

SENTIR-SE EM CASA EM ESTRUTURAS RESIDENCIAIS PARA
PESSOAS IDOSAS – O PAPEL DO AMBIENTE FÍSICO NA QUALIDADE
DE VIDA

Luís Francisco da Silva Oliveira

Dissertação de Mestrado em Gestão de Serviços de Saúde

Orientador:

Prof. Doutor Nuno Crespo, Prof. Auxiliar, ISCTE Business School, Departamento de
Economia

Outubro de 2014

Those who believe that nursing home quality of life ranges from bad to unspeakably abysmal rarely focus on improving it.

Rosalie Kane (2003)

AGRADECIMENTOS

Uma dissertação de mestrado nunca reflecte unicamente o seu autor formal mas antes uma rede de contactos com pessoas cujas competências são inestimáveis na valorização do trabalho. Deste modo, os meus agradecimentos sinceros às pessoas que se seguem.

Prof. Dr. Nuno Crespo, orientador desta dissertação, pelo incentivo, saber transmitido, sábias sugestões e críticas construtivas.

Dr.^a Cláudia Andrade (*Instituto do Envelhecimento-UL e CIS-IUL*), pelo entusiasmo, generosidade e cooperação. O tempo é um bem escasso e precioso – obrigado pela dedicação.

Dr.^a Sheila Molony (*Yale School of Nursing e Connecticut Community Care*), pelas sugestões e autorização da tradução e uso da *Experience of Home Scale*.

Prof.^a Rosaline Kane e Prof.^a Lois Cutler (*University of Minnesota*), pelas sugestões e autorização de uso da *Quality of Life Scales for Nursing Home Residents* e *Environmental Quality Assessment for Living*.

Prof.^a Ann Devlin (*Connecticut College*), pelas sugestões que muito contribuíram para a conceptualização do estudo.

Dr.^a Vanessa Póvoa (*UNIFAI-ICBAS*), pelas sugestões e autorização do uso da *Escala da Qualidade de Vida para Residentes de Instituições de Longa Permanência para Idosos*.

Arq. João Castro e Arq.^a Ana Fonseca (*Quadrante Arquitectura*), pela disponibilidade e competências técnicas na avaliação do ambiente físico das instituições.

Dr.^a Patrícia Espinha e Dr. Rui Cruz, pela ajuda preciosa na tradução da *Experience of Home Scale*.

Dr.^a Joana Gama, Dr.^a Susana Malpique e Dr.^a Teresa Esquível, directoras técnicas das estruturas residenciais envolvidas neste estudo, pela calorosa recepção e organização das entrevistas.

Profissionais e residentes, pela disponibilidade e generosidade.

Rita e Francisco, pela paciência, abnegação e suporte emocional indispensável.

RESUMO

Enquadramento: A avaliação da qualidade em estruturas residenciais para pessoas idosas tem focado a prestação directa de cuidados. Contudo, a qualidade de vida e a experiência de sentir-se em casa são indicadores de resultado que condensam o impacto que a estrutura e os processos têm nos residentes. O ambiente físico é uma variável importante que influencia o bem-estar dos residentes.

Objectivos: Avaliar a influência do ambiente físico na qualidade de vida e experiência de sentir-se em casa e a diferença de resultados destes indicadores por estrutura residencial. Iniciar o processo de validação da escala de experiência de sentir-se em casa para a população portuguesa.

Métodos: Aplicação de questionário contendo variáveis sócio-demográficas, competências funcionais, satisfação com a vida, qualidade de vida e experiência de sentir-se em casa a 58 indivíduos de 3 estruturas residenciais para pessoas idosas. Avaliação do ambiente físico dos 3 equipamentos através de uma grelha de observação, conduzida por dois arquitectos.

Resultados: Verificaram-se diferenças significativas entre as três estruturas residenciais para pessoas idosas nos *scores* globais de qualidade de vida e experiência de sentir-se em casa. Níveis mais elevados no ambiente físico e satisfação com a habitação encontram-se associados a resultados médios superiores na qualidade de vida e experiência de sentir-se em casa, depois de tomadas em consideração as variáveis de controlo.

Conclusões: A avaliação da qualidade de vida e experiência de sentir-se em casa são instrumentos úteis na gestão de instituições geriátricas. Para além de expressarem o impacto que a estrutura e os processos têm nos residentes, permitem avaliar necessidades de ordem superior que não se reflectem na avaliação típica da prestação de cuidados. A associação de resultados diferenciados na avaliação destes indicadores por estrutura residencial a níveis distintos na qualidade do ambiente físico sugere que esta variável tem impacto no bem-estar dos indivíduos.

Palavras-chave: envelhecimento, cuidados de longa duração, qualidade de vida, ambiente físico

Classificação JEL: I18, I31

ABSTRACT

Background: Nursing home quality assessment has been focused on care delivery. However, quality of life and experience of home are result outcomes that capture the impact that both structure and process have on residents. The physical environment is an important variable in determining the well-being of nursing home residents.

Objectives: Assess the relationship between physical environment, quality of life and experience of home as well as establishing differences in these outcomes by nursing home. Begin the validation process of the experience of home scale for the Portuguese population.

Methods: In-person interviews with 58 residents across 3 nursing homes to gather information regarding social-demographic variables, functional skills, life satisfaction, quality of life and experience of home. The physical environment was evaluated by means of a specific technical grid with observations being done by two architects.

Results: Significant differences across the 3 nursing homes were found in the global quality of life and experience of home scores. Higher levels of physical environment quality and housing satisfaction were associated with higher mean scores of quality of life and experience of home, after accounting for control variables.

Conclusion: Quality of life and experience of home measurements are relevant outcomes for the management of nursing homes. Apart from translating the impact structure and processes have on the residents, these outcomes address higher-order needs not captured by care delivery measures. Differences between nursing home physical environment quality linked together with divergent quality of life and experience of home scores suggest the former impacts the residents' well-being.

Keywords: aging, long-term care, quality of life, physical environment

JEL Classification: I18, I31

LISTA DE ABREVIATURAS

ABVD – Atividades Básicas de Vida Diária

AF – Ambiente Físico

EP – Envelhecimento Populacional

ERPI – Estrutura Residencial para Pessoas Idosas

ESC – Experiência de Sentir-se em Casa

QdV – Qualidade de Vida

ScV – Satisfação com a Vida

ÍNDICE

INTRODUÇÃO	13
1. ENQUADRAMENTO TEÓRICO	16
1.1 TRANSIÇÃO DEMOGRÁFICA	16
1.2 PROJECCÕES DEMOGRÁFICAS	22
1.3 DESAFIOS E OPORTUNIDADES ASSOCIADOS AO ENVELHECIMENTO POPULACIONAL	25
1.4 RESPOSTAS SOCIAIS DIRIGIDAS À POPULAÇÃO IDOSA EM PORTUGAL	28
1.5 AMBIENTE FÍSICO EM ESTRUTURAS RESIDENCIAIS PARA PESSOAS IDOSAS	29
1.6 EXPERIÊNCIA DE SENTIR-SE EM CASA E QUALIDADE DE VIDA EM ESTRUTURAS RESIDENCIAIS PARA PESSOAS IDOSAS	37
2. METODOLOGIA	42
2.1 PROCEDIMENTO	42
2.2. INSTRUMENTOS DE RECOLHA DE DADOS	43
2.2.1 Identificação sócio-demográfica	43
2.2.2 Índice de Barthel	43
2.2.3 Escala de Satisfação com a Vida	44
2.2.4 Escala da Qualidade de Vida para Residentes de Instituições de Longa Permanência para Idosos	44
2.2.5 Escala de Experiência de Sentir-se em Casa	44
2.2.6 Grelha de Observação e Avaliação do Ambiente Físico das Estruturas Residenciais para Pessoas Idosas	45
2.3 CARACTERIZAÇÃO SÓCIO-DEMOGRÁFICA DA AMOSTRA	45
3. RESULTADOS	48
3.1 ESTATÍSTICA DESCRITIVA DA ESCALA DE QUALIDADE DE VIDA E EXPERIÊNCIA DE SENTIR- SE EM CASA	48
3.2 ANÁLISE DE HOMOGENEIDADE DOS ITENS DA ESCALA DE QUALIDADE DE VIDA E EXPERIÊNCIA DE SENTIR-SE EM CASA	49
3.3 ANÁLISE DE VALIDADE CONVERGENTE	52
3.4 ANÁLISE DE VALIDADE DIVERGENTE	53

3.5 CORRELAÇÕES ENTRE VARIÁVEIS SÓCIO-DEMOGRÁFICAS E QUALIDADE DE VIDA, SEUS DOMÍNIOS E EXPERIÊNCIA DE SENTIR-SE EM CASA	53
3.6 DIFERENÇAS ENTRE SEXO EM RELAÇÃO A QUALIDADE DE VIDA, SEUS DOMÍNIOS E EXPERIÊNCIA DE SENTIR-SE EM CASA	54
3.7 DIFERENÇAS ENTRE ESTADO CIVIL EM RELAÇÃO A QUALIDADE DE VIDA, SEUS DOMÍNIOS E EXPERIÊNCIA DE SENTIR-SE EM CASA	55
3.8 DIFERENÇAS ENTRE NÍVEL DE ESCOLARIDADE EM RELAÇÃO A QUALIDADE DE VIDA, SEUS DOMÍNIOS E EXPERIÊNCIA DE SENTIR-SE EM CASA	56
3.9 DIFERENÇAS ENTRE REALIZAÇÃO DAS ACTIVIDADES BÁSICAS DE VIDA DIÁRIAS EM RELAÇÃO A QUALIDADE DE VIDA, SEUS DOMÍNIOS E EXPERIÊNCIA DE SENTIR-SE EM CASA....	57
3.10 DIFERENÇAS DE RESULTADOS NA QUALIDADE DE VIDA, SEUS DOMÍNIOS, EXPERIÊNCIA DE SENTIR-SE EM CASA E SATISFAÇÃO COM A HABITAÇÃO POR ESTRUTURA RESIDENCIAL	57
3.11 AVALIAÇÃO DO AMBIENTE FÍSICO POR ESTRUTURA RESIDENCIAL	58
4. DISCUSSÃO	60
5. CONCLUSÃO	65
6. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	68
ANEXOS	72
ANEXO I – QUESTIONÁRIO	73
ANEXO II - GRELHA DE OBSERVAÇÃO DO AMBIENTE FÍSICO	83

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1 – População mundial com mais de 60 anos, 1950-2050.....	16
Figura 2 – Esperança média de vida à nascença em anos	17
Figura 3 – Pirâmide etária, Portugal.....	18
Figura 4 – Indicadores de envelhecimento em Portugal segundo os Censos.....	18
Figura 5 – Índice de envelhecimento na Europa, 1960 e 2012	19
Figura 6 – Índice de dependência de idosos na Europa, 1960 e 2012.....	19
Figura 7 – Número de indivíduos em idade activa por idoso na Europa, 1960 e 2012	20
Figura 8 – Índice do Envelhecimento por sexo, Portugal, 1940-2012.....	20
Figura 9 – Esperança média de vida à nascença por sexo, Portugal, 1980-2012.....	21
Figura 10 – Famílias unipessoais por grupo etário e sexo, 2011	22
Figura 11 – População residente em Portugal, 1980-2060.....	23
Figura 12 – Pirâmide etária da população de Portugal, 2008-2060	23
Figura 13 – Curvas de sobrevivência para o Reino Unido por ano de nascimento, 1851-2031	25
Figura 14 – Modelos de prestação de cuidados a pessoas com mais de 65 anos, 2009	27
Figura 15 – Evolução das respostas sociais para as pessoas idosas, 2000-2012.....	28
Figura 16 – Distribuição percentual da oferta e população-alvo por distrito, 2012.....	28
Figura 17 – Evolução da taxa de utilização das respostas sociais para as pessoas idosas, 2000-2012.....	29
Figura 18 – Princípios gerais dos ambientes terapêuticos.....	31
Figura 19 – Princípios base para otimizar os resultados dos pacientes.....	31
Figura 20 – Matriz conceptual da Teoria dos Ambientes Terapêuticos.....	32

ÍNDICE DE TABELAS

Tabela 1 – Países com percentagem mais elevada de população acima dos 60 anos, 2050	24
Tabela 2 – Rácios de dependência em Portugal, 2020-2050.....	24
Tabela 3 – Efeitos do envelhecimento a nível das capacidades humanas.....	33
Tabela 4 – Factores determinantes da organização do espaço	34

Tabela 5 – Medidas que promovem a acessibilidade em estruturas residenciais para idosos .	35
Tabela 6 – Medidas que promovem a acessibilidade em estruturas residenciais para idosos .	36
Tabela 7 – Caracterização sócio-demográfica da população da amostra.....	45
Tabela 8 – Estatística descritiva da escala de QdV e ESC.....	48
Tabela 9 – Análise de homogeneidade dos itens da escala de QdV	49
Tabela 10 – Análise de homogeneidade dos itens da escala de ESC.....	51
Tabela 11 – Análise de validade convergente com a escala de SCV e ESC.....	52
Tabela 12 – Análise de validade divergente entre domínios da QdV	53
Tabela 13 – Correlações entre variáveis sócio-demográficas e QdV e ESC	54
Tabela 14 – Diferenças entre Sexo em relação a QdV, seus domínios e ESC.....	55
Tabela 15 – Diferenças entre Estado Civil em relação a QdV, seus domínios e ESC.....	55
Tabela 16 – Diferenças entre Nível de Escolaridade em relação a QdV, seus domínios e ESC	56
Tabela 17 – Diferenças entre Realização das ABVD em relação a QdV, seus domínios e ESC	57
Tabela 18 – Diferenças de resultados na QVD, seus domínios, ESC e Satisfação com a Habitação por estrutura residencial	58
Tabela 19 – Resultados da avaliação do Ambiente Físico por estrutura residencial	59

SUMÁRIO EXECUTIVO

O envelhecimento populacional representa uma oportunidade de melhoria ao nível da qualidade das estruturas residenciais para pessoas idosas. O crescimento acentuado da população idosa fará com que a taxa de utilização destes equipamentos geriátricos seja cada vez maior. A avaliação da qualidade nestas instituições raramente se foca na experiência dos residentes, seu bem-estar subjectivo e necessidades de ordem superior. Assim, a adopção de indicadores que vão para além da avaliação da prestação de cuidados, perspectivada no tradicional modelo biomédico torna-se necessária.

O presente estudo teve como objectivo avaliar a influência do ambiente físico na qualidade de vida e experiência de sentir-se casa numa amostra de 58 indivíduos de 3 estruturas residenciais para pessoas idosas, estabelecendo diferenças nos resultados destas variáveis entre grupos.

Para esse efeito, utilizou-se a Escala da Qualidade de Vida para Residentes de Instituições de Longa Permanência para Idosos (Kane *et al.*, 2003a; versão portuguesa de Póvoa e Martín, 2010) e a Escala de Experiência de Sentir-se em Casa (Molony *et al.*, 2007; versão portuguesa de Oliveira, 2014). A Grelha de Observação e Avaliação do Ambiente Físico das Estruturas Residenciais para Idosos (Oliveira, 2014; adaptado de Andrade *et al.*, 2012 & Cutler *et al.*, 2006) foi usada para avaliar a qualidade do ambiente físico.

Dada a pouca investigação existente em Portugal sobre a qualidade de vida em estruturas residenciais para pessoas idosas que utilize estes indicadores, considerou-se pertinente efectuar a análise estatística correlacional presente no estudo de validação da escala de qualidade de vida e iniciarem-se os procedimentos para a validação da escala de experiência de sentir-se em casa.

Os resultados mais significativos deste estudo demonstram a influência do ambiente físico na qualidade de vida e na experiência de sentir-se em casa dos residentes. Nas estruturas residenciais para pessoas idosas com melhor qualidade do ambiente físico verificaram-se *scores* médios mais elevados daquelas variáveis na sua generalidade. Por conseguinte, a mudança do modelo biomédico herdado das organizações hospitalares para um centrado nas pessoas e sua experiência subjectiva, deverá contemplar a avaliação da qualidade de vida, experiência de sentir-se em casa e ambiente físico.

INTRODUÇÃO

O envelhecimento da população mundial representa um dos aspectos mais relevantes da demografia moderna. O aumento da esperança média de vida, conjugada com o declínio da fecundidade, fará com que a população com mais de 60 anos represente cerca de um terço do total mundial em 2050 (*World Economic Forum*, 2012).

O perfil demográfico de Portugal caracteriza-se, igualmente, pelo progressivo envelhecimento da população. Estima-se que em 2050 o país seja o segundo a nível mundial com maior percentagem de população acima dos 60 anos. Este facto implicará um conjunto significativo de consequências a nível financeiro, económico e social (Conselho Económico e Social, 2013).

De acordo com os últimos dados disponíveis em Portugal, 78 073 pessoas encontravam-se institucionalizadas em estruturas residenciais para pessoas idosas (ERPI)¹. Observa-se uma tendência na taxa de utilização destes equipamentos que é superior, actualmente, a qualquer uma das outras respostas sociais (centro de dia, serviço de apoio domiciliário ou centro de convívio). Desta forma, tendo em atenção a transição demográfica em curso a nível mundial, é expectável que esta oferta continue a ser procurada por um número crescente de pessoas. Estes equipamentos tornam-se, efectivamente, a nova casa para quem usufrui dos seus serviços.

A avaliação da qualidade nas instituições geriátricas tem-se centrado sobretudo na prestação de cuidados. Porém, a experiência subjectiva da vida diária numa instituição e as preferências que os seus residentes manifestam afiguram-se tão relevantes como os aspectos técnicos dos cuidados que lhes são prestados (Xu *et al*, 2013). Rosalie Kane (2003) e Sheila Molony (2007) propuseram a adopção de novos indicadores, nomeadamente a qualidade de vida (QdV) para utilizadores de ERPI e a experiência de sentir-se em casa (ESC)².

A QdV e a ESC tipicamente implicam constructos separados da qualidade dos cuidados prestados, embora este último influencie os dois primeiros (Kane, 2003; Molony *et al.*, 2011).

¹ A portaria n.º 67/2012 de 21 de Março tornou obsoletas as designações lar de idosos e residências para idosos, unificando estas respostas sociais como estruturas residenciais para pessoas idosas.

² “*Experience of Home*” no contexto original. De modo a eliminar ambiguidades na interpretação, optou-se por traduzir para “casa” e não “lar” dada a natureza deste estudo. Para tal efeito, considerou-se apropriada a designação “experiência de sentir-se em casa”.

Por outro lado, assume-se que existe uma relação benéfica entre a variável casa e a QdV, quando se consideram os intentos de tornar mais doméstico³ o ambiente das ERPI.

A relação entre a QdV e o ambiente físico (AF) tem sido amplamente investigada (Molony *et al.*, 2007). Com efeito, a concepção arquitectónica dos espaços de saúde representa uma variável que, conjugada com os efeitos humanos que influencia, afecta o desempenho organizacional e a satisfação dos utilizadores e do *staff* (Rego, 2012).

No entanto, a relação entre a QdV específica dos utilizadores de ERPI, a ESC e o AF carece de mais investigação que a demonstre com resultados consistentes (Kane, 2003; Molony *et al.*, 2007).

A tendência na última década de dotar as ERPI de um modelo de gestão afastado do tradicional biomédico herdado da organização hospitalar, para um centrado nas pessoas, necessita de parâmetros de avaliação que clarifiquem o benefício para os seus utilizadores que não se esgote na eficiência dos cuidados prestados. Kane (2003) afirma, a esse propósito, que a QdV raramente é avaliada como resultado de interesse após uma intervenção no modelo de gestão e cultura organizacional.

Deste modo, o presente estudo pretende avaliar a influência do AF na QdV e ESC dos utilizadores de ERPI, seguindo as linhas de investigação anteriores nesta temática (Kane *et al.*, 2003a; Molony *et al.*, 2007; Póvoa, 2010).

Pretende igualmente iniciar a validação da escala de ESC para o contexto português e analisar a diferença de resultados nas variáveis ESC e QdV por ERPI.

A presente dissertação encontra-se estruturada em cinco capítulos: Enquadramento Teórico, Metodologia, Resultados, Discussão e Conclusão.

No capítulo do Enquadramento Teórico apresentam-se os pontos essenciais da problemática em estudo, nomeadamente a questão da transição demográfica, onde são apresentados os grandes eixos de análise do envelhecimento populacional (EP) a nível mundial, europeu e português; as projecções demográficas que apontam cenários da composição da população mundial, europeia e portuguesa durante este século; os desafios e oportunidades associadas ao EP, particularmente ao nível das respostas sociais; uma análise sucinta das respostas sociais

³ “Home-like” no original.

para idosos em Portugal; por fim, a definição de conceitos-chave relacionados com AF, ESC e QdV em ERPI.

No capítulo da Metodologia encontram-se as opções metodológicas do estudo, com a respectiva caracterização da amostra, instrumentos de recolha de dados e procedimento de investigação.

O capítulo dos Resultados compreende a apresentação dos resultados relevantes para a consecução dos objectivos propostos que serão reflectidos seguidamente na Discussão.

Por fim, na Conclusão procede-se a um conjunto de reflexões finais sobre o presente estudo, onde se explanam as limitações do mesmo e implicações para investigações futuras.

1. ENQUADRAMENTO TEÓRICO

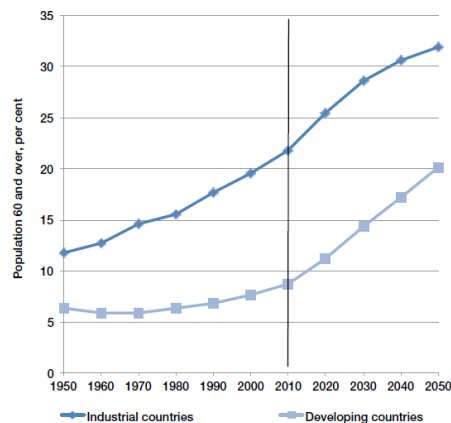
1.1 Transição Demográfica

O mundo está a viver uma importante dinâmica populacional, cujas tendências significativas incluem o contínuo crescimento da população, o seu envelhecimento e níveis elevados de migração e urbanização (*United Nations Population Fund, 2013*).

O envelhecimento da população tem como principais causas um declínio da fecundidade, isto é, a diminuição do número de crianças nascidas por mulher, observado sobretudo nos países desenvolvidos; uma longevidade aumentada que se expressa num aumento da esperança média de vida à nascença e aos 65 anos ao longo do último século (*International Monetary Fund, 2012*); por fim, devido ao facto das taxas de mortalidade terem decrescido num tempo anterior ao da queda da fertilidade (*World Economic Forum, 2012*).

A combinação do aumento da esperança média de vida com o declínio da fecundidade é frequentemente denominada como transição demográfica (*Joint Programming Initiative, 2011*).

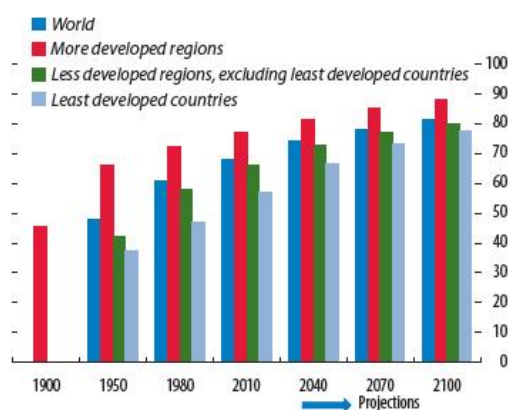
Figura 1 – População mundial com mais de 60 anos, 1950-2050 (*World Economic Forum, 2012*)



No entanto, este perfil global mascara uma heterogeneidade de experiências demográficas (Figura 1). Os países em desenvolvimento continuam a apresentar níveis elevados de fertilidade e crescimento populacional quase exclusivamente. Em todas as outras regiões do globo, a fertilidade decresce e a população envelhece (*United Nations Population Fund, 2013*).

O EP representa um feito assinalável nos países em desenvolvimento, pese embora muitos deles envelhecerão antes de enriquecerem (*United Nations Population Fund, 2013*). Este facto encontra-se ilustrado pela Figura 2, onde se poderá verificar um constante aumento da esperança média de vida à nascença a nível mundial.

Figura 2 – Esperança média de vida à nascença em anos (*International Monetary Fund, 2012*)

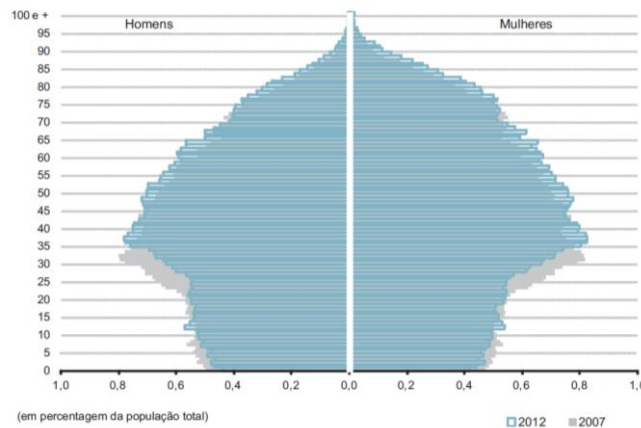


A situação demográfica recente em Portugal caracteriza-se, sobretudo, pela desaceleração do crescimento populacional a par de um processo contínuo de envelhecimento (Instituto Nacional de Estatística, 2013a). A característica mais marcante do perfil demográfico consiste no progressivo envelhecimento da sociedade portuguesa (Carneiro *et al.*, 2012). Este facto acarretará um conjunto significativo de consequências a nível financeiro, económico e social em Portugal (Conselho Económico e Social, 2013). Configura, por conseguinte, um dos mais importantes desafios que os países da União Europeia enfrentam (Carneiro *et al.*, 2012).

Em 2012 a população residente em Portugal apresentou uma taxa de crescimento efectivo negativo na ordem dos 0,52%, isto é, menos 55 109 indivíduos do que em 2011, para um total de 10 487 289 pessoas (Instituto Nacional de Estatística, 2014). O crescimento migratório em declínio, associado a uma quebra de crescimento natural, tem tido como consequência o abrandamento do ritmo de crescimento efectivo desde 2003 e um decréscimo populacional desde 2010 (Instituto Nacional de Estatística, 2013b).

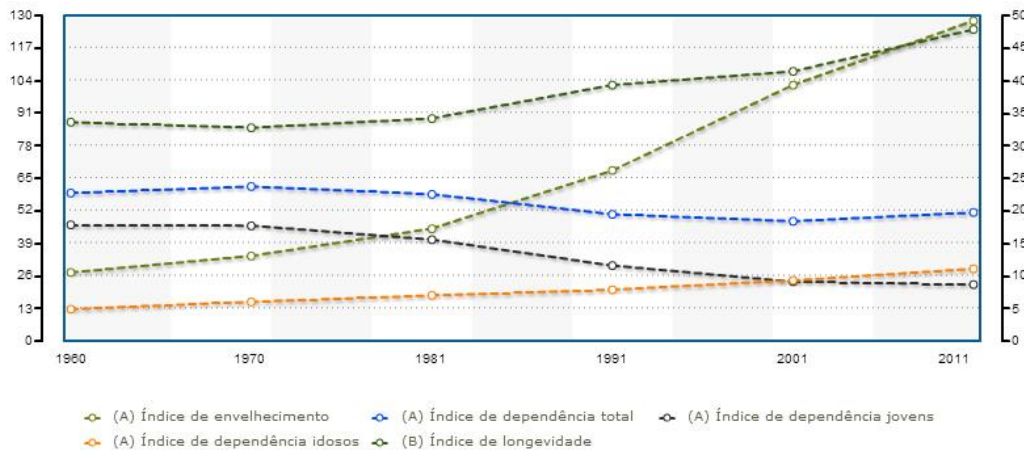
Em 2007 registou-se, pela primeira vez, um saldo natural negativo, isto é, o número de óbitos foi superior ao de nascimentos (Instituto Nacional de Estatística, 2013a). Esta tendência tem vindo a confirmar-se em anos recentes, com especial agravamento em 2012 (Instituto Nacional de Estatística, 2013a). Portugal é, assim, palco de um duplo envelhecimento demográfico da sua população residente como se pode verificar através da análise da Figura 3.

Figura 3 – Pirâmide etária, Portugal, 2007 e 2012 (Instituto Nacional de Estatística, 2013b)



Segundo o Instituto Nacional de Estatística (2013a) são dois os factores que mais contribuem para que tal aconteça. Por um lado, o declínio da fecundidade, que se manifesta num menor número de nascimentos e, por outro, o aumento da população idosa, associado a uma maior esperança de vida com subsequente acréscimo de sobrevivência em idades avançadas. O índice de longevidade tem apresentado, assim, uma evolução em sentido francamente positivo de 1960 até 2012 (Pordata, 2012).

Figura 4 – Indicadores de envelhecimento em Portugal segundo os Censos (Pordata, 2012)



A Figura 4 ilustra os principais indicadores de envelhecimento em Portugal de 1960 até à data da realização dos últimos censos à população em 2011. Em resultado do decréscimo do número de jovens (população dos 0 aos 14 anos de idade) e do aumento da percentagem de idosos (65 ou mais anos de idade), o índice de envelhecimento passou de 114 para 131 pessoas idosas por cada 100 jovens, no período entre 2007 e 2012 (Instituto Nacional de Estatística, 2013b).

O índice de envelhecimento e de dependência de idosos têm aumentado progressivamente ao longo das últimas décadas. Em sentido contrário, o índice de dependência de jovens tem decrescido, fruto do declínio da natalidade e renovação de gerações.

Como já foi anteriormente referido, o índice de longevidade conheceu um aumento notável nas últimas quatro décadas. A sua subida ininterrupta desde os censos demográficos de 1981 representa uma tendência relevante do EP.

A Figura 5 e a Figura 6 ilustram como Portugal acompanha as tendências demográficas europeias neste domínio.

Figura 5 – Índice de envelhecimento na Europa, 1960 e 2012 (Pordata, 2013a)

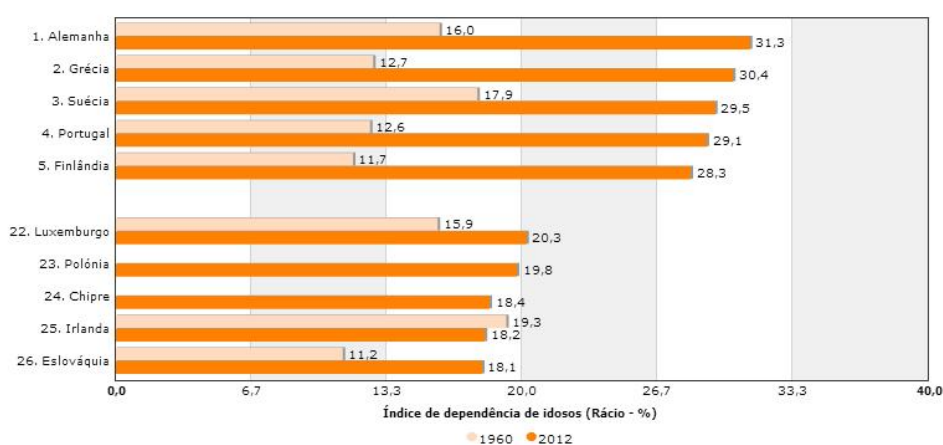
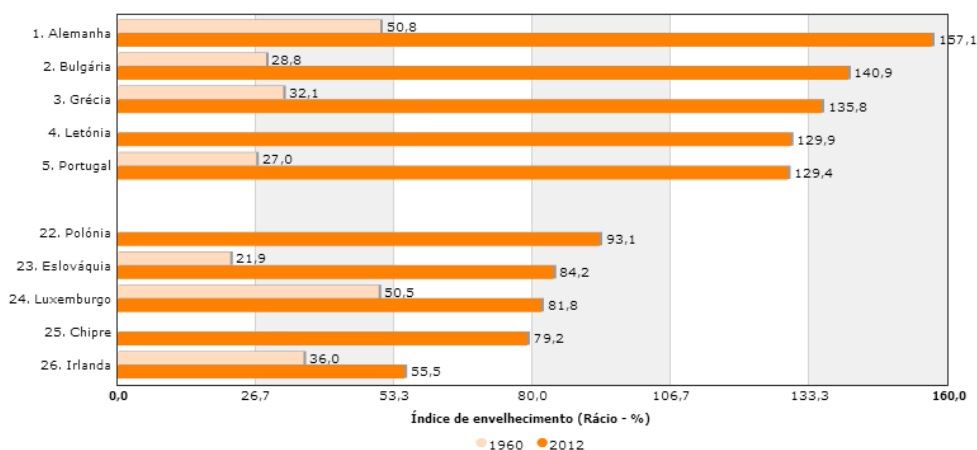


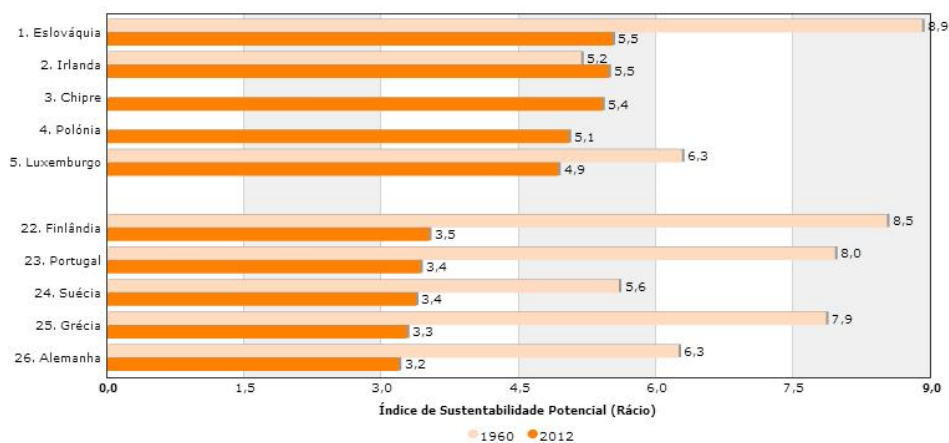
Figura 6 – Índice de dependência de idosos na Europa, 1960 e 2012 (Pordata, 2013b)



Segundo o Conselho Económico e Social (2013: 28) “a União Europeia passará, nas próximas décadas, de uma situação em que tinha 4 pessoas em idade ativa, por cada pessoa com 65 ou mais anos, para um rácio de apenas 2 pessoas em idade ativa, para cada pessoa com 65 ou mais anos”. Esta tendência espelha-se na evolução do indicador na última década

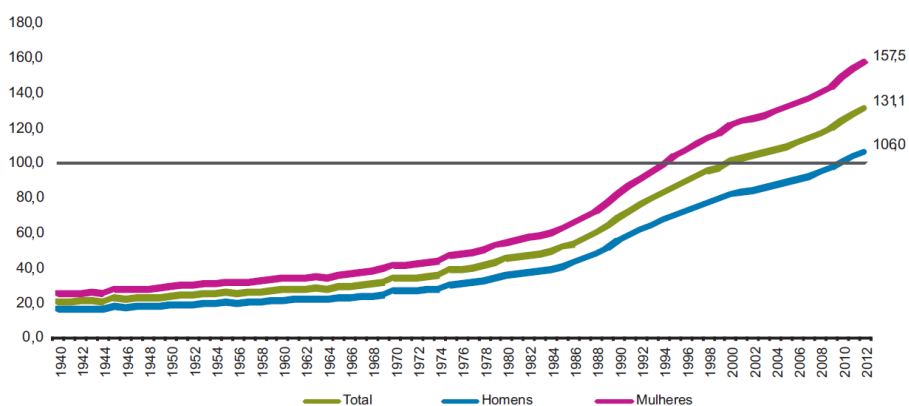
(2001-2011) de 4,1 para 3,5 pessoas em idade activa por idoso na população portuguesa (Pordata, 2013c).

Figura 7 – Número de indivíduos em idade activa por idoso na Europa, 1960 e 2012 (Pordata, 2013c)



A população idosa tem vindo a aumentar de forma consistente nos últimos anos, representando, em 2012, 19,4% do total de residentes em Portugal, isto é, 2 032 606 indivíduos (Instituto Nacional de Estatística, 2013b). De acordo com dados das Nações Unidas referentes a 2007 citados por Carneiro *et al.* (2012), Portugal era o décimo país do mundo com maior percentagem de idosos e o décimo quarto com maior índice de envelhecimento. O EP é mais marcado nas mulheres, facto que se explica considerando a sua maior longevidade, conforme ilustrado na Figura 8.

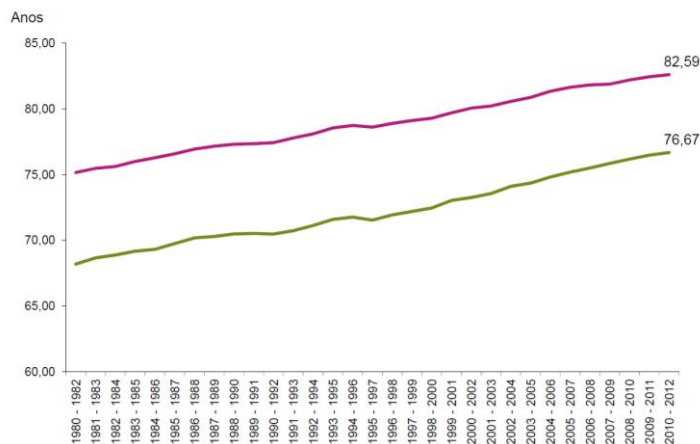
Figura 8 – Índice do Envelhecimento por sexo, Portugal, 1940-2012 (Instituto Nacional de Estatística, 2013b)



A esperança média de vida à nascença, no triénio 2010-2012 foi estimada em 79,78 anos, sendo que, no que diz respeito à esperança média de vida aos 65 anos esta apresentava um valor de 18,84 anos (Instituto Nacional de Estatística, 2013b). Em 1993, de acordo com

Carneiro *et al.* (2012), a esperança média de vida à nascença era de 71 e 78,1 anos, para homens e mulheres, respectivamente. A Figura 9 colige estes dados.

Figura 9 – Esperança média de vida à nascença por sexo, Portugal, 1980-2012 (Instituto Nacional de Estatística, 2013b)



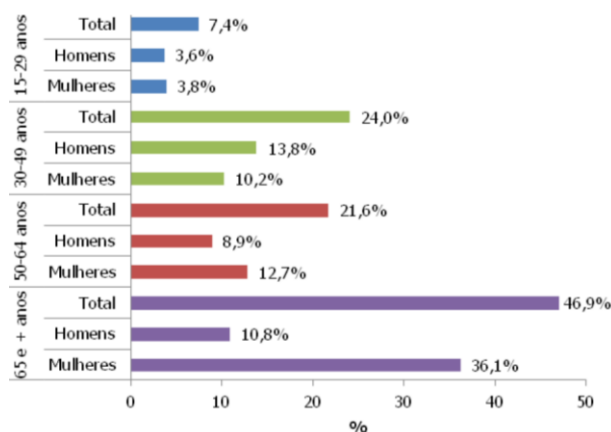
Os modelos familiares têm sofrido, igualmente, alterações profundas ao longo das últimas décadas. Um dos factores que explica esta mudança é o aumento do número de pessoas que vivem sós. Para além de mudanças do modelo de vida das pessoas mais jovens, este facto relaciona-se, similarmente, com o envelhecimento da população (Instituto Nacional de Estatística, 2013a).

As famílias unipessoais, cuja expressão quase duplicou entre 1991 e 2011, têm conhecido uma expansão considerável. O seu peso passou de 4,4% para 8,2% no conjunto da população residente, havendo em 2011, 866 827 pessoas a integrarem este tipo de modelo familiar (Instituto Nacional de Estatística, 2013a). A sua distribuição varia, naturalmente, em função da estrutura etária.

Cerca de metade das pessoas neste tipo de famílias tem 65 e mais anos de idade (46,9%). Contudo, se for acrescida a proporção de pessoas com idades entre os 50 e os 64 anos, a percentagem de indivíduos com mais de 50 anos cifra-se nos 68,5% (Instituto Nacional de Estatística, 2013a).

O número de idosos a viver sós aumentou 29% na última década, sendo que o número de alojamentos familiares habitados por uma só pessoa idosa é de 400 964 (Instituto Nacional de Estatística, 2012). Carneiro *et al.* (2012), a propósito de um estudo de Moreira (2008), argumentam que nas próximas décadas haverá um forte aumento de famílias unipessoais do grupo etário da população com mais de 75 anos.

Figura 10 – Famílias unipessoais por grupo etário e sexo, 2011 (Instituto Nacional de Estatística, 2013a)



Paralelamente, as famílias complexas, compostas por uma família simples a que se juntam outras pessoas aparentadas dentro da mesma habitação, têm decrescido significativamente em número ao longo das duas últimas décadas (Instituto Nacional de Estatística, 2013a). Este tipo de família representava, em 2011, apenas 8,7% do total de famílias em Portugal, sendo que em 1960 atingia 15,4% (Figura 10)

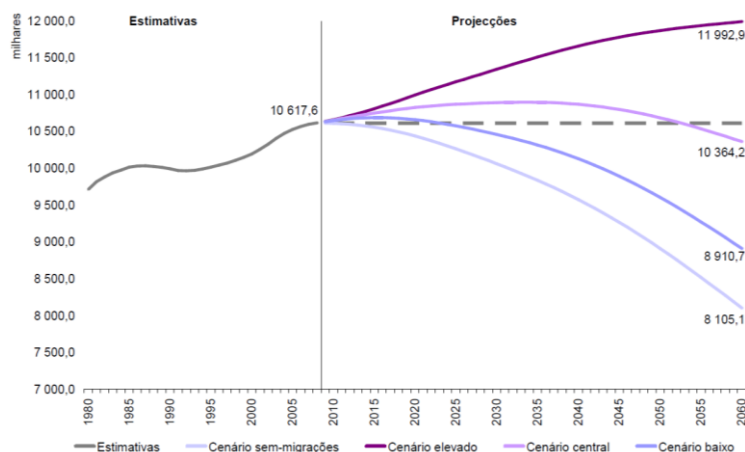
Aliado a este facto, realça-se que o número de idosos a viverem em unidades domésticas de família complexa é cada vez mais diminuto (Instituto Nacional de Estatística, 2013a). Este fenómeno conheceu um decréscimo significativo entre 2001 e 2011, de 19,6% para 15,8% de idosos a viver com outros familiares em famílias complexas.

1.2 Projecções Demográficas

De acordo com o Instituto Nacional de Estatística (2009:1), “*nos próximos 50 anos, Portugal poderá continuar com cerca de 10 milhões de residentes, mas manter-se-á a tendência de envelhecimento demográfico, projectando-se que em 2060 residam no território nacional cerca de 3 idosos por cada jovem.*”

Os cenários projectados encontram-se ilustrados na Figura 11. De notar que todos os cenários, com excepção do elevado (maiores volumes migratórios anuais associados a níveis de fecundidade superiores), traduzem uma diminuição da população em 2060 quando comparada com os efectivos de 2008.

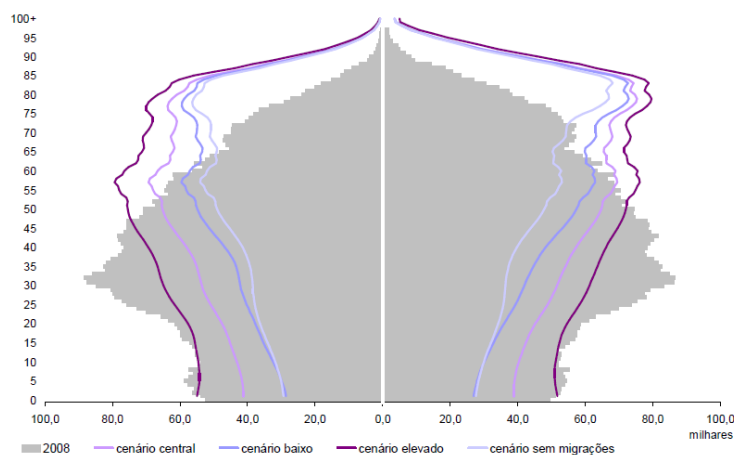
Figura 11 – População residente em Portugal, 1980-2060 (Instituto Nacional de Estatística, 2009)



No que diz respeito à estrutura etária da população, manter-se-ão as tendências actuais, quaisquer cenários considerados. A proporção de jovens diminuirá e o peso relativo da população idosa aumentará notavelmente. De especial relevância para este aumento da percentagem de idosos, encontra-se a tendência de evolução da população com 80 e mais anos de idade.

Também o índice de envelhecimento sofrerá um aumento considerável. O cenário central indica que, em 2060, residirão em Portugal 271 idosos por cada 100 jovens. Isto é, mais do dobro do valor de 2012 (Instituto Nacional de Estatística, 2009). Na Figura 12 encontram-se os vários cenários para a evolução da pirâmide etária.

Figura 12 – Pirâmide etária da população de Portugal, 2008-2060 (Instituto Nacional de Estatística, 2009)



De acordo com o *World Economic Forum* (2012), Portugal será um dos países onde, em 2050, a percentagem de população com mais de 60 anos atingirá valores mais elevados. A Tabela 1 apresenta estes dados.

Tabela 1 – Países com percentagem mais elevada de população acima dos 60 anos, 2050 (*World Economic Forum, 2012*)

País	%
Japão	42
Portugal	40
Bósnia e Herzegovina	40
Cuba	39
Coreia do Sul	39
Itália	38
Espanha	38
Singapura	38
Alemanha	38
Suíça	37

No estudo da Comissão Europeia, Comité de Política Económica e do Grupo de Trabalho do Envelhecimento referido por Carneiro *et al.* (2012), projectam-se rácios de dependência para as próximas décadas em Portugal (Tabela 2).

Tabela 2 – Rácios de dependência em Portugal, 2020-2050 (*European Commission, Economic Policy Committee, Ageing Working Group, 2012*)

Indicador	2020	2030	2040	2050
Share of older population (55-64) (1)	22,2	24,6	26,2	23,7
Old-age dependency ratio (20-64) (2)	34	41	51	61
Total dependency ratio (20-64) (3)	66	71	81	93
Total economic dependency ratio (20-74) (4)	117	109	118	129
Economic old-age dependency ratio (20-64) (5)	42	48	58	70
Economic old-age dependency ratio (20-74) (6)	40	44	54	64

Segundo Carneiro *et al.* (2012:43) “o indicador (1) é dado pelo rácio entre a População com 55 a 64 anos e a População do grupo etário 20 a 64 anos (população ativa sénior); o (2) corresponde ao rácio entre a população com 65 + anos e a população ativa sénior; (3) é o rácio entre a população com menos de 15 anos e com 65 + anos em relação à população ativa sénior; (4) corresponde ao rácio entre a população total (excluindo a população empregada) e a população empregada (entre os 15 a 74 anos); (5) é dado pelo rácio entre a população inativa com 65+ anos e a população empregada (entre 15 a 64 anos); (6) idêntico ao (5), com o denominador substituído pela população empregada (entre 15 a 74 anos).”

Da análise destes indicadores, emerge um conjunto de desafios relacionados com o ajustamento da sociedade portuguesa face ao aumento crescente da população idosa (Carneiro

et al., 2012). No entanto, a transição demográfica em curso representa também um conjunto de oportunidades que influenciarão o mundo ao nível do desenvolvimento social, económico e ambiental (*Joint Programming Initiative*, 2011; *United Nations Population Fund*, 2013).

1.3 Desafios e oportunidades associados ao envelhecimento populacional

O EP representa, actualmente, um tema de interesse assinalável nos meios académicos e políticos, por ser considerado o aspecto mais relevante e dinâmico da demografia moderna.

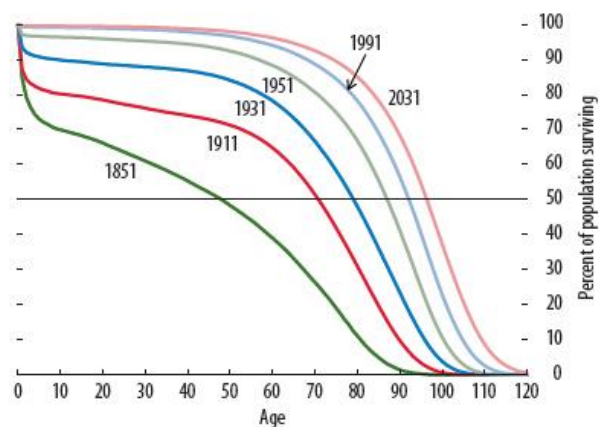
Dado que o processo de envelhecimento é condicionado pela interacção de factores biológicos e socioculturais, apenas uma abordagem interdisciplinar permitirá compreender o seu impacto e estabelecer práticas de o influenciar positivamente (*Joint Programming Initiative*, 2011).

A transição demográfica representa, de facto, um enorme e abrangente desafio mas também um conjunto de oportunidades. Por essa razão, a sua influência na saúde pública e economia mundial será decisiva. (*World Economic Forum*, 2012; Carstensen e Fried, 2012).

A maior longevidade associada à transição demográfica apresenta benefícios claros, traduzindo, igualmente, uma melhoria generalizada das condições de vida das populações (*International Monetary Fund*, 2012).

Na Figura 13 pode observar-se uma progressiva rectangularização da curva de sobrevivência da população do Reino Unido, resultado dos desenvolvimentos progressivos que têm levado a uma longevidade aumentada, particularmente relacionados com a sobrevivência em idades avançadas.

Figura 13 – Curvas de sobrevivência para o Reino Unido por ano de nascimento, 1851-2031 (*International Monetary Fund*, 2012)



Em 2031, postula-se que 50% das pessoas nascidas nesse ano sobreviverá até aos 98 anos de idade (*Office for National Statistics*, 2014).

Carstensen e Fried (2012) afirmam que o EP apresenta um dilema cultural. A cultura vigente, particularmente nos países desenvolvidos, encontra-se estabelecida para uma esperança de vida inferior à experienciada actualmente. As sociedades actuais não se encontram devidamente preparadas para acomodar populações onde vivem mais pessoas com idades superiores a 60 anos do que inferiores a 15.

Particularmente, os países europeus parecem indevidamente preparados para lidar com a transição demográfica e o impacto que esta terá nas estruturas sociais, políticas e económicas (*Joint Programming Initiative*, 2011).

O idoso em Portugal ainda é percepcionado como um fardo para a sociedade (Carneiro *et al.*, 2012). Carstensen e Fried (2012) argumentam que uma das origens deste traço cultural das sociedades advém do facto dos AF e sociais serem implicitamente construídos com a população jovem em mente.

De facto, a percepção dos idosos na sociedade portuguesa, veiculada através de estereótipos e imagens negativas, parece indiciar um potencial negativo de entendimento entre gerações (Carneiro *et al.*, 2012).

No plano económico, a transição demográfica exigirá uma nova organização e planeamento dos recursos sociais ao dispor de uma população cada vez mais envelhecida. Nos países desenvolvidos, os sistemas públicos e privados que apoiam a população idosa, encontram-se ameaçados devido ao aumento do número de indivíduos desta faixa etária (*United Nations Population Fund*, 2013).

O *International Monetary Fund* (2012) reitera, inclusivamente, que o risco de longevidade, isto é, as consequências económicas e financeiras de que as pessoas vivam mais do que esperado nas projecções demográficas, não se encontra convenientemente considerado.

Como abordado anteriormente, a transição demográfica depende sobremaneira do desenvolvimento humano verificado em décadas anteriores. Todavia, os esforços envidados para que este seja reforçado não deverão focar-se apenas na fase inicial da vida dos indivíduos, mas igualmente durante a velhice (*United Nations Population Fund*, 2013).

De acordo com Carneiro *et al.*, (2012:18) “As melhores respostas aos principais desafios do envelhecimento devem incluir os apports dos diferentes stakeholders, refletindo a determinação dos decisores políticos, a imaginação das principais instituições de intervenção, combinando a inteligência questionadora dos mais jovens com a inteligência madura e experiência das pessoas de meia-idade e integrando, ainda, a inteligência prudente e a sabedoria das pessoas idosas.”

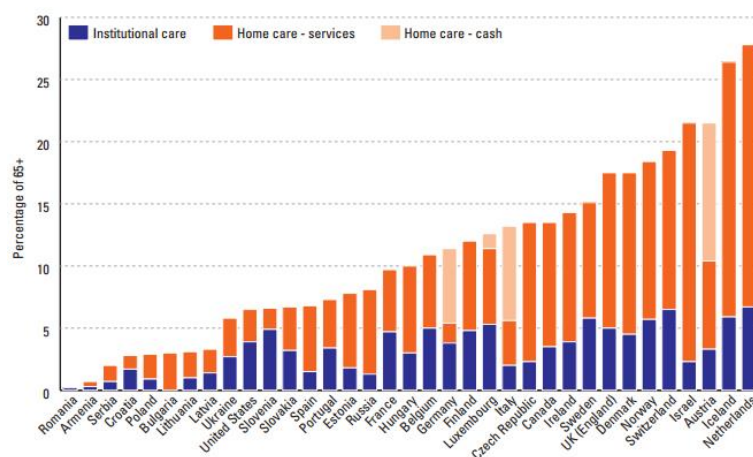
As respostas sociais ao aumento da população idosa em Portugal são um factor decisivo para a manutenção e consolidação de um envelhecimento activo, isto é, o combate à crescente dependência física e psíquica, maximizando o bem-estar das pessoas (Carneiro *et al.*, 2012).

Estas respostas têm sofrido uma flexibilização assinalável através de uma rede de serviços e equipamentos sociais muitos deles representando verdadeiras alternativas à institucionalização, mesmo em situações de dependência. A nível europeu, a procura de cuidados domiciliários configura um desafio ao modelo convencional de procura de cuidados de longa duração.

Todavia, a permanência de longa duração em ERPI, quando subsiste insuficiência em gerir as necessidades diárias e impossibilidade das famílias prestarem os cuidados necessários, emerge como opção para a manutenção do bem-estar dos indivíduos.

Este modelo constitui ainda uma resposta representativa de cuidados em muitos países (Carneiro *et al.*, 2012), como se poderá verificar através da análise da Figura 14.

Figura 14 – Modelos de prestação de cuidados a pessoas com mais de 65 anos, 2009 (Rodrigues *et al.*, 2012)



É assinalável a assimetria de acesso entre os países europeus, nomeadamente a diferença significativa entre os países do norte da Europa (cerca de 5 em cada 20 pessoas com mais de 65 anos) e os do sul (1 ou menos em cada 20).

1.4 Respostas sociais dirigidas à população idosa em Portugal

De acordo com o Gabinete de Estratégia e Planeamento (2012), as respostas sociais dirigidas à população idosa têm registado um aumento significativo (na ordem dos 42%). Das 2100 novas respostas entre 2000 e 2012, apenas o centro de convívio apresenta alguma estagnação, conforme ilustrado na Figura 15.

Figura 15 – Evolução das respostas sociais para as pessoas idosas, 2000-2012 (Gabinete de Estratégia e Planeamento, 2012)

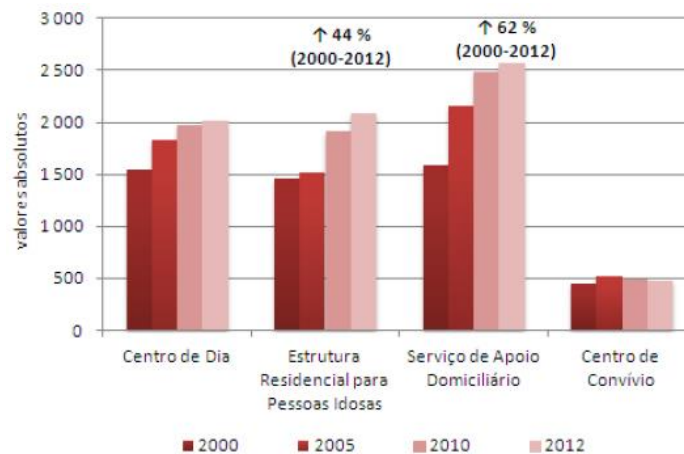
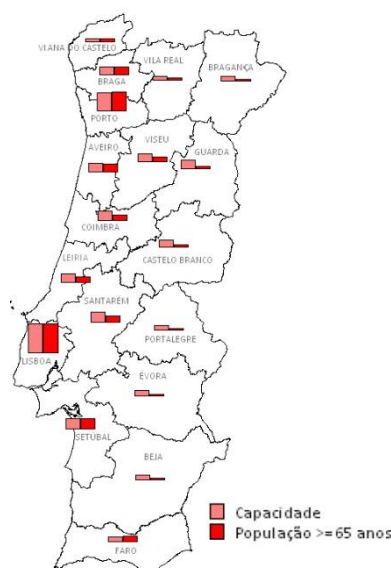
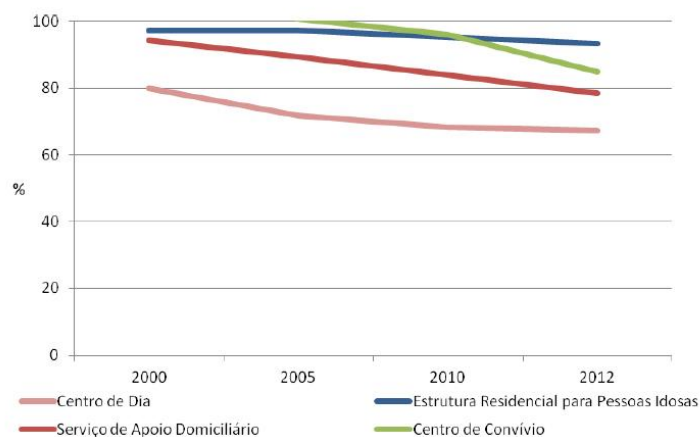


Figura 16 – Distribuição percentual da oferta e população-alvo por distrito, 2012 (Instituto Nacional de Estatística e Carta Social, 2012)



A proporção entre a oferta agregada destas respostas sociais e a distribuição da população idosa apresenta maioritariamente um saldo positivo, cujas exceções mais marcantes se encontram no distrito de Lisboa e Porto (Figura 16). As ERPI conheceram uma ampla expansão no período em análise na Carta Social do Gabinete de Estratégia e Planeamento, quer a nível da oferta mas também na taxa de utilização que se cifrou nos 93,4%.

Figura 17 – Evolução da taxa de utilização das respostas sociais para as pessoas idosas, 2000-2012 (Gabinete de Estratégia e Planeamento, 2012)



A Figura 17 mostra um decréscimo generalizado da taxa de utilização destas respostas sociais, provavelmente relacionado com o aumento de oferta em número de lugares. Contudo, a maior taxa de utilização das ERPI demonstra o elevado nível de procura desta resposta.

Em termos absolutos, de acordo com os últimos dados de 2014 disponíveis na Carta Social, 78 073 pessoas idosas encontram-se em ERPI. De referir que em 2007 o número de idosos residentes nestas estruturas se cifrava nos 55 266 (Póvoa, 2010).

Os motivos que levam à institucionalização raramente se cingem à degradação da saúde e aumento da dependência (Paulos, 2010). As circunstâncias sociais, decorrentes das alterações dos modelos familiares tradicionais, assumem uma importância particular. A ERPI torna-se, de facto, a nova casa para os seus utilizadores (Molony *et al.*, 2011)

1.5 Ambiente físico em estruturas residenciais para pessoas idosas

Rowles, citado por Cutler *et al.* (2006), afirma que para muitos idosos, a ERPI, ou apenas uma parte desta, torna-se o seu mundo. Tradicionalmente, as ERPI são, em primeiro lugar, o local onde vivem os idosos que a habitam mas também o local de trabalho para os prestadores de cuidados (Cutler *et al.*, 2006; Paulos, 2010).

Todavia, muitas delas foram projectadas baseando-se no tradicional *design* hospitalar, isto é, quartos multi-cama localizados em corredores extensos. A habitabilidade dos residentes é assim secundária face à eficiência que se procura na prestação de cuidados por parte dos profissionais (Cutler *et al.*, 2006). Deste modo, AF pobres são inibidores das actividades funcionais e do bem-estar dos residentes.

Ulrich (1992) contesta a ideia de que as tradicionais unidades prestadoras de cuidados de saúde, projectadas de acordo com o típico *design* institucional, não representem uma variável importante no bem-estar das pessoas, desde que o nível de cuidados seja elevado. AF pouco familiares em clínicas, hospitais e ERPI podem produzir *stress* psicológico que afecta negativamente a cura ou o bem-estar (Cutler *et al.*, 2006; Ulrich, 1991).

A introdução de mudanças positivas no AF e social de uma instituição prestadora de cuidados de saúde, com os seus utilizadores em mente, pode influenciar positivamente os seus resultados. Cutler *et al.* (2006) afirmam que residentes de instituições geriátricas com limitações funcionais (como sejam os afectados por demência, dispneia a esforços, imobilidade ou problemas de visão) beneficiam de AF bem desenhados e configurados.

A influência do AF nos residentes é tanto maior quanto o seu grau de dependência e limitações associadas. Num estudo realizado em Espanha baseado numa amostra de 160 residentes com demência severa, concluiu-se que factores ambientais como a temperatura, som e iluminação estão relacionados com a QdV (Garre-Olmo *et al.*, 2012).

Ulrich (2006) afirma que a investigação recente no campo do projecto baseado em evidência ao nível da arquitectura dos espaços de saúde, tem demonstrado que o AF é decisivo na criação de instituições livres de ruídos desnecessários, na redução da taxa de infecções e sua transmissão, na redução da fadiga dos profissionais e incremento no tempo disponível para a prestação de cuidados mas também ao nível da privacidade, satisfação e resultados clínicos dos utilizadores.

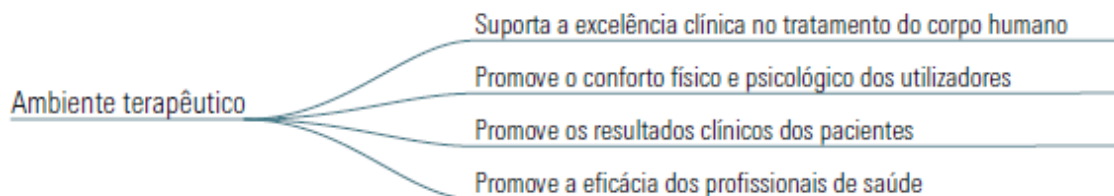
Em relação à redução do nível de ruído, o autor argumenta que a influência do *design* apropriado do AF excede a que alterações no comportamento dos profissionais e cultura organizacional poderiam induzir.

Segundo Smith, citado por Rego (2012:31) “*um espaço de saúde se torna num ambiente terapêutico quando suporta a excelência clínica no tratamento do corpo humano; sustenta as necessidades e particularidades do conforto físico e psicológico dos utilizadores; produz*

efeitos positivos nos resultados clínicos dos pacientes e na eficácia dos profissionais de saúde.”

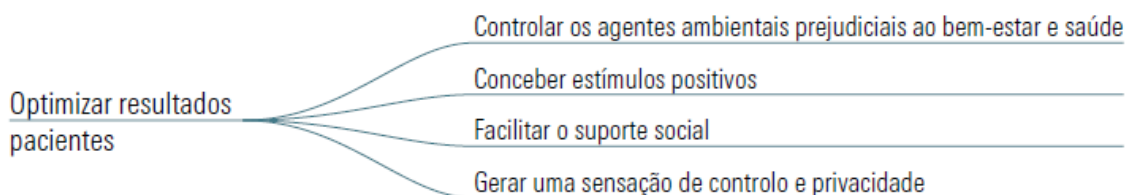
A Figura 18 apresenta os princípios que norteiam a concepção de espaços de saúde que se configurem como ambientes terapêuticos.

Figura 18 – Princípios gerais dos ambientes terapêuticos (Rego, 2012)



Por sua vez, os resultados dos utilizadores de instituições geriátricas podem ser promovidos através da aplicação de quatro princípios, conforme se ilustra na Figura 19.

Figura 19 – Princípios base para otimizar os resultados dos pacientes (Rego, 2012)



Rego (2012) afirma que o controlo dos factores ambientais prejudiciais ao bem-estar e saúde é essencial para se atingirem níveis óptimos de conforto e segurança no uso normal.

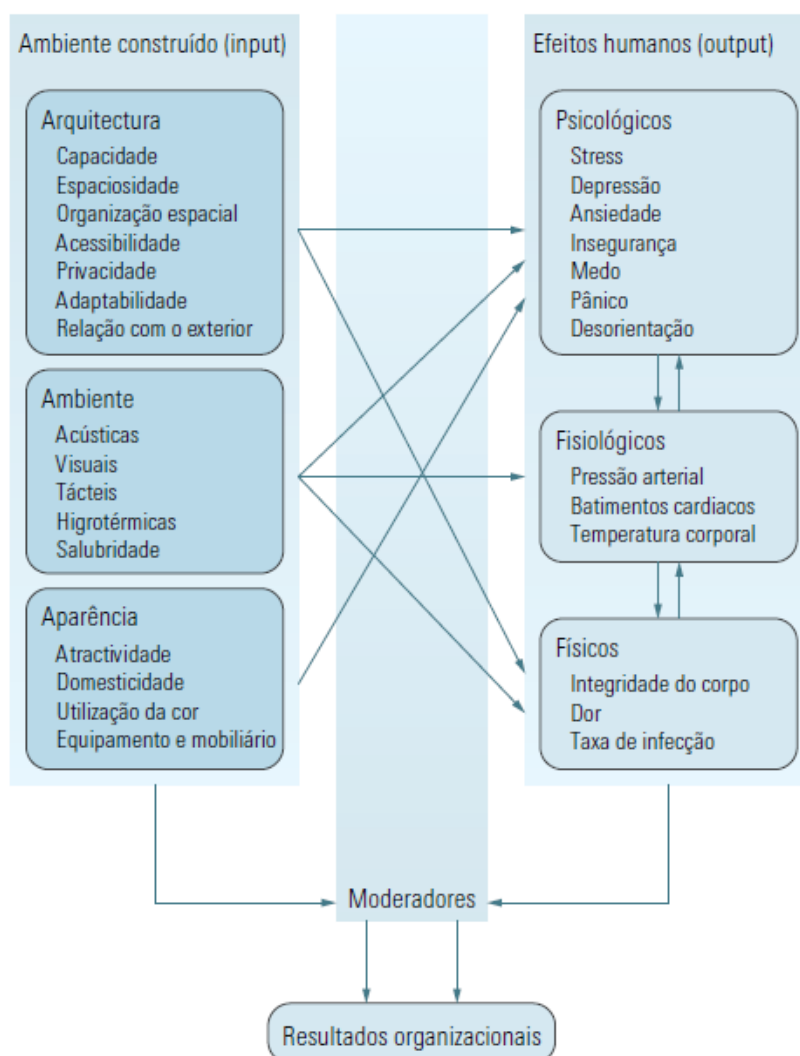
O contacto com a natureza (através, por exemplo, de janelas com vistas naturais) representa a concepção de estímulos positivos mais emblemática pelo seu efeito na redução da ansiedade e incremento nos resultados clínicos dos utilizadores (Ulrich, 1991).

O suporte social, sob a forma do apoio recebido pelas famílias dos residentes é um factor que influencia grandemente a sua QdV e satisfação com a vida (ScV) (Kane *et al.*, 2003a; Huxhold *et al.*, 2013). Embora o suporte social seja sobretudo uma função da família e pessoas significativas, as políticas e regulamentos das instituições geriátricas em relação às visitas são decisivas neste campo. Também a concepção dos espaços pode influenciar grandemente a privacidade das visitas.

Existe evidência de que providenciar mais controlo aos utilizadores dos espaços de saúde pode influenciar positivamente os seus resultados (Devlin & Arneill, 2003).

A relação entre o ambiente construído (*input*) e os efeitos humanos (*output*) pode afectar o desempenho organizacional directa e indirectamente através dos resultados dos seus utilizadores, conforme a matriz da Figura 20 ilustra.

Figura 20 – Matriz conceptual da Teoria dos Ambientes Terapêuticos (Rego, 2012)



As variáveis de controlo, que moderam a relação entre o ambiente construído e os resultados humanos e organizacionais, compreendem as demográficas (idade, sexo, diagnóstico), culturais (comunicação interna, medidas de segurança, cuidado ao paciente e família) e operacionais (prática de medicina baseada em evidência, competência dos profissionais de saúde, objectivos e gestão da instituição). Toda a investigação respeitante à influência do ambiente construído deverá ter em atenção estes parâmetros (Rego, 2012).

No entanto, é inegável que a concepção arquitectónica desempenhe um papel importante na missão das instituições de saúde. Para tal efeito, a organização do espaço em ERPI deve ter em atenção os efeitos do envelhecimento a nível das capacidades humanas (Paulos, 2010). As

alterações nas necessidades e capacidades ao longo do ciclo vital tornam os idosos particularmente vulneráveis e sensíveis ao ambiente que os rodeia.

Os efeitos provocados pelos factores intrínsecos do envelhecimento deve constituir uma referência para a arquitectura de uma instituição de cuidados geriátricos. Alterações nas capacidades humanas ao nível físico, sensorial e cognitivo, representam défices que, indevidamente considerados, podem representar uma fonte de insegurança, instabilidade e dependência nos idosos.

A Tabela 3 descreve as principais alterações decorrentes do envelhecimento.

Tabela 3 – Efeitos do envelhecimento a nível das capacidades humanas (Paulos, 2010)

Capacidade Humana	Efeito
Capacidade física	Perda de força Diminuição do equilíbrio Redução da mobilidade das articulações Perturbações da marcha
Capacidade visual	Perda de acuidade visual Redução do campo de visão Dificuldade em distinguir as cores Dificuldade em avaliar as distâncias Dificuldade de ajustamento a diferentes níveis de luminosidade Sensibilidade à luz
Capacidade olfactiva	Diminuição da capacidade para detectar odores

Os factores determinantes da organização do espaço encontram-se segmentados em dois grupos – os que visam alcançar maior autonomia e promover a segurança psíquica – conforme indicado na Tabela 4. Os objectivos principais da organização do espaço incluem evitar quedas dos residentes, atenuar as incapacidades e disfunções motoras, actuar em relação à redução das capacidades sensoriais, projectar espaços que compensem a desorientação espacial, promover o contacto com o exterior e conceber espaços que promovam a privacidade a par de outros que potenciem a vida em comunidade.

Tabela 4 – Factores determinantes da organização do espaço (Paulos, 2010)

Factor	Objectivo	Acção
Visam alcançar maior autonomia física	Evitar quedas	Paredes com radiadores e armários embutidos. Se ausente, usar sinalização Rodapés com espessura adequada Pavimentos e materiais antideslizantes
	Atenuar as incapacidades e as disfunções motoras	Instalações sanitárias com ajudas técnicas Portas e corredores que permitam cadeiras de rodas Sistema de iluminação e abertura/fecho de janelas e portas adaptado
	Actuar em relação à redução das capacidades sensoriais	Aumento generalizado do padrão de iluminação, evitando encandeamento Instalação sonora com potência superior à normal Climatização com possibilidade de regulação individual
Promovem a segurança psíquica	Projectar espaços que compensem a desorientação espacial	Utilização de cores e texturas diferentes em cada espaço Uso de tonalidades adequadas Sinalização facilmente identificável
	Promover o contacto com o exterior	Aproveitamento da luz natural e vegetação Criação de terraços ou pátios Janelas com parte inferior não superior a 65cm (permite a vista dos exteriores a pessoas sentadas)
	Conceber espaços que promovam a privacidade e outros que potenciem a vida em comunidade	Áreas de convivências que alberguem grupos mais pequenos Quartos individuais Em quartos partilhados, dispor mobiliário de forma a aumentar privacidade

O *design* de equipamentos geriátricos deverá ser orientado por princípios que adaptam o padrão a pessoas com algum tipo de limitação, maximizando o número possível de utilizadores (Paulos, 2010). A norma ISO/TR 22411:2008 caracteriza o *design* acessível através de sete princípios: utilização justa (*design* útil para pessoas com diversas capacidades), flexibilidade na utilização (engloba uma vasta gama de preferências e

capacidades individuais), utilização simples e intuitiva (facilmente compreensível), informação perceptível (comunicação da informação de forma eficiente), tolerância ao erro (minimiza perigos e consequências adversas de acções acidentais), baixo esforço físico (diminuir fadiga), tamanho e espaço (proporcionados ao tamanho, postura e mobilidade do utilizador).

A Tabela 5 descreve algumas medidas cuja implementação visa aumentar a acessibilidade nas ERPI (Paulos, 2010).

Tabela 5 – Medidas que promovem a acessibilidade em estruturas residenciais para pessoas idosas (Paulos, 2010)

Variável	Acção
Portas	Acesso nivelado com o resto do pavimento Espaço livre de ambos os lados da porta Em caso de desnível deve existir uma rampa A largura livre mínima deve ser de 90cm Uso de material protector para evitar a deterioração da zona inferior
Pavimento	Contínuo, liso, sem contraste de cor e antiderrapante Alcatifas e carpetes devem estar bem fixos ao solo Não devem existir diferenças de nível isoladas
Escadas	Os lanços de escadas não devem ter mais de 12 degraus sem um descanso intermédio A altura dos degraus não deve ser superior a 16cm Todos os degraus devem ter a mesma altura O espaço do degrau para colocar o pé deve ter no mínimo 30cm Deve haver corrimões de ambos os lados da escada
Quartos	As camas devem possuir dimensões de 1,90m x 0,90m x 0,60m Devem existir camas articuladas Nos quartos duplos e triplos é recomendável um sistema móvel de separação entre camas As mesas-de-cabeceira e armários devem ser individuais
Instalações sanitárias	As cabines devem ter acesso fácil, com porta a abrir para fora e devem possuir apoios de parede adequados As banheiras e os chuveiros devem ser providos de um sistema antiderrapante e de varões metálicos As portas devem poder ser abertas também pelo exterior

O espaço físico também poderá ser ergonomicamente eficiente caso sejam aplicados princípios que visem aumentar o conforto e segurança dos utilizadores, conforme descrito na Tabela 6 (Paulos, 2010).

Tabela 6 – Medidas que promovem a acessibilidade em estruturas residenciais para pessoas idosas (Paulos, 2010)

Variável	Objectivo	Acção
Iluminação	Aumentar o nível de iluminação	Fontes de luz natural ou lâmpadas fluorescentes auto-reguláveis
	Reduzir reflexos de sombras e as ilusões de degraus	Fornecer iluminação indirecta de forma consistente
	Estimular os sistemas circadianos e neuro-endócrinos	Promover o acesso a luz natural
	Promover mudanças graduais dos níveis de iluminação	Nos espaços transitórios entre áreas internas e externas Inexistência de mudanças do nível do solo em zonas de contraste <i>Hall</i> com cadeiras para os idosos se sentarem
	Fornecer luz focalizada no objecto ou área de trabalho	Uso de lâmpadas de baixa voltagem
Ruído	Diminuir níveis de ruído	Materiais que não amplifiquem ondas sonoras Tectos irregulares, paredes forradas, carpetes Janelas com vidros duplos e cortinas de tecido
Cadeiras	Garantir o conforto e a segurança	Apoio de braços lateral e espaldar com apoio lombar Material de acabamento impermeável
Mesas	Garantir o conforto e a segurança	Quatro lugares e quatro pés Tampos em madeira ou material laminado Alturas ajustáveis (74cm de altura média / 87cm para cadeiras de rodas)
Temperatura e Cores	Conforto térmico e visual adequado	Temperatura a rondar os 23,8°C Exaustão e/ou troca de ar nos wc e cozinhas Cores quentes facilmente visíveis e que incentivem a acção

1.6 Experiência de sentir-se em casa e qualidade de vida em estruturas residenciais para pessoas idosas

O crescimento acentuado da população idosa, particularmente em idade avançada, resultará num número cada vez maior de pessoas a necessitarem de cuidados num ambiente residencial institucionalizado (Molony *et al.*, 2011). Embora os cuidados domiciliários representem uma opção para idosos com necessidades múltiplas, a transição para uma ERPI continuará a ser necessária para todos aqueles que não consigam viver seguros e confortáveis nas suas casas (Nakrem *et al.*, 2012). Para muitas destas pessoas, as instituições de cuidados geriátricos serão, de facto, a sua casa até ao fim da vida.

De acordo com Hauge & Heggen (2007), uma casa tem distintas características domésticas. É um espaço privado onde o residente tem controlo sobre ele. Constitui também um espaço onde as relações com pessoas significativas ocorrem. Por fim, tem um poder simbólico forte.

Numa revisão de literatura, Molony (2010) afirma que a casa tem sido identificada como um espaço (físico ou existencial) e um processo. No primeiro conceito, várias metáforas abrangentes definem-no – a ideia de casa como um espaço de poder pessoal, de refúgio e auto-reconciliação mas também de interacção com outros. Como processo é definida como uma experiência dinâmica de integração do eu com o ambiente.

Molony *et al.* (2011) sugerem que numa casa ideal, os indivíduos experienciam familiaridade, controlo sobre o ambiente, autonomia, identidade e conforto num ambiente acolhedor, personalizado e socialmente apoiado.

Molony *et al.* (2007) definiram casa, no contexto dos cuidados de longa duração a idosos, como um espaço existencial e não físico ou geográfico. O termo *at-homeness* é usado para expressar a experiência do residente e não a localização da casa. A ESC é assim um indicador que mede a QdV num ambiente de cuidados de longa duração. Contudo, a ESC foca-se especificamente na qualidade da transacção entre a pessoa e o ambiente ao invés do conceito mais global de QdV.

No estudo de validação da escala que mede a ESC, Molony *et al.* (2007) verificaram uma moderada correlação positiva entre esta experiência e a avaliação da QdV, o que sugere que cada uma mede um fenómeno distinto mas relacionado.

As ERPI enfrentam o desafio de oferecerem aos seus utilizadores de longa permanência uma casa mas também gerirem os seus problemas médicos (Nakrem *et al.*, 2012). O *design* e a gestão do tipo hospitalar constituiu, durante décadas, o modelo de oferta para os residentes deste tipo de instituições, ao nível do tratar e cuidar (Hauge & Heggen, 2007).

Actualmente, no mundo ocidental, muitas ERPI têm proporcionado um ambiente mais doméstico aos utilizadores, com a construção de unidades residenciais de menores dimensões e/ou dotando os equipamentos com quartos privados nos quais é possível a presença dos bens pessoais e um elevado grau de personalização do espaço (Hauge & Heggen, 2007; Roush & Cox, 2000).

Molony (2010) citando Deutschmann, afirma que os cuidados de longa duração estão neste momento a sofrer uma mudança cultural ao nível organizacional, cujo propósito se relaciona com a criação de um ambiente mais doméstico nas ERPI. Inúmeros modelos residenciais, incluindo residências assistidas, *Green Houses*® e ERPI de menores dimensões, enfatizam a relação entre o ambiente construído e a QdV dos residentes, colocando estes no centro do cuidar.

Molony *et al.* (2011), num estudo que comparou e analisou a transição entre a ERPI habitual e uma de menores dimensões da tipologia anteriormente descrita, concluíram que a ESC apresentou valores mais elevados no grupo de pessoas que se mudou e estas apresentaram uma menor dependência funcional ao longo do tempo.

O movimento de mudança do modelo biomédico para um centrado nas necessidades individuais da pessoa, tornou-se o *standard* da prática do cuidar em muitas destas instituições (Brownie & Nancarrow, 2013). No modelo biomédico valoriza-se a eficiência, consistência e a tomada de decisão baseada na hierarquia. As rotinas são, amiúde, projectadas para maximizar a qualidade do cuidar, deixando pouca margem de negociação para uma abordagem mais individualizada (Bradshaw *et al.*, 2012).

Brownie & Nancarrow (2013) referem que as intervenções num modelo centrado na pessoa são, por sua vez, multifactoriais e compreendem: elementos de melhoria do AF, oportunidades para estimulação e interacção social, mudanças na gestão e liderança, modelos descentralizadores do poder e uma filosofia individualizada do cuidar.

A mudança na gestão e liderança compreende uma autonomia aumentada para os profissionais da linha da frente, equipas auto-geridas, horizontalização da hierarquia

institucional e a aspiração de que os trabalhadores utilizem conhecimento específico adquirido através da prática dos cuidados para incrementar a qualidade (Bishop, 2014). A esse propósito, existe também evidência de que o *commitment* dos assistentes geriátricos se encontra positivamente correlacionado com a QdV dos residentes de ERPI (Bishop *et al.*, 2008). Ou seja, uma cultura organizacional que fomente o *commitment* destes profissionais promoverá a QdV dos seus clientes.

Apesar da evidência dos benefícios desta mudança da cultura organizacional ser ainda escassa, há um crescente número de estudos que apontam para uma relação positiva entre a implementação de um novo modelo organizacional e os resultados que os idosos apresentam (Burack *et al.*, 2012a).

A individualização do cuidar depende um conhecimento sobre os hábitos e preferências individuais dos residentes mas também o que reconhecem como qualidade nas ERPI (Nakrem *et al.*, 2012). Estes autores, num estudo sobre os aspectos multidimensionais da qualidade em instituições geriátricas norueguesas, concluíram que as dimensões mais valorizadas pelos residentes prendem-se com aspectos interpessoais do cuidado médico e de enfermagem mas também a ERPI como a sua casa.

Burack *et al.* (2012a) analisaram um projecto de mudança da cultura organizacional de uma instituição de cuidados geriátricos de um modelo biomédico tradicional para um centrado na pessoa. O modelo de cuidados centrado na pessoa demonstrou potencial como uma intervenção não-farmacológica para sintomas comportamentais dos residentes, incluindo os com deterioração cognitiva. Os aspectos mais salientes desta intervenção foram a descentralização do poder através da criação de mais posições de coordenação, formação adicional acerca da mudança organizacional e dos princípios dos cuidados centrados na pessoa, mudanças na estrutura organizacional (nomeadamente uma horizontalização da hierarquia), implementação de actividades que fossem de encontro às preferências dos residentes, maior envolvimento familiar, menos rotatividade do pessoal e melhoria do ambiente construído.

Deste modo, para uma vida activa e com significado, os residentes deverão sentir-se em casa e as rotinas institucionais deverão ser ajustadas para responder a essas necessidades, nomeadamente no que diz respeito à sua privacidade, relações sociais e actividade física. Burack *et al.* (2012b) afirmam que a mudança na cultura organizacional a que se aludiu anteriormente foca-se sobretudo na QdV dos idosos. No entanto, de acordo com Kane (2003),

a QdV raramente é avaliada como resultado a ser medido após uma intervenção no modelo de gestão e cultura organizacional anteriormente descrito.

Grande parte da atenção relacionada com qualidade nas ERPI tem sido dirigida à qualidade da prestação de cuidados. Porém, a maneira como os idosos vivem e as preferências que manifestam afigura-se tão importante como os aspectos técnicos dos cuidados que lhes são prestados (Xu *et al.*, 2013). Em Portugal, de acordo com Santana (2010), a informação disponível acerca da qualidade em instituições de cuidados de longa duração para idosos e a satisfação dos seus utilizadores é ainda escassa. Drageset *et al.* (2008), num estudo em que foi comparada a QdV de utilizadores de ERPI com uma amostra significativa da população norueguesa não-institucionalizada, concluíram que os primeiros apresentam níveis médios mais baixos do que os últimos.

A qualidade dos cuidados prestados e a QdV tipicamente implicam constructos separados, embora o primeiro possa influenciar o segundo (Kane, 2003). Para Nakrem (2011), a qualidade do cuidar em ERPI é o produto de quatro domínios: qualidade das condições habitacionais, qualidade das equipas de enfermagem, qualidade da prestação directa de cuidados de enfermagem e qualidade do ambiente social.

Donabedian, segundo Xu *et al.* (2013), estabeleceu um paradigma para avaliar a qualidade dos cuidados prestados - uma tríade que envolve estrutura (recursos disponíveis), processos (o cuidado que é prestado) e resultados. Tipicamente, o foco tem sido dirigido à componente de estrutura e processo, isto é, logrando identificar deficiências ao invés de excelência no cuidar. A essência da qualidade do cuidar é assim descuidada, nomeadamente no que à individualidade e bem-estar dos utilizadores concerne. A QdV emerge como um resultado centrado na pessoa que condensa o impacto de toda a estrutura e processos nos residentes (*Alzheimer's Disease International*, 2013).

Kane (2003) conceptualiza a QdV dos residentes em instituições geriátricas como sendo o produto de quatro factores essenciais: o estado de saúde do residente, a sua situação social (incluindo suporte familiar), a sua personalidade e os cuidados e ambiente oferecidos pela ERPI.

A avaliação da QdV deve centrar-se na experiência própria de cada indivíduo. Este torna-se, assim, a fonte principal de informação para se avaliar e medir este resultado, mesmo em idosos com demência e deterioração cognitiva (Kane, 2003; Póvoa, 2010).

O modelo de Rosalie Kane (2003) para a QdV dos utilizadores de ERPI de idosos compreende 11 domínios. Estes são a segurança, conforto físico, satisfação com os alimentos, actividades significativas, relacionamentos, competências funcionais, dignidade, privacidade, individualidade, autonomia e bem-estar espiritual.

Estes domínios apresentam três características essenciais: a) cada um deles é uma necessidade humana básica; b) está dependente da prestação de serviços e c) cada necessidade é representada pelo seu cumprimento por parte do indivíduo e pela capacidade de ser cumprida pela instituição (Póvoa, 2010).

2. METODOLOGIA

2.1 Procedimento

Foram seleccionados, via amostragem não-aleatória por conveniência, 58 utilizadores de ERPI em três instituições do concelho de Oeiras e Lisboa. Os critérios de inclusão seguiram as linhas de investigação anteriores (Kane *et al.*, 2003a; Molony *et al.*, 2007; Póvoa, 2010) e compreendem idade igual ou superior a 65 anos, tempo de permanência mínimo de 6 meses, capacidade de falar e compreender português e inexistência de deterioração cognitiva severa. Foram seleccionados 38 idosos (19 em cada) de duas das instituições e um conjunto adicional de 20 de uma outra ERPI. Kane *et al.* (2003b) afirma que um conjunto mínimo de 17 indivíduos é necessário para gerar pontuações médias de QdV que permitam a comparação entre instituições.

Após a apresentação do estudo e seus objectivos às direcções das ERPI e tendo a sua autorização, conduziu-se o mesmo durante cerca de um mês e meio. Cada questionário foi acompanhado de uma declaração de consentimento e no início de cada entrevista foram apresentados os objectivos do estudo e asseverada a confidencialidade absoluta dos dados recolhidos.

As entrevistas duraram, em média, 40 minutos. O auto-preenchimento foi testado em quatro indivíduos mas a maioria dos dados careceu de confirmação posterior.

Efectuou-se um *briefing* de apresentação da grelha de observação do AF aos arquitectos responsáveis pela sua aplicação que, após concordância das instituições, tiveram amplo acesso às áreas sob avaliação.

Estabeleceram-se contactos com os autores das escalas utilizadas de modo a obter a sua autorização, nomeadamente a Prof.^a Rosalie Kane e Prof.^a Lois Cutler (QdV e atributos do AF em ERPI), Dr.^a Sheila Molony (ESC), Dr.^a Vanessa Póvoa (responsável pela tradução e validação da escala de QdV e tradução do índice de Barthel usada neste estudo), e Dr.^a Cláudia Andrade (observação da qualidade do ambiente hospitalar).

Após a autorização de uso e tradução (no caso da escala da ESC), foi desenhado o questionário e a grelha de observação do AF que foram posteriormente aplicados.

2.2. Instrumentos de recolha de dados

Foi desenhado um questionário (ver Anexo – Questionário) que avalia as áreas de interesse para o presente estudo, ou seja, identificação, satisfação com a habitação, estado de saúde auto-percepcionado, capacidade funcional, ScV, QdV e ESC.

Adicionalmente, coligiu-se uma grelha de observação do AF (ver Anexo – Grelha de Observação do Ambiente Físico).

Deste modo, utilizaram-se 6 instrumentos de recolha de dados: Questionário de Identificação (dados sócio-demográficos), Índice de Barthel (Mahoney & Barthel, 1965; versão portuguesa de Póvoa e Martín, 2010), Escala de Satisfação com a Vida (Diener *et al.*, 1985; versão portuguesa de Simões, 1992), Escala da Qualidade de Vida para Residentes de Instituições de Longa Permanência para Idosos (Kane *et al.*, 2003a; versão portuguesa de Póvoa e Martín, 2010), Escala de Experiência de Sentir-se em Casa (Molony *et al.*, 2007; versão portuguesa de Oliveira, 2014). A Grelha de Observação e Avaliação do Ambiente Físico das Estruturas Residenciais para Idosos (Oliveira, 2014; adaptado de Andrade *et al.*, 2012 & Cutler *et al.*, 2006) foi usada para avaliar o AF.

2.2.1 Identificação sócio-demográfica

Este questionário, constituído por dez itens, recolhe dados referentes ao sexo, idade, estado civil, nível de escolaridade, duração da residência, peso do indivíduo na escolha da instituição, conhecimento prévio da instituição, regularidade e frequência de visitas, satisfação com a habitação e estado de saúde auto-percepcionado.

2.2.2 Índice de Barthel

Avalia o desempenho funcional dos indivíduos na realização de dez actividades básicas de vida diária (ABVD), entre elas, alimentação, transferências, higiene pessoal, utilização da casa de banho, tomar banho, mobilidade, subir e descer escadas, vestir, controlo intestinal e vesical. A pontuação final varia entre 0 e 100 pontos, após a avaliação de cada item em 0,5, 10 ou 15 valores. Quanto mais alto for o somatório maior a independência do indivíduo. Usou-se o ponto de corte tradicional na utilização deste índice (60) a partir do qual se considera um idoso independente. O alfa de Cronbach varia entre 0,86 e 0,92 na versão original, apresentando, portanto, elevados níveis de fiabilidade e validade (Póvoa, 2010). Utiliza-se a versão portuguesa de Póvoa e Martín (2010) a partir da original de Mahoney e Barthel.

2.2.3 Escala de Satisfação com a Vida

Esta escala pretende avaliar o bem-estar subjectivo dos indivíduos, não medindo uma área específica da satisfação. Utiliza-se a versão portuguesa de Simões (1992), constituída por 5 itens numa escala de *likert* de 5 pontos.

A pontuação obtida varia entre 5 a 25, sendo que valores elevados significam uma maior ScV. Esta versão portuguesa apresenta um alfa de Cronbach de 0,77 como medida da validade interna (Póvoa, 2010).

2.2.4 Escala da Qualidade de Vida para Residentes de Instituições de Longa Permanência para Idosos

Esta escala avalia onze domínios da QdV de indivíduos institucionalizados em ERPI. A versão original de Kane *et al.* (2003a) foi alvo de tradução para a língua portuguesa por parte de Póvoa e Martín (2010) e respectiva validação. Compreende os domínios relacionados com o conforto físico, competências funcionais, privacidade, autonomia, dignidade, actividades significativas, satisfação com os alimentos, individualidade, relacionamentos, segurança e bem-estar espiritual.

É constituída por itens que devem ser respondidos no formato *likert* de 4 pontos ou dicotómico, com a excepção de três questões. O formato dicotómico permite uma maior diversificação na amostra por estado cognitivo, ao contrário dos tradicionais questionários sobre a satisfação (DuMond, 2009).

Na versão original, a consistência interna variou entre 0,53 para o domínio das actividades significativas e 0,77 para o domínio das competências funcionais. É a única escala que avalia a QdV especificamente dos utilizadores de ERPI.

2.2.5 Escala de Experiência de Sentir-se em Casa

Esta escala avalia a ESC, incorporando conceitos de separação, ligação, transição dinâmica e ambiente. É constituída por 23 itens (25 na versão original, entretanto revista pela autora) que devem ser respondidos num formato *likert* de 5 pontos ou dicotómico. Os factores avaliados são a sensação de estar em casa, a sensação de não estar em casa e a fronteira de espaço. Quanto mais alta a média da pontuação total, maior a ESC. A consistência interna da versão original, avaliada pelo alfa de Cronbach, cifrou-se nos 0,96 (Molony *et al.*, 2007)

Após a respectiva revisão bibliográfica, para melhor entender os conceitos que sustentam a escala, foram realizadas duas traduções por tradutores independentes com conhecimentos de inglês e experiência na área da tradução das ciências sociais e saúde. Obteve-se uma versão em português a partir destas duas versões, testada por retroversão posteriormente. Manteve-se o formato das questões, modo de aplicação e pontuação.

2.2.6 Grelha de Observação e Avaliação do Ambiente Físico das Estruturas Residenciais para Pessoas Idosas

A grelha de observação e avaliação do AF baseou-se no trabalho de Andrade *et al.* (2012) e Cutler *et al.* (2006). Consiste na avaliação de 3 áreas distintas da ERPI, isto é, a área exterior, interior e espaços comuns e os quartos ou apartamentos dos residentes, de acordo com as várias teorias que suportam a concepção arquitectónica anteriormente descritas.

São avaliados 75 itens do AF que afectam a QdV (Cutler *et al.*, 2006) mas que se encontram igualmente relacionados com os indicadores de percepção da qualidade do ambiente hospitalar (Andrade *et al.*, 2012). A pontuação dos itens varia entre 0 (insuficiente) e 4 (excelente) e foi efectuada por dois arquitectos seniores, conforme o estudo de Andrade *et al.* (2012) que exige a observação do AF por parte de dois juizes com formação em arquitectura.

2.3 Caracterização sócio-demográfica da amostra

A amostra é constituída por 58 indivíduos residentes em instituições geriátricas na região de Lisboa. A partir da análise descritiva dos dados, pode verificar-se que a amostra compreende 14 indivíduos do sexo masculino (24,1%) e 44 do sexo feminino (75,9%), com idades entre os 65 e os 93 anos (média de 83,5 anos). O estado civil predominante é a viuvez com 51,7% dos casos. 22,4% dos indivíduos frequentou o ensino básico, enquanto que 64% tem o ensino secundário ou superior como nível de escolaridade (Tabela 7).

Tabela 7 – Caracterização sócio-demográfica da população da amostra

Variável	n (%)
Sexo	
Masculino	14 (24,1%)
Feminino	44 (75,9%)
Idade	
Média	83,5
Mínimo – Máximo	65-93

Continuação na página seguinte

Variável	n (%)
Estado Civil	
Solteiro	9 (15,5%)
Casado	17 (29,3%)
Viúvo	30 (51,7%)
Divorciado	1 (1,7%)
União de Facto	1 (1,7%)
Nível de Escolaridade	
Sem Frequência Escolar	1 (1,7%)
1º Ciclo do Ensino Básico (4ºano)	13 (22,4%)
2º Ciclo do Ensino Básico (5º, 6º ano)	2 (3,4%)
3º Ciclo do Ensino Básico (7º, 8º, 9º)	5 (8,6%)
Ensino Secundário (10º, 11º, 12º ou antigo ensino industrial ou comercial)	16 (27,8%)
Duração da Residência	
Média	3,9
Mínimo - Máximo	0,5-11
Peso da escolha em viver na instituição	
Nenhum	21 (36,2%)
Algum	7 (21,1%)
Muito	8 (13,8%)
Total	20 (34,5%)
Conhecimento prévio da instituição	
Nenhum	23 (39,7%)
Pouco	25 (43,1%)
Muito	4 (6,9%)
Total	6 (10,3%)
Visitas	
Não	13 (22,4%)
Uma vez por semana	14 (24,1%)
Duas a três vezes por semana	23 (39,7%)
Mais de três vezes por semana	8 (13,8%)
Satisfação com a habitação	
Muito Fraca	1 (1,7%)
Fraca	5 (8,6%)
Razoável	11 (19,0%)
Boa	33 (56,9%)
Muito boa	8 (13,8%)

Continuação na página seguinte

Variável	n (%)
Auto-percepção do estado de saúde	
Muito Fraca	4 (6,9%)
Fraca	13 (22,4%)
Razoável	25 (43,1%)
Boa	15 (25,9%)
Muito boa	1 (1,7%)
Índice de Barthel	
Independente nas ABVD	46 (79,3%)
Dependente nas ABVD	12 (20,7%)

A duração da residência varia entre os 6 meses e os 11 anos (média de 3,9 anos). 21% dos idosos afirmam terem tido nenhum peso na escolha da ERPI mas 20% afirmam que foi total. A esmagadora maioria dos indivíduos afirmam ter nenhum ou pouco conhecimento prévio da instituição em que residem (89%). Apenas 22,4% afirmam não receber regularmente visitas. Já 39,7% referem receber visitas duas a três por semana.

No que diz respeito à satisfação com a habitação, 56,9% consideram-na boa e apenas seis indivíduos a classificam como muito fraca ou fraca. Para 29,3% dos entrevistados, o seu estado de saúde é muito fraco ou fraco, sendo que 43,1% dos indivíduos o auto-percepcionam como sendo razoável.

Quanto à avaliação do desempenho funcional do indivíduo, referente ao índice de Barthel, 46 são independentes na realização das ABVD.

3. RESULTADOS

3.1 Estatística descritiva da escala de qualidade de vida e experiência de sentir-se em casa

Na Tabela 8 são apresentadas médias e desvios-padrão da escala de QdV, seus domínios, ESC, ScV e outras variáveis sócio-demográficas referentes à totalidade da amostra do estudo. O desvio-padrão no *score* total da QdV reflecte uma dispersão importante nos resultados. De referir que estes resultados incorporam a análise da homogeneidade dos itens que se descreve seguidamente.

Tabela 8 – Estatística descritiva da escala de QdV, ESC, ScV e variáveis sócio-demográficas

Variável	\bar{x} (σ)
Qualidade de Vida (<i>score total</i>)	32,83 (5,2)
Domínios da Qualidade de Vida	
Conforto	3,10 (1,04)
Competências Funcionais	3,30 (0,99)
Privacidade	3,22 (0,81)
Dignidade	3,65 (0,45)
Actividades Significativas	2,40 (0,91)
Relacionamento	2,56 (1,10)
Autonomia	3,17 (0,99)
Satisfação com os Alimentos	2,53 (0,80)
Bem-estar Espiritual	3,12 (1,17)
Segurança	3,13 (0,92)
Individualidade	2,71 (0,60)
Experiência de Sentir-se em Casa	3,56 (0,60)
Satisfação com a Vida	2,90 (0,92)
Peso na Escolha	1,48 (1,32)
Conhecimento Prévio da Estrutura	0,87 (0,93)
Satisfação com a Habitação	3,7 (0,87)
Estado de Saúde Auto-Percebido	2,93 (0,92)

3.2 Análise de homogeneidade dos itens da escala de qualidade de vida e experiência de sentir-se em casa

Na Tabela 9 encontram-se descritos os resultados da análise de homogeneidade de itens respeitante aos domínios da escala de QdV. Foram eliminados todos aqueles que apresentassem correlações item-total inferiores a 0,300, ou seja, de intensidade fraca (Cohen, 1988). Procedeu-se à avaliação da consistência interna de cada domínio antes e depois da correlação item-total.

Desta forma, foram eliminados quatro itens do domínio conforto, dois do domínio actividades significativas, relacionamento, autonomia, bem-estar espiritual, três do domínio segurança e um do domínio individualidade. As medidas de consistência interna expressas através do alfa de Cronbach foram sempre superiores a 0,700, variando entre 0,702 (conforto) e 0,953 (competências funcionais).

Tabela 9 – Análise de homogeneidade dos itens da escala de QdV

Item (α inicial)	Correlação item-total	α (final)
Conforto ($\alpha = 0,398$)		0,702
Sentir Frio	0,330	
Dores de estar sempre na mesma posição*	0,204	
Dores*	-1,30	
Incomodado por barulhos no quarto	0,31	
Incomodado por barulhos noutros sítios*	0,139	
Dormir bem*	0,298	
Competências Funcionais ($\alpha = 0,953$)		0,953
Andar sozinho no quarto	0,860	
Chegar facilmente às coisas que precisa	0,901	
Chegar rapidamente a uma casa de banho	0,866	
Chegar às coisas de higiene na casa de banho	0,881	
Cuidar das coisas e quarto	0,848	
Privacidade ($\alpha = 0,859$)		0,859
Encontrar um sítio para ficar sozinho	0,724	
Telefonar sem ninguém estar por perto	0,640	
Ficar sozinho num sítio com uma visita	0,760	
Ficar sozinho com outro utente	0,782	
Funcionários batem à porta	0,569	

Continuação na página seguinte

Item (α inicial)	Correlação item-total	α (final)
Dignidade ($\alpha = 0,772$)		0,772
Funcionários são bem-educados	0,434	
Tratado com respeito	0,475	
Funcionários são cuidadosos	0,677	
Funcionários respeitam a intimidade	0,557	
Funcionários batem à porta	0,701	
Actividades Significativas ($\alpha = 0,673$)		0,730
Sair do Lar	0,640	
Frequências das saídas	0,560	
Gosto pelas actividades*	0,261	
Actividades ao fim-de-semana	0,455	
Ajudar outras pessoas	0,426	
Dias demasiado longos*	0,106	
Relacionamento ($\alpha = 0,563$)		0,926
Facilidade em fazer amigos*	0,057	
Funcionário parou de trabalhar para falar	0,636	
Funcionário amigo	0,650	
Sítio agradável para receber visitas*	0,136	
Autonomia ($\alpha = 0,590$)		0,751
Ir para a cama à hora que quiser	0,657	
Levantar-se de manhã à hora que quiser	0,490	
Decidir a roupa a vestir*	0,185	
Conseguir mudar coisas de que não gostava*	0,221	
Satisfação com os Alimentos ($\alpha = 0,723$)		0,723
Gostar da comida	0,611	
Gostar que chegue a hora das refeições	0,520	
Comer os pratos preferidos	0,514	
Bem-estar Espiritual ($\alpha = 0,614$)		0,884
Participação nas celebrações religiosas	0,451	
Importância das celebrações religiosas	0,534	
Sentido da vida*	0,265	
Sentir-se em paz*	0,086	

Continuação na página seguinte

Item (α inicial)	Correlação item-total	α (final)
Segurança ($\alpha = 0,582$)		0,843
Bens estão seguros*	0,242	
Roupas perdidas ou estragadas*	0,146	
Ajuda quando precisa	0,575	
Conseguir um enfermeiro ou médico	0,607	
Medo pela maneira como foi tratado*	0,169	
Individualidade ($\alpha = 0,721$)		0,734
Funcionários sabem os gostos	0,459	
Funcionários conhecem o utente	0,639	
Funcionários interessam-se pela vida do utente	0,515	
Funcionários levam a sério as suas preferências	0,502	
Outros utentes conhecem bem*	0,282	
Respeito pelos interesses e desejos pessoais	0,372	

*Itens eliminados

Na Tabela 10 encontram-se os resultados da análise de homogeneidade de itens respeitante aos domínios da escala de ESC. Procedeu-se à avaliação da consistência interna antes e depois da correlação item-total. A medida de consistência interna expressa através do alfa de Cronbach é de 0,873 depois da eliminação dos itens.

Tabela 10 – Análise de homogeneidade dos itens da escala de ESC

Item (α inicial)	Correlação item-total	α (final)
Experiência de sentir-se em casa ($\alpha = 0,865$)		0,873
Sentir-se em casa	0,735	
Fazer o que quiser	0,664	
Sítio frio e vazio	0,570	
Sentir segurança	0,419	
Ter os bens preferidos	0,336	
Ser-se si mesmo	0,558	
Sítios favoritos para distrair*	0,192	
Ter privacidade suficiente	0,453	
Sentir que cuidam	0,480	
Sentir-se como um estranho	0,475	
Sítio parece familiar	0,563	
Sentir que precisam de si	0,333	
Sentir-se ligado às pessoas mais importantes*	0,191	
Sentir-se isolado	0,485	

Continuação na página seguinte

Item (α inicial)	Correlação item-total	α (final)
Sentir-se bem-vindo	0,362	
Sítio acolhedor e confortável*	0,293	
Ansiar voltar para este sítio	0,550	
Sentir-se afastado da sua vida*	0,207	
Ser tratado como um indivíduo	0,352	
Sentir que pertence a este sítio	0,360	
Estar entre os seus	0,429	
Ter prazer nas actividades simples	0,472	
Estar rodeado de estranhos	0,569	

*Itens eliminados

3.3 Análise de validade convergente

A análise da validade convergente revela que a correlação entre o *score* total da QdV e seus domínios e a ScV é estatisticamente significativa com excepção das sub-escalas de relacionamento, bem-estar espiritual e individualidade. Os valores de correlação variam entre $r = 0,263$; $p \leq 0,01$ e $r = 0,596$; $p \leq 0,01$. Em relação à análise da validade convergente com a escala de ESC, todos os domínios se encontram correlacionados exceptuando as sub-escalas relacionamento e bem-estar espiritual. Os valores de correlação variam entre $r = 0,345$; $p \leq 0,01$ e $r = 0,742$; $p \leq 0,01$.

Tabela 11 – Análise de validade convergente com a escala de ScV e ESC

Variável	Satisfação com a Vida	Experiência de Sentir-se em Casa
Qualidade de Vida (<i>score total</i>)	0,551**	0,742**
Domínios da Qualidade de Vida		
Conforto	0,273*	0,505**
Competências Funcionais	0,596**	0,496**
Privacidade	0,363**	0,383**
Dignidade	0,429**	0,571**
Actividades Significativas	0,530**	0,576**
Relacionamento	-0,183	0,173
Autonomia	0,263**	0,370**
Satisfação com os Alimentos	0,290*	0,448**
Bem-estar Espiritual	0,164	0,146
Segurança	0,377**	0,506**
Individualidade	0,231	0,345**

r de Pearson

*A correlação é significativa para um nível de $p \leq 0,05$

**A correlação é significativa para um nível de $p \leq 0,01$

3.4 Análise de validade divergente

A análise divergente entre domínios das sub-escalas da QdV mostra que estes se encontram correlacionados embora sejam independentes entre si (Tabela 12)

Tabela 12 – Análise de validade divergente entre domínios da QdV

Domínio	1.	2.	3.	4.	5.	6.	7.	8.	9.	10.	11.	12.
1. QdV	1	0,582 ^b	0,707 ^b	0,651 ^b	0,699 ^b	0,761 ^b	0,285 ^a	0,633 ^b	0,543 ^b	0,279 ^a	0,400 ^b	0,461 ^b
2. Conf.		1	0,201	0,336 ^a	0,462 ^b	0,357 ^b	0,034	0,223	0,201	0,139	0,376 ^b	0,128
3. C. Fun.			1	0,546 ^b	0,538 ^b	0,657 ^b	0,010	0,571 ^b	0,385 ^b	0,009	0,162	0,254
4. Priv.				1	0,606 ^b	0,532 ^b	-0,090	0,702 ^b	0,414 ^b	-0,157	0,088	0,188
5. Dign.					1	0,457 ^b	0,081	0,618 ^b	0,358 ^b	-0,100	0,238	0,312 ^a
6. Act. S.						1	0,042	0,440 ^b	0,244	0,217	0,298 ^a	0,309 ^a
7. Rel.							1	0,082	-0,090	0,275 ^a	-0,130	0,118
8. Auto.								1	0,289 ^a	-0,176	0,031	0,170
9. Sat. Al.									1	0,013	0,284 ^a	0,396 ^b
10. Espir.										1	-0,013	0,015
11. Seg.											1	0,116
12. Indi.												1

r de Pearson

^aA correlação é significativa para um nível de $p \leq 0,05$

^bA correlação é significativa para um nível de $p \leq 0,01$

3.5 Correlações entre variáveis sócio-demográficas e qualidade de vida, seus domínios e experiência de sentir-se em casa

A Tabela 13 mostra as correlações entre as variáveis sócio-demográficas e as escalas de QdV e ESC. No que diz respeito à idade, verificam-se apenas duas correlações estatisticamente significativas ao nível do *score* total da QdV ($r = -0,296$; $p \leq 0,05$) e no relacionamento ($r = -0,296$; $p \leq 0,05$).

Em relação ao tempo de permanência na ERPI, verificam-se duas correlações estatisticamente significativas ao nível da individualidade ($r = 0,291$; $p \leq 0,05$ e ESC ($r = 0,268$; $p \leq 0,05$).

Quanto ao peso na decisão de transitar para a ERPI, este apresenta-se correlacionado com significado estatístico ao nível da privacidade ($r = 0,374$; $p \leq 0,05$), dignidade ($r = 0,374$; $p \leq 0,01$), actividades significativas ($r = 0,269$; $p \leq 0,05$) e ESC ($r = 0,271$; $p \leq 0,05$).

O conhecimento prévio da instituição antes da transição e as visitas do exterior não apresentam correlações estatisticamente significativas com qualquer domínio testado.

O grau de satisfação com a habitação apresenta correlações significativas ao nível do *score* total da QdV ($r = 0,495$; $p \leq 0,01$), competências funcionais ($r = 0,422$; $p \leq 0,01$), privacidade ($r = 0,541$; $p \leq 0,01$), dignidade ($r = 0,507$; $p \leq 0,01$), actividades significativas ($r = 0,366$; $p \leq 0,01$), autonomia ($r = 0,475$; $p \leq 0,01$), satisfação com os alimentos ($r = 0,312$; $p \leq 0,01$) e ESC ($r = 0,349$; $p \leq 0,01$).

O estado de saúde auto-percebido apresenta correlações estatisticamente significativas com o *score* total da QdV ($r = 0,537$; $p \leq 0,01$), competências funcionais ($r = 0,597$; $p \leq 0,01$), privacidade ($r = 0,271$; $p \leq 0,05$), dignidade ($r = 0,276$; $p \leq 0,05$), actividades significativas ($r = 0,607$; $p \leq 0,01$), segurança ($r = 0,270$; $p \leq 0,05$) e ESC ($r = 0,430$; $p \leq 0,01$).

Tabela 13 – Correlações entre variáveis sócio-demográficas e QdV e ESC

Variável	Idade	Duração	Peso	Conhec. Prévio	Visitas	Sat. Hab.	Auto. Saúde
Qualidade de Vida (<i>score total</i>)	-0,296*	0,208	0,245	0,129	-0,026	0,491**	0,537**
Domínios da Qualidade de Vida							
Conforto	-0,119	-0,118	0,198	0,009	0,231	0,144	0,219
Competências Funcionais	-0,111	0,130	0,200	-0,009	-0,267	0,422**	0,597**
Privacidade	-0,120	0,189	0,374**	0,161	0,030	0,541**	0,271*
Dignidade	-0,178	0,014	0,374**	0,172	-0,029	0,507**	0,276*
Actividades Significativas	-0,229	0,090	0,269*	0,240	0,009	0,366**	0,607**
Relacionamento	-0,284*	0,216	0,065	-0,024	0,037	0,122	0,090
Autonomia	-0,136	0,043	0,191	0,099	0,047	0,475**	0,195
Satisfação com os Alimentos	-0,131	0,241	-0,099	0,032	-0,185	0,312*	0,164
Bem-estar Espiritual	-0,188	0,128	0,052	0,078	-0,087	-0,103	0,227
Segurança	-0,128	0,030	-0,027	-0,026	0,094	0,142	0,270*
Individualidade	-0,113	0,291*	-0,023	0,140	-0,075	0,202	0,196
Experiência de sentir-se em casa	-0,175	0,268*	0,271*	0,138	-0,090	0,349**	0,430**

r de Pearson

*A correlação é significativa para um nível de $p \leq 0,05$

**A correlação é significativa para um nível de $p \leq 0,01$

3.6 Diferenças entre Sexo em relação a qualidade de vida, seus domínios e experiência de sentir-se em casa

Através da análise da Tabela 14 pode verificar-se não existirem diferenças estatisticamente significativas entre os indivíduos do sexo masculino e feminino em qualquer domínio testado.

Tabela 14 – Diferenças entre Sexo em relação a QdV, seus domínios e ESC

Variável	Sexo		U	p
	Feminino	Masculino		
	MR	MR		
Qualidade de Vida (score total)	-	-	-	0,834
Domínios da Qualidade de Vida				
Conforto	-	-	-	0,248
Competências Funcionais	-	-	-	0,593
Privacidade	-	-	-	0,796
Dignidade	-	-	-	0,374
Actividades Significativas	-	-	-	0,956
Relacionamento	-	-	-	0,296
Autonomia	-	-	-	0,656
Satisfação com os Alimentos	-	-	-	0,920
Bem-estar Espiritual	-	-	-	0,124
Segurança	-	-	-	0,985
Individualidade	-	-	-	0,735
Experiência de sentir-se em casa	-	-	-	0,656

U de Mann-Whitney

3.7 Diferenças entre Estado Civil em relação a qualidade de vida, seus domínios e experiência de sentir-se em casa

Tabela 15 – Diferenças entre Estado Civil em relação a QdV, seus domínios e ESC

Variável	Estado Civil		U	p
	Com Parceiro	Sem Parceiro		
	MR	MR		
Qualidade de Vida (score total)	-	-	-	0,109
Domínios da Qualidade de Vida				
Conforto	39,25	25,11	184,5	0,020*
Competências Funcionais	-	-	-	0,408
Privacidade	-	-	-	0,282
Dignidade	-	-	-	0,093
Actividades Significativas	-	-	-	0,263
Relacionamento	-	-	-	0,255
Autonomia	36,62	25,76	210,5	0,019*
Satisfação com os Alimentos	-	-	-	0,558
Bem-estar Espiritual	-	-	-	0,116
Segurança	-	-	-	0,986
Individualidade	-	-	-	0,393
Experiência de sentir-se em casa	-	-	-	0,173

U de Mann-Whitney

*A diferença é significativa para um nível de $p \leq 0,05$

A análise da Tabela 15 demonstra existirem diferenças estatisticamente significativas entre estado civil nos domínios conforto ($U=184,5$; $p=0,020$) e autonomia ($U=210,5$; $p=0,019$), verificando-se valores mais elevados destas variáveis no grupo com parceiro.

3.8 Diferenças entre Nível de Escolaridade em relação a qualidade de vida, seus domínios e experiência de sentir-se em casa

Tabela 16 – Diferenças entre Nível de Escolaridade em relação a QdV, seus domínios e ESC

Variável	Nível de Escolaridade		U	p
	Até ao 3º Ciclo do EB	Ensino Secundário/Superior		
	MR	MR		
Qualidade de Vida (<i>score total</i>)	20,50	34,34	198,0	0,002*
Domínios da Qualidade de Vida				
Conforto	22,86	33,56	250,0	0,014*
Competências Funcionais	19,25	35,76	170,5	0,000*
Privacidade	21,02	34,68	209,5	0,002*
Dignidade	17,86	36,61	140,0	0,000*
Actividades Significativas	20,43	35,04	196,5	0,001*
Relacionamento	-	-	-	0,850
Autonomia	36,62	25,76	190,0	0,001*
Satisfação com os Alimentos	-	-	-	0,765
Bem-estar Espiritual	-	-	-	0,666
Segurança	-	-	-	0,106
Individualidade	-	-	-	0,529
Experiência de sentir-se em casa	21,93	34,13	229,5	0,008*

U de Mann-Whitney

*A diferença é significativa para um nível de $p \leq 0,05$

A análise da Tabela 16 demonstra existirem diferenças estatisticamente significativas entre nível de escolaridade no *score total* da QdV ($U=198,0$; $p=0,002$), conforto ($U=250,0$; $p=0,014$), competências funcionais ($U=170,5$; $p=0,000$), privacidade ($U=209,5$; $p=0,002$), dignidade ($U=140,0$; $p=0,000$), actividades significativas ($U=196,5$; $p=0,001$), autonomia ($U=190,0$; $p=0,001$) e ESC ($U=229,5$; $p=0,008$). Com efeito, exceptuando a autonomia, os indivíduos com maior nível de escolaridade apresentam valores mais elevados nos domínios anteriormente descritos.

3.9 Diferenças entre Realização das actividades básicas de vida diárias em relação a qualidade de vida, seus domínios e experiência de sentir-se em casa

A análise da Tabela 17 demonstra existirem diferenças estatisticamente significativas entre a realização das ABVD no *score total* da QdV (U=198,0; p=0,002), competências funcionais (U=170,5; p=0,000), privacidade (U=209,5; p=0,002), dignidade (U=140,0; p=0,017), actividades significativas (U=196,5; p=0,001), autonomia (U=190,0; p=0,001) e ESC (U=229,5; p=0,042). Os indivíduos independentes na realização das ABVD apresentam valores mais elevados nos domínios anteriormente descritos.

Tabela 17 – Diferenças entre Realização das ABVD em relação a QdV, seus domínios e ESC

Variável	Realização das ABVD			
	Dependente	Independente	U	p
Qualidade de Vida (<i>score total</i>)	MR	MR	U	p
	13,82	32,09	198,0	0,002*
Domínios da Qualidade de Vida				
Conforto	-	-	-	0,430
Competências Funcionais	7,09	34,24	170,5	0,000*
Privacidade	13,36	32,74	209,5	0,002*
Dignidade	17,45	31,76	140,0	0,017*
Actividades Significativas	12,27	33,00	196,5	0,001*
Relacionamento	-	-	-	0,276
Autonomia	14,64	31,89	190,0	0,004*
Satisfação com os Alimentos	-	-	-	0,218
Bem-estar Espiritual	-	-	-	0,673
Segurança	-	-	-	0,209
Individualidade	-	-	-	0,552
Experiência de sentir-se em casa	18,68	31,47	229,5	0,042*

U de Mann-Whitney

*A diferença é significativa para um nível de $p \leq 0,05$

3.10 Diferenças de resultados na qualidade de vida, seus domínios, experiência de sentir-se em casa e satisfação com a habitação por estrutura residencial

A análise da Tabela 18 demonstra existirem diferenças estatisticamente significativas nos três grupos de indivíduos por ERPI no *score total* da QdV ($\chi^2 [2] = 17,61$; p=0,000), conforto ($\chi^2 [2] = 19,94$; p=0,000), competências funcionais ($\chi^2 [2] = 12,96$; p=0,002), privacidade ($\chi^2 [2] = 35,61$; p=0,000), dignidade ($\chi^2 [2] = 28,92$; p=0,000), actividades significativas ($\chi^2 [2] =$

14,27; p=0,001), autonomia ($\chi^2 [2] = 22,17$; p=0,000), segurança ($\chi^2 [2] = 6,90$; p=0,032), ESC ($\chi^2 [2] = 11,98$; p=0,000) e satisfação com a habitação ($\chi^2 [2] = 17,02$; p=0,000).

O grupo de indivíduos da ERPI 2 apresenta valores mais baixos em todos os domínios anteriormente descritos. Já o grupo de indivíduos da ERPI 1 apresenta valores mais elevados no *score* total da QdV, conforto, competências funcionais, dignidade, actividades significativas, segurança e ESC. O grupo de indivíduos da ERPI 3 apresenta valores mais elevados na privacidade, autonomia e satisfação com a habitação.

Tabela 18 – Diferenças de resultados na QVD, seus domínios, ESC e Satisfação com a Habitação por estrutura residencial

Variável	Estrutura Residencial			χ^2	g.l	p
	1	2	3			
	MR	MR	MR			
Qualidade de Vida (<i>score total</i>)	37,94	16,26	33,05	17,61	2	0,000*
Domínios da Qualidade de Vida						
Conforto	42,97	22,18	23,65	19,94	2	0,000*
Competências Funcionais	34,71	18,82	34,70	12,96	2	0,002*
Privacidade	36,79	10,95	40,20	35,61	2	0,000*
Dignidade	41,74	14,24	32,38	28,92	2	0,000*
Actividades Significativas	37,74	17,89	32,70	14,27	2	0,001*
Relacionamento	-	-	-			0,275
Autonomia	35,11	14,97	36,83	22,17	2	0,000*
Satisfação com os Alimentos	-	-	-			0,071
Bem-estar Espiritual	-	-	-			0,119
Segurança	37,53	25,37	25,80	6,90	2	0,032*
Individualidade	-	-	-			0,068
Experiência de sentir-se em casa	39,89	21,34	27,38	11,98	2	0,003*
Satisfação com a Habitação	34,50	17,76	35,89	17,02	2	0,000*

H de Kruskal-Wallis

*A diferença é significativa para um nível de p≤0,05

3.11 Avaliação do Ambiente Físico por estrutura residencial

Da observação e avaliação do AF resultou um acordo inter-juízes moderado ($r (225) = 0,672$; p≤001). A Tabela 19 apresenta os resultados dessa avaliação por ERPI, segmentados por *score* total, área exterior, área interior e quartos/apartamentos.

A ERPI 1 apresentou os valores mais elevados em todas as dimensões, seguida pela ERPI 3 e, finalmente, a ERPI 2. A diferença entre médias entre a ERPI 1 e 3 é sempre inferior à verificada com a ERPI 2. Não se observam valores de dispersão importantes (desvio-padrão) em qualquer uma das dimensões medidas.

Tabela 19 – Resultados da avaliação do Ambiente Físico por estrutura residencial

Variável	Estrutura Residencial		
	1	2	3
	\bar{x} (σ)	\bar{x} (σ)	\bar{x} (σ)
Ambiente Físico (<i>score total</i>)	3,47 (0,57)	1,96 (0,82)	3,32 (0,48)
Área Exterior	3,19 (0,69)	2,25 (0,84)	3,16 (0,57)
Área Interior	3,51 (0,46)	1,66 (0,74)	3,26 (0,42)
Quartos/Apartamentos	3,70 (0,42)	1,97 (0,77)	3,53 (0,36)

4. DISCUSSÃO

O objectivo principal deste estudo é analisar a relação entre o ambiente físico e as variáveis QdV de utilizadores de ERPI e ESC. Pretende-se também concorrer para o uso destas como indicadores de qualidade válidos na área da prestação de serviços residenciais a idosos, isto é, em regime institucional e verificar diferenças entre as ERPI avaliadas.

No entanto, prosseguindo linhas de investigação anteriores, nomeadamente a recente validação da escala de QdV para a população portuguesa (o presente estudo será o terceiro a recorrer à aplicação desta escala) e a inexistência de estudos em Portugal que utilizem a escala de ESC, considerou-se apropriado iniciar a análise do estudo empírico pela validade interna, de modo a poder aferir-se com mais precisão a influência da variável independente – AF – sobre os outros domínios dependentes.

Da análise da homogeneidade de itens da escala de QdV resultou a eliminação de quatro itens do domínio conforto, dois do domínio actividades significativas, relacionamento, autonomia e bem-estar espiritual, três do domínio segurança e um do domínio individualidade. Os resultados desta análise afiguram-se díspares dos do estudo-piloto para a validação da escala de Póvoa (2010) com amostra de 43 indivíduos e, por conseguinte, a composição das sub-escalas dos domínios também difere significativamente.

Em relação à escala de ESC, após a análise de homogeneidade dos itens, via correlação item-total, eliminaram-se quatro itens. O valor de consistência interna da escala ($\alpha = 0,873$) sugere uma possível redução futura de itens. Este resultado é coerente com o estudo original de Molony *et al.* (2007) em que uma segunda versão da escala reduziu os originais 25 itens a 23. No entanto estes resultados terão de ser analisados com precaução, considerando que a dimensão da amostra do presente estudo ($n = 58$) inviabilizou análises estatísticas mais robustas.

Os sub-domínios da escala de QdV apresentam medidas de consistência interna sempre superiores a $\alpha = 0,700$, variando entre $\alpha = 0,702$ (conforto) e $\alpha = 0,953$ (competências funcionais). Este resultado é particularmente expressivo no domínio das competências funcionais, embora sobreponível ao estudo de Póvoa (2010).

A análise da validade convergente com a escala de ScV e ESC revela que existe uma correlação estatisticamente significativa entre a QdV e as duas escalas referidas. No caso da

correlação com a escala de ScV ($r = 0,551$; $p \leq 0,01$) é possível concluir que estão a ser medidos constructos distintos mas relacionados. Os resultados da análise convergente com a escala de ESC ($r = 0,742$; $p \leq 0,01$) sugerem, igualmente, a medição de constructos distintos mas relacionados. Estes resultados são consistentes com os resultados de Póvoa (2010) e Molony *et al.* (2007). Quando se analisa a composição por domínio, conclui-se que, de uma maneira geral, as correlações com as escalas de ScV e ESC são mais moderadas.

A análise divergente entre domínios da QdV apresentou diferenças estatisticamente significativas entre escalas mas que não comprometem a sua independência. Os domínios mais positivamente relacionados com o *score total* de QdV são as actividades significativas ($r = 0,761$; $p \leq 0,01$), competências funcionais ($r = 0,707$; $p \leq 0,01$), dignidade ($r = 0,699$; $p \leq 0,01$) e privacidade ($r = 0,651$; $p \leq 0,01$). Os que menos contribuem são o relacionamento ($r = 0,285$; $p \leq 0,05$), segurança ($r = 0,400$; $p \leq 0,01$) e individualidade ($r = 0,461$; $p \leq 0,01$).

A esse propósito, um estudo de Pereira (2013) com $n = 209$ – em que o domínio bem-estar espiritual foi removido à partida sem ter sido testado, por opção metodológica dos autores – mas em que foi possível realizar uma análise factorial, revelou que os domínios com mais peso na explicação da satisfação dos residentes são a dignidade, satisfação com os alimentos, autonomia e segurança. Burack *et al.* (2012b), num estudo cujo objectivo consistia em determinar os domínios da QdV mais correlacionados com a satisfação dos idosos, afirmam que estes são a dignidade, o bem-estar espiritual e a satisfação com os alimentos. A comparação entre estudos europeus e norte-americanos, ou mesmo entre países do mesmo continente, deve ter sempre em atenção que a QdV é um constructo cultural (Kane, 2003).

As variáveis sócio-demográficas de controlo – idade, tempo de residência, conhecimento prévio da mesma e visitas do exterior – correlacionam-se em número reduzido ou inexistente e com intensidade fraca com alguns dos domínios. No entanto, existe evidência estatística de que indivíduos mais novos apresentem níveis superiores de QdV ($r = -0,296$; $p \leq 0,05$) e maior tempo de residência implique maior ESC ($r = 0,268$; $p \leq 0,05$). Quanto ao peso na decisão de transitar para a ERPI, este apresenta-se correlacionado com significado estatístico ao nível da privacidade ($r = 0,374$; $p \leq 0,05$), dignidade ($r = 0,374$; $p \leq 0,01$), actividades significativas ($r = 0,269$; $p \leq 0,05$) e ESC ($r = 0,271$; $p \leq 0,05$).

Não foram encontradas diferenças significativamente estatísticas entre os grupos femininos e masculinos da amostra, e o estado civil (ter ou não parceiro) mostrou diferenças no conforto ($U=184,5$; $p=0,020$) e autonomia ($U=210,5$; $p=0,019$). Em duas das ERPI em que se

desenrolou o estudo participaram indivíduos casados a coabitarem o mesmo apartamento, facto que poderá justificar a diferença nestes domínios. Não se encontraram diferenças nesta variável face à privacidade como em Póvoa (2010), embora Tu *et al.* (2006) terem verificado que o estado civil é um preditor importante da QdV em residentes de ERPI.

O nível de escolaridade apresenta-se como uma variável importante (diferenciada entre um grupo com escolaridade até ao 3º ciclo do ensino básico e outro com ensino secundário/superior, por serem os grupos mais representativos da amostra). Contudo, a diferença que existe na QdV, alguns dos seus domínios e ESC poderá ser explicada por um *overlap* entre o grupo de indivíduos com escolaridade mais alta que, simultaneamente, apresenta também níveis médios de QdV reportada e ESC mais elevados, conforme a distribuição da amostra.

Observam-se diferenças estatisticamente significativas notórias entre os dois grupos (dependente ou independente) no que diz respeito à realização das ABVD, particularmente no *score* total da QdV (U=198,0; p=0,002), competências funcionais (U=170,5; p=0,000), privacidade (U=209,5; p=0,002), dignidade (U=140,0; p=0,017), actividades significativas (U=196,5; p=0,001), autonomia (U=190,0; p=0,001) e ESC (U=229,5; p=0,042). Estes resultados, particularmente os afectos às competências funcionais, actividades significativas e autonomia, demonstram que estes domínios estão relacionados com o sentido de avaliação do próprio índice de Barthel, isto é, a capacidade funcional do indivíduo. Estes resultados sugerem que deverão encontrar-se estratégias que potenciem a QdV dos indivíduos mais dependentes. Estes, tipicamente, são mais influenciados pelo AF e pela prestação de cuidados por parte dos profissionais.

A satisfação com a habitação está positivamente relacionada com o *score* total da QdV (r = 0,495; p≤0,01), competências funcionais (r = 0,422; p≤0,01), privacidade (r = 0,541; p≤0,01), dignidade (r = 0,507; p≤0,01), actividades significativas (r = 0,366; p≤0,01), autonomia (r = 0,475; p≤0,01), satisfação com os alimentos (r = 0,312; p≤0,01) e ESC (r = 0,349; p≤0,01). Estes resultados demonstram que a satisfação com as condições habitacionais (isto é, com a estrutura física) se encontra correlacionada com a QdV e ESC de uma maneira estatisticamente significativa.

O estado de saúde auto-percepcionado apresenta correlações estatisticamente significativas com o *score* total da QdV (r = 0,537, p≤0,01), competências funcionais (r = 0,597; p≤0,01), privacidade (r = 0,271; p≤0,05), dignidade (r = 0,276; p≤0,05), actividades significativas (r =

0,607; $p \leq 0,01$), segurança ($r = 0,270$; $p \leq 0,05$) e ESC ($r = 0,430$; $p \leq 0,01$). Estes resultados reforçam a premissa de que a QdV no contexto dos idosos em ERPI é um produto de quatro factores que incluiu o estado de saúde (Kane *et al.*, 2003a). Degenholtz *et al.* (2008) constataram que residentes com uma ou mais úlceras de pressão de grau II relataram um declínio generalizado nos domínios respeitantes à autonomia, segurança, e bem-estar espiritual. Sintomas depressivos estão associados a diminuição do conforto, actividades significativas e satisfação com os alimentos. Verifica-se, igualmente, uma relação significativa entre a presença de incontinência urinária nos residentes e níveis mais baixos de QdV (DuBeau *et al.*, 2006; Kane & Xu, 2013).

Para a análise mais concreta destas diferenças (sem prejuízo dos resultados descritos anteriormente) definem-se quatro critérios: *score* total da QdV, domínios mais relacionados com o constructo (actividades significativas, competências funcionais, dignidade e privacidade), ESC e satisfação com a habitação. Assim, podem observar-se diferenças estatisticamente significativas entre os três grupos de indivíduos da amostra. Os indivíduos da ERPI 2 apresentam claramente valores mais baixos das variáveis acima enunciadas que o grupo da ERPI 1 e 3. Já o grupo de indivíduos da ERPI 1 apresenta valores mais elevados no *score* total da QdV, competências funcionais, dignidade, actividades significativas e ESC. O grupo de indivíduos da ERPI 3 apresenta valores mais elevados na privacidade e satisfação com a habitação. Subsequentes testes de comparação entre pares não revelaram diferenças estatisticamente significativas entre a ERPI 1 e 3. Contudo, todos os domínios em análise apresentam diferenças estatisticamente significativas na comparação entre ERPI 1-2 e 2-3, com excepção da ESC em que a ERPI 1 e 2 não apresentam diferenças estatisticamente significativas apesar de valores médios mais elevados na ERPI 1.

A avaliação do AF apresentou um acordo inter-juízes moderado ($r(225) = 0,672$; $p \leq 0,001$) perfeitamente consistente com o verificado por Andrade *et al.* (2012). Esta avaliação tem por base critérios estritamente definidos e foi efectuada por dois arquitectos com experiência profissional e académica relevante. As três ERPI nas quais este estudo se desenrolou foram planeadas e construídas para suportarem fisicamente a área de actividade presente, não tendo sido alvo de qualquer adaptação de um edifício já existente. Na ERPI 1 e na 3, a tipologia habitacional abrange quartos privados ou apartamentos. Já na ERPI 2, a tipologia habitacional compreende quartos partilhados.

No entanto, a análise dos resultados obtidos mostra que a qualidade do AF é claramente superior na ERPI 1 e na 3, quer a nível global, quer segmentada pelas zonas de interesse, isto é, área exterior, área interior e quartos/apartamentos. Embora a ERPI 1 apresente valores mais altos em todos os níveis, a diferença para os observados na ERPI 3 é marginal. A limitação do tamanho da amostra ($n = 58$) e o número de ERPI incluídas no estudo ($n = 3$) não permitem uma análise estatística suficientemente válida que permita testar o AF como preditor das variáveis dependentes em estudo. Porém, os dados aqui apresentados sobre a qualidade do AF das ERPI particularmente nos grupos que apresentaram valores médios mais elevados de QdV, domínios significativos e ESC afiguram-se relevantes e deverão ser considerados.

A ERPI 1 e 3 apresentam na sua visão alguns dos conceitos relacionados com a abordagem centrada na pessoa, como sejam, um alto grau de individualização e personalização do espaço, exclusividade de quartos ou apartamentos privados, foco no ambiente construído e flexibilização nas rotinas dos profissionais. Já a cultura organizacional e prática profissional da ERPI 2 encontra-se mais perto do modelo biomédico, apresentado uma estrutura hierárquica tradicional, prática profissional que valoriza a eficiência e a consistência das rotinas e um foco reduzido no ambiente construído, como se constata através da análise da qualidade do AF.

Este estudo reforça assim a ideia de que há evidência empírica que suporta a influência que o AF e o modelo de gestão e cultura organizacional têm na QdV dos residentes.

5. CONCLUSÃO

É inegável que as ERPI se tornem a nova casa ou até a morada definitiva para muitos dos indivíduos que para lá transitam ou lá vivem. Considerando que a população portuguesa se encontra cada vez mais envelhecida, parece certo que mais idosos necessitarão de alguma forma de cuidados de longa duração, particularmente em ERPI. Torna-se lógico, então, perspectivar a avaliação da qualidade destas instituições tendo em conta a experiência subjectiva de vivência do quotidiano por parte dos residentes e a influência que o AF exerce no seu bem-estar.

O enquadramento teórico deste estudo explanou, contudo, que a QdV raramente é tida em consideração como métrica válida para a avaliação da qualidade dos serviços prestados pelas instituições geriátricas. O modelo biomédico, herdado das organizações hospitalares, continua a ser a referência para a gestão de muitas destas organizações. Ou seja, a qualidade do cuidar e dos procedimentos técnicos continua a constituir a matriz mais relevante da prática profissional e da cultura organizacional.

Em Portugal, o Instituto de Segurança Social (2007) contempla, no modelo de avaliação das ERPI, o critério 4.9: medição, análise e melhoria. Dentro deste chama-se a atenção para a necessidade de definir uma metodologia de avaliação da satisfação dos clientes, relativamente aos serviços prestados. A QdV, como produto de múltiplos factores, incluindo o ambiente e cuidados recebidos na ERPI, afigura-se como um indicador relevante para atingir tal desiderato.

Tradicionalmente, o foco sobre a qualidade em ERPI na perspectiva dos utilizadores cinge-se à sua satisfação. Contudo, as ferramentas usadas para esse fim não avaliam as relações significativas, autonomia, dignidade e outros domínios que pertencem a uma categoria de necessidades que ultrapassa largamente as questões fisiológicas e de segurança (DuMond, 2010; Kane, 2003). A esse propósito, este estudo contribuiu para a afinação do indicador com dados novos sobre a sua validade e consistência e domínios que mais contribuem para o constructo – evidência que poderá representar uma vantagem competitiva para as organizações. Persiste a necessidade de encontrar um ponto de corte que simplifique a avaliação da QdV.

Efectuou-se a primeira abordagem para a validação da escala de ESC na população portuguesa. A amostra reduzida do estudo não permitiu a realização da totalidade dos testes estatísticos que os descritos na versão original, particularmente a análise de componentes principais. Além da tradução, foi possível analisar a consistência interna da escala, após redução de itens via correlação item-total, com um resultado final ($\alpha = 0,873$) bastante aproximado à versão original. A análise da validade convergente com a escala de QdV revela que a ESC mede um constructo distinto mas relacionado, como aliás é referido no estudo original.

Após a devida apreciação das variáveis de controlo e demais sócio-demográficas, cuja expressão mais significativa se encontra ao nível do grau de realização das ABVD e estado de saúde auto-percepcionado, estabelecerem-se as diferenças entre os três grupos em análise. Embora não verificável estatisticamente, a qualidade do AF emerge como variável que parece estar positivamente relacionada com as variáveis dependentes deste estudo – QdV e ESC. Os residentes com maior satisfação com as condições habitacionais encontram-se nas instituições com melhores *scores* de avaliação do AF, na sua generalidade.

Este modelo de avaliação da tríade AF, QdV e ESC parece representar uma ferramenta útil para a apreciação de instituições actualmente em funcionamento, particularmente as que tenham como objectivo a mudança do modelo de gestão e cultura organizacional para um centrado nas pessoas, por permitir que se avaliem resultados importantes para essa mesma mudança. O conhecimento gerado por esta linha de investigação deverá servir de suporte para as acções de formação do *staff* das ERPI, de maneira a que a prestação de cuidados não se esgote nos aspectos biomédicos e comece a ter em consideração necessidades de ordem superior por parte dos indivíduos.

Por outro lado, futuras organizações que venham a retirar da investigação nesta área evidência científica, poderão tomar decisões mais acertadas em projectos de intervenção ou implementação, quer ao nível arquitectónico mas também no modelo de gestão e cultura organizacional.

Futuramente, seria desejável o uso de uma ferramenta de avaliação da QdV e ESC mais simplificada, com diminuição do peso excessivo dos itens e da sobrecarga sobre os entrevistados. Uma amostra de tamanho superior e sobretudo com grupos num maior número de ERPI permitirá a realização de análise estatística mais diferenciada para se inferir a influência do AF na QdV e ESC. Embora este método de avaliação do AF permitir

caracterizar globalmente as ERPI, não traduz o experienciado por cada um dos residentes individualmente. Ou seja, não avalia especificamente cada uma das unidades individuais de interesse (sobretudo ao nível do quarto/apartamento) dos residentes. Uma solução que permitisse esta avaliação mais individualizada produziria resultados mais precisos e significativos.

6. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Alzheimer's Disease International. 2013. *World Alzheimer Report 2013*. London.
- Andrade, C. Lima, M. L., Fornara, F., & Bonaiuto, M. 2012. Users' views of hospital environmental quality: validation of the perceived hospital environment quality indicators (PHEQIs). *Journal of Environmental Psychology*, 32: 97-111.
- Bishop, C. E., Weinberg, D. B., Leutz, W., Dossa, A., Pfefferle, S. G., & Zincavage, R. M. 2008. Nursing assistants' job commitment: effect of nursing home organizational factors and impact on resident well-being. *The Gerontologist*, 48 (1), 36-45.
- Bishop, C. E. 2014. High-performance workplace practices in nursing homes: an economic perspective. *The Gerontologist*, 54 (1), 46-52.
- Bradshaw, S. A., Playford, E. D., & Riazi, A. 2012. Living well in care homes: a systematic review of qualitative studies. *Age and Ageing*, 41: 429-440.
- Brownie, S., & Nancarrow, S. 2013. Effects of person-centered care on residents and staff in aged-care facilities: a systematic review. *Clinical Interventions in Aging*, 8: 1-10.
- Burack, O. R., Weiner, A. S., & Reinhardt, J. P. 2012a. The impact of culture change on elders' behavioral symptoms: a longitudinal study. *Journal of the American Medical Directors Association*, 13 (6): 522-528.
- Burack, O. R., Weiner, A. S., Reinhardt, J. P., & Annunziato, R. A. 2012b. What matters most to nursing home elders: quality of life in the nursing home. *Journal of the American Medical Directors Association*, 13 (1): 48-53.
- Carneiro, R., Chau, F., Soares, C., Fialho, J. A. S., & Sacadura, M. J. 2012. *O envelhecimento da população: dependência, ativação e qualidade*. Relatório final, Universidade Católica Portuguesa, Lisboa.
- Carstensen, L. L., & Fried, L. P. 2012. *The meaning of old age*.
- Cohen, J. 1988. *Statistical power analysis for the behavioral sciences*. New Jersey: Lawrence Erlbaum Associates.
- Conselho Económico e Social. 2013. *Parecer de iniciativa sobre as consequências económicas, sociais e organizacionais decorrentes do envelhecimento da população*. Lisboa.
- Cutler, L. J., Kane, R. A., Degenholtz, H. B., Miller, M. J., & Grant, L. Assessing and comparing physical environments for nursing home residents: using new tools for greater research specificity. *The Gerontologist*, 46 (1): 42-51.
- Degenholtz, H. B., Rosen, J., Castle, N., Mittal, V., & Liu, D. 2008. The association between changes in health status and nursing home resident quality of life. *The Gerontologist*, 48 (5): 584-592.
- Drageset, J., Natvig, G. K., Eide, G. E., Clipp, E. C., Bondevik, M., Nortvedt, M. W., & Nygaard, H. A. 2008. Differences in health-related quality of life between older nursing home

- residents without cognitive impairment and the general population of Norway. *Journal of Clinical Nursing*, 17 (9): 1227-1236.
- Devlin, A. S., & Arneill, A. B. 2003. Health care environments and patient outcomes: a review of the literature. *Environment and Behavior*, 35 (5): 665-694.
- Diário da República. 2012. **Portaria n.º 67/2012 de 21 de Março**. Disponível em: <https://dre.pt/application/file/553791>. Acedido em 10 de Agosto de 2014.
- DuBeau, C. E., Simon, S. E., & Morris, J. N. 2006. The effect of urinary incontinence on quality of life in older nursing home residents. *Journal of the American Geriatrics Society*, 54 (9): 1325-1333.
- DuMond, C. 2010. *Quality of life in the nursing home: an outcome that matters*. Dissertação de doutoramento, St. John Fisher College, Rochester.
- Gabinete de Estratégia e Planeamento. 2012. **Carta social – rede de serviços e equipamentos**. Relatório 2012, Lisboa.
- Garre-Olmo, J., López-Pousa, S., Turon-Estrada, A., Juvinyà, D., Ballester, D., & Vilalta-Franch, J. 2012. Environmental determinants of quality of life in nursing home residents with severe dementia. *Journal of the American Geriatrics Society*, 60: 1230-1236.
- Hauge, S., & Heggen, K. 2007. The nursing home as a home: a field study of residents' daily life in the common living rooms. *Journal of Clinical Nursing*, 17: 460-467.
- Huxhold, O., Miche, M., & Schüz, B. 2013. Benefits of having friends in older ages: differential effects of informal social activities on well-being in middle-aged and older adults. *Journals of Gerontology*, 69 (3): 366-375.
- Instituto da Segurança Social. 2007. *Modelo de avaliação da qualidade – estrutura residencial para idosos*. Lisboa.
- Instituto Nacional de Estatística. 2009. *Projeções de população residente em Portugal*. Informação à comunicação social, Lisboa.
- Instituto Nacional de Estatística. 2012. *Censos 2011 – resultados pré-definitivos*. Informação à comunicação social, Lisboa.
- Instituto Nacional de Estatística. 2013a. *Famílias nos censos 2011: diversidade e mudança*. Informação à comunicação social, Lisboa.
- Instituto Nacional de Estatística. 2013b. *Estatísticas demográficas 2012*. Lisboa: Instituto Nacional de Estatística.
- Instituto Nacional de Estatística. 2014. *Anuário estatístico de Portugal 2012*. Informação à comunicação social, Lisboa.
- International Monetary Fund. 2012. *The financial impact of longevity risk*. Washington, DC.
- Joint Programming Initiative. 2011. *More years, better lives: the potential and challenges of the demographic change*. Berlin.
- Kane, R. A. 2003. Definition, measurement, and correlates of quality of life in nursing homes: toward a reasonable practice, research, and policy agenda. *The Gerontologist*, 43 (II): 28-36.

- Kane, R. A., Kling, K.C., Bershadsky, B., Kane, R. L., Giles, K., Degenholtz, H. B., Liu, J., & Cutler, L. J. 2003a. Quality of life measures for nursing home residents. *Journal of Gerontology: Medical Sciences*, 58A (3): 240-248.
- Kane, R.A., Pratt, M., & Schoeneman, K. 2003b. *Quality of life scales for nursing home residents*.
- Kane, R. L., & Xu, D. 2013. Effect of urinary incontinence on older nursing home residents' self-reported quality of life. *Journal of the American Geriatrics Society*, 61 (9): 1473-1481.
- Martín, I., & Póvoa, V. O. 2013. Estudo piloto para validação da escala de qualidade de vida para residentes de instituições de longa permanência para idosos. *Estudos Interdisciplinares Sobre o Envelhecimento*, 18 (2): 367-386.
- Molony, S. L., McDonald, D. D., & Palmisano-Mills, C. 2007. Psychometric testing of an instrument to measure the experience of home. *Research in Nursing & Health*, 30: 518-530.
- Molony, S. L. 2010. The meaning of home – a qualitative metasynthesis. *Research in Gerontological Nursing*, 3 (4): 291-307.
- Molony, S. L., Evans, L. K., Sangchoon, J., Rabig, J., & Straka, L. A. 2011. Trajectories of at-homeness and health in usual care and small house nursing homes. *The Gerontologist*, 51 (4): 504-515.
- Nakrem, S. 2001. *Measuring quality of care in nursing homes – what matters?* Dissertação de doutoramento, Norwegian University of Science and Technology, Trondheim.
- Nakrem, S., Vinsnes, A., Harkless, G. E., Paulsen, B., & Seim, Arnfinn. 2012. Ambiguities: residents' experience of 'nursing home as my home'. *International Journal of Older People Nursing*, 8: 216-225.
- Office for National Statistics. 2014. *Mortality, 2012-based NPP reference volume*.
- Paulos, C. I. F. 2010. *Gestão de instituições para idosos – qualidade, humanidade e eficiência em cuidados geriátricos*. Lisboa: Verlag Dashöffer.
- Pereira, V. I. F. 2013. *A satisfação e a qualidade de serviços e de vida nas instituições para seniores. O modelo ServQual (adaptado à ServPref) e as dimensões de Rosaline Kane. Caso de estudo: lares do concelho de Viseu*. Dissertação de mestrado, Escola Superior de Tecnologia e Gestão de Viseu, Viseu.
- Pordata. 2012. **Indicadores de envelhecimento segundo os censos em Portugal**. Disponível em: <http://www.pordata.pt/Portugal/Indicadores+de+envelhecimento+segundo+os+Censos-525>. Acedido em 6 de Junho de 2014.
- Pordata. 2013a. **Índice de envelhecimento na Europa**. Disponível em: <http://www.pordata.pt/Europa/Indice+de+envelhecimento-1609>. Acedido em 16 de Fevereiro de 2014.
- Pordata. 2013b. **Índice de dependência de idosos na Europa**. Disponível em: <http://www.pordata.pt/Europa/Indice+de+dependencia+de+idosos-1929>. Acedido em 16 de Fevereiro de 2014.

- Pordata. 2013c. **Número de indivíduos em idade activa por idoso em Portugal**. Disponível em: <http://www.pordata.pt/Portugal/Numero+de+indivíduos+em+idade+activa+por+idoso-735>. Acedido em 16 de Fevereiro de 2014.
- Póvoa, V. O. 2010. *Escala de qualidade de vida para utentes de lar de idosos*. Dissertação de mestrado, Universidade de Aveiro, Aveiro.
- Rego, D. 2012. *A arquitectura como instrumento medicinal – o papel terapêutico dos espaços de saúde na sua missão de curar e cuidar*. Dissertação de mestrado, Instituto Superior Técnico, Lisboa.
- Rosh, C. V., & Cox, J. E. 2000. The meaning of home: how it shapes the practice of home and hospice care. *Home Healthcare Nurse*, 18 (6): 388-394.
- Rodrigues, R., Huber, M., & Lamura, G. (Eds). 2012. **Facts and figures on healthy ageing and long-term care**. European Centre for Social Welfare Policy and Research, Vienna.
- Santana, S. 2010. Reforming long-term care in Portugal: dealing with the multidimensional character of quality. *Social Policy & Administration*, 44 (4): 512-528.
- Tu, Y-C., Wang, R-H., & Yeh, S-H. 2006. Relationship between perceived empowerment care and quality of life among elderly residents within nursing homes in Taiwan: a questionnaire survey. *International Journal of Nursing Studies*, 43 (6): 673-680.
- Ulrich, R. S. 1991. Effects of interior design on wellness: theory and recent scientific research. *Journal of Health Care Interior Design*, 3: 97-109.
- Ulrich, R. S. 1992. How design impacts wellness. *Healthcare Forum Journal*, 35: 20-25.
- Ulrich, R.S. 2006. Evidence-based health-care architecture. *The Lancet*, 368: 38-39.
- United Nations Population Fund. 2013. *Population dynamics in the post-2015 development agenda*. New York.
- World Economic Forum. 2012. *Global population ageing: peril or promise?*
- Xu, D., Kane, R. L., & Shamliyan, T. A. 2013. Effect of nursing home characteristics on residents' quality of life: a systematic review. *Archives of Gerontology and Geriatrics*, 57: 127-142.

ANEXOS

Anexo I – Questionário



**SENTIR-SE EM CASA EM ESTRUTURAS RESIDENCIAIS PARA
PESSOAS IDOSAS – O PAPEL DO AMBIENTE FÍSICO NA
QUALIDADE DE VIDA**

Declaração de consentimento

Está a ser convidado(a) a participar num estudo sobre o papel do ambiente físico na qualidade de vida dos residentes em estruturas residenciais para pessoas idosas. A sua participação é voluntária, o que significa que pode escolher se quer ou não quer participar. Se escolher não participar, não perderá qualquer benefício ou direito. Antes de tomar a sua decisão será informado acerca do objectivo do estudo, possíveis riscos e benefícios e acerca daquilo que lhe irá ser perguntado.

A equipa de investigação (Enf. Luís Oliveira, mestrando em Gestão dos Serviços de Saúde pelo ISCTE-IUL) irá falar consigo e prestar-lhe todos os esclarecimentos que considerar necessários. Pedir-lhe-á que assine este consentimento. De acordo com as recomendações da Declaração de Helsínquia, foi informado acerca dos objectivos, os métodos, os benefícios previstos, os riscos potenciais e o eventual desconforto. Foi-lhe declarado que tem o direito de decidir livremente aceitar ou recusar a todo o tempo a sua participação no estudo e dado todo o tempo necessário para reflectir sobre esta proposta de investigação. Todos os dados recolhidos serão alvo de confidencialidade absoluta e o seu tratamento será efectuado de forma agregada.

Nestas circunstâncias, decide livremente aceitar participar neste projecto de investigação, tal como lhe foi apresentado pelo investigador. Uma cópia desta declaração ficará na sua posse enquanto a outra se destinará ao investigador (ambas assinadas)

Data ____/____/____

Assinatura do(a) participante

Assinatura do investigador responsável

(Enf. Luís Oliveira)

Identificação *Dados de identificação e sócio-demográficos.*

Sexo

Masculino Feminino

Idade: ____anos

Estado Civil

Solteiro Casado Viúvo Divorciado União de Facto

Nível de Escolaridade

Sem frequência escolar
1º Ciclo do Ensino Básico (4º ano)
2º Ciclo do Ensino Básico (5º,6º ano)
3º Ciclo do Ensino Básico (7º,8º,9º ano)
Ensino Secundário (Industrial ou Comercial)
Ensino Superior (Bacharelato, Licenciatura, Mestrado, Doutoramento)

Duração da Residência: ____anos

Qual foi o peso que teve na escolha de viver aqui?

Nenhum Algum Muito Total

O que sabia deste local antes de se mudar?

Nada Pouco Muito Tudo

Recebe regularmente visitas de familiares ou amigos?

Sim 1 vez por semana 2-3 vezes por semana Mais de 3 vezes por semana

Não

Como classificaria o seu grau de satisfação com a habitação?

Muito Fraca Fraca Razoável Boa Muito boa

Como classificaria a sua saúde actualmente? Muito Fraca Fraca Razoável Boa Muito boa

Índice de Barthel (<i>Mahoney&Barthel, 1958; versão portuguesa de Póvoa, 2010</i>)	
<i>Responda às seguintes questões relacionadas com as actividades de vida diária, pensando na sua situação actual.</i>	
Alimentação	
1. Independente	<input type="checkbox"/>
2. Precisa de ajuda (por exemplo, para cortar os alimentos ou necessita de dieta modificada)	<input type="checkbox"/>
3. Dependente	<input type="checkbox"/>
Transferências	
1. Independente	<input type="checkbox"/>
2. Precisa de alguma ajuda	<input type="checkbox"/>
3. Necessita de ajuda de outra pessoa, mas consegue sentar-se	<input type="checkbox"/>
4. Dependente, não tem equilíbrio sentado	<input type="checkbox"/>

Higiene pessoal	
1. Independente a fazer a barba, lavar a cara, lavar os dentes	<input type="checkbox"/>
2. Dependente, necessita de alguma ajuda	<input type="checkbox"/>
Utilização da casa de banho	
1. Independente	<input type="checkbox"/>
2. Precisa de alguma ajuda	<input type="checkbox"/>
3. Dependente	<input type="checkbox"/>
Banho	
1. Toma banho sozinho (entra e sai do duche ou banheira sem ajuda)	<input type="checkbox"/>
2. Dependente, necessita de alguma ajuda	<input type="checkbox"/>
Mobilidade	
1. Caminha 50 metros sem ajuda ou supervisão (pode usar produtos de apoio)	<input type="checkbox"/>
2. Caminha menos do que 50 metros, com ajuda de outra pessoa (física ou verbal)	<input type="checkbox"/>
3. Independente em cadeira de rodas, pelo menos 50 metros, incluindo esquinas.	<input type="checkbox"/>
4. Imóvel ou caminha menos de 50 metros	<input type="checkbox"/>
Subir e descer escadas	
1. Independente, com ou sem ajudas técnicas	<input type="checkbox"/>
2. Precisa de ajuda	<input type="checkbox"/>
3. Dependente	<input type="checkbox"/>
Vestir	
1. Independente (incluindo botões, fechos e atacadores)	<input type="checkbox"/>
2. Com ajuda	<input type="checkbox"/>
3. Impossível	<input type="checkbox"/>
Controlo intestinal	
1. Controla perfeitamente, sem acidentes, podendo fazer uso de supositório ou similar	<input type="checkbox"/>
2. Acidente ocasional (uma vez por semana)	<input type="checkbox"/>
3. Incontinente ou precisa de uso de clisteres	<input type="checkbox"/>
Controlo urinário	
1. Controla perfeitamente, mesmo algaliado, desde que seja capaz de manejar a algália sozinho.	<input type="checkbox"/>
2. Acidente ocasional (máximo uma vez por semana)	<input type="checkbox"/>
3. Incontinente ou algaliado sendo incapaz de manejar a algália sozinho	<input type="checkbox"/>

Escala de Satisfação com a Vida (Diener et al., 1985; versão portuguesa de Simões, 1992) <i>As seguintes afirmações estão relacionadas com o seu grau de satisfação com a vida.</i>	Discordo muito	Discordo pouco	Nem concordo nem discordo	Concordo um pouco	Concordo muito
A minha vida parece-se, em quase tudo, com o que eu desejaria que ela fosse.					
As minhas condições de vida são muito boas.					
Estou satisfeito(a) com a minha vida.					
Até agora, tenho conseguido as coisas importantes da vida que eu desejaria.					
Se eu pudesse recomeçar a minha vida, não mudaria quase nada.					

Escala de Qualidade de Vida para Residentes de Instituições de Longa Permanência para Idosos (Kane et al., 2003; versão Portuguesa de Póvoa e Martín, 2010)

As seguintes questões estão relacionadas com aspectos da sua estadia aqui.

Escala de Conforto <i>As primeiras perguntas são sobre o seu nível de conforto e ajuda que recebe para ficar mais confortável.</i>	Muitas vezes	Às vezes	Raramente	Nunca	Maioria sim	Maioria não	Ns	Nr
1. Costuma sentir frio aqui?								
2. Costuma ficar com dores de estar sempre na mesma posição?								
3. Costuma ter dores?								
4. Costuma ser incomodado por barulhos quando está no seu quarto?								
5. Costuma ser incomodado por barulhos quando está em outros sítios, como por exemplo na sala de jantar?								
6. Consegue dormir bem aqui?								

Escala de Competências Funcionais <i>As próximas perguntas são sobre a facilidade que tem em fazer coisas que quer fazer.</i>	Muitas vezes	Às vezes	Raramente	Nunca	Maioria sim	Maioria não	Ns	Nr
1. Consegue andar sozinho facilmente no seu quarto?								
2. Consegue chegar facilmente às coisas que precisa?								
3. Consegue chegar rapidamente a uma casa de banho?								
4. Consegue chegar às suas coisas de higiene pessoal na casa de banho? (exemplo: sabonete)								
5. Consegue cuidar das suas coisas e do seu quarto?								

Escala de Privacidade <i>As próximas perguntas são sobre a privacidade ou falta de privacidade.</i>	Muitas vezes	Às vezes	Raramente	Nunca	Maioria sim	Maioria não	Ns	Nr
1. Consegue encontrar um sítio para ficar sozinho?								
2. Consegue fazer uma chamada por telefone sem ninguém estar por perto?								
3. Consegue ficar sozinho em algum sítio com uma visita?								
4. Consegue ficar sozinho em algum sítio com outra pessoa, sem ser o seu companheiro de quarto?								
5. Os funcionários batem à porta do seu quarto e esperam pela sua resposta antes de entrar?								

Escala de Dignidade <i>As próximas perguntas são sobre o respeito pela sua dignidade.</i>	Muitas vezes	Às vezes	Raramente	Nunca	Maioria sim	Maioria não	Ns	Nr
1. Os funcionários são bem-educados consigo?								
2. Sente que é tratado com respeito?								
3. Os funcionários são cuidadosos quando tratam de si?								
4. Os funcionários respeitam-no quando não quer ser visto? (exemplo: quando está na casa de banho)								
5. Os funcionários ouvem-no quando quer dizer alguma coisa?								

Escala de Actividades Significativas <i>Agora colocarei algumas perguntas sobre como passa o seu tempo.</i>	Tantas vezes quanto quer	Demasiadas vezes	Poucas vezes	Maioria sim	Maioria não	Ns	Nr
1. Sai do Lar?							
Sai do Lar quando quer?							

	Todos os dias	Várias vezes por semana	Uma vez por semana	Menos de uma vez por semana	Menos de uma vez por mês	Ns	Nr
2. Quantas vezes sai do Lar?							

	Muitas vezes	Às vezes	Raramente	Nunca	Maioria sim	Maioria não	Ns	Nr
3. Gosta das actividades feitas pelo Lar?								
4. Para além das celebrações religiosas, existe mais alguma coisa para fazer durante o fim-de-semana?								
5. Apesar da sua saúde, costuma ajudar outras pessoas, como por exemplo, outros utentes, a sua família ou pessoas de fora?								
6. Os dias parecem-lhe demasiado longos?								

Escala de Relacionamento <i>As próximas perguntas são sobre os seus relacionamentos aqui.</i>	Muitas vezes	Às vezes	Raramente	Nunca	Maioria sim	Maioria não	Ns	Nr
1. É fácil fazer amigos aqui?								

	Sim	Não	Ns	Nr
2. Algum dos outros utentes é seu amigo próximo?				

	Muitas vezes	Às vezes	Raramente	Nunca	Maioria sim	Maioria não	Ns	Nr
3. No último mês algum funcionário parou de trabalhar para falar consigo como amigo?								
4. Considera algum funcionário seu amigo?								
5. Acha que o Lar facilita e tenta ser agradável para que os familiares e amigos venham visitar os utentes?								

Escala de Autonomia <i>As próximas perguntas são sobre as escolhas e o controlo que tem aqui.</i>	Muitas vezes	Às vezes	Raramente	Nunca	Maioria sim	Maioria não	Ns	Nr
1. Pode ir para a cama à hora que quiser?								
2. Pode levantar-se de manhã à hora que quiser?								
3. Pode decidir a roupa que quer vestir?								
4. Conseguiu mudar coisas de que não gostava?								

Escala de Satisfação com os Alimentos <i>As próximas perguntas são sobre a facilidade que tem em fazer coisas que quer fazer.</i>	Muitas vezes	Às vezes	Raramente	Nunca	Maioria sim	Maioria não	Ns	Nr
1. Gosta da comida do lar?								
2. Gosta que chegue a hora das refeições?								
3. Consegue comer os seus pratos preferidos aqui?								

Escala de Bem-estar Espiritual <i>As próximas perguntas são sobre a sua vida espiritual aqui.</i>	Muitas vezes	Às vezes	Raramente	Nunca	Maioria sim	Maioria não	Ns	Nr
1. Participa nas celebrações religiosas do Lar?								
2. As celebrações religiosas são importantes para si?								
3. Sente que a sua vida tem sentido?								
4. Sente-se em paz?								

Escala de Segurança <i>O próximo conjunto de perguntas é sobre se se sente seguro aqui.</i>	Muitas vezes	Às vezes	Raramente	Nunca	Maioria sim	Maioria não	Ns	Nr
1. Sente que os seus bens estão seguros no lar?								
2. As suas roupas ficam estragadas ou perdem-se quando vão para lavar?								
3. Sente que terá ajuda quando precisa?								
4. Se se sentir mal consegue um enfermeiro ou médico rapidamente?								
5. Alguma vez sentiu medo pela maneira como o/a senhora/a ou outro utente foi tratado?								

Escala de Individualidade <i>As próximas perguntas são sobre as suas preferências na sua vida.</i>	Muitas vezes	Às vezes	Raramente	Nunca	Maioria sim	Maioria não	Ns	Nr
1. Os funcionários sabem do que gosta?								
2. Os funcionários conhecem-no bem?								
3. Os funcionários interessam-se pelo que fez na sua vida?								
4. Os funcionários levam a sério as suas preferências?								
5. Os outros utentes conhecem-no bem?								
6. Os seus interesses e desejos pessoais são respeitados no Lar?								

Resumo de Itens <i>As próximas doze perguntas resumem o que temos discutido até agora. Referem-se à classificação geral da qualidade da sua vida.</i>									
Como avalia a qualidade da sua vida em relação a:	Excelente	Bom	Razoável	Fraco		Sim	Não	Ns	Nr
1. Sentir-se confortável?					1. Sente-se confortável?				
2. Fazer o que quer?					2. Faz o que quer?				
3. Ter privacidade?					3. Tem privacidade?				
4. Poder fazer escolhas no seu dia-a-dia?					4. Pode fazer escolhas no seu dia-a-dia?				
5. Sentir que a sua dignidade é respeitada?					5. A sua dignidade é respeitada?				
6. Ter coisas interessantes para ver e fazer?					6. Tem coisas interessantes para ver e fazer?				
7. Gostar da comida e que chegue a hora das refeições?					7. Gosta da comida e que chegue à hora das refeições?				
8. Fazer coisas que gosta?					8. Faz coisas que gosta?				
9. Ter boas amizades?					9. Tem boas amizades?				
10. Sentir segurança?					10. Sente-se seguro?				
11. Ir às celebrações religiosas?					11. Vai às celebrações religiosas?				
12. Sentir que a sua vida é boa?					12. Em geral, a sua vida é boa?				

Escala de Experiência de Sentir-se em Casa (<i>Molony, 2007; versão Portuguesa de Oliveira, 2014</i>) <i>Pense neste local e a sua experiência aqui.</i>	Concordo Completamente	Concordo	Indiferente	Discordo	Discordo Completamente	Sim	Não
1. Aqui sinto-me em casa.							
2. Aqui posso fazer o que quiser.							
3. Este sítio parece frio e vazio.							
4. Aqui sinto-me seguro(a).							
5. Aqui tenho os meus bens preferidos.							
6. Aqui posso ser eu mesmo(a).							
7. Aqui tenho os meus sítios favoritos para me distrair.							
8. Aqui tenho privacidade suficiente para as minhas necessidades.							
9. Aqui sinto que cuidam de mim.							
10. Aqui sinto-me como um estranho.							
11. Este sítio parece familiar.							
12. Aqui sinto que precisam de mim.							
13. Sinto-me ligado(a) às pessoas mais importantes na minha vida.							
14. Aqui sinto-me isolado.							
15. Aqui sinto-me bem-vindo.							
16. Este sítio é acolhedor e confortável.							
17. Quando estou fora, anseio por voltar para este sítio.							
18. Aqui sinto-me afastado(a) da minha vida.							
19. Aqui tratam-me como um indivíduo.							
20. Sinto que pertença a este sítio.							
21. Aqui estou entre os meus.							
22. Aqui tenho prazer nas actividades simples e quotidianas.							
23. Estou rodeado de estranhos.							

Anexo II - Grelha de Observação do Ambiente Físico

GRELHA DE OBSERVAÇÃO E AVALIAÇÃO DO AMBIENTE FÍSICO DAS ESTRUTURAS RESIDENCIAIS PARA PESSOAS IDOSAS

(Oliveira, 2014; adaptado de Andrade *et al.*, 2012 & Cutler *et al.*, 2006)

Instruções

A seguinte escala de avaliação foca-se numa série de características ambientais e elementos físicos do espaço da estrutura residencial e está dividida em 3 secções, sendo que cada uma abrange uma parte específica do ambiente:

- 1) a área exterior da estrutura residencial, ou seja, a área ao ar livre desde a entrada até aos edifícios
- 2) a área interior/espços comuns da estrutura residencial
- 3) os quartos/apartamentos dos residentes

Referindo-se ao seu conhecimento e especialização no domínio da construção e concepção arquitectónica, por favor marque com uma cruz a sua avaliação da qualidade da estrutura residencial em causa, para cada elemento desta grelha, de acordo com a seguinte escala:

Insuficiente	Pobre	Satisfatório	Bom	Excelente
0	1	2	3	4

ÁREA EXTERIOR

1	Integração no tecido urbano	0	1	2	3	4
Volumetria? Implantação? Escala? Proporção?						
2	Qualidade das construções (materiais de construção, formas, cores, estilo, etc.)	0	1	2	3	4
3	Organização dos percursos	0	1	2	3	4
4	Organização espacial para a orientação (detectabilidade de rotas)	0	1	2	3	4
5	Presença de pontos de referência reconhecíveis	0	1	2	3	4
6	Organização e configuração do espaço	0	1	2	3	4
Os percursos são óbvios, contínuos e claros? A paisagem e os caminhos guiam as pessoas para a entrada?						
7	Sinalização para a orientação	0	1	2	3	4
8	Reconhecimento da área de entrada da estrutura residencial	0	1	2	3	4
As entradas estão posicionadas de forma lógica e óbvia, claramente visíveis? A forma e a organização dos edifícios favorecem a aproximação e a entrada de pessoas? Os materiais são distintos e de qualidade?						
9	Acessibilidade da zona de entrada (ausência de barreiras arquitectónicas) da estrutura residencial	0	1	2	3	4

10	Facilidade dos percursos a pé	0	1	2	3	4
11	Habilitação do espaço para cadeiras de rodas e carrinhos de bebé	0	1	2	3	4
12	Manutenção dos percursos	0	1	2	3	4
Os pavimentos estão em bom estado? Há caixotes do lixo?						
13	Manutenção dos edifícios	0	1	2	3	4
Os edifícios estão limpos e cuidados? Os materiais mantêm a boa aparência dos edifícios?						
14	Presença e funcionalidade dos corrimões	0	1	2	3	4
15	Presença e facilidade no estacionamento	0	1	2	3	4
Lugares de estacionamento disponíveis? Há transportes públicos com regularidade?						
16	Presença de áreas equipadas para paragem (descanso?) e para socialização	0	1	2	3	4
17	Qualidade das áreas equipadas para paragem	0	1	2	3	4
18	Manutenção das áreas equipadas para paragem	0	1	2	3	4
19	Presença de elementos ornamentais (fontes, estátuas, plantas, etc.)	0	1	2	3	4
20	Presença de áreas verdes	0	1	2	3	4
21	Qualidade das áreas verdes	0	1	2	3	4
22	Possibilidade de desfrutar de áreas verdes	0	1	2	3	4
As áreas verdes estão bem cuidadas? Há bancos de jardim? Estão presentes elementos ornamentais?						
23	Saúde ambiental (ausência de substâncias e de emissões poluentes)	0	1	2	3	4
24	Segurança do ambiente	0	1	2	3	4

ÁREA INTERIOR / ESPAÇOS COMUNS

1	Características dos corredores	0	1	2	3	4
Há espaço para manobrar camas e cadeiras de rodas? Vista para o exterior? Obras de arte nas paredes? Distância do quarto mais distante até à entrada?						
2	Facilidade de percurso nos corredores (sem obstáculos, como dispositivos médicos, etc.)	0	1	2	3	4
3	Presença e funcionalidade dos corrimões (ambos os lados dos corredores)	0	1	2	3	4
4	Acessibilidade da zona de entrada (ausência de barreiras arquitectónicas)	0	1	2	3	4
5	Reconhecimento da zona de entrada.	0	1	2	3	4
A entrada está posicionada de forma lógica e óbvia, tem-se dela uma visão clara à entrada, está claramente reconhecível?						
6	Reconhecimento do balcão da recepção (forma particular, tecto, iluminação)	0	1	2	3	4

Sentir-se em casa em estruturas residenciais para pessoas idosas – o papel do ambiente físico na qualidade de vida

Os materiais, elementos decorativos, cor e luz tornam a recepção distinta? A recepção está bem identificada e sinalizada?						
7	Posicionamento do balcão da recepção	0	1	2	3	4
A recepção está posicionada de forma lógica e óbvia, tem-se dela uma visão clara e imediata? Existem instalações sanitárias adjacentes à entrada de que os residentes também se podem servir?						
8	Sinalização para a orientação	0	1	2	3	4
O sistema de sinais para orientação é adequado? Todos os locais estão sinalizados? Os sinais têm materiais de qualidade? O sistema de símbolos é consistente em termos de estilo, cores, formas e fundo?						
9	Clareza das indicações (símbolos, marcas, etc.)	0	1	2	3	4
As indicações são claras? Os sinais usam termos compreensíveis, adequados ao nível de leitura do 6º ano?						
10	Organização espacial para a orientação (detectabilidade de rotas)	0	1	2	3	4
11	Linearidade e clareza na disposição de espaço	0	1	2	3	4
12	Presença de pontos de referência reconhecíveis	0	1	2	3	4
13	Diferenciação dos elementos físicos (mobiliário, cores, luzes)	0	1	2	3	4
O espaço está bem organizado? É fácil de detectar a sua organização? Os percursos são óbvios, contínuos e claros?						
14	Carácter acolhedor do mobiliário da recepção	0	1	2	3	4
A recepção está limpa? A recepção tem elementos decorativos ou de arte (ex: flores, quadros)? A recepção destaca-se por ter materiais, cores, luz diferente? Existem cadeiras para os residentes/visitantes se sentarem?						
15	Delimitação, diferenciação e caracterização das áreas residenciais e das áreas de trabalho dos profissionais	0	1	2	3	4
16	Presença de áreas de convívio equipadas (com cadeiras, revistas, televisão, relógio etc.)	0	1	2	3	4
17	Qualidade das áreas de convívio (materiais, cores, iluminação, móveis, ornamentos decorativos, etc.)	0	1	2	3	4
Vista para o exterior? Presença de relógio/calendário? Flores? Lareira? Escolha de vários tipos de sofás (1,2,3,4 lugares)? Iluminação controlada com cortinas? Contraste entre o tampo das mesas de refeição e os pratos?						
18	Serviços/Actividades residenciais	0	1	2	3	4
Máquinas de venda de comida/bebida? Número de instalações sanitárias de que os residentes se podem servir? Biblioteca? Biblioteca móvel? Estufa com plantas? Quarto para visitantes passarem a noite? Brinquedos à disposição de crianças? Sala de tratamentos/fisioterapia? Cozinha e lavanderia afastadas dos quartos (ruído)? Proximidade de espaço ao ar livre para socialização?						
19	Iluminação artificial	0	1	2	3	4
Tom da luz? A luz pode ser regulada? Incomoda os residentes quando estão nos quartos a tentar descansar?						
20	Iluminação natural	0	1	2	3	4
A luz natural é indirecta e suave? A luz solar pode ser regulada?						
21	Manutenção das janelas	0	1	2	3	4
As janelas estão limpas?						
22	Manutenção do material	0	1	2	3	4
No geral, o espaço parece limpo? Os materiais são fáceis de limpar?						
23	Qualidade das janelas (caixilharias, vidraças, etc.)	0	1	2	3	4

24	Vista sobre espaço aberto	0	1	2	3	4
Das janelas, vê-se o céu e o chão?						
25	Vista sobre o espaço verde	0	1	2	3	4
Das janelas vê-se espaço verde? De que tipo? A vista tem algum grau de mudança e imprevisibilidade, movimento humano ou de aspectos da natureza?						
26	Qualidade dos pavimentos (materiais, cores, manutenção, etc.)	0	1	2	3	4
27	Qualidade do tecto (materiais, cores, manutenção, etc.)	0	1	2	3	4
28	Qualidade das paredes (materiais, cores, manutenção, etc.)	0	1	2	3	4
29	Manutenção dos pavimentos, tectos e paredes	0	1	2	3	4
30	Integração da arquitectura, materiais, cores, mobiliário e iluminação	0	1	2	3	4
31	Presença de elementos decorativos (fotografias, cartazes, esculturas, plantas, flores, etc.)	0	1	2	3	4
32	Saúde ambiental (ausência de substâncias poluentes e de emissões)	0	1	2	3	4
33	Segurança do ambiente	0	1	2	3	4
A entrada na estrutura tem algum mecanismo de controlo pelos profissionais?						
34	Estímulos desagradáveis	0	1	2	3	4
Ouve-se ruído vindo do exterior? Há ruído dentro do espaço interior provocado por alarmes, gritos, tv/rádio, máquinas? Odores desagradáveis (dejectos, solutos intensos?) Por contraste, há estímulos olfactivos agradáveis?						

QUARTOS / APARTAMENTOS

1	Clareza e linearidade na disposição do espaço	0	1	2	3	4
2	Não fragmentação do ambiente em termos de materiais, cores e acabamentos	0	1	2	3	4
3	Tamanho do quarto (em comparação com o número de camas / proporção de quartos privados)	0	1	2	3	4
4	Espaço entre as camas	0	1	2	3	4
Os residentes podem proteger-se visualmente (ex:cortinas)? A abertura das portas dos quartos não expõe os residentes às pessoas que estão a passar nos corredores?						
5	Acesso fácil de instalações sanitárias a partir dos quartos dos residentes.	0	1	2	3	4
6	Qualidade das instalações sanitárias (materiais, cores, facilidade e comodidade de utilização, higiene, etc.)	0	1	2	3	4
7	Iluminação artificial	0	1	2	3	4
Regulação pelos profissionais/residentes? Luz de leitura acima e perto das camas?						
8	Iluminação natural					
A luz natural é indirecta e suave? Todos os residentes são expostos a luz natural? A luz solar pode ser regulada pelos doentes e profissionais?						
9	Tamanho das janelas	0	1	2	3	4

Sentir-se em casa em estruturas residenciais para pessoas idosas – o papel do ambiente físico na qualidade de vida

10	Número de janelas	0	1	2	3	4
11	Conforto do mobiliário (cadeiras, mesas, armários, etc.)	0	1	2	3	4
12	Qualidade do mobiliário (materiais, formas, cores, estilo)	0	1	2	3	4
<p align="right">Os elementos passam o “teste do punho”? Campanha para chamar profissionais? Cadeiras São confortáveis? São estáveis e seguras? Estão em boas condições? Acomodam pessoas fortes, idosas ou fisicamente debilitadas? Armários Estão localizados em zonas onde a circulação não está impedida? Podem ser facilmente abertos e fechados por pessoas com destreza limitada? Estão em boas condições?Têm um aspecto agradável? Os armários são espaçosos? Mesas de cabeceira/trabalho Podem ser ajustadas a várias alturas por pacientes com artrite ou destreza limitada? Podem ser movidas facilmente para se aceder aquilo que tem na superfície? Têm gavetas que abrem e fecham facilmente? São estáveis?Podem servir de superfície para escrever? As mesinhas de cabeceira são espaçosas? Camas A sua altura pode ser facilmente ajustada? Estão em boas condições?Têm um aspecto agradável?</p>						
13	Manutenção do mobiliário	0	1	2	3	4
14	Presença de elementos decorativos (fotografias, cartazes, esculturas, plantas, flores, ornamentos decorativos, etc.)	0	1	2	3	4
<p align="center">Personalização pelos residentes? O mobiliário foi trazido pelos residentes?</p>						
15	Vista de espaço aberto/verde	0	1	2	3	4
16	Sistema de ventilação	0	1	2	3	4
<p align="center">As janelas podem ser abertas? Todas?</p>						
17	Sistema de regulação térmica	0	1	2	3	4
<p align="center">A temperatura encontra-se adequada para a altura do ano? A temperatura pode ser regulada pelos residentes?</p>						