



Instituto Politécnico  
de Castelo Branco  
Escola Superior  
de Educação

# Funcionalidade e Qualidade de Vida em Contexto de Cuidados de Longa Duração

Mestrado em Gerontologia Social

Sandra Cristina Martins Alves Ferreira

**Orientadores**

Orientadora Doutora Ana Paula Pires Rodrigues Belo

Co-orientadora Mestre Eugénia Nunes Grilo

Novembro de 2013





# Funcionalidade e Qualidade de Vida em Contexto de Cuidados de Longa Duração

Sandra Cristina Martins Alves Ferreira

## Orientadores

Orientadora Professora Doutora Ana Paula Pires Rodrigues Belo

Co-orientadora Mestre Eugénia Nunes Grilo

Dissertação apresentada à Escola Superior de Educação do Instituto Politécnico de Castelo Branco para cumprimento dos requisitos necessários à obtenção do grau de Mestre em Gerontologia Social, realizada sob a orientação científica da Professora Doutora Ana Paula Pires Rodrigues Belo e co-orientação científica da Mestre Eugénia Nunes Grilo, do Instituto Politécnico de Castelo Branco.

Fevereiro de 2014



## Composição do júri

### Presidente do júri

Professora Doutora Maria João da Silva Guardado Moreira

Professora Coordenadora da Escola Superior de Educação de Castelo Branco

### Vogais

Professora Doutora Ana Paula Pires Rodrigues Belo

Professora Adjunta da Escola Superior de Saúde Dr. Lopes Dias

Professor Doutor Rui Miguel Monteiro Soles Gonçalves

Professor Adjunto da Escola Superior de Tecnologia da Saúde de Coimbra



## Agradecimentos

Este espaço é dedicado àqueles que deram contribuição para que esta dissertação fosse realizada. A todos eles deixo aqui o meu sincero agradecimento.

Aos meus pais, Adelino e Arminda, pela força e coragem que me deram ao longo deste percurso do Mestrado.

Ao meu namorado, pela compreensão, paciência, dedicação e pelo apoio prestado.

À minha orientadora Doutora Ana Paula Belo e co-orientadora Mestre Eugénia Grilo, pela orientação, incentivo e apoio prestado, pela disponibilidade que sempre demonstraram em todas as fases que levaram à concretização deste trabalho.

Ao Diretor do Centro Social Padre Tomás D'Aquino Vaz de Azevedo, António Natário, pela autorização para a colheita de dados aos idosos, o que fez com que este estudo fosse possível.

Aos idosos do Centro Social Padre Tomás D'Aquino Vaz de Azevedo, que aceitaram participar neste estudo e sem os quais esta investigação não teria sido possível.

A todos os meus amigos pelo apoio e incentivo incondicional.

A todos vós, o meu sincero obrigada!



## Resumo

O envelhecimento manifesta-se pelo declínio das funções dos diversos órgãos, associado à prevalência de doenças crônicas e incapacitantes que leva a uma diminuição da capacidade funcional e perda de independência, frequentemente responsáveis por uma baixa percepção da qualidade de vida (Direção-Geral da Saúde, 2004; Fleck, 2008; Netto, 2000).

Tendo em conta, estes pressupostos, o presente estudo teve como objetivo geral estudar o efeito da dependência funcional na qualidade de vida dos idosos. E por objetivos específicos, avaliar o nível de capacidade funcional dos idosos, caracterizar a dependência funcional em termos de sexo e idade, avaliar a percepção que os idosos têm da sua qualidade de vida e caracterizá-la em termos de sexo e idade.

Para alcançar esses objetivos foi selecionada uma amostra de 50 idosos do Centro Social do Orvalho, com idades compreendidas entre os 65 e 97 anos.

Os dados foram recolhidos através de um questionário sociodemográfico (elaborado para o efeito), a Escala de Barthel Modificada e a Escala WHOQOL-OLD.

A informação obtida foi tratada no programa Statistical Package for the Social Sciences (SPSS), versão 17.0 para Windows, tendo sido utilizado a estatística descritiva para caracterizar a amostra e o coeficiente de correlação de Pearson ( $r$ ).

Em termos de resultados obteve-se relação estatisticamente significativa entre sexo e qualidade de vida ( $r=0,45$  e  $p 0,001$ ) verificando-se uma associação moderada entre estas duas variáveis e entre a idade e qualidade de vida ( $r=-0,41$  e  $p 0,003$ ), também com associação moderada entre elas. Verificou-se que não existe relação estatisticamente significativa entre o sexo e dependência funcional ( $r=0,225$  e  $p 0,385$ ), nem entre a de idade e dependência funcional ( $r=-0,295$  e  $p 0,251$ ), acontecendo o mesmo entre a dependência funcional e a qualidade de vida ( $r=0,234$  e  $p 0,366$ ).

Assim, pode-se concluir que se confirmaram duas das hipóteses colocadas, tendo-se constatado neste estudo, uma moderada relação, estatisticamente significativa, entre o sexo e a qualidade de vida, em que os homens apresentam melhor percepção de qualidade de vida quando comparados com as mulheres. Verificou-se também que ao longo da idade a qualidade de vida dos idosos vai diminuindo, com moderada relação entre as duas variáveis.

As restantes hipóteses colocadas, não se confirmaram, uma vez que não se confirmou a existência de relação entre as variáveis dependência funcional, sexo e idade e dependência funcional e qualidade de vida.

## Palavras chave

capacidade funcional, qualidade de vida, idosos, atividades da vida diária



## Abstract

Aging is manifested by the decline of the functions of the various organs, associated with increased prevalence of chronic and disabling diseases leads to a decrease in functional capacity and loss of independence often responsible for a low perception of quality of life.

Taking into account these assumptions, the present study aims at investigating the effect of functional dependence on quality of life and specific objectives, to evaluate the level of functional capacity of the elderly, characterizing the functional dependence in terms of age and sex, to assess the perception that older people have about their quality of life and to characterize the quality of life in terms of age and sex.

To achieve these goals we selected a sample of 50 elderly of Centro Social do Orvalho, aged between 65 and 97 years.

Data were collected through a sociodemographic questionnaire (prepared for this purpose), the Barthel Index and the Modified Scale WHOQOL-OLD.

After data collection, they were treated in the Statistical Package for Social Sciences (SPSS) version 17.0 for Windows, having been used descriptive statistics to characterize the sample and the Pearson correlation coefficient ( $r$ ).

In terms of results obtained statistically relationship between gender and quality of life ( $r = 0.45$  and  $p 0.001$ ) verifying a moderate association between these two variables, and between age and quality of life ( $r = -0.41$  and  $p 0.003$ ), also moderate association between them. It was found that there is no statistically significant relationship between gender and functional dependence ( $r = 0.225$  and  $p 0.385$ ) nor in terms of age and functional dependence ( $r = -0.295$  and  $p 0.251$ ) as well as between functional dependency and quality of life ( $r = 0.234$  and  $p 0.366$ ).

Thus, it can be concluded that the two hypotheses were confirmed, and it was found in this study, a moderate relationship, statistically significant between gender and quality of life. Men are better perception of quality of life when compared with women. In addition it was found that throughout the age quality of life of the elderly decreases with moderate relationship between the two variables.

The other hypotheses made, it is not confirmed, there was no relationship between the variables functional dependence, gender and age, functional dependence and quality of life.

## Keywords

functional capacity, quality of life, elderly, activities of daily living



# Índice Geral

Composição do júri.....	III
Agradecimentos.....	V
Resumo .....	VII
Abstract.....	IX
Índice de Quadros.....	XIII
Índice de Tabelas .....	XIV
Índice de Gráficos .....	XV
Lista de siglas .....	XVI
Introdução .....	1
1. Enquadramento teórico .....	4
1.1. Situação demográfica em Portugal.....	4
1.1.1. Situação demográfica em Castelo Branco .....	5
1.2. Promoção da independência funcional nos idosos .....	7
1.2.1. A Funcionalidade e Classificação Internacional da Funcionalidade, Incapacidade e Saúde .....	14
1.3. Qualidade de vida da pessoa idosa.....	16
2. Metodologia .....	20
2.1. Tipo de estudo .....	20
2.2. Hipóteses .....	20
2.3. Variáveis .....	21
2.4. Local e período da pesquisa.....	21
2.5. População e amostra.....	22
2.6. Recolha da informação.....	23
2.6.1. Mini Exame do Estado Mental .....	23
2.6.2. Questionário Sociodemográfico.....	23
2.6.3. Escala de Barthel Modificada .....	24
2.6.4. Escala WHOQOL-OLD.....	24
2.7. Processamento e análise dos dados.....	26
2.8. Procedimentos e aspetos éticos.....	26
3. Apresentação dos resultados .....	28
3.1. Mini Exame do Estado Mental .....	28
3.2. Caraterização sociodemográfica .....	28
3.3. Capacidade funcional.....	31
3.4. Qualidade de vida.....	33

3.5. Dependência funcional e Qualidade de vida.....	35
4. Discussão dos resultados.....	36
5. Conclusão.....	44
Referências Bibliográficas.....	46
ANEXOS .....	55
ANEXO I.....	57
Instrumentos de recolha de dados .....	57
Mini Exame do Estado Mental .....	59
Questionário Sociodemográfico.....	60
Escala de Barthel Modificada.....	61
Escala WHOQOL-OLD.....	62
ANEXO II.....	67
Pedido de autorização ao Diretor do Centro Social do Orvalho .....	67
ANEXO III.....	71
Consentimento informado .....	71

## Índice de Quadros

Quadro 1- População residente no distrito de Castelo Branco por faixa etária em 2001 e 2011.....	6
Quadro 2- Alterações biológicas do envelhecimento.....	8

## Índice de Tabelas

Tabela 1- Distribuição da amostra por tipologia de resposta social .....	28
Tabela 2- Distribuição da amostra segundo o sexo.....	29
Tabela 3- Distribuição da amostra segundo tipologia de resposta social e idade.....	29
Tabela 4- Distribuição da amostra segundo a Escala de Barthel .....	31
Tabela 5- Distribuição entre o sexo e capacidade funcional .....	32
Tabela 6- Relação entre o sexo e a dependência funcional .....	32
Tabela 7- Relação entre idade e a dependência funcional .....	32
Tabela 8- Distribuição da amostra segundo cada domínio da escala WHOQOL-OLD ..	33
Tabela 9- Distribuição da amostra segundo o sexo e percepção da qualidade de vida..	34
Tabela 10- Relação entre o sexo e a qualidade de vida .....	34
Tabela 11- Relação entre a idade e a qualidade de vida.....	35
Tabela 12- Relação entre dependência e qualidade de vida.....	35

## Índice de Gráficos

Gráfico 1- Distribuição da amostra segundo o estado civil .....	29
Gráfico 2- Distribuição da amostra segundo as habilitações literárias .....	30
Gráfico 3- Distribuição da amostra segundo o local de residência.....	30
Gráfico 4- Distribuição da amostra segundo os familiares mais próximos.....	30
Gráfico 5- Distribuição da amostra segundo a Escala de Barthel Modificada.....	31

## Lista de siglas

SPSS- Statistical Package for the Social Sciences

AVD- Atividade da vida diária

INE- Instituto Nacional de Estatística

OMS- Organização Mundial da Saúde

SNS- Sistema Nacional de Saúde

RNCCI- Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados

ICDH- Classificação Internacional das Deficiências e Incapacidades e Desvantagens

CIF- Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde

WHOQOL- World Health Organization Quality of Life

## Introdução

Esta dissertação de mestrado foi realizada no âmbito do Mestrado de Gerontologia Social da Escola Superior de Educação de Castelo Branco.

A escolha do tema deveu-se ao interesse pessoal pelo assunto e à experiência profissional enquanto fisioterapeuta, prestadora de cuidados aos idosos e naturalmente interessada em desenvolver competências que possam contribuir para uma melhor assistência a esta população.

É do conhecimento geral que a esperança média de vida tem aumentado, no entanto, as doenças que acompanham o aumento da esperança de vida, são crónicas e com incapacidades associadas (Alves et al., 2008). A faixa etária que integra os idosos é composta por indivíduos vulneráveis, devido ao declínio das capacidades físicas e mentais, perda do estatuto ocupacional, diminuição do suporte sociofamiliar e isolamento social (Netuveli, & Blane, 2008). Os idosos, para além das alterações que decorrem com o processo de envelhecimento estão sujeitos a doenças crónicas, com limitações ao nível da execução das atividades da vida diária (AVD's), reduzindo assim a sua funcionalidade (Botelho, 2007).

Alguns investigadores e a própria Direção-Geral da Saúde têm associado a perda das capacidades funcionais e a perceção de qualidade de vida como variáveis que se influenciam (Direção-Geral da Saúde, 2004; Rodrigues, 2007) o que torna este estudo pertinente. Desta forma torna-se fundamental aprofundar conhecimentos ao nível da capacidade e desempenho funcional dos idosos e das suas relações com a qualidade de vida e com o seu bem-estar.

O envelhecimento é um processo dinâmico e progressivo. Autores como Baltes, & Baltes (1990) entre outros, defendem a heterogeneidade do envelhecimento, podendo este ser compreendido através do modelo de seleção, otimização e compensação. Estes três pilares são mecanismos de adaptação que têm por finalidade a maximização dos ganhos e a minimização das perdas: a seleção, através da delimitação de objetivos por parte dos idosos, a otimização, em que os idosos maximizam as competências necessárias para atingir esses objetivos e a compensação, em que equilibram as perdas através de mecanismos internos e externos. No processo de envelhecimento verificam-se declínios a nível biológico, funcional e cognitivo, originado pelo desequilíbrio entre os ganhos e perdas sucessivos. No entanto, este declínio poderia ser minimizado, caso os contextos sociais e culturais compensassem essas perdas (Gonçalves et al., 2006).

A capacidade de realizar as AVD's diminui com a idade, e esta é um indicador que mostra claramente a limitação funcional dos idosos. Os idosos mais independentes possuem uma maior capacidade de realizar as AVD's de forma autónoma, no entanto, mesmo nestes também o nível funcional diminui com a idade, e conseqüentemente a

dificuldade na execução das mesmas aumenta gradualmente (Alves et al., 2008; Demura et al., 2003).

Tanto as doenças físicas como as mentais podem levar à dependência, à diminuição da capacidade funcional e até mesmo à perda da autonomia, com consequências para o próprio, para a família e comunidade e para o sistema de saúde (Ely et al., 2009; Moura, 2010).

Neste sentido, cabe aos profissionais de saúde, manter ou melhorar a capacidade funcional do indivíduo, garantindo a melhoria da mobilidade do indivíduo para que possa desempenhar com o máximo de independência as atividades da vida diária e deste modo contribuir para uma boa qualidade de vida.

Sendo certo que o envelhecimento é um processo heterogéneo, mas está inevitavelmente associado a alterações na funcionalidade, mobilidade, autonomia, saúde e qualidade de vida, no presente estudo foram definidas três questões de investigação:

- Qual o nível de capacidade funcional dos idosos assistidos no Centro Social do Orvalho?
- Como percebem os idosos do Centro Social do Orvalho a sua qualidade de vida?
- Qual a relação entre a dependência funcional e a qualidade de vida dos idosos do Centro Social do Orvalho?

O Programa Nacional das Pessoas Idosas, estabelece 3 estratégias de intervenção: promoção do envelhecimento ativo, adequação dos cuidados às necessidades das pessoas idosas e promoção de ambientes capacitadores (Direcção-Geral da Saúde, 2004), assim o objetivo geral deste trabalho é conhecer a relação entre a dependência funcional e a qualidade de vida dos idosos e os objetivos específicos são:

- Avaliar o nível de capacidade funcional dos idosos;
- Caracterizar a dependência funcional em termos de sexo e idade;
- Avaliar a percepção que os idosos têm acerca da sua qualidade de vida;
- Caracterizar a qualidade de vida em termos de sexo e idade.

Para que o envelhecimento possa ser encarado numa perspetiva positiva e vivido com qualidade de vida, este deve ser acompanhado de oportunidades contínuas de saúde, participação e segurança, onde a promoção da maximização da funcionalidade das pessoas idosas, para que possam viver mais anos, com independência e qualidade de vida é um dos pilares fundamentais (Direcção-Geral da Saúde, 2004; OMS, 2005).

Este trabalho encontra-se estruturado em cinco capítulos. No primeiro capítulo fez-se o enquadramento do tema, através da revisão da situação demográfica de Portugal e a na região centro do país e da revisão dos conceitos de independência funcional, qualidade de vida e conceitos associados. No segundo capítulo, o da

metodologia, descreveram-se o tipo de estudo, as hipóteses, variáveis, local e período da pesquisa, a população e amostra, instrumentos usados na recolha da informação, procedimentos de tratamento e análise dos dados e procedimentos de ordem ética, ou seja todas etapas necessárias à consecução do trabalho. No terceiro capítulo foram apresentados os resultados da pesquisa e no quarto foram discutidos os resultados tendo por base a revisão da literatura efetuada. No quinto e último capítulo foram tecidas algumas considerações não apenas sobre os resultados da pesquisa mas sobre todo o processo que a originou.

## 1. Enquadramento teórico

A fundamentação teórica de um trabalho científico consiste na revisão da literatura, definindo os conceitos englobados no estudo, interpretando-os e explicando-os. Segundo Fortin (1999), a função da revisão da literatura é documentar e contextualizar a problemática do estudo para aprofundar a questão de investigação.

Neste capítulo serão abordados os conceitos relativos à funcionalidade dos idosos e à qualidade de vida bem como à afinidade existente entre estes conceitos e outros que lhes estão associados.

### 1.1. Situação demográfica em Portugal

A situação demográfica em Portugal atualmente caracteriza-se por uma população envelhecida, refletida na estrutura da pirâmide etária com base mais estreita do que a classe dos adultos e que reflete uma diminuição da natalidade e um aumento acentuado da esperança média de vida característicos dos países desenvolvidos (Direcção-Geral da Saúde, 2004). Relativamente ao índice de envelhecimento, definido como a relação entre a população idosa e a população jovem, ou seja, o quociente entre o número de pessoas com 65 ou mais anos e o número de pessoas com idades compreendidas entre os 0 e os 14 anos (INE, 2006) prevê-se continue a aumentar. Segundo o Instituto Nacional de Estatística (INE, 2009a), em 2060 a proporção de idosos e jovens, será de 3 idosos por cada jovem.

O fenómeno do envelhecimento resulta da transição demográfica, caracterizado por uma mudança de elevadas taxas de natalidade e mortalidade, para uma situação oposta, em que ambas apresentam baixos valores. Assim, verifica-se na pirâmide de idades um estreitamento da base, com redução da população jovem e o alargamento do topo, por aumento da população idosa (INE, 2002). De acordo com a Comissão das Comunidades Europeias (2002) o envelhecimento das sociedades deve-se não só à redução das taxas de fecundidade e aumento da esperança de vida mas também aos fluxos migratórios.

Entre o período de 1960 e 2001 em Portugal, verificou-se um decréscimo de cerca de 36% da população jovem e um aumento de 140% da população idosa. E consideram-se idosos, todos os indivíduos com idade igual ou superior a 65 anos (INE, 2002; Zimmerman, 2000).

Segundo o INE (2012a), no ano de 2001, a população residente em Portugal era de 10 356 117, sendo 5 000 141 homens e 5 355 976 mulheres. Relativamente à estrutura etária, 1 656 602 pessoas tinham entre 0-14 anos, 1 479 587 tinham entre 15-24 anos, 5 526 435 entre os 25-64 anos e 1 693 493 com mais de 65 anos (INE, 2012b). Segundo a mesma fonte, no ano de 2011, o nosso país era constituído por 10

562 178 indivíduos, com 5 046 600 homens e 5 515 578 mulheres. Destes, 1 572 329 das pessoas tinham entre 0-14 anos, 1 147 315 tinham entre 15-24 anos, 5 832 470 pessoas entre os 25-64 anos. E os que tinham mais de 65 anos eram 2 010 064 (INE, 2012a; INE, 2012b) representando quase um quarto da população. Assim, verifica-se que num período de tempo de 10 anos, a população residente em Portugal aumentou ligeiramente, no entanto, o número de jovens diminuiu e o número de idosos aumentou significativamente, com tendência acentuada para a diminuição da base da pirâmide etária e alargamento do topo, refletindo o aumento da percentagem de idosos, que, entre 2005 e 2010 aumentou de 17,1% para 18,2% (INE, 2012c).

E de acordo com os Censos de 2011, a percentagem de indivíduos jovens é de apenas 14,89% (Eurocid, 2012).

Também o índice de envelhecimento da população, reflete o aumento da população idosa. No ano de 2005 este índice era de 110, em 2010 ascendeu para 120 com tendência para continuar a aumentar e segundo os Censos de 2011, nesse ano já se situava nos 128,6 (INE, 2011; INE, 2012c).

Relativamente àquilo que se espera em termos demográficos, prevê-se, que até 2050 ocorra um decréscimo populacional, com redução significativa da percentagem de população em idade ativa (idades compreendidas entre os 15 e os 64 anos), bem como da população jovem (população com idades inferiores a 15 anos), embora menos acentuada. Mas em contrapartida o número de pessoas com mais de 65 anos continuará a aumentar (INE, 2005). Segundo as previsões do Eurocid (2012) e do INE (2009a), em 2060 o índice de envelhecimento será de 271 idosos por cada 100 jovens e a longevidade média das pessoas situar-se-á nos 81 anos.

### **1.1.1. Situação demográfica em Castelo Branco**

O distrito de Castelo Branco situa-se no interior do país e é formado pelos concelhos de Belmonte, Castelo Branco, Covilhã, Fundão, Idanha-a-Nova, Oleiros, Penamacor, Proença-a-Nova, Sertã, Vila de Rei e Vila Velha de Ródão. Segundo o INE (2013) este distrito é composto por 194 318 habitantes. É delimitado a Norte pelo distrito da Guarda, a Sul pelo distrito de Portalegre, a Oeste pelos distritos de Santarém, Leiria e Coimbra e a Leste pelas fronteiras com Espanha (Conselho Local de Acção Social de Castelo Branco, 2010).

Dados do INE (2013) visíveis no Quadro 1, revelam que o número de indivíduos em idade ativa e o de indivíduos idosos seguem as tendências nacionais mas apresentam ainda maior expressão. Em alguns concelhos, a diferença entre o número dos primeiros e o dos segundos é bastante ténue. No ano de 2001, os concelhos de Vila Velha de Ródão, Vila de Rei, e Oleiros, foram os que registaram um menor número de jovens, tendência que se manteve em 2011, observando-se também uma diminuição dos mesmos. No ano de 2001, os concelhos de Vila de Rei, Vila Velha de

Ródão e Penamacor foram os que apresentaram menos pessoas em idade ativa, verificando-se que no ano de 2011, diminuiu o número de pessoas nesta faixa etária, nos referidos concelhos, à exceção de Vila de Rei, que aumentou. Os concelhos de Castelo Branco, Covilhã e Fundão, foram os que apresentaram um maior número de idosos em 2001, constatando-se ainda que num período de 10 anos, os números aumentaram.

De 2001 para 2011, registou-se um aumento do índice de envelhecimento em todos os concelhos. No que respeita a este índice, pode-se ainda constatar no Quadro 1, que Vila Velha de Ródão, Idanha-a-Nova e Penamacor foram os que registaram um maior valor em 2001, com respetivamente 533, 459 e 418. Em 2011, Vila Velha de Ródão, Penamacor e Oleiros, apresentaram um maior quociente entre o número de pessoas idosas e jovens, com respetivamente, 695, 531 e 503, o que se deve por um lado ao aumento do número de idosos e por outro à diminuição dos jovens. Comparando os resultados do Quadro 1 com o índice de envelhecimento em Portugal, verifica-se que no distrito de Castelo Branco este valor é muito superior, pelo aumento do número de pessoas idosas e diminuição dos jovens.

**Quadro 1- População residente no distrito de Castelo Branco por faixa etária em 2001 e 2011**

Unidades Geográficas	População residente 2001				População residente 2011			
	0-14	15-24	25-64	65 e mais anos	0-14	14-25	25-64	65 e mais anos
Oleiros	596	727	2 989	2 297	424	498	2 592	2 134
Proença-a-Nova	1 171	1 205	4 248	2 907	797	834	3 977	2 632
Sertã	2 351	2 030	7 863	4 421	2 051	1 651	7 706	4 362
Vila de Rei	386	351	1 381	1 268	301	376	1 551	1 242
Castelo Branco	7 490	6 898	29 013	12 521	7 138	5 411	30 100	12 951
Idanha-a-Nova	1 040	1 046	4 656	4 776	953	683	3 924	4 006
Penamacor	642	569	2 693	2 686	443	500	2 291	2 351
Vila Velha de Ródão	310	336	1 765	1 651	204	278	1 595	1 418
Belmonte	1 080	908	3 720	1 819	797	683	3 606	1 722
Covilhã	7 521	7 134	28 959	10 706	6 240	4 809	28 121	12 026
Fundão	4 348	3 926	15 351	7 730	3 505	2 883	14 739	7 813

INE (2013)

Segundo dados da Administração Regional de Saúde do Centro, (2011) nessa data a percentagem de jovens residentes na área de influência da região de Saúde do Centro, era de 13,4% e pessoas com mais de 65 anos era de 22,8%, confirmando o envelhecimento acentuado desta região do país.

Outro indicador que demonstra o envelhecimento populacional é o índice de dependência dos idosos, definido pela relação entre a população idosa e a população em idade ativa, determinado como o quociente entre o número de pessoas com 65 ou mais anos e o número de pessoas com idades compreendidas entre os 15 e os 64

anos. Em Castelo Branco o índice de dependência dos idosos, à data de 2007 era de 35,5 e o índice de envelhecimento era 174,9. Sendo o índice de dependência dos idosos em Portugal nesse mesmo ano de 25,4, verifica-se assim que, este é um distrito muito envelhecido, com uma elevada proporção de idosos comparativamente aos jovens (Conselho Local de Acção Social de Castelo Branco, 2010; INE, 2006).

O envelhecimento é marcado por alterações ao nível da saúde e independência, verificando-se que estas alterações variam também entre indivíduos com a mesma idade. O envelhecimento populacional coloca assim novos desafios, tanto a nível social como económico, que passam pela formulação de políticas e programas que garantam uma adaptação da sociedade ao envelhecimento população (Comissão das Comunidades Europeias, 2002; OMS, 2005).

## 1.2. Promoção da independência funcional nos idosos

Ao longo de toda a vida dos indivíduos, mesmo na idade avançada a prevenção da doença e manutenção de um bom estado de saúde são hoje considerados como fundamentais. Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS) referida por Nogueira, & Remoaldo (2010, p. 22) a saúde, é definida “como um estado completo de bem-estar físico, mental e social, que não pressupõe somente a ausência de doença e de incapacidade”. Esta definição da OMS de 1946 encara a saúde como um estado positivo que diz respeito ao indivíduo no seu todo, no contexto do seu estilo de vida.

Este conceito que é dinâmico e multidimensional porque abrange as dimensões biológica, psicológica e a social, salienta uma visão positiva da saúde incorporando o bem-estar a todos os níveis, em equilíbrio e harmonia (Nogueira, & Remoaldo, 2010). É um conceito que incorpora fatores de natureza objetiva e subjetiva. Os de natureza objetiva dizem respeito à capacidade funcional do indivíduo e os subjetivos dizem respeito ao conceito de bem-estar que varia de pessoa para pessoa (Araújo, 2004).

Segundo O'Donnell (1986), o conceito de saúde é composto por 5 dimensões: saúde emocional, que se refere ao estado emocional, saúde social que diz respeito às relações interpessoais, saúde intelectual relacionada com a educação, desenvolvimento pessoal e profissional, saúde espiritual, que inclui conceitos como o amor, esperança, caridade e saúde física expressa pela condição física, alimentação e cuidados de saúde (Araújo, 2004).

Ao longo da vida, o ser humano passa por estados de maior e menor bem-estar suscetíveis de alterar a saúde. Um dos direitos fundamentais de todos os seres humanos é usufruir do melhor estado de saúde, que é possível atingir, sem distinção de raça, religião, orientação política, estatuto económico ou social. E a promoção da igualdade em saúde contribui para uma melhor qualidade de vida e bem-estar dos indivíduos (OMS, 2011). Se os indivíduos envelhecerem com saúde, mantendo-se

autônomos e independentes, podem usufruir de um envelhecimento saudável, e desfrutar do prolongamento da longevidade (Direcção-Geral da Saúde, 2004).

Os conceitos independência funcional e autonomia são conceitos muitas das vezes confundidos, no entanto são bem diferenciados. A autonomia diz respeito à capacidade para tomar decisões pessoais no dia-a-dia, tendo em conta as regras e preferências do indivíduo. Por outro lado, a independência funcional refere-se à capacidade do indivíduo para executar as funções da vida diária de forma independente, sem necessitar da ajuda de outros. Ambos os conceitos têm uma grande influência na qualidade de vida dos indivíduos, dado o seu impacto na vida pessoal de cada um (Díaz et al., 2006; WHO, 2002).

O organismo humano passa por diversas fases no seu desenvolvimento e a última, a do envelhecimento, manifesta-se pelo declínio das funções dos diversos órgãos e sistemas, que se instala de forma progressiva e que varia de indivíduo para indivíduo. O declínio pode ser devido a alterações celulares e teciduais e/ou das estruturas orgânicas e cada uma dessas alterações contribui para o declínio das capacidades funcionais (Netto, 2000). O Quadro 2 apresenta as alterações biológicas, nos vários sistemas, que decorrem no processo de envelhecimento.

**Quadro 2- Alterações biológicas do envelhecimento**

<b>Envelhecimento biológico</b>	
Sistema cardiovascular	Redução da frequência cardíaca em repouso
	Redução do débito cardíaco em esforço
	Perda de elasticidade nas paredes e vasos arteriais
	Aumento da tensão arterial
	Atrofia do músculo cardíaco
Sistema pulmonar	Diminuição da expansão da caixa torácica, por rigidez das cartilagens costais
	Diminuição da elasticidade dos alvéolos e ductos alveolares
	Diminuição da capacidade vital
	Aumento do volume residual
	Diminuição da força dos músculos respiratórios
Sistema músculo-esquelético	Diminuição do comprimento, elasticidade e número de fibras
	Perda de massa muscular, elasticidade dos tendões e ligamentos e viscosidade dos fluidos sinoviais
	Diminuição da densidade óssea
	Diminuição da força muscular e presença de atrofias
	Aumento da massa gorda
	Rigidez articular
Órgãos dos sentidos	Diminuição da audição
	Diminuição da visão periférica
	Diminuição da percepção dos objetos
	Opacidade progressiva do cristalino
	Diminuição da percepção, discriminação e reconhecimento dos odores
Sistema nervoso	Aumento do tempo de reação

	Diminuição da percepção, processamento e integração da informação sensorial
	Diminuição da memória recente
	Diminuição da agilidade mental e capacidade de raciocínio abstrato
	Diminuição da capacidade de aprendizagem
	Alterações do sono
	Diminuição da sensação de sede
	Diminuição da sensibilidade proprioceptiva

Fechine, & Trompieri (2012); Ferreira (2007); Filho, & Netto (2005); Netto (2000)

Quando há alterações nos órgãos dos sentidos, mais propriamente na audição, a sua diminuição pode levar ao afastamento e isolamento social de alguns idosos, pela dificuldade em estabelecer comunicação com os outros, impedindo-os também de participar em atividades lúdicas e em grupo (Pelegrino, 2009). No caso da diminuição da visão, o idoso encontra-se limitado na atividade, com consequências também ao nível da participação, uma vez que o indivíduo tem mais dificuldade na realização das atividades da vida diária e nas atividades de lazer, o que pode levar também à ocorrência de quedas (Bonder, & Bello-Haas, 2009). Brouwer et al. (2005) referem ainda que os idosos que se encontram limitados ao nível da mobilidade e independência na realização das atividades da vida diária têm menor satisfação com a vida.

Atendendo a todas estas alterações que vão ocorrendo ao longo do envelhecimento regista-se um aumento da prevalência de doenças crónicas e incapacitantes, que podem surgir devido aos fatores individuais, biológicos, genéticos e psicológicos, mas também devido aos fatores externos, comportamentais, ambientais e sociais (Branco, 2010; Direcção-Geral da Saúde, 2004).

Embora não exista apenas uma definição de doença crónica, o Decreto-Lei nº 101/2006 de 6 Junho (p. 3857) define-a como “uma doença de curso prolongado, com evolução gradual dos sintomas e com aspetos multidimensionais, potencialmente incapacitante” e caracteriza-a o facto de afetar de “forma prolongada, as funções psicológica, fisiológica ou anatómica, com limitações acentuadas nas possibilidades de resposta a tratamento curativo, mas com eventual potencial de correção ou compensação”, mas ainda assim, com reflexos negativos no contexto social das pessoas por ela afetada.

Até aos anos de 1950 e 1960, as causas de morte em Portugal eram sobretudo de causa infecciosa, com a posterior transição epidemiológica, as principais causas de morte da atualidade são as doenças crónicas e não transmissíveis (Carapinheiro, 1986; Direcção-Geral da Saúde, 2004), que são também as principais causas de incapacidade, necessitando por isso de longos períodos de supervisão e cuidados. Incluem-se neste grupo as doenças cardiovasculares, a hipertensão, a diabetes, a neoplasia, a doença pulmonar obstrutiva crónica, as doenças músculo-esqueléticas, as doenças mentais, a cegueira e diminuição da acuidade visual (Branco 2010; OMS, 2002; OMS, 2005).

Segundo o Plano Nacional de Saúde 2012-2016 (2012), as principais causas de morte no nosso país são as doenças do aparelho circulatório com 32% dos casos, seguidos dos tumores malignos com 23% e as doenças respiratórias com 11,1%.

Em relação às causas de dependência, um inquérito desenvolvido pelo Observatório Nacional de Saúde (2005) revelou que a prevalência das doenças crônicas autodeclaradas, que mais afetavam os idosos eram as de sintomatologia sugestiva de doença do refluxo gastroesofágico (34,7%), as doenças reumáticas (24%) e hipertensão arterial (18%) (Branco et al., 2005). No mesmo período e segundo 4º Inquérito Nacional de Saúde realizado em 2005-2006 (INE, 2007) 18,05% dos idosos conseguiam realizar as AVD's de forma independente mas com dificuldade, e 3,59% dos idosos necessitavam permanentemente de ajuda para a realização das mesmas atividades. Em situação de dependência total estavam 2,81% dos idosos uma vez que estavam permanentemente acamados ou sentados numa cadeira (Nogueira, 2009).

O aparecimento de doenças do foro físico, leva os idosos a tornarem-se socialmente isolados, acentuando a tendência para outros problemas de saúde, nomeadamente a depressão (Dirik et al., 2006) e é o conjunto das várias doenças e problemas de saúde que nos idosos gera situações de incapacidade e dependência de terceiros, conduzindo a ritmos de declínio variáveis entre indivíduos, e tornando este processo muito diversificado (Botelho, 2007).

A incapacidade resulta de uma deficiência que se define pela perda da capacidade para realizar uma atividade, verificando-se uma restrição na participação do indivíduo (OMS, 2004). Essas perdas de capacidades que estão associadas à idade e à presença de doenças crônicas podem ser reversíveis, podendo até serem evitadas se forem adotados estilos de vida saudáveis e implementados programas que potenciem a participação dos idosos na comunidade (WHO, 2002).

Quando as incapacidades persistem, ou até mesmo se agravam ao longo do tempo, os idosos deparam-se com uma situação de dependência de terceiros. O Decreto-Lei nº 101/2006 de 6 Junho (p. 3857) define a dependência como a “situação em que se encontra a pessoa que, por falta ou perda de autonomia física, psíquica ou intelectual, resultante ou agravada por doença crónica, demência orgânica, sequelas pós-traumáticas, deficiência, doença severa e ou incurável em fase avançada, ausência ou escassez de apoio familiar ou de outra natureza, não consegue, por si só, realizar as atividades de vida diária”. A dependência é então um estado transitório, de longa duração, ou definitivo, que leva a pessoa a necessitar de ajuda parcial ou total de terceiros para satisfazer as suas necessidades básicas da vida diária, isto é, para se alimentar, realizar a higiene pessoal, mover-se e eliminar e encontra-se em situação de dependência, qualquer pessoa que não possua independência para as praticar. Quanto maiores as sequelas da doença, maior o nível de dependência, e este, reflete-se negativamente na auto-estima e no bem-estar do indivíduo (Branco, 2010; Guerreiro, 2008).

A taxa de incidência de pelo menos uma limitação funcional, entre os idosos de 65 a 69 anos é de 30% e dos 75 a 79 anos é superior a 50%. Assim, verifica-se que a dificuldade de realização das atividades da vida diária aumenta com a idade (INE, 2012d).

Relativamente ao sexo, as dificuldades são maiores no sexo feminino (INE, 2012d). Num estudo realizado por Rosa et al. (2003), evidenciou-se uma forte relação entre o sexo e dependência, sendo a probabilidade maior para as mulheres. Estes dados são também defendidos pela Direcção-Geral da Saúde (2004), que refere que os homens conseguem viver mais anos sem incapacidades físicas, o que se deve aos papéis sociais de cada um dos sexos, mas também às diferenças biológicas.

Segundo o INE (2012d) as atividades em que os idosos se encontram mais limitados são, andar (registada com 70%), ver (50%) e memória (40%). No que diz respeito à higiene e ao vestir/despir, 365 962 idosos têm dificuldade ou não conseguem realizar esta tarefa. No que diz respeito a cada uma dessas atividades referidas, dos 65-69 anos existem 100 049 pessoas com dificuldades em andar, 86 131 com dificuldade em ver e por fim 52 272 têm dificuldades ao nível da memória, sendo que estes valores aumentam para 303 812, 208 077 e 183 323, respetivamente, nos idosos com 80 anos ou mais.

De acordo com os Censos (2001), num total de 10 355 824 pessoas, 634 408 tinham deficiência ou incapacidade, sendo que 212 747 tinham mais de 64 anos. Através da análise da distribuição etária verifica-se um agravamento da taxa de incidência da mesma, visto que até aos 16 anos é de 2,18% e nos idosos é 12,5% (Gabinete da Secretária de Estado Adjunta e da Reabilitação, & Secretariado Nacional para a Reabilitação e Integração das Pessoas com Deficiência, 2006).

Em 2005, a incapacidade temporária afetou 28,2% dos residentes em Portugal (INE, 2009b).

Um outro aspeto também bastante significativo diz respeito à estrutura familiar, uma vez que o número de idosos a viver sós, atinge os 400 964, o que corresponde a 60% da população idosa. E os que vivem apenas com outras pessoas idosas são 804 577, fenómeno que aumentou significativamente 28% ao longo da última década. Segundo a mesma fonte, cerca de metade do total das pessoas idosas em Portugal têm muita dificuldade ou não conseguem realizar pelo menos uma das 6 atividades do dia-a-dia e 4,4% da população idosa têm muita dificuldade ou não conseguem realizar nenhuma das 6 atividades (INE, 2012e).

A dependência pode ser então de vários tipos, a que advém da diminuição da capacidade física, mental e funcional, mas também a dependência que decorre da fragilidade social como o isolamento social e diminuição das capacidades económicas (Branco, 2010) que requerem atenção e intervenção, porque não raras vezes estão relacionadas.

Normalmente a dependência classifica-se em três níveis, baixa, média e elevada. Os idosos com baixa dependência necessitam apenas de supervisão ou vigilância, possuindo algum grau de independência na realização das atividades básicas da vida diária. Os de média dependência necessitam de ajuda no desempenho de algumas atividades e os idosos com elevada dependência necessitam de ajuda total na realização das atividades da vida diária pois não têm capacidades para as realizar (idosos acamados, ou com défices cognitivos, por exemplo) (Caldas, 2003; José et al., 2002).

A avaliação funcional ou avaliação das capacidades funcionais é o método usado para avaliar o grau de dependência, o que permite determinar as necessidades e os cuidados necessários para o utente, visto que a dependência não atinge de modo uniforme todos os domínios do funcionamento dos idosos (Caldas, 2003; Couto, 2010).

Relativamente aos tipos de redes de suporte para as pessoas em situação de dependência, em Portugal existem dois tipos: as redes informais, que incluem familiares, vizinhos, amigos e que fornecem a maioria do suporte que os idosos necessitam e as redes formais, constituídas por profissionais ou serviços com carácter remunerado, para a prestação de cuidados (Ministério do Trabalho e da Solidariedade Social, 2009). Contudo o aumento da população idosa ao longo dos anos e as suas necessidades de cuidados cada vez maiores têm contribuído para que cada vez mais os idosos necessitem de cuidados formais em vez de cuidados informais (WHO, 2002).

Até alguns anos atrás as principais respostas de saúde para idosos, encontravam-se nos hospitais e centros de saúde e a nível social restringiam-se aos lares de idosos, centros de dia, serviços de apoio domiciliário, centros de convívio, centros de noite e residências.

O lar é um alojamento coletivo, entendido como um equipamento de utilização temporária ou permanente para idosos; o centro de dia como um tipo de equipamento cujo objetivo é prestar serviços que favoreçam a permanência da pessoa idosa no seu meio familiar e o apoio domiciliário que tem por objetivos assegurar a satisfação das necessidades básicas dos idosos, permitindo-lhes continuar inseridos no domicílio. Os centros de convívio destinam-se a pessoas com certo grau de independência, não sendo por isso uma resposta usufruída por pessoas em situação de dependência (Centro Social do Orvalho, 2012a; Ministério do Trabalho e da Solidariedade Social, 2009).

Segundo dados do Ministério do Trabalho e da Solidariedade Social (2009), no ano de 2007, 62,3% dos idosos que usufruíam das respostas sociais (Lar de idosos, Residência, Centro de Dia, Apoio Domiciliário) eram dependentes.

As últimas décadas registaram um conjunto de transformações sociais, que aliadas ao impacto do envelhecimento da população, à mudança do perfil das patologias com aumento das situações de dependência e de fragilidade e a maior necessidade de

apoio social e familiar, colocaram novos desafios na prestação de cuidados, e obrigaram à criação de respostas adequadas e diferenciadas que permitam satisfazer a procura de cuidados. A dependência constitui assim um fator de risco significativo para a mortalidade na população idosa (Decreto-Lei nº 101/2006 de 6 Junho; Nogueira, 2009; Pedrazzi et al., 2007). Segundo alguns autores (Branco, & Paixão, 2008; Direcção-Geral da Saúde, 2004), até há alguns anos atrás o Serviço Nacional de Saúde (SNS) não se tinha demonstrado eficaz na resposta às necessidades de saúde de uma população em envelhecimento, uma vez que os reinternamentos sucessivos demonstravam a falta de respostas de cuidados de saúde na comunidade em que o recurso à urgência e o internamento hospitalar constituíam a única resposta para o idoso, originando o aparecimento de dependências ou até mesmo o agravamento das mesmas. Por outro lado, verificava-se também o desgaste físico e psicológico das famílias, que não possuíam recursos e disponibilidade para cuidar dos idosos e não encontravam cuidados de proximidade e continuidade.

Para responder a essas necessidades foi criada a Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI) através do Decreto-Lei n.º 101/2006 de 6 de Junho (p. 3857) e que se encontra ainda em expansão. Segundo este diploma, os Cuidados Continuados Integrados são definidos como o “conjunto de intervenções sequenciais integradas de saúde e apoio social, decorrente de avaliação conjunta, visando a recuperação global da pessoa entendida como o processo terapêutico e de apoio social, ativo e contínuo, que visa promover a autonomia melhorando a funcionalidade da pessoa em situação de dependência, através da sua reabilitação, readaptação e reinserção familiar e social”

A rede foi desenvolvida por dois setores, o SNS e o Sistema de Segurança Social e está vocacionada para permitir o acesso equitativo a pessoas que se encontrem em situação de dependência, independentemente da sua idade e de necessitarem de cuidados de saúde ou de apoio social, de longa duração. Tem como desígnio a qualidade da assistência de forma continuada, de modo a minimizar sequelas que possam comprometer a autonomia e independência, garantindo uma maior qualidade de vida (Branco, 2010; Direcção-Geral da Saúde, 2004).

Os objetivos da rede são:

- Melhorar o bem-estar das pessoas em situação de dependência, através da prestação de cuidados continuados de saúde e de apoio social;
- Prestar o apoio domiciliário às pessoas com perda de funcionalidade ou que se encontram em situação de risco;
- Prestar apoio e acompanhamento ao utente através da prestação de cuidados específicos e adequados;
- Prestar apoio aos cuidadores informais, no sentido de qualificar a prestação dos cuidados, de modo a que possam desempenhá-los adequadamente;

- Articular e coordenar em rede, os cuidados em diferentes serviços e sectores;
- Reabilitar e aumentar a independência funcional dos utentes;
- Reinsere socialmente os cidadãos;
- Diminuir a taxa de ocupação das camas em regime de internamento hospitalar.

(Instituto da Segurança Social, 2012; Observatório Português dos Sistemas de Saúde, 2004).

No distrito de Castelo Branco, no que respeita aos Cuidados Continuados Integrados, existem cinco Unidades de Internamento, Idanha-a-Nova, Vila de Rei, Fundão, Orvalho e Cernache do Bonjardim (Cuidados Continuados Saúde e Apoio Social, 2012a).

No ano de 2012, foram referenciados para a Rede 17 266 utentes, verificando-se assim um aumento relativamente a 2011 em cerca de 18% (Cuidados Continuados Saúde e Apoio Social, 2012b). A percentagem de referenciação da região Centro correspondeu a 58% a nível Hospitalar e 42% no Centro de Saúde (Cuidados Continuados Saúde e Apoio Social, 2012b).

Relativamente ao motivo da referenciação para a rede, o que mais se destacou foi a dependência nas AVD's, com 95% a nível nacional, seguido do ensino do utente/cuidador informal, com 88%. Em todas as três tipologias (convalescença, média duração, longa duração) os motivos com maior percentagem foram os dois acima referidos. Os utentes que mais recorrem a estas respostas são os que apresentam idade superior a 65 anos (79,8% em 2011 e 81,5% em 2012) (Cuidados Continuados Saúde e Apoio Social, 2012b).

Nas unidades de Convalescença a melhoria da autonomia ocorreu em cerca de 68% dos utentes, na média duração foi em 24% dos utentes e na de longa duração foi em 18%. Estes valores podem ser explicados pelo facto de nas unidades de Convalescença e Média Duração e Reabilitação os objetivos centrarem-se na melhoria da independência funcional, enquanto que na Longa Duração e Manutenção o objetivo é manter as capacidades do utente (Cuidados Continuados Saúde e Apoio Social, 2012b).

### **1.2.1.A Funcionalidade e Classificação Internacional da Funcionalidade, Incapacidade e Saúde**

A capacidade funcional diz respeito à capacidade do indivíduo realizar as atividades da vida diária, incluindo a participação do mesmo na sociedade (Millán-Calenti et al., 2010). Assim, as atividades da vida diária dividem-se em atividades básicas da vida diária (comer, vestir-se, tomar banho, controlar os esfíncteres, deambular) e atividades instrumentais (ir às compras, realizar as tarefas domésticas, manusear dinheiro...). A avaliação funcional é realizada para determinar se uma

pessoa é ou não capaz de desempenhar as atividades da vida diária de forma independente ou se necessita de ajuda parcial ou total (Couto, 2010).

Segundo Pelegrino (2009) a melhor forma de envelhecer é no domicílio, no seio da família, com a máxima capacidade funcional e independência possível, mas para tal, é necessário ter em conta alguns aspetos como a avaliação do idoso no seu todo, o trabalho de equipa multidisciplinar e a continuidade da assistência em todos os níveis (Caldas, 2003; Pelegrino, 2009). É necessário detetar precocemente os idosos em risco, e desenvolver ações preventivas e de promoção da saúde, que contribuem para melhorar a qualidade de vida, num trabalho que se quer interdisciplinar (Pelegrino, 2009). Estes pressupostos contribuem assim, para um envelhecimento saudável, em que é fundamental possuir um bom nível de atividade física, uma boa capacidade funcional e um bom estado cognitivo, fatores que contribuem para a independência na vida diária e uma boa qualidade de vida (Yümin et al., 2011).

A incapacidade está relacionada com vários aspetos da saúde do indivíduo (ver, ouvir, deambular....) sendo por isso de carácter multidimensional. Assim, para medir a incapacidade, é necessário ter em conta os aspetos físicos (deambular, vestir, lavar-se...), cognitivos (concentração, atenção, memória...) e emocionais (auto-estima, ansiedade, depressão...) (Alves et al., 2008).

A avaliação funcional é uma das formas de medir a capacidade funcional e pode ser avaliada através das escalas de dependência ou de funcionalidade. O que se analisa é o grau de dificuldade para realizar certas atividades, ou o grau de dependência para realizar a atividade. Desta forma, consegue-se assim ajuizar se a pessoa executa a atividade de forma autónoma, se necessita de ajuda para a realizar ou se a mesma não é realizada, por incapacidade total da pessoa para o fazer. O idoso é então considerado dependente se necessitar de ajuda parcial ou total para realizar a atividade (Alves et al., 2008) e independente se não necessitar de qualquer ajuda.

O diagnóstico das doenças nos idosos pode não ter tanto impacto na qualidade de vida como as consequências da doença, na capacidade funcional e na manutenção da independência nas atividades da vida diária, daí a importância da avaliação pelos profissionais de saúde. Um indivíduo idoso que possui doenças crónicas pode ser considerado saudável, se não possuir incapacidades. Porém, outro idoso com o mesmo tipo de patologias pode apresentar incapacidades, afetando assim a sua qualidade de vida (Alves et al., 2008; Pedrazzi et al., 2007).

Em 1980, a OMS criou a Classificação Internacional das Deficiências e Incapacidades e Desvantagens (ICDH), que posteriormente foi revista e passou a designar-se em 2001, de Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF). É um modelo que permite estabelecer relações entre as condições de saúde, fatores pessoais, ambientais e o impacto na atividade e participação (Alves et al., 2008). A CIF tem como objetivo descrever a funcionalidade e incapacidade, tendo em conta o estado de saúde e os fatores contextuais, e faz uma abordagem biopsicossocial uma vez que incorpora a saúde biológica, individual e social (Farias, &

Buchalla, 2005; Fontes et al., 2010), de modo a possibilitar uma visão detalhada, objetiva e de fácil compreensão por todos os profissionais que prestam cuidados ao idoso, facilitando a comunicação entre os profissionais (Depolito et al., 2009).

A funcionalidade e a incapacidade são encaradas de uma forma abrangente, integrativa e universal, uma vez que o indivíduo interage num determinado ambiente, onde todos os fatores são englobados, e para além disso, todas as pessoas poderão ser incluídas neste modelo (Fontes et al., 2010).

Assim, a funcionalidade engloba todas as funções do corpo, atividades e participação, salientando os fatores positivos da interação entre a condição de saúde de um indivíduo e os seus fatores contextuais (Fontes et al., 2010).

Para além da CIF existem muitos instrumentos para avaliar a capacidade funcional dos indivíduos e os mais comuns são, o índice de Lawton-Brody, Índice de Pfeffer, Escala de Barthel, Índice de Katz e Escala EK (Apóstolo, 2012).

Com o aumento da longevidade e da dependência dos idosos, surgiu uma maior preocupação com a sua qualidade de vida, uma vez que este conceito tem um grande impacto e importância na avaliação do estado de saúde do indivíduo (Millán-Calenti et al., 2010).

### **1.3. Qualidade de vida da pessoa idosa**

O interesse pela qualidade de vida dos idosos e pelo seu bem-estar começou a surgir no século passado enquanto conceito abrangente e multidimensional (Ribeiro, 1994).

A qualidade de vida pode ser definida como “a perceção do indivíduo da sua posição na vida, no contexto cultural e no sistema de valores em que se insere e em relação com os seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações” (WHOQOL, 1994, citado por Ascensão, 2011, p. 13).

Este conceito é multidimensional, integra a qualidade de vida global e os seus diferentes domínios. Além disso, baseia-se na perceção pessoal, o que significa que é o indivíduo que avalia a sua satisfação pessoal em cada uma das dimensões da qualidade de vida. O conceito de qualidade de vida, para além ser subjetivo, modifica-se com o tempo e varia em função do contexto em que a pessoa se encontra inserida, das experiências de vida e de outros fatores pessoais (Campos, & Neto, 2008; Seidl, & Zannon, 2004; Teixeira, 2010).

Num estudo realizado sobre a perceção da qualidade de vida do idoso, avaliada pelo cuidador (Trentini et al., 2006, citado por Fleck, 2008), constatou-se que o cuidador classifica pior a qualidade de vida do idoso, quando comparada com a

percepção do próprio. Ainda no mesmo estudo verificaram-se diferenças nos domínios psicológico, relacionamentos sociais e qualidade de vida em geral.

Na velhice, a qualidade de vida é um processo adaptativo, que deve ter em conta a capacidade do indivíduo para lidar com as diversas perdas. Este conceito é de difícil avaliação, mas pode ser definido como a satisfação geral do indivíduo com a vida e a percepção geral do bem-estar. Os seus domínios são o psicológico, o social, o físico e o ambiental e abrange uma série de aspetos como a capacidade funcional, o nível socioeconómico, o estado emocional, a interação social, a atividade intelectual, o autocuidado, o suporte familiar, a autodeterminação, o próprio estado de saúde, os valores culturais, éticos e a religiosidade, o estilo de vida, a satisfação com as atividades diárias e o ambiente em que se vive (Fleck, 2008; Luna, 2009; Pereira et al., 2006; Santos et al., 2002; Vecchia et al., 2005).

Na última década, tem surgido um interesse crescente pela autonomia dos indivíduos, e pela sua relação com a qualidade de vida sobretudo nas pessoas com incapacidades (Díaz et al., 2006). Este autor refere que indivíduos que possuem maior autonomia na tomada de decisões presentes e futuras apresentam melhores níveis de qualidade de vida, verificando-se assim uma relação direta entre estes dois conceitos. Segundo o mesmo autor, a qualidade de vida, refere-se a um conjunto de requisitos que permitem ao indivíduo viver uma vida estável, com satisfação, disfrutando da velhice com independência e autonomia, no seu domicílio. Ramos (2002), citado por Díaz et al. (2006) apontam ainda que para usufruir de uma boa qualidade de vida são necessárias oportunidades que permitam viver com independência e privacidade, ter liberdade de escolha tendo em conta os interesses e capacidades de cada um e ter oportunidades de lazer e de participação no ambiente social.

Outro autor acrescenta que a qualidade de vida depende também da independência para executar as atividades do dia-a-dia, da capacidade para manter um bom relacionamento familiar, da participação social, mantendo contacto regular com o meio envolvente. Para além disso, depende também dos recursos económicos, que devem ser suficientes e da realização de atividades de lazer regulares (Jacob, 2007, citado por Teixeira, 2010). Para Neri (2003), citado por Valada (2011) na velhice, qualidade de vida pode também estar relacionada com o bem-estar psicológico e este conduz a um envelhecimento satisfatório ou bem-sucedido.

Segundo Baltes, & Baltes (1990) e Botelho (2007), o envelhecimento bem-sucedido passa pela adaptação ao envelhecimento de modo a manter ou alcançar satisfação com a vida, através da implementação de mecanismos para lidar com as perdas que vão ocorrendo à medida que se envelhece, e assenta em três pilares, a seleção, a otimização e a compensação. Sendo um processo adaptativo que, através de uma estratégia de otimização seletiva com compensação, permite ao indivíduo gerir o balanço entre perdas e ganhos e assim atingir metas prioritárias com bem-estar psicológico. Uma pessoa com uma velhice bem-sucedida consegue desenvolver

métodos para lidar com as perdas relacionadas com o processo de envelhecimento, adaptando-se assim às incapacidades que possam ocorrer na velhice (Valada, 2011).

A qualidade de vida é composta por dimensões objetivas e subjetivas, que interagem entre si e ambas as dimensões devem ser consideradas: a dimensão subjetiva relaciona-se com a perceção pessoal do próprio indivíduo e a dimensão objetiva diz respeito à avaliação funcional, medida através de escalas de avaliação, observação do indivíduo ou através de aplicação de questionários. As perguntas acerca da satisfação ou insatisfação de uma pessoa com os aspetos da sua vida permitem traçar o perfil do indivíduo, da perceção que a pessoa tem da sua condição e permitem desenvolver estratégias clínicas em áreas consideradas problemáticas (Lawton, 1991, citado por Póvoa, 2010; Schallock et al., 2000; Skevington, 1999).

Uma boa saúde é essencial para que as pessoas idosas possam usufruir de qualidade de vida, permitindo-lhes ter um papel ativo na sociedade (Direcção-Geral da Saúde, 2004). Uma baixa autoavaliação da sua saúde, em geral, está associada a uma reduzida perceção da sua qualidade de vida e à presença de sintomas depressivos (Fleck, 2008).

A dependência, ansiedade e depressão influenciam negativamente a qualidade de vida. A depressão manifesta-se pela perda de interesse e motivação para realizar as atividades e influencia a autoperceção da dependência, bem como a capacidade de adaptação (Fassino, et al., 2002, citado por Fleck, 2008). Fleck (2008) refere ainda que fatores como a reforma, a falta de recursos económicos e o sexo estão associados à baixa perceção de qualidade de vida em certos domínios.

A dimensão da qualidade de vida que apresenta um maior impacto nos indivíduos, é a dimensão física (Pereira et al., 2006), assim, pode-se afirmar que a melhoria das capacidades funcionais melhora a qualidade de vida dos indivíduos (Sousa, 2011).

Em síntese, a saúde, a capacidade funcional, a autonomia e independência são fatores promotores de maior longevidade e com maior nível de qualidade de vida (Branco, 2010), embora cada pessoa estabeleça a importância ou significado que cada uma das dimensões representa para si.

A incorporação do termo qualidade de vida relacionada com a saúde surgiu com o aumento das doenças crónicas, tornando-se importante medir quantitativamente a qualidade de vida dos indivíduos. A qualidade de vida relacionada com a saúde avalia o resultado das intervenções realizadas, especialmente nas situações de doença crónica (Pinto et al., 2010). Por isso Ribeiro (2009) refere que a saúde é um dos principais domínios para a avaliação da qualidade de vida.

A qualidade de vida relacionada com a saúde pode ser definida como a perceção que o sujeito tem do seu próprio bem-estar físico, psicológico e social, tendo em conta o impacto da doença e/ou tratamento.

Entre os múltiplos instrumentos de avaliação da qualidade de vida a OMS desenvolveu a escala World Health Organization Quality of Life – 100 (WHOQOL-

100) e a sua versão abreviada o WHOQOL-BREF. Ambas medem a qualidade de vida nos adultos, numa perspectiva transcultural e contêm as características da subjetividade, os aspetos positivos e negativos de avaliação e a multidimensionalidade. Para além destas são usadas também o Short-form Health Survey (SF-36), a Escala de Qualidade de vida de Flanagan, o Geriatric Quality of life Questionnaire e a WHOQOL-OLD para avaliar a qualidade de vida dos idosos (Costa, 2011; Fleck, 2008).

## 2. Metodologia

No capítulo da metodologia descrevem-se os procedimentos metodológicos, ou seja, as etapas inerentes ao projeto de investigação. O investigador descreve o tipo de estudo efetuado, caracteriza a população e os instrumentos escolhidos e considerados mais apropriados, certificando-se que são válidos e fiáveis, passos que são fundamentais para responder às questões de investigação (Fortin, 1999).

### 2.1. Tipo de estudo

Face às questões de investigação colocadas “Qual o nível de capacidade funcional dos idosos assistidos no Centro Social do Orvalho”, “Como percebem os idosos do Centro Social do Orvalho a sua qualidade de vida”, “Qual a relação entre a dependência funcional e a qualidade de vida dos idosos do Centro Social do Orvalho”, este estudo enquadrou-se num estudo exploratório, descritivo, correlacional e transversal, de características quantitativas.

É descritivo, porque teve como objetivos descrever as características de uma população e como foi realizado num determinado instante de tempo é um estudo transversal. Como visou explorar e conhecer um fenómeno desconhecido, pelo menos naquele contexto concreto é também um estudo exploratório, na medida em que não estava definido o perfil dos idosos do Centro Social do Orvalho, em termos de capacidade funcional e qualidade de vida, e como pretendeu avaliar a relação entre variáveis, é considerado também um estudo correlacional. Visto que foram analisados factos e fenómenos, passíveis de serem medidos e comparados é um estudo quantitativo que testou hipóteses, com aplicação de testes válidos e utilização de técnicas estatísticas na análise dos dados (Coutinho, 2011; Fortin, 1999).

### 2.2. Hipóteses

As hipóteses de investigação combinam o problema e os objetivos do estudo, explicando ou prevendo os resultados esperados. Podem refutar uma teoria ou apoiá-la e incluem as variáveis em estudo e a população alvo (Coutinho, 2011; Fortin, 1999).

Assim definiram-se como hipóteses as seguintes:

H1: O grau de dependência funcional está associado ao sexo dos idosos residentes no Centro Social do Orvalho.

H2: O grau de dependência funcional está associado à idade dos idosos residentes no Centro Social do Orvalho.

H3: A percepção de qualidade de vida está associada ao sexo dos idosos do Centro Social do Orvalho.

H4: A percepção de qualidade de vida está associada à idade dos idosos do Centro Social do Orvalho.

H5: A percepção de qualidade de vida dos idosos residentes no Centro Social do Orvalho é influenciada pelo grau de dependência funcional.

### **2.3. Variáveis**

Um determinado conceito é denominado de variável, quando se encontra em contexto de investigação (Fortin, 1999). Segundo a mesma autora as variáveis são “qualidades, propriedades ou características de objetos, de pessoas ou de situações que são estudadas numa investigação” (Fortin, 1999, p. 36). As variáveis podem classificar-se a partir de vários critérios (Coutinho, 2011) neste trabalho são de três tipos, as variáveis atributo, as variáveis independentes e variáveis dependentes.

As variáveis atributo dizem respeito às características dos sujeitos do estudo, são normalmente as variáveis demográficas e neste estudo foram o sexo, idade, habilitações literárias, estado civil, local de residência, existência de filhos ou familiares mais próximos, o tempo de internamento e o estado mental.

As variáveis independentes, as que o investigador manipula para medir o seu efeito na variável dependente, neste estudo foram a idade e o sexo.

As variáveis dependentes, ou seja as que sofrem o efeito esperado da variável independente (Fortin, 1999) neste trabalho foram a qualidade de vida e a dependência funcional.

### **2.4. Local e período da pesquisa**

A pesquisa foi desenvolvida no Centro Social Padre Tomás D’Aquino Vaz de Azevedo, também designado por Centro Social do Orvalho, que integra a Unidade de Cuidados Continuados Integrados (Média Duração e Reabilitação e Longa Duração e Manutenção) e o Lar de idosos.

O Centro Social Padre Tomás D’Aquino Vaz de Azevedo é composto vários tipos de equipamentos de apoio social e de saúde: o Centro de Apoio Comunitário I e Centro de Apoio Comunitário II com valência de Lar, o Apoio Domiciliário, o Centro de Dia e Unidade de Cuidados Continuados Integrados.

O número de camas no Centro de Apoio Comunitário I é de 62, no Centro de Apoio Comunitário II é de 40 camas. Dispõem ainda de 16 camas na tipologia de Média Duração e Reabilitação e 16 de Longa Duração e Manutenção.

Em termos de recursos humanos, existe uma equipa multidisciplinar composta por, Técnicas de Serviço Social, Dietista, Técnica de Nutrição Humana, Médicos, Enfermeiros, Psicóloga, Animadoras Socioculturais, Terapeuta da Fala, Fisioterapeutas, Esteticista, Pessoal Auxiliar (distribuído por várias categorias), Ajudante de Ocupação e Serviços Administrativos (Centro Social do Orvalho, 2012b).

Foi este o contexto onde foi feita a recolha da informação, que decorreu entre 9 de Dezembro de 2012 a 29 de Março de 2013.

## **2.5. População e amostra**

A população de um estudo “compreende todos os elementos (pessoas, grupos, objetos) que partilham características comuns, as quais são definidas pelos critérios estabelecidos para o estudo” (Fortin, 1999, p. 41). A população deste estudo tinha em comum o facto de ser idosa e beneficiar dos serviços do Centro Social Padre Tomás D’Aquino Vaz de Azevedo e compreendeu o conjunto dos residentes nos equipamentos, lar e unidades de média e longa duração. Da amostra fez parte o subconjunto desta população, que foi convidada a participar no estudo.

Definiram-se como critérios de inclusão, ter idade igual ou superior a 65 anos e apresentar condições cognitivas que permitissem responder aos instrumentos de recolha da informação (avaliação sociodemográfica, a Escala de Barthel Modificada e WHOQOL-OLD).

A primeira seleção foi feita através do Mini Exame do Estado Mental por forma a garantir as condições cognitivas exigidas. A partir destes critérios foram integrados na amostra todos os indivíduos com capacidades cognitivas mantidas e que se disponibilizaram a colaborar.

Tratou-se portanto de uma amostra por conveniência, constituída por 50 idosos, com idades compreendidas entre os 65 e 97 anos. Neste tipo de amostras a participação é voluntária ou os elementos da amostra são escolhidos por uma questão de conveniência. Trata-se de uma amostra não probabilística que por não ser representativa da população, os resultados só se aplicam a ela própria e não podem ser generalizados (Coutinho, 2011).

## **2.6. Recolha da informação**

Segundo Fortin (1999), a escolha de um instrumento de recolha de dados deve ter em conta os objetivos do estudo em questão e as questões de investigação colocadas. O investigador deve escolher os instrumentos que melhor se adequam ao estudo, de modo a obter resposta às questões, objetivos e hipóteses colocadas, tendo também em conta a fidelidade e a validade dos mesmos. Partindo destes pressupostos, a recolha da informação teve início com a aplicação do Mini Exame do Estado Mental, após a seleção dos idosos em termos de capacidades cognitivas, foram definidos os dias da recolha dos dados para cada sujeito, para serem aplicados os restantes instrumentos de medida, a Escala de Barthel Modificada e o WHOQOL-OLD.

### **2.6.1. Mini Exame do Estado Mental**

O Mini Exame do Estado Mental (Anexo I) foi desenvolvido por Folstein e colaboradores (1975), sendo o mais utilizado para avaliar o estado cognitivo. Avalia a orientação temporal e espacial, memória, atenção, cálculo, evocação, linguagem e habilidade construtiva. A pontuação máxima do Mini Exame do Estado Mental é de 30 (Sá et al., 2007; Valle et al., 2009).

Considera-se que existe défice cognitivo se indivíduos analfabetos apresentarem um total de 15 pontos ou menos, pessoas com 1 a 11 anos de escolaridade apresentarem 22 pontos ou menos e indivíduos com escolaridade superior a 11 anos apresentarem pontuação igual ou inferior a 27.

### **2.6.2. Questionário Sociodemográfico**

O questionário sociodemográfico foi construído para este estudo e previamente à sua aplicação foi submetido a um teste piloto. Foi aplicado em sujeitos com características semelhantes às dos sujeitos do estudo (5 participantes) com a finalidade de verificar a sua inteligibilidade, clareza, coerência e a compreensão dos idosos às perguntas, para poder ser validado e composta a versão definitiva. Foi solicitado aos indivíduos que colocassem todas as dúvidas que o instrumento suscitasse, ao nível de interpretação, do vocabulário, ou outros aspetos que considerassem menos explícitos. Como não se verificaram falhas na sua aplicação, não foi necessário realizar qualquer alteração, tendo-se então implementado à amostra do estudo.

Este questionário é composto por 10 perguntas (tipologia, sexo, idade, estado civil, habilitações literárias, local de residência, familiares mais próximos e tempo de

internamento) e tem como finalidade recolher alguns dados biográficos dos participantes de forma a fazer a sua caracterização (Anexo I).

### **2.6.3. Escala de Barthel Modificada**

O índice de Barthel (Anexo I) foi desenvolvido pela primeira vez em 1965 por Mahoney e Barthel e mais tarde modificado por Granger et al. (Sá et al., 2007). É um instrumento que avalia o nível de dependência na realização nas básicas da vida diária (comer, vestir/despir, higiene pessoal, tomar banho, controlo de esfínteres, transferências da cadeira e sanita, deambular e subir/descer escadas) (Araújo et al., 2007). O que deve ser registado são as atividades que os indivíduos efetivamente executam, e não do que poderiam realizar. Preferencialmente deve-se observar os indivíduos no desempenho das tarefas e só excecionalmente se deve perguntar ao próprio, amigos ou familiares como é que ocorre a realização das mesmas (Collin et al., 1988).

Esta escala encontra-se dividida em duas categorias, o auto-cuidado (itens 1-9) e a mobilidade (10-15). O valor total da escala varia entre zero e cem. Quanto maior o valor obtido, maior o nível de independência do idoso. A categoria do auto-cuidado tem uma pontuação máxima de 53 pontos e a da mobilidade tem uma pontuação máxima de 47 pontos (Sá et al., 2007).

Segundo Araújo et al. (2007) a escala de Barthel é um instrumento válido, fiável e de fácil aplicação para a avaliação da capacidade funcional em contexto clínico. Granger e colaboradores (1979) propuseram a subdivisão da escala em duas partes, definindo a pontuação de 60 pontos como o limiar entre a dependência e independência funcional dos indivíduos. Com um score igual ou superior a 60 pontos, a maioria dos pacientes são independentes nos cuidados pessoais essenciais e com valor igual ou superior a 85, os indivíduos são normalmente independentes necessitando apenas de uma assistência mínima.

Shah et al. (1989), citado por Minosso et al. (2010) propuseram a categorização da escala por níveis. Até 20 pontos “dependência total”, “dependência severa” de 21 a 60 pontos, “dependência moderada” de 61 a 90 pontos, “dependência leve” de 91 a 99 pontos e “independência” para os que atingem 100 pontos.

### **2.6.4. Escala WHOQOL-OLD**

O WHOQOL-OLD teve início em 1999 com o projeto com o mesmo nome destinado a desenvolver e testar uma medida genérica da qualidade de vida nos idosos, que permitisse uma abordagem transcultural (WHO, 2006). Segundo a mesma fonte, o instrumento WHOQOL-OLD é de uso internacional e é composto por 24 itens ou

questões, distribuídos por 6 domínios, “funcionamento sensorial”, “autonomia”, “atividades passadas, presentes e futuras”, “participação social”, “morte e morrer e intimidade”, que usam uma escala Likert pontuada de 1 a 5 (ANEXO I). Através da utilização da escala de Likert, o sujeito indica a resposta na qual se encontra mais de acordo ou desacordo, tendo ao dispor cinco respostas possíveis numa escala ordinal (Fortin, 1999).

Ao domínio “funcionamento sensorial”, que avalia o funcionamento sensorial e o impacto da perda das habilidades sensoriais na qualidade vida correspondem as perguntas 1, 2, 10, 20; o domínio “autonomia” encontra correspondência nas perguntas 3, 4, 5, 11. Estas questões referem-se à independência dos idosos e pretendem avaliar até que ponto estes são capazes de viver autonomamente e tomar as suas próprias decisões; o domínio “atividades passadas, presentes e futuras”, perguntas 12, 13, 15, 19, avalia a satisfação sobre conquistas ao longo da vida e expectativas futuras; o domínio “participação social”, do qual fazem parte as perguntas 14, 16, 17, 18, aborda a participação nas atividades do quotidiano, especialmente na comunidade; o domínio “morte e morrer”, perguntas 6, 7, 8, 9 pretende avaliar as preocupações e receios sobre a morte e morrer; por fim o domínio “intimidade” avalia a capacidade de se ter relações pessoais e íntimas e inclui as perguntas 21, 22, 23, 24 (WHO, 2006).

Cada um dos domínios possui 4 itens e a pontuação de cada domínio pode oscilar de 4 a 20, caso todos os itens sejam preenchidos. A pontuação total da escala WHOQOL-OLD inclui a pontuação das 6 facetas, ou dos 24 itens (WHO, 2006).

Em algumas questões verifica-se que quanto maior o score, melhor a qualidade de vida e noutras verifica-se o inverso. Para calcular a pontuação final é necessário reformular os itens negativos e transformá-los em positivos (Fleck, 2008).

A comparação dos escores em cada domínio é possível, caso todas as perguntas tenham sido respondidas e os questionários com mais de 20% de itens por responder não podem ser considerados válidos (WHO, 2006).

O score total do WHOQOL-OLD pode ser calculado de três formas: através da soma dos 24 itens (score bruto); através do score padronizado, dividindo o score bruto pelos vinte e quatro itens (resultado variável entre 1 e 5); por fim pode-se obter o score transformado, convertendo o score bruto para uma escala de 0 a 100 (Pedroso et al., 2010).

Neste estudo foram calculados os scores brutos, uma vez que para a comparação entre domínios não é necessário transformar o score bruto. Assim, a pontuação bruta da escala é compreendida entre 24 e 120 (se todos os itens forem respondidos) e a pontuação de cada domínio que varia entre 4 e 20 (Pedroso et al., 2010).

Segundo Fleck (2008) o WHOQOL-OLD pode ser utilizado juntamente com o WHOQOL-100 ou com o WHOQOL-BREF, tendo em conta o que seja mais apropriado. No entanto, neste estudo optou-se por aplicar o WHOQOL-OLD isoladamente, uma

vez que é uma escala específica para idosos e que respondia aos objetivos pretendidos.

Quanto maior for a pontuação da escala WHOQOL-OLD, melhor é a qualidade dos idosos.

## **2.7. Processamento e análise dos dados**

Os dados recolhidos ao longo da pesquisa foram tratados informaticamente utilizando o SPSS 17.0 para Windows. Foi criada uma base de dados e depois representados os dados em tabelas e gráficos.

Relativamente ao tratamento estatístico, para caracterizar e descrever a amostra utilizou-se a estatística descritiva, através da análise das frequências, medidas de tendência central e medidas de dispersão. Segundo Fortin (1999), as frequências permitem organizar dados numéricos, bem como o número de vezes que foi obtido. As medidas de tendência central mostram as características e tipo da amostra (média, mediana e moda), enquanto que as medidas de dispersão (desvio padrão) fornecem indicações sobre a forma como os scores se distribuem à volta da média.

Para efetuar a relação entre as variáveis, foram utilizados testes de correlação, tendo-se optado por analisar os resultados do coeficiente de correlação de Pearson ( $r$ ), que mede a intensidade e a magnitude da relação entre duas variáveis.

## **2.8. Procedimentos e aspetos éticos**

Há cada vez mais uma preocupação em assegurar os direitos dos seres humanos em pesquisas clínicas. A Associação Médica Mundial (1964) desenvolveu a Declaração de Helsínquia, uma declaração de princípios éticos para fornecer orientações em pesquisas clínicas envolvendo seres humanos. Segundo esta Declaração, é do dever médico na pesquisa clínica, ou de outro qualquer investigador, proteger a vida, a saúde e a dignidade do ser humano; os sujeitos devem ser voluntários e participantes informados do projeto de pesquisa; deve-se resguardar a integridade do paciente, devendo-se também respeitar a privacidade de sujeito.

Outro dos direitos do ser humano diz respeito à informação dos objetivos, métodos, fontes de financiamento, quaisquer possíveis conflitos de interesse, os benefícios antecipados e os potenciais riscos e qualquer desconforto a que possa estar vinculado (Associação Médica Mundial, 1964). Também Fortin (1999) sublinha que em estudos de investigação os sujeitos têm de receber um tratamento justo e equitativo em todas as fases do estudo, ou seja, todos eles devem ser informados sobre a natureza, a duração e o fim a que se destina o estudo, bem como os métodos utilizados no estudo.

O sujeito deverá também ser informado da liberdade de recusar em participar no estudo ou de retirar o seu consentimento para a sua participação em qualquer momento, sem retaliação (Associação Médica Mundial, 1964), e tem direito ao anonimato e confidencialidade, de modo a que nenhum participante possa ser reconhecido e os dados pessoais não podem ser divulgados ou partilhados sem autorização do sujeito (Fortin, 1999).

Tendo em conta os direitos que foram referidos anteriormente, também neste estudo, foram assegurados esses princípios.

Inicialmente foi solicitada a autorização do Diretor da instituição, para realizar este estudo (Anexo II).

Após a assinatura da autorização do Diretor, foi elaborado o formulário do consentimento informado (Anexo III) com toda a informação relativa ao estudo e que cada participante assinou.

Com o consentimento dos sujeitos foram então aplicados os instrumentos de medida, tendo-se registado as respostas dos sujeitos, sem influenciar as mesmas.

### 3. Apresentação dos resultados

Neste capítulo apresentam-se os resultados obtidos no estudo, após o tratamento estatístico dos dados. Nesta fase, o investigador apresenta a análise estatística dos dados que foi realizada através de diferentes testes (Fortin, 1999).

#### 3.1. Mini Exame do Estado Mental

Na análise da distribuição da amostra segundo o estado cognitivo, os resultados obtidos demonstraram que a média do Mini Exame do Estado Mental foi de 23,04, sendo o mínimo de 17 e máximo de 30, com desvio padrão de 3,725.

#### 3.2. Caracterização sociodemográfica

A caracterização sociodemográfica refere-se às questões efetuadas no questionário sociodemográfico (tipologia de resposta social, sexo, idade, estado civil, habilitações literárias, local de residência, familiares mais próximos, tempo de internamento). Os dados surgem pela mesma ordem com que aparecem no questionário sociodemográfico.

Como evidencia a Tabela 1, fizeram parte da amostra 50 indivíduos, dos quais 15 pertencem à Unidade de Cuidados Continuados Integrados e 35 indivíduos ao Lar de idosos.

Tabela 1- Distribuição da amostra por tipologia de resposta social

Tipologia	Frequência	Percentagem
UCCI	15	30
Lar de idosos	35	70
<b>Total</b>	<b>50</b>	<b>100</b>

Relativamente ao sexo, e como pode ser observado na tabela 2, 34 indivíduos são do sexo feminino e 16 do sexo masculino. A amostra tem idades compreendidas entre os 65 e 97 anos, sendo a média de idades de 80,46 com um desvio padrão de 7,584 (Tabela 3). Na Unidade de Cuidados Continuados Integrados os idosos apresentaram idades compreendidas entre os 65 e 90 anos, sendo a média de 74,67 e desvio padrão

de 7,697 (Tabela 3). Por outro lado, no lar de idosos, a idade máxima é de 97 anos, sendo a média das idades de 82,94 e desvio padrão de 6,111 (Tabela 3).

**Tabela 2-** Distribuição da amostra segundo o sexo

Sexo	Frequência	Porcentagem
Feminino	34	68,0
Masculino	16	32,0
<b>Total</b>	<b>50</b>	<b>100,0</b>

**Tabela 3-** Distribuição da amostra segundo tipologia de resposta social e idade

Idade	N	Mínimo	Máximo	Média	Desvio Padrão
Amostra	50	65	97	80,46	7,584
Idosos da UCCI	15	65	90	74,67	7,697
Idosos do Lar	35	65	97	82,94	6,111

Analisando o estado civil da amostra, cerca de 50% dos idosos são viúvos, 42% são casados, 6% são solteiros e 2% divorciados (Gráfico 1).

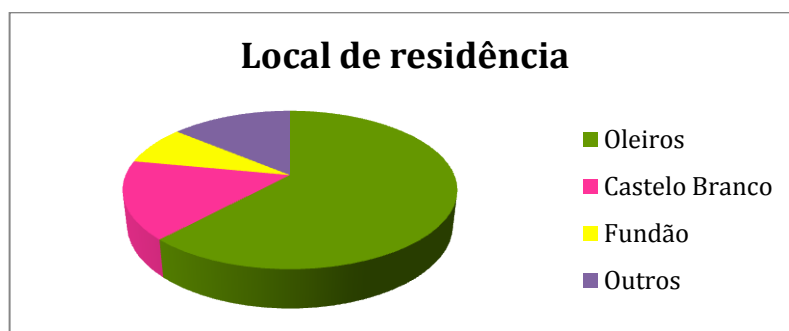
**Gráfico 1-** Distribuição da amostra segundo o estado civil



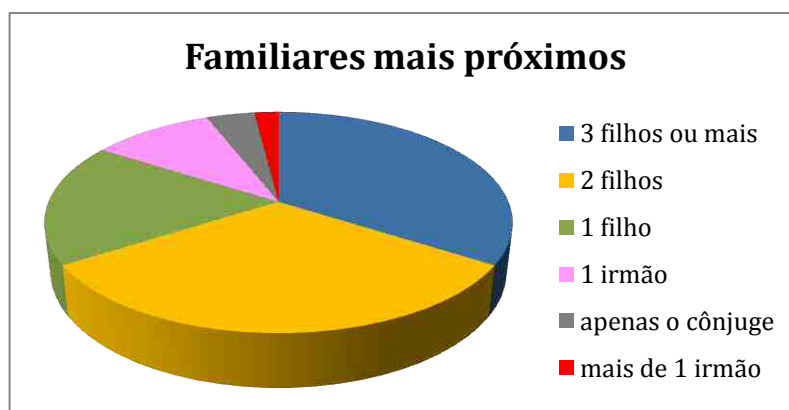
A partir da distribuição da amostra segundo as habilitações literárias, 50% são analfabetos, 46% possuem o ensino básico, 2% frequentaram o ensino secundário e 2% possuem o ensino superior (Gráfico 2).

**Gráfico 2-** Distribuição da amostra segundo as habilitações literárias

Relativamente ao local da residência, dos 50 indivíduos, 62% pertencem ao concelho de Oleiros, 16% ao de Castelo Branco, 8% ao concelho do Fundão e 14% a outros concelhos (Gráfico 3).

**Gráfico 3-** Distribuição da amostra segundo o local de residência

A distribuição da amostra segundo os familiares mais próximos, revela que 34% têm três filhos ou mais, 32% têm dois filhos, 18% têm um filho, 10% têm apenas um irmão, 4% têm apenas como familiar mais próximo o cônjuge e 2% têm mais de um irmão (Gráfico 4).

**Gráfico 4-** Distribuição da amostra segundo os familiares mais próximos

No que respeita ao tempo de internamento, a média é de 20,14 meses, com desvio padrão de 30,894.

### 3.3. Capacidade funcional

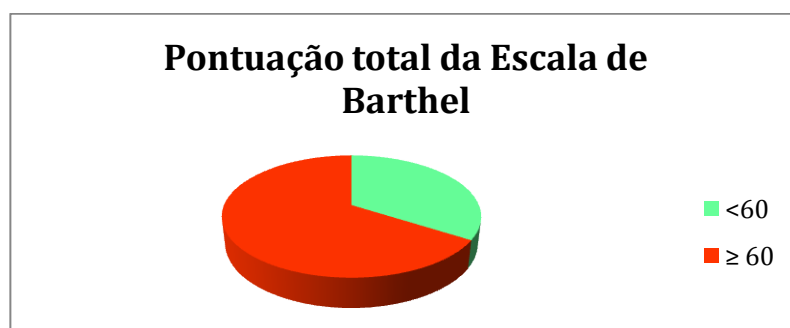
Através da análise dos dados relativos à pontuação da Escala de Barthel Modificada, obtiveram-se os seguintes resultados: o mínimo foi zero e o máximo foi 100, com média de 66,80 e desvio padrão de 26,270. Quanto aos domínios, o autocuidado apresentou um máximo de 53, média de 33,70 e um desvio padrão de 12,132 e o domínio mobilidade apresentou um máximo de 47, média de 33,30 e desvio padrão de 16,217 (Tabela 4).

Por outro lado, 34% da amostra apresentou uma pontuação na escala de Barthel Modificada abaixo dos 60 pontos e 66% com um valor igual ou superior a 60 (Gráfico 5).

Tabela 4- Distribuição da amostra segundo a Escala de Barthel

Escala de Barthel	N	Mínimo	Máximo	Média	Desvio Padrão
Score total	50	0	100	66,80	26,270
Auto-cuidado	50	0	53	33,70	12,132
Mobilidade	50	0	47	33,30	16,217

Gráfico 5- Distribuição da amostra segundo a Escala de Barthel Modificada



Segundo a tabela 5, a amostra é constituída por 11 mulheres e 6 homens com pontuação na escala de Barthel Modificada inferior a 60 pontos, ou seja, com dependência funcional. Na relação entre o sexo e a dependência funcional obteve-se um  $r$  de 0,225 e  $\rho$  de 0,385 (Tabela 6).

Tabela 5- Distribuição entre o sexo e capacidade funcional

Sexo	<60	≥60
Feminino	11	23
Masculino	6	10
<b>Total</b>	<b>17</b>	<b>33</b>

Tabela 6- Relação entre o sexo e a dependência funcional

		Sexo	Dependência funcional
<b>Sexo</b>	r	1	0,225
	p		0,385
	N	17	17
<b>Dependência funcional</b>	r	0,225	1
	p	0,385	
	N	17	17

Na relação entre a idade e a dependência funcional (Tabela 7), obteve-se um r de -0,295 e um p de 0,251.

Tabela 7- Relação entre idade e a dependência funcional

		Idade	Dependência funcional
<b>Idade</b>	r	1	-0,295
	p		0,251
	N	17	17
<b>Dependência funcional</b>	r	-0,295	1
	p	0,251	
	N	17	17

### 3.4. Qualidade de vida

No que respeita à percepção da qualidade de vida, a média das respostas da Escala WHOQOL-OLD foi de 75,02, variando entre um mínimo de 56 e um máximo de 106 e desvio padrão de 11,513.

Observando-se a tabela 8 referente à avaliação de cada domínio da escala WHOQOL-OLD, constatou-se que:

- O funcionamento sensorial apresentou um mínimo de 6 e máximo de 19, média 12,94 e desvio padrão de 4,731;
- O domínio autonomia variou entre um mínimo de 9 e máximo de 16, média 12,68 e desvio padrão de 2,123;
- As atividades passadas, presentes e futuras obtiveram um mínimo de 10 e máximo de 17, com média de 13,36 e desvio padrão de 1,782;
- O domínio participação social apresentou um mínimo de 9 e máximo de 19, uma média de 14,12 e desvio padrão de 2,291;
- A morte e o morrer variou entre 4 e 20, sendo a média de 12,88 e o desvio padrão de 4,392;
- O domínio da intimidade obteve um mínimo de 4 e 20, média 9,04 e desvio padrão de 6,421.

Tabela 8- Distribuição da amostra segundo cada domínio da escala WHOQOL-OLD

	N	Mínimo	Máximo	Média	Desvio Padrão
<b>funcionamento sensorial</b>	50	6	19	12,94	4,731
<b>Autonomia</b>	50	9	16	12,68	2,123
<b>atividades passadas, presentes e futuras</b>	50	10	17	13,36	1,782
<b>participação social</b>	50	9	19	14,12	2,291
<b>morte e morrer</b>	50	4	20	12,88	4,392
<b>Intimidade</b>	50	4	20	9,04	6,421

Relativamente à distribuição da amostra segundo o sexo e qualidade de vida, verificou-se que a média das respostas da escala WHOQOL-OLD nas mulheres foi de 71,53, com desvio padrão de 9,179 e nos homens foi de 82,44 com desvio padrão de 12,702 (Tabela 9).

**Tabela 9-** Distribuição da amostra segundo o sexo e percepção da qualidade de vida

<b>Sexo</b>	<b>Frequência</b>	<b>Média WHOQOL-OLD</b>	<b>Desvio Padrão</b>
Feminino	34	71,53	9,179
Masculino	16	82,44	12,702

Na tabela 10 foi analisada a relação entre o sexo e a qualidade de vida, obtendo-se um r de 0,45 e um  $\rho$  de 0,001.

**Tabela 10-** Relação entre o sexo e a qualidade de vida

		<b>Sexo</b>	<b>Qualidade de vida</b>
<b>Sexo</b>	r	1	0,45
	p		0,001
	N	50	50
<b>Qualidade de vida</b>	r	0,45	1
	p	0,001	
	N	50	50

Tendo em conta a tabela 11, em que se avaliou a relação entre a idade e qualidade de vida, obteve-se um r de -0,41 e um  $\rho$  de 0,003.

Tabela 11- Relação entre a idade e a qualidade de vida

		Idade	Qualidade de vida
Idade	r	1	-0,41
	p		0,003
	N	50	50
Qualidade de vida	r	-0,41	1
	p	0,003	
	N	50	50

### 3.5. Dependência funcional e Qualidade de vida

Na tabela 12 analisou-se a relação entre a dependência funcional e a qualidade de vida, obtendo-se um r de 0,234,  $\rho$  de 0,366.

Tabela 12- Relação entre dependência e qualidade de vida

		Dependência funcional	Qualidade de vida
Dependência funcional	r	1	0,234
	p		0,366
	N	17	17
Qualidade de vida	r	0,234	1
	p	0,366	
	N	17	17

## 4. Discussão dos resultados

Neste capítulo ir-se-á proceder à interpretação dos resultados obtidos, tendo por base os autores citados no enquadramento teórico, de forma a permitir uma melhor compreensão dos resultados.

Iniciando esta reflexão pelo estado cognitivo, que foi o que permitiu reunir os elementos para a amostra, a média do Mini Exame do Estado Mental foi de 23,04. Nenhum elemento da amostra apresentava défice cognitivo, o que significa que todos os indivíduos possuíam uma pontuação acima do mínimo exigido no Mini Exame do Estado Mental, tendo em conta o número de anos de escolaridade. Ou seja, os indivíduos analfabetos teriam de apresentar uma pontuação maior que 15 pontos, as pessoas com 1 a 11 anos de escolaridade maior que 22 pontos e por fim, os indivíduos com escolaridade superior a 11 anos, a pontuação mínima para se considerar um bom estado cognitivo seria maior que 27 pontos.

Através das características sociodemográficas (sexo, idade, estado civil, habilitações literárias, local de residência, familiares mais próximos, tempo de internamento), foi possível conhecer e caracterizar a amostra em questão. A amostra foi composta por 50 idosos, em que 70% pertenciam ao lar de idosos. No que respeita à distribuição por sexo, constata-se que a amostra era constituída maioritariamente por mulheres (68%), um resultado que se apresentou dentro do que era esperado, o que pode ser justificado pela esperança média de vida ser superior à dos homens. A esperança média de vida à nascença é de 76,43 anos para os homens e de 82,30 anos para as mulheres (INE, 2012f; INE, 2012g).

Quanto à idade, a média da amostra é de 80,46 anos e desvio padrão de 7,584, verificando-se que os idosos da UCCI têm uma média de idade inferior comparativamente aos idosos do lar, sendo a média das idades dos idosos da UCCI de 74,67 anos e 82,94 anos nos idosos de lar (com desvio padrão de 7,697 e 6,111 respetivamente). A média de idades obtida na UCCI enquadra-se na bibliografia consultada. Esta refere que cerca de 80% dos utentes que ingressam na Rede Nacional de Cuidados Continuados têm idade superior a 65 anos (Cuidados Continuados Saúde e Apoio Social, 2012b). Também a taxa de incidência de pelo menos uma limitação funcional, entre os idosos com 65-69 anos é de 30% e dos 75-79 anos é superior a 50% (INE, 2012d). Assim, verifica-se que é a partir dos 65 anos que os indivíduos mais se deparam com a presença de doenças crónicas em maior número e procuram os Cuidados Continuados, com vista à reabilitação e aumentar a sua independência na vida diária.

No que respeita à média de idades na valência de lar, esta tipologia encontra-se direcionada para idosos com idades mais avançadas e com necessidades de cuidados. É do conhecimento geral, que os principais motivos de admissão no lar estão relacionados com as incapacidades do idoso, que o limitam na execução das AVD's, aliado à impossibilidade da família em garantir o apoio necessário (Serga, 2011).

Também Paúl (1997), citado por Araújo et al. (2007) referem que a perda da capacidade funcional é principal razão para a institucionalização dos idosos.

Pela análise do estado civil da amostra, verifica-se que 50% dos indivíduos eram viúvos e 42% dos indivíduos eram casados, com área de residência maioritariamente no concelho de Oleiros (62%) e Castelo Branco (16%). Uma vez que o Centro Social do Orvalho, se situa no concelho de Oleiros e distrito de Castelo Branco, estes resultados significam que a maioria dos idosos desta amostra procurou apoio social e de saúde o mais próximo da sua residência.

No que respeita às habilitações literárias, 50% dos idosos eram analfabetos, com uma percentagem muito próxima de indivíduos com ensino básico, de 46%. O Gabinete de Estatística e Planeamento da Educação, & INE (2009) referem que no ano de 1960, a taxa de analfabetismo era de 40%, com superioridade nas mulheres e no ano de 2001 decresceu para os 12% nas mulheres, mantendo-se a diferença entre os sexos.

Este valor tão elevado de pessoas analfabetas está associado ao facto de há algumas décadas atrás os indivíduos por necessidade financeira começarem a trabalhar muito cedo, para sustento da família, e como tal não frequentavam a escola (Oliveira, & Souza, 2012).

Quanto aos familiares mais próximos, 84% dos idosos tinham um ou mais filhos, em que 34% tinham três filhos ou mais, 32% tinham dois filhos e 18% tinham apenas um filho. Este resultado é importante, na medida em que as relações pessoais e o apoio social são uns dos fatores que influenciam a perceção da qualidade de vida e o bem-estar do idoso porque a família constitui o principal suporte do idoso, tendo uma elevada importância e significado para ele (Andrade, & Martins, 2011; WHO, 2002). A OMS (2005) afirma que a solidão e o afastamento social, influenciam negativamente a saúde mental e física, bem como a qualidade de vida do idoso, enquanto que, a ajuda, o apoio e a solidariedade entre gerações contribuem para um envelhecimento ativo.

Assim, tendo em conta os autores anteriormente referidos e apesar de neste estudo, o apoio social ser prestado a nível institucional, estas estatísticas quando relacionados com os resultados obtidos na qualidade de vida, podem indicar que os idosos se sentem satisfeitos com as relações familiares, sentem-se apoiados e protegidos, e que apesar de 50% deles terem perdido o cônjuge, os filhos prestam o apoio necessário e garantem a estabilidade necessária, para uma melhor vivência do envelhecimento.

O questionário sociodemográfico contemplou ainda uma questão relativa ao tempo de internamento, que em média foi de 20,14 meses. Para este valor elevado, contribuiu o facto de 70% dos idosos se encontrarem institucionalizados no lar.

O tempo de internamento numa Unidade de Cuidados Continuados é limitado, no caso dos lares de idosos o panorama é diferente. Apesar dos idosos terem consciência que o internamento no lar é muitas das vezes definitivo, que se encontram na última etapa da vida, e que estão muitas das vezes afastados do seu meio social, tal como foi

referido por Martins (2006), os idosos mantêm uma boa percepção da sua qualidade de vida. Existem vários motivos para que tal aconteça: sentirem que as suas necessidades estão a ser satisfeitas, são respeitados e têm direito à sua privacidade, sentindo-se realizados pessoalmente, mantendo uma continuidade de papéis ocupacionais que lhe permitam sentir-se úteis, o que está de acordo com Freitas, & Py (2006). Segundo estes autores são estes os fatores que potenciam uma melhor percepção da qualidade de vida nos idosos que se encontram institucionalizados.

Lobo, & Pereira (2007) adiantam ainda, que o tempo de institucionalização não parece afetar a capacidade funcional do idoso e estes dados vão de encontro aos deste estudo, verificando-se, que apesar da média do tempo de internamento ser de 20,14 meses, os idosos mantêm ainda um bom nível de capacidade funcional.

Na variável capacidade funcional, os idosos apresentaram uma pontuação média de 66,8 e desvio padrão de 26,270, o que significa que 66% dos idosos tiveram uma pontuação igual ou superior a 60, ou seja o limiar proposto por Granger e colaboradores, citado por Araújo et al. (2007, p. 61), entre a dependência e independência funcional dos indivíduos. Desta forma, pode-se constatar pela média da escala de Barthel Modificada, que os idosos da amostra se encontram no patamar da independência funcional, não necessitando assim de ajuda de terceiros em todas as AVD's.

Através da subdivisão da escala de Barthel Modificada em dois domínios, o auto-cuidado e a mobilidade, verifica-se que no primeiro domínio a média é de 33,70 e desvio padrão de 12,132 e no segundo 33,30, com desvio padrão de 16,217. Tendo em conta o que foi referido no enquadramento teórico, que o máximo do domínio do auto-cuidado é de 53 e da mobilidade é de 47, verifica-se que os idosos se encontram mais limitados e necessitam por isso de ajuda de terceiros no auto-cuidado (higiene, vestir/despir, alimentação, continência de esfíncteres). Este resultado sugere então, o tipo de necessidades desta amostra, devendo ser planeadas intervenções que maximizem a capacidade funcional dos indivíduos nestas áreas. Os resultados obtidos neste estudo vão de encontro aos do Ministério do Trabalho e da Solidariedade Social (2009), uma vez que os utentes dependentes dos lares de idosos selecionados para o estudo deste referido autor, necessitavam de ajuda por ordem decrescente, na administração da medicação, higiene pessoal, mudança de roupa, utilização das instalações sanitárias e na mobilidade.

Roper, Logan, & Tierney (2001), citado por Carvalho (2012), salientaram que das doze necessidades humanas básicas, a mais valorizada foi a mobilidade, uma vez que para realizar as restantes atividades da vida diária é necessário o movimento. Assim, estes resultados sugerem que os idosos desta amostra tentam aperfeiçoar e otimizar a deambulação por ter, segundo eles, um maior peso, preferindo obter ajuda na realização das outras AVD's, indo de encontro à teoria da seleção, otimização e compensação, defendida por Baltes, & Baltes (1990).

Millán-Calenti et al. (2010) acrescentam ainda que as atividades da vida diária que exigem maior capacidade funcional, associado a um bom estado cognitivo, são aquelas onde se verifica um maior nível de dependência, como é o caso das atividades instrumentais da vida diárias.

Uma das hipóteses colocada neste estudo afirmava a existência de relação entre sexo, idade e dependência funcional. Neste estudo verifica-se que não existe relação estatisticamente significativa entre o sexo e a dependência funcional dos idosos, o valor de  $\rho$  não é significativo, apesar de o INE (2012d) referir que as dificuldades em realizar as AVD's são maiores no sexo feminino. A acrescentar, a proporção das mulheres que usufruem de apoio das redes sociais é superior à dos homens, estabelecida em 64% de mulheres dependentes (Ministério do Trabalho e da Solidariedade Social, 2009). Estes dados são também reforçados pela WHO (2002) que refere que devido às desvantagens sociais, no que diz respeito ao acesso à saúde e educação, as mulheres são mais propensas ao desenvolvimento de incapacidades em idade avançada.

Ao relacionar a idade com a dependência funcional, verifica-se que não se encontrou relação entre as mesmas, com  $r$  de  $-0,295$  e  $\rho$  não estatisticamente significativo, de  $0,251$ . No entanto, o INE (2012d) refere que a capacidade funcional diminui com a idade e Bonder, & Bello-Haas (2009, p. 280) referem que as necessidades de assistência nas AVD's aumentam com a idade, estimando que 3,3% dos idosos com idades compreendidas entre os 65 e 74 anos necessitam de ajuda para realizar os cuidados pessoais, aumentando para 22,9% em idosos com 85 ou mais anos. Estes resultados derivam assim do declínio nos vários sistemas e do aparecimento de doenças crónicas, que causam impacto na funcionalidade.

No estudo realizado por Lobo, & Pereira (2007), numa amostra em indivíduos institucionalizados, os resultados sugerem que com o aumento da idade, verifica-se uma perda da funcionalidade, e como tal, um aumento da dependência. A presença de doenças crónicas, segundo estes autores, contribuiu para a dependência funcional e é a nível da higiene pessoal que, a maior dependência se verifica, estimando-se que 68,2% necessitavam de ajuda nesta AVD. Também nesta amostra se verificou uma maior dependência no domínio do auto-cuidado. Noutro estudo de Oliveira et al. (2008), os autores obtiveram uma relação estatisticamente significativa entre as duas variáveis. Ou seja, a dependência aumenta, com o progressivo aumento da idade.

Assim, uma forma de colmatar esta problemática centra-se na implementação de programas de atividade física regular, contribuindo para a manutenção e melhoria da capacidade funcional dos idosos na realização das atividades do dia-a-dia, influenciando positivamente a qualidade de vida dos mesmos (Lobo, & Pereira, 2007; Rebelatto, & Morelli, 2004).

Nesta amostra, os idosos realizam sessões diárias, de fisioterapia, terapia ocupacional e animação sociocultural, o que pode ter contribuído para um aumento da sua independência e as melhores pontuações obtidas na Escala de Barthel Modificada.

Na avaliação da qualidade de vida a média da pontuação bruta foi de 75,02, com um desvio padrão de 11,513, mínimo de 56 e máximo de 106. Sendo o mínimo bruto da escala WHOQOL-OLD, de 24 e o máximo de 120, verificou-se que a média das respostas se situou acima do valor médio da escala, o que quer dizer que os idosos têm uma boa percepção da sua qualidade de vida e que apesar das perdas e limitações associadas à idade, os idosos desta amostra possuem sentimentos de satisfação com a vida. Estes resultados podem ser explicados através de vários autores. Fleck (2008) refere que uma auto-avaliação baixa da sua própria saúde, em geral, está associada a uma redução na qualidade de vida e Diogo (2003) refere que a percepção da qualidade de vida, não se restringe à saúde física, isto é, como as pessoas se sentem fisicamente, mas, para além disso, naquilo que a sua saúde permite que elas executem no dia-a-dia. Neste estudo, os idosos apresentaram em todos os domínios da qualidade de vida, um valor acima da média, ou seja, acima dos oito pontos, o que está certamente associado ao facto de a amostra apresentar um bom resultado a nível de capacidade funcional. Poderá também indicar que a percepção do estado de saúde dos inquiridos é boa, na medida em que conseguem ter uma vida mais autónoma e independente, e viver com maior auto-estima. Vintém (2008) também sublinha que, a percepção do estado de saúde é um dos principais indicadores da qualidade de vida, visto que é o próprio que avalia a sua saúde dentro do contexto e cultura que se encontra inserido.

Por outro lado, estes resultados poderão estar também associados ao facto dos idosos, sentirem que têm liberdade para tomar as suas decisões e sobretudo que estas são respeitadas e que têm controlo sobre a sua vida. A autonomia melhora assim, o bem-estar dos idosos e a percepção da qualidade de vida (Netuveli, & Blane, 2008).

Relativamente aos domínios da escala WHOQOL-OLD, o mínimo bruto é quatro e o máximo bruto é vinte, assim sendo, o score médio bruto é de oito. Como já foi referido, todos os itens estão acima do valor médio bruto, o que significa que os idosos têm uma percepção de qualidade de vida acima da média em cada domínio. Os domínios com pontuações mais altas foram o da participação social e atividades presentes, passadas e futuras, com média de 14,12 e 13,36 respetivamente. E o que tem uma pontuação mais baixa é o da intimidade, cuja média foi de 9,04.

O domínio participação social inclui a participação nas atividades do quotidiano, relacionando-as com a independência e autonomia. Os idosos desta amostra podem considerar que o ambiente é facilitador para uma maior participação social, sendo seguro e desprovido de barreiras arquitetónicas. As pessoas idosas que moram em ambientes com barreiras físicas encontram-se mais propensas ao isolamento, saindo do domicílio com menos frequência, o que acarreta alterações também ao nível da mobilidade (OMS, 2005). Assim, estes resultados estão também relacionados com o que foi referido anteriormente pelos autores Fleck (2008) e Diogo (2003). Ambos salientam o impacto que uma boa autoavaliação da sua saúde tem na percepção da qualidade de vida e que esta é influenciada por aquilo que a saúde dos indivíduos permite que eles executem no dia-a-dia.

Como refere Rodrigues et al. (2012) a participação social pode ter um efeito positivo sobre a qualidade de vida dos idosos, minimizando assim, os sentimentos de solidão e abandono, teoria também apoiada por Netuveli, & Blane (2008) que referem o benefício das relações sociais na melhoria da qualidade de vida. Neri (2007) afirma que quanto maior o nível de atividade maior a satisfação com a vida.

O domínio atividades presentes, passadas e futuras avalia a satisfação sobre conquistas ao longo da vida e expectativas futuras, o que quer dizer que os idosos da amostra possuem sentimentos de satisfação com a vida, bem-estar psicológico e classificam o envelhecimento como bem-sucedido. Tal como foi dito por Neri (2003), citado por Valada (2011) a qualidade de vida na velhice pode estar relacionada com o bem-estar psicológico e subjetivo e envelhecimento satisfatório ou bem-sucedido, o que vai também de encontro aos autores Baltes, & Baltes (1990) que defendem que o envelhecimento é um processo adaptativo, em que os idosos se adaptam às constantes alterações, mantendo o equilíbrio entre perdas e ganhos. As atividades realizadas parecem ser um fator importante, pois promovem a autoestima dos idosos e ao mesmo tempo impulsionam o crescimento pessoal (Rodrigues et al., 2012).

O domínio intimidade foi o que apresentou um score mais baixo, com média de score bruto de 9,04, o que se deve ao facto de 50% da amostra serem viúvos, não tendo relações pessoais e íntimas.

Através da relação entre o sexo e a perceção da qualidade de vida observa-se que há uma associação moderada ( $r=0,45$ ) entre as duas variáveis, com  $p$  estatisticamente significativo (0,001), constatando-se que os homens apresentam uma melhor perceção da qualidade de vida quando comparado com as mulheres.

Num estudo realizado por Balduino, & Jacopetti (2009), em que analisou a perceção da qualidade de vida, através do questionário WHOQOL-BREF, os homens apresentaram melhores scores em todos os domínios da qualidade de vida.

Apesar de neste estudo, o número de homens ser relativamente inferior ao número de mulheres (16 para 34), estes resultados estão também em concordância com os autores Oliveira et al. (2008), uma vez que as mulheres apresentam scores mais baixos na perceção da saúde relativamente aos homens, o que contribui para uma baixa perceção da sua qualidade de vida.

No quarto inquérito nacional de saúde, realizado em 2005/2006, onde se avaliou a auto perceção do estado de saúde, também os homens obtiveram melhor resultado relativamente às mulheres, em que 59,6% dos homens avaliaram o seu estado de saúde como “muito bom” ou “bom” e enquanto que a percentagem de mulheres foi de 47,6% (INE, 2007).

No que respeita à saúde emocional, a depressão é uma doença cuja prevalência é maior no sexo feminino, que pode afetar negativamente a qualidade de vida, pela baixa perceção da saúde, baixa satisfação com a sua vida, sentimentos de tristeza, entre outros fatores (INE, 2012d; Irigaray, & Schneider, 2008). Consequentemente, os idosos que não mantiverem contacto frequente com a família, exprimem sentimentos de tristeza e vivenciam mais a solidão (Neto, & Corte-Real, 2013). Assim, todos estes

fatores contribuem para os resultados obtidos na relação entre sexo e qualidade de vida.

Um outro motivo para estes resultados relaciona-se com os fatores culturais e pelo papel da mulher na sociedade até há alguns anos atrás, que era a cuidadora dos filhos, familiares, pessoas dependentes, possuindo menor acesso à educação e um baixo estatuto social, o que contribui também para um aumento da pobreza e dos problemas de saúde quando envelhecem e para uma baixa perceção da qualidade de vida, como referem os vários autores (INE, 2012f; WHO 2002; OMS 2005).

Como já foi referido, como a esperança média de vida das mulheres é superior à dos homens, as mulheres experienciam mais sentimentos de solidão, depressão, por se depararem com a morte do cônjuge, colocando-as em situação de stress (Silva, & Ferreira-Alves, 2012), e por outro pela necessidade de reorganização e adaptação, de modo a definir estratégias futuras para a sua vida. Os mesmos autores referem que as mulheres após o falecimento do marido optam por não voltar a casar, colmatando a perda com o fortalecimento das redes de amigos e vizinhos. Nos homens, constata-se o inverso. Procuram combater a solidão através da procura de uma nova parceira para voltar a casar. No entanto, quando o luto não é ultrapassado, uma vez que a pessoa não consegue gerir a perda do cônjuge e adaptar-se assim a uma nova realidade, o luto designa-se de patológico.

Assim, tendo em conta que 50% da amostra é composta por indivíduos viúvos e maioritariamente por mulheres, os fatores de stress referidos podem influenciar os resultados do sexo ao nível da qualidade de vida.

Através da relação entre a idade e a perceção da qualidade de vida, verifica-se que existe uma associação moderada entre estas duas variáveis, com  $\rho$  estatisticamente significativo ( $r=-0,41$  e  $\rho=0,003$ ), ou seja, à medida que a idade aumenta, é menor a perceção da qualidade de vida dos indivíduos. Estes resultados vão de encontro ao defendido pela WHO (2002) que refere que o desenvolvimento de doenças crónicas aumenta com o decorrer da idade, devido aos fatores de risco, como o tabaco, inatividade física, dieta inadequada, entre outros fatores. A incidência de doenças crónicas diminui a longevidade, limita o idoso na realização das AVD's e diminui a qualidade de vida. Através da prevenção dos fatores de risco pode-se prevenir o aparecimento de doenças e o declínio funcional e conseqüentemente melhorar a qualidade de vida.

Estes resultados podem também ser explicados pelo facto da perceção do estado de saúde diminuir com a idade, tal como referido por Oliveira et al. (2008).

Por fim, uma das hipóteses formulada foi que existe relação estatisticamente significativa entre dependência funcional e qualidade de vida dos idosos do Centro Social do Orvalho. No entanto, através da análise da correlação entre as variáveis dependência funcional e qualidade de vida, não se obteve relação entre elas, o valor de  $\rho$  não é estatisticamente significativo.

Tal facto pode ter explicação em vários fatores: em primeiro lugar ao facto dos idosos com dependência funcional ser relativamente reduzido (N=17) e caso a amostra fosse composta por mais elementos, os resultados poderiam ser diferentes. Como a amostra apresentou uma média de capacidade funcional elevada (66,80), onde 66% dos idosos apresentaram uma pontuação igual ou superior a 60 pontos, a maioria dos idosos encontrava-se no patamar da independência funcional, necessitando apenas de ajuda em algumas AVD's. Para além do nível de funcionalidade ser elevado, também a perceção da qualidade de vida foi acima da pontuação 48, isto é valor médio da Escala WHOQOL-OLD (obtendo-se média de 75,02 e desvio padrão de 11,513). Outra justificação relaciona-se com o facto de os idosos não residirem no seu ambiente domiciliar. Nestes equipamentos sociais os idosos possuem recursos humanos adequados às necessidades do dia-a-dia que os ajudam a solucionar as dificuldades com as quais se confrontam. A instituição encontra-se adaptada aos idosos em termos de barreiras arquitetónicas, para além disso, o ambiente é um fator facilitador, visto que tudo se encontra funcional para os utentes e têm ao dispor ajudas técnicas que lhe permitem deslocar-se dentro ou fora das instalações. Assim, os idosos percebem a sua qualidade de vida acima da média.

A ausência de barreiras arquitetónicas contribui para uma maior mobilidade, maior segurança, maior participação social, aumento da funcionalidade e melhor qualidade de vida (Paula, 2007). A Comissão das Comunidades Europeias (2002) acrescenta ainda que a eliminação dos fatores de risco a nível ambiental, que possam causar perigo para o indivíduo, é fundamental para a prevenção de quedas e problemas associados.

Mahoney, & Barthel (1965), referem também que as condições ambientais interferem na capacidade funcional do indivíduo, e o ambiente habitacional muitas das vezes é limitador, não se encontrando adaptado, com barreiras que impedem as pessoas de se moverem dentro da própria casa. Caso se verifiquem estas condicionantes, a pontuação da Escala de Barthel será mais baixa.

Assim, os idosos que possuem maior independência nas AVD's realizam mais atividades de lazer e sociais, experienciando sensação de bem-estar psicológico (Lawton, 1990, citado por Bonder, & Bello-Haas, 2009) e a qualidade de vida reflete a perceção que os indivíduos têm de que as suas necessidades estão a ser satisfeitas (Pereira et al., 2006) e nesta amostra esse fator poderá contribuir para os resultados da escala WHOQOL-OLD.

Das hipóteses formuladas, apenas a relação entre o sexo, idade e qualidade de vida se verificaram ser estatisticamente significativas, podendo ser confirmadas as hipóteses três e quatro. As hipóteses um, dois e cinco não se confirmaram.

## 5. Conclusão

Na última etapa da vida os idosos deparam-se com problemas ao nível da saúde e independência, que tendem a diminuir com a idade e a variar consoante o género.

Estas alterações causam impacto na qualidade de vida do indivíduo, sendo este um conceito pessoal, em que cada indivíduo quantifica a sua perceção da qualidade de vida, dando mais importância a certos aspetos ou dimensões em detrimento de outros, uma vez que o conceito é abrangente e multidimensional. Tal como a dependência, também a perceção da qualidade de vida sofre alterações com o decorrer da idade e de acordo com sexo dos indivíduos.

No que respeita aos objetivos do estudo, todos foram atingidos, tendo-se assim caracterizado e obtido um perfil da amostra, em todos os aspetos referidos. Os idosos da amostra apresentaram um bom nível de independência funcional, bem como, uma boa perceção da sua qualidade de vida, tendo-se também constatado que o sexo e a idade são fatores que influenciam a capacidade funcional e qualidade de vida dos idosos.

Em termos das hipóteses estipuladas, obteve-se uma moderada relação, entre o sexo e a qualidade de vida, concluindo-se assim, que os homens apresentam melhor perceção de qualidade de vida quando comparados com as mulheres. Para além desta associação, observou-se que ao longo da idade a qualidade de vida dos idosos vai diminuindo, com moderada relação entre as duas variáveis.

Em termos de limitações do estudo e que possam ter contribuído para a não confirmação de algumas das hipóteses, pode-se salientar, o número reduzido da amostra, bem como o número de idosos dependentes e a discrepância entre o número de homens e mulheres, devendo estes ser equivalentes para uma melhor comparação. Por outro lado, o elevado número de idosos analfabetos pode ter contribuído para o enviesamento os resultados, uma vez que os participantes podem não ter compreendido totalmente o que era questionado, e a resposta ser desajustada da realidade. Caso a amostra enquadrasse mais idosos dependentes, os resultados poderiam ter sido diferentes, em termos de qualidade de vida. Os resultados obtidos não podem deste modo, ser generalizados, retirando-se apenas as conclusões para a amostra em questão.

Por último, é ainda de referir que ao longo da execução deste estudo houve dificuldade na reunião de elementos para a amostra, devido aos critérios de inclusão, que não permitiram a integração de um maior número de indivíduos.

Este trabalho teve contudo aspetos positivos, uma vez que permitiu aumentar conhecimentos na área da investigação, através do treino de implementação e execução de todo o processo inerente a um estudo científico. Foi enriquecedor, por toda a pesquisa efetuada tanto em termos da funcionalidade, como da qualidade de vida e todos os fatores relacionados, sendo por isso uma prioridade para os

profissionais de saúde promover a funcionalidade e a sua qualidade de vida, para que possam usufruir de mais anos vividos com satisfação e bem-estar.

Como considerações finais, é de salientar que a metodologia implementada, em termos de instrumentos de medida, revelou-se adequada, uma vez que o WHOQOL-OLD é uma escala específica para idosos, e o WHOQOL-BREF, continha questões que não se aplicavam à amostra em questão. A escala de Barthel Modificada também é uma escala de fácil aplicação e específica na avaliação da capacidade funcional.

## Referências Bibliográficas

- Administração Regional de Saúde do Centro, IP. (2011). *Relatório de atividades*. Acedido em Abril 8, 2013, em [www.arscentro.min-saude.pt](http://www.arscentro.min-saude.pt).
- Alves, L., Leite, I., & Machado, C. (2008). Conceituando e mensurando a incapacidade funcional da população idosa: Uma revisão de literatura. *Ciência & Saúde Coletiva*, 13(4), 1199-1207.
- Andrade, A., & Martins, R. (2011). Funcionalidade familiar e qualidade de vida dos idosos. *Millenium*, 40, 185-199.
- Apóstolo, J. (2012). *Instrumentos para avaliação em geriatria*. Acedido em Abril 22, 2013, em <http://pt.scribd.com/doc/111596286/Instrumentos-de-Avaliacao-Geriatrica>.
- Araújo, F., Ribeiro, J., Oliveira, A., & Pinto, C. (2007). Validação do índice de barthel numa amostra de idosos não institucionalizados. *Revista Brasileira de Saúde Pública*, 25(2), 59-66.
- Araújo, I. (2004). *Aprendem doença, educam para a saúde*. Dissertação de Mestrado em Educação, Instituto de Educação e Psicologia- Universidade do Minho, Braga.
- Ascensão, M. (2011). *Solidão, depressão e qualidade de vida no idoso: Implementação de um programa de intervenção*. Dissertação de Mestrado, Faculdade de Psicologia-Universidade de Lisboa, Lisboa.
- Associação Médica Mundial. (1964). *Declaração de Helsínquia da associação médica mundial: Princípios éticos para a investigação médica em seres humanos*. Acedido em Abril 20, 2013, em [http://portal.arsnorte.min-saude.pt/portal/page/portal/ARSNorte/Comiss%C3%A3o%20de%20%C3%89tica/Ficheiros/Declaraao\\_Helsinquia\\_2008.pdf](http://portal.arsnorte.min-saude.pt/portal/page/portal/ARSNorte/Comiss%C3%A3o%20de%20%C3%89tica/Ficheiros/Declaraao_Helsinquia_2008.pdf).
- Balduino, E., & Jacopetti, S. (2009). Levantamento da qualidade de vida de um grupo de idosos. *Boletim de enfermagem*, 3(2), 31-47.
- Baltes, P., & Baltes, M. (1990). *Successful aging: Perspectives from the behavioral sciences*. Canada: Cambridge University Press.
- Bonder, B., & Bello-Haas, V. (2009). *Functional performance in older adults*. (3ª ed.). Filadélfia: F. A. Davis Company.
- Botelho, M. (2007). Idade avançada: Características biológicas e multimorbilidade. *Revista Portuguesa de Clínica Geral*, 23, 191-195.
- Branco, M., Nogueira, P., & Contreiras, T. (2005). *Uma observação sobre estimativas da prevalência de algumas doenças crónicas, em Portugal Continental*. Lisboa: Ministério da Saúde.
- Branco, M., & Paixão, E. (2008). *Uma observação sobre cuidados continuados no domicílio*. Lisboa: Ministério da Saúde.
- Branco, N. (2010). *Cuidados continuados integrados: Estudo de um caso*. Dissertação de Mestrado em Política Social, Instituto Superior de Ciências Sociais e Políticas- Universidade Técnica de Lisboa, Lisboa.
- Brouwer, D., Sadlo, G., Winding, K., & Hanneman, M. (2005). Limitation in mobility: Experiences of visually impaired older people: A phenomenological study. *International Congress Series 1282*, 474-476.
- Caldas, C. (2003). Envelhecimento com dependência: Responsabilidades e demandas da família. *Cadernos de Saúde Pública*, 19(3), 773-781.

- Campos, M., & Neto, J. (2008). Qualidade de vida: Um instrumento para promoção de saúde. *Revista Baiana de Saúde Pública*, 32(2), 232-240.
- Carapineiro, G. (1986). A saúde no contexto da sociologia. *Revista Sociologia: Problemas e Práticas*, 1, 9-22.
- Carvalho, A. (2012). *Ajudantes de acção directa: Percepções sobre formação profissional e impacto da formação na prestação de cuidados a idosos dependentes internados*. Dissertação de Mestrado em saúde e envelhecimento, Faculdade de Ciências Médicas –Universidade Nova de Lisboa, Lisboa.
- Centro Social do Orvalho. (2012a). *Respostas sociais*. Acedido em Abril 8, 2013, em <http://www.cs-orvalho.org/index.php?Lg=&name=Respostas%20Sociais&id=2>.
- Centro Social do Orvalho. (2012b). *Recursos humanos*. Acedido em Abril 8, 2013, em <http://www.cs-orvalho.org/index.php?lg=&name=Recursos%20Humanos&id=29>.
- Collin, C., Wade, D., Davies, S., & Horne, V. (1988). The barthel adl index: A reliability study. *International Disability Studies*, 10(2), 61-63.
- Comissão das Comunidades Europeias. (2002). *Contribuição da comissão europeia para a II assembleia mundial sobre o envelhecimento*. Acedido em Abril 12, 2013, em [http://ec.europa.eu/employment\\_social/social\\_situation/docs/com2002\\_0143\\_pt.pdf](http://ec.europa.eu/employment_social/social_situation/docs/com2002_0143_pt.pdf).
- Conselho Local de Acção Social de Castelo Branco. (2010). *Diagnóstico social do concelho de Castelo Branco*. Acedido em Abril 8, 2013, em [http://www.cm-castelobranco.pt/pdf/accasocial/docs/Diagnostico\\_social\\_CB.pdf](http://www.cm-castelobranco.pt/pdf/accasocial/docs/Diagnostico_social_CB.pdf).
- Costa, M. (2011). *Qualidade de vida na terceira idade: A psicomotricidade como estratégia de educação em saúde*. Dissertação de Mestrado em Ciências da Educação, Universidade Lusófona de Humanidades e Tecnologias, Lisboa.
- Coutinho, C. (2011). *Metodologia de investigação em ciências sociais e humanas: Teoria e prática*. Coimbra: Edições Almedina.
- Couto, F. (2010). Resiliência e capacidade funcional em idosos. *Revista Kairós*, 7, 51-62.
- Cuidados Continuados Saúde e Apoio Social. (2012a). *Unidades de internamento: Castelo Branco*. Acedido em Abril 8, 2013, em <http://www.rncci.min-saude.pt/rncci/onde/paginas/castelobranco.aspx>.
- Cuidados Continuados Saúde e Apoio Social. (2012b). *Relatório de monitorização do desenvolvimento e da atividade da rede nacional de cuidados continuados integrados (RNCCI)*. Acedido em Abril 20, 2013, em [http://www.rncci.min-saude.pt/SiteCollectionDocuments/rev\\_relatorio\\_1\\_semestre\\_2012.pdf](http://www.rncci.min-saude.pt/SiteCollectionDocuments/rev_relatorio_1_semestre_2012.pdf).
- Decreto-Lei nº 101/2006 de 6 Junho. *Diário da república nº 109- I série A*. Ministérios da Saúde e do Trabalho e da Solidariedade Social. Lisboa.
- Demura, S., Sato, S., Minami, M., & Kasuga, K. (2003). Gender and age differences in basic adl ability on the elderly: Comparison between the independent and the dependent elderly. *Journal of Physiological Anthropology*, 22(1), 19-27.
- Depolito, C., Leocadio, P., & Cordeiro, R. (2009). Declínio funcional de idosa institucionalizada: Aplicabilidade do modelo da classificação internacional de funcionalidade, incapacidade e saúde. *Fisioterapia e Pesquisa*, 16(2), 183-189.
- Díaz, A., Rodríguez, M., Gómez, Y., Martínez, B., Alonso, M., & Corbella, M. (2006). *Prevención de la dependencia y promoción de la autonomía: estudio sobre el incremento de necesidades y el descenso de calidad de vida en el proceso de envejecimiento prematuro de las personas con discapacidad-2005-2006*. Acedido em Outubro 7, 2013, em <http://sid.usal.es/idocs/F8/FD018898/informediscapyenvej.pdf>.

Diogo, M. (2003). Satisfação global com a vida e determinados domínios entre idosos com amputação de membros inferiores. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 13(6), 395-399.

Direcção-Geral da Saúde. (2004). *Programa nacional para a saúde das pessoas idosas*. Acedido em Janeiro 25, 2013, em <http://www.min-saude.pt/NR/rdonlyres/1C6DFF0E-9E74-4DED-94A9-F7EA0B3760AA/0/i006346.pdf>.

Dirik, A., Cavlak, U., & Akdag, B. (2006). Identifying the relationship among mental status, functional independence and mobility level in Turkish institutionalized elderly: Gender differences. *Archives of Gerontology and Geriatrics*, 42(3), 339-350.

Ely, J., Fermino, A., Bassani, G., Oliveira, H., Walter, J., Amaral, S., & Brito, A. (2009). Atuação fisioterápica na capacidade funcional do idoso institucionalizado. *Revista Brasileira de Ciências da Envelhecimento Humano*, 6(2), 293-297.

Eurocid. (2012). *Ano europeu do envelhecimento ativo e da solidariedade entre gerações: Programa de acção, 2012*. Acedido em Dezembro 21, 2012, em <http://www.igfse.pt/upload/docs/2012/Programa%20A%C3%A7aoAnoEuropeu2012.pdf>.

Farias, N., & Buchalla, C. (2005). A classificação internacional de funcionalidade, incapacidade e saúde da organização mundial da saúde: Conceitos, usos e perspectivas. *Revista Brasileira de Epidemiologia*, 8(2), 187-193.

Fechine, B., & Trompieri, N. (2012). O processo de envelhecimento: As principais alterações que acontecem com o idoso com o passar dos anos. *InterSciencePlace*, 20(1), 106-194.

Ferreira, J. (2007). *Educación a terceira idade: Estudio do colectivo de pessoas maiores no contexto comunitario de Vila Nova de Gaia*. Tese de Doutoramento, Faculdade de Ciências da Educação- Universidade de Santiago de Compostela, Santiago de Compostela.

Filho, C., & Netto, P. (2005). *Geriatría: Fundamentos, clínica e terapêutica*. (2ª ed.). São Paulo: Editora Atheneu.

Fleck, M. (2008). *A avaliação da qualidade de vida: Guia para profissionais de saúde*. Porto Alegre: Artmed Editora.

Fontes, A., Fernandes, A., & Botelho, M. (2010). Funcionalidade e incapacidade: Aspectos conceptuais, estruturais e de aplicação da classificação internacional de funcionalidade, incapacidade e saúde (cif). *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, 28(2), 171-178.

Fortin, M. (1999). *O processo de investigação: Da concepção à realização*. Loures: Lusociência.

Freitas, E., & Py, L. (2006). *Tratado de Geriatria e Gerontologia*. (2ªed.). Rio de Janeiro: Guanabara Koogan.

Gabinete da Secretária de Estado Adjunta e da Reabilitação, & Secretariado Nacional para a Reabilitação e Integração das Pessoas com Deficiência. (2006). *1º Plano de acção para a integração das pessoas com deficiências ou incapacidade*. Lisboa: Ministério do Trabalho e da Segurança Social.

Gabinete de Estatística e Planeamento da Educação, & INE. (2009). *50 Anos de estatísticas da educação: Volume I*. Lisboa: GEPE.

Gonçalves, D., Martín, I., Guedes, J., Cabral-Pinto, F., & Fonseca, A. (2006). Promoção da qualidade de vida dos idosos portugueses através da continuidade de tarefas produtivas. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 7(1), 137-143.

Guerreiro, S. (2008). *Idosos: Necessidades de aconselhamento em diferentes contextos*. Dissertação de Mestrado em Psicologia, Faculdade de Ciências Sociais e Humanas- Universidade do Algarve, Faro.

INE. (2002). *O envelhecimento em Portugal: Situação demográfica e sócio-económica recente das pessoas idosas*. Acedido em Abril 12, 2013, em [http://censos.ine.pt/xportal/xmain?xpid=CENSOS&xpgid=ine\\_censos\\_estudo\\_det&menuBOUI=13707294&contexto=es&ESTUDOSest\\_boui=106370&ESTUDOSmodo=2&selTab=tab1](http://censos.ine.pt/xportal/xmain?xpid=CENSOS&xpgid=ine_censos_estudo_det&menuBOUI=13707294&contexto=es&ESTUDOSest_boui=106370&ESTUDOSmodo=2&selTab=tab1).

INE. (2005). *Projeções da população residente, NUTSIII, 2000-2050*. Acedido em Dezembro 21, 2012, em [http://www.apfn.com.pt/Actividades/2008/seminario/bibliografia/Portugal/Projec%C3%A7%C3%B5es%20da%20Popula%C3%A7%C3%A3o%20Residente,%20NUTSIII%202000-2050%20\(INE\).pdf](http://www.apfn.com.pt/Actividades/2008/seminario/bibliografia/Portugal/Projec%C3%A7%C3%B5es%20da%20Popula%C3%A7%C3%A3o%20Residente,%20NUTSIII%202000-2050%20(INE).pdf).

INE. (2006). *Documento metodológico: Indicadores demográficos*. Acedido em Abril 12, 2013, em [http://metaweb.ine.pt/sim/OPERACOES/DOCMET\\_PDF/DOCMET\\_PDF\\_117\\_1\\_0.pdf](http://metaweb.ine.pt/sim/OPERACOES/DOCMET_PDF/DOCMET_PDF_117_1_0.pdf).

INE. (2007). *4º inquérito nacional de saúde - 2005/2006*. Acedido em Outubro 21, 2013, em [http://www.google.pt/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=1&ved=0CC8QFjAA&url=http%3A%2F%2Fwww.ine.pt%2Fngt\\_server%2Fattachfileu.jsp%3Flook\\_parentBoui%3D6487190%26att\\_display%3Dn%26att\\_download%3Dy&ei=5nNIUrS1J4ev7AaZjoBY&usg=AFQjCNGWf7R8bsHVqFUISfzG1P6AWmZ0oA&bvm=bv.54934254,d.ZGU&cad=rja](http://www.google.pt/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=1&ved=0CC8QFjAA&url=http%3A%2F%2Fwww.ine.pt%2Fngt_server%2Fattachfileu.jsp%3Flook_parentBoui%3D6487190%26att_display%3Dn%26att_download%3Dy&ei=5nNIUrS1J4ev7AaZjoBY&usg=AFQjCNGWf7R8bsHVqFUISfzG1P6AWmZ0oA&bvm=bv.54934254,d.ZGU&cad=rja).

INE. (2009a). *Projeções de população residente em Portugal 2008-2060*. Acedido em Dezembro 21, 2012, em [www.ine.pt](http://www.ine.pt).

INE. (2009b). *Inquérito nacional de saúde 2005/2006*. Acedido em Dezembro 21, 2012 em [http://www.insa.pt/sites/INSA/Portugues/Publicacoes/Outros/Documents/Epidemiologia/INS\\_05\\_06.pdf](http://www.insa.pt/sites/INSA/Portugues/Publicacoes/Outros/Documents/Epidemiologia/INS_05_06.pdf).

INE. (2011). *Índice de envelhecimento (N.º) por local de residência à data dos censos 2011*. Acedido em Dezembro 21, 2012, em [http://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine\\_indicadores&indOcorrCod=0006041&contexto=bd&selTab=tab2](http://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_indicadores&indOcorrCod=0006041&contexto=bd&selTab=tab2).

INE. (2012a). *Censos 2011 - Resultados definitivos*. Acedido em Dezembro 21, 2012, em [http://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine\\_destaques&DESTAQUESdest\\_boui=107624784&DESTAQUESmodo=2](http://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_destaques&DESTAQUESdest_boui=107624784&DESTAQUESmodo=2).

INE. (2012b). *População residente (N.º) por local de residência, sexo e grupo etário*. Acedido em Dezembro 21, 2012, em [http://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine\\_indicadores&indOcorrCod=0005889&contexto=pi&selTab=tab0](http://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_indicadores&indOcorrCod=0005889&contexto=pi&selTab=tab0).

INE. (2012c). *Estatísticas demográficas 2010*. Acedido em Dezembro 21, 2012, em [www.ine.pt](http://www.ine.pt).

INE. (2012d). *Saúde e incapacidades em Portugal 2011*. Acedido em Dezembro 21, 2012, em [www.ine.pt](http://www.ine.pt).

INE. (2012e). *Censos 2011 - Resultados pré-definitivos*. Acedido em Dezembro 21, 2012, em [http://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine\\_destaques&DESTAQUESdest\\_boui=134582847&DESTAQUESmodo=2I](http://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_destaques&DESTAQUESdest_boui=134582847&DESTAQUESmodo=2I).

INE. (2012f). *Dia internacional da mulher (8 de março) - 2001-2011*. Acedido em Dezembro 21, 2012, em [www.ine.pt](http://www.ine.pt).

INE. (2012g). *Tábua completa de mortalidade para Portugal 2009 - 2011*. Acedido em Dezembro 21, 2012, em [www.ine.pt](http://www.ine.pt).

INE. (2013). *População residente (Nº) por local de residência e sexo*. Acedido em Abril 8, 2013, em [http://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine\\_indicadores&userLoadSave=Load&userTableOrder=45&tipoSelecao=1&contexto=pq&selTab=tab1&submitLoad=true](http://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_indicadores&userLoadSave=Load&userTableOrder=45&tipoSelecao=1&contexto=pq&selTab=tab1&submitLoad=true).

Instituto da Segurança Social. (2012). *Guia prático: Rede nacional de cuidados continuados integrados*. Acedido em Dezembro 21, 2012, em [http://www4.seg-social.pt/documents/10152/27187/rede\\_nacional\\_cuidados\\_continuados\\_integrados\\_rncci](http://www4.seg-social.pt/documents/10152/27187/rede_nacional_cuidados_continuados_integrados_rncci).

Irigaray, T., & Schneider, R. (2008). Impacto na qualidade de vida e no estado depressivo de idosas participantes de uma universidade da terceira idade. *Estudos de Psicologia*, 25(4), 517-525.

José, J., Wall, K., & Correia, S. (2002). *Trabalhar e cuidar de um idoso dependente: Problemas e soluções*. Lisboa: Instituto de Ciências Sociais da Universidade de Lisboa.

Lobo, A., & Pereira, A. (2007). Idoso institucionalizado: Funcionalidade e aptidão física. *Revista Referência*, II série, 4, 61-68.

Luna, K. (2009). *Avaliação psicossociológica em idosos institucionalizados*. Dissertação de Mestrado em Enfermagem, Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa.

Mahoney F., & Barthel D. (1965). Functional evaluation: The barthel index. *Maryland State Medical Journal*, 14, 56-61.

Martins, R. (2006). Envelhecimento e políticas sociais. *Educação, Ciência e Tecnologia*, 32, 126-140.

Millán-Calenti, J., Tubío, J., Pita-Fernández, S., González-Abraldes, I., Lorenzo, T., Fernández-Arruty, T., & Maseda, A. (2010). Prevalence of functional disability in activities of daily living (ADL), instrumental activities of daily living (IADL) and associated factors, as predictors of morbidity and mortality. *Archives of Gerontology and Geriatrics*, 50, 306-310.

Ministério do Trabalho e da Solidariedade Social. (2009). *A dependência: O apoio informal, a rede de serviços e equipamentos e os cuidados continuados integrados*. Acedido em Abril 8, 2013, em [http://www.cartasocial.pt/pdf/estudo\\_dependencia.pdf](http://www.cartasocial.pt/pdf/estudo_dependencia.pdf).

Minosso, J., Amendola, F., Alvarenga, M., & Oliveira, M. (2010). *Cogitare Enfermagem*, 15(1), 12-18.

Moura, R. (2010). *Funcionalidade e qualidade de vida em idosos com doença venosa crónica*. Tese de Doutoramento em Ciências da Reabilitação, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte.

Neri, A. (2007). *Qualidade de vida e idade madura*. (7ªed.). São Paulo: Papyrus Editora.

Neto, M., & Corte-Real, J. (2013). A pessoa idosa institucionalizada: Depressão e suporte social. *Journal of aging and innovation*, 2(3), 26-41.

Netto, M. (2000). *Gerontologia: A velhice e o envelhecimento em visão globalizada*. São Paulo: Editora Atheneu.

Netuveli, G., & Blane, D. (2008). Quality of life in older ages. *British Medical Bulletin*, 85, 113-126.

Nogueira, H., & Remoaldo, P. (2010). *Olhares geográficos sobre a saúde*. Lisboa: Edições Colibri.

Nogueira, J. (2009). *Unidade de cuidados continuados: Desafios*. Acedido em Janeiro 4, 2011, em [www.umcci.min-saude.pt/](http://www.umcci.min-saude.pt/).

Observatório Português dos Sistemas de Saúde. (2004). *Os cuidados continuados em Portugal*. Acedido em Janeiro 4, 2013, em [http://www.observaport.org/sites/observaport.org/files/os\\_cuidados\\_continuados\\_portugal\\_1.pdf](http://www.observaport.org/sites/observaport.org/files/os_cuidados_continuados_portugal_1.pdf).

Oliveira, C., Rosa, M., Pinto, A., Botelho, M., Morais, A., & Veríssimo, M. (2008). *Estudo do perfil do envelhecimento da população portuguesa*. Coimbra: Gerpi.

- Oliveira, L., & Souza, S. (2012). *História das campanhas de alfabetização de adultos: Iniciativas para os moradores do campo*. Acedido em Outubro 21, 2013, em [http://www.histedbr.fae.unicamp.br/acer\\_histedbr/seminario/seminario9/PDFs/2.77.pdf](http://www.histedbr.fae.unicamp.br/acer_histedbr/seminario/seminario9/PDFs/2.77.pdf).
- OMS. (2002). *Cuidados inovadores para condições crónicas: Componentes estruturais de ação*. Acedido em Março 22, 2013, em [http://www.saude.es.gov.br/download/CUIDADOS\\_INOVADORES\\_DAS\\_CONDICOES\\_CRONICAS.pdf](http://www.saude.es.gov.br/download/CUIDADOS_INOVADORES_DAS_CONDICOES_CRONICAS.pdf).
- OMS. (2004). *Classificação Internacional de funcionalidade, incapacidade e saúde*. Lisboa: Direcção-Geral da Saúde.
- OMS. (2005). *Envelhecimento ativo: Uma política de saúde*. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde.
- OMS. (2011). *Declaração política do rio sobre determinantes sociais da saúde*. Acedido em Março 22, 2013, em [http://www.who.int/sdhconference/declaration/Rio\\_political\\_declaration\\_portuguese.pdf](http://www.who.int/sdhconference/declaration/Rio_political_declaration_portuguese.pdf).
- Paula, T. (2007). *Acessibilidade e mobilidade para todos: Apontamentos para uma melhor interpretação do DL 163/2006 de 8 de Agosto*. Lisboa : Secretariado Nacional de Reabilitação e Integração das Pessoas com Deficiência.
- Pedrazzi, E., Rodrigues, R., & Schiaveto, F. (2007). Morbidade referida e capacidade funcional de idosos. *Ciência, Cuidado e Saúde*, 6(4), 407-413.
- Pedroso, B., Pilatti, L., & Gutierrez, G. (2010). Cálculo dos escores e estatística descritiva do WHOQOL-OLD pelo microsoft excel. *Geriatrics & Gerontologia*, 4(4), 214-219.
- Pelegrino, S. (2009). *Perspectiva biopsicológica do envelhecimento*. São Paulo: Fundação Padre Anchieta.
- Pereira, R., Cotta, R., Franceschini, S., Ribeiro, R., Sampaio, R., Priore, S., & Cecon, P. (2006). Contribuição dos domínios físico, social, psicológico e ambiental para a qualidade de vida global de idosos. *Revista de Psiquiatria*, 28(1), 27-38.
- Pinto, J., González, J., Arenillas, J., Nogueras, A., & Gómez, F. (2010). A qualidade de vida relacionada com a saúde de doentes com doença pulmonar obstrutiva crónica e asma avaliada pelo SGRQ. *Revista Portuguesa de Pneumologia*, 16(4), 543-558.
- Plano Nacional de Saúde 2012-2016. (2012). *Perfil de saúde em Portugal*. Acedido em Março 22, 2013, em [http://pns.dgs.pt/files/2012/02/Perfil\\_Saude\\_2013-01-17.pdf](http://pns.dgs.pt/files/2012/02/Perfil_Saude_2013-01-17.pdf).
- Póvoa, V. (2010). *Escala de qualidade de vida para utentes de lar de idosos*. Dissertação de Mestrado em Gerontologia, Universidade de Aveiro, Aveiro.
- Rebelatto, J., & Morelli, J. (2004). *Fisioterapia Geriátrica: A prática da Assistência ao idoso*. (2ª ed.). São Paulo: Manole.
- Ribeiro, J. (1994). A importância da qualidade de vida para a psicologia da saúde. *Análise Psicológica*, 2-3 (XII), 179-191.
- Ribeiro, J. (2009). A importância da qualidade de vida para a psicologia da saúde. In: Cruz, J., Jesus, S., & Nunes, C. (2009). *Bem-Estar e Qualidade de Vida*. Alcochete: Textiverso.
- Rodrigues, R. (2007). *Avaliação comunitária de uma população de idosos: Da funcionalidade à utilização de serviços*. Tese de Doutoramento em Ciências de Enfermagem, Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar, Porto.

- Rodrigues, S., Oliveira, A., Vargas, A., Moreira, A., & Ferreira, E. (2012). Implications of edentulism on quality of life among elderly. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 9, 100-109.
- Rosa, T., Benício, M., Latorre, M., & Ramos, L. (2003). Fatores determinantes da capacidade funcional entre idosos. *Revista de Saúde Pública*, 37(1), 40-48.
- Sá, C., Margarido, I., Pereira, M., & Pereira, C. (2007). Um ano após avc- Que recuperação? Um estudo longitudinal prospectivo. *EssFisiOnline*, 3(3), 3-16.
- Santos, S., Santos, I., Fernandes, M., & Henriques, M. (2002). Qualidade de vida do idoso na comunidade: Aplicação da escala de flanagan. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 10(6), 757-764.
- Schalock, R., Bonham, G., & Marchand, C. (2000). Consumer based quality of life assessment: A path model of perceived satisfaction. *Evaluation and Program Planning*, 23, 77-87.
- Seidl, E., & Zannon, C. (2004). Qualidade de vida e saúde: Aspectos conceituais e metodológicos. *Cadernos de Saúde Pública*, 20(2), 580-588.
- Serga. (2011). *Protecção social a idosos: Rede de serviços e equipamentos sociais*. Acedido em Abril 8, 2013, em <http://www.updigital.pt/clientes/serga/website/userfiles/files/protec%C3%A7%C3%A3o%20social%20a%20idosos%20RN.pdf>.
- Silva, M., & Ferreira-Alves, J. (2012). O luto em adultos idosos: natureza do desafio individual e das variáveis contextuais em diferentes modelos. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 25(3), 588-595.
- Skevington, S. (1999). Measuring quality of life in Britain: Introducing the WHOQOL-100. *Journal of Psychosomatic Research*, 47(5), 449-459.
- Sousa, M. (2011). *Avaliação da qualidade de vida em doentes com avc*. Projecto e Estágio Profissionalizante II, Universidade Fernando Pessoa, Porto.
- Teixeira, L. (2010). *Solidão, depressão e qualidade de vida em idosos: Um estudo avaliativo exploratório e implementação- piloto de um programa de intervenção*. Tese de Mestrado em Psicologia, Universidade de Lisboa, Lisboa.
- Valada, M. (2011). *A arte da vida: Caminhar pelo envelhecimento com resiliência e com qualidade de vida*. Dissertação de Mestrado em Psicologia, Faculdade de Psicologia- Universidade Lusófona de Humanidades e Tecnologia, Lisboa.
- Valle, E., Castro-Costa, E., Firmo, J., Uchoa, E., & Lima-Costa, M. (2009). Estudo de base populacional dos fatores associados ao desempenho no mini exame do estado mental entre idosos: Projeto Bambuí. *Cadernos de Saúde Pública*, 25(4), 918-926.
- Vecchia, R., Ruiz, T., Bocchi, S., & Corrente, J. (2005). Qualidade de vida na terceira idade: Um conceito subjetivo. *Revista Brasileira de Epidemiologia*, 8(3), 246-252.
- Vintém, J. (2008). Inquéritos Nacionais de Saúde: Auto-percepção do estado de saúde: Uma análise em torno da questão de género e da escolaridade. *Psicologia da Saúde*, 26(2), 5-16.
- WHO. (2002). *Active ageing: A policy framework*. Acedido em Maio 22, 2013, em [http://whqlibdoc.who.int/hq/2002/who\\_nmh\\_nph\\_02.8.pdf](http://whqlibdoc.who.int/hq/2002/who_nmh_nph_02.8.pdf).
- WHO. (2006). *The WHOQOL-OLD module: Manual*. Acedido em Maio 22, 2013, em <http://library.cph.chula.ac.th/Ebooks/WHOQOL-OLD%20Final%20Manual.pdf>

Yümin, E., Simsek, T., Sertel, M., Öztürk, A., & Yümin, M. (2011). The effect of functional mobility and balance on health-related quality of life (HRQoL) among elderly people living at home and those living in nursing home. *Archives of Gerontology and Geriatrics*, 52(3), 180–184.

Zimmerman, G. (2000). *Velhice: Aspectos biopsicossociais*. Porto Alegre: Artmed Editora.



## **ANEXOS**



## **ANEXO I**

### **Instrumentos de recolha de dados**





## Questionário Sociodemográfico

Data de aplicação: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

Tipologia de resposta social: \_\_\_\_\_

1. Sexo: \_\_\_\_\_
2. Idade: \_\_\_\_\_
3. Estado Civil: \_\_\_\_\_
4. Habilitações literárias: \_\_\_\_\_
5. Local de residência: \_\_\_\_\_
6. Tem filhos: Sim  Não 
  - 6.1. Se respondeu sim, quantos filhos tem: \_\_\_\_\_
  - 6.2. Se respondeu não, quem são seus os familiares mais próximos: \_\_\_\_\_
7. Há quanto tempo está internado: \_\_\_\_\_

## Escala de Barthel Modificada

Data: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

Pontuação da Escala de Barthel Modificada: \_\_\_\_\_

## Escala de Barthel Modificada

O seguinte quadro apresenta os itens ou tarefas contados na escala de Barthel, com os valores correspondentes para a realização das tarefas.

	“Pode por si próprio”	“Pode com ajuda”	“Não pode”
<b>Nível de autonomia pessoal</b>			
1 – Beber por uma chávena	4	0	0
2 – Comer	6	0	0
3 – Vestir a parte superior do corpo	5	3	0
4 – Vestir a parte inferior do corpo	7	4	0
5 – Colocar cinto ou suspensórios	0	-2	(não aplicável)
6 – Higiene pessoal	5	0	0
7 – Lavar-se ou tomar banho	6	0	0
8 – Controlo da urina	10	5 (acidentes)	0 (incontinente)
9 – Controlo dos intestinos	10	5 (acidentes)	0(incontinente)
<b>Nível de mobilidade</b>			
10 – Sentar-se e levantar-se da cadeira	15	7	0
11 – Sentar-se e levantar-se da sanita	6	3	0
12 – Entrar e sair da banheira ou duche	1	0	0
13 – Andar 50 metros em piso plano	15	10	0
14 – Subir e descer um lanço de escadas	10	5	0
15 – SE NÃO ANDAR, impulsionar ou puxar uma cadeira de rodas	5	0	(não aplicável)

## Escala WHOQOL-OLD



### WHOQOL-OLD

#### Instruções

**ESTE INSTRUMENTO NAO DEVE SER APLICADO INDIVIDUALMENTE, MAS SIM EM CONJUNTO COM O INSTRUMENTO WHOQOL-BREF**

Este questionário pergunta a respeito dos seus pensamentos, sentimentos e sobre certos aspectos de sua qualidade de vida, e aborda questões que podem ser importantes para você como membro mais velho da sociedade.

Por favor, responda todas as perguntas. Se você não está seguro a respeito de que resposta dar a uma pergunta, por favor escolha a que lhe parece mais apropriada. Esta pode ser muitas vezes a sua primeira resposta.

Por favor tenha em mente os seus valores, esperanças, prazeres e preocupações. Pedimos que pense na sua vida nas duas últimas semanas.

Por exemplo, pensando nas duas últimas semanas, uma pergunta poderia ser:

**O quanto você se preocupa com o que o futuro poderá trazer?**

Nada	Muito pouco	Mais ou menos	Bastante	Extremamente
1	2	3	4	5

Você deve circular o número que melhor reflete o quanto você se preocupou com o seu futuro durante as duas últimas semanas. Então você circularia o número 4 se você se preocupou com o futuro "Bastante", ou circularia o número 1 se não tivesse se preocupado "Nada" com o futuro. Por favor leia cada questão, pense no que sente e circule o número na escala que seja a melhor resposta para você para cada questão.

**Muito obrigado(a) pela sua colaboração!**

As seguintes questões perguntam sobre o **quanto** você tem tido certos sentimentos nas **últimas duas semanas**:

old\_01 Até que ponto as perdas nos seus sentidos (por exemplo, audição, visão, paladar, olfato, tato), afetam a sua vida diária?

Nada	Muito pouco	Mais ou menos	Bastante	Extremamente
1	2	3	4	5

old\_02 Até que ponto a perda de, por exemplo, audição, visão, paladar, olfato, tato, afeta a sua capacidade de participar em atividades?

Nada	Muito pouco	Mais ou menos	Bastante	Extremamente
1	2	3	4	5

old\_03 Quanta liberdade você tem de tomar as suas próprias decisões?

Nada	Muito pouco	Mais ou menos	Bastante	Extremamente
1	2	3	4	5

old\_04 Até que ponto você sente que controla o seu futuro?

Nada	Muito pouco	Mais ou menos	Bastante	Extremamente
1	2	3	4	5

old\_05 O quanto você sente que as pessoas ao seu redor respeitam a sua liberdade?

Nada	Muito pouco	Mais ou menos	Bastante	Extremamente
1	2	3	4	5

old\_06 Quão preocupado você está com a maneira pela qual irá morrer?

Nada	Muito pouco	Mais ou menos	Bastante	Extremamente
1	2	3	4	5

old\_07 O quanto você tem medo de não poder controlar a sua morte?

Nada	Muito pouco	Mais ou menos	Bastante	Extremamente
1	2	3	4	5

old\_08 O quanto você tem medo de morrer?

Nada	Muito pouco	Mais ou menos	Bastante	Extremamente
1	2	3	4	5

old\_09 O quanto você teme sofrer dor antes de morrer?

Nada	Muito pouco	Mais ou menos	Bastante	Extremamente
1	2	3	4	5

As seguintes questões perguntam sobre **quão completamente** você fez ou se sentiu apto a fazer algumas coisas nas duas últimas semanas.

old\_10 Até que ponto o funcionamento dos seus sentidos (por exemplo, audição, visão, paladar, olfato, tato) afeta a sua capacidade de interagir com outras pessoas?

Nada	Muito pouco	Médio	Muito	Completamente
1	2	3	4	5

old\_11 Até que ponto você consegue fazer as coisas que gostaria de fazer?

Nada	Muito pouco	Médio	Muito	Completamente
1	2	3	4	5

old\_12 Até que ponto você está satisfeito com as suas oportunidades para continuar alcançando outras realizações na sua vida?

Nada	Muito pouco	Médio	Muito	Completamente
1	2	3	4	5

old\_13 O quanto você sente que recebeu o reconhecimento que merece na sua vida?

Nada	Muito pouco	Médio	Muito	Completamente
1	2	3	4	5

old\_14 Até que ponto você sente que tem o suficiente para fazer em cada dia?

Nada	Muito pouco	Médio	Muito	Completamente
1	2	3	4	5

As seguintes questões pedem a você que diga o quanto você se sentiu **satisfeito, feliz ou bem** sobre vários aspectos de sua vida nas duas últimas semanas.

old\_15. Quão **satisfeito** você está com **aquilo que alcançou** na sua vida?

Muito insatisfeito	Insatisfeito	Nem satisfeito nem insatisfeito	Satisfeito	Muito satisfeito
1	2	3	4	5

old\_16. Quão **satisfeito** você está com a **maneira com a qual** você usa o seu tempo?

Muito insatisfeito	Insatisfeito	Nem satisfeito nem insatisfeito	Satisfeito	Muito satisfeito
1	2	3	4	5

old\_17. Quão **satisfeito** você está com o seu **nível de atividade**?

Muito insatisfeito	Insatisfeito	Nem satisfeito nem insatisfeito	Satisfeito	Muito satisfeito
1	2	3	4	5

old\_18. Quão **satisfeito** você está com as **oportunidades que você tem para participar de atividades da comunidade**?

Muito insatisfeito	Insatisfeito	Nem satisfeito nem insatisfeito	Satisfeito	Muito satisfeito
1	2	3	4	5

old\_19. Quão **feliz** você está com as **coisas que você pode esperar daqui para frente**?

Muito infeliz	Infeliz	Nem feliz nem infeliz	Feliz	Muito feliz
1	2	3	4	5

old\_20. Como você **avaliaria o funcionamento dos seus sentidos (por exemplo, audição, visão, paladar, olfato, tato)**?

Muito ruim	Ruim	Nem ruim nem boa	Boa	Muito boa
1	2	3	4	5

As seguintes questões se referem a qualquer **relacionamento íntimo** que você possa ter. Por favor, considere estas questões em **relação** a um **companheiro** ou **uma pessoa próxima** com a qual você pode **compartilhar** (dividir) sua **intimidade** mais do que com qualquer outra pessoa em sua vida.

old\_21 Até que ponto você tem um sentimento de **companheirismo** em sua vida?

Nada	Muito pouco	Mais ou menos	Bastante	Extremamente
1	2	3	4	5

old\_22 Até que ponto você sente **amor** em sua vida?

Nada	Muito pouco	Mais ou menos	Bastante	Extremamente
1	2	3	4	5

old\_23 Até que ponto você tem **oportunidades para amar**?

Nada	Muito pouco	Médio	Muito	Completamente
1	2	3	4	5

old\_24 Até que ponto você tem **oportunidades para ser amado**?

Nada	Muito pouco	Médio	Muito	Completamente
1	2	3	4	5

Você tem algum comentário sobre o questionário?

**OBRIGADO(A) PELA SUA COLABORAÇÃO!**

## **ANEXO II**

### **Pedido de autorização ao Diretor do Centro Social do Orvalho**



Exmo Sr. Presidente

do Centro Social Padre Tomás D'Aquino Vaz de Azevedo

**Assunto:** Pedido de autorização para a realização da investigação

Orvalho, 15 de Dezembro de 2012

Eu, Sandra Cristina Martins Alves Ferreira, venho por este meio solicitar a colaboração da V. Instituição, no sentido de realizar a recolha de dados para fins de investigação relativa à unidade curricular de Projeto, integrada no Mestrado de Gerontologia Social, da Escola Superior de Educação de Castelo Branco, sob orientação da Professora Doutora Ana Paula Pires Rodrigues Belo e co-orientação da Professora Mestre Eugénia Nunes Grilo. Os dados recolhidos são confidenciais e em algum momento os participantes serão identificados, bem como o funcionamento da instituição não será posto em causa.

Com os melhores cumprimentos,

---

(Sandra Cristina Martins Alves Ferreira)

---

(Presidente Sr. António Natário)



## **ANEXO III**

### **Consentimento informado**



### **Consentimento informado**

Estou de acordo em participar no Estudo “Funcionalidade e Qualidade de vida em Contexto de Cuidados de Longa Duração”, integrado na investigação para a obtenção do grau de Mestre em Gerontologia Social pela Escola Superior de Educação de Castelo Branco, a decorrer no Centro Social do Orvalho.

Foi-me dado uma explicação integral da natureza e objetivos do estudo e concedida a possibilidade de indagar e esclarecer todos os aspetos que me parecem pertinentes.

Sei que sou livre de abandonar o estudo, se for esse o meu desejo. A minha identidade jamais será revelada e os dados permanecerão confidenciais. Concordo que os dados sejam analisados pela investigadora envolvida no estudo.

Concordo em que não procurarei restringir o uso dos resultados para os quais o estudo se dirige.

Data:

\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

Assinatura:

\_\_\_\_\_