apresenta. Dessa forma, percebemos que um ambiente institucional positivo, ou seja, marcado sobretudo por aspetos como apoio, empatia e interações respeitosas e significativas, contribui positivamente para a qualidade de vida. Além disso, o clima social de uma instituição deve proporcionar diversas experiências de forma que a pessoa idosa se mantenha ativa em todos os pontos da vida. Um clima acolhedor pode reduzir sentimentos de solidão e isolamento, referindo que estes são por vezes frequentes entre as pessoas mais velhas. Além disso, a interação social é importante na medida em que ajuda a regular a saúde mental, proporcionando sentimentos de conexão e pertença.

Um clima social caracterizado por um suporte emocional e prático associa-se a resultados positivos no que se refere à saúde mental e física, revelando que idosos que manifestem este suporte apresentam uma qualidade de vida mais positiva (Uchino, 2006). Este autor reforça a ideia de que um clima social positivo e um suporte social adequado são muito importantes para a qualidade de vida dos idosos. Trata-se de um artigo que nos mostra que o suporte social está relacionado com uma menor incidência de doenças, sobretudo doenças cardíacas ou hipertensão, que são comuns na população idosa. Desta forma, percebemos que um clima social favorável pode não influenciar tanto o bem-estar no imediato, mas tem uma influência positiva na longevidade e na saúde física a longo prazo.

Conforme as pessoas vão envelhecendo, vão-se tornando cada vez mais sensíveis ao meio ambiente, sobretudo devido à diminuição da própria capacidade de adaptação (Rosa et al., 2005). Assim, compreendemos que o clima social nas instituições é muito importante para a qualidade de vida dos idosos, na medida em que um ambiente positivo, caracterizado por interações de qualidade, apoio emocional e atividades significativas, contribuem diretamente para uma perceção da qualidade de vida superior entre residentes. Quando o clima social promove a autonomia e a participação, os idosos institucionalizados tendem a relatar uma maior satisfação e, conseqüente, melhor qualidade de vida. De facto, a adoção de intervenções que promovam ambientes de apoio e opções saudáveis são importantes em todas as fases e podem influenciar o processo de envelhecimento (Ministério da saúde, 2006). Por exemplo, o ambiente numa instituição pode aumentar o risco de quedas na população idosa, muitas vezes devido à presença de escadas, ausência de corrimões, iluminação inadequada, ou outros obstáculos, o que está associado à perceção de bem-estar e, simultaneamente, à perceção da qualidade de vida dos idosos institucionalizados (Ministério da saúde, 2006).

Importa ainda fazer referência à importância das características do ambiente, uma vez que influenciam os residentes, podendo proporcionar sentimentos de stress ou pressão, quando

não existe um clima social positivo, isto é, onde não exista a sensação de segurança e conforto. Carp (1987, como citado em Paúl, 2005a), sugere que as próprias características do ambiente institucional pode prever a forma como os idosos institucionalizados irão envelhecer, isto é, numa instituição marcada pela autonomia, percepção de bem-estar e satisfação elevados, poder na tomada de decisão, entre outros fatores, conduzirá a uma qualidade de vida superior.

Cândido et al. (2023) realizaram um estudo onde investigaram a relação entre as características percebidas do local onde os idosos residiam e a presença de sintomas depressivos nos mesmos. Os resultados apontaram para ambientes percebidos como melhores, estão associados a menores chances de idosos com sintomas depressivos. Desta forma, torna-se importante intervir nos ambientes de forma a adotar políticas públicas e atividades que promovam o bem-estar da população idosa, uma vez que o bem-estar se encontra relacionado com a percepção da qualidade de vida.

Por fim, Lopes (2023) afirma que a qualidade de vida pode ser associada não só a fatores físicos, como também a fatores psicológicos, sociais e ambientais, podendo ser influenciada pela saúde, relações sociais, suporte social (tanto dos familiares, amigos como cuidadores) e pelo ambiente no qual a pessoa está inserida. Todavia, na população idosa ainda é um assunto mais importante uma vez que está diretamente associada ao bem-estar da pessoa. Por sua vez, Neri (2007) destaca que a qualidade de vida dos idosos institucionalizados pode ser influenciada por fatores como a adaptação do residente à instituição, a sensação de controle da sua própria vida e a manutenção de relação interpessoais de qualidade, sendo que em conjunto, estes fatores promovem percepção de qualidade de vida positiva.

A importância do Ambiente para a qualidade de vida

A recentemente declarada Década do Envelhecimento Saudável (2021-2023) tem como objetivo melhorar a vida da população idosa, assim como a das suas famílias e comunidades em que estão inseridos (OMS, 2023). Para a OMS, envelhecimento saudável é sinónimo de viver em ambientes seguros que, de certa forma, promovam a capacidade funcional das pessoas mais velhas. Pode também ser entendido como a construção de sistemas sociais e de saúde que satisfaçam as necessidades das pessoas idosas e, ao fazê-lo, potenciem um futuro onde as pessoas terão a possibilidade de ser e fazer aquilo que desejam, sem preconceitos e com mais atitudes positivas relativamente ao envelhecimento. Só desta forma será possível proporcionar um envelhecimento saudável à população (Fonseca, 2021).

O conceito de envelhecimento é frequentemente associado a um estado positivo, livre de doença, que diferencia pessoas saudáveis de não saudáveis. Contudo, essa diferenciação torna-se problemática na medida em que diversos idosos têm doenças que são controladas e que não influenciam as suas capacidades ou habilidades (OMS, 2015). Desta forma, a OMS considera que o Envelhecimento Saudável é um conceito amplo, que se baseia no curso de vida e nas perspetivas funcionais, definindo-o como “processo de promoção e manutenção da capacidade funcional que possibilita o bem-estar na velhice” (OMS, 2015, p. 30).

A mesma fonte aborda o ambiente como “todos os fatores do mundo exterior que formam o contexto de vida de uma pessoa (...). No meio ambiente, há uma série de fatores que incluem o meio ambiente construído, as pessoas e as suas relações, atitudes e valores, políticas sociais e de saúde, os sistemas que as apoiam e os serviços que prestam.” (OMS, 2015, p. 30-31).

Assim, o envelhecimento saudável começa no nascimento com a herança genética, sendo que a manifestação desses genes pode ser alterada durante a fase intrauterina e por exposições ambientais e hábitos subsequentes. Contudo, nasce-se num ambiente social. As características pessoais compreendem aquelas que são fixas, como o género e a etnia e outras que têm possibilidade de alteração ou refletem normas sociais, como a profissão, o nível de educação ou a riqueza. Conforme se vai envelhecendo, sofrem-se acumulações progressivas de danos moleculares e celulares que provocam uma diminuição nas reservas fisiológicas. As alterações fisiológicas são inevitáveis, apesar do grau dessas alterações variar de pessoa para pessoa, ainda que da mesma idade. Além dessas alterações, a exposição às influências ambientais positivas e negativas ao longo da vida pode interferir no desenvolvimento de outras características de saúde, como fatores de risco a nível fisiológico, doenças, lesões mais amplas ou síndromes. A relação entre as características de saúde determina a capacidade intrínseca da pessoa, isto é, a combinação de todas as capacidades físicas e mentais que possui (OMS, 2015).

O facto de as pessoas mais velhas conseguirem executar as coisas que gostam depende dessas capacidades, mas também das interações com o meio ambiente onde vivem e o momento da vida. Ou seja, um adulto mais velho com limitação ao nível da capacidade física pode manter a sua mobilidade utilizando um dispositivo auxiliar e vivendo perto de um meio de transporte público com acesso a pessoas com deficiência, contudo, para uma pessoa mais velha com as mesmas limitações e a morar num ambiente com condições menos favoráveis, pode ser mais difícil. Assim sendo, a combinação final entre a pessoa e o meio ambiente e a interação entre eles é conhecida como a capacidade funcional do indivíduo.

Diferentes contextos podem, de facto, impactar o bem-estar da população idosa. Wahl et al. (2012) defendem que o contexto físico é muito importante para a promoção de um

envelhecimento saudável, podendo facilitar ou dificultar a mobilidade e independência, bem como a segurança dos idosos, ou seja, ambientes acessíveis melhoram a qualidade de vida. Além disso, o contacto com a natureza tem estado relacionado com a diminuição da sensação de stress e com a melhoria da qualidade de vida, principalmente em contextos de muita população (Kaplan & Kaplan, 1989). A sensação de controle e conforto no ambiente onde residem proporciona aos idosos melhor percepção de qualidade de vida, resultando também em melhores níveis de bem-estar – o que se revela importante para um envelhecimento saudável (Oswald et al., 2007).

De facto, a importância do ambiente para a qualidade de vida é notória. Bennett e Murphy (1999) identificaram inclusivamente a necessidade de uma abordagem de promoção da saúde que reconheça o papel do ambiente. A investigação sobre esta temática conduziu, em certa medida, ao surgimento e crescimento da Gerontologia Ambiental.

A Gerontologia Ambiental surgiu em 1959, aquando da publicação do *Handbook of aging and the individual* e centra-se na descrição, explicação e modificação das relações entre os idosos e os seus contextos sociais e espaciais (Tomasini, 2005). Este autor faz algumas considerações importantes sobre esta matéria, nomeadamente:

- Hipótese da criação de casas para as pessoas mais velhas, atendendo sempre a aspetos como a composição da habitação, tempo de residência, satisfação residencial, entre outros;
- Aspetos relacionados com alterações nas ERPI e o impacto que podem vir a ter na vida destas pessoas, intervenções em ERPI e intervenções no design das unidades, de forma a adaptá-las a pessoas com demências ou outras características diferenciadas;
- A importância da rede de vizinhança, considerando-a como um fator facilitador ou inibidor para a qualidade de vida e bem-estar das pessoas mais velhas.

Nesta linha, o Modelo da Ecologia Social de Moos surgiu na década de 70, sustentado numa perspetiva da ação e psicologia social e tendo subjacente a ecologia social e a teoria ambiente-comportamento (Paúl, 2005). De uma forma sumária, este modelo propõe que o comportamento humano e o bem-estar são fortemente moldados pelo ambiente social e físico, numa relação de influência mútua. Alerta para o facto de que as características do ambiente (seja físico, como os espaços ou recursos, ou social, através do apoio ou normas sociais) influenciam as pessoas, sendo que em função da pressão e exigência ambientais pode ser gerado stress ou comportamentos adaptativos. Neste sentido, compreender estas pressões é essencial para saber de que forma o ambiente contribui (ou não) para o bem-estar das pessoas. O autor assinala ainda que as pessoas são influenciadas pelo ambiente, mas também têm a capacidade de o alterar. Desde modo, a percepção individual do ambiente (que depende das experiências e personalidade do indivíduo) é fundamental para o modo como cada pessoa lida com os aspetos

do ambiente social e físico e como estes afetam a sua saúde mental, satisfação e comportamentos adaptativos (Paúl, 2005).

No mesmo sentido, Carp (1987, como citado em Paúl, 2005a) defende que as características pessoais e ambientais permitem, de alguma forma, prever o processo de envelhecimento. As ERPI diferenciam-se pelos seus aspetos físicos e arquitetónicos, assim como pelo local onde se situam, espaço exterior ou condições ambientais do interior, pelos aspetos sociais e de políticas associadas à organização. Em articulação com as características dos residentes e colaboradores é identificada uma relação com os níveis de satisfação e bem-estar expressos por cada indivíduo. A perceção de bem-estar e satisfação, que, no final, se traduzirão em melhores ou piores valores de qualidade de vida, dependem tanto das características da população residente como das dimensões relacionadas com as características do ambiente (Fernandez-Ballesteros & Rodríguez, 2004).

Moos e Lemke (1984) desenvolveram os seus estudos recorrendo a 244 instituições para pessoas idosas, sendo elas: *nursing homes* (ERPI); *residential care* (residências para idosos) e *apartments* (apartamentos para pessoas idosas). A partir da investigação realizada propõem um modelo composto por cinco dimensões, nomeadamente:

- Sistema ambiental: inclui características físicas e arquitetónicas, a política e o funcionamento, as características agregadas dos residentes e do pessoal e as suas relações interpessoais;
- Sistema pessoal: inclui características individuais estáveis, como os dados sociodemográficos, estado de saúde, capacidades funcionais e autoestima;
- Avaliação cognitiva e esforços de adaptação: são fatores mediadores das características individuais entras as interações pessoa-condições ambientais e o comportamento (cognitivo, afetivo e motor no contexto);
- Estabilidade e mudança dos residentes: refere-se a características individuais como a satisfação, o bem-estar, a saúde, o nível de atividade, entre outros. Este último ponto considera as variáveis dependentes do ambiente e as pré-condições estáveis do indivíduo (sistema pessoal) que medeiam a avaliação cognitiva do indivíduo e os seus esforços de adaptação.

No que diz respeito ao Sistema Ambiental, Moos e Lemke fizeram alguns progressos na operacionalização do ambiente através do desenvolvimento do *Multiphasic Rnvironmental Assesement Procedure* (MEAP; Moos & Lemke, 1984, como citado em Paúl, 1995). Sendo um conjunto de instrumentos de medida construídos com o objetivo de ter em consideração as características ambientais dos contextos residenciais para idosos de uma forma integrada e

exaustiva, este instrumento permite avaliar diversas dimensões, estabelecer padrões e conhecer os perfis de diversas ERPI (Paúl, 2005). O MEAP está dividido em quatro domínios: características físicas e arquitetónicas (9 dimensões); características das políticas e programas (10 dimensões), condições suprapessoais (9 dimensões) e características do clima social (7 dimensões). O Manual MEAP as normas para vários tipos de contextos residenciais para idosos (Fernández-Ballesteros, 1997). De forma simplificada, pode afirmar-se que os ambientes sociais e físicos influenciam o comportamento individual, isto é, os aspetos físicos e arquitetónicos, as características organizacionais, as características dos residentes e do pessoal, sendo que as características de clima social se articulam com os níveis de bem-estar e satisfação expressos pelos residentes idosos (Moos & Lemke, 1984).

Ainda no contexto dos modelos de ecologia ambiental, o Modelo da Congruência também se pode revelar significativa quando falamos na temática do Clima Social em instituições. Alguns autores têm-se debruçado sobre a hipótese de que os indivíduos que apresentam características de personalidade correspondentes ou congruentes com traços sociais e físicos do contexto se adaptam muito melhor a um determinado meio (Fernández-Ballesteros, 2000). Com base em algumas suposições relativamente ao comportamento e ao envelhecimento, é colocada a hipótese de que um ajuste estreito entre as características ambientais e as preferências e necessidades individuais deve contribuir para uma sensação de bem-estar (Kahana, 1982). Kahana (1982) salienta a importância do modelo quando tanto o indivíduo como o ambiente têm limitações, apontando três fatores que interferem nestas limitações: 1) restrição do ambiente e caracterização ambientais; 2) grau limitado de liberdade individual e 3) perceção interna de graus limitados de liberdade.

Viver em ERPI: a relação entre o ambiente e a qualidade de vida percebida

Em Portugal, as ERPI são definidas como “o estabelecimento para alojamento coletivo, de utilização temporária ou permanente, em que sejam desenvolvidas atividades de apoio social e prestação de cuidados adequados e ajustados às necessidades das pessoas idosas e suas famílias.” (Portaria n.º 349/2023, de 13 de novembro). Do ponto de vista dos seus objetivos, são estabelecidos os seguintes: a) Proporcionar cuidados permanentes e adequados à condição biopsicossocial das pessoas idosas; b) Contribuir para a estimulação de um processo de envelhecimento ativo e saudável promovendo o autocuidado e a prestação de cuidados personalizados e humanizados; c) Criar condições que permitam preservar e incentivar a relação

intrafamiliar e com pessoas de referência, bem como promover novas relações interpessoais visando combater o isolamento; d) Potenciar a inclusão social; e) Potenciar um ambiente seguro, confortável, acessível e humanizado; f) Promover estratégias de desenvolvimento da vivência em comum, numa lógica comunitária, com o respeito pela individualidade, interesses e capacidade, bem como pela privacidade de cada pessoa e/ou família; g) Promover e enquadrar o envolvimento da comunidade no dia-a-dia da ERPI, numa lógica complementar ao plano de atividades da ERPI; h) Fomentar as relações sociais, a convivência, a entreajuda e o espírito de comunidade; i) Proporcionar acolhimento transitório e temporário, no âmbito do regime do descanso do cuidador informal e das altas hospitalares.

De acordo com o relatório da Carta Social (2021), 86,3% dos residentes destas respostas sociais têm 75 ou mais anos, o que representa a procura destes serviços em fases cada vez mais tardias da vida. Cerca de 9% das pessoas residem em ERPI há mais de 10 anos.

De acordo com a investigação realizada por Almeida et al. (2020), as características sociodemográficas dos idosos que residem em ERPI correspondem maioritariamente a indivíduos do sexo feminino, viúvos, com escolaridade baixa e com idade superior a 80 anos. Segundo Borges et al. (2015), a maioria das pessoas idosas institucionalizadas encontram-se separadas/divorciadas ou viúvas, o que pode ser visto como um determinante para o processo de institucionalização.

Após analisar doze estudos realizados nos Estados Unidos da América, concluiu-se que os principais fatores associados à institucionalização seriam: idade, diagnóstico, limitações associadas à vida diária, viver sozinho, estado civil, situação mental e ausência de suporte social (Born & Boechat, 2006). Levenson (2001), após realizar uma revisão da literatura sobre o tema, referiu que viver só, a perda de apoios sociais, limitações na realização das atividades da vida diária, pobreza e limitações associadas à saúde estavam relacionados com o risco de institucionalização.

Paúl e Ribeiro (2011) abordam os principais fatores que podem conduzir ao processo de institucionalização em Portugal, nomeadamente: 1) problemas de saúde (doenças crónicas, demências ou incapacidades físicas; 2) falta de suporte familiar e social (por vezes provenientes de certa pressão económica, falta de tempo ou de uma estrutura familiar adequada); 3) sobrecarga dos cuidadores informais (exaustão física e emocional por parte dos cuidadores) e 4) fatores socioeconómicos (as condições financeiras das famílias podem influenciar bastante a decisão de institucionalização, não só pela falta de recursos para possuírem um cuidador no domicílio como a impossibilidade financeira para adaptar a casa às características dos idosos).

Um fator social que está associado às questões da institucionalização são as alterações em termos da estrutura familiar. A redução da rede familiar de apoio e as alterações nas relações

entre familiares estão também associadas à institucionalização (Almeida, 2008). Estas alterações podem estar relacionadas com o facto de serem famílias pouco numerosas ou aspetos como a integração da mulher no mercado de trabalho que vieram contribuir para que algumas famílias transfiram a responsabilidade de cuidar das pessoas mais velhas para o estado ou instituições de apoio (Almeida, 2008).

No que se refere ao fator idade, Lini et al. (2016) concluem que a idade avançada não está associada ao processo de institucionalização, mas sim a limitações associadas ao processo de envelhecimento. Algumas fragilidades associadas ao avançar da idade acabam por motivar a procura de instituições, nomeadamente o declínio físico ou mental ou as dependências. Além disso, também problemas de saúde ou falta de recursos económicos para a manutenção da casa própria poderão ser causas para a procura de uma instituição, conforme assinala Paúl (2005).

Também a ausência dos filhos se demonstrou uma motivação para a procura de instituições, pois quando os idosos se deparam com dificuldades na realização das atividades da vida diária, acabam por enfrentar algumas dificuldades em receber cuidado no domicílio devido a mudanças no perfil das famílias (Lini et al., 2016). Isto ocorre também na ausência do cônjuge, pois, por norma, são os principais cuidadores informais.

Num estudo realizado por Salminen et al. (2016) com o objetivo de avaliar alguns fatores preditores relacionados com o processo de institucionalização percebeu-se que os problemas de saúde são os principais fatores que conduzem à institucionalização uma vez que aumentam a dependência da população idosa, podendo levar à necessidade de cuidados formais. Os autores também referem que fatores como a ausência ou diminuição do suporte social e familiar, assim como o isolamento social são fatores preditores da institucionalização.

Outro preditor muito importante é o comprometimento cognitivo, como a demência. A população idosa que sofre com este declínio cognitivo apresenta uma maior probabilidade de ser institucionalizada, devido à perda de memória e de muitas outras funções a nível cognitivo (Mahler et al., 2014).

Em Portugal, Pereira (2016) constatou que a maioria dos idosos residentes em ERPI apresenta um rendimento inferior à mensalidade da instituição, precisando de recorrer a poupanças ou apoios familiares. Em 2023, a taxa de inflação subiu para 5,8% em todo o país. Nos dias de hoje é muito importante sabermos quais os serviços mais adequados ao estado físico e psicológico da população idosa, valorizando as preferências dos mesmos. No geral. A mensalidade fixa das ERPI inclui fatores como: alojamento, alimentação, apoio nas atividades diárias, cuidados na higiene pessoal, tratamento de roupa, segurança 24h, serviços médicos, animação e ocupação dos tempos livres. Por vezes pode incluir fisioterapia de grupo. Em janeiro de 2023, a mensalidade média nacional em ERPI era de 1332€, comparativamente ao ano de

2022 registou-se um aumento de 4%. O valor mínimo rondava os 400€ e o máximo os 2500€ (Lares online, 2024).

Para Paúl (2005), as causas que conduzem à institucionalização poderão ser problemas de saúde que, de certa forma, limitam o funcionamento dos idosos, assim como a falta de recursos económicos. As causas podem ser inúmeras, sendo muitas vezes o culminar de várias causas e não apenas uma ou duas que levam à procura deste tipo de apoio.

No entanto, para que estas instituições possam fornecer cuidados de qualidade, é importante estabelecer parcerias com entidades da comunidade, com profissionais e com a própria pessoa idosa, permitindo implementar e alargar alternativas de convivência social e familiar, bem como estabelecer novas formas de cuidado e de acolhimento que permitam a vivência desta fase da vida com bem-estar e qualidade de vida. Macedo (2014) defende que o nível de adaptação à ERPI está relacionado com um envolvimento e uma participação ativa na tomada de decisão, de forma que as pessoas revelem sentimentos positivos. Santos (2010), por sua vez, refere que para que ocorra uma integração positiva da pessoa idosa é muito importante que se tenha em conta as suas relações pessoais, pois é um fator muito importante.

De acordo com a Estratégia Nacional para o Envelhecimento Ativo e Saudável 2017-2025 (ENEAS, 2017) a prioridade destas respostas sociais fixa-se em implementar a ideia de envelhecimento ativo e saudável como fator que promove a capacidade funcional da pessoa idosa, permanecendo autónoma e capaz.

Além disso, a literatura sugere que existe uma associação entre a qualidade de vida e o contexto ambiental ou ambiente físico. No estudo realizado por Silva (2015), é o domínio do meio ambiente da WHOQOL que apresenta melhores indicadores de qualidade de vida na medida em que os inquiridos revelam melhores resultados quanto melhor consideram o seu ambiente físico. De acordo com a OMS (2002), à medida que as pessoas vão envelhecendo, a qualidade de vida é influenciada pela capacidade de manter a autonomia e a independência, sendo que as características do contexto onde o indivíduo está inserido desempenham um papel muito importante.

A este propósito, Fernández-Ballesteros (2000) analisou a importância dos fatores socioambientais na saúde e satisfação com a vida de 1013 pessoas com 65 ou mais anos (507 residentes na comunidade e 504 institucionalizados), tendo verificado a influência da educação e do rendimento na saúde. Esta hipótese foi também testada por Rowe e Kahn (1997) que salientaram que, nos EUA, o melhor preditor de saúde é o rendimento. Os indivíduos com níveis de rendimento mais elevados apresentavam um estado mental claramente melhor e este é um efeito muito conhecido do estatuto socioeconómico no declínio intelectual ou no comprometimento do funcionamento cognitivo.

Na mesma linha, Paúl (2005) refere que com as alterações do ambiente em que o idoso se insere e, consequente, a mudança dos comportamentos a ele associados, o idoso pode perder parte da sua identidade pessoal histórica. Afirmar que os idosos não correspondem por si só a um grupo de risco, mas que alguns apresentam bastante vulnerabilidade e que esta pode ser compensada de forma bem-sucedida a partir de mudanças ambientais que servem de reequilíbrio para a congruência entre o idoso e o ambiente, otimizando a adaptação.

Compreendendo a importância que o ambiente pode assumir na gestão da vida de cada pessoa, facilmente se compreende que tal é também verdade para as pessoas mais velhas. Estas são portadoras de uma longa história de vida e, por vezes, de uma série de limitações resultantes da idade, tanto a nível físico, como psicológico e social.

No caso de pessoas institucionalizadas, o ambiente pode ser especialmente desafiador pois encontram-se a residir juntas uma grande variedade de pessoas. De facto, devido à heterogeneidade que constitui este grupo etário, colocam-se três grandes desafios a estes contextos: conciliar a coletivização com a individualidade; satisfazer a população, ainda que a sua permanência na instituição possa ter sido imposta; e satisfazer, dentro dos possíveis, a insuficiência de recursos (Quintela, 2001, citado por Almeida & Rodrigues, 2008).

Paúl (2005) refere a propósito destes três objetivos que, num contexto que se interessa com a otimização do processo de envelhecimento de cada indivíduo, é necessário avaliar o ambiente físico e humano e proceder em conformidade no sentido de potenciar o bem-estar.

Estas instituições para pessoas mais velhas, em particular as ERPI, têm como objetivo garantir a qualidade de vida e proporcionar uma melhor adaptação face às alterações decorrentes do avançar da idade (Carvalho & Duque, 2021). Com efeito, o objetivo principal destas instituições passa por manter um nível de capacidade funcional nos idosos que apresentem um alto risco de perdas significativas de capacidade, assim como garantir que esses cuidados sejam consistentes com os seus direitos, liberdades funcionais e dignidade humana (OMS, 2015).

Segundo Pereira (2012) são necessários diversos fatores quando se fala em institucionalização, de forma a não colocar em causa a qualidade de vida da pessoa mais velha. Deve-se ter em conta fatores como: hábitos, cultura, história de vida, conforto, dignidade, entre vários outros que não podem ser negligenciados aquando da institucionalização. Born (2002) refere que um dos principais desafios destas instituições é tornarem-se num lugar onde a vida dos residentes e a sua dignidade são fatores prioritários. Salienta, ainda, a importância de conhecer as vivências de cada um, bem como as suas crenças e motivações e não apenas em satisfazer as necessidades básicas da pessoa.

Fernandes (2013) refere que as instituições que prestam apoio social aos idosos têm, por norma, uma conotação negativa. São muitas vezes associadas a lugares depressivos onde predomina uma vida rotineira e onde, por vezes, as necessidades humanas de identidade, relação e afeto não são satisfeitas. Estão também associadas à degradação do estado de saúde da pessoa. Vara (2012) acrescenta que estas respostas não conseguem por vezes prestar o apoio que era esperado devido à falta de recursos humanos qualificados e de recursos económicos (Vara, 2012). Por sua vez, Sousa (2004) sugere que uma boa instituição é aquela que tem atividades de animação, permite a saída dos residentes, garante uma alimentação equilibrada, higiene, momentos de convívio, conforto físico, presta serviços de apoio como enfermagem, fisioterapia e, acima de tudo, transmite segurança.

Quando a entrada para uma ERPI não é a vontade da pessoa mais velha, isso pode conduzir a sentimento negativos, tais como solidão ou insatisfação (Fonseca, 2005). Por sua vez, as pessoas que optam pela institucionalização, pretendem usufruir o mais possível da instituição e, conseqüentemente, anseiam viver num ambiente seguro onde possam manter a sua autonomia e independência, sabendo que, quando necessário, terão apoio para dar resposta às limitações. Isso pode implicar uma determinada adaptação dos espaços às capacidades físicas e sensoriais limitadas dos residentes (Perracini, 2006).

Neste sentido, e tal como refere Sommer (1987), pequenas alterações ao nível da organização dos espaços físicos podem conduzir a benefícios para as pessoas idosas, principalmente ao nível da promoção da interação social. Alguns autores, como Altman, Lawton e Wohlwill (1984), defendem que uma vez que os estímulos exteriores são muitas vezes limitados, é importante projetar áreas que permitam aos idosos observar espaços exteriores e halls de entrada, com o objetivo de promover a observação de algo diferente e que, de certa forma, desperte a sua atenção.

De facto, para abordar o tema do clima social em ERPI, é importante iniciar com uma breve contextualização, analisando o Modelo de Ecologia Social de Moos (Moos, 1976, como citado em Paúl, 2005). Neste modelo foi estudado o impacto que o meio físico e social pode ter na congruência entre as características da instituição e dos idosos, bem como na sua qualidade de vida, sobretudo no contexto institucional.

Moos e Lemke (1984, como citado em Paúl, 2005) relacionam o ambiente com a adaptação dos idosos, focando-se nas características objetivas da instituição e nas variáveis pessoais (sociodemográficos, saúde, funcionalidade e preferência dos idosos), as quais resultam num clima social que influenciará positiva ou negativamente as respostas de conforto, adaptação em termos de ajustamento, nível de atividade e utilização de serviços.

O clima social de uma instituição é, por isso, uma das características mais importantes de uma instituição (Izal, 1995) na medida em que inclui: (1) a qualidade das relações interpessoais (conflitos e coesão); (2) as possibilidades de desenvolvimento pessoal oferecidas pela própria instituição (possibilidade de controlo do ambiente por parte dos residentes, de forma que a independência seja incentivada); e (3) o equilíbrio entre as tendências de estabilidade/mudança do sistema (grau de organização), segundo a opinião dos funcionários e residentes.

Relativamente aos instrumentos de medida desta variável, é importante mencionar o *Sheltered Cared Enviromental Scale* (SCES) que integra o MEAP de Moos e Lemke (1984) e a Escala de Clima Social de Fernández-Ballesteros (1997) que integra o *Sistema de Evaluation de Residencias para Ancianos* (SERA). Este último pretende compreender a interação entre as variáveis ambientais e pessoais no processo de adaptação dos idosos ao meio, focando-se em: 1) aspetos físicos e arquitetónicos; 2) políticas e programas em vigor; 3) serviços disponíveis e afluência aos mesmos; 4) clima social e 5) fatores pessoais das pessoas idosas. Apresenta um carácter multidimensional, uma vez que o seu principal foco é o de analisar o ambiente, o comportamento e a sua interação nas estruturas residenciais para pessoas idosas, integrando aspetos físicos, organizacionais, sociodemográficos dos residentes, psicossociais e pessoais/comportamentais, assim como a interação entre eles (Fernández-Ballesteros, 1997).

O SERA foi traduzido e adaptado para a população portuguesa por Duarte e Paúl (2006), pelo que no presente estudo se utilizou a Escala de Clima Social que inclui três dimensões (relações interpessoais, o desenvolvimento pessoal e a manutenção e substituição do sistema) e sete subescalas.

Apesar de a investigação sobre o Clima Social em ERPI ser muito escassa, verificou-se que Aguayo, Lazaro e Muñoz (1993) realizam um estudo em Málaga sobre os fatores que influenciam a qualidade de vida das ERPI com o objetivo de avaliar, num conjunto de centros públicos e privados, as características ambientais que contribuem para a qualidade de vida dos idosos institucionalizados. Neste estudo participaram cerca de 455 idosos com 60 ou mais anos e o instrumento utilizado foi o MEAP de Moos e Lemke (1984). Relativamente aos resultados, para além de ser possível observar, numa primeira fase, uma descrição pormenorizada de todos os centros onde o estudo decorreu, identificaram-se também algumas semelhanças e diferenças entre eles em subescalas específicas. Mais especificamente, os autores verificaram o seguinte:

- Sérias limitações relativamente às características físicas e arquitetónicas, com todas as instituições a pontuarem, em média, menos de 50%;
- Em média, os resultados obtidos relativamente à política organizacional foram também muitos baixos, com exceção da disponibilidade de assistência na vida quotidiana, que é

superior em todas as instituições, uma vez que engloba serviços de alimentação, limpeza, higiene, cuidados médicos, entre outros;

- Relativamente ao pessoal e aos recursos dos residentes, rondaram, em média, os 50%, sendo que os participantes deste estudo apresentavam boa capacidade funcional, embora, em algumas instituições, sejam considerados mais dependentes e, por isso, adotem papéis totalmente passivos na vida quotidiana;
- Em todas as instituições a utilização dos recursos disponíveis era elevada, o que pode ser explicado se considerarmos a deterioração da saúde de alguns residentes que necessitem de cuidados contínuos. Também as próprias características das instituições podem estar relacionadas, na medida em que impedem os residentes de prepararem as próprias refeições, lavar a própria roupa, entre outras tarefas;
- O nível de atividade, integração na comunidade e os recursos sociais dos residentes eram, no geral, muito baixos. As atividades dentro e fora das instituições são muito escassas, existe uma grande inatividade e um estilo de vida muito sedentário, com poucas atividades sócio recreativas e, quando existem, nem sempre são utilizadas;
- As instituições apresentavam, de forma geral, um elevado nível de organização e um ambiente confortável. Em alguns casos, os residentes podem ter uma palavra a dizer relativamente às regras, mas, na maioria das vezes, estão passivamente sujeitos às regras de funcionamento. Verificou-se, ainda, um certo grau de conflito entre os residentes.

De acordo com os autores, a maioria das instituições estudadas eram adequadas em termos de serviços mínimos, conforto, pessoal, recursos disponíveis, mas deixavam a desejar em algumas áreas como a qualidade das instalações, a ocupação dos quartos, poucas atividades sócio recreativas, pouca integração no ambiente social imediato e, um pouco mais grave, um estado geral de passividade, falta de autonomia na vida quotidiana, falta de mobilidade e de interações sociais (Aguayo, Lazaro & Muñoz, 1993).

Ao descrever as condições reais das instituições e ao analisar os resultados obtidos, a avaliação global que os autores fazem é negativa em vários aspetos, o que pode significar duas coisas: por um lado, que o critério de avaliação ambiental é demasiado elevado para a comunidade em questão e que os critérios de qualidade de vida não são os mesmos em todos os países; e, por outro lado, que as instituições avaliadas manifestam realmente valores muito baixos nos índices de qualidade de vida proporcionados aos idosos (Aguayo, Lazaro & Muñoz, 1993).

No primeiro caso, seria necessária uma investigação mais aprofundada e eventualmente o desenvolvimento de escalas que tivessem em conta critérios normativos da sociedade em questão, embora relativamente à qualidade de vida os objetivos sejam geralmente muito semelhantes entre os países ocidentais. No segundo caso, os autores alertam para a necessidade de informar as instituições e os seus responsáveis sobre os resultados obtidos em termos dos critérios de bem-estar, conforto e de qualidade nas ERPI (Aguayo, Lazaro & Muñoz, 1993).

Alguns anos mais tarde, Fernández Ballesteros (2000) analisa a importância dos fatores ambientais, como as ajudas socio recreativas, a acessibilidade à comunidade, as expectativas de funcionamento, a tolerância e o clima social em ERPI. Conclui que estes aspetos preveem fatores pessoais como a saúde, queixas sobre a memória, sintomatologia depressiva e satisfação dos idosos institucionalizados. Neste estudo, foram analisados os resultados de trinta e dois estabelecimentos residenciais para pessoas idosas e 1403 dos seus residentes foram avaliados com o SERA, o que corresponde a 32% do total de habitantes das 32 instituições avaliadas. Estas instituições estavam distribuídas por toda a Espanha (12 regiões) e, aquando do estudo, dependiam do Instituto Nacional de Serviços Sociais (INSERSO). As idades dos residentes variavam entre os 65 e os 98 anos, sendo maioritariamente do sexo feminino (62.5%) residentes destas instituições. De acordo com a autora, os fatores ambientais avaliados foram as características físicas e arquitetónicas, características organizativas e de funcionamento, clima social e satisfação residencial. Em termos individuais, foram avaliadas as capacidades funcionais, atividade pessoal e comunitária e saúde dos participantes. Assim, para este estudo foram utilizadas a Escala de Características Arquitetónicas e Físicas, a Escala de Organização e Funcionamento, a Escala de Clima Social e o Questionário Sociodemográfico. Com base nos resultados, foi possível compreender que as capacidades funcionais estão relacionadas com a saúde subjetiva, mas também com uma variável ambiental, a política organizativa. A saúde percebida era prevista por duas variáveis ambientais, a coesão e a expectativa de funcionamento. As queixas de memória e sintomatologia depressiva eram também previstas por variáveis pessoais (saúde), mas também por condições ambientais. Além de tudo isto, a segurança era prevista pelas condições pessoais (saúde percebida e objetiva), mas também por três variáveis do clima social: conflito, coesão e conforto físico (Fernández-Ballesteros, 2000).

Verificou-se ainda que as variáveis pessoais e ambientais estavam interligadas, isto é, que existiam relações entre variáveis pessoais (saúde, capacidades funcionais, nível de atividade, queixas, entre outras). Além disso, as variáveis pessoais foram influenciadas pelas condições ambientais, tanto físicas como arquitetónicas, bem como pelas organizacionais. As características físicas, como a acessibilidade à comunidade, o apoio socio-recreativo ou as ajudas de orientação, prediziam variáveis pessoais como a atividade ou as queixas de memória. Estes

resultados estão de acordo com as conclusões de outros autores como Moos e Lemke (1984), Lawton (1985) ou Kahana (1982). As características organizacionais, como a política organizativa, o controlo pelos residentes, a expectativa de funcionamento ou a tolerância ao desvio estão também relacionadas com variáveis pessoais. Todavia, é importante mencionar que, uma vez que estes resultados provêm de análises de regressão, não se devem subestimar estas relações e tomar as variáveis ambientais como uma influência unidirecional (Fernández-Ballesteros, 2000).

Assim, no estudo de Fernández-Ballesteros (2000), as dimensões do clima social, tais como os fatores ambientais, estão a prever principalmente fatores pessoais e não estão associadas a outras dimensões ambientais. Este resultado não apoia o pressuposto de Moos e Lemke de que as características do clima social são condições ambientais e, consequentemente, estão fortemente relacionadas com outras características ambientais (Moos & Lemke, 1996). Todavia, apoia a importância de avaliar as dimensões do clima social, como o conflito, a perceção do conforto físico e a coesão, uma vez que são os fatores importantes e que permitem uma melhor previsão dos níveis de satisfação. Deste modo, é possível afirmar que este estudo foi uma tentativa de explorar a importância da interação entre as características pessoais e ambientais na previsão de variáveis-alvo, como a atividade, capacidades funcionais, saúde, entre outras, e a sua influência na satisfação entre os idosos que vivem em ambientes residenciais. Assim sendo, a qualidade ambiental percebida parece ter influência na saúde (dor relatada) e na satisfação dos idosos (Fernández-Ballesteros, 2000).

Posto isto, parece claro que o contexto físico e social em que as pessoas mais velhas se inserem é relevante para a promoção de uma velhice bem-sucedida (Paúl, 1997). Assim, estudar os contextos ecológicos torna-se importante para que se possa pensar e optar pelo acolhimento institucional como uma resposta positiva, ou seja, o estudo das ERPI é importante tendo por base as oportunidades de desenvolvimento e adaptação que podem proporcionar às pessoas idosas, de forma a, posteriormente, se realizar uma ponderação no que diz respeito ao processo de acolhimento institucional (Duarte & Paúl, 2006).

De facto, é importante salientar que o ambiente institucional deve atender às necessidades dos residentes, de forma a atuar como um fator positivo para o próprio processo de envelhecimento. O ambiente e todas as variáveis a ele associadas são determinantes para a promoção de experiências positivas para que os residentes se mantenham ativos nos mais variados domínios, promovendo assim uma boa qualidade de vida (Soczka, 2005; Carrus, Fornara & Bonnes, 2005).

Assim sendo, este estudo tem como objetivo geral analisar a relação entre clima social e a qualidade de vida de idosos a residir em ERPI, foram definidos os seguintes objetivos

específicos: 1) caracterizar os participantes em termos sociodemográficos e percepção de qualidade de vida; 2) caracterizar o clima social em cada instituição; 3) analisar a relação entre a percepção de qualidade de vida, as características sociodemográficas dos participantes e o tempo de residência em ERPI; 4) analisar a relação entre as dimensões do clima social, as características sociodemográficas dos participantes e o tempo de residência em ERPI e 5) analisar a relação entre as dimensões da escala do clima social e a percepção de qualidade de vida.

Capítulo II - Método

Nesta secção será descrita a metodologia utilizada na presente investigação, mais precisamente no que diz respeito ao plano de investigação e participantes, procedimentos e instrumentos de recolha de dados, bem como os procedimentos adotados para a análise de dados.

Plano de Investigação e participantes

Do ponto de vista metodológico, trata-se de um estudo transversal, quantitativo, do tipo correlacional. No que se refere à dimensão temporal do estudo, este é transversal uma vez que a recolha de dados decorreu num único momento (Sampieri et al., 2010). Assume-se como um estudo quantitativo na medida em que através da recolha de dados numéricos e recorrendo a uma análise estatística, se pretende estabelecer padrões de comportamento (Sampieri et al., 2006). Por fim, trata-se de um estudo correlacional, uma vez que se foca no conhecimento do grau de associação/relação entre duas variáveis, num contexto próprio, permitindo a eventual compreensão do comportamento de uma determinada variável, pelo conhecimento de outras que a ela estão associadas.

Recorreu-se a um processo de amostragem não probabilística intencional para a seleção da amostra, sendo que neste tipo de amostragem os participantes são selecionados por apresentarem características específicas que interessam ao estudo (Coutinho, 2021, Mertens et al., 2010). Foi, portanto, definido como critério de inclusão a residência em ERPI e como critério de exclusão, a sinalização de situações de défice cognitivo pela Instituição de residência.

Procedimentos de recolha de dados

O presente estudo foi submetido à aprovação da Comissão de Ética para as Ciências Sociais, da Vida e da Saúde do Instituto Politécnico de Viana do Castelo (IPVC) no âmbito do projeto “Qualidade de vida na velhice, clima social e as relações com o staff: Um estudo em Estruturas Residenciais para Pessoas Idosas” (Parecer 29/2023). Após a aprovação, foram iniciados os procedimentos de recolha de dados. Mais especificamente, procedeu-se ao levantamento de todas as Estruturas Residenciais para Pessoas Idosas do Distrito de Viana do Castelo através da Carta Social e, de seguida, efetuou-se o contacto com as Direções Técnicas das instituições identificadas de forma a perceber se estavam disponíveis para participar no

estudo e, em caso afirmativo, qual a sua disponibilidade. Após obtida a confirmação de participação no estudo, foram estabelecidas datas para apresentar o estudo às pessoas idosas e proceder à recolha de dados. Assim, os objetivos do estudo foram apresentados pela investigadora a todos os residentes que cumpriam os critérios de inclusão/exclusão, sendo que àqueles que aceitaram participar foi apresentado o consentimento informado de forma a garantir que compreendiam toda a informação transmitida e que aceitavam participar no estudo (Anexo 1). Foi, ainda, reforçado o facto de a participação ser voluntária, assim como de estar garantida a confidencialidade de todos os dados recolhidos. Assegurada uma participação livre e esclarecida, a recolha de dados decorreu entre os meses de junho e julho de 2024 em cinco instituições, sendo duas de Viana do Castelo e três de Ponte de Lima. A aplicação de cada protocolo teve a duração de cerca de 30 minutos e foi levada a cabo pela investigadora.

Instrumentos de Recolha de dados

Considerando os objetivos do estudo, foi definido um protocolo de recolha de dados que incluiu os seguintes itens: 1) questionário sociodemográfico; 2) WHOQOL-Bref (*World Organization Quality of Life Instruments- Bref*; Canavarro et al. 2010) e 3) Escala de Clima Social (Fernadéz-Ballesteros, 1997; UNIFAI/ICBAS-UP, 2004).

O Questionário Sociodemográfico é composto por questões de resposta aberta e fechada e permite a caracterização dos participantes do ponto de vista sociodemográfico, essencialmente em aspetos como idade, género, escolaridade, estado civil, profissão em idade ativa, número de anos de reforma, número de anos em que reside em ERPI, entre outros aspetos.

O WHOQOL-Bref (Canavarro et al., 2010) é o instrumento utilizado para avaliar a qualidade de vida, sendo uma medida multidimensional e multicultural para a realização de uma avaliação subjetiva da Qualidade de Vida. Pode ser utilizada em pessoas com distúrbios psicológicos e físicos, assim como em indivíduos saudáveis. Conforme se pode observar na figura 1, é constituído por 26 questões sendo que a sua estrutura integra quatro domínios da Qualidade de Vida: Físico (7 itens), Psicológico (6 itens), Relações Sociais (3 itens) e Ambiente (8 itens). A primeira questão refere-se à qualidade de vida de modo geral e a segunda à satisfação com a própria saúde. As restantes 24 questões estão organizadas em função dos quatro domínios referidos. O domínio físico integra a mobilidade, sono, repouso, energia e fadiga, dor e desconforto, dependência de medicação e capacidade de trabalho e o domínio psicológico refere-se a fatores relacionados com sentimentos, pensamentos, memória, autoestima, espiritualidade e crenças pessoais. Relativamente ao domínio das Relações Sociais, são

consideradas questões relacionadas com a atividade sexual, apoio social e relações sociais e no domínio Ambiente integram-se a segurança física, ambiente em casa, recursos económicos, cuidados de saúde e sociais, participação e oportunidades de recreio e lazer, ambiente físico e transporte (Canavarro & Serra, 2010). As respostas às questões apresentam-se numa escala tipo Likert de 1 a 5, sendo que 1 diz respeito a “muito má” e 5 a “muito boa”, havendo itens enunciados na positiva e na negativa. Os itens expressos na negativa e que, por isso necessitam de inversão, são os itens 3, 4 e 26. O resultado final da WHOQOL-BREF, foi convertido numa escala de 0 a 100, sendo que uma pontuação mais elevada se relaciona com uma melhor perceção de qualidade de vida (Canavarro et al., 2010). Em relação às características psicométricas, no que diz respeito à fiabilidade, este instrumento apresenta uma boa consistência interna com um alfa de Cronbach de 0,92 (Vaz Serra et al., 2006). No presente estudo, o instrumento apresenta uma consistência interna do alfa de Cronbach de 0,89.

Domínios	Composição e Procedimentos
Domínio Físico	Composto por 7 itens (Q3, Q4, Q10, Q15, Q16, Q17, Q18); Fórmula para o cálculo do domínio: $((6-Q3) + (6-Q4) + Q10 + Q15 + Q16 + Q17 + Q18) - 7 / 28 \times 100$.
Domínio Psicológico	Composto por 6 itens (Q5, Q6, Q7, Q11, Q19, Q26); Fórmula para o cálculo do domínio: $((Q5 + Q6 + Q7 + Q11 + Q19 + (6-Q26)) - 6) / 24 \times 100$.
Domínio das Relações Sociais	Composto por 3 itens (Q20, Q21, Q22); Fórmula para o cálculo do domínio: $((Q20 + Q21 + Q22) - 3) / 12 \times 100$.
Domínio Ambiente	Composto por 8 itens (Q8, Q9, Q12, Q13, Q14, Q23, Q24, Q25); Fórmula para o cálculo do domínio: $((Q8 + Q9 + Q12 + Q13 + Q14 + Q23 + Q24 + Q25) - 8) / 32 \times 100$.
Faceta geral	Composta por 2 itens (Q1, Q2); Fórmula para o cálculo da faceta: $(Q1 + Q2) - 1 / 8 \times 100$.

Figura 1. Procedimentos para o cálculo de cada um dos domínios da WHOQOL-Bref

Fonte: adaptado de Canavarro e colaboradores (2006).

A Escala de Clima Social (ECS; Fernadéz-Ballesteros, 1997; UNIFAI/ICBAS-UP, 2004; Duarte & Paúl, 2006) é uma adaptação da “*Sheltered Care Enviromental Scale*” que está incluída no *Multiphasic Environmental Assessment Procedure* de Moos (1984). Esta escala tem como objetivo avaliar o ambiente psicossocial de uma residência para pessoas mais velhas. Moos (1974) entende o clima social como uma ideia construída a partir das perceções que os residentes têm do contexto onde se inserem, pelo que a forma como os residentes percebem determinados aspetos interpessoais, organizacionais ou ambientes de residência onde residem permite perceber qual o tipo de clima sociológico existente em cada contexto.

Esta escala é constituída por 63 itens de resposta dicotómica (Sim/Não) que se referem a diversos aspetos relacionados com o funcionamento e a estrutura destas instituições. As sete subescalas que compõem este instrumento podem ser agrupadas em três dimensões do clima social, nomeadamente: dimensões relacionais (coesão e conflito), desenvolvimento pessoal (independência e expressividade) e, por último, manutenção e mudança de sistema (organização, influência dos residentes e conforto físico)

Analisando cada subescala de forma detalhada, verifica-se o seguinte:

1. Coesão. Mede o grau em que os funcionários ajudam e apoiam os residentes, assim como o grau de relacionamento e apoio entre os próprios residentes.
2. Conflito. Mede até que ponto os residentes expressam a sua raiva ou se criticam mutuamente e à residência.
3. Independência. Mede até que ponto os residentes são incentivados a agir e a tomar decisões por conta própria.
4. Expressividade. Mede até que ponto os residentes são encorajados a expressar-se e a lidar abertamente com os seus problemas e sentimentos.
5. Organização. Avalia até que ponto a ordem e a organização são importantes na instituição, até que ponto os residentes conhecem as rotinas diárias da residência, assim como até que ponto as regras e regulamentos são explícitos.
6. Influência dos residentes. Avalia o nível de influência dos residentes nas regras e regulamentos e no funcionamento da residência, assim como o grau de cumprimento das normas exigidas aos residentes.
7. Conforto Físico. Mede até que ponto o ambiente físico proporciona conforto, intimidade e bem-estar físico.

A ECS é preenchida de forma autoadministrada, exceto nos casos em que a condição do residente não permita e, dessa forma, o instrumento é aplicado em forma de entrevista ou hétero-administrado. No presente estudo, optou-se pela aplicação hétero-administrada.

Relativamente ao procedimento de correção, este está dividido em 7 passos, nomeadamente: (1) eliminar os questionários que apresentem mais de 10 questões sem resposta; (2) No caso de os participantes terem respondido diretamente no questionário, transferir as suas respostas para a folha de respostas, sendo uma folha de resposta separada para cada participante; (3) sobrepor o modelo de correção sobre a folha de respostas individual e obter a pontuação direta contando o número de respostas; (4) dividir a pontuação direta obtida por 9 (total de pontos possíveis de cada dimensão). Esta será a pontuação do participante para a escala da coesão; (5) repetir os passos 3 e 4 para cada dimensão da escala, registando as pontuações médias na folha de registo do grupo; (6) para calcular as pontuações de cada

contexto/instituição, deve-se calcular a média total de todas as pontuações obtidas, ou seja, somar as pontuações de todas as dimensões de cada questionário e dividir pelo número de questionários que cada instituição preencheu; (7) para a pontuação total de cada dimensão resultante do passo anterior, converter em percentagem, multiplicando por 100.

Por fim, em relação às características psicométricas, no que diz respeito à fiabilidade, este instrumento apresenta uma boa consistência interna com um alfa de Cronbach que varia entre 0,74 na dimensão Independência e 0,91 na dimensão conflito (Fernández-Ballesteros, 1997). No presente estudo, o instrumento apresenta uma consistência interna do alfa de Cronbach de 0,60.

Estratégias de análise de dados

No que concerne ao tratamento e análise de dados recorreu-se ao programa *Statistical Package for Social Science* (SPSS), versão 28. Tendo em conta a natureza do estudo e dos dados obtidos, foram realizadas análises estatísticas descritivas e inferenciais. Procedeu-se à realização de testes t de Student para a análise de diferenças entre grupos independentes e o teste de correlação de Pearson para verificar a associação entre duas variáveis. Consideraram-se significativos os testes com significância igual ou inferior a 0,05 e marginalmente significativos até 0,1.

Capítulo III - Resultados

Nesta secção vão ser apresentados os resultados do estudo, nomeadamente a descrição das características sociodemográficas, percepção de Qualidade de Vida e Clima Social dos residentes de ERPI.

Caracterização dos participantes

Neste ponto apresentam-se os resultados referentes à caracterização sociodemográfica dos participantes, por instituição (Tabela 1).

Tabela 1. Caracterização sociodemográfica dos participantes, por instituição de residência

	Instituição 1		Instituição 2		Instituição 3		Instituição 4		Instituição 5		Total	
	n=8	%	n=9	%	n=18	%	n=8	%	n=7	%	N=50	%
Género												
Feminino	5	62,5	6	66,7	9	100	8	100	6	85,7	37	74
Masculino	3	37,5	3	33,3	12,0	66,7			1	14,3	13	26
Idade (M,DP)	82,1(5,4)		82,7(8,5)		82,6(6,9)		86,1(5,6)		82,9(5,8)		83,14(6,52)	
Min-Max	74-88		63-92		71-93		77-96		75-90		63-96	
Estado civil												
Solteiro	1	12,5	--	--	6	33,3	1	12,5	1	14,3	9	18
Separado ou divorciado	--	--	1	11,1	--	--	--	--	2	28,6	3	6
Casado ou em união de facto	--	--	2	22,2	3	16,7	--	--	1	14,3	6	12
Viúvo(a)	7	87,5	6	66,7	9	50,0	7	87,5	3	42,9	32	64
Com filhos	7	87,5	8	88,9	11	61,1	6	75,0	5	71,4	13	26
Escolaridade												
Não sabe ler nem escrever	--	--	3	33,3	5	27,8	1	12,5	2	28,6	11	32
1º-4º ano	6	75	5	55,6	13	72,2	5	62,5	5	71,4	34	68
5º-6º ano	--	--	1	11,1	--	--	2	25	--	--	3	6
10º - 12º ano	1	12,5	--	--	--	--	--	--	--	--	1	2
Ensino superior	1	12,5	--	--	--	--	--	--	--	--	1	2
Rendimento mensal												
Com alguma dificuldade	7	87,5	9	100	6	33,3	6	75	6	85,7	34	68
Com alguma facilidade	1	12,5	--	--	12	66,7	2	25	1	14,3	16	32
Escalão de rendimento												
501€-600€	3	37,5	5,	55,6	7	38,9	8,0	100	1	14,3	24	48
601€-1000€	4	50	4	44,4	11	61,1	--	--	6	85,7	25	50
1001€-1500€	1	12,5	--	--	--	--	--	--	--	--	1	2

Área da última profissão												
Agricultura	1	12,5	1	11,1	5	27,8	1	12,5	4	57,1	12	24
Carteiro	--	--	1	11,1	1	5,6	--	--	--	--	2	4
Costura	1	12,5	3	33,3	3	16,7	1	12,5	2	28,6	10	20
Trabalho doméstico	--	--	1	11,1	4	22,2	4	50,0	--	--	9	18
Empresária	1	12,5	--	--	--	--	--	--	--	--	1	2
Feirante	1	12,5	--	--	2	11,1					3	6
Limpezas	--	--	2	22,2	1	5,6	2	25			5	10
Construção civil	3	37,5	1	11,1	2	11,1			1	14,3	7	14
Ensino	1	12,5									1	2
Institucionalização, em anos (M,DP)		2,5(1,5)		5,8(2,2)		7,1(3,5)		6,3(2,9)		5,4(2,1)		5,76(3,10)
Min-Max	1	5	2	10	1	14	2	10	2	8		1-14

No que diz respeito às características da amostra (Tabela 1), esta é constituída por 50 pessoas mais velhas a residir em ERPI, sendo 37 mulheres (74%) e 13 homens (26%). Possuem uma idade média de 83,14 anos (Min=63 anos; Máx=93 anos) e do ponto de vista da escolaridade, a maior parte dos participantes possui escolaridade correspondente a 1-4 anos (68%).

No que se refere ao estado civil, a maior parte dos participantes são viúvos (64%), seguidos dos solteiros (18%). Quanto ao nível de escolaridade, a maioria tem escolaridade ao nível do 1º ao 4º ano (68%) e 32% não sabem ler nem escrever.

Relativamente à última atividade profissional, 12 participantes desempenharam atividades no âmbito da agricultura (24%), 10 trabalharam na área da costura (20%), 9 foram domésticas (18%), 7 foram construtores civis (14%), 5 trabalharam na área da limpeza (10%), 3 foram feirantes (6%), 2 carteiros (4%), 1 na área do ensino (2%) e 1 empresária (2%).

Sobre a condição socioeconómica, predominam os baixos rendimentos, sendo que a maior parte dos participantes dispõe de entre 500-600€ mensais (48%) e vive com alguma dificuldade (68%).

Por fim, no que diz respeito ao tempo médio de institucionalização, os residentes vivem na ERPI há 5,76 anos (dp=3,10), variando este período entre os 1 e os 14 anos. É também possível observar que grande parte dos participantes (68%) está institucionalizado há mais de 5 anos.

Tabela 2. Caracterização das Estruturas Residenciais para Pessoas Idosas em termos da sua capacidade e número de participantes no estudo

ERPI	Capacidade	Número de participantes
Instituição 1	24	8
Instituição 2	16	9
Instituição 3	29	18
Instituição 4	34	8
Instituição 5	22	7

Conforme se pode observar na tabela 2, os dados foram recolhidos em 5 ERPI, sendo que a sua capacidade varia entre 16 e 34 residentes. O número de participantes no estudo variou entre 7 e 18 pessoas mais velhas, dependendo de cada instituição.

Caracterização da Qualidade de Vida dos participantes

Tabela 3. Estatística descritiva dos Domínios de qualidade de vida da WHOQOL-Bref para o total dos participantes

	Total dos participantes N = 50		Min-Máx	Amplitude Teórica
	M	dp		
Domínio Físico	61,50	13,81	10,71-89,29	0-100
Domínio Psicológico	66,66	12,43	12,50-95,83	0-100
Domínio Relações Sociais	66,50	7,80	50-83,33	0-100
Domínio Ambiente	69,88	6,70	46,88-81,25	0-100
QOL Geral	64,50	15,44	25-100	0-100

Relativamente à perceção de Qualidade de Vida (Tabela 3), verificamos que os domínios da Qualidade de vida com melhor pontuação são os domínios ambiente (M=69,88; dp=6,70) e psicológico (M=66,66; dp=12,43), observando-se indicadores ligeiramente mais baixos no domínio físico (M=61,50; dp=13,81) e na faceta geral (M=64,50; dp=15,44).

Tabela 4. Estatística descritiva dos Domínios da QdV, por instituição de residência

	Instituição 1 (n=8)		Instituição 2 (n=9)		Instituição 3 (n=18)		Instituição 4 (n=8)		Instituição 5 (n=7)	
	M	dp	M	dp	M	dp	M	dp	M	dp
Domínio Físico	51,79	9,73	62,70	6,21	58,93	6,03	61,16	4,02	54,59	9,16
Domínio Psicológico	53,65	16,88	69,44	4,66	68,98	6,89	69,27	4,42	63,10	9,75
Domínio Relações Sociais	65,63	12,15	67,59	5,01	66,67	7,56	67,71	2,95	64,29	10,45
Domínio Ambiente	67,19	10,70	70,14	6,07	70,31	5,90	73,83	1,62	66,96	6,47
QOL Geral	57,81	17,60	68,06	15,45	68,75	15,01	60,94	14,07	60,71	15,19

De acordo com os dados da tabela 4, é possível observar os diferentes valores obtidos em cada domínio da Qualidade de Vida por instituição de residência. Desta forma, a instituição 2 apresenta os valores mais elevados tanto no domínio físico ($M=62,70$; $dp= 6,21$), como no domínio psicológico ($M=69,44$; $dp= 4,66$). Contrariamente, no domínio físico, a instituição 1 apresenta valores mais reduzidos ($M=51,79$; $dp=9,73$), assim como no domínio psicológico ($M=53,65$; $dp=16,88$).

No que se refere ao domínio das relações sociais, é a instituição 4 que manifesta os resultados superiores ($M=67,71$; $dp= 2,95$), assim como no domínio ambiente ($M=73,83$; $dp= 1,62$). Em contrapartida, a instituição 5 é a que apresenta resultados mais baixos tanto no domínio das relações sociais ($M=64,29$; $dp=10,45$), como no domínio ambiente ($M=66,96$; $dp=6,47$).

Por fim, no que se refere à qualidade de vida geral, os residentes da instituição 3 apresentam valores superiores de percepção da qualidade de vida ($M=68,75$; $dp= 15,01$), comparativamente à instituição 1 que apresenta os resultados mais baixos ($M=57,81$; $dp= 17,60$).

Na tabela 5 são apresentados os resultados em termos de estatística descritiva, por item, para os quatro domínios do WHOQOL-Bref, assim como para a faceta geral. Analisando os itens com os valores mais elevados, no domínio físico destaca-se o item “Até que ponto está satisfeito(a) com o seu sono?” ($M=3,90$; $dp=0,544$), seguido do item “Até que ponto está satisfeito(a) com a sua capacidade para desempenhar as atividades do seu dia-a-dia?” ($M=3,82$; $dp=0,691$). No que se refere ao domínio psicológico, destaca-se o item “Em que medida sente que a sua vida tem sentido?” ($M=4,02$; $dp=0,337$), seguido do item “Até que ponto gosta da vida?” ($M=3,96$; $dp=0,493$). Relativamente ao domínio das relações sociais, o item com média mais elevada é “Até que ponto está satisfeito(a) com o apoio que recebe dos seus amigos?” ($M=3,72$; $dp=0,970$), seguido do item “Até que ponto está satisfeito(a) com as suas relações pessoais?” ($M=3,60$; $dp=0,639$). No domínio ambiente destaca-se o item “Até que ponto está satisfeito(a) com o acesso que tem aos serviços de saúde?” ($M=4,18$; $dp=0,480$), seguido do item “Até que ponto tem fácil acesso às informações necessárias para organizar a sua vida diária?” ($M=4,14$; $dp=0,572$). Relativamente aos itens com valores médios mais baixos no domínio ambiente, destaca-se o item “Tem energia suficiente para a sua vida diária?” ($M=3,08$; $dp=0,965$). No domínio psicológico, o item com média mais baixa é “Até que ponto se consegue concentrar?” ($M=3,14$; $dp=0,700$). No que diz respeito ao domínio das relações sociais, destaca-se o item “Até que ponto está satisfeito com a sua vida sexual?” ($M=3,38$; $dp=0,923$). Por fim, no que concerne ao domínio ambiente, destaca-se o item “Em que medida tem oportunidade para realizar atividades de lazer?” ($M=3,00$; $dp=0,350$).

Relativamente à faceta geral, esta apresenta uma média de 64,50 ($dp=15,44$). O item “Como avalia a sua qualidade de vida?”, apresenta um valor médio de 3,71 pontos ($dp=0,465$) e

o item “Até que ponto está satisfeito(a) com a sua saúde apresenta uma média de 3,10 pontos (dp=0,931).

Tabela 5. Estatística descritiva por item da WHOQOL-Bref para o total dos participantes

	Total N=50		Min-máx	Amplitude Teórica
	M	dp		
Domínio Físico	61,50	13,81	10,71-89,29	0-100
Em que medida as suas dores (físicas) o (a) impedem de fazer o que precisa de fazer?	3,60	0,606	2-5	1-5
Em que medida precisa de cuidados médicos para fazer a sua vida diária?	3,56	0,837	1-5	1-5
Tem energia suficiente para a sua vida diária?	3,08	0,965	1-5	1-5
Como avaliaria a sua mobilidade [capacidade para se movimentar e deslocar por si próprio(a)]?	3,38	0,830	1-5	1-5
Até que ponto está satisfeito(a) com o seu sono?	3,90	0,544	1-5	1-5
Até que ponto está satisfeito(a) com a sua capacidade para desempenhar as atividades do seu dia-a-dia?	3,82	0,691	1-5	1-5
Até que ponto está satisfeito(a) com a sua capacidade de trabalho?	3,64	0,776	2-5	1-5
Domínio Psicológico	66,66	12,43	12,50-95,83	0-100
Até que ponto gosta da vida?	3,96	0,493	1-5	1-5
Em que medida sente que a sua vida tem sentido?	4,02	0,377	1-5	1-5
Até que ponto se consegue concentrar?	3,14	0,700	2-5	1-5
É capaz de aceitar a sua aparência física?	3,62	0,855	2-5	1-5
Até que ponto está satisfeito(a) consigo próprio(a)?	3,24	0,476	2-4	1-5
Com que frequência tem sentimentos negativos, tais como tristeza, desespero, ansiedade ou depressão?	3,62	0,667	1-5	1-5
Domínio Relações Sociais	66,50	7,80	50-83,33	0-100
Até que ponto está satisfeito(a) com as suas relações pessoais?	3,60	0,639	2-4	1-5
Até que ponto está satisfeito(a) com a sua vida sexual?	3,38	0,923	2-5	1-5
Até que ponto está satisfeito(a) com o apoio que recebe dos seus amigos?	3,72	0,970	1-5	1-5
Domínio Ambiente	69,88	6,70	46,88-81,25	0-100
Em que medida se sente em segurança no seu dia-a-dia?	3,80	0,670	1-5	1-5
Em que medida é saudável o seu ambiente físico?	3,72	0,640	1-5	1-5
Tem dinheiro suficiente para satisfazer as suas necessidades?	3,80	0,670	1-5	1-5
Até que ponto tem fácil acesso às informações necessárias para organizar a sua vida diária?	4,14	0,572	3-5	1-5
Em que medida tem oportunidade para realizar atividades de lazer?	3,00	0,350	1-4	1-5
Até que ponto está satisfeito(a) com as condições do lugar em que vive?	3,84	0,766	1-5	1-5
Até que ponto está satisfeito(a) com o acesso que tem aos serviços de saúde?	4,12	0,480	2-5	1-5
Até que ponto está satisfeito(a) com os transportes que utiliza?	4,02	0,428	3-5	1-5
QOL Geral	64,50	15,44	25-100	0-100
Como avalia a sua qualidade de vida?	3,78	0,465	3-5	1-5
Até que ponto está satisfeito(a) com a sua saúde?	3,10	0,931	1-5	1-5

Caracterização da Qualidade de Vida em função em função de domínios específicos

Neste ponto são apresentados os resultados da análise da Qualidade de Vida em função das variáveis sociodemográficas.

Tabela 6. Diferenças nos domínios da QdV em função de grupos de idade

	Até 84 anos N=30		85+ anos N=20		Teste t	p valor
	M	dp	M	dp		
Domínio Físico	61,78	15,72	61,07	10,67	,177	,207
Domínio Psicológico	65,97	15,12	67,70	6,87	-,480	,055 ‡
Domínio Relações Sociais	65,27	9,30	68,33	4,36	-1,560	,016*
Domínio Ambiente	69,27	7,48	70,78	5,39	-,777	,053 ‡
Perceção Geral	65,00	17,18	63,75	12,76	,278	,214

‡ p<0,09; *p<0,05; **p<0,01; ***p<0,001

Relativamente à análise de diferenças nos domínios da qualidade em função do grupo de idade (Tabela 6), verificam-se diferenças estatisticamente significativas entre os grupos de idade correspondentes à terceira (63-84 anos) e quarta idade (+85 anos) no domínio das relações sociais ($t(48) = -1,560$; $p=0,016$), apresentando uma pontuação mais alta o grupo da quarta idade. Foram ainda encontradas diferenças marginalmente significativas no domínio psicológico, ($t(48) = -,480$; $p=0,055$) e no domínio do ambiente ($t(48) = -,777$; $p=0,053$), sendo que em ambos é o grupo da quarta idade que apresenta uma melhor perceção de qualidade de vida.

Tabela 7. Diferenças nos domínios da QdV em função do género

	Feminino N=37		Masculino N=13		Teste t	p valor
	M	dp	M	dp		
Domínio Físico	61,00	13,07	62,91	16,20	-,425	,083*
Domínio Psicológico	67,56	13,14	64,10	10,14	,862	,865
Domínio Relações Sociais	66,44	7,21	66,66	9,62	-,089	,308
Domínio Ambiente	70,01	6,76	69,47	6,76	,250	,590
Perceção Geral	63,51	16,50	67,30	12,00	-,759	,428

‡ p<0,09; *p<0,05; **p<0,01; ***p<0,001

No que se refere à análise de diferenças nos domínios da qualidade de vida em função do género, verifica-se que são os homens que apresentam valores mais elevados no domínio físico, no domínio das relações sociais e na faceta geral (Tabela 7).

Relativamente ao domínio físico, foram encontradas diferenças estatisticamente significativas entre homens e mulheres ($t(48) = -0,425$; $p = 0,083$), sendo que os homens apresentam melhores indicadores de qualidade de vida ($M = 62,91$; $dp = 16,20$) do que as mulheres ($M = 61,00$; $dp = 13,07$).

Tabela 8. Diferenças nos domínios da QdV em função de ter ou não filhos

	Não ter filhos N=37		Ter filhos N=13		Teste t	p valor
	M	dp	M	dp		
Domínio Físico	65,93	8,82	59,94	14,96	1,357	,093
Domínio Psicológico	68,58	10,57	65,99	13,08	,645	,730
Domínio Relações Sociais	64,74	6,04	67,11	8,32	-,942	,464
Domínio Ambiente	72,35	3,79	69,00	7,30	2,099	,040*
Perceção Geral	63,46	13,93	64,86	16,09	-,279	,926

† $p < 0,09$; * $p < 0,05$; ** $p < 0,01$; *** $p < 0,001$

No que diz respeito às diferenças entre os domínios da qualidade de vida em função de ter ou não ter filhos, aplicou-se o teste t-Student (Tabela 8). Os resultados mostraram que existem diferenças significativas no domínio ambiente ($t(48) = 2,099$; $dp = 0,040$), sendo que os participantes que não têm filhos apresentam indicadores de qualidade de vida mais elevados ($M = 72,35$; $dp = 3,79$) do que os que têm filhos ($M = 69,00$; $dp = 7,30$).

Tabela 9. Diferenças nos domínios da QdV em função da dificuldade de fazer face às despesas mensais

	Alguma Dificuldade N=34		Alguma Facilidade N=16		Teste t	p valor
	M	dp	M	dp		
Domínio Físico	58,50	14,06	67,85	11,14	-2,332	,530
Domínio Psicológico	65,07	13,17	70,05	10,23	-1,332	,792
Domínio Relações Sociais	65,44	7,98	68,75	7,13	-1,413	,828
Domínio Ambiente	69,11	6,87	71,48	6,23	-1,169	,895
Perceção Geral	62,50	15,38	68,75	15,13	-1,347	,823

‡ p<0,09; *p<0,05; **p<0,01; ***p<0,001

Relativamente à relação entre os domínios da qualidade de vida em função da perceção de dificuldades para fazer face às despesas mensais, não se verificam diferenças estatisticamente significativas em nenhum domínio (Tabela 9). No entanto, os participantes que manifestam maior facilidade para fazer face às despesas reportam indicadores de qualidade de vida superiores quando comparados com aqueles que vivem com mais dificuldades financeiras.

Tabela 10. Associação entre os domínios da QdV e o tempo de institucionalização na ERPI

	Anos na ERPI	Qualidade de vida - Domínio Geral	Domínio Físico	Domínio Psicológico	Domínio das Relações Sociais	Domínio ambiental
Anos na ERPI	1					
Qualidade de vida - Domínio Geral	,346*	1				
Domínio Físico	,406**	,629**	1			
Domínio Psicológico	,349*	,587**	,648**	1		
Domínio das Relações Sociais	,033	,338*	,260	,248	1	
Domínio ambiental	,139	,471**	,595**	,571**	,349*	1

‡ p<0,09; *p<0,05; **p<0,01; ***p<0,001

No sentido de analisar a associação entre o tempo (em anos) na ERPI e os domínios da qualidade de vida, foi realizado o coeficiente de correlação de Pearson (Tabela 10). Assim, no que diz respeito à perceção geral de qualidade de vida, foi encontrada uma correlação positiva moderada ($r = 0,346$; $p = 0,014$), o que sugere que, quanto mais tempo na instituição, melhor é

a percepção geral de qualidade de vida. De igual modo, no que se refere à dimensão física, foi identificada uma correlação positiva moderada ($r = 0,406$; $p = 0,003$), indicando que pessoas com mais tempo na instituição reportam melhores indicadores no domínio físico e no que diz respeito à dimensão psicológica foi também identificada uma correlação positiva moderada ($r = 0,349$; $p = 0,013$) que sugere uma associação positiva entre o número de anos na instituição e os indicadores de qualidade de vida na dimensão psicológica.

Caracterização do Clima Social das ERPI

Tabela 11. Caracterização do Clima Social em cada instituição

	Instituição 1	Instituição 2	Instituição 3	Instituição 4	Instituição 5
Coesão	75%	83%	75%	81%	73%
Conflito	31%	20%	13%	15%	22%
Independência	61%	62%	57%	72%	49%
Expressividade	21%	19%	12%	8%	21%
Organização	83%	79%	80%	88%	86%
Influência dos Residentes	60%	81%	75%	86%	59%
Conforto Físico	90%	90%	89%	94%	94%

No que se refere à caracterização do clima social, de um modo geral é possível observar que a instituição 4 parece apresentar resultados de clima social superiores face às restantes instituições (Tabela 11).

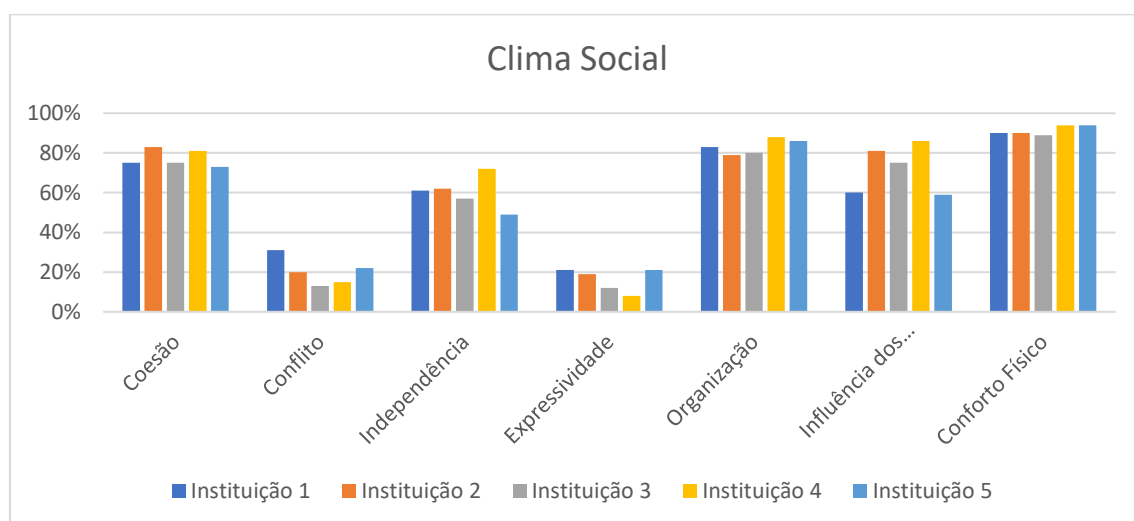


Figura 2. Clima Social, por dimensão de análise, em cada instituição

Analisando cada domínio na Figura 2, verifica-se que a instituição 2 apresenta melhores níveis de coesão (83%), seguida da instituição 4 (81%). Relativamente ao conflito, este é mais verificado na instituição 1 (31%), seguido da instituição 5 (22%), ainda que se verifique uma grande diferença. O domínio da independência é mais elevado na instituição 4 (72%), seguido da instituição 2 (62%). A expressividade é igualmente elevada tanto na instituição 1, como na instituição 5 (21%). A subescala da organização manifesta resultados mais elevados na instituição 4 (88%), seguido da instituição 5 (86%). Relativamente à Influência dos residentes, esta subescala demonstra resultados mais elevados na instituição 4 (86%), seguida da instituição 2 (81%). Por fim, o conforto físico manifesta melhores resultados na instituição 4 e 5 (94%).

Tabela 12. Estatística descritiva por item da Escala de Clima Social para o total dos participantes

	Sim		Total N=50	
	N	%	N	%
Coesão social				
Os residentes recebem muita atenção?	48	96	2	4
Os funcionários passam muito tempo com os residentes?	44	88	6	12
Os funcionários às vezes falam de uma forma autoritária com os residentes?	3	6	47	94
Há muitas atividades sociais?	25	50	25	50
Há muitos residentes que parecem estar aqui a passar o tempo?	7	14	43	86
Geralmente, atende-se de imediato aos pedidos dos residentes?	48	96	2	4
Os funcionários por vezes criticam os residentes por coisas sem importância?	--	--	50	100
Os residentes tendem a manter-se cá?	49	98	1	2
Há conversas muito interessantes?	40	80	10	20
Conflito				
Os residentes às vezes discutem?	3	6	47	94
É pouco costume que os residentes expressem o seu descontentamento?	19	38	31	62
Os residentes por vezes criticam ou contam piadas sobre este local?	15	30	35	70
Os residentes geralmente guardam as suas discordâncias para si?	43	86	7	14
É pouco frequente os residentes queixarem-se uns dos outros?	36	72	14	28
Há sempre paz e tranquilidade?	50	100	--	--
Os residentes perdem muitas vezes a paciência uns com os outros?	8	16	42	84
Os residentes queixam-se muito?	1	2	49	98
Os residentes criticam-se uns aos outros?	7	14	43	86
Independência				
Os residentes geralmente dependem dos funcionários para organizarem as suas próprias atividades?	5	10	45	90
Os residentes geralmente esperam que os funcionários tenham uma ideia ou sugiram uma atividade?	48	96	2	4

Ensina-se aos residentes a lidar com problemas práticos?	35	70	15	30
Ensinam-se muitas coisas novas?	24	48	26	52
Os residentes aprendem a fazer mais coisas por si próprias?	43	86	7	14
Os residentes são muito encorajados a tomar as suas próprias decisões?	45	90	5	10
Os residentes por vezes falam sobre doenças e morte?	21	42	29	58
Os residentes preocupam-se mais com o passado do que com o futuro?	3	6	47	94
Algumas das atividades dos residentes são verdadeiramente estimulantes?	47	94	3	6
Expressividade				
Os residentes são cuidadosos com o que dizem uns aos outros?	49	98	1	2
Fala-se abertamente dos problemas pessoais?	10	20	40	80
Os residentes tendem a esconder os seus sentimentos em relação uns aos outros?	41	82	8	16
Os residentes falam muito dos seus medos e receios?	7	14	43	86
É difícil saber como os residentes se sentem?	12	24	38	76
Os residentes falam muito dos seus sonhos e ambições do passado?	8	16	42	84
Os residentes às vezes falam sobre doenças e morte?	14	28	36	72
Os residentes falam sobre os seus problemas económicos?	2	4	48	96
Os residentes guardam os seus problemas pessoais para si próprios?	43	86	7	14
Organização				
Os residentes sabem sempre localizar os funcionários?	49	98	1	2
As atividades dos residentes são cuidadosamente planeadas?	44	88	6	12
Alguns dos residentes têm um aspeto sujo e descuidado?	3	6	47	94
As normas e regras estão constantemente a mudar?	3	6	47	94
Os residentes sabem o que lhes acontece se não cumprirem as regras?	13	26	37	74
Em certas ocasiões há muita confusão (normas, horários e organização)?	34	68	16	32
Esta instituição está bem organizada?	49	98	1	2
Em algumas ocasiões as coisas são pouco claras?	11	22	39	78
Aqui, as pessoas estão sempre a mudar de opinião?	1	2	49	98
Influência dos residentes				
Os funcionários são muito rígidos no que respeita a regras e regulamento?	45	90	5	10
Por vezes experimentam-se ideias novas e diferentes?	32	64	16	36
Se dois residentes discutem um com o outro, vêem-se metidos em sarilhos?	44	88	6	12
Os funcionários permitem que os residentes não cumpram regras menos importantes?	15	30	35	70
No momento da tomada das decisões têm em conta as sugestões dos residentes?	47	94	3	6
Os residentes têm alguma palavra a dizer no estabelecer de regras?	26	52	24	48
Fazem cumprir as normas e regulamentos de forma severa?	39	78	11	22
Se algum residente não cumpre as normas propõem-se a expulsão?	5	10	45	90
Os residentes podem alterar coisas aqui, se de facto tentarem?	37	74	13	26
Conforto Físico				

A mobília é confortável e simples?	50	100	--	--
Aqui, por vezes, está frio ou sente-se correntes de ar?	1	2	49	98
Os residentes podem ter privacidade sempre que queiram?	47	94	3	6
Este local parece superlotado?	6	12	44	88
Por vezes esta instituição é muito barulhenta?	13	26	37	74
Por vezes cheira mal aqui?	2	4	48	96
Algumas vezes faz calor ou falta ar fresco?	7	14	43	86
A iluminação é muito boa aqui?	49	98	1	2
As cores e a decoração tornam o espaço acolhedor e agradável	43	84	8	16

De forma a descrever a avaliação subjetiva do Clima Social por parte dos participantes, são apresentados na tabela 12, os resultados da estatística descritiva por item obtidos para os sete domínios da ECS.

No domínio da coesão social, os itens que apresentam resultados mais elevados são “Os residentes recebem muita atenção” (96% sim); “Os funcionários às vezes falam de uma forma autoritária com os residentes” (94% não); “Geralmente, atende-se de imediato aos pedidos dos residentes” (96% sim); “Os funcionários por vezes criticam os residentes por coisas sem importância” (100% não) e, por fim “Os residentes tendem a manter-se cá” (98% sim).

Relativamente ao conflito, os itens que apresentam melhores valores de resposta são: “Os residentes às vezes discutem” (94% não); “Os residentes geralmente guardam as suas discordâncias para si” (86% sim); Há sempre paz e tranquilidade” (100% sim); “Os residentes queixam-se muito” (98% não).

Na independência, sobressaem os itens: “Os residentes geralmente dependem dos funcionários para organizarem as suas próprias atividades” (84% não); “Os residentes geralmente esperam que os funcionários tenham uma ideia ou sugiram uma atividade” (96% sim); “Os residentes preocupam-se mais com o passado do que com o futuro” (94% não) e “Algumas das atividades dos residentes são verdadeiramente estimulantes” (94% sim).

Relativamente à expressividade, “Os residentes são cuidadosos com o que dizem uns aos outros” (98% sim); “Os residentes falam muito dos seus medos e receios” (86% não); “Os residentes falam sobre os seus problemas económicos” (96% não) e “Os residentes guardam os seus problemas pessoais para si próprios” (86% sim).

Na organização, os itens com pontuações mais elevados são: “Os residentes sabem sempre localizar os funcionários” (98% sim); “Alguns dos residentes têm aspeto sujo e descuidado” (94% não); “As normas e regras estão constantemente a mudar” (94% não); “A instituição está bem organizada” (98% sim) e “Aqui, as pessoas estão sempre a mudar de opinião” (98% não).

Sobre a influência dos residentes, os itens são: “Os funcionários são muito rígidos no que respeita a regras e regulamento” (90% sim); “Os funcionários permitem que os residentes não cumpram regras menos importantes” (70% não); “No momento da tomada das decisões têm em conta as sugestões dos residentes” (94% sim) e “Se alguns residente não cumpre as normas propõem-se a expulsão” (90% não).

Por fim, no conforto físico, “A mobília é confortável e simples” (100% sim); “Aqui, por vezes, está frio ou sente-se correntes de ar” (98% não); “Por vezes cheira mal aqui” (96% não) e “A iluminação é muito boa aqui” (84% sim).

Caracterização do Clima Social em função de variáveis específicas

Tabela 13. Diferenças nas dimensões do Clima Social em função do género

	Feminino N=37		Masculino N=13		Teste t	p valor
	M	dp	M	dp		
Coesão	,784	,117	,727	,148	1,417	,167
Conflito	,180	,129	,205	,163	1,417	,513
Independência	,622	,121	,530	,130	2,305	,513
Expressividade	,151	,164	,162	,161	-,226	,717
Organização	,826	,149	,821	,107	-,226	,717
Influência dos residentes	,748	,171	,692	,158	1,024	,547
Conforto físico	,910	,094	,906	,042	,204	,011*

‡ p<0,09; *p<0,05; **p<0,01; ***p<0,001

No que se refere à análise de diferenças de domínios do clima social em função do género (tabela 13), verifica-se que as mulheres apresentam resultados superiores na maioria das dimensões, quando comparadas aos homens, nomeadamente na coesão, na independência, na organização, na influência dos residentes e, por fim, no conforto físico. Relativamente à dimensão do conforto físico, foram encontradas diferenças estatisticamente significativas entre homens e mulheres ($t(48)=-,204$; $p=,011$), sendo que as mulheres apresentam melhores resultados ($M=,910$; $dp=,094$), do que os homens ($M=0,906$; $dp=0,042$).

Tabela 14. Associação entre as dimensões do Clima Social e o tempo de institucionalização na ERPI

	Coesão	Conflito	Independência	Expressividade	Organização	Influência dos residentes	Conforto físico	Anos na ERPI
Coesão	1							
Conflito	-,236	1						
Independência	,533***	-,027	1					
Expressividade	,143	,228	,131	1				
Organização	,082	,129	,184	-,002	1			
Influência dos residentes	,478***	-,321*	,426**	-,200	,178	1		
Conforto físico	,041	,108	,014	-,177	,355*	,083	1	
Anos na ERPI	-,133	-,170	-,025	,100	-,290*	,071	-,183	1

De forma a analisar a associação entre o tempo (em anos) em ERPI e as dimensões do clima social, foi realizado o coeficiente de correlação de Pearson (tabela 14). Assim sendo, no que diz respeito à organização, foi encontrada uma correlação moderada ($r=-0,290$; $p=0,41$), o que sugere que, quanto mais tempo na instituição, menor é a preocupação com questões de organização dentro da mesma.

Análise da relação entre as dimensões da escala do clima social e a percepção de qualidade de vida

Tabela 15. Associação entre as dimensões do Clima Social e os domínios do WHOQOL-Bref

	Coesão	Conflito	Independência	Expressividade	Organização	Influência dos residentes	Conforto físico	Qualidade de vida - Domínio Geral	Domínio Físico	Domínio Psicológico	Domínio das Relações Sociais	Domínio ambiental
Coesão	1											
Conflito	-,236	1										
Independência	,533***	-,027	1									
Expressividade	,143	,228	,131	1								
Organização	,082	,129	,184	-,002	1							
Influência dos residentes	,478***	-,321*	,426**	-,200	,178	1						
Conforto físico	,041	,108	,014	-,177	,355*	,083	1					
Qualidade de vida - Domínio Geral	,038	-,019	-,100	,251 ₣	-,164	-0,020	-,032	1				
Domínio Físico	,110	-,109	,043	,068	,036	,295*	,258 ₣	,404**	1			
Domínio Psicológico	,266 ₣	-,418**	,147	-,084	-,051	,178	-,068	,222	,262 ₣	1		
Domínio das Relações Sociais	,056	-,023	,045	,036	,095	,282*	-,141	,338*	,236	,208	1	
Domínio ambiental	,054	-,202	-,056	-,013	-,035	,115	-,029	,471**	,534**	,375**	,349*	1

₣ p<0,09; *p<0,05; **p<0,01; ***p<0,001

No sentido de analisar a associação entre os domínios da qualidade de vida e as dimensões do clima social, foi realizado o coeficiente de correlação de Pearson (tabela 15).

Começando por analisar as correlações existentes entre as dimensões da escala do clima social, verifica-se na expressividade uma correlação positiva fraca ($r=,533$; $p<,01$) com a coesão, o que significa que à medida que os níveis de expressividade aumentam, a coesão aumenta igualmente. Na influência dos residentes com a coesão foi, também, verificada uma correlação positiva fraca ($r=,478$; $p<,001$), o que significa que à medida que os níveis de influência dos residentes aumentam, também os valores da coesão aumentam. Continuando no domínio da influência dos residentes, verificou-se uma correlação negativa com a dimensão de conflito ($r=-,321$; $p=,023$), o que significa que conforme os níveis de influência dos residentes vão aumentando, os níveis de conflito diminuem. Por fim, foi ainda verificada uma correlação positiva fraca ($r=,426$; $p=,002$) entre a influência dos residentes e a independência, o que sugere que à medida que a influência dos residentes aumenta, também a independência aumenta.

Continuando dentro das correlações entre as escalas do clima social, manifestou-se uma correlação positiva fraca entre o conforto físico e a organização ($r=,355$; $p=,011$), o que significa que conforme os níveis de conforto físico vão aumentando, também os níveis de organização aumentam.

Analisando as associações existentes entre os domínios do clima social com os domínios da qualidade de vida, foi possível verificar uma correlação marginalmente significativa entre a percepção de qualidade de vida geral com a expressividade ($r=,251$; $p=,079$), demonstrando que à medida que um aumenta o outro aumenta também. Entre o domínio físico e a influência dos residentes foi verificada uma correlação positiva fraca ($r=,295$; $p=,037$), demonstrando, igualmente, que consoante os níveis de capacidade física vão aumentando também a influência dos residentes na ERPI aumentam. Continuando no domínio físico este associa-se, ainda, de forma marginalmente significativa ao conforto físico ($r=,258$; $p=,071$) e à percepção de qualidade de vida no geral ($r=,404$; $p=,004$), através de uma correlação fraca, demonstrando que à medida que o domínio físico aumenta, também o conforto físico e a percepção de qualidade de vida aumentam. Relativamente ao domínio psicológico, este apresenta uma associação marginalmente significativa com a coesão ($r=,266$; $p=,061$), na medida em que consoante o domínio psicológico aumenta, também os níveis de coesão aumentam. Contrariamente, o domínio psicológico apresenta uma correlação negativa fraca com o conflito ($r=-,148$; $p=,003$), significando que conforme o domínio psicológico aumenta, o conflito diminui. Por fim, relativamente ao domínio psicológico e relacionando o com uma subescala também da qualidade de vida, foi verificada uma correlação marginalmente significativa com o domínio

físico ($r=,262$; $p=,006$), permitindo perceber que à medida que o domínio psicológico aumenta, também o domínio físico aumenta.

Passando para o domínio das relações sociais, foi verificada uma correlação positiva fraca com a influência dos residentes ($r=,282$; $p=,047$) e com a percepção da qualidade de vida no geral ($r=,338$; $p=,016$), demonstrando que conforme os níveis de relações sociais aumentam, também a influência dos residentes na ERPI aumenta e consequentemente a percepção de qualidade de vida melhora também.

Entrando no último domínio, o domínio ambiente, este estabelece associações positivas fracas com a percepção da qualidade de vida no geral ($r=,471$; $p<,001$), com o domínio físico ($r=,534$; $p<,001$), com o domínio psicológico ($r=,375$; $p=,007$) e com o domínio das relações sociais ($r=,349$; $p=,013$), demonstrando que consoante os níveis do domínio ambiente aumentam, também os valores da percepção da qualidade de vida, do domínio psicológico e do domínio das relações sociais aumentam.

Discussão dos Resultados e Conclusão

Com base nos resultados obtidos e considerando o objetivo do estudo, é importante discutir os principais resultados à luz da teoria e investigação no domínio. Esta discussão seguirá, por isso, a ordem de apresentação dos resultados no capítulo anterior.

Desta forma, importa, neste momento, proceder a uma síntese dos principais resultados obtidos no estudo. Assim, a amostra envolveu 50 participantes, , com idades compreendidas entre os 63 e os 96 anos. Maioritariamente viúvos, com filho , pouco escolarizados, reformados e com rendimentos entre os 501€ e 600€, consideram viver com algumas dificuldades face ao rendimento mensal disponível. Relativamente ao tempo de institucionalização, regista-se uma grande variabilidade na medida em que os participantes estão institucionalizados entre 1 e 14 anos.

Tendo em conta as características sociodemográficas dos participantes (maioritariamente do sexo feminino, com 80 ou mais anos, viúvas e reformadas) verificamos que os resultados vão de encontro às evidências prévias da investigação. Moreira (2020) aborda a feminização da velhice e podemos comprovar o mesmo com os resultados do presente estudo. Também Almeida (2020) destaca o predomínio do sexo feminino na população idosa. Relativamente à institucionalização em ERPI, algumas investigações realizadas por Almeida et al. (2020), revelam igualmente que a maioria dos idosos institucionalizados são do sexo feminino, viúvas, com escolaridade baixa e com idade superior a 80 anos. Almeida (2020) confirma a predominância do sexo feminino em ERPI, mencionando que a mesma está associada à maior longevidade feminina e à maior vulnerabilidade após o processo de luto e consequente viuvez, conduzindo, muitas vezes, ao processo de institucionalização.

Relativamente à idade dos participantes, esta varia entre os 63 e os 96 anos, sendo a idade média de 83,14 anos. Rezende Dutra et al., (2016), assinalam que a idade avançada é um fator chave para a institucionalização que, por norma, ocorre acima dos 75 anos. Estudos no domínio, defendem que a média de idades se localiza nos 80 ou mais anos, indo, assim, de encontro aos dados obtidos no presente estudo.

Abreu (2022), defende que a viuvez é muito frequente e uma das razões que pode conduzir à institucionalização, uma vez que os idosos tendem a perder o apoio social e familiar. Neste estudo, a maior parte dos participantes são viúvos o que acaba por refletir essa tendência.. Fernandes (2015), estabeleceu uma relação direta entre baixos níveis de escolaridade e pobreza entre idosos. Em idosos institucionalizados a condição de pobreza é algo frequente, uma vez que tendem a lidar com pensões e rendimentos baixos, traduzindo-se numa maior dificuldade para viver. De facto, a maioria dos participantes deste estudo apresenta rendimentos entre os 501-1000€, refletindo algumas limitações ao nível financeiro.

Sobre as áreas da última profissão, as principais são: agricultura, costura, trabalho doméstico e construção civil. Sobre este assunto, profissões como a agricultura, a construção civil e os serviços domésticos são as profissões predominantes entre os idosos institucionalizados, o que conduz a um comprometimento das suas condições socioeconômicas.

Relativamente ao tempo médio de institucionalização, este é de 5,76 anos, com uma variação entre 1 e 14 anos. Perlini et al. (2007) e Fonseca et al., (2011) defendem que o tempo de institucionalização está relacionado com diversos fatores, nomeadamente:

1. Declínio cognitivo e físico: idosos com demências e/ou comprometimento físico grave apresentam uma maior probabilidade de serem institucionalizados devido ao aumento das necessidades de cuidados;
2. Condições de saúde mental: depressão e outros transtornos mentais estão associados à institucionalização devido a um sentimento de incapacidade de continuar a viver de forma independente;
3. Falta de suporte familiar: a ausência de apoio familiar adequado ou o esgotamento dos cuidadores familiares é um fator que muitas vezes conduz à institucionalização;
4. Condições sociais e económicas: dificuldades financeiras e limitações de acesso a serviços de saúde e suporte domiciliar aumentam a probabilidade de os idosos serem institucionalizados.

Além disto, os autores também abordam a importância de entender as necessidades contínuas dos residentes, sobretudo no que se refere ao apoio emocional, interação social e cuidados especializados, no sentido de se promover a qualidade de vida dos idosos institucionalizados.

Sobre a caracterização das instituições que participaram no estudo, a capacidade das mesmas variava entre os 16 e os 34 residentes, sendo que o número de participantes no estudo variou entre 7 e 18 pessoas, dependendo de cada instituição. A distribuição dos participantes vai de encontro à capacidade de cada instituição, com um número de participantes que não ultrapassava a capacidade máxima. Todavia, Tao et al., (2018) mencionam que, por vezes, problemas de sobrelotação podem realmente acontecer, colocando em causa a qualidade do serviço prestado por cada instituição e a própria privacidade dos residentes. Segundo Stokols (1972) a sensação de aglomeração pode causar stress nos residentes. Por sua vez, Salyers et al. (2014) defendem que os colaboradores lidam diariamente com diversos desafios tendo de prestar cuidados a muitos residentes o que exige cuidados diferenciados e pode representar uma maior carga de trabalho. Dessa forma, e seguindo a mesma linha de pensamento, compreende-se que instituições pequenas podem permitir mais facilmente um melhor acompanhamento, isto é, um acompanhamento mais próximo e personalizado de acordo com as necessidades de cada

residente. Em instituições maiores, como a instituição 4 (capacidade para 34 residentes), por exemplo, são disponibilizados mais recursos e atividades, contudo pode ser mais complicado garantir um bom atendimento, sendo este mais padronizado.

No que diz respeito às variáveis em estudo, mais especificamente a Qualidade de Vida, começamos por apresentar e discutir os resultados referentes aos domínios da qualidade de vida da WHOQOL-Bref para o total de participantes. Verificou-se que os domínios da qualidade de vida com melhores pontuações foram os domínios ambiente e psicológico e, contrariamente o domínio físico e o da faceta geral apresentaram os valores mais baixos.

Relativamente ao domínio ambiente, este apresentou uma pontuação consistente com as médias obtidas noutros estudos. Estes valores revelam que as instituições oferecem condições favoráveis no que se refere às infraestruturas, segurança e acesso dos residentes aos cuidados que necessitam. Tal poderá estar relacionado com o facto de os participantes estarem satisfeitos com o contexto onde residem. Assim sendo, em instituições que ofereçam um ambiente seguro e adequado, as pontuações no domínio ambiente tendem a ser mais elevadas. Também Silva (2015), indica no seu estudo que é o domínio do meio ambiente da WHOQOL que apresenta melhores indicadores de qualidade de vida.

No domínio psicológico a pontuação média encontra-se acima da esperada, demonstrando que apesar das dificuldades comuns que estão associadas ao processo de institucionalização, os participantes apresentam um bom nível de bem-estar psicológico. No entanto, o intervalo amplo de 12,50-95,83 sugere uma grande variação no estado emocional dos participantes.

Relativamente ao domínio das relações sociais, a pontuação média vai de encontro ao que seria expectável, demonstrando um bom ambiente social dentro de cada instituição. Associadas a estes resultados positivos podem estar as atividades coletivas, o apoio prestado nas instituições ou mesmo a possível existência de programas que contribuam para o bem-estar social dos participantes. Tudo isto pode justificar os bons resultados deste domínio. Neto (2014) menciona que o domínio das relações sociais pode ser influenciado pelo sentimento de solidão quando as relações sociais não são suficientes para o indivíduo, sejam estas relações com familiares, amigos ou até mesmo colaboradores da instituição, o que está diretamente relacionado com a qualidade de vida do idoso. Estudos apontam para pontuações entre os 60-70 como as mais comuns nesse domínio, variando sempre de acordo com a frequência e qualidade das interações sociais.

Sobre a perceção da qualidade de vida geral, a pontuação reflete uma perceção positiva e que vai ao encontro dos resultados de outros estudos também envolvendo idosos institucionalizados. Todavia, a ampla variação entre os mínimos e máximos (25-100), pode

sugerir que alguns idosos possam ter uma percepção de qualidade de vida muito negativa, enquanto outros têm uma percepção mais positiva, podendo isto estar relacionado com as diferentes formas de adaptação ao processo de institucionalização. Fleck (2000) informam que a qualidade de vida geral está relacionada com diversos fatores, nomeadamente: saúde física, mental, apoio social e ambiental. Revelam, ainda, que a qualidade de vida geral varia entre 60-70.

Por fim, naquilo que se refere a este assunto, o domínio físico é o domínio que apresenta pontuação mais baixa e isto pode dever-se a algumas limitações específicas associadas que os idosos enfrentam devido à idade. Os resultados obtidos neste domínio, apesar de manifestarem piores resultados quando comparados a outros domínios, são ainda elevados o que poderá indicar que, ainda que os participantes enfrentem desafios no que se refere ao nível físico, manifestam uma percepção moderada relativamente à sua capacidade física. Estes resultados podem ser explicados pelos diversos níveis de assistência e suporte que os residentes recebem em cada instituição. Fox (2000), no seu estudo, indica que o facto das autopercepções no domínio físico serem cada vez mais importantes levou a considerarmos que tenham adquirido propriedades intrínsecas no bem-estar mental (Sonstroem & Potts, 1996).

Após analisar cada domínio de qualidade de vida da WHOQOL-Bref para o total dos participantes, os resultados apresentados neste estudo vão ao encontro do que é a tendência na literatura, mostrando o domínio físico como o domínio mais afetado e os domínios ambiente e relações sociais como os mais valorizados. Neste estudo, também o domínio psicológico surge com uma boa pontuação. Relativamente à percepção de qualidade de vida no geral, esta apresenta algumas variações entre os participantes, o que pode estar relacionado com os desafios que cada instituição enfrenta e os graus de apoio disponíveis.

Relativamente às diferenças nos domínios da qualidade de vida em função de características específicas, verificamos que existem diferenças estatisticamente significativas em função da idade no domínio psicológico, das relações sociais e no ambiente.

No domínio psicológico, o grupo de participantes da quarta idade (85+ anos) apresenta resultados superiores relativamente aos da terceira idade (63-84 anos). Rowe e Kahn (1997) defendem que o bem-estar psicológico depende da forma como os participantes conseguem manter o seu funcionamento cognitivo, emocional e social. Todavia, cada instituição pode facilitar ou dificultar esse processo. Muitos idosos mais velhos, ao longo do seu percurso de vida, desenvolvem habilidades de adaptação. Dependendo dos desafios que cada pessoa vai enfrentando, o nível de resiliência pode aumentar, conduzindo a uma maior satisfação a nível psicológico (Rowe & Kahn, 1997). Baltes e Smith (2003) defendem que idosos com 85+ anos podem demonstrar maior capacidade de adaptação e essa facilidade pode estar associada à

diminuição de expectativas e ao ajuste da vertente emocional naquilo que se refere à realidade do processo de envelhecimento. Tudo isto pode conduzir a uma sensação de estabilidade e de tranquilidade emocional. Idosos com 85+ anos já não se encontram tão associados a papéis sociais ou familiares, o que acaba por proporcionar uma diminuição das preocupações e das expectativas em relação à vida no geral, sendo uma fase da vida que se caracteriza, essencialmente, pela procura de tranquilidade e conforto emocional, transmitindo uma maior sensação de bem-estar psicológico (Carstensen et al., 1999).

Relativamente ao domínio das relações sociais, também o grupo da quarta idade (85+ anos) apresenta resultados superiores comparativamente aos participantes da terceira idade (63-84 anos), observando-se diferenças estatisticamente significativas. A literatura no domínio demonstra que idosos com 85+ anos tendem a valorizar mais a qualidade das suas relações sociais do que a quantidade (Carstensen, 1992). Esta ideia é apresentada na teoria da seletividade socioemocional de Carstensen (1992), teoria essa que defende a ideia de que à medida que as pessoas vão envelhecendo tendem a priorizar as relações que transmitem maior suporte emocional, colocando de parte as relações mais superficiais ou que, de certa forma, lhes transmitem algum stress. Tudo isto resulta numa perceção de maior qualidade nas relações sociais, tendo em conta que se focam em laços mais profundos. Antonucci (2001) relata que com a permanência prolongada em instituições, os idosos tendem a formar relações de qualidade com os cuidadores e mesmo com os outros residentes. Estas relações transmitem aos participantes uma sensação de pertença e de suporte contínuo, podendo aumentar a qualidade de vida naquilo que diz respeito às relações sociais. Cornwell et al. (2008) defendem que os idosos mais velhos beneficiam de redes sociais pequenas, assim como a ideia de que as redes sociais e a conectividade durante o processo de envelhecimento são fatores importantes para esta população. As experiências de vida podem conduzir a uma redução e consequente melhora na qualidade das relações que se baseiam em fatores como o apoio mútuo, melhor convivência e o próprio contexto cultural, acabando por serem cruciais para a qualidade de vida (Fung et al., 2001).

No que se refere ao domínio do ambiente, também se observaram diferenças significativas em relação aos grupos de idade, voltando a quarta idade (85+anos) a apresentar melhores indicadores do que a terceira idade (63-84 anos). O facto de as pessoas idosas terem acesso a ambientes adaptados, como as ERPI, pode significar que condições adequadas e seguras proporcionam um ambiente propício ao bem-estar (Machado, 2016). Nas ERPI pode registar-se uma redução da capacidade para realizar tarefas ou assumir algumas responsabilidades, sendo que o ambiente – mais focado no autocuidado – pode tornar-se menos stressante e promover uma melhor qualidade de vida (Carstensen et al., 2003). Estes contextos, por norma, fornecem

acessibilidade, suporte e segurança, o que pode conduzir a uma maior satisfação relativamente ao domínio ambiental. Carstensen et al. (2003) defendem ainda que indivíduos mais velhos desenvolvem mais facilmente uma melhor avaliação do ambiente, uma vez que as prioridades se alteram e começam a valorizar cada vez mais fatores como o conforto e a segurança que cada ambiente proporciona. Quando maior o conforto e a segurança, mais positiva será a satisfação com o ambiente.

Assim, é possível verificar que a literatura no domínio permite enquadrar os resultados obtidos no presente estudo. Mais especificamente, podemos compreender alguns aspetos relativamente às diferenças nos domínios da qualidade de vida em função da idade, nomeadamente: idosos até aos 84 anos apresentam um melhor desempenho no domínio físico, tendo um menor impacto de doenças crónicas e uma maior mobilidade; idosos com 85+ anos, apesar das limitações físicas, podem apresentar um maior nível de resiliência psicológica e um círculo social mais coeso, contudo menor, tornando-o mais significativo e resultando em indicadores mais elevados nos domínios psicológico e das relações sociais; a perceção do ambiente tende a ser positiva em ambos os grupos de idade, sendo que os mais velhos valorizam mais os fatores de estabilidade e acessibilidade; a perceção geral da qualidade de vida não é muito diferente de um grupo para o outro, o que pode estar relacionado com o processo de adaptação ao envelhecimento ser diferente de pessoa para pessoa.

No que concerne às diferenças nos domínios da qualidade de vida em função do género, verificam-se diferenças significativas no domínio físico entre homens e mulheres, sendo que os homens apresentam melhores resultados neste domínio quando comparados com as mulheres. No geral, estudos demonstram que homens idosos tendem a apresentar melhores condições de saúde física quando comparados com as mulheres. Isto pode estar relacionado com fatores como a prevalência de doenças crónicas e com a gravidade das condições de saúde, superiores no caso das mulheres. Os mesmos autores revelam que, embora os homens geralmente tenham uma expectativa de vida mais curta, tendem a desfrutar de melhor saúde física durante o processo de envelhecimento. Carvalho e Madruga (2011) mencionam também que os homens tendem a apresentar níveis mais elevados de atividade física, sendo que por norma a atividade física está relacionada a uma melhor saúde física e a maior qualidade de vida.

A investigação sugere ainda que os homens tendem a apresentar uma visão mais otimista sobre a saúde do que as mulheres, ainda que as suas condições de saúde não sejam muito melhores. Este aspeto conduz a uma melhor perceção de qualidade de vida física (Pinquart & Sorensen, 2006).

Abordando os restantes domínios da qualidade de vida em função do género, os homens apresentam valores superiores no domínio das relações sociais e na perceção da qualidade de

vida em geral. Em contrapartida, as mulheres apresentam resultados superiores no domínio psicológico e no domínio ambiente. Relativamente ao domínio psicológico, embora não existam diferenças significativas entre homens e mulheres, a literatura sugere que as mulheres podem apresentar uma vantagem no bem-estar e no suporte emocional relativamente aos homens (Pinquart & Sorensen, 2006). Antonucci,(2020) relatam que, por norma, as mulheres apresentam maiores redes de apoio e expressam mais facilmente as suas emoções, favorecendo a sua saúde mental. Esta, vão desenvolvendo ao longo da vida um conjunto de estratégias para lidar com situações de stress e outras adversidades e tal pode conduzir a uma melhor perceção da qualidade de vida no domínio psicológico. No domínio das relações sociais, igualmente não se verificando diferenças estatisticamente significativas e pelas médias tão próximas, compreende-se que tanto os homens como as mulheres valorizam e mantêm redes sociais. Estudos demonstram que a socialização e o suporte social são importantes para o bem-estar na velhice, independentemente do género (Holt-Lunstad et al., 2010). As mulheres tendem a apresentar elevadas expectativas relativamente ao apoio familiar e quando essas expectativas não são atingidas, isso pode gerar frustração. Por sua vez, os homens não manifestam expectativas tão elevadas relativamente ao apoio dos familiares e, dessa forma, mais facilmente se sentem satisfeitos com as interações sociais que vão estabelecendo em ambiente institucional (Antonucci, 2020). Todavia, à medida que vão envelhecendo podem vivenciar perdas significativas, levando a uma necessidade de reconfiguração relativamente às suas redes sociais. Tudo isto pode resultar num aumento da dependência de suporte familiar ou procura de novas amizades.

Sobre o domínio ambiente, as mulheres apresentam melhores resultados quando comparadas com os homens, ainda que não existam diferenças estatisticamente significativas. Isto vai ao encontro do que é mencionado na literatura pois segundo Almeida e Rodrigues (2008), o ambiente institucional é importante para a qualidade de vida do idoso e para o seu processo de envelhecimento. O ambiente deve proporcionar diversas experiências que possibilitem ao idoso manter-se ativo de forma a melhorar a sua qualidade de vida, tendo, desta forma, tanto impacto para as mulheres como para os homens. Segundo Jacobi et al., (2015), as mulheres assumem, muitas vezes, um papel de liderança e apresentam uma maior necessidade de participar em processos de tomada de decisão no ambiente onde estão inseridas. Assim, as mulheres podem apresentar uma perceção mais positiva relativamente ao ambiente da instituição, comparativamente aos homens. Com efeito, há um maior sentimento de comunidade nos ambientes em que as pessoas sentem que possuem uma maior influência e onde são ouvidas (Ornelas, 2008).

Relativamente à percepção geral de qualidade de vida, os homens apresentam melhores resultados comparativamente às mulheres. A este propósito, Havighurst (1961) sugere que, independentemente do género, as pessoas podem encontrar satisfação relativamente às suas vidas através de fatores socioemocionais ou até mesmo físicos que se assemelham em ambos os géneros, apesar das diferenças presentes noutros domínios. Estudos revelam que as mulheres apresentam piores indicadores de qualidade de vida quando comparadas com os homens (Daniel et al., 2018). Da mesma forma, Correia (2014) revela que o género masculino apresenta uma melhor percepção de qualidade de vida.

Na mesma linha, Fernandes et al., (2019) afirmam que o género é um fator que pode explicar parte das diferenças encontradas ao longo do processo de envelhecimento e que se tendem a acentuar com o avançar da idade.

No que diz respeito às diferenças entre os domínios da qualidade de vida em função de ter ou não filhos, verificaram-se diferenças significativas no domínio ambiente, sendo que os participantes que não têm filhos apresentaram indicadores de qualidade de vida mais elevados. Estudos sugerem que a qualidade de vida pode variar entre pais e não pais, dependendo das expectativas e de possíveis experiências que cada pessoa tem. Alguns estudos indicam que a parentalidade pode proporcionar satisfação e um sentimento de realização, enquanto para outras pessoas pode estar associada a algumas limitações significativas. Bronfenbrenner (1978), na teoria da Ecologia Ambiental sugere que o ambiente físico, nomeadamente as características do mesmo, a segurança e o acesso a áreas recreativas, pode afetar o desenvolvimento da criança e a própria qualidade de vida das famílias. Assim, famílias com crianças podem ter necessidades específicas em relação ao ambiente em que residem, necessidades essas que não são sentidas pelos “não pais”, podendo o contexto ambiental constituir um desafio ou uma limitação, sobretudo na segurança, uma vez que é uma prioridade. De forma resumida, a estimulação cognitiva, o apoio emocional e o ambiente físico com maior impacto no desenvolvimento de uma criança, são preocupações que adultos com filhos têm, contrariamente aos adultos “não pais”.

Embora estes resultados não fossem os esperados e os mais descritos na literatura no domínio, importa apresentar algumas ideias que, em parte, podem ajudar a explicar os resultados obtidos neste estudo. De certa forma, idosos sem filhos podem valorizar mais a sua autonomia e independência, traduzindo-se numa percepção mais positiva do ambiente. Em parte, a ausência de filhos pode permitir uma liberdade maior no que se refere à escolha do ambiente onde residir e nas atividades que pretendem realizar, sem terem a influência dos filhos nas suas escolhas. Este grupo parece valorizar mais a sua independência, contudo podem enfrentar desafios ao nível de apoio social. Por sua vez, idosos com filhos podem beneficiar de um suporte

facilitador de autonomia, mas também podem estar sujeitos a situações de maior pressão ou responsabilidade, tornando-se limitante (Gomes et al., 2021). Dito de outro modo, os idosos com filhos podem ter suporte, mas também enfrentam desafios relativamente às expectativas do cuidado, uma vez que relações familiares podem ser complicadas e podem influenciar a percepção do ambiente (Gomes et al., 2021). Os idosos sem filhos, por sua vez, podem estar mais adaptados à vida em ambientes institucionais, considerando-os como um novo lar. Isto pode levar a uma melhor percepção do ambiente do que os idosos que têm filhos, uma vez que não sentem responsabilidades familiares na tomada de decisão e, dessa forma, podem ter uma visão mais positiva do processo de institucionalização (Rowles, 1983).

Abordando individualmente cada domínio, embora não se tenham observado diferenças estatisticamente significativas, o grupo de participantes sem filhos apresenta resultados superiores na maioria dos domínios, nomeadamente: domínio físico, domínio psicológico e, como mencionado anteriormente, no domínio ambiente. Em contrapartida, os participantes com filhos apresentam melhores resultados no domínio das relações sociais e na percepção geral da qualidade de vida.

No que se refere ao facto de os participantes sem filhos apresentarem pontuações superiores em domínios como o físico e o psicológico, isto pode acontecer devido ao facto de os idosos sem filhos apresentarem normalmente maior autonomia e mais facilidade em controlar a sua saúde física. Esta autonomia pode estar associada ao facto de já estarem habituados a praticarem de forma mais rigorosa o seu autocuidado, incluindo a adesão do próprio a possíveis medicamentos ou tratamentos médicos e, ainda, participação em atividades físicas.

Por sua vez, os idosos que têm filhos podem estar sujeitos a situações de stress emocional relacionado a dinâmicas familiares, como conflitos entre gerações ou, simplesmente, uma certa preocupação com o bem-estar dos filhos. Contrariamente, os idosos sem filhos tendem a sofrer de menos situações de tensão familiar, o que conduz a um menor desgaste emocional. Todavia, não significa que os idosos sem filhos experienciem maiores sentimentos de solidão, satisfação ou mesmo infelicidade, embora estes possuam redes de suporte menos coesas, na maioria das vezes, do que os idosos que têm filhos (Vikström et al., 2011). A ausência de filhos permite aos idosos residentes em instituições, um envolvimento mais ativo em atividades que promovam a saúde física e mental (Ziegler e Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de São Paulo-FAPESP, 2020)).

No que se refere aos resultados obtidos pelos idosos com filhos no domínio das relações sociais e na percepção geral da qualidade de vida, a literatura sugere que estes resultados fossem esperados, uma vez que ter filhos se traduz habitualmente em relações sociais de qualidade e suporte sempre que necessário, contribuindo para bons resultados no domínio das relações e

consequentemente numa melhor percepção da qualidade de vida. Idosos com filhos apresentam menor risco de isolamento social, sentindo-se menos sós. Por norma, quantos mais filhos têm, maior será a sua rede de suporte social e emocional e, consequentemente, melhor a percepção de qualidade de vida (Chan et al., 2020). Além disso, idosos com filhos apresentam uma melhor percepção geral da qualidade de vida, uma vez que o suporte emocional desempenha um papel muito importante na construção de uma percepção positiva relativamente ao processo de envelhecimento e da própria vivência em instituições.

No que se refere às diferenças nos domínios da qualidade de vida em função da dificuldade para fazer face às despesas mensais, verificamos que apesar de não se observarem diferenças estatisticamente significativas, é o grupo que gera as despesas com “alguma facilidade” que reporta indicadores de qualidade de vida superiores quando comparados com os participantes que vivem com “alguma dificuldade”. A este propósito, a literatura sugere, de forma geral, que as dificuldades a nível financeiro afetam negativamente vários domínios da qualidade de vida. Isto porque pessoas com maiores dificuldades económicas não têm tanta diversidade de formas para controlar a sua saúde, estando muitas vezes expostas a níveis elevados de stress e ansiedade e a condições de vida pouco favoráveis, o que pode conduzir a percepções inferiores de qualidade de vida. Estas dificuldades afetam também a saúde a nível mental, promovendo situações de stress, problemas interpessoais, baixa autoestima e podem conduzir a um esgotamento emocional (Romano, 2023).

Desta forma, concluímos que, ainda que não tenham sido verificadas diferenças estatisticamente significativas, a estabilidade financeira é um fator chave para uma melhor qualidade de vida em diversos aspetos da vida diária.

Analisada a associação entre os domínios da qualidade de vida e o tempo de institucionalização na ERPI, foi encontrada uma correlação positiva moderada com a percepção geral de qualidade de vida o que sugere que quanto mais tempo na instituição, melhor a percepção geral da qualidade de vida. Este resultado vai ao encontro do que é mencionado na literatura, na medida em que esta sugere que conforme o tempo de institucionalização aumenta, maior é a capacidade dos idosos para se adaptarem ao ambiente, conduzindo a uma melhoria da percepção geral da qualidade de vida. Segundo Zhao et al. (2023) a adaptação às rotinas e ao ambiente facilita o processo de aceitação da institucionalização e contribui para uma melhor avaliação geral da qualidade de vida. A adaptação à institucionalização pode ser algo bastante desafiador, contudo os idosos vão desenvolvendo sensações de segurança, conforto com as rotinas e possibilidade de acesso a cuidados de saúde e sociais, contribuindo isso para uma melhor percepção de qualidade de vida.

Verificou-se também uma correlação positiva moderada entre o tempo de institucionalização e o domínio físico, indicando que pessoas com mais tempo na instituição reportam melhores indicadores no domínio físico. Isto reflete o cuidado prestado pela instituição a cada residente e o acesso aos serviços que podem conduzir a uma melhoria da saúde física ao longo do tempo na instituição. Sobre este assunto, Kane (2001) sugere que as instituições bem equipadas oferecem cuidados mais conscientes e individualizados, resultando na estabilidade ou inclusivamente melhoria do estado físico de cada idoso. Por fim, observou-se uma correlação positiva moderada entre o tempo na instituição e o domínio psicológico. Estudos indicam que o apoio a nível emocional prestado em cada instituição e as oportunidades de interação social que os residentes têm dentro da instituição podem reduzir sentimentos de ansiedade e depressão. Assim, conforme os idosos se vão adaptando à instituição, o seu bem-estar psicológico tende a melhorar (Onunkwor, 2016).

Relativamente à variável do Clima Social e começando por analisar as instituições individualmente, observamos que a instituição 4 é a que se destaca positivamente em diversos critérios, sobretudo na vertente da independência, organização, influência dos residentes e conforto físico. A independência é essencial para o bem-estar dos residentes (Oliveira et al., 2010), pois à medida que envelhecem, a qualidade de vida é influenciada pela capacidade de manter a autonomia e independência. Relativamente à organização, um ambiente organizado transmite segurança e conforto aos residentes pois conhecem as rotinas e as regras de funcionamento. Guedes (2008) defende que o quotidiano numa instituição se baseia em rotinas, regras, e normas previamente estabelecidas, sendo raramente alteradas, o que conduz a que os idosos, consoante o tempo que vão estando institucionalizados, se vão habituando às rotinas e estranhando as mesmas cada vez menos. Ao iniciar o processo de institucionalização o idoso passa por diversas situações que podem conduzir a sentimentos de stress e desconforto. Contudo, esses sentimentos vão-se normalizando à medida que o tempo de institucionalização vai aumentando (Marques, 2017). Além disso, a participação dos residentes na tomada de decisão aumenta a sensação de confiança e bem-estar dos mesmos (Brito et al., 2017) e, por fim, no que se refere ao conforto físico, este é um fator positivo uma vez que afeta diretamente a qualidade de vida de cada residente ao garantir conforto, privacidade e bem-estar físico, assim como ao permitir aos idosos adaptarem-se à instituição. De certa forma, o conforto físico também se encontra relacionado com a manutenção do contacto com os restantes residentes e familiares, destacando a qualidade das relações sociais para a promoção do bem-estar (Flores et al., 2020).

No que se refere à análise de diferenças de domínios do clima social em função do género, verificou-se que as mulheres apresentam resultados superiores na maioria das

dimensões, nomeadamente na coesão, independência, organização, influência dos residentes e conforto físico. Sobre este assunto, Hong Ong et al., (2024) referem que as mulheres idosas valorizam mais os relacionamentos e a comunicação e que isso pode contribuir para melhores pontuações na dimensão da coesão.

Isto porque, a facilidade de socialização e o grau em que os funcionários ajudam e apoiam os residentes, assim como o grau de relacionamento e apoio entre os próprios residentes remetem para o quão importante é o apoio social para a perceção sobre o clima social numa instituição. Renk et al., (2022) defendem ainda que as mulheres são mais resilientes em ambientes de cuidado, tendo mais facilidade na adaptação ao espaço e às circunstâncias do mesmo. Essa capacidade de adaptação pode conduzir a pontuações mais elevadas na dimensão da organização. Por fim, relativamente à independência, Jacobi et al., (2015) assinalam que as mulheres mantêm redes de apoio mais coesas, proporcionando-lhes uma certa segurança e capacidade de tomada de decisão de forma mais independente. Também a capacidade de resiliência face ao processo de institucionalização pode contribuir para uma melhor perceção da independência, pois aqueles que apresentam maiores níveis tendem a lidar melhor com novas situações e até mesmo com a transição para a instituição. Importa referir o *coping* resiliente que pode funcionar como um preditor da saúde aos idosos, demonstrando que uma boa adaptação à instituição pode estar associada a melhores níveis de bem-estar (Lopes, 2015).

Relativamente à dimensão do conforto físico, foram encontradas diferenças estatisticamente significativas entre homens e mulheres, sendo que as mulheres apresentam melhores indicadores do que os homens. Por norma, as mulheres valorizam mais o ambiente onde residem, priorizando a forma como os ambientes residenciais estão esteticamente organizados e o conforto que proporcionam. Estudos revelam que a sensação positiva de conforto físico pode trazer vários benefícios para os idosos institucionalizados, nomeadamente uma melhoria do bem-estar e qualidade de vida. O conforto e a privacidade em estruturas residenciais são vistos como dois fatores importantes para os residentes e para uma fácil adaptação à nova instituição (Cruz, 2014). Além disso, podemos, de certa forma, relacionar o conforto físico com o ambiente. Isto porque, ambientes que procuram priorizar o conforto físico podem ser valorizados pelas mulheres, refletindo as suas expectativas e necessidades, sendo, sobretudo, importante em ERPI pois é necessário adaptar o espaço às necessidades de cada residente (Cruz, 2023). A diferença estatisticamente significativa entre os géneros pode ser entendida como um alerta para as instituições considerarem algumas diferenças de perceção entre homens e mulheres no momento do planeamento dos espaços.

Ainda sobre este assunto, Carp e Carp (1984), através da teoria da adaptação ao ambiente, referem que as pessoas ajustam o seu comportamento tendo em conta as

caraterísticas do ambiente onde residem. As mulheres tendem a apresentar pontuações mais elevadas relativamente ao domínio do conforto físico, uma vez que apresentam uma melhor facilidade de adaptação às caraterísticas dos ambientes da instituição, sobretudo quando estas caraterísticas são percebidas como adequadas às necessidades apresentadas por cada residente. Assim sendo, podemos compreender a diferença apresentada neste domínio como uma indicação de que as mulheres se encontram em maior sintonia com as caraterísticas dos ambientes que promovem um certo sentimento de conforto. Além disso, também Lawton (1983), quando aborda a qualidade de vida em ambientes de cuidado, sugere que a qualidade do ambiente físico, que inclui o conforto, é muito importante para garantir o bem-estar dos idosos.

No que se refere à associação entre as dimensões do Clima Social e o tempo de institucionalização em ERPI, foi encontrada uma correlação moderada com a dimensão Organização. Tal sugere que quanto mais tempo na instituição, menor é a preocupação com questões de organização dentro da mesma, ou seja, os residentes passam a estar menos preocupados com assuntos como a rotina da instituição pois já a conhecem, assim como as regras e o regulamento da mesma. Isto pode estar relacionado com a adaptação ao ambiente da instituição, tornando-se as questões relacionadas com a organização cada vez menos importantes conforme os residentes se vão habituando à rotina da instituição. Esta acomodação à rotina da instituição pode conduzir à diminuição da preocupação com a organização, tendo em conta que se sentirão mais confortáveis e menos motivados a alterar a estrutura adotada pela instituição. Tudo isto pode influenciar a saúde mental dos residentes, mas também a dinâmica dentro das instituições (Leipoldt et al., 2019).

Segundo a Teoria da Competência Ambiental, o ajuste entre as competências pessoais de cada residente e o ambiente onde residem influencia o seu bem-estar (Lawton & Nahemow, 1973). À medida que os idosos se vão adaptando ao ambiente da instituição, percebem que o ambiente se torna previsível e a capacidade de responder ao mesmo estabiliza (Lawton & Nahemow, 1973). Por sua vez, a teoria da Pressão Ambiental, sugere que ambientes muito estruturados podem impor uma certa pressão ambiental e conforme os residentes se vão adaptando ao mesmo, reduzem a importância que atribuem à organização, já que são mais eficientes no que se refere a lidar com o ambiente sem precisarem de se preocupar com a organização do mesmo (Lawton, 1986). Conforme o tempo de institucionalização vai aumentando, os residentes começam a valorizar a sua autonomia subjetiva e, conseqüentemente, a preocupação com aspetos estruturais ou organizacionais perde importância, assim como a preocupação com as rotinas da instituição. Como é algo previamente estabelecido e que não se altera de dia para dia nem depende dos residentes, não suscita

preocupação por parte dos mesmos. Contudo, nos primeiros tempos de institucionalização é normal a acentuada preocupação com este tipo de aspetos, pois trata-se de algo totalmente desconhecido (Marques, 2017).

Relativamente à associação entre as dimensões do Clima Social e os domínios da WHOQOL-Bref, foi possível verificar uma correlação positiva marginalmente significativa entre a perceção de qualidade de vida geral com a expressividade, demonstrando que à medida que um aumenta o outro aumenta também. A capacidade de partilhar emoções ou pensamentos, isto é, a expressividade, tem sido associada a melhores perceções de qualidade de vida em geral, sobretudo na população idosa. Ainda que não seja uma correlação muito forte, é importante compreendermos que quanto mais encorajados forem os indivíduos a expressarem-se, melhores serão os resultados de qualidade de vida (Ryff & Singer, 2006). Diener e Oishi (2005) sugerem que a expressividade pode contribuir positivamente para a interação social e suporte emocional, dois fatores fundamentais para a qualidade de vida.

Entre o domínio físico e a influência dos residentes foi verificada uma correlação positiva ainda que fraca, demonstrando que melhores níveis de capacidade física estão associados a maior influência dos residentes na ERPI. A investigação sobre envelhecimento demonstra que a participação dos idosos nos processos de decisão que afetam o ambiente em que residem pode estar relacionada com a manutenção ou a melhoria do domínio físico de cada. Kane et al., (2007), defendem que melhores níveis de capacidade física impactam a autonomia e a participação dos residentes, com implicações positivas para a qualidade de vida de cada idoso.

Lawton e Nahemow (1973), na teoria da competência-pressão, defendem que a interação entre as competências pessoais de cada indivíduo e a pressão do ambiente ao seu redor influencia diretamente o bem-estar do idoso. Quando os residentes manifestam uma maior influência no clima social, a pressão do ambiente em que residem pode diminuir, aumentando a sua competência percebida, o que pode refletir-se em melhorias no domínio físico.

Continuando no domínio físico este associa-se, ainda, de forma positiva e marginalmente significativa ao conforto físico, demonstrando que à medida que o domínio físico aumenta, também o conforto físico aumenta. Um ambiente que seja fisicamente confortável reduz a pressão ambiental, permitindo uma melhor competência física (Lawton & Nahemow, 1973). Assim sendo, esta correlação pode demonstrar que um maior conforto físico resulta numa melhoria no domínio físico. Sobre este assunto, Kahana (1982) refere que a saúde e a qualidade de vida são otimizadas quando as necessidades da pessoa encontram correspondência nas condições físicas do ambiente - neste caso, nos ambientes institucionais. Quanto mais

confortável o ambiente, maior é a probabilidade dos residentes se sentirem bem fisicamente, impactando positivamente os níveis do domínio físico.

Relativamente ao domínio psicológico, este apresenta uma associação positiva marginalmente significativa com a coesão. Este resultado pode ser compreendido à luz do Modelo Ecológico ou Pressão-Competência (Lawton & Nahemow, 1973) que sugere que o bem-estar dos idosos depende do equilíbrio entre as suas competências pessoais e a pressão sentida no ambiente onde se inserem. Nas instituições, a coesão social pode contribuir para a redução do stress social e emocional, tornando o ambiente mais acolhedor, traduzindo-se assim numa melhoria do domínio psicológico (Lawton & Nahemow, 1973). Além disso, Cohen e Wills (1985), sugerem que a coesão social é um fator importante para o bem-estar psicológico dos idosos. Isto porque nas instituições, a coesão pode aumentar o suporte emocional entre os residentes, melhorando o domínio psicológico dos mesmos. De certa forma, estes autores abordam estratégias de “*coping*” na medida em que defendem a ideia de que existem um conjunto de estratégias que as pessoas utilizam para se adaptarem a condições adversas. Essas estratégias podem ser entendidas como suporte vindo de familiares, amigos ou simples conhecidos, que procuram oferecer recursos emocionais, práticos e informativos.

Contrariamente, o domínio psicológico apresenta uma correlação negativa fraca com o conflito. Esta associação significa que à medida que o domínio psicológico melhora, os idosos tendem a lidar melhor com o ambiente em que se inserem, reduzindo a possibilidade de conflito. Um ambiente com elevados níveis de conflito aumenta a pressão ambiental sentida pelos residentes (Lawton & Nahemow, 1973). Cohen e Wills (1985), defendem que quando os residentes se sentem bem psicologicamente, tendem a adotar estratégias mais adequadas relativamente à comunicação e à resolução de problemas, diminuindo a probabilidade de conflitos. Um ambiente com menos conflitos proporciona um melhor suporte e uma maior sensação de estabilidade (Kahana, 1982).

Por fim, no domínio das relações sociais, foi verificada uma correlação positiva fraca com a influência dos residentes, demonstrando que os níveis de relações sociais e a influência dos residentes na ERPI seguem a mesma tendência. Assim quando existe uma relação positiva entre as necessidades dos residentes e as condições do ambiente, a qualidade de vida é maximizada. As relações sociais fortes dentro das instituições criam um sentimento de pertença, permitindo que os residentes se sintam “em casa” e mais confortáveis no ambiente em que residem, bem como que participem mais na tomada de decisões (Kahana, 1982). A investigação existente ao nível da gerontologia permite destacar a ideia de que redes de suporte social têm um impacto muito importante na saúde e no bem-estar dos idosos (Fonseca, 2006). Quando estes desenvolvem relações sociais positivas, sentem-se mais apoiados e com maior coragem para

participarem nas dinâmicas das instituições, aumentando a influência nas decisões coletivas (Cohen & Wills, 1985).

Após analisar e discutir os resultados obtidos à luz de modelos associados à gerontologia ambiental, importa fazer uma breve síntese. De maneira geral, os participantes apresentam indicadores positivos em termos de qualidade de vida e regista-se um clima social também positivo nas instituições. Estes resultados parecem estar associados, na medida em que um clima social positivo, caracterizado por interações significativas e um apoio social coeso, está relacionado com uma melhor percepção geral da qualidade de vida. Além disso, compreendemos que a participação em atividades sociais e o envolvimento dos residentes no processo de tomada de decisão nas instituições são elementos cruciais para melhorar a qualidade de vida e, simultaneamente, o clima social da instituição. Verificamos ainda que fatores como a coesão e a construção de laços entre residentes são importantes para o seu bem-estar, pelo que é necessário que as ERPI adotem estratégias de intervenção que procurem promover um ambiente positivo e, sobretudo, inclusivo dos residentes.

Limitações do estudo e recomendações para a investigação futura

Ainda que se tenham atingido todos os objetivos de investigação, importa mencionar algumas limitações que poderão comprometer a generalização dos resultados. Relativamente ao tamanho e diversidade da amostra, esta pode não ter sido totalmente representativa da população institucionalizada no que concerne à idade, ao género, nível socioeconómico e tempo de institucionalização. Com efeito, os resultados reportam-se somente a 5 estruturas residenciais e a amostra conta apenas com 50 participantes.

Além disso, o protocolo de recolha de dados era algo extenso o que pode ter comprometido a recolha de dados e influenciado os resultados obtidos pelo efeito de cansaço dos participantes. O facto de se tratar de um estudo transversal permitiu apenas avaliar a percepção dos participantes num dado momento, condicionando a análise da evolução da percepção da qualidade de vida e do clima social de cada instituição. Além disso, importa mencionar a possibilidade de algum viés, pelo facto de as respostas poderem ter sido influenciadas por fatores momentâneos como humor ou vontade de participar no dia da recolha de dados.

Relativamente à variável do clima social, este é um assunto pouco investigado e um conceito subjetivo, pelo que é entendido de diferentes formas pelas pessoas, o que pode dificultar as comparações de respostas entre participantes e entre contextos. Neste sentido,

poderá ser útil desenvolver um estudo alargado a mais participantes e mais instituições, bem como a adoção de metodologias qualitativas que permitam enriquecer a recolha e análise de dados. Poderá igualmente ser vantajoso desenvolver um estudo longitudinal sobre este assunto.

Conclusão e implicações para a prática gerontológica

Tendo por base o objetivo do estudo e considerando as limitações da investigação desenvolvida, é importante salientar que os resultados sugerem uma relação positiva entre o clima social das ERPI e a qualidade de vida dos idosos residentes. Domínios como o conforto físico, a organização e a coesão foram os que apresentaram melhores resultados. Por sua vez, os domínios do conflito e da expressividade apresentam resultados mais reduzidos, significando que os conflitos não são comuns nas instituições, mas que a expressividade tem ainda margem para ser potenciada.

Os resultados sugerem que um contexto com um clima social mais acolhedor, seguro e que proporcione relações interpessoais de qualidade conduz a uma melhor perceção de qualidade de vida, assim como a existência de atividades estimulantes e que promovam a autonomia dos residentes.

Relativamente à prática gerontológica, estes resultados reforçam a necessidade de se atender, em cada instituição, aos aspetos que podem ter um impacto decisivo na perceção de bem-estar e qualidade de vida dos residentes. Os Gerontólogos, juntamente com os outros técnicos e as pessoas mais velhas, devem identificar os aspetos a melhorar e reunir as condições necessárias para proceder à mudança/melhoria. Para além disso, estes resultados colocam em evidência a necessidade de políticas públicas mais ajustadas e que promovam um clima social positivo nas instituições e comunidade envolvente. São necessárias políticas que promovam as relações interpessoais, ambientes mais inclusivos e seguros como é o caso das comunidades amigas das pessoas idosas. Assim, consideramos que este estudo permitiu conhecer melhor a relação entre estas duas variáveis e que, por isso, abre portas à investigação e intervenção futuras no sentido da promoção de um melhor clima social nas instituições e de um envelhecimento digno e com qualidade de vida e bem-estar

Referências Bibliográficas

- Abreu, R. E. (2022). *Fatores Conducentes à Institucionalização numa Estrutura Residencial para Pessoas Idosas* [Dissertação de mestrado, Escola Superior de Educação de Coimbra]. Departamento de Educação, Desporto e Intervenção Social. https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/41719/1/RAQUEL_ABREU.pdf
- Aguayo, L. V., Lazaro, A. G., & Muñoz, F. C. (1993). *Factores que influyen en la calidad de vida en residenciales de ancianos: evaluación ambiental en la provincia de Málaga*. Departamento Psicología Social. Universidade de Málaga. <https://www.copmadrid.org/webcopm/publicaciones/social/1993/vol1/arti7.htm>
- Almeida, A. (2008). *A Pessoa Idosa institucionalizada em Lares: Aspectos e contextos da Qualidade de Vida* [Dissertação de mestrado, Universidade do Porto]. Repositório Aberto da Universidade do Porto. <https://docplayer.com.br/16538841-A-pessoaidosa-institucionalizada-em-lares.html>
- Almeida, A., & Rodrigues, V. (2008). A qualidade de vida da pessoa idosa institucionalizada em lares. *Revista Latino-Americana Enfermagem*, 16(6), pp. 88-95.
- Almeida, E., Lima-Silva, T. & Menna-Barreto, L. (2020). Depressive symptoms and chronotypes of elderly nursing home residents - A case management study. *Dement e Neuropsychol*, 14 (2), pp. 165-170. <http://dx.doi.org/10.1590/1980-57642020dn14-020010>
- Almeida, J. (2020). *Covid-19 em Portugal: Fatores associados à não adesão ao primeiro período do confinamento geral através de um estudo transversal*. [Dissertação de Mestrado, Escola Nacional de Saúde Pública da Universidade Nova de Lisboa]. Repositório Aberto da Universidade Nova de Lisboa. <https://run.unl.pt/bitstream/10362/129608/1/RUN%20-%20Dissertação%20de%20Mestrado%20-%20Jorge%20Nuno%20de%20Noronha%20Almeida.pdf>
- Altman, I., Lawton, M. P., & Wohlwill, J. F. (1984). *Pessoas Idosas e o Meio Ambiente*. Plenum Press.
- Anderson, C. S. (1982). The search for school climate: A review of the research. *Review of Educational Research*, 52, pp. 368-420.
- António, S. (2013). Das Políticas Sociais da Velhice à Política Social de Envelhecimento. In M. I. Carvalho (coord.), *Serviço Social no Envelhecimento* (pp. 17-34). Lisboa: PACTOR – Edições de Ciências Sociais, Forenses e da Educação
- Antonucci, T. C. (2001). Relações sociais: Um exame de redes sociais, apoio social e senso de controle. In J. E. Birren, & K. W. Schaie(Eds.). *Handbook of the Psychology of Aging*.
- Antonucci, T. C. (2020). The Convoy Model and Later-Life Family Relationships. *Journal of Family Theory & Review*: 126-146. DOI:10.1111/jftr.12376
- Azevedo, L., Riscado, P., & Maia, C. (2022). A influência do Envelhecimento Ativo na qualidade de vida das Pessoas Idosas- Revisão Integrativa da Literatura. *HIGEIA*, 7(1), 17-27. https://revistahigeia.ipcb.pt/artigos_n7/02_A%20INFLUeNCIA%20DO%20ENVELHECIMENTO%20ATIVO%20NA%20QUALIDADE%20DE%20VIDA%20DA%20PESSOA%20IDOSA%20%E2%80%93%20REVISaO%20INTEGRATIVA%20DA%20LITERATURA.pdf
- Baltes, P. B. (1997). On the incomplete architecture of human ontogeny: selection, optimization and compensation as foundation of developmental theory. *American Psychologist*, 52(4),366-380.
- Baltes, P. B., & Smith, J. (2003). Novas fronteiras no futuro do envelhecimento: do envelhecimento bem-sucedido dos jovens idosos aos dilemas da quarta idade. *Gerontologia*.
- Bengtson, V. L., & Settersten, R. A. (2016). *Handbook of Theories of Aging* (3ªed). Springer.
- Bennett, P., & Murphy, S. (1999). *Psicologia e Promoção da Saúde*. Climepsi. ISBN:972-8449-48-

- Birren, J. E., & Bengtson, V. L. (Eds.). (1988). *Teorias emergentes do envelhecimento*. Springer Publishing Company.
- Borges, C., Silva, M., Clares, J., Nogueira, J. & Freitas M. (2015). Características sociodemográficas e clínicas de idosos institucionalizados: Contribuições para o cuidado de enfermagem. *Revista Enfermagem UERJ*, 23 (3), pp. 381-387. <http://dx.doi.org/10.12957/reuerj.2015.4214>
- Born, T. & Boechat, N. (2006). A qualidade dos cuidados ao idoso institucionalizado. In E. Freitas, L. Py, F. Cançado, J. Doll, & M. Gorzoni, *Tratado de geriatria e gerontologia* (pp. 1131-1141). Guanabara Koogan. <https://frammonmartins.files.wordpress.com/2016/09/tratado-de-geriatria-gerontologia-3c2aa-ed.pdf>
- Born, T. (2002). Cuidado ao idoso em instituição. In M. Netto, *Gerontologia: A velhice e o envelhecimento em visão globalizada*. São Paulo: Atheneu.
- Botelho, A. (2005). A funcionalidade dos idosos. In C. Paúl & A. Fonseca (Coord.), *Envelhecer em Portugal*, (pp.111-35). Lisboa: CLIMEPSI.
- Brasil, Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde (2006). Departamento de Atenção Básica. *Envelhecimento e saúde da pessoa idosa*. ISBN 85-334-1273-8 https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/envelhecimento_saude_pessoa_idosa.pdf
- Brito, A. C. M., Araújo, J. D., & Temoteo, R. C. A. (2017). A influência da capacidade de decisão da pessoa idosa na qualidade de vida: um estudo reflexivo. Congresso Internacional Envelhecimento Humano. https://editorarealize.com.br/editora/anais/cieh/2017/TRABALHO_EV075_MD2_SA10_ID264_09092017110921.pdf
- Bronfenbrenner, U. (1978). The Social Role of the Child in Ecological Perspective. *Zeitschrift fur Soziologie*, v. 7(1), pp. 4-20. <https://doi.org/10.1515/zfsoz-1978-0101>
- Canavarro, M. C., & Serra, A. V. (Eds.). (2010). *Qualidade de vida e saúde: Uma abordagem na perspectiva da Organização Mundial de Saúde*. Fundação Calouste Gulbenkian. Serviço de Educação e Bolsas.
- Canavarro, M., Simões, M., Vaz Serra, A., Pereira, M., Rijo, D., Quartilho, M., Carona, C. (2007). Instrumento de avaliação da qualidade de vida da Organização Mundial de Saúde: WHOQOL-Bref. In M. Simões, C. Machado, M. Gonçalves, & L. Almeida (Eds.), *Avaliação psicológica: Instrumentos validados para a população portuguesa* (Vol. III, pp. 77-100). Quarteto Editora.
- Cândido, L. M., Niehues, J. R., Vieira, L. A., Tuon, t., Avelar, N. C. P., & Danielewicz, A. L. (2023). Características percebidas do ambiente de moradia e sintomas depressivos em idosos comunitários: um estudo transversal. *Pesquisa Original*. DOI: 10.1590/1809-2950/e22015723pt
- Capucha, L. (2012). Envelhecimento e políticas sociais: novos desafios aos sistemas de proteção. Proteção contra o risco de velhice: que risco? In Cláudia Moura (Org.), *Processos e estratégias de envelhecimento*, Euedito.
- Carmo, H. (coord.) (2011). *Teoria da Política Social (Um olhar da Ciência Política)*. Lisboa: Instituto Superior de Ciências Sociais e Políticas.
- Carp, F., & Carp, A. (1984). Complementary/Congruence Model of Well Being in for the Community Elderly. In M. P. Altman, J. F. Lawton, & Wohlwill (Eds.), *Elderly People and the Environment* (pp. 279-336). New York: Plenum. https://doi.org/10.1007/978-1-4899-2171-0_9
- Carrus, G., Fornar, F., & Bonnes, M. (2005). As origens da psicologia ambiental e os «Fatores Externos». In L. Soczka, *Contextos humanos e psicologia ambiental* (pp. 66-89). Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.
- Carstensen, L. L. (1992). Social and emotional patterns in adulthood: Support for socioemotional selectivity theory. *Psychology & Aging*, 7, pp.331-338. <https://doi.org/10.1037/0882-7974.7.3.331>

- Carstensen, L. L., Fung, H.H., & Charles, S. T. (2003). Teoria da seletividade socioemocional e a regulação da emoção na segunda metade da vida. *Motivação e emoção*, 27, pp. 103-123. <https://doi.org/10.1023/A:1024569803230>
- Carstensen, L. L., Isaacowitz, D. M., & Charles, S. T. (1999). Taking time seriously. A theory of socioemotional selectivity. *American Psychologist*, 54(3), pp. 165-181.
- Carvalho, N., Duque, E. (2021). A importância da realização de atividades como pilar do Envelhecimento Ativo. Diferentes abordagens do envelhecimento. <https://repositorium.sdum.uminho.pt/bitstream/1822/73748/3/Diferentes%20Abordagens%20do%20Envelhecimento.pdf>
- Carvalho, R. B. C., & Madruga, V. A. (2011). Envelhecimento e prática de atividade física: a influência do género. *Motriz: ver. Educ. fis.* 17(2). <https://doi.org/10.5016/1980-6574.2011v17n2p328>
- Censos 2021, Recenseamento da População e Habitação, Instituto Nacional de Estatística, Lisboa, 2021.
- Chan, E., Procter-Gray, E., Churchill, L., Cheng, J., Siden, R., Aguirre, A., & Li, W. (2020). Associations among living alone, social support and social activity in older adults. *AIMS Public Health*, 7(3), 521–534. <https://doi.org/10.3934/publichealth.2020042>
- Chaves, E. C., & Mendes, J. C. (2013). Qualidade de vida e saúde física em idosos institucionalizados: Revisão da literatura. *Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia*, 16(2), pp. 221-230.
- Cohen, S., & Wills, T. A. (1985). Stress, social support, and the buffering hypothesis. *Psychological Bulletin*, 98(2), pp. 310–357. <https://doi.org/10.1037/0033-2909.98.2.310>
- Cornwell, B., Laumann, E. O., & Schumm, L. P. (2008). The social connectedness of older adults: a national profile. *Am Sociol Rev*; 73(2): pp. 185-203.
- Correia, T. M. M. (2014). Novos perfis de qualidade de vida após os 65 anos. (Dissertação de Mestrado, Faculdade de Ciências Sociais). Repositório aberto da Universidade Católica Portuguesa. <https://repositorio.ucp.pt/bitstream/10400.14/18095/1/Tese%20Final%20Teresa%20Correia.pdf>
- Croucher, K., Hicks, L., & Jackson, K. (2006). Housing with care for later life: a literature review. York Policy Press in association with the Joseph Rowntree Foundation. ISBN 9781859354377
- Cruz, R. (2023). O papel da ergonomia na prevenção de lesões e melhoria da qualidade de vida dos idosos. <https://www.ruicruz.pt/o-papel-da-ergonomia-na-prevencao-de-lesoes-e-melhoria-da-qualidade-de-vida-dos-idosos.html>
- Cruz, S. A. B. (2014). A Dignidade em Lares de Idosos. (Dissertação de mestrado, Cooperativa de Ensino Superior de Serviço Social). Instituto Superior de Serviço Social do Porto. <https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/6461/1/S%C3%B3nia%20Alexandra%20Barros%20Cruz.pdf>
- Daniel, F., Monteiro, R., Antunes, S., Fernandes, R., & Ferreira, P. L. (2018). Qualidade de vida relacionada com a saúde de pessoas idosas numa perspetiva de género. *Portuguese Journal of Public Health*, 36(2), pp. 59-65.
- Diener, E., & Oishi, S. (2005). TARGET ARTICLE: The Nonobvious Social Psychology of Happiness. *Psychological Inquiry*, 16(4), 162–167. https://doi.org/10.1207/s15327965pli1604_04
- Costa, A.S. et al. (2017). Estratégia Nacional para o Envelhecimento Ativo e Saudável 2017-2025: Proposta do Grupo de Trabalho Interministerial (Despacho n.º12427/2016). Serviço Nacional de Saúde (SNS). Retirado de <https://www.sns.gov.pt/wp-content/uploads/2017/07/ENEAS.pdf>
- Duarte, M., & Paúl, C. (2006). Avaliação do ambiente institucional - público e privado: Estudo comportamental dos idosos. *Revista Transdisciplinar de Gerontologia*, 1(1), pp. 17-29.
- Elder, G. H. (1998). The Life Course as Developmental Theory. *Child Development*, 69(1), pp. 1–12. <https://doi.org/10.2307/1132065>

- Felce, D., & Perry, J. (1993). Refining measures of the quality of community residences for people with learning disabilities. In D. Robbins (Ed.), *Community care: Findings From Department of Health funded research 1988-1992*. London: HMSO.
- Fernandes, A. (2015). Pobreza e pessoas idosas: A dimensão subjetiva e existencial do fenómeno. <https://core.ac.uk/download/275754975.pdf>
- Fernandes, A. A. (1997). *Velhice e sociedade: demografia, família e políticas sociais em Portugal*. Oeiras: Celta Editora.
- Fernandes, A. A., & Burnay, R. (2019). Homens saudáveis, mulheres doentes? Um estudo sobre a esperança de vida e a saúde da população portuguesa. *Revista Brasileira De Pesquisa Em Saúde/Brazilian Journal of Health Research*, 21(2), pp.17–28. <https://doi.org/10.21722/rbps.v21i2.29076>
- Fernandes, N. (2013). A qualidade de vida em idosos institucionalizados (Doctoral dissertation, Instituto Politécnico de Beja. Escola Superior de Educação).
- Fernandez- Ballesteros, R. (2000). *Gerontologia Social. Una Introducción*. Madrid. Ediciones Pirámide.
- Fernandez-Ballesteros (1997). *Sistema de evaluación de residencias de ancianos*. Gráficas Arias Montano.
- Fernandez-Ballesteros, R. (2004). *Gerontología social. Una introducción*. Ediciones Pirámide.
- Fernández-Ballesteros, R. (2009). *Envejecimiento Activo. Contribuciones de la Psicología*. Colección Psicología: Ediciones Pirámide.
- Fleck, M. (2000). O instrumento de avaliação de qualidade de vida da organização mundial da saúde (WHOQOL): características e perspectivas. *Ciências & Saúde Coletiva*, 5(1), pp.33-38.
- Flores, G. C., Ribeiro, P. C. P. S. V., Anversa, E. T. R., Fonseca, E. R., Nunes, S. S., & Santos, D. F. (2020). Conforto do idoso em contexto de instituição de longa permanência para idosos. *Research, Society and Development*, v. 9, n. 9, e201996900, 2020 (CC BY 4.0) | ISSN 2525-3409 | DOI: <http://dx.doi.org/10.33448/rsd-v9i9.6900>
- Fonseca, A. (2005). O envelhecimento bem-sucedido. In Paul, C. & Fonseca, A. (Eds). *Envelhecer em Portugal*, (pp. 281-308). Lisboa: Climepsi.
- Fonseca, A. (2006). *O Envelhecimento – Uma abordagem psicológica*. Lisboa: Universidade Católica Editora. <http://doi.org.10.34632/9789725401507>
- Fonseca, A. (2021). Ageing in Place- Envelhecimento em casa e na comunidade. Calouste Gulbenkian. <https://cdn.gulbenkian.pt/wp-content/uploads/2021/07/Ageing-inPlace-Envelhecimento-em-casa-e-na-comunidade-digital.pdf>
- Fox, K.R., (2000). Self-esteem, self-perception and exercise. *International Journal of Sport Psychology*, 31: pp. 228-240.
- De Carvalho Fonseca, A. C., Scoralick, F. M., Silva, C. L. D., Bertolino, A. C., Palma, D. P., & Piazzolla, L. P. (2011). Perfil epidemiológico de idosos e fatores determinantes para a admissão em instituições de longa permanência no Distrito Federal. *Revista Brasília Médica*, 48(4), 366–371. <http://rbm.org.br/details/238/pt-BR/perfil-epidemiologico-de-idosos-e-fatores-determinantes-para-a-admissao-em-instituicoes-de-longa-permanencia-no-distrito-federal>
- Fraiman, A. P. (2004) *Coisas da Idade*. Alexa Cultural. São Paulo
- Fung, H. H., Carstensen, L. L., & Lang, F. R. (2001). Age-related patterns in social networks among European Americans and African Americans: implications for socioemotional selectivity across the life span. *Int J Aging Hum Dev* ;52(3): pp.185-206. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/11407486/>
- Gomes, G. C., Moreira, R. S., Maia, T. O., Santos, M. A. B., & Silva, V. L. (2021). Fatores associados à autonomia pessoal em idosos: revisão sistemática da literatura. *Temas Livres*. DOI: 10.1590/1413-81232021263.08222019

- Group, W. (1994). Desenvolvimento do WHOQOL: Justificativa e status atual. *International Journal of Mental Health*, 23 (3), pp.24–56. <https://doi.org/10.1080/00207411.1994.11449286>
- Guedes, J. (2008). Desafios identitários associados ao internamento em lar. VI congresso português de sociologia – mundos sociais: saberes e práticas. Universidade Nova de Lisboa – Faculdade de Ciências Sociais e Humanas. Lisboa
- Havighurst, R. J. (1961). Successful Aging. *The Gerontologist*, 1(1), pp. 8–13. <https://doi.org/10.1093/geront/1.1.8>
- Holt-Lunstad, J., Smith, T. B., & Layton, J. B. (2010). Social Relationships and Mortality Risk: A Meta-analytic Review. *PLoS Medicine*, 7(7). <https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1000316>
- Ong, C. H., Pham, B. L., Levasseur, M., Tan, G. R., & Seah, B. (2024). Sex and gender differences in social participation among community-dwelling older adults: a systematic review. *Frontiers in public health*, 12. <https://doi.org/10.3389/fpubh.2024.1335692>
- Instituto da Segurança Social, I.P. (2024). Guia Prático- Pensão de Velhice (7001- v4.70).
- Instituto Nacional de Estatística - Estatísticas Demográficas : 2014. Lisboa : INE, 2015. Disponível na www: <url:<https://www.ine.pt/xurl/pub/139659>>. ISSN 0377-2284. ISBN ISBN 978-989-25-0367-7
- ISS, I. P. (2007). Manual de Boas Práticas – Um guia para o acolhimento residencial das pessoas mais velhas (para dirigentes, profissionais, residentes e familiares). Lisboa: ISS, I. P.
- Jacob, L. (2007). Animação de Idosos: Atividades. Porto: Âmbar
- Jacobi, P. R., Empinotti, V., & Toledo, R. F. (2015). Género e Meio Ambiente. *Ambiente. Soc.* 18(1). <https://doi.org/10.1590/1809-4422ASOC20151801edito>
- Kahana, E. (1982). A congruence model of person-environment interaction. In M. Lawton, P. Windley, & T. Byerts (Eds.), *Aging and the environment: Theoretical approaches*. New York: Springer Publishing Company, pp. 97-121.
- Kane, R.A. (2001) Long-Term Care and a Good Quality of Life Bringing Them Closer Together. *The Gerontologist*, 41 (3), 293-304. <https://doi.org/10.1093/geront/41.3.293>
- Kane, R. A., Lum, T. Y., Cutler, L. J., Degenholtz, H. B., & Yu, T. C. (2007). Resident outcomes in small-house nursing homes: a longitudinal evaluation of the initial green house program. *Journal of the American Geriatrics Society*, 55(6), pp.832–839. <https://doi.org/10.1111/j.1532-5415.2007.01169.x>
- Kaplan, R., & Kaplan, S. (1989). *A experiência da natureza: uma perspectiva psicológica*. Imprensa da Universidade de Cambridge.
- Keyes, C. (2012). Promotion and protecting positive mental health: Early and often throughout the lifespan. In C. Keyes, (Ed), *Mental well-being: International contributions to the study of positive mental health* (pp. 3-28). USA: Springer.
- Lawton, M. P. (1983). Environment and other determinants of well-being in older people. *The Gerontologist*, 23(4), pp.349–357. <https://doi.org/10.1093/geront/23.4.349>
- Lawton, M. P., & Nahemow, L. (1973). Ecology and the aging process. In *American Psychological Association eBooks* (pp. 619–674). <https://doi.org/10.1037/10044-020>
- Lawton, M. P. (1985). The elderly in context: Perspectives from environmental psychology and gerontology. *Environment and Behavior*, 17(4), 501–519. <https://doi.org/10.1177/0013916585174005>
- Leipoldt, J. D., Harder, A. T., Kaye, N. S., (Hans) Grietens, H., & Rimehaug, T. (2019). Determinants and Outcomes of Social Climate in Therapeutic Residential Youth Care: A Systematic Review. <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0190740918309988>

- Lemke, S., & Moos, R. H. (1984). Coping with an intra-institutional relocation: Behavioral change as a function of residents' personal resources. *Journal of Environmental Psychology*, 4(2), pp. 137–151. [https://doi.org/10.1016/S0272-4944\(84\)80030-4](https://doi.org/10.1016/S0272-4944(84)80030-4)
- LEVENSON, S. A. (2001) – A assistência institucional de longo prazo. In Reichel assistência ao idoso: aspetos clínicos do envelhecimento. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan.
- Lini, E., Portella, M. & Doring, M. (2016). Factors associated with the institutionalization of the elderly: a case-control study. *Revista Brasileira de Geriatria Gerontologia*, 19(6), 1004-1014. <http://dx.doi.org/10.1590/1981-22562016019.160043>
- Lopes, C. M. (2023). Qualidade de vida dos idosos institucionalizados: Estudo de caso numa IPSS do Concelho de Ansião. (Dissertação de mestrado, Politécnico de Leiria). Escola Superior de Educação. https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/49410/1/CATARINA_LOPES.pdf
- Lopes, M. F. F. (2015). Coping resiliente e saúde em pessoas idosas institucionalizadas e não institucionalizadas. (Dissertação de mestrado, Psicologia Clínica e da Saúde). Universidade da Beira Interior- Ciências Sociais e Humanas. https://ubibliorum.ubi.pt/bitstream/10400.6/6162/2/4371_8405.pdf
- Macedo, M. C. (2014). Transição e adaptação ao lar: um estudo qualitativo (Dissertação de Mestrado). Instituto Politécnico de Viana do Castelo, Viana do Castelo, Portugal.
- Machado, B. F. R. (2016). Envelhecimento Bem-Sucedido e Avaliação Gerontológica em Respostas de Retaguarda à Velhice: Um estudo numa Estrutura Residencial para Pessoas Idosas (Dissertação de mestrado, Instituto Politécnico de Viana do Castelo). Repositório IPVC. http://repositorio.ipvc.pt/bitstream/20.500.11960/1897/1/Bruna_Machado.pdf
- Mahler M, Sarvimäki A, Clancy A, Stenbock-Hult B, Simonsen N, Liveng A, Zidén L, Johannessen A (2014) O lar como ambiente promotor de saúde para idosos. *Scand J Saúde Pública* 42:36–40. doi: 10.1177/1403494814556648
- Marques, A. F. R. A. (2017). Bem-estar subjetivo e qualidade de vida dos idosos institucionalizados. (Dissertação de mestrado, Faculdade de Filosofia e Ciências Sociais). Universidade Católica Portuguesa. <https://repositorio.ucp.pt/bitstream/10400.14/24101/1/Disserta%C3%A7%C3%A3o%20de%20Mestrado%20Filipa%20Marques.pdf>
- Marshall, V. (2009). Theory informing public policy: The life course perspective as a policy tool. In V. Bengtson, D. Gans, N. Putney & M. Silversytein (eds.), *Handbook of theories of aging* (pp. 573-593). New York: Springer.
- Mendes, J. (2020). Envelhecimento (s), qualidade de vida e bem-estar. *A Psicologia em suas Diversas Áreas de Atuação*, 3.
- Menichetti, J., Cipresso, P., Bussolin, D., & Graffigna, G. (2015). Engaging older people in healthy and active lifestyles: A systematic review. *Ageing and Society*, 36(10), pp. 2036– 2060.
- Moody, H., & Sasser, J. (2015). *Aging: concepts and controversies*. Los Angeles: SAGE Publications.
- Moos, R. H. (1974). Determinantes de respostas fisiológicas a estímulos simbólicos: o papel do ambiente social. *The International Journal of Psychiatry in Medicine*, 5 (4), 389-399. <https://doi.org/10.2190/TQFN-CQAR-3HGR-AA9W>
- Moreira, M. L. G. (2020). Como envelhecem os portugueses. Fundação Francisco Manuel dos Santos. http://be.age-mgpoente.pt/view/477/Como%20Envelhecem%20os%20Portugueses_%20-%20Maria%20Joao%20Guardado%20Moreira.pdf
- Neri, A. (2007). Qualidade de vida no adulto maduro: interpretações teóricas e evidências de pesquisa. In A. Neri, (Ed.) *Qualidade de vida e idade madura* (pp. 9-56). São Paulo: Papirus Editora.
- Neri, A. L. (2001). *Palavras-chave em Gerontologia* (3ª edição). Alínea Editora. ISBN 978-85-7516-282-8
- Neri, A. L., & do Nascimento, E. B. (1993). *Qualidade de vida e idade madura*. Papirus editora

- Neri, A.L. e Freire, S.A. (2001). E por falar em boa velhice. São Paulo: Papyrus.
- Neto, F. (2014). Psychometric analysis of the short-form UCLA Loneliness Scale (ULS-6) in older adults. *Eur J Ageing*, 11, pp. 313-319. DOI: [10.1007/s10433-014-0312-1](https://doi.org/10.1007/s10433-014-0312-1)
- Neugarten, B. L. (1975). Faixas etárias na sociedade americana e a ascensão do jovem-velho. *ANais da Academia Americana de Ciências Políticas e Sociais*. V.415 (1), pp.187-198. https://econpapers.repec.org/article/saeanname/v_3a415_3ay_3a1974_3ai_3a1_3ap_3a187-198.htm
- De Oliveira, A. C., Oliveira, N. M. D., Arantes, P. M. M., & Alencar, M. A. (2010). Qualidade de vida em idosos que praticam atividade física - uma revisão sistemática. *Revista Brasileira De Geriatria E Gerontologia*, 13(2), 301–312. <https://doi.org/10.1590/s1809-98232010000200014>
- Onunkwor, O. F., Al-Dubai, S. a. R., George, P. P., Arokiasamy, J., Yadav, H., Barua, A., & Shuaibu, H. O. (2016). A cross-sectional study on quality of life among the elderly in non-governmental organizations' elderly homes in Kuala Lumpur. *Health and Quality of Life Outcomes*, 14(1). <https://doi.org/10.1186/s12955-016-0408-8>
- Organização Mundial de Saúde (OMS, 2002). Relatório Mundial de Saúde 2001- Saúde Mental: Nova concepção, nova esperança. Ministério da Saúde. Lisboa: Direção-Geral de Saúde.
- Ornelas, J., (2008). Sentimento de Comunidade e capital Social. Psicologia Comunitária. Fim de Século: Lisboa.
- Oswald, F., Wahl, H.-W., Schilling, O., & Iwarsson, S. (2007). Habitação e satisfação com a vida dos idosos em dois países europeus: O impacto do carácter percebido do lar. *Jornal de Psicologia Ambiental*, 27(3), 156-164. <https://doi.org/10.1016/j.jenvp.2006.11.002>
- Paúl, C. (2005). A construção de um modelo de envelhecimento humano. Envelhecer em Portugal, pp.21-41.
- Paúl, C. (2005a). Envelhecimento e ambiente. In L. Soczka (Org.). Contextos humanos e psicologia ambiental (pp. 247-268). Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.
- Paúl, C. (2012). Tendências actuais e desenvolvimentos futuros da Gerontologia. In C. Paúl & O. Ribeiro (Coord.), Manual de Gerontologia (pp. 1-17). Lisboa: Lidel - edições técnicas.
- Paúl, C., & Ribeiro, O. (2011). Envelhecimento activo: Manual de envelhecimento activo. Lidel
- Pereira, É. F., Teixeira, C. S. & Santos, A. (2012). Qualidade de vida: abordagens, conceitos e avaliação. *Revista Brasileira de Educação física e Esporte*, 26(2), pp.241-250.
- Pereira, R. (2016). Análise das motivações de escolha no mercado dos lares de idosos em Portugal [Dissertação de mestrado, Escola Superior de Lisboa]. Repositório Comum. [http://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/16855/1/Dissertação%20Mestrado %20-%20Ricardo%20Pereira%20214083.pdf](http://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/16855/1/Dissertação%20Mestrado%20-%20Ricardo%20Pereira%20214083.pdf)
- Pereirinha, J. A. (2008). Política Social – Fundamentos da Atuação das Políticas Públicas. Lisboa: Universidade Aberta.
- Perlini, N. M. O. G., Leite, M. T., & Furini, A. C. (2007). Em busca de uma instituição para a pessoa idosa morar: motivos apontados por familiares. *Revista Da Escola De Enfermagem Da USP*, 41(2), 229–236. <https://doi.org/10.1590/s0080-62342007000200008>
- Portaria n.º 349/2023 de 13 de novembro, de Trabalho, Solidariedade e Segurança Social (2023). Diário da República, n.º 220, Série 2. <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/portaria/349-2023-224139049>
- Perracini, M. R. (2006). Planejamento e adaptação do ambiente para pessoas idosas. In E. V. Freitas, L. Py, F. A. X. Cançado, J. Doll, & M. L. Gorzoni, Tratado de geriatria e gerontologia (2ª ed., pp. 142-1151). Rio de Janeiro: Guanabara Koogan.
- Phillips, J., Ajrouch, K., & Hillcoat- Nallétamby, S. (2010). Key Concepts in Social Gerontology. SAGE Publications Ltd . <https://doi.org/10.4135/9781446251058>
- Pinquart, M. P., & Sörensen, S. (2006). Diferenças de gênero em fatores estressantes, recursos sociais e saúde do cuidador: uma meta-análise atualizada. *The Journals of Gerontology: Série B*, 61(1), 33–45. <https://doi.org/10.1093/geronb/61.1.P33>

- Renk, V. E., Buziquia, S. P., & Bordini, A. S. J. (2022). Mulheres cuidadoras em ambiente familiar: a internalização da ética do cuidado. *Cadernos Saúde Coletiva*, 30(3), 416–423. <https://doi.org/10.1590/1414-462x202230030228>
- Dutra, R. R., Vargas, S. C., Tornquist, L., Tornquist, D., Martins, V. A., Krug, S. F., & Corbellini, V. A. (2016). Refletindo sobre o processo de institucionalização do idoso. *Revista De Epidemiologia E Controle De Infecção*, 1(1). <https://doi.org/10.17058/reci.v1i1.8040>
- Ribeiro, J. L. P. (2009). A importância da qualidade de vida para a psicologia da saúde. Bem estar e qualidade de vida: contributos da psicologia da saúde. Ribeiro, O., & Paúl, C. (2011). Manual de envelhecimento activo. Lisboa: Lidel.
- Ribeiro, O. & Paúl, C. (2011). Manual do Envelhecimento Ativo. Lidel Edições.
- Romano, F. Saiba qual a relação entre saúde mental e vida financeira. <https://www.telavita.com.br/blog/a-relacao-entre-saude-mental-e-vida-financeira/>
- Rosa, M. J. V. (2020). Um tempo sem idades. Tinta da china.
- Rowe, J. W., & Kahn, R. L. (1997). Successful Aging. *The Gerontologist*, 37(4), pp. 433–440. DOI: [10.1093/geront/37.4.433](https://doi.org/10.1093/geront/37.4.433)
- Rowles, G. D. (1983). Place and personal identity in old age: Observations from Appalachia. *Journal of Environmental Psychology*, 3(4), pp. 299–313. [https://doi.org/10.1016/s0272-4944\(83\)80033-4](https://doi.org/10.1016/s0272-4944(83)80033-4)
- Rohner, R. P. (1986). The Warmth Dimension: Foundations of Parental Acceptance Rejection Theory. Connecticut: Rohner Research.
- Ryff, C. D., & Singer, B. H. (2006). Know Thyself and Become What You Are: A Eudaimonic Approach to Psychological Well-Being. *Journal of Happiness Studies*, 9(1), pp. 13–39. <https://doi.org/10.1007/s10902-006-9019-0>
- Salysers, M. P., Fukui, S., Rollins, A. L., Firmin, R., Gearhart, T., Noll, J. P., Williams, S., & Davis, C. J. (2014). Burnout and Self-Reported Quality of Care in Community Mental Health. *Administration and Policy in Mental Health and Mental Health Services Research*, 42(1), pp. 61–69. <https://doi.org/10.1007/s10488-014-0544-6>
- Salminen, M., Vire, J., Viikari, L., Vahlberg, T., Isoaho, H., Lehtonen, A., Viitanen, M., Arve, S. & Eloranta, S. (2017). Predictors of institutionalization among home-dwelling older Finnish people: a 22-year follow-up study. *Aging Clinical and Experimental Research*, 29(3), 499–505. <https://doi.org/10.1007/s40520-016-0530-9>
- Santos, S. S. (2010). Conceções teórico-filosóficas sobre envelhecimento, velhice, idoso e enfermagem gerontogeriatrica. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 63(6), pp.1035-1039.
- Settersten, R. A., & Godlewski, B. (2016). Concepts and theories of age and aging. In V. L. Bengtson, D. Gans, N. M. Putney & M. Silverstein (Eds.), *Handbook of Theories of Aging* (pp. 9-25). New York: Springer Publishing Company
- Silva, A. P. (2015). A percepção de Qualidade de Vida do Idoso Institucionalizado. (Dissertação de mestrado, Faculdade de Ciências da Saúde). Universidade Fernando Pessoa. https://bdigital.ufp.pt/bitstream/10284/5412/1/DM_18065.pdf
- Soares, A. D. S. F., & Amorim, M. I. S. P. L. (2015). Qualidade de vida e espiritualidade em pessoas idosas institucionalizadas. *REVISTA Especial nº 2 Fevereiro de 2015*, 74.
- Sommer, R. (1987). Dreams, reality, and the future of environmental psychology. In D. Stokols; I. Altman (Eds.), *Handbook of environmental psychology* (pp. 1489-1510). NewYourk: John Wiley & Sons.
- Sonstroem, R.J. & Potts, S.A. (1996). Life adjustment correlates of physical selfconcepts. *Medicine and Science in sports and exercise*, 28 (5): pp. 619-625.
- Sousa, L., Figueiredo, D. e Cerqueira, M. (2004). Envelhecer em família. Os cuidados familiares na velhice. Âmbar.
- Sowers, K., & Rowe, W. (2007). Global aging. In J. Blackburn, & C. Dulmus, *Handbook of gerontology*. New Jersey: Wiley and Sons, Inc

- Stokols, D. (1972). A Social-Psychological Model of Human Crowding Phenomena. *Journal of the American Institute of Planners*, 38(2), 72–83. <https://doi.org/10.1080/01944367208977409>
- Suzman, R. y Riley, M. W. (1985). “Introducing the ‘oldest old’”. *Milbank Memorial Fund Quarterly*, 63(2), pp. 177-186.
- Tao, Y., Lau, S., Gou, Z., Fu, J., Jiang, B., & Chen, X. (2018). Privacy and Well-Being in Aged Care Facilities with a Crowded Living Environment: Case Study of Hong Kong Care and Attention Homes. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 15(10), 2157. <https://doi.org/10.3390/ijerph15102157>
- Uchino, B. N. (2006). *Social support and health: A review of physiological processes potentially underlying links to disease outcomes*. *Journal of Behavioral Medicine*, 29(4), 377-387.
- Wahl, H.-W., Iwarsson, S., & Oswald, F. (2012). Envelhecer bem e o meio ambiente: Rumo a um modelo integrativo e uma agenda de pesquisa para o futuro. *O Gerontologista*, 52(3), pp. 306-316. <https://doi.org/10.1093/geront/gnr154>
- Vara, M. (2012). O olhar do Gerontólogo. In F. Pereira (Coord), *Teoria e Prática da Gerontologia- Um guia para cuidadores de idosos*, (pp. 63-75). Psicosoma. ISBN: 978-972-8994-34-1
- Vidal, D., Pontes, M., Barreira, E., Oliveira, G., & Maia, R. (2019). Differential Mortality and Inequalities in Health Services access in Mainland Portugal. *Finisterra – Revista Portuguesa de Geografia*, LIII(109)
- Vikström, J., Bladh, M., Hammar, M., Marcusson, J., Wressle, E., & Sydsjö, G. (Eds.). (2011). The influences of childlessness on the psychological well-being and social network of the oldest old. *BMC Geriatrics*, 11(1). <https://doi.org/10.1186/1471-2318-11-78>
- Wahl, H. W., Iwarsson, S., & Oswald, F. (2012). Aging well and the environment: toward an integrative model and research agenda for the future.
- World Health Organization (1995). Quality of life assessment: position paper from the World Health Organization. *Social Science Medicine*, 41(10), 1403-1409.
- World Health Organization (2020). Decade of healthy ageing: baseline report. WHO.
- World Health Organization (2023). Decade of Healthy Ageing- A Plataforma. Decade of Healthy Ageing. <https://www.decadeofhealthyageing.org/about/about-us/what-is-the-decade>
- World Health Organization (WHO, 2002). *Missing Voices: views of older persons on elder abuse*. Geneva: WHO.
- World Health Organization Quality of Life Group. (1994). Development of the WHOQOL: Rationale and current status. *International Journal of Mental Health*, 23(3), pp. 24-56
- World Health Organization. (2015). *World report on ageing and health*. World Health Organization.
- Ziegler, M. F., & Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de São Paulo – FAPESP. (2020, 21 de abril). Epidemia de coronavírus exige da sociedade maior atenção ao idoso. Agência FAPESP. <https://agencia.fapesp.br/epidemia-de-coronavirus-exige-da-sociedademaior-atencao-ao-idoso/32990/>.

Anexo 1

CONSENTIMENTO INFORMADO, ESCLARECIDO E LIVRE PARA PARTICIPAÇÃO EM PROJETOS DE INVESTIGAÇÃO

Comissão de Ética para as Ciências Sociais, da Vida e da Saúde

Qualidade de vida na velhice e clima social: Um estudo em Estruturas Residenciais para Pessoas Idosas

Enquadramento: O envelhecimento populacional representa uma conquista relativamente recente das sociedades e constitui-se um dos maiores desafios do século. Com efeito, o aumento da longevidade tem impulsionado políticas sociais dirigidas à população mais velha e o investimento em respostas sociais dirigidas a esta população, como é o caso das Estruturas Residenciais para Pessoas Idosas (ERPI). Nestas, os aspetos físicos e arquitetónicos, características organizacionais, características dos residentes e do pessoal e as características de clima social articulam-se com os níveis de bem-estar e satisfação expressos pelas pessoas idosas (Moos & Lemke, 1984). Neste contexto, a análise da relação entre as características dos ambientes sociais e físicos das ERPI e o comportamento individual é fundamental do ponto de vista da gerontologia social, em particular para traçar orientações para as políticas sociais no âmbito do envelhecimento. O presente estudo, sob a responsabilidade da professora Raquel Gonçalves, é desenvolvido por estudantes do Mestrado em Gerontologia Social (Escolas Superiores de Educação).

Apresentação do estudo: Este estudo visa analisar a relação entre o clima social e a qualidade de vida de idosos a residir em ERPI. Trata-se de um estudo de natureza quantitativa que inclui pessoas mais velhas a residir em ERPI do Distrito de Viana do Castelo e colaboradores a desempenhar funções nestas instituições, mediante o consentimento informado e esclarecido. As ERPI serão selecionadas aleatoriamente a partir dos dados da Carta Social. Após apresentação do estudo às pessoas mais velhas e colaboradores destas instituições, àqueles que manifestarem interesse e disponibilidade em participar será aplicado o protocolo de recolha de dados. Este inclui a avaliação de dados sociodemográficos, auto-perceção de Qualidade de Vida e avaliação do clima social. Prevê-se uma duração aproximada de 40 minutos, sendo que a recolha de dados decorrerá nas Instituições a que pertencem os participantes do estudo e o protocolo será aplicado pela investigadora aos participantes.

Os dados obtidos serão guardados em ficheiros encriptados e apenas utilizados para fins académicos. A recolha de dados irá acontecer após a sua utilização a base de dados será destruída.

Carácter voluntário do estudo: A participação neste estudo é voluntária. Informa-se que os participantes podem abandonar o estudo em qualquer momento, sem qualquer prejuízo ou penalização. Informa-se que este estudo mereceu parecer favorável da Comissão de Ética para as Ciências Sociais, da Vida e da Saúde do IPVC.

Confidencialidade e anonimato dos dados: No presente estudo é garantida a confidencialidade e uso exclusivo dos dados recolhidos para este estudo. Na recolha de dados estão assegurados o anonimato e privacidade.

Informações adicionais: Para esclarecer qualquer questão ou obter mais informações sobre o estudo, pode contactar os elementos da equipa responsável pelo estudo através dos seguintes contactos: bv75921@gmail.com ; 966759400 ; raquelg@ese.ipvc.pt; 258806200.

Por favor, leia com atenção a seguinte informação. Se achar que algo está incorreto ou que não está claro, não hesite em solicitar mais informações. Se concorda em participar de livre e esclarecida vontade, queira assinar este documento.

Assinatura de quem pede consentimento: BEATRIZ LIMA PEREIRA VIEIRA

Consentimento do participante

Declaro ter lido e compreendido este documento, bem como as informações verbais que me foram fornecidas pela investigadora. Foi-me garantida a possibilidade de, em qualquer altura, recusar participar neste estudo sem qualquer tipo de consequências. Desta forma, aceito participar neste estudo e permito a utilização dos dados, que de forma voluntária forneço, confiando que serão utilizados apenas para fins científicos e nas garantias de confidencialidade e anonimato que me são dadas pelo/a investigador/a.

Nome:

.....

Assinatura:Data: / /

SE NÃO FOR O PRÓPRIO A ASSINAR POR IDADE OU INCAPACIDADE (se o menor tiver discernimento deve também assinar em cima, se consentir)

NOME:

.....

GRAU DE PARENTESCO OU TIPO DE REPRESENTAÇÃO:

.....

ASSINATURA:

.....