



# **Influência da Lombalgia na Perceção de Saúde e Qualidade de Vida das Pessoas Idosas**

Ana Isabel Micaelo Esteves

## **Orientadores**

Orientadora Professora Doutora Eugénia Nunes Grilo

Trabalho de Projeto apresentado 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 Eugénia Nunes Grilo, do Instituto Politécnico de Castelo Branco.

**Maio de 2018**



## Composição do júri

Presidente do júri

Professora Doutora, Maria João da Silva Guardado Moreira

Professora Coordenadora da Escola Superior de Educação do Instituto Politécnico de Castelo Branco

Vogais

Professor Doutor, Florêncio Vicente Castro

Professor da Universidade da Extremadura

Professora Doutora, Eugénia Nunes Grilo

Professora Adjunta da Escola Superior de Saúde Dr. Lopes Dias do Instituto Politécnico de Castelo Branco



## Agradecimentos

Para que este trabalho tivesse sido possível, foi necessária a colaboração de várias pessoas e entidades.

Agradeço em especial:

À minha orientadora, Professora Doutora Eugénia Grilo, pelo incentivo, disponibilidade, pelos valiosos conselhos e sugestões.

À direção clínica da Affidea de Castelo Branco, principalmente à Dra Paula Avidago, pelo apoio e confiança demonstrada.

Às pessoas idosas que se disponibilizaram a colaborar no estudo, pela partilha de experiências e ensinamentos.

Aos meus colegas de trabalho, pela colaboração, paciência e compreensão.

Ao professor João Belo, pelas dicas ao nível do tratamento estatístico no programa SPSS.

Mas em particular à minha família, principalmente aos meus pais e ao meu marido, pelo carinho, apoio incondicional e encorajamento nos momentos mais difíceis.



## Resumo

Este estudo teve como objetivos caracterizar as pessoas idosas, com lombalgia, avaliar a sua perceção de qualidade de vida e perceção de saúde, definir o perfil da lombalgia nas pessoas idosas e propor um conjunto de medidas suscetíveis de ajudarem os mais velhos a melhorar o seu controlo sobre a doença e a sua perceção da saúde e qualidade de vida.

Tratou-se de um estudo exploratório descritivo e os dados foram obtidos através de um questionário sócio-demográfico, de instrumentos de qualidade de vida e perceção da saúde e analisados através da estatística descritiva, usando o programa *Statistical Package for Social Sciences*, Versão 20.

Participaram 40 pessoas com idades compreendidas entre os 65 e os 88 anos que recorreram ao serviço de imagiologia da clínica Affidea de Castelo Branco. A média de idades das idades foi de 74,4 anos.

Os resultados evidenciaram uma perceção baixa do estado de saúde para a maioria das pessoas, contudo a perceção da qualidade de vida foi considerada bastante satisfatória (score médio = 86,58). Em relação aos domínios o maior score obtido foi no domínio da autonomia (score médio = 15,55) e o menor score foi o da morte e morrer (score médio = 13,68). Os domínios funcionamento sensorial, participação social, intimidade e atividades passadas, presentes e futuras obtiveram scores médios de 14,88; 14,55; 13,98 e 13,95, respetivamente.

Concluimos que apesar da amostra ter apresentado uma perceção de qualidade de vida satisfatória a perceção de saúde é baixa, provavelmente associada a desconhecimento e à falta de controlo sobre os processos que decorrem do envelhecimento, à falta de saúde e ao medo do desconhecido.

## Palavras-chave

Lombalgia, perceção de saúde, qualidade de vida, pessoas idosas



## Abstract

The aims of this study were to characterize the self-perceived health and the quality of life of elderly with low back pain, to define the profile of low back pain in the elderly and to propose a set of measures that can help the elderly to improve their control over the disease and their self-perceived health and quality of life.

It was a descriptive and exploratory study, the data were collected through a socio-demographic questionnaire and quality of life and self-perceived-health instruments. The analyses was based on descriptive statistics, using SPSS program (Statistical Package for Social Sciences), Version 20.

Participants included 40 elderly people aged between 65 and 88 years old, mean age 74,4 years, who used the imaging department of clínica Affídea Castelo Branco.

It was observed a low self-perceived health, however quality of life perception was considered quite satisfactory (mean score = 86.58). Regarding the quality of life domains of the WHOQOL-OLD scale, the highest score was autonomy (mean score = 15.55) and the lowest score was death and dying (mean score = 13.68). The sensory functioning, social participation, intimacy and past, present and future activities domains obtained average scores of 14.88; 14.55; 13.98 and 13.95, respectively.

It was observed that although the participants had a satisfactory quality of life, self-perceived health is low. These facts are probably associated with lack of knowledge and lack of control over the aging processes, lack of health and fear of the unknown.

## Keywords

Low back pain, self-perceived health, quality of live, elderly



# Índice geral

INTRODUÇÃO .....	1
<b>I - ENQUADRAMENTO TEÓRICO .....</b>	<b>3</b>
1. DEMOGRAFIA E ENVELHECIMENTO .....	3
1.1. Situação demográfica em Portugal .....	3
2. ENVELHECIMENTO HUMANO .....	6
2.1. Alterações no processo de envelhecimento .....	6
3. PERCEÇÃO DO ESTADO DE SAÚDE .....	9
3.1. Saúde e percepção do estado de saúde .....	9
3.2. Auto percepção de saúde nas pessoas idosas .....	11
4. QUALIDADE DE VIDA .....	13
4.1. Qualidade de vida e saúde .....	14
4.2. Qualidade de vida nas pessoas idosas .....	15
4.3. Avaliação da qualidade de vida .....	16
5. LITERACIA EM SAÚDE .....	18
6. LOMBALGIA NAS PESSOAS IDOSAS .....	20
6.1. Constituição e funções do sistema músculo-esquelético .....	20
6.2. Causas e fatores de risco .....	21
6.3. Influência da lombalgia no processo de envelhecimento .....	23
<b>II- PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS .....</b>	<b>24</b>
2.1 Problema e Objetivos .....	24
2.2 Tipo de Estudo .....	24
2.3 Local e duração do estudo .....	25
2.4 População e amostra .....	25
2.5 Instrumentos de recolha de dados .....	26
2.5.1 Questionário sócio-demográfico .....	26
2.5.2 Questionário de percepção do estado de saúde (SF-12) .....	26
2.5.3 Questionário de qualidade de vida (WHOQOL OLD) .....	27
2.6 Recolha e Análise dos dados .....	29
2.7 Questões Ético-Legais .....	29
<b>3. RESULTADOS .....</b>	<b>31</b>
3.1. Caracterização sociodemográfica da amostra .....	31

3.2.Percepção do estado de saúde .....	34
3.3.Percepção Qualidade de Vida .....	38
<b>4.DISSCUSSÃO</b> .....	39
<b>5. CONCLUSÃO</b> .....	45
<b>6. PROPOSTA DE INTERVENÇÃO</b> .....	47
Literacia em saúde: Prevenção das lombalgias .....	47
Folhetos Informativos e posters: Propostas de conteúdos.....	47
<b>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS</b> .....	50
<b>ANEXOS</b> .....	55
<b>ANEXO I</b> .....	55
Instrumentos de Recolha de Dados .....	55
<b>ANEXO II</b> .....	63
Pedido de Autorização para realização do estudo.....	63
<b>ANEXO III</b> .....	64
Consentimento Informado.....	64
<b>ANEXO IV</b> .....	65
Pedidos de autorização para utilização dos instrumentos.....	65

## Índice de figuras

<b>Figura 1:</b> Estrutura etária da população portuguesa, por sexo, 2001 e 2011. (Fonte: INE, 2012) .....	4
<b>Figura 2:</b> Distribuição da percentagem de jovens e idosos em Portugal, no ano de 2011. (Fonte: INE, 2012). .....	5
<b>Figura 3:</b> Percentagem de distribuição da amostra segundo a proveniência .....	32
<b>Figura 4:</b> Gráfico relativo à ocupação profissional anterior dos participantes .....	33
<b>Figura 5:</b> Perceção do estado de saúde dos participantes .....	34
<b>Figura 6:</b> Perceção dos participantes relativamente à limitação da saúde nas atividades diárias moderadas .....	35
<b>Figura 7:</b> Perceção dos participantes relativamente à limitação na realização de atividades, devido ao estado de saúde físico nas últimas 4 semanas .....	35
<b>Figura 8:</b> Perceção dos participantes relativamente ao tempo de limitação na realização de atividades nas últimas 4 semanas. ....	36
<b>Figura 9:</b> Perceção dos participantes relativamente ao tempo em se sentiu limitado nas atividades, devido a problemas emocionais, tal como sentir-se deprimido(a) e/ou ansioso(a) .....	36
<b>Figura 10:</b> Perceção dos participantes relativamente à interferência da dor com o trabalho normal.....	37
<b>Figura 11:</b> Perceção dos participantes relativamente ao tempo em que se sentiu deprimido, nas últimas quatro semanas.....	37



## Lista de tabelas

<b>Tabela 1:</b> Alterações fisiológicas devidas ao processo de envelhecimento .....	8
<b>Tabela 2:</b> Fatores de risco que favorecem o desenvolvimento de dor lombar nos idosos.....	22
<b>Tabela 3:</b> Versão final do instrumento WHOQOL-OLD: Facetas e conteúdos dos itens.....	28
<b>Tabela 4:</b> Caracterização da amostra segundo a idade .....	31
<b>Tabela 5:</b> Caracterização da amostra segundo o estado civil .....	31
<b>Tabela 6:</b> Distribuição da amostra de acordo com o sexo e estado civil .....	31
<b>Tabela 7:</b> Caracterização da amostra de acordo com o sexo e co-habitação .....	32
<b>Tabela 8:</b> Perceção do estado de saúde da amostra, consoante o sexo .....	34
<b>Tabela 9:</b> Score total da escala WHOQOL-OLD.....	38
<b>Tabela 10:</b> Score relativo a cada domínio da escala WHOQOL-OLD.....	38



## **Lista de abreviaturas e siglas**

AVD's – Atividades de vida diária

DGS – Direção Geral de Saúde

INE – Instituto Nacional de Estatística

OMS – Organização Mundial de Saúde

SF-12 – *The 12-item short form health survey*

SF-36 – *Medical Outcomes Study 36 – item short form health*

SPSS – *Statistical Package Social Sciences*

Rx – Raios X

WHO – *World Health Organization*



## INTRODUÇÃO

Este trabalho de projeto foi realizado no âmbito do Mestrado de Gerontologia Social da Escola Superior de Educação, em parceria com a Escola Superior de Saúde Dr. Lopes Dias, do Instituto Politécnico de Castelo Branco. Tem como principal finalidade explorar a influência da lombalgia na percepção que as pessoas idosas têm do seu estado de saúde e da sua qualidade de vida, de modo a compreender melhor as suas necessidades e eventualmente propor estratégias capazes de contribuir para a melhoria da qualidade de vida dos mais velhos.

A escolha do tema deveu-se ao interesse pessoal e à minha experiência profissional, enquanto técnica de radiologia, em abordar a problemática da lombalgia no envelhecimento, uma vez que constato diariamente o impacto que esta condição gera na saúde e qualidade de vida das pessoas, sobretudo das pessoas mais velhas.

O envelhecimento populacional é a nível mundial uma realidade que tende a aumentar sobretudo nos países desenvolvidos, de acordo com as projeções do Instituto Nacional de Estatística (INE, 2014), embora a população residente em Portugal tenda a diminuir até 2060. De acordo com as mesmas projeções é previsível uma redução significativa da percentagem da população em idade ativa e um continuado e forte envelhecimento da população mais idosa com um decréscimo da população jovem. Esta realidade transversal a outros estados, coloca desafios constantes à organização social, cultural, económica e política dos países.

De acordo com a Organização Mundial de Saúde/*World Health Organization* (WHO), o processo de envelhecimento é caracterizado por evidentes perdas e limitações de funcionalidade, sendo a tendência para a presença de patologias crónicas e degenerativas, que geram incapacidades (WHO, 2015). Neste contexto, existe cada vez mais a necessidade de estudar as características específicas da população idosa, visando conhecer as suas necessidades e assim melhorar a sua qualidade de vida, para que possam viver mais anos com baixa probabilidade de doenças e incapacidades.

A lombalgia é um problema musculoesquelético com alta prevalência. É um dos sintomas mais frequentemente relatados pelas pessoas idosas e pode ser desencadeada por diversos fatores que interferem na sua funcionalidade, autonomia e independência, gerando sofrimento físico e psicológico (Stefane, Santos, Marinovic & Hortense, 2013). Deste modo, compreender de que forma a lombalgia afeta a percepção do estado de saúde e a qualidade de vida das pessoas idosas despertou o interesse pelo presente estudo.

A condição de saúde dos indivíduos, de acordo com Sciliar (2007), depende de múltiplos aspetos como a época ou lugar em que a pessoa vive, a classe social, a que pertence e os valores individuais. É por isso influenciada por aspetos pessoais, psicológicos, fisiológicos e sociais nomeadamente as experiências do passado,

educação, estatuto económico. Assim sendo, a saúde deve ser vista a partir de uma visão ampla e holística valorizando aspetos como o bem-estar e a qualidade de vida (Ferreira, 2011).

A perceção de qualidade de vida inclui fatores relacionados com a saúde e com outros aspetos da vida e resulta da diferença entre as expectativas individuais e a experiência real, que por sua vez refletem o modo como o indivíduo apreende e reage a todos os fatores. É uma perceção subjetiva e pessoal e determina os sentimentos da pessoa, sobre o seu estado de saúde e sobre outros aspetos da vida (Pereira e Ramalheiro, 2006). O conceito é composto de uma complexa mistura de fatores que moldam a perceção do indivíduo com dimensões objetivas e subjetivas, que interagem entre si (Murphy, Cooney, Shea e Casey, 2009).

Outro aspeto fundamental das sociedades contemporâneas envelhecidas é a educação para a saúde. A aquisição de competências nesta área ou literacia em saúde, com o intuito de habilitar as pessoas a aumentarem a sua capacidade de controlo e gestão da sua saúde é reconhecida pela Organização Mundial de Saúde (OMS/WHO) como fundamental (WHO, 2002). A literacia em saúde constitui, um conjunto de saberes e práticas orientados para a prevenção de doenças e promoção da saúde. O despacho nº3618-A/2016 da República Portuguesa reforça a sua importância sublinhando que existem baixos níveis de literacia em saúde e que educação, a literacia e o autocuidado são de grande importância não só para a promoção e proteção da saúde da população mas também para a efetividade e eficiência da prestação de cuidados de saúde.

Tendo por base estas permissas e o interesse pessoal e profissional pela temática propus para este trabalho caracterizar as pessoas idosas, com indicação clínica para realização de exame radiológico da coluna lombar, em termos de idade, sexo, estado civil, proveniência, escolaridade e ocupação; avaliar a sua qualidade de vida e a sua perceção de saúde; definir o perfil da lombalgia nas pessoas idosas; propor um conjunto de medidas suscetíveis de melhorar o controlo sobre a doença dos mais velhos e a sua perceção da saúde e qualidade de vida.

Este trabalho encontra-se estruturado em seis capítulos. Na primeira parte faz-se o enquadramento do tema, através da revisão da literatura dos conceitos-chave: contextualização do envelhecimento, perceção do estado de saúde, qualidade de vida, literacia em saúde e lombalgia de forma a verificar como diferentes autores abordam estas problemáticas. O segundo capítulo corresponde aos procedimentos metodológicos, ou seja à descrição de todas as etapas da pesquisa, onde se refere o tipo, o local e a duração do estudo, a população e a amostra, os instrumentos de recolha de dados, os métodos de recolha e análise dos dados e os aspetos ético-legais. O terceiro capítulo destina-se à apresentação dos resultados do estudo. No quarto capítulo discutem-se os resultados obtidos, tendo como base a revisão da literatura efetuada, no capítulo cinco apresentam-se as conclusões e por fim, no capítulo seis apresenta-se a proposta de intervenção.

# I - ENQUADRAMENTO TEÓRICO

## 1. DEMOGRAFIA E ENVELHECIMENTO

O envelhecimento demográfico ou seja, *“a evolução da estrutura etária que se traduz por uma redução da importância dos indivíduos nas idades mais jovens ou por um aumento da importância dos indivíduos nas idades mais avançadas constitui uma das principais características das sociedades atuais”* (Rosa, 1996, p. 1183). A sua abordagem tem adquirido uma grande importância não só nos países da Europa, mas também na América do Norte, América Latina e Ásia, fruto das alterações dos padrões de natalidade e do aumento gradual da esperança média de vida (Dias & Rodrigues, 2012).

De acordo com Carneiro (2012), Portugal tal como os restantes países da Europa, apresenta alterações demográficas de grande escala com importantes repercussões económicas culturais e sociais. *“As projeções oficiais disponíveis indicam uma dinâmica populacional sem precedentes na história portuguesa, com um crescente peso das populações séniores e uma redução secular do peso da população ativa”* (Carneiro, 2012, p.31). Este acontecimento transformou as pessoas idosas num grupo social que atrai o interesse individual e coletivo de forma crescente, devido às implicações a nível familiar, social, económico e político (Osório, 2007).

### 1.1. Situação demográfica em Portugal

Segundo o Instituto Nacional de Estatística (INE, 2012), Portugal tem assistido ao progressivo envelhecimento da sua população como consequência da redução da taxa de natalidade, aumento da longevidade e da esperança média de vida.

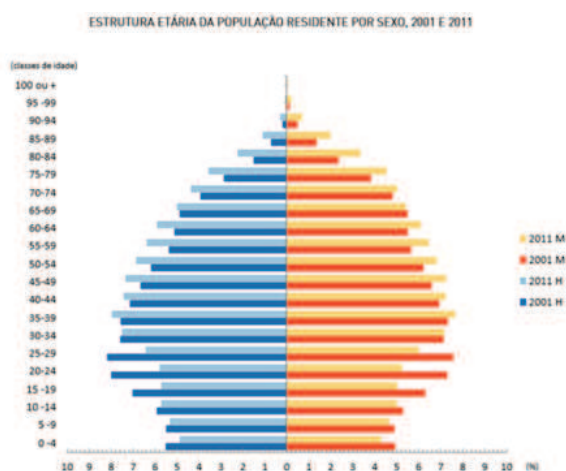
Os resultados dos Censos de 2011 (INE, 2012) mostravam que a percentagem de jovens (indivíduos com menos de 15 anos) recuou de 16%, em 2001, para 15% em 2011, enquanto na população idosa (indivíduos com 65 ou mais anos) se assistiu ao movimento inverso tendo passado de 16% em 2001 para 19% em 2011. Como consequência, o índice de envelhecimento, ou seja, a relação existente entre o número de idosos por cada 100 jovens de uma população agravou-se para 128, o que significa em 2011 que por cada 100 jovens existiam 128 idosos. De acordo com os dados da Pordata (2018a), em 2016 este valor, ou seja a percentagem de idosos atingiu os 148,7%.

O índice de longevidade é um indicador que relaciona a população com 75 ou mais anos com o total da população idosa. Em 2011 este índice era de 48, contra 41 em 2001 e 39 em 1991, confirmando o aumento progressivo das últimas três décadas. O aumento da esperança média de vida reflete também a forma como este indicador

tem vindo a progredir nas últimas décadas (INE, 2012), prolongamento da esperança média de vida, esse, que faz prever um forte crescimento da população idosa.

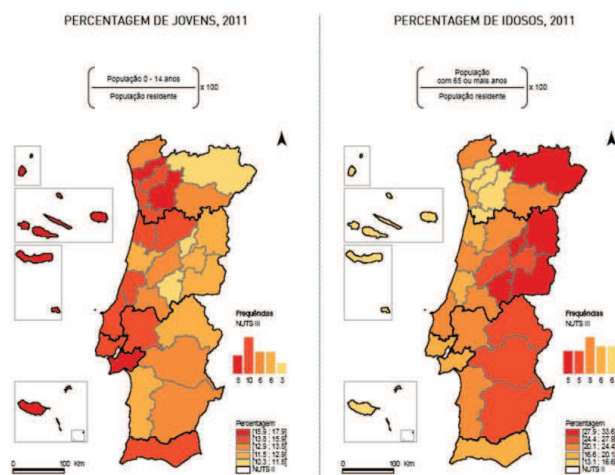
Segundo Dias e Rodrigues (2012) uma grande parte das modificações demográficas atuais decorrem de alterações nos modelos sociais e culturais dominantes, onde se destacam o reforço do papel da mulher no mercado de trabalho e a sua progressiva emancipação social, a generalização dos métodos contraceptivos e do planeamento familiar que se assumiram como fatores decisivos para a alteração da dinâmica natalista predominante até à 6ª década do século passado, mas também ao aumento significativo da esperança média de vida relacionado sobretudo com melhores condições sociais e tecnológicas e com os progressos da medicina.

A diminuição da taxa de fecundidade, o aumento da longevidade e da esperança média de vida refletem-se na composição da estrutura etária da população, que se manifesta pelo estreitamento da base da pirâmide, em consequência do declínio da natalidade. Observa-se paralelamente uma menor proporção de jovens e simultaneamente, a ampliação do topo da pirâmide em resultado do aumento da percentagem da população com 65 e mais anos de idade. Assim, de acordo com Carrilho e Craveiro (2014), podemos afirmar que atualmente, a situação demográfica em Portugal, se caracteriza por uma população duplamente envelhecida, refletida na estrutura da pirâmide etária (figura 1).



**Figura 1:** Estrutura etária da população portuguesa, por sexo, 2001 e 2011. (Fonte: INE, 2012)

O agravamento do envelhecimento da população é um fenómeno transversal a todas as regiões do país e tendo vindo a ocorrer de forma generalizada em todo o território nacional. Contudo não se manifesta de forma homogénea em todo o território. De acordo com INE (2012), os fortes movimentos migratórios, quer externos quer internos, têm deixado mais envelhecido o interior com a migração das gerações mais novas para o estrangeiro e para os grandes centros urbanos do litoral (figura 2).



**Figura 2:** Distribuição da percentagem de jovens e idosos em Portugal, no ano de 2011. (Fonte: INE, 2012).

Segundo as projeções do INE (2014), a população residente em Portugal tenderá a diminuir até 2060, com redução significativa da percentagem da população em idade ativa, ou seja, nos indivíduos que têm entre os 15 e os 64 anos, acompanhado de um continuado e forte envelhecimento da população mais idosa e um decréscimo da população jovem.

A variação nos padrões demográficos da população portuguesa tem implicações profundas na sociedade exigindo desta uma adaptação às novas necessidades e impondo múltiplos desafios aos indivíduos e às sociedades. De acordo com a OMS (WHO, 2002), este aumento da longevidade é acompanhado por modificações no perfil de saúde da população, que se caracteriza pelo predomínio de doenças crónicas não transmissíveis e incapacitantes, como a hipertensão arterial, a diabetes, as doenças cardiovasculares, a doença pulmonar obstrutiva crónica, as doenças mentais e as neoplasias e as doenças músculo-esqueléticas. Estas alterações não só do padrão epidemiológico, mas também da estrutura e comportamentos sociais vêm determinando novas necessidades de saúde, para as quais também são necessárias respostas adequadas.

A Direção Geral de Saúde (DGS, 2004), também reforça que o processo de envelhecimento demográfico, associado às mudanças na estrutura e comportamentos sociais e familiares, determinará, nos próximos anos, novas necessidades em saúde, lançando enormes desafios. Estes desafios, endereçados aos sistemas de saúde, referem-se não apenas à garantia de acessibilidade e qualidade dos cuidados, mas também à sustentabilidade dos próprios sistemas exigindo que ao aumento da esperança de vida à nascença, corresponda um aumento da esperança de vida com saúde.

## 2. ENVELHECIMENTO HUMANO

Figueiredo (2014, p. 21), define o envelhecimento humano como *“um processo caracterizado por alterações progressivas a nível físico e psicológico que conduzem ao aparecimento de patologias crónico-degenerativas e perturbações mentais e comportamentais, que podem conduzir à incapacidade.”* Para Martins (2012) este processo surge associado ao declínio de funções biológicas, sociais e funcionais, que comprometem a funcionalidade, a autonomia e a independência dos indivíduos. As modificações que vão surgindo com o avançar da idade, tanto a nível morfológico, funcional, bioquímico como psicológico, concorrem de forma gradual e progressiva para a perda das capacidades de adaptação ao meio ambiente. E a perda de capacidade de adaptação, origina maior vulnerabilidade e maior incidência de processos patológicos. E a maior vulnerabilidade e incidência de processos patológicos influenciam a independência das pessoas idosas, afetando o seu estado de saúde e a sua qualidade de vida (Martins, 2012). Contudo, o ritmo do declínio das funções orgânicas não é uniforme nem homogêneo. Varia não só de órgão para órgão e também entre idosos da mesma idade. Tal facto é justificado pelos diferentes efeitos que o envelhecimento produz de uma pessoa para a outra (Martins, 2003).

Para Gorman (2000) referido por Carneiro (2012, p.35) envelhecimento humano *“é, naturalmente, uma realidade biológica que tem a sua dinâmica própria, em grande parte fora do controle humano”*. Além disso está sujeito às construções pelas quais, em cada sociedade a velhice faz ou não sentido. No mundo desenvolvido, o tempo cronológico desempenha um papel essencial. Na maior parte dos países desenvolvidos a idade de 65 ou 66 anos, está legislada como a idade da reforma e assim o início da velhice. Mas em muitas regiões do mundo, como por exemplo nos países em desenvolvimento, o tempo cronológico tem pouca ou nenhuma importância no sentido daquilo que é ser idoso (Carneiro, 2012). Ainda assim, existem um conjunto de alterações a nível da morfologia e das funções humanas que são transversais a todas as pessoas à medida que envelhecem embora se reconheça a particularidade de cada pessoa.

### 2.1. Alterações no processo de envelhecimento

A biologia e a genética, como foi descrito, têm grande influência sobre o envelhecimento. De acordo com a OMS, o processo de envelhecer pode ser definido como uma deterioração funcional, progressiva e generalizada, resultando numa perda de resposta adaptativa às situações do quotidiano e a maior suscetibilidade de desenvolver doenças relacionadas à velhice (WHO, 2002).

O envelhecimento é acompanhado de modificações fisiológicas normais relacionadas ao aumento da idade, resultantes de processos intrínsecos que se manifestam a nível dos órgãos, tecidos e células (WHO, 2015). A nível orgânico, o envelhecimento associa-se à acumulação de danos estruturais e funcionais como por

exemplo a diminuição da amplitude de movimentos ou da força muscular, podendo também ocorrer alterações nos sistemas cardiovascular, neurológico, funções intestinal, gènito-urinária, renal e hepática ou alterações cutâneas. Com o tempo, ocorre uma perda gradual das reservas fisiológicas, um aumento do risco de contrair diversas doenças e um declínio geral na capacidade intrínseca do indivíduo, com repercussões na sua funcionalidade (WHO, 2015).

O sistema sensorial é um dos sistemas que ao longo dos anos vai sofrendo perdas graduais, que podem limitar a independência e desempenho na realização das atividades de vida diária e na participação social, podendo assumir importantes consequências psicológicas e sociais (Lamas & Paúl, 2013). Com o avançar da idade, verifica-se um aumento gradual na perda auditiva, visual, gustativa, olfativa e táctil devido à diminuição do número de neurónios sensoriais, à diminuição da função dos neurónios remanescentes e do processamento feito pelo sistema nervoso central (Lamas & Paúl, 2013). Estas alterações nas funções sensoriais assumem implicações na vida das pessoas idosas, afetando a sua segurança e sua qualidade de vida.

De acordo Hoeman, (2011) no sistema músculo-esquelético, verifica-se uma perda de massa muscular e da elasticidade dos tendões e ligamentos. Há um enfraquecimento do tónus muscular e da constituição óssea que leva a mudanças na postura, acentuando-se ainda mais as curvaturas normais da coluna dorsal e lombar. Os discos intervertebrais perdem o seu conteúdo líquido, importante para a absorção de choques e estas mudanças, juntamente com alterações de densidade mineral óssea nas vértebras, ocasionam a compressão dos discos, que, por sua vez, influencia a redução da coluna vertebral, causando a perda subsequente de altura. As articulações ficam com maior rigidez, reduzindo a extensão dos movimentos e produzindo alterações no equilíbrio e na marcha, os músculos ficam atrofiados e com diminuição da força.

Para Silveira, Pasqualotti, Colussi, Vidmar & Wibeling (2010) a diminuição da resistência da coluna vertebral, que acontece com o passar dos anos, dá origem a dor e a consequentes limitações funcionais que conduzem à diminuição da autonomia e qualidade de vida.

**Tabela 1:** Alterações fisiológicas devidas ao processo de envelhecimento

<b>Aparelho ou Sistema</b>	<b>Alterações esperadas com a idade</b>
Sistema Musculoesquelético	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Diminuição da altura</li> <li>- Diminuição da mobilidade</li> <li>- Diminuição da densidade óssea</li> <li>- Diminuição da força muscular e presença de atrofia</li> <li>- Diminuição da estatura e postura</li> <li>- Rigidez articular</li> </ul>
Sistema Neurológico	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Diminuição da memória a curto prazo</li> <li>- Reflexos mais lentos</li> <li>- Redução dos receptores sensoriais para a temperatura, dor e discriminação tátil</li> <li>- Diminuição do equilíbrio e da coordenação</li> <li>- Diminuição da percepção, processamento e integração da informação sensorial</li> </ul>
Sistema Cardiopulmonar	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Diminuição da força de bombeamento do coração</li> <li>- Perda de elasticidade nas paredes e dos vasos arteriais</li> <li>- Atrofia do músculo cardíaco</li> <li>- Diminuição da força dos músculos respiratórios</li> <li>- Diminuição da capacidade vital</li> <li>- Aumento do risco de infeção pulmonar</li> </ul>
Órgãos dos sentidos	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Diminuição da audição</li> <li>- Diminuição da visão</li> <li>- Diminuição da percepção dos objetos</li> <li>- Diminuição da percepção, discriminação e reconhecimento de sabores e odores</li> </ul>

Fonte: Adaptado de Hoeman (2011, p. 697)

Sob o ponto de vista psicológico e de acordo com Fonseca (2010), também se registam alterações. O envelhecimento abrange uma série de alterações emocionais, que advêm da mudança de papéis sociais, da quebra de relações interpessoais e de comprometimentos da própria identidade. Nem todos os indivíduos lidam com estas transformações da mesma forma, sendo a combinação de características biológicas, psicológicas e sociais importantes neste processo adaptativo.

Durante esta fase do ciclo de vida, algumas capacidades cognitivas, como a aprendizagem, a memória, a capacidade de resolver problemas e de adaptação a mudanças e perdas diminuem. Frequentemente, o declínio no funcionamento cognitivo é provocado pelo desuso, pela presença de doenças psicológicas, como a ansiedade e depressão, por fatores comportamentais, como por exemplo o consumo excessivo de álcool e medicamentos, fatores psicológicos como a falta de motivação, de confiança e baixas expectativas e ainda fatores sociais, como a solidão e o isolamento (WHO, 2002).

O envelhecimento, para além de incluir processos biológicos e psicológicos, é também um processo cultural e social, que resulta de atitudes e mentalidades de determinado contexto e das condições de vida (Osório, 2007).

Paúl e Fonseca (2005) sistematizam o processo de envelhecimento a partir de três elementos: a senescência, onde o envelhecimento biológico advém da vulnerabilidade crescente e de maior probabilidade de falecer; o envelhecimento social, referente aos papéis sociais e às expectativas da sociedade e o envelhecimento psicológico, definido pela regulação do próprio indivíduo, em tomar decisões e opções.

Face a estas modificações, mais ou menos inevitáveis, e tal como defende a Organização Mundial de Saúde (WHO, 2015) é fundamental que o indivíduo aceite, aprenda e se adapte a esta nova realidade, fazendo uma gestão da sua saúde e ou doença, quando presente, de forma a poder viver o mais tempo possível de forma independente, no seu meio habitual de vida e satisfazer todas as suas necessidades.

Deste modo, entender o processo de envelhecimento é importante, não só para compreender a etiologia associada aos seus processos degenerativos, mas também para que cada indivíduo possa delinear estratégias de prevenção e reabilitação da doença, de forma a melhorar a qualidade de vida das pessoas idosas.

### **3. PERCEÇÃO DO ESTADO DE SAÚDE**

#### **3.1. Saúde e percepção do estado de saúde**

De acordo com Ferreira (2011) o conceito de saúde é de extrema complexidade dada a carga subjetiva que comporta. A definição de saúde da Organização Mundial de Saúde (OMS), já com algumas décadas de existência, tem sofrido evoluções ao longo dos tempos, sendo notória uma preocupação dos responsáveis pelo seu conceito, em compreendê-la mais do que a ausência de doença, deixando também de ser centrada apenas no indivíduo e passando a ser vista na relação deste com a comunidade.

Segundo a OMS (WHO, 2002, p. 12) o termo saúde refere-se ao “*estado de completo bem-estar físico, mental e social e não somente a ausência de afeções e enfermidades*” e o direito à saúde é um direito fundamental da pessoa, que deve ser assegurado sem distinção de raça, de religião, ideologia política ou condição sócio-económica.

Ciconelli (2003) sublinha que esta definição demonstra bem o carácter complexo, dinâmico e multidimensional do conceito, uma vez que abrange as dimensões biológica, psicológica e social e encara a saúde dos indivíduos como um estado positivo no contexto de vida de cada um. Envolve não só a componente física, mas também as componentes psíquica e social, factos que têm contribuído para que um dos paradigmas da medicina fosse a minimização dos danos causados pelas doenças e a promoção de uma melhor condição de saúde.

Para Sciliar (2007), a condição de saúde depende de aspetos como a época, o lugar ou a classe social. Depende também de valores individuais, concepções científicas, religiosas e filosóficas. Assim, face ao exposto e, tal como defende Ferreira (2011), a saúde do indivíduo é influenciada por aspetos pessoais, psicológicos, fisiológicos e sociais, nomeadamente as experiências do passado, educação, estatuto económico, contatos sociais, condições habitacionais, capacidade física, atitudes e crenças. Assim sendo, a saúde deve ser vista a partir de uma visão ampla e holística valorizando aspetos como o bem-estar e a qualidade de vida.

O *World report on ageing and health* (WHO, 2015) refere que depois dos 60 anos, a incapacidade e a morte resultam em grande parte das perdas relacionadas com a idade concretamente as relacionadas com a audição, visão, mobilidade, doenças cardíacas, acidente vascular cerebral, distúrbios respiratórios crónicos, cancro e demência. E segundo o mesmo relatório, estes problemas não existem apenas nos países ricos, embora muitas destas condições em pessoas idosas tenham maior expressão nos países com rendimentos mais baixos. Contudo a presença dessas condições de saúde não diz nada sobre o impacto que elas podem ter na vida das pessoas mais velhas. Por exemplo, uma pessoa pode ter uma deficiência auditiva significativa e manter altos níveis de funcionamento se usar um aparelho auditivo. Além disso, é simplista considerar o impacto de cada condição de forma independente, porque o envelhecimento também está associado a um aumento do risco de vivenciar mais de uma condição crónica ao mesmo tempo. Na Alemanha, por exemplo, quase um quarto das pessoas entre 70 e 85 anos sofre cinco ou mais doenças associadas.

Num trabalho que pretendia identificar variáveis sociodemográficas e comportamentos de saúde associados, Confortin et al. (2017) destacam a necessidade de serem repensadas ações mais efetivas para melhorar a saúde das pessoas idosas. A avaliação do estado de saúde de uma população é influenciada por fatores de ordem pessoal, social, económica e ambiental. Santana, Vaz e Fachada (2004, p. 8) sublinham que deve ser efetuada *“numa perspectiva integrada, matricial e holística que compreenda os diversos fatores da vida coletiva ou individual, e cuja avaliação seja preponderante para as tomadas de decisão”*.

Noutro trabalho de revisão crítica sobre avaliação das necessidades de saúde dos idosos no mundo, Ghasemi, Keshavarz Mohammadi, Mohammadi Shahboulaghi & Ramezankhani, (2017) salientam o número reduzido de estudos que levaram em consideração os pontos de vista das pessoas idosas sobre sua saúde e as suas necessidades assistenciais em saúde.

De acordo com Ferreira e Santana (2003), medir o estado de saúde permite-nos definir níveis de comparação entre grupos, detetar diferenças em relação a condições de saúde (por exemplo, entre diferentes patologias ou tipos de cronicidade), em relação a áreas geográficas, e a condições sociais, económicas e ainda comparar diferenças em relação ao género e à idade.

Neste sentido, para além das condições físicas, também o estado mental e as relações sociais assumem importância no estado de saúde dos indivíduos e na sua funcionalidade. A percepção que a própria pessoa tem do seu estado de saúde é, assim, um aspeto preponderante a ter em conta na tomada de decisões no âmbito dos cuidados de saúde e constitui-se como uma ferramenta capaz de avaliar o estado de saúde das populações, através de medidas de bem-estar, de desempenho e de funcionalidade. No estudo de Kaleta, Polańska Dzionkowska-Zaborszczyk, Hanke, & Drygas (2009) sobre os fatores que influenciam a auto percepção do estado de saúde, os autores identificaram a idade e nível de educação como os fatores demográficos mais significativos, sublinhando que as pessoas mais velhas tendem a perceber a sua saúde como pior relativamente aos mais jovens devido à presença de doenças crónicas e condições físicas mais frequentemente presentes na velhice. No mesmo estudo, a saúde subjetiva dos indivíduos parece estar também mais relacionada com o nível da educação e do emprego do que com os rendimentos das pessoas.

Para Vintém (2008), a auto-percepção de saúde é reconhecida como um indicador de extrema importância do estado de saúde das pessoas porque mede a percepção subjetiva do estado físico e mental e é independente das interpretações dos sintomas.

Borges, Santos, Kummer, Fior, Molin & Wibeling (2014) defendem que a autopercepção de saúde também é um importante preditor da mortalidade, bem como da utilização dos serviços de saúde. É um conceito que envolve a associação entre os vários aspetos da saúde, tanto objetivos como subjetivos, com determinantes demográficos e socioeconómicos, doenças crónicas e capacidade funcional, sendo considerado um método fiável, capaz de expressar vários aspetos da saúde física, cognitiva e emocional.

### **3.2. Auto percepção de saúde nas pessoas idosas**

A saúde é uma das principais áreas de preocupação das pessoas idosas. E o aumento da sua fragilidade, a diminuição da sua funcionalidade e por conseguinte, o aumento da dependência, são os fatores que mais contribuem para esta preocupação. De acordo com Machón, Vergara, Dorronsoro, Vrotson & Larrañaga (2016), nas pessoas idosas, a autopercepção de saúde é produto de um amplo espectro de fatores, incluindo a idade, o sexo, o suporte familiar, o estado conjugal, as oportunidades de educação e emprego, a condição financeira, a capacidade funcional, as condições crónicas de saúde, o estilo de vida e as relações sociais.

A percepção do estado de saúde das pessoas idosas é também construída num contexto cultural. Está relacionada com as vivências culturais, passando pelas alterações próprias do envelhecimento, sendo também influenciada pelo ambiente no qual os indivíduos estão inseridos (Tomicki, Lini, Picoli, Cecchin & Portella, 2016).

O estudo de Silva, Júnior & Vilela, (2014), indica que os fatores preponderantes associados à autopercepção de saúde nas pessoas idosas correspondem ao nível de

ajuda para realizar as atividades básicas e instrumentais de vida diária e à presença de doenças crônicas, como a hipertensão arterial, diabetes, doenças cardíacas e reumáticas.

De acordo com os dados da DGS (2004), a população idosa portuguesa apresentava, naquela data, percepções do estado de saúde baixas. Dados desta entidade revelavam que 49% das pessoas entre os 65 e os 74 anos e 54% das pessoas com 75 ou mais anos consideravam a sua saúde como má ou muito má.

De uma forma geral, a literatura tem revelado que a percepção da saúde declina com a idade, e em geral as mulheres apresentam percepções de saúde mais baixas que os homens e os indivíduos com menores rendimentos tendem também a apresentar piores percepções da sua saúde (Borges et al, 2014; Pereira, Vasconcelos, Souza, Pereira, Nakatani & Bachion, 2014). Neste sentido, Paúl e Fonseca (2005), referem que envelhecer com boa saúde é um dos maiores desafios do século XXI.

O estado de saúde é um elemento fundamental na vida das pessoas e influencia outros componentes, como a qualidade de vida. De acordo com Fleck, (2008), quando se verifica uma deterioração da saúde, a percepção da qualidade de vida da pessoa idosa é negativa. Igualmente importante na percepção de saúde é a capacidade funcional. A avaliação funcional também surge como uma ferramenta determinante na percepção de saúde das pessoas idosas, já que pode representar o impacto da doença na capacidade de realização das atividades básicas e instrumentais de vida diária (Silva, et al, 2014; Machón et al, 2016).

Apesar de ser uma avaliação subjetiva é um importante instrumento para que se conheça a forma como as pessoas se sentem e o impacto que as capacidades funcionais geram no seu bem-estar físico, social e mental (Silva et al, 2014).

Silva (2010), sublinha que envelhecer com boa saúde deve ser uma meta para todas as organizações mundiais, a nível político, social e económico, implicando que as pessoas com mais de 65 anos tenham a possibilidade de expressar as suas potencialidades de saúde, bem como, manter um papel ativo na sociedade. Neste sentido, é fulcral existir uma estrutura efetiva de cuidado à saúde integral das pessoas mais velhas, envolvendo a promoção da saúde, a prevenção/tratamento de patologias e a reabilitação.

Esta posição é também reforçada pela WHO (2015). O relatório mundial sobre envelhecimento e saúde sublinha que embora as despesas com a saúde dos idosos e com os ambientes facilitadores do seu bem estar possam por vezes ser considerados dispendiosos devem ser considerados como investimentos que possibilitam a capacidade e, assim, o bem-estar e a contribuição dos idosos. Esses investimentos também ajudam as sociedades a cumprir suas obrigações em relação aos direitos fundamentais das pessoas idosas. E em alguns casos, o retorno desses investimentos é direto ou seja melhores sistemas de saúde levam a uma melhor saúde, o que permite maior participação e bem-estar.

## 4. QUALIDADE DE VIDA

Com o aumento da população idosa existe cada vez mais a necessidade de estudar as características específicas desta população visando conhecer a suas necessidades, expectativas e oportunidades e assim melhorar a sua qualidade de vida.

Embora persista uma variada gama de conceitos e opiniões sobre qualidade de vida, a definição mais vulgarmente utilizada é a da Organização Mundial de Saúde, que a define como “a percepção do indivíduo sobre a sua posição na vida, dentro do contexto dos sistemas de cultura e valores nos quais está inserido e em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações” (WHO, 1998, p.11). Trata-se de um conceito amplo e subjetivo, representando uma perspectiva transcultural e multidimensional, que contempla a complexa influência da saúde física e psicológica, nível de independência, relações sociais, crenças pessoais e das suas relações com aspetos importantes do meio ambiente (WHO, 1998, p.11). Este conceito integra a qualidade de vida global e os seus diferentes domínios.

Segundo Minayo, Hartz & Buss (2000), o termo qualidade de vida abrange muitos significados, que refletem conhecimentos, experiências e valores de indivíduos e coletividades que a ele se reportam em várias épocas, espaços e histórias. Assim, este conceito pode ser influenciado por vários fatores, nomeadamente o género, idade, fatores culturais, família, condições financeiras, estilo de vida e contexto que rodeia o sujeito (Paúl & Fonseca, 2005).

Para Pereira e Ramalheiro (2006), a percepção de qualidade de vida inclui fatores relacionados com a saúde (bem-estar físico, funcional, emocional e mental) e com outros aspetos da vida (emprego, família, amigos, segurança, relações sociais). Resulta da diferença entre as expectativas individuais e a experiência real que por sua vez são reflexo de como o indivíduo apreende e reage a todos os fatores. Esta percepção é única e pessoal e determina os sentimentos da pessoa, não só sobre o seu estado de saúde, como sobre outros aspetos da sua vida.

Murphy, Cooney, Shea e Casey (2009) reforçam que o conceito de qualidade de vida é composto de uma complexa mistura de fatores que moldam a percepção do indivíduo acerca dos aspetos que condicionam a sua vida., A qualidade de vida é composta por dimensões objetivas e subjetivas, que interagem entre si: a dimensão subjetiva relaciona-se com a percepção pessoal do próprio indivíduo e a dimensão objetiva diz respeito à avaliação funcional, medida através de escalas ou questionários (Ciconelli, 2003).

#### 4.1. Qualidade de vida e saúde

A avaliação da qualidade de vida é uma ferramenta importante nos contextos de saúde, apresentando-se como um fator integrante na avaliação da saúde do indivíduo, pois uma boa saúde é fundamental para que as pessoas idosas possam usufruir de qualidade de vida.

Para Pereira, Franceschini, Ribeiro, Sampaio, Priore & Cecon, (2006), vários domínios do âmbito da saúde podem interferir com a qualidade de vida, nomeadamente a presença de dores físicas, incapacidade na realização de tarefas, perda de autonomia / independência e falta de vitalidade / energia. A perda de independência em realizar as atividades do quotidiano pode comprometer o indivíduo não só a nível físico, mas também na forma como se relaciona com os outros, e que, dependendo do contexto, podem acarretar importantes alterações na qualidade de vida, podendo conduzir ao isolamento e à depressão e a uma baixa perceção de qualidade de vida.

De acordo com Minayo et al, (2000), a qualidade de vida ligada à saúde corresponde ao valor atribuído à vida, ponderado pelas deteriorações funcionais, pelas perceções e condições sociais que são induzidas pela doença e/ou tratamento. Canavarro, Pereira, Moreira & Paredes (2010) defendem que o conceito de qualidade de vida relacionada à saúde se caracteriza pela avaliação do impacto que uma determinada doença produz na vida do indivíduo, analisada a partir da perspetiva do próprio.

Segundo Fleck, (2008), o conceito de qualidade de vida no âmbito da saúde abrange vários construtos, alguns baseiam-se numa visão mais biológica e funcional, outros num âmbito mais social e psicológico, e outros na perspetiva económica, demonstrando a interdependência entre os vários domínios do conceito.

Canavarro et al., (2010), sublinham que a avaliação da qualidade de vida relacionada à saúde, em indivíduos com doenças crónicas, tem sido objeto de investigação na área da saúde, pois pretende enfocar aspetos da qualidade de vida influenciados pela doença e/ou tratamento. A incerteza quanto ao diagnóstico, prognóstico e progressão da doença, bem como aos seus tratamentos, geram perturbações físicas e emocionais, que conduzem a alterações na vida quotidiana e na capacidade de desempenhar os papéis familiares e sociais. Deste modo, mediante a avaliação da qualidade de vida relacionada à saúde é possível o planeamento de intervenções psicossociais que levem ao maior bem-estar dos indivíduos.

## 4.2. Qualidade de vida nas pessoas idosas

O estudo da qualidade de vida nas pessoas idosas é recente, no entanto, face ao acentuado envelhecimento populacional, a manutenção da qualidade de vida dos idosos tem adquirido um significado especial. Neri (2003), citado por Azevedo (2015), define qualidade de vida na velhice como a percepção que o indivíduo possui de bem-estar, que resulta da sua avaliação do quanto realizou na sua vida, do que idealiza como importante e do seu grau de satisfação com o que foi possível concretizar até ao momento.

De acordo com Fleck (2008), no decorrer do processo de envelhecimento acentuam-se algumas perdas biológicas e modificam-se os padrões metabólicos, alterações que decorrem com perdas progressivas na memória e na comunicação, que aliadas à sensação de morte próxima geram na pessoa idosa insegurança em relação à doença e ao risco crescente de dependência, condições que tornam mais difícil a percepção de uma boa qualidade de vida.

Para a WHO (2002) a maior preocupação das pessoas idosas passa por conseguir viver o mais tempo possível, de forma autónoma e independente, no seu meio habitual de vida. Assim, a preservação da autonomia e independência, durante o processo de envelhecimento, é uma meta fundamental para indivíduos e governantes, pois à medida que o indivíduo envelhece a sua qualidade de vida é influenciada pela habilidade em manter a sua autonomia e independência.

Pereira et al, (2006) estudaram a contribuição de cada domínio da qualidade de vida (físico, social, psicológico e ambiental) na qualidade de vida global das pessoas idosas e verificaram 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 e do contato regular com o meio ambiente. Estes autores reforçam ainda que na velhice, a qualidade de vida é um processo adaptativo que deve ter em conta a capacidade do indivíduo em lidar com diversas perdas, sendo influenciada pelos domínios psicológico, social, físico e ambiental e abrange uma série de aspetos relacionados com a capacidade funcional, o nível socioeconómico, o estado emocional, a interação social, o suporte familiar, a autodeterminação, o próprio estado de saúde, os valores culturais, o estilo de vida, a satisfação com as atividades diárias e o ambiente em que se vive. Estes autores constataram que a dimensão da qualidade de vida que apresenta um maior impacto nos indivíduos é a dimensão física. Assim sendo, pode-se afirmar que a melhoria das capacidades funcionais / independência melhora a qualidade de vida dos indivíduos.

Para Murphy et al. (2009), que investigaram as determinantes da qualidade de vida em pessoas idosas com diferentes tipos de deficiência (deficiência física, sensorial e intelectual), os aspetos mais importantes da qualidade de vida apontados corresponderam à participação em atividades; possuírem relações familiares, sentimentos de amor, amizade e companheirismo; sentirem-se valorizados e terem objetivos de vida, prazer e sentido de satisfação com a vida, sentimentos de

segurança, independência e autonomia; terem saúde física e mental, suporte emocional e financeiro; terem relações interpessoais, sendo a saúde o fator de maior importância. Estes autores verificaram que os fatores de qualidade de vida foram influenciados pela resposta adaptativa do indivíduo, que por sua vez foi moldada pela personalidade, experiências vividas e conhecimentos (Murphy et al., 2009). Constataram também que as percepções em relação à saúde física mudaram em função do grau de deficiência, sendo que a presença desta tornou a participação social mais desafiadora, uma vez que por vezes as pessoas tinham que ultrapassar as suas limitações físicas para terem uma participação mais ativa.

Em suma, a manutenção ou promoção da qualidade de vida das pessoas idosas exige uma avaliação multidisciplinar da pessoa idosa, através da análise das suas necessidades efetivas, na capacidade de compreender e estar atento à própria pessoa, tendo em conta a sua saúde, capacidade funcional, apoio social, contexto ambiental e preocupações afetivas.

### **4.3. Avaliação da qualidade de vida**

Diversos instrumentos têm sido propostos e utilizados com a finalidade de avaliar a qualidade de vida de pessoas com as mais diversas patologias. Estes instrumentos têm em comum o facto de serem, capazes de refletir o impacto da doença sobre a vida do indivíduo. Avaliam aspetos relativos à funcionalidade, estado de saúde, bem-estar psicológico, redes de apoio social, satisfação e estado de ânimo de pacientes (Minayo et al, 2000). Uma das formas mais utilizadas na avaliação da qualidade de vida são os questionários, que têm como finalidade transformar medidas subjetivas em dados objetivos que possam ser quantificados e analisados de forma genérica ou específica. Os instrumentos genéricos são questionários de base populacional e têm como objetivo refletir o impacto de uma doença sobre a vida dos pacientes. Avaliam aspetos relativos à função, disfunção e desconforto físico e emocional. Os instrumentos específicos são capazes de avaliar, de forma individual e específica, aspetos do estado de saúde específicos para a área de estudo, com destaque sobre os sintomas, incapacidade ou limitações provocada por determinada doença (Ciconelli, 2003).

O grupo de Qualidade de Vida da OMS (*The WHOQOL Group*) desenvolveu dois instrumentos gerais de medida de qualidade de vida: o WHOQOL-100 e o WHOQOL-Bref, que permitem avaliar a qualidade de vida de forma global (Canavarro et al, 2010). O primeiro consta de 100 questões que avaliam seis domínios: físico, psicológico, independência, relações sociais, meio ambiente, espiritualidade / crenças pessoais. O segundo instrumento é uma versão abreviada, com 26 questões, extraídas do WHOQOL-100, cobrindo quatro domínios: físico, psicológico, relações sociais e meio ambiente (Minayo et al, 2000).

Frequentemente utilizado na avaliação da qualidade de vida o *Medical Outcomes Study 36-Item Short-Form Health Survey (SF-36)* é um instrumento genérico de avaliação da qualidade de vida de fácil administração e compreensão. Consiste num

questionário formado por 36 itens, englobados em oito dimensões: função física, desempenho físico, dor corporal, saúde geral, vitalidade, função social, desempenho emocional e saúde mental, medindo conceitos de saúde relevantes à funcionalidade e bem-estar (Ferreira 1998; Ferreira e Santana, 2003).

O *The 12-item short form health survey* (SF-12) é um questionário de saúde desenvolvido nos Estados Unidos da América. Trata-se de um instrumento já validado para vários países, inclusivé para Portugal. É uma alternativa mais reduzida ao SF-36 e explica 90% da variância que existe no questionário mais longo (Cruz, Oliveira & D'Elboux, 2012). É um instrumento breve e de rápida aplicação, que permite medir e avaliar o estado de saúde, baseando-se na percepção que os indivíduos apresentam sobre a sua própria saúde. Possibilita a avaliação do estado de saúde em geral e em populações específicas, especialmente em idosos, medindo aspetos da sua saúde física e mental (Cruz et al, 2012). Avalia oito diferentes dimensões de influência sobre a qualidade de vida, considerando a percepção do indivíduo em relação aos aspetos da sua saúde nas últimas quatro semanas (Cruz et al, 2012).

Atendendo ao conceito de qualidade de vida, como um conceito dinâmico ao longo da vida e considerando as limitações de adaptação de medidas de qualidade de vida para a população idosa, surgiu a necessidade de se criar um instrumento específico para este grupo etário tendo para o efeito sido criado o *Grupo WHOQOL-OLD* (Vilar, Sousa & Simões, 2015).

O questionário WHOQOL-OLD é um instrumento que permite avaliar a qualidade de vida em adultos idosos. É composto por 6 facetas num total de 24 itens relativos a: funcionamento sensorial (avalia o funcionamento sensorial e o impacto da perda das capacidades sensoriais na participação em atividades); autonomia (refere-se à capacidade para viver de forma autónoma/independente e tomar decisões); atividades passadas, presentes e futuras (avalia a satisfação com objetivos alcançados na vida e projetos a realizar); participação social (aborda a participação nas atividades do quotidiano / de vida diária, especialmente na comunidade); morte e morrer (avalia preocupações e medos acerca de morte e morrer); intimidade (avalia a capacidade para ter relações pessoais e íntimas) (Vilar, 2015).

## 5. LITERACIA EM SAÚDE

A aquisição de competências ou de literacia em saúde, com o intuito de habilitar as pessoas a aumentarem a sua capacidade de controlo / gestão da sua saúde Vs doença é reconhecida como fundamental no contexto do envelhecimento populacional. Para a Organização Mundial de Saúde (WHO, 2002, p.47), políticas e programas de envelhecimento ativo tornam-se necessários para permitir que as pessoas continuem em atividade *“de acordo com as suas capacidades e preferências à medida que envelhecem, para prevenir e retardar incapacidades e doenças crónicas”*. Broeiro, (2017, p. 6) define a literacia em saúde como *“o grau com que cada indivíduo tem capacidade de obter, comunicar, processar e compreender as informações, bem como utilizar serviços de saúde de forma a tomar decisões apropriadas em saúde”*. Inclui a capacidade de interpretar documentos, ler e escrever usar informação quantitativa e falar e ouvir com eficácia.

De acordo com Feinstein, Sabates, Anderson, Sorhaindo & Hammond (2006), a educação em saúde contemporânea tem três objectivos principais: reduzir a morbilidade e mortalidade através da mudança do comportamento e crenças dos indivíduos; promover o uso adequado dos serviços de saúde e criar consciência geral das questões de saúde.

Segundo o Despacho nº3616-A/2016 do Diário da República, a literacia em saúde é entendida como a capacidade para tomar decisões informadas sobre a saúde, na vida de todos os dias, e também naquilo que diz respeito ao desenvolvimento do Sistema de Saúde, na medida em que contém elementos essenciais do processo educativo e proporciona capacidades indispensáveis para o autocuidado. Para Câmara, Melo, Gomes, Pena, Silva, Oliveira, Moraes, Coelho & Victorino, (2012), o termo literacia em saúde engloba todas as experiências que modificam ou exercem influência nas atitudes ou condutas do indivíduo em relação à sua saúde. Tem como objetivo estimular as pessoas a realizar ações de promoção de saúde, seja pela adoção de hábitos de vida saudáveis, seja pela utilização de forma racional e equitativa dos serviços de saúde, além de desenvolver nas pessoas o senso de responsabilidade pela própria saúde e pela saúde da comunidade. A literacia / educação em saúde constitui, assim, um conjunto de saberes e práticas orientadas para a prevenção de doenças e promoção da saúde.

Segundo referem Chesser, Woods, Smothers & Rogers (2016) um estudo levado a cabo nos Estados Unidos da América sobre literacia em saúde estimou que apenas 3% das pessoas idosas, com 65 ou mais anos, eram proficientes em literacia em saúde. Uma das explicações que pode justificar estes dados, segundo os mesmos autores, são várias mudanças relacionadas com a idade. O declínio das capacidades cognitivas poderá contribuir para a capacidade de um adulto mais velho compreender e relembrar novos conhecimentos; deficiências físicas, como a audição e perda de visão também poderão contribuir para a diminuição no processamento de informações de saúde.

É importante perceber que as doenças crónicas, representam um desafio significativo para os sistemas de saúde, porque estão associadas ao envelhecimento das populações e às múltiplas circunstâncias associadas e requerem uma adequada integração de ações preventivas e de continuidade de cuidados. Como tal, a literacia em saúde revela-se fulcral para a obtenção de bons resultados na prevenção e gestão das doenças crónicas, a fim de garantir a viabilidade a longo prazo dos sistemas de saúde e o acesso universal a esses recursos, tal como refere o despacho nº4027-A/2016 do Diário da República Portuguesa.

Ainda segundo o despacho nº3618-A/2016 os estudos divulgados apontam para baixos níveis de literacia em saúde em Portugal e hoje existe já evidência significativa que atesta a importância que a educação, a literacia e o autocuidado são de grande importância não só para a promoção e proteção da saúde da população mas também para a efetividade e eficiência da prestação de cuidados de saúde, razão pela qual o XXI Governo Constitucional Português criou o Programa Nacional para a Saúde, Literacia e Autocuidado enunciado no despacho nº3618-A/2016, que tem como principais objetivos: contribuir para a melhoria da educação para a saúde, literacia e autocuidados da população, promovendo a cidadania em saúde, tornando as pessoas mais autónomas e responsáveis em relação à sua saúde, à saúde dos que deles dependem e à da sua comunidade; promover um amplo acesso de todos os interessados a informação qualificada sobre boas práticas em educação para saúde, literacia e autocuidados; desenvolver e demonstrar a utilidade de novos projetos e instrumentos em domínios selecionados desta temática, que acrescentem valor às boas práticas já existentes; assegurar a divulgação e utilização efetiva das boas práticas em educação para a saúde, literacia e autocuidados no âmbito do Serviço Nacional de Saúde e no conjunto da sociedade portuguesa.

Barbosa (2013) defende que a educação para a saúde nas pessoas idosas deve assentar sobre dimensões preventivas e educativas, de forma a potenciar o conhecimento, facilitar a sua autonomia e participação social, para que possam viver mais anos com qualidade de vida. Segundo este autor, a literacia em saúde adquire, assim, uma importância fundamental, uma vez que é indispensável chegar a idades avançadas com qualidade e bem-estar nas melhores condições possíveis de saúde.

E para Broeiro (2017) a importância da literacia em saúde é suportada pelo número crescente de estudos que associam a baixa literacia a piores resultados em saúde mediadas por fatores intermédios como autocuidado, comportamentos de risco, participação em programas preventivos.

O acesso à educação e informação em saúde é, assim, essencial para se conseguir uma participação efetiva e o reforço das capacidades das pessoas e das comunidades para lidarem com a sua condição de saúde e tomarem decisões, voluntárias, livres, conscientes e esclarecidas.

## 6. LOMBALGIA NAS PESSOAS IDOSAS

De acordo com Torres Jiménez, Cabezón, Rodríguez y el Grupo de Estudio COLUMBUS (2017), a dor lombar crónica é altamente prevalente em países industrializados, nos quais é uma das principais causas de incapacidade para o trabalho. É também prevalente nos países industrializados, não existindo diferenças quanto ao sexo, embora a partir dos 60 anos de idade seja mais prevalente em mulheres. A dor lombar ou lombalgia é recorrente e a prevalência na Europa é de 25 a 45%, sendo as causas mais frequentes as degenerativas e traumáticas. Segundo alguns estudos epidemiológicos referidos por Barata (2015), 65 a 90% dos adultos podem sofrer, ao longo da vida de um episódio de lombalgia e a prevalência aumenta com a idade

Consiste num problema musculoesquelético com alta prevalência, que afeta cerca de 70% das pessoas que vivem em países industrializados, sendo considerada como um problema de saúde pública devido à sua importância clínica, social e económica (Stefane et al, 2013).

### 6.1. Constituição e funções do sistema músculo-esquelético

O sistema músculo-esquelético é constituído pelos ossos, que formam o esqueleto, músculos, tendões, ligamentos, articulações, cartilagem e outros tecidos conjuntivos do corpo. Os tendões permitem a inserção de músculos nos ossos, essenciais para produzir o movimento, e os ligamentos fixam osso a osso (Seeley, Stephens & Tate, 2001). Este sistema tem como principais funções dar forma, proteção, estabilidade e movimento ao corpo humano, possibilitando a sua postura e sustentação. Tem também como função armazenar minerais e gordura, a produção de calor, energia e de células sanguíneas (Seeley et al, 2001).

A coluna vertebral corresponde ao eixo ósseo do corpo, situada na linha média na parte dorsal. É habitualmente constituída por 26 ossos que se dividem em cinco regiões: vértebras cervicais, torácicas, lombares, sacradas e coccígeas. Esta estrutura assume uma função primordial no suporte do corpo, além de conferir a flexibilidade necessária à movimentação. Para além disso, protege a medula espinhal, proporciona um local de inserção muscular e suporta o peso da cabeça e do troco. As vértebras lombares são as maiores e as mais fortes, e as mais importantes na estabilidade e suporte. As vértebras articulam-se entre si, no entanto, não estão em contato direto, mas apoiam-se nos discos intervertebrais que consistem em placas de fibrocartilagem que proporcionam um suporte adicional e evitam que os corpos vertebrais façam atrito uns com os outros (Seeley et al, 2001).

Com o avançar da idade, o sistema músculo-esquelético também sofre alterações, já decritas, nomeadamente a nível da coluna vertebral. Estas modificações repercutem-se na capacidade funcional e independência dos movimentos, tendo implicações na saúde e qualidade de vida das pessoas idosas. A perda de massa muscular e conseqüentemente da força muscular, associada a degenerações diversas, podem levar à diminuição da função locomotora e da flexibilidade.

A dor lombar crónica é definida como dor localizada entre o limite inferior das costas, região lombar, com duração superior a 12 semanas, de intensidade variável dependendo das posturas e atividade física, e que geralmente é acompanhada de dolorosa limitação de movimento (Torres, et al, 2017)

Constitui um dos principais problemas de saúde entre pessoas com idade igual ou superior a 60 anos e um motivo frequente de consulta médica em Medicina Geral e Familiar e de outras especialidades. É um dos sintomas mais comuns de disfunções da coluna vertebral, que pode levar à incapacidade e à utilização frequente dos serviços de saúde. Trata-se de uma patologia complexa que requer uma abordagem multidisciplinar, desde a definição dos seus fatores de causalidade, até ao diagnóstico e tratamento (Ponte, 2005).

A dor crónica, de origem lombar está associada, frequentemente, a crises de dor que se caracterizam por serem de alta intensidade e duração intermédia. Essas crises de dor interferem na qualidade da vida dos pacientes, bem como na sua capacidade funcional (Torres et al, 2017).

## **6.2. Causas e fatores de risco**

Esta disfunção tem uma etiologia multifatorial, desde causas mecânicas, doenças inflamatórias, degenerativas, neoplásicas, defeitos congénitos, instabilidade muscular ou predisposição reumática inespecífica quando não é possível definir a sua origem (Figueiredo, Pereira, Ferreira, Pereira & Amorim, 2013).

A lombalgia mecânica caracteriza-se por uma dor de instalação brusca que se acompanha de impotência funcional, alguma rigidez ou contratura muscular, melhora com o repouso e agrava-se com o esforço, podendo ou não irradiar para os membros inferiores. Pode ser devida a várias causas, como traumatismos, patologia discal, má postura ou alterações degenerativas. A lombalgia inflamatória caracteriza-se por uma dor de início lento e progressivo, que não cede com o repouso. Está associada a rigidez matinal e também pode ter irradiação. A lombalgia tumoral ocorre devido a processos tumorais que comprimem estruturas vizinhas como os nervos, podendo originar radiculopatia (Barata, 2015).

A dor lombar pode também estar associada a outros fatores de risco como a idade, o nível socioeconómico, a presença de hábitos tabágicos e/ou de obesidade; existe associação entre distúrbios psicológicos e o aparecimento da lombalgia, como a depressão, o stress, o humor, as emoções, as funções cognitivas, o comportamento perante a dor. A exposição prolongada a determinado tipo de atividade também constitui um factor predisponente ao aparecimento e manutenção das lombalgias, como o trabalho físico pesado, o trabalho monótono e repetitivo e posturas incorretas (Martins, 2006).

Wong, Karppinen & Samartzis (2017), apontam como principais fatores de desenvolvimento de dor lombar nas pessoas idosas as alterações degenerativas normais que decorrem do processo de envelhecimento e os distúrbios psiquiátricos associados ao envelhecimento como a demência. De acordo com estes autores a influência genética pode potenciar o desenvolvimento de distúrbios da coluna vertebral, como a escoliose ou a degeneração dos discos intervertebrais. Também a atividade profissional anterior associada a movimentos repetitivos, levantamento de pesos e posturas incorretas constituem outro fator que favorece a dor lombar nas pessoas idosas. Para além destes os fatores sociodemográficos interferem com o desenvolvimento da dor lombar que está associada a baixos níveis de educação e baixos rendimentos e os distúrbios psicológicos constituem também um fator de risco de desenvolvimento de dor lombar. As limitações físicas associadas à lombalgia podem conduzir a alterações psíquicas como irritabilidade, depressão, ansiedade e fatores comportamentais como a atividade física ou o tabagismo também podem interferir no desenvolvimento da lombalgia.

Wong et al, (2017) dividiram os fatores de risco acima descritos em não modificáveis e modificáveis, conforme indica a tabela 2.

**Tabela 2:** Fatores de risco que favorecem o desenvolvimento de dor lombar nos idosos.

<b>Fatores de Risco Não Modificáveis</b>	<b>Fatores de Risco Modificáveis</b>
Alterações degenerativas relacionadas com a idade	Disfunções psicológicas (ansiedade, depressão, irritabilidade)
Demências	Atividade física intensa / inatividade
Género	Tabagismo / obesidade
Genética	Contexto social / relações sociais
Ocupação profissional anterior	Perceção do estado de saúde
Baixo nível socio-económico	Outras comorbidades

Fonte: Adaptado de Wong; Karppinen & Samartzis, (2017)

As lombalgias são habitualmente classificadas como agudas ou crónicas consoante a duração das queixas. A lombalgia caracteriza-se por aguda, se a dor durar menos de quatro semanas, subaguda se a sua duração for até 12 semanas e crónica se a dor se mantém por mais de 12 semanas. A dor aguda é a apresentação mais frequente. A dor lombar crónica é mais difícil de tratar, por envolver fatores físicos e psicológicos relacionados com a incapacidade (Pereira & Ramalheiro, 2006).

### 6.3. Influência da lombalgia no processo de envelhecimento

A lombalgia é uma das principais causas de incapacidade, absentismo laboral e pedidos de reforma antecipada, ocasionando grande impacto na qualidade de vida das pessoas (Martins, 2006) e, conseqüentemente elevadas repercussões no processo de envelhecimento.

A degeneração da coluna vertebral, inerente ao processo de envelhecimento, juntamente com o maior tempo de exposição a sobrecargas ao longo da vida, são fatores que favorecem a lombalgia nas pessoas idosas. (Zavarize & Wechsler, 2012).

A dor lombar é um dos sintomas mais frequentemente relatados pelas pessoas idosas e pode ser desencadeada por diversos fatores que interferem na sua funcionalidade. Embora a maioria das causas sejam inespecíficas, as pessoas idosas são mais propensas a sofrerem de lombalgia devido às alterações físicas e psicológicas relacionadas com a idade. O quadro algico ocorre devido às alterações degenerativas da coluna vertebral, que podem ocasionar diversas patologias.

Com o passar dos anos, os discos intervertebrais, que funcionam como amortecedores de cargas, envelhecem e desgastam, tornando-se mais rígidos e quebradiços, não conseguindo resistir às tensões exercidas sobre eles. Este processo é denominado por degeneração discal. No processo degenerativo, o disco pode inflamar e gerar dor. Além disso, a degeneração do disco pode conduzir a hérnias discais, que são extrusões do núcleo do disco intervertebral em direção aos nervos, gerando sintomas irradiados para os membros inferiores. A progressão da degeneração e a conseqüente movimentação anormal da coluna vertebral podem gerar outras anomalias, como a espondilolistese, a degeneração das facetas articulares, osteofitose e escoliose degenerativa, condições que favorecem as dores lombares nas pessoas idosas (Wong et al, 2017).

Outra condição clínica associada à idade e às lombalgias são as fraturas osteoporóticas. As alterações nas estruturas ósseas, como o achatamento dos corpos vertebrais e a perda de massa óssea podem predispor a fraturas, que causam lombalgias de forte intensidade (Wong et al, 2017).

Esta patologia tem-se tornado uma problemática de relevo na população idosa, pois constitui um dos principais fatores de perda de independência e autonomia, com graves conseqüências fisiológicas, psicológicas e sociais (Silveira, Pasqualotti, Colussi, Vidmar & Wibelinger, 2010) e com implicações na sua qualidade de vida e percepção do estado de saúde.

## II- PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS

Neste capítulo descrevem-se os procedimentos metodológicos, ou seja, as etapas inerentes ao projeto de investigação. É nesta fase que o investigador descreve o tipo de estudo, caracteriza a população e amostra e os instrumentos de recolha de dados utilizados, de forma a obter respostas às questões de investigação e aos objetivos definidos (Fortin, 1999).

### 2.1 Problema e Objetivos

Com este trabalho de projeto pretende-se estudar a influência da lombalgia na qualidade de vida das pessoas idosas e compreender como é que este problema músculo-esquelético afeta a perceção de saúde e a qualidade de vida dos idosos que sofrem desta patologia.

Face a esta situação coloca-se a seguinte questão de investigação:

*Qual a influência da lombalgia na perceção do estado de saúde e qualidade de vida das pessoas idosas?*

O objetivo principal do estudo é, assim, explorar a influência da lombalgia na perceção que as pessoas idosas têm do seu estado de saúde e da sua qualidade de vida, de modo a compreender melhor as suas necessidades e eventualmente propor estratégias suscetíveis de melhorar a perceção da sua qualidade de vida e bem-estar pela via da promoção e educação para a saúde.

Para tentar responder a esta problemática definiram-se os seguintes objetivos específicos:

- Caracterizar os idosos, com indicação clínica para realização de exame radiológico da coluna lombar (Raios X), em termos de idade, sexo, estado civil, proveniência, escolaridade e ocupação,
- Avaliar a qualidade de vida das pessoas idosas com lombalgia e a sua perceção de saúde.
- Definir o perfil da lombalgia nas pessoas idosas.
- Propor um conjunto de medidas suscetíveis de melhorar o controlo sobre a doença e com estes a perceção da saúde e qualidade de vida das pessoas idosas.

### 2.2 Tipo de Estudo

Face à questão de investigação, qual a influência da lombalgia na perceção do estado de saúde e qualidade de vida das pessoas idosas e aos objetivos definidos, este estudo caracterizou-se por ser descritivo e exploratório: descritivo porque pretendeu descrever as características de um grupo e exploratório porque visou explorar e

conhecer um fenómeno concreto que é a influência da lombalgia na percepção de saúde e na qualidade de vida das pessoas idosas (Fortin, 1999).

É também um estudo de metodologia quantitativa, uma vez que se baseou em técnicas de recolha, apresentação e análise de dados que permitiram a sua quantificação e tratamento através de métodos estatísticos, para demonstrar a significância dos resultados (Fortin, 1999).

### 2.3 Local e duração do estudo

O estudo foi realizado no serviço de imagiologia da clínica Affidea de Castelo Branco. Esta instituição localiza-se na cidade de Castelo Branco, que pertence à região Centro de Portugal (NUT II), e subregião da Beira Baixa (NUT III). O distrito de Castelo Branco 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 (Mateus, Silva & Negreiro, 2015). A maioria das freguesias destes concelhos são localidades pequenas e rurais, com uma população muito envelhecida.

Segundo os resultados dos últimos Censos (Pordata, 2015) em 2001 o índice de envelhecimento na NUT III (Beira Baixa) era de 238,3 e em 2011 de 270,3. Em 2016 este valor atingiu os 274,7 (Pordata, 2018b). Só no município de Castelo Branco, em 2016, este índice era de 199,1. (Pordata, 2018b). Outro dado relevante é o aumento da longevidade, dado que a população tanto masculina como feminina com mais de 85 anos começa a ser considerável, sobretudo a população do sexo feminino (Mateus et al, 2015).

A clínica Affidea de Castelo Branco tem como missão a prestação de cuidados de saúde nas áreas de diagnóstico por imagem, análises clínicas e consultas de especialidade, tendo como área de influência principal o distrito de Castelo Branco.

A recolha da informação teve a duração de três meses, desde início de Janeiro até final de Março 2018.

### 2.4 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). Assim, a população deste estudo correspondeu aos utentes com idade superior a 65 anos, que recorreram ao serviço de Raios X da Clínica Affidea de Castelo Branco, durante os meses de Janeiro a Março de 2018.

A amostra corresponde a um subconjunto da população ou a um grupo de sujeitos que fazem parte da mesma população (Fortin, 1999). A deste estudo foi uma amostra de conveniência ou intencional, baseada em critérios pragmáticos e teóricos (Coutinho & Chaves, 2002), compreendida pelos sujeitos que reuniam o mesmo tipo

de características e estavam acessíveis. Foi composta por 40 indivíduos, de ambos os sexos, com 65 e mais anos, com indicação clínica para a realização do exame radiológico da coluna lombar (Rx da coluna lombar), na clínica Affidea de Castelo Branco, durante o período de duração do estudo e que manifestaram desejo de participar. Os sujeitos foram selecionados tendo em conta a lista de marcação de exames do serviço de Raios-X da clínica Affidea de Castelo Branco. Foram excluídas as pessoas dependentes e os sujeitos com deficiência física e com perturbações mentais e comportamentais.

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

As informações foram obtidas através da realização de um questionário com três grupos de questões de resposta fechada (anexo 1).

Grupo nº 1 - Questionário sócio-demográfico;

Grupo nº2 – Questionário de Perceção do Estado de Saúde (SF-12);

Grupo nº3 – Questionário de Qualidade de Vida (WHOQOL-OLD).

### **2.5.1 Questionário sócio-demográfico**

A caracterização sócio-demográfica foi constituída por oito itens e teve como intuito caracterizar os participantes em termos de sexo, idade, estado civil, escolaridade, proveniência, profissão que exerceu e convivência atual, ou seja a pessoa com quem vive.

### **2.5.2 Questionário de perceção do estado de saúde (SF-12)**

Composto por doze itens, o SF-12 avalia oito diferentes dimensões de influência sobre a perceção do indivíduo em relação aos aspetos da sua saúde nas últimas quatro semanas. É um dos instrumentos mais utilizado na avaliação do estado de saúde dos indivíduos, quer saudáveis, quer doentes (Mendes, 2009). Cada item possui um grupo de respostas distribuídas numa escala graduada, tipo Likert, sendo avaliadas as seguintes dimensões: função física (mede a limitação para executar atividades moderadas, como aspirar a casa, levantar ou carregar as compras do supermercado, deslocar uma mesa, subir vários lanços de escadas); desempenho físico (mede a limitação em saúde em termos do tipo e da quantidade de trabalho executado e a dificuldade de realizar tarefas); dor (avalia de que forma a dor interfere nas atividades usuais); saúde geral (mede a perceção holística da saúde); vitalidade (inclui os níveis de energia e de fadiga); desempenho emocional (mede a forma como os problemas emocionais interferem nas atividades diárias); função social (avalia a quantidade e a qualidade das atividades sociais e o impacto dos problemas físicos e emocionais nessas atividades) e saúde mental (inclui os conceitos de ansiedade, depressão e de bem-estar psicológico) (Ferreira, 1998; Ferreira & Santana, 2003).

### 2.5.3 Questionário de qualidade de vida (WHOQOL OLD)

O questionário WHOQOL-OLD é um instrumento que permite avaliar a qualidade de vida em adultos idosos. Consiste numa escala tipo Likert de cinco itens onde o participante seleciona uma opção entre cinco possibilidades, tendo como referência temporal as duas últimas semanas. Na sua versão original, é composto por 6 facetas num total de 24 itens relativas a: funcionamento sensorial (avalia o funcionamento sensorial e o impacto da perda das capacidades sensoriais na participação em atividades); autonomia (refere-se à capacidade para viver de forma autónoma/independente e tomar decisões); atividades passadas, presentes e futuras (avalia a satisfação com objetivos alcançados na vida e projetos a realizar); participação social (aborda a participação nas atividades do quotidiano / de vida diária, especialmente na comunidade); morte e morrer (avalia preocupações e medos acerca de morte e morrer); intimidade (avalia a capacidade para ter relações pessoais e íntimas) (Vilar, 2015). Em termos de interpretação, o WHOQOL-OLD permite obter um resultado global e um resultado por faceta. Quanto maior for a pontuação da escala WHOQOL-OLD, melhor é a qualidade de vida dos idosos (tanto em termos de resultado global, quer em termos de resultados nas diferentes facetas) (Vilar, 2015). A soma da pontuação total corresponde à pontuação do índice de qualidade de vida geral, que nos indica a qualidade de vida do indivíduo avaliado. Este valor pode variar entre um mínimo de 24 até um máximo de 120, sendo que quanto mais alto o valor, melhor é a qualidade de vida (Vilar, Sousa & Simões, 2015).

O questionário WHOQOL-OLD contém itens invertidos, ou seja, itens em que a escala de resposta deve ser reconvertida / recodificada. Esses itens correspondem aos: item 1; item 2; item 3; item 7; item 8; item 9; item 10. (Vilar, et al, 2015). Por exemplo, se no questionário o sujeito ao item 1 (As dificuldades de audição, visão, paladar, olfato ou tato afetam a sua vida diária?) respondeu “2 (Pouco)”, na recodificação esta resposta assumirá o valor 4, uma vez que se trata de um item invertido (Vilar, Sousa & Simões, 2015).

A tabela 3 indica quais os itens relativos a cada faceta, bem como os conteúdos dos itens, ou seja, os aspetos de qualidade de vida avaliados.

**Tabela 3:** Versão final do instrumento WHOQOL-OLD: Facetas e conteúdos dos itens

<b>Facetas / domínios</b>	<b>Conteúdo dos itens</b>
<p>Faceta I: <i>Funcionamento sensorial</i></p> <p>Avalia o funcionamento sensorial e o impacto da perda das capacidades sensoriais na Qualidade de Vida</p> <p>(itens 1,2,3,20)</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Dificuldades sensoriais afetam a vida diária</li> <li>- Avaliação do funcionamento sensorial</li> <li>- Dificuldades sensoriais interferem na participação em atividades</li> <li>- Funcionamento sensorial afeta a capacidade de interagir / conviver</li> </ul>
<p>Faceta II: <i>Autonomia</i></p> <p>Avalia a capacidade para viver de forma autónoma e tomar decisões (independência)</p> <p>(itens 4,5,6,11)</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Liberdade para tomar as suas próprias decisões</li> <li>- Sentir que pode determinar o seu futuro</li> <li>- Fazer as coisas que quer / gostaria de fazer</li> <li>- Os outros respeitam a sua liberdade</li> </ul>
<p>Faceta III: <i>Atividades passadas, presentes e futuras</i></p> <p>Avalia a satisfação com objetivos alcançados na vida e projetos a realizar</p> <p>(itens 12,13,15,19)</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Feliz com o que pode esperar daqui em diante</li> <li>- Satisfeito com as oportunidades de realização</li> <li>- Recebeu o reconhecimento que merece na vida</li> <li>- Satisfeito com o que alcançou na vida</li> </ul>
<p>Faceta IV: <i>Participação social</i></p> <p>Avalia a participação em atividades do quotidiano / vida diária, especialmente na comunidade</p> <p>(itens 14,16,17,18)</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Satisfeito com o modo como ocupa o seu tempo</li> <li>- Satisfeito com o envolvimento nas atividades</li> <li>- Atividades suficientes para ocupar o dia-a-dia</li> <li>- Satisfeito com as oportunidades para participar na comunidade</li> </ul>
<p>Faceta V: <i>Morte e morrer</i></p> <p>Avalia preocupações e medos acerca de morte e morrer</p> <p>(itens 7,8,9,10)</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Preocupado com a maneira como irá morrer</li> <li>- Medo de não poder controlar a sua morte</li> <li>- Medo de morrer</li> <li>- Receio de sofrer antes de morrer</li> </ul>
<p>Faceta VI: <i>Intimidade</i></p> <p>Avalia a capacidade para ter relações pessoais e íntimas</p> <p>(itens 21,22,23,24)</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Sentimento de companheirismo na sua vida</li> <li>- Sentir amor na sua vida</li> <li>- Oportunidades para amar</li> <li>- Oportunidades para ser amado</li> </ul>

Fonte: Adapado de Vilar, Simões, Sousa, Firmino, Paredes & Lima (2010)

Achou-se pertinente a utilização conjunta dos instrumentos SF-12 e WHOQOL-OLD, uma vez que se pretendeu conhecer a perceção de saúde das pessoas idosas com lombalgia e a sua qualidade de vida.

O instrumento SF-12 tem como objetivo avaliar a perceção de saúde da amostra, bem como a limitação que a lombalgia assume na realização de atividades a nível físico e emocional.

O instrumento WHOQOL-OLD é um questionário específico para a população idosa e destina-se a avaliar a qualidade de vida deste público-alvo, medindo as facetas mais relevantes dos aspetos que condicionam a vida das pessoas idosas.

Os procedimentos de aplicação e avaliação do instrumento WHOQOL-OLD seguiram as instruções do manual fornecido pelos autores, enquanto que a análise do SF-12 foi efetuada apenas com recurso à estatística descritiva, uma vez que não nos foi facultado, por parte dos autores, nenhum manual de utilização e interpretação.

## 2.6 Recolha e Análise dos dados

A recolha de dados foi feita, numa primeira fase, com um contato prévio com cada utente que tivesse indicação clínica de realização de radiografia (Rx) da coluna lombar, no sentido de obter a sua autorização para o estudo. Após o seu consentimento, o questionário foi administrado pela investigadora, pelo método de entrevista, a cada utente que manifestou desejo de participar. Em primeiro lugar, a investigadora leu as instruções do inquérito e explicou os objetivos do estudo. Posteriormente, leu individualmente cada questão e apresentou as opções de resposta, assinalando a resposta dada pelo utente, salvaguardando sempre a privacidade dos sujeitos e sem influenciar as respostas.

Os dados recolhidos foram quantificados e tratados através da estatística descritiva com recurso ao programa estatístico SPSS (*Statistical Package for the Social Science*), Versão 20.

## 2.7 Questões Ético-Legais

A realização do estudo obedeceu às normas e princípios éticos de uma investigação científica em seres humanos, com proteção dos dados pessoais e direitos dos participantes. A cada questionário foi atribuído um código e os sujeitos apenas foram identificados com base no sexo e idade.

A participação no estudo foi voluntária e todos os participantes foram informados dos objetivos, métodos, potenciais riscos e benefícios da investigação, sendo-lhes reservado o direito de recusarem participar, assinando por escrito a sua autorização (anexo III).

Os dados recolhidos foram utilizados e tratados de forma confidencial e nenhuns dados pessoais foram divulgados.

Foi efetuado um pedido de autorização formal à direção da clínica Affidea para realização do estudo (anexo II). Também foi enviado um email aos autores da validação dos questionários SF-12 e WHOQOL-OLD para a população portuguesa, a fim de obter a sua autorização para administração dos inquéritos (anexo IV).

### 3.RESULTADOS

#### 3.1.Caraterização sociodemográfica da amostra

Participaram neste estudo 40 pessoas com idade superior a 65 anos, 29 (72,5 %) do sexo feminino e 11 (27,5%) do sexo masculino. A média de idades dos participantes foi 74,4 anos e a idade variou entre 65 e 88 anos (tabela 4), a moda, ou seja, a idade mais vezes observada nos participantes foram os 72 anos.

**Tabela 4:** Caraterização da amostra segundo a idade

Idade	n	Média	Moda	Mínimo	Máximo
	40	74,4	72	65	88

Em relação ao estado civil, a maioria dos participantes eram pessoas casadas (25), 10 eram viúvos, 4 solteiros e 1 era divorciado (tabela 5).

**Tabela 5:** Caraterização da amostra segundo o estado civil

Estado Civil	N	%
Casado(a)	25	62,5
Solteiro(a)	4	10%
Viúvo(a)	10	25
Divorciado(a)	1	2,5
Total	40	100

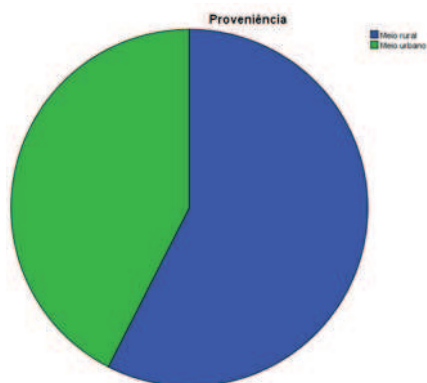
A tabela 6 permite verificar que todos os elementos viúvos que integraram a amostra eram do sexo feminino e que o único elemento divorciado era do sexo masculino.

**Tabela 6:** Distribuição da amostra de acordo com o sexo e estado civil

	Sexo		Total
	Feminino	Masculino	
Casado(a)	16	9	25
Viúvo(a)	10	0	10
Solteiro(a)	3	1	4
Divorciado(a)	0	1	1
Total	29	11	40

Quanto às habilitações literárias dos participantes a maioria, 22 sabia ler ou escrever ou tinha até 4 anos de escolaridade. Do total dos participantes, 5 não sabiam ler, nem escrever e apenas 9 tinham entre 4 e 9 anos de escolaridade; 3 frequentaram a escola entre 10 a 12 anos. Apenas 1 tinha mais de 12 anos de escolaridade.

No que respeita à proveniência, a maioria, 23 dos participantes era proveniente do meio rural, 17 eram provenientes de meio urbano (figura 3).



**Figura 3:** Percentagem de distribuição da amostra segundo a proveniência

Tendo por base o conjunto das variáveis contextuais associadas à prevalência de lombalgia, entendemos que era pertinente saber se a pessoa vivia só ou se vivia com mais alguém. Assim relativamente à variável “com quem vive”, 25 viviam com o cônjuge, 9 residiam sozinhos e 3 dos participantes viviam com os filhos, numero igual aos de participantes que residia em família comunitária (tabela 7).

Das 9 pessoas que viviam sózinhas, 8 eram do sexo feminino e apenas um do sexo masculino. Todos os que residiam com os filhos eram mulheres (tabela 7).

**Tabela 7:** Caraterização da amostra de acordo com o sexo e co-habitação

	Sexo		Total	% total
	Feminino	Masculino		
Sozinho(a)	8	1	9	22,5
Marido / Esposa	16	9	25	62,5
Filhos	3	0	3	7,5
Família comunitária	2	1	3	7,5
Total	29	11	40	100

No que respeita à atividade profissional, a figura 4 mostra que a atividade profissional prevalente foi a de doméstica, com 10 participantes. A atividade de trabalho agrícola foi exercida por 5 participantes e o mesmo número exerciam a atividade de assistente administrativo. Quatro trabalharam na construção civil e 3 participantes exerceram as profissões de empresário, auxiliar de crianças e idosos e profissional de saúde. A atividade de costureira evidenciou-se em 2 participantes e o mesmo número para empregado de balcão. As profissões observadas em menor número foram: sacerdote, professor e agente da PSP com 1 participante cada.

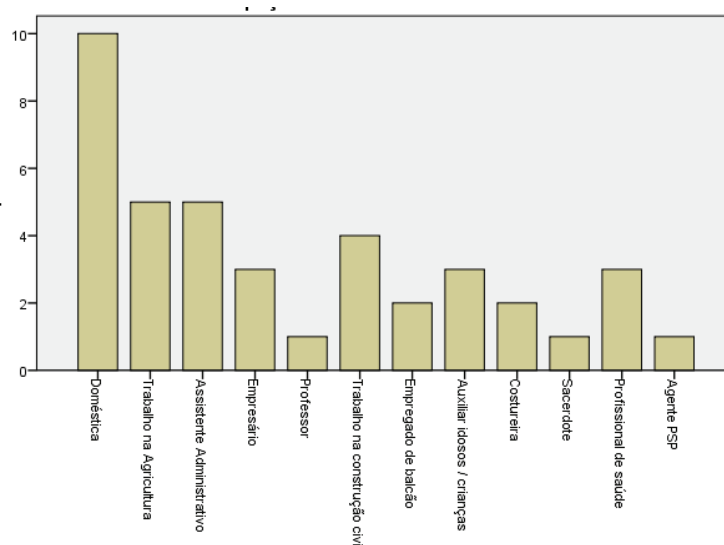
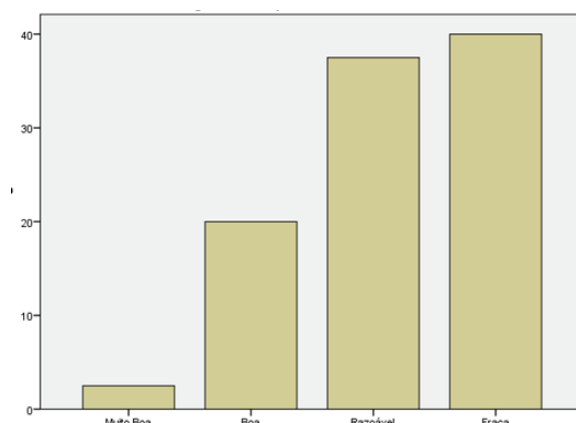


Figura 4: Gráfico relativo à ocupação profissional anterior dos participantes

### 3.2. Perceção do estado de saúde

No que se refere à perceção do estado de saúde não se verificou grande diferença entre os participantes que consideraram a sua saúde fraca e os que a consideraram razoável. Do total dos participantes, 16 (40%) percecionaram a sua como fraca e 15 (37,5%) consideram a sua saúde razoável. Dos restantes, as perceções dividiram-se entre boa (8) e apenas 1 a percecionou como muito boa (figura 5).



**Figura 5:** Perceção do estado de saúde dos participantes

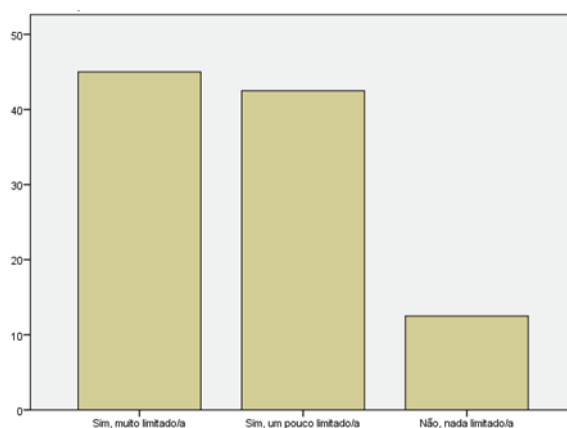
A análise da perceção do estado de saúde por sexo revelou que as mulheres apresentaram perceções do estado de saúde mais baixas que os homens. Das 29 mulheres que integraram o estudo, 14 consideraram a sua saúde fraca e 10 a consideraram como razoável. Apenas 5 mulheres consideraram a sua saúde boa.

As perceções mais positivas de saúde, como já foi referido, pertenceram aos homens. Neste grupo um elemento considerou a sua saúde como muito boa, três consideraram-na boa, cinco razoável e apenas dois participantes consideraram a sua saúde fraca (tabela 8).

**Tabela 8:** Perceção do estado de saúde da amostra, consoante o sexo

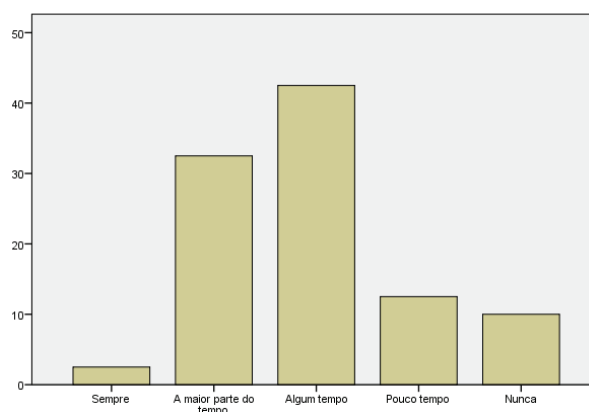
Perceção Saúde	Sexo		Total
	Feminino	Masculino	
Muito Boa	0	1	1
Boa	5	3	8
Razoável	10	5	15
Fraca	14	2	16
Total	29	11	40

Relativamente à influência da percepção de saúde no desempenho das atividades do dia-a-dia, a diferença entre os que consideraram que a sua saúde, ou ausência dela, os limitava na realização das atividades diárias moderadas e os que não se consideraram limitados nesse desempenho não é significativa. 45% consideraram-se muito limitados nessas atividades e 42,5% pouco limitados. Apenas 12,5% referiu não se sentir nada limitado na realização das atividades diárias moderadas (figura 6).



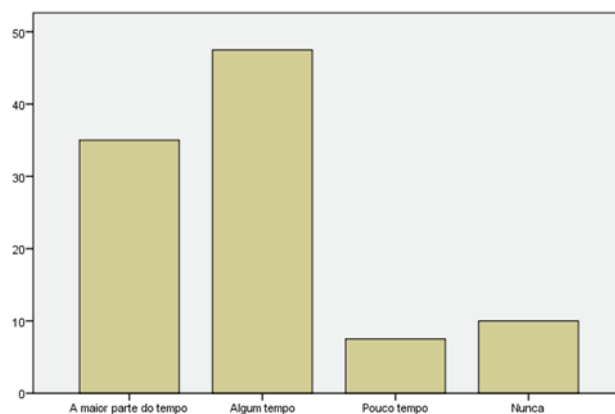
**Figura 6:** Percepção dos participantes relativamente à limitação da saúde nas atividades diárias moderadas

A maioria da amostra, nas últimas 4 semanas, em consequência do seu estado de saúde físico, realizou menos atividades do que desejaria durante algum tempo (42,5%) e a maior parte do tempo (32,5%). Dos participantes, 22,5% consideraram que tem feito menos do que o que queriam durante pouco tempo (12,5%) ou nunca (10%). Somente 1% afirmou que tem feito menos do que queria sempre, como consequência do seu estado de saúde físico (figura 7).



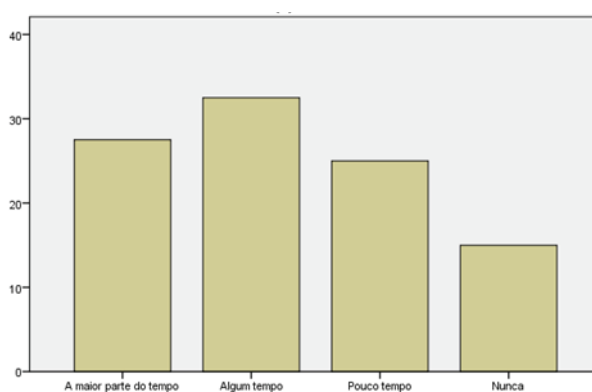
**Figura 7:** Percepção dos participantes relativamente à limitação na realização de atividades, devido ao estado de saúde físico nas últimas 4 semanas

Relativamente à quantidade de tempo em que os participantes do estudo se sentiram limitados, em consequência do seu estado de saúde físico, 47,5% referiu que, nas últimas 4 semanas, se sentiu limitado alguma parte do tempo para o trabalho ou outras atividades, 35% dos participantes referiram que essa limitação ocorria com frequência, ou seja a maior parte do tempo. Apenas 7,5% considerou-se limitado durante pouco tempo e 10% afirmou nunca sentir-se limitado (figura 8).



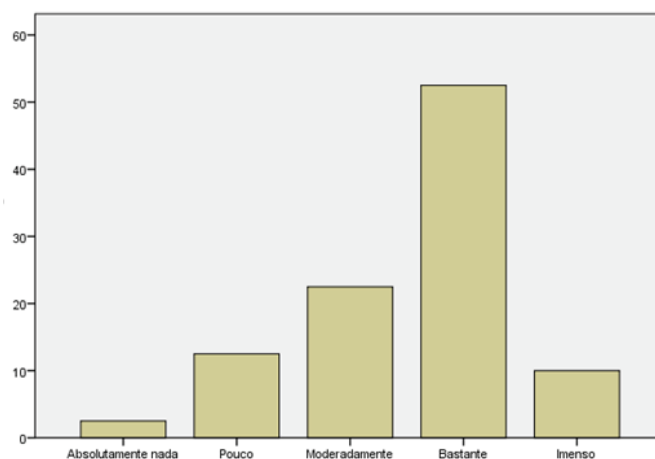
**Figura 8:** Percepção dos participantes relativamente ao tempo de limitação na realização de atividades nas últimas 4 semanas.

Em relação à limitação das atividades devido a problemas emocionais, 27,5% dos participantes considerou que, nas últimas 4 semanas, fez menos do que queria a maior parte do tempo e 32,5% afirmou que se sentiu limitado durante algum tempo. 25% referiu ter feito menos do que queria, devido a problemas emocionais, durante pouco tempo e 15% nunca fez menos do que queria devido a problemas emocionais (figura 9).



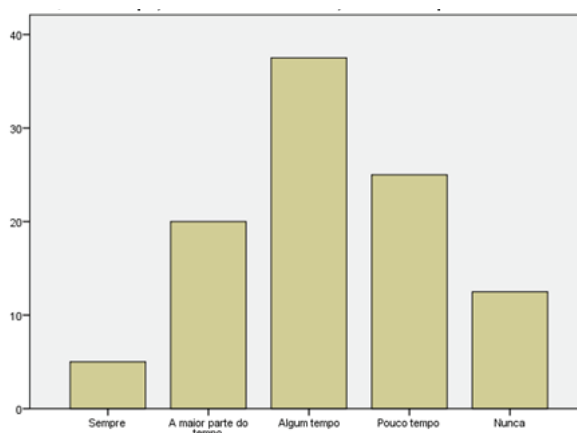
**Figura 9:** Percepção dos participantes relativamente ao tempo em se sentiu limitado nas atividades, devido a problemas emocionais, tal como sentir-se deprimido(a) e/ou ansioso(a)

Em relação à forma como a dor interferiu com o trabalho normal dos participantes do estudo, a maioria (52,5%) afirmou que a dor interferia bastante na vida do cotidiano e 10% afirmou que a dor afetava imenso o seu trabalho normal. Para 22,5% a dor interferia moderadamente nas suas atividades e para 12,5% a dor interferia pouco no desempenho do trabalho normal. Apenas 2,5% considerou que a dor não interferia absolutamente nada com o seu trabalho normal (figura 10).



**Figura 10:** Percepção dos participantes relativamente à interferência da dor com o trabalho normal

Relativamente à percepção de depressão em consequência da dor, 20% dos participantes considerou que, nas últimas quatro semanas, se sentiu deprimido a maior parte do tempo e 5% afirmou ter-se sentido sempre deprimido, 37,5% referiu sentir-se deprimido algum tempo e 25% referiu sentir-se pouco tempo deprimido. Dos participantes, 12,5% revelam nunca terem tido sentido depressivos, nas últimas quatro semanas (figura 11).



**Figura 11:** Percepção dos participantes relativamente ao tempo em que se sentiu deprimido, nas últimas quatro semanas

### 3.3. Perceção Qualidade de Vida

Em termos de perceção de qualidade de vida, os participantes deste estudo apresentaram um score médio de 86,58 para valores mínimos de 52 e máximos de 112. O valor que mais se obteve correspondeu a um score de 92 (tabela 9).

**Tabela 9:** Score total da escala WHOQOL-OLD

	N	Mínimo	Máximo	Média	Moda
<b>Score total</b>	40	52	112	86,58	92

A análise da qualidade de vida por faceta (tabela 10) revelou não existirem diferenças significativas da perceção de qualidade de vida nos resultados obtidos a partir dos diferentes domínios, da escala WHOQOL-OLD.

**Tabela 10:** Score relativo a cada domínio da escala WHOQOL-OLD

<b>Domínio / Faceta QV</b>	n	Mínimo	Máximo	Média	Desvio-padrão
Funcionamento sensorial	40	8	20	14,88	4,065
Autonomia	40	8	20	15,55	2,736
Atividades passadas, presentes e futuras	40	7	20	13,95	2,726
Participação social	40	4	20	14,55	2,970
Morte e morrer	40	6	20	13,68	4,190
Intimidade	40	6	19	13,98	3,051

Os resultados relativos a cada domínio / faceta oscilaram entre um mínimo de 4 e um máximo de 20.

O domínio funcionamento sensorial apresentou um mínimo de 8 e um máximo de 20, média de 14,88 e desvio padrão de 4,065.

O domínio autonomia também variou entre um mínimo de 8 e um máximo de 20, média de 15,55 e desvio padrão de 2,736.

O domínio, atividades passadas, presentes e futuras obteve um mínimo de 7 e um máximo de 20, média de 13,95 e desvio padrão de 2,726.

O domínio participação social variou entre um valor mínimo de 4 e um máximo de 20, média de 14,55 e desvio padrão de 2,970.

O domínio morte e morrer apresentou um valor mínimo de 6 e um valor máximo de 20, média de 13,68 e desvio padrão de 4,190.

O domínio intimidade variou entre um mínimo de 6 e um máximo de 19, média de 13,98 e desvio padrão de 3,051.

## 4. DISCUSSÃO

De acordo com a identificação das características sociodemográficas dos participantes deste estudo (sexo, idade, estado civil, proveniência, escolaridade, ocupação profissional anterior, co-habitação) foi possível fazer a sua caracterização. Todos os participantes apresentaram mais de 65 anos, 72,5% eram do sexo feminino e 27,5% eram do sexo masculino. Confirmando o que outros autores (Ponte, 2005, Torres Jiménez, Cabezón, Rodríguez y el Grupo de Estudio COLUMBUS, 2017) referem sobre a prevalência e ocorrência de lombalgia no sexo feminino sobretudo a partir dos 60 anos de idade. Este facto pode estar relacionado com as tarefas domésticas e sobrecarga repetida da coluna lombar durante esses trabalhos, que normalmente são realizados por mulheres, dados também confirmados no estudo de Sharma, Shahi, Begum & Sigh (2018). Estes autores estudaram a correlação entre a dor lombar, a incapacidade e a qualidade de vida, em mulheres domésticas, e constataram que a maioria das mulheres com lombalgia apresentou incapacidade moderada.

Em relação ao estado civil e co-habitação, a maioria das participantes (62,5%) era casada e vivia com o cônjuge, tendo-se também observado uma percentagem relativa de mulheres viúvas (25%). Estes dados não confirmam os de Ponte (2005) realizado em Portugal. Este autor verificou que a lombalgia era mais frequente nos viúvos e divorciados comparativamente com os solteiros e casados. Contudo vão de encontro aos de Quintino, De Conti, Palma, Gatti, Simeão & Vitta (2017), que também observaram uma maior frequência de lombalgia em pessoas idosas casadas.

No que respeita à idade, os participantes deste estudo que realizaram radiografia da coluna lombar por lombalgia, foram sobretudo indivíduos com mais de 70 anos, a moda das idades foi 72 anos, dados que vão de encontro aos de Ponte (2005), Quintino, et al (2017) e Wong, et al (2017), e que confirmam que a dor lombar é mais prevalente à medida que a idade aumenta, o que pode dever-se a processos degenerativos osteo-musculares.

A maior parte dos participantes (57,5%) eram provenientes de um meio rural e 42,5% provinham do meio urbano. Este facto prende-se com a localização geográfica abrangida pela instituição onde se efetuou a recolha dos dados que pertence ao interior do país. Esta região é na sua maioria constituída por pessoas idosas, que vivem em localidades rurais, muitas delas isoladas em processos de desertificação. No entanto, os estudos analisados mostram não existir correlação significativa entre a área de residência (urbana ou rural) e a presença de lombalgia (Romero, Santana, Borges, Marques, Castanheira, Rodrigues & Sabbadini, 2018).

No que respeita às habilitações literárias, os participantes que integraram o estudo apresentavam uma escolaridade baixa. A maior parte apenas possuía a instrução básica ou inferior. A baixa escolaridade também foi identificada como um dos fatores mais preditores da alta prevalência de dor lombar por Romero et al., (2017). Neto, Bittencourt, Nasralla, Oliveira, Sousa & Nascimento (2016) também observaram que o nível de escolaridade afeta a capacidade global dos indivíduos de

enfrentar os desafios do quotidiano. Geralmente, as pessoas idosas com baixa escolaridade apresentam poucos recursos financeiros, menor acesso a cuidados de saúde e poucas fontes de conhecimento, repercutindo em piores condições de saúde.

Estes factos refletem as condições sociais em que se vivia até meados do século XX, em que o acesso à educação era restrito, a escolaridade não era obrigatória e, principalmente as mulheres, não frequentavam a escola ou frequentavam apenas por poucos anos. Acresce o facto de as pessoas começarem a trabalhar muito cedo para ajudarem no sustento da família, visto que as condições de vida eram muito precárias (Borges et al, 2014).

Em relação à percepção de saúde, 40% dos participantes considerou a sua saúde fraca e 37,5% razoável. 20% auto-avaliaram a sua saúde como boa e apenas 2,5% como muito boa. Estes resultados demonstraram que, com o processo de envelhecimento e com o avançar da idade, a saúde sofre um declínio gradual, colocando as pessoas idosas em condições de maior fragilidade (Machón et al, 2016).

Verificaram-se percepções diferentes de saúde entre homens e mulheres, sendo que as mulheres apresentaram percepções mais baixas, resultados que vão de encontro aos estudos já realizados nesta área (Vintém, 2008; Pereira et al, 2014; Silva et al., 2014).

Pereira et al, (2014) identificaram a prevalência e a intensidade de dor crónica em pessoas idosas e a sua associação com a autopercepção de saúde e concluíram que a ocorrência de dor crónica era mais incidente no sexo feminino e correlacionava-se com pior autopercepção de saúde e número de doenças crónicas. Estes autores verificaram também que uma das doenças crónicas mais prevalente era a dor lombar.

A baixa percepção do estado de saúde está também associada à progressiva perda da capacidade funcional, característica do processo de envelhecimento, que conduz a maior suscetibilidade de desenvolver doenças (Silva et al, 2014; Machón et al, 2016). Estes autores constataram também que a avaliação funcional é uma ferramenta importante na percepção de saúde das pessoas idosas, pois a condição de saúde tem impacto na capacidade de realização das atividades básicas e instrumentais de vida diária. Nos participantes deste estudo, a autopercepção de limitação na realização das atividades moderadas, como aspirar a casa, levantar ou carregar as compras do supermercado, deslocar uma mesa, subir vários lanços de escadas e a limitação na execução de outro tipo de atividades também foi avaliada e os participantes consideraram que a ausência de saúde lhes limitava consideravelmente a realização das atividades do quotidiano, não só a nível físico mas também emocional. A maioria considerou que, nas últimas 4 semanas, em consequência do seu estado de saúde físico, realizou menos atividades do que desejaria durante algum tempo (42,5%) e 32,5% dos participantes considerou que realizou menos atividades a maior parte do tempo.

Esta percepção de restrição foi confirmada na quantidade de tempo em que os participantes se sentiram limitados, em consequência do seu estado de saúde físico. 35% dos participantes considerou-se limitado durante a maior parte do tempo e

47,5% algum tempo, percepção que reforça a implicação que a dor lombar exerce nas capacidades funcionais das pessoas idosas, podendo afetar a sua percepção de saúde. Neto, et al. (2016) investigaram a associação entre lombalgia e capacidade funcional em pessoas idosas e verificaram que a elevada incidência de lombalgia se correlacionava com as alterações fisiológicas do processo de envelhecimento, tais como a perda de força e de flexibilidade, o comprometimento do equilíbrio corporal, a elevada exposição ao risco de quedas, com impacto nas capacidades funcionais dos indivíduos.

Para além da componente física, também se identificaram sentimentos de depressão nos participantes estudados: 27,5% realizaram menos atividades do que queriam a maior parte do tempo, devido a problemas emocionais, e 32,5% durante algum tempo. Estes achados estão em concordância com os estudos de Figueiredo et al (2013) e Fujii, Oka, Katsuhira, Tonosu, Kasahara, Tanaka & Matsudaira (2018) apontando todos para uma associação significativa entre depressão, ansiedade e lombalgia, com limitações nas atividades diárias, nas tarefas domésticas, atividades moderadas e no autocuidado.

Neste estudo, 52,5 % dos participantes referiram que a dor interferia bastante com o seu trabalho normal e com a realização de atividades, o que também está em consonância com as pesquisas de Stephane et al. (2013); Pereira et al. (2014) e Silva et al. (2014). Todos estes autores constataram que a dor lombar é incapacitante, reduz o convívio social, tem implicações na autonomia e independência, sendo também influenciada por fatores sociodemográficos, nomeadamente baixa educação e baixo poder económico.

No que se refere à literacia e saúde, a educação e a saúde andam de “mãos dadas” e embora se reconheça que educação não atua na saúde isoladamente reconhecem-se os seus efeitos sobre saúde. Para além de pouco letrados do ponto de vista formal, a maioria dos participantes deste estudo percebeu a sua saúde com fraca ou apenas razoável. O relatório da Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Económico (Feinstein et al., 2006) sublinha que existem efeitos causais substanciais e importantes da educação em saúde e do papel potencial da educação na melhoria da saúde. A educação pode aumentar a adoção de cuidados preventivos e os indivíduos com mais educação também são mais propensos a tirar proveito da prestação de cuidados de saúde.

Segundo a WHO (2013), as pessoas com literacia em saúde limitada são na maioria pessoas idosas, com baixos níveis de educação e fracos recursos económicos, levando a que os indivíduos tenham menor controlo sobre a doença e a pior percepção do estado de saúde, estando também associado a elevados custos dos sistemas de saúde. Deste modo, a literacia em saúde revela-se, fulcral na medida que possibilita a tomada de decisões informadas sobre a saúde e a aquisição de saberes e práticas orientados para a prevenção de doenças e promoção da saúde.

Relativamente à qualidade de vida, a média da pontuação bruta no total dos participantes obtida foi de 86,58, para um valor bruto mínimo 24 na escala WHOQOL-OLD e um máximo de 120. A média das respostas situou-se acima do valor médio da escala, o que significa que as pessoas apresentaram uma percepção de qualidade de vida satisfatória, apesar das alterações físicas e psicológicas associadas à idade e à perda das capacidades de adaptação ao meio ambiente. Na entrevista inicial, percebeu-se que as pessoas valorizavam o apoio dos familiares, nomeadamente dos filhos, netos e cónyuge e a necessidade de se sentirem ocupados, de conviverem com outras pessoas, de serem respeitados e de ainda terem capacidade de decidir, de realizarem as tarefas do dia-a-dia e da satisfação daquilo que alcançaram na sua vida.

Autores como Murphy, et al (2009) investigaram as determinantes da qualidade de vida em pessoas idosas e verificaram que os aspetos mais valorizados são a participação em atividades, as relações familiares, sentimentos de amor, amizade e companheirismo, sentirem-se valorizados, terem objetivos de vida, prazer e sentido de satisfação com a vida, sentimentos de segurança, independência e autonomia, saúde física e mental, suporte emocional e financeiro, relações interpessoais. E Pereira et al, (2006) concluíram 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 e do contato regular com o meio ambiente. O estudo mais recente de Marques, Sánchez e Vicario (2014), concluiu que a qualidade de vida para as pessoas idosas significa ter saúde, paz, harmonia, estar satisfeito com a vida, manter-se ocupado com atividades de ócio, de voluntariado ou de trabalho. Significa também manter relações interpessoais e receber apoio da família, dos amigos e vizinhos.

Em relação aos domínios da qualidade de vida, com valores mínimos brutos de 4 e máximos brutos de 20, sendo o score médio, para cada faceta de 8 (Vilar et al, 2015). Os valores obtidos em todas as facetas foram acima da média, ou seja superiores ao score médio bruto. O domínio da autonomia foi o que apresentou o score médio mais elevado (15,55), sendo seguido do funcionamento sensorial (14,88) e participação social (14,55). As facetas intimidade, atividades passadas, presentes e futuras e morte e morrer foram as que obtiveram valores mais baixos, 13,98; 13,95 e 13,68, respetivamente.

Estes dados indicam que os participantes apresentavam uma qualidade de vida favorável em todas as facetas.

Deste estudo ressalta a faceta da autonomia que envolve a liberdade de tomar as suas próprias decisões, o sentimento de controlo sobre o futuro, o conseguir fazer as coisas agradáveis e de sentir-se respeitado pelos outros e que a maioria das pessoas deste estudo percebeu. Destacando-se a importância de as pessoas sentirem que têm habilidade de controlar, lidar e tomarem as suas decisões pessoais, sobre como devem viver diariamente, de acordo com suas próprias regras, preferências, capacidades cognitivas e contexto, tal como refere a Organização Mundial de Saúde

(WHO, 2002). A autonomia depende do atendimento das necessidades básicas dos idosos que, por sua vez, possui grande influência sobre a dignidade, integridade e liberdade (WHO, 2015). Deste modo, indivíduos que possuem maior autonomia na tomada de decisões apresentam melhores níveis de qualidade de vida.

O funcionamento sensorial que se refere ao impacto da perda das capacidades sensoriais na participação em atividades. De acordo com os resultados deste estudo, os participantes sentiram-se capazes de ultrapassar as suas limitações resultantes do declínio das funções sensoriais, características do processo envelhecimento, para terem uma participação mais ativa na sua vida diária.

O domínio participação social inclui a participação nas atividades do quotidiano e da comunidade. Por se tratar de indivíduos provenientes maioritariamente de um meio rural, as pessoas ocupavam o seu tempo essencialmente na agricultura, em idas à igreja, na convivência com vizinhos ou, no caso das mulheres, na execução de trabalhos manuais, o que pode justificar a percepção de qualidade de vida elevada. Ainda assim, durante a entrevista, os participantes residentes no meio urbano consideraram ter mais oportunidades e maior oferta de atividades, como por exemplo, a universidade sénior, centros de convívio ou aulas de ginástica.

De um modo geral os participantes consideraram que o ambiente não era muito facilitador para uma participação social mais ativa. Referiram que existiam poucas oportunidades e que a oferta de atividades para a população idosa deveria ser mais diversificada e acessível, embora Zavarine & Wechsler, 2012 e Figueiredo et al. (2013) sublinhem que a participação social pode também ser afetada pela presença da lombalgia, que para além de reduzir a capacidade funcional tem também forte impacto nas atividades de lazer.

Em relação ao domínio da intimidade, as pessoas consideraram-se moderadamente satisfeitas com as suas relações pessoais e íntimas, sendo os filhos, netos e cônjuge aqueles com quem mais partilhavam os seus sentimentos, embora a maioria mantivesse apenas contato esporádico com os familiares mais diretos, uma vez que estes residiam nos grandes centros ou no estrangeiro. As pessoas viúvas e que moravam sózinhas tinham menos relações pessoais e íntimas do que aqueles que viviam acompanhados, o que dada a percentagem relativa da amostra que vive sózinha, pode explicar o score obtido.

O domínio atividades, passadas, presentes e futuras que avalia a satisfação sobre conquistas ao longo da vida e expectativas futuras, a partir da percepção dos participantes, neste estudo é relativamente favorável e por isso revelador do nível de satisfação que os participantes alcançaram com a vida.

Mais baixo foi o score de morte e morrer. Esta faceta abrange a preocupação com a maneira pela qual irá morrer, medo de não poder controlar a sua morte, medo de morrer e de sofrer dor antes de morrer. Nesta vertente, as pessoas idosas encararam a proximidade da morte, como um fator gerador de ansiedade, afetando a percepção de qualidade de vida. A presença de doença e o risco crescente de dependência revelam-

se também como fatores de insegurança, o que está de acordo com o que refere Fleck (2008).

Bulsing & Jung (2016) estudaram a percepção de mulheres idosas sobre o envelhecimento e a morte e concluíram que a morte era encarada como algo natural, que faz parte da vida, contudo era representada como um mistério e algo perturbador. Estes autores também verificaram que o desejo das participantes era sofrerem de morte súbita, sem sofrimento, o que também está de acordo com os nossos achados em que grande parte dos participantes receava sofrer dor antes de morrer.

Em suma, os resultados do nosso estudo demonstraram que a percepção do estado de saúde das pessoas idosas é baixa, embora manifestassem uma qualidade de vida satisfatória. Esta evidência revelou que a presença de lombalgia afetou o estado de saúde das pessoas idosas, contudo não condicionou de forma significativa a sua qualidade de vida, uma vez que a amostra considerava-se independente na realização das atividades básicas de vida diária.

Sendo assim, e a partir das sugestões de Rodrigues et al. (2017), que estudaram os fatores socioeconómicos e de saúde associados à qualidade de vida, tal como eles defendemos a necessidade de ações educativas com o intuito de transmitir às pessoas à medida que envelhecem informações sobre as mudanças físicas e sensoriais decorrentes do envelhecimento, e estratégias para lidar com as perdas dessas habilidades de forma a poderem envelhecer com melhor qualidade de vida e percepção de saúde.

## 5. CONCLUSÃO

Com base nos resultados obtidos, podemos concluir que os objetivos deste estudo foram atingidos. Sobre o perfil das pessoas idosas, com quadro álgico de lombalgia, que recorreram ao serviço de imagiologia, da clínica Affidea de Castelo Branco, durante o período de duração do estudo concluímos que são sobretudo mulheres que recorrem à realização de radiografia lombar por essas queixas. São também pessoas com mais de 70 anos, casadas, residentes em meio rural em locais isolados ou pouco povoados, com fraco apoio social, poucos meios económicos, reduzida acessibilidade a serviços de saúde e que possuem como habilitações literárias a instrução básica ou inferior.

A revisão da literatura permitiu-nos também reconhecer que a lombalgia é uma problemática de relevo na população idosa. Esta condição caracteriza-se por uma dor incapacitante, com forte interferência na realização de atividades, cujas causas principais devem-se às alterações degenerativas associadas à idade e à atividade profissional anterior que implicasse trabalho repetitivo pesado, podendo ocasionar graves consequências fisiológicas, psicológicas e sociais.

Através de instrumentos específicos, foi também possível avaliar a percepção de saúde e a qualidade de vida das pessoas idosas com esta sintomatologia. Os participantes apresentaram uma fraca percepção do seu estado de saúde, contudo manifestaram uma percepção satisfatória da sua qualidade de vida geral. A nível dos domínios da autonomia, funcionamento sensorial, participação social, atividades passadas, presentes e futuras, intimidade e morte e morrer, os participantes apresentaram percepções distintas, apresentando maior qualidade de vida em relação à autonomia e menor qualidade de vida relativamente à faceta da morte e morrer.

Os resultados deste estudo permitiram concluir que apesar da percepção de saúde dos participantes ter sido reduzida, a presença de lombalgia não condicionou de forma significativa a sua qualidade de vida, uma vez que os indivíduos consideraram-se autónomos e independentes na realização das atividades básicas de vida diária.

De forma a evitar ou minimizar os efeitos da dor lombar, e com base na revisão de outros trabalhos, consideramos pertinente a necessidade de adoção de estratégias de enfrentamento e medidas de controlo da doença. Manter uma atitude positiva, aumentar a auto-estima e auto-eficácia, manter um estilo de vida saudável, praticar exercícios de fortalecimento muscular, diminuir a dependência dos medicamentos e dos serviços médicos e o aumento do controlo pessoal que podem ser as melhores formas de encarar o problema (Vasconcelos, 2017).

O termo literacia em saúde engloba todas as experiências que modificam ou exercem influência nas atitudes ou condutas dos indivíduos em relação à sua saúde, por isso a literacia / educação em saúde constitui, o conjunto de saberes e práticas orientados para a prevenção de doenças e promoção da saúde.

As doenças crónicas, porque estão associadas ao envelhecimento das populações representam um desafio para os sistemas de saúde, e requerem uma integração de ações preventivas e de continuidade de cuidados adequada. Como tal, a literacia em saúde revela-se fulcral para a obtenção de bons resultados na prevenção e gestão das doenças crónicas, a fim de garantir a viabilidade a longo prazo dos sistemas de saúde e o acesso universal a esses recursos.

E por que a população idosa é bastante heterogénea em relação ao seu estado de saúde e à sua qualidade de vida, são necessárias campanhas de promoção da saúde, orientadas por equipas de profissionais diversas de modo a estimular as pessoas idosas para hábitos e formas de viver mais saudáveis, de forma a diminuir a incidência de doenças e melhorar a sua qualidade de vida. Entendemos que é também fundamental uma maior sensibilização da sociedade e dos governos para implementar políticas direcionadas para a melhoria das estruturas de apoio à população idosa, identificar as dificuldades mais frequentes dos idosos no acesso a serviços de saúde, melhorar a acessibilidade e a informação, tendo como objetivo principal minimizar os gastos com a saúde, reduzir incapacidades e evitar a dependência.

Neste sentido, o estudo realizado representa um ponto relevante na investigação uma vez que possibilita o conhecimento das principais causas da dor lombar e a delimitação de estratégias e políticas que possam tornar a saúde e qualidade de vida das pessoas idosas cada vez melhor.

Como proposta de intervenção, sugerimos a elaboração de um conjunto de *posters e folhetos* informativos para serem expostos e divulgados nas salas de espera do serviço de imagiologia da clinica *Affidea* e que incluam informação suscetível de melhorar o conhecimento sobre a lombalgia, e os processos de envelhecimento, assim como, medidas para a prevenir, e potenciar o controlo das pessoas idosas de forma a poder contribuir para o seus conhecimentos em saúde e assim melhorar a sua perceção de saúde e também a manutenção das suas capacidades funcionais.

## 6. PROPOSTA DE INTERVENÇÃO

Literacia em saúde: Prevenção das lombalgias

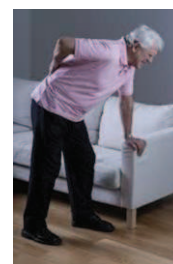
Folhetos Informativos e posters: Propostas de conteúdos

O processo de envelhecimento caracteriza-se por alterações progressivas a nível físico e psicológico que conduzem ao aparecimento de patologias crónico-degenerativas que condicionam a mobilidade, independência e autonomia das pessoas idosas.



Influência na Percepção do estado de saúde e qualidade de vida

Lombalgia – Designação técnica dada a uma dor localizada na região lombar, associada a dificuldades e limitações a nível físico e psicológico.



A dor lombar é um dos sintomas mais frequentemente relatados pelas pessoas idosas e pode ser desencadeada por diversos fatores que interferem na sua funcionalidade. Embora a maioria das causas sejam inespecíficas, as pessoas idosas são mais propensas a sofrerem de lombalgia devido às alterações físicas e psicológicas relacionadas com a idade.



Constitui um dos principais fatores de incapacidade na população idosa, aumentando a sua dependência, perda de autonomia, o isolamento social e a depressão.

A lombalgia caracteriza-se por uma dor que se acompanha de impotência funcional. Pode ser devida a várias causas, como traumatismos, patologia discal, má postura ou alterações degenerativas inerentes ao envelhecimento.

**Fatores que afetam o desenvolvimento de dor lombar grave ou crónica idosos:**

Fatores de Risco Não Modificáveis	Fatores de Risco Modificáveis
Alterações degenerativas relacionadas com a idade	Disfunções psicológicas (ansiedade, depressão, irritabilidade)
Idade	Atividade física intensa / inatividade
Genética: pode estar na origem de maior fragilidade dos tecidos	Tabagismo / obesidade
Ocupação profissional anterior	Contexto social / relações sociais
Baixo nível socio-económico	

**Alterações Degenerativas da Coluna Lombar:**

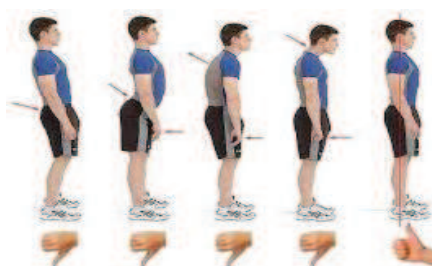
- Degeneração discal
- Hérnias discais
- Espondilolistese
- Osteofitose
- Escoliose
- Fraturas osteoporóticas



**Prevenção**

Na maioria dos casos, as lombalgias podem ser evitadas com medidas preventivas e hábitos de vida saudáveis, permitindo uma melhoria significativa da qualidade de vida.

- Cuidados com a postura: sentar e estar de pé de forma adequada, mantendo a coluna vertebral alinhada; evitar estar sentado por períodos prolongados e manter posturas incorretas da coluna vertebral por períodos prolongados.



- Cuidados na manipulação de cargas: quando é necessário levantar um objeto pesado devem fletir-se os membros inferiores e evitar fletir a coluna lombar; devem evitar-se os movimentos de rotação do tronco e atividades que exerçam maior pressão sobre a coluna lombar.



- Manter uma alimentação saudável e controlar o peso corporal.



- Evitar fumar



- Realizar exercício físico regular e adaptado.



- Ser positivo e evitar situações de stress que aumentam a tensão muscular.



**Objetivos:** promover a divulgação de informação relativa à educação / literacia em saúde no sentido da prevenção da lombalgia; descrever e divulgar as principais causas da dor lombar suscetíveis de gerar perda de independência e incapacidade; dar contributos para a melhoria de conhecimentos na população idosa; facilitar a aquisição de medidas necessárias para a manutenção das capacidades funcionais nos idosos e contribuir para melhorar a sua qualidade de vida

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Azevedo, M.S.A. (2015). *O envelhecimento ativo e a qualidade de vida: uma revisão integrativa*. Dissertação de Mestrado em Enfermagem Comunitária. Escola Superior de Enfermagem, Porto
- Barata, N. (2015). *A dor – uma visão multidisciplinar*. Vialonga: Coisas de Ler
- Barbosa, M.T.G. (2013). Literacia em Saúde: Impacto na Promoção do Envelhecimento Ativo. *Quadernsanimacio.net*.18.  
<http://quadernsanimacio.net/ANTERIORES/dieciocho/Envelhimiento.pdf>
- Borges, A.M., Santos, G., Kummer, J.A., Fior, L., Molin, V.D. & Wibelinger, L.M. (2014). Autopercepção de saúde em idosos residentes em um município do interior do Rio Grande do Sul. *Revista Brasileira Geriatria e Gerontologia* 17(1): 79-86
- Broeiro, P. (2017). Literacia em Saúde e Utilização de Serviços. *Revista Portuguesa de Medicina Geral e Familiar* 33:6-8.
- Bulsing, R.S. & Jung, S.I. (2016). Envelhecimento e morte: percepção de idosas de um grupo de convivência. *Psicologia em Estudo*. 21(1): 89-100
- Câmara, A.M.C.S.; Melo, V.L.C.; Gomes, M.G.P.; Pena, B.C.; Silva, A.P.; Oliveira, K.M.; Moraes, A.P.S.; Coelho, G.R. & Victorino, L.R. (2012). Percepção do processo saúde-doença: significados e valores da educação em saúde. *Revista Brasileira de Educação Médica*. 36 (1): 40-50.
- Canavarro, M., Pereira, M., Moreira, H. & Paredes, T. (2010). *Qualidade de Vida e saúde: aplicações do WHOQOL*. Serviços da Presidência do Instituto Politécnico de Lisboa. Disponível em: <http://repositorio.ipl.pt>
- Carneiro, R. (2012). *O Envelhecimento da População: Dependência, Ativação e Qualidade*. Centro de Estudos dos Povos e Culturas de Expressão Portuguesa, Lisboa: Faculdade de Ciências Humanas, Universidade Católica Portuguesa
- Carrilho, M.J. & Craveiro, M.L. (2014). A situação demográfica recente em Portugal. *Revista de Estudos Demográficos*, 54, Lisboa: Instituto Nacional de Estatística
- Chesser, A.K., Woods, N.K., Smothers, K & Rogers, N. (2016). Health Literacy and Older Adults: A Systematic Review. *Gerontology & Geriatric Medicine* 2: 1-13
- Ciconelli, R.M., (2003). Medidas de avaliação de qualidade de vida. *Revista Brasileira Reumatologia*. 43(2): IX-XIII
- Confortin, S. C. et al., (2017). Life and health conditions among elderly. *Epidemiol. Serv. Saúde*, Brasília, 26(2): 305-317. doi: 10.5123/S1679-49742017000200008
- Costa, M., Rocha, L. & Oliveira, S. (2012). Educação em saúde: estratégia de promoção da qualidade de vida na terceira idade. *Revista Lusófona de Educação*, 22: 123-140
- Coutinho, C.P. & Chaves, J.H., (2002). O estudo de caso na investigação em Tecnologia Educativa em Portugal. *Revista Portuguesa de Educação* 15(1): 221-243
- Cruz, K.C.T., Oliveira, D.C. & D'Elboux, M.J. (2012). Avaliação da qualidade de vida relacionada à saúde do idoso por meio do SF-12. *Geriatria e Gerontologia*. 6(3). Disponível em: <https://www.researchgate.net/publication/273736216>
- Despacho nº3618-A/2016 de 10 de Março. *Diário da República nº49 – 2ª série*. Lisboa: Gabinete do Secretário de Estado Adjunto e da Saúde.
- Despacho nº4027-A/2016 de 18 de Março. *Diário da República nº55 – 2ª série*. Lisboa: Gabinete do Secretário de Estado Adjunto e da Saúde.

- Dias, I. & Rodrigues, E.V. (2012). Demografia e Sociologia do Envelhecimento. In Paúl, C. & Ribeiro, C., *Manual de Gerontologia* (pp. 179-201). Lisboa: Lidel
- Direção Geral de Saúde (2004). *Programa Nacional para a Saúde das Pessoas Idosas*. Disponível em: [www.dgs.pt](http://www.dgs.pt). Acedido em: 18 Novembro 2017.
- Feinstein, L., Sabates, R., Anderson, T.M, Sorhaindo, A. & Hammond, C. (2006). *What are the effects of education on health?* Measuring the effects of education on health and civic engagement: proceedings of the Copenhagen Symposium: OCDE. Disponível em: <http://www1.oecd.org/education/innovation-education/37425753.pdf>
- Ferreira, P.L. (1998). *A Medição do Estado de Saúde: Criação da Versão Portuguesa do MOS SF-36*. Centro de Estudos e Investigação em Saúde da Universidade de Coimbra. <https://estudogeral.sib.uc.pt/jspui/bitstream/10316/9969/1/RD199802.pdf>
- Ferreira, P.L. & Santana, P. (2003). Percepção de estado de saúde e de qualidade de vida da população activa: contributo para a definição de normas portuguesas. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*. 21(2):15-30. Disponível em: <https://estudogeral.sib.uc.pt/>
- Ferreira, Z. (2011). *Percepção do estado de saúde da pessoa idosa institucionalizada*. Dissertação de Mestrado em Saúde e Envelhecimento. Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Nova, Lisboa
- Figueiredo, V., Pereira, L.S.M, Ferreira, P., Pereira, A. & Amorim, J. (2013). Incapacidade funcional, sintomas depressivos e dor lombar em idosos. *Fisioter. Mov.* 26 (3): 549-557
- Figueiredo, M. (2014). *O Envelhecimento Humano – Aprender a viver com a idade*. Lisboa: Edições Vieira da Silva
- Fleck, M. (2008). *A avaliação de qualidade de vida*. Porto Alegre: Artmed.
- Fonseca, A.M. (2010). Promoção do desenvolvimento psicológico no envelhecimento. *Contextos Clínicos* 3(2): 124-131.
- Fortin, M.F. (1999). *O processo de investigação: da concepção à realização*. Loures: Lusociência
- Fujii, T., Oka, H., Katsuhira, J., Tonosu, J., Kasahara, S., Tanaka, S. & Matsudaira, K. (2018). Association between somatic symptom burden and health-related quality of life in people with chronic low back pain. *Plos One* 13(2): e0193208. <http://doi.org/10.1371/journal.pone.0193208>
- Ghasemi, S., Keshavarz Mohammadi, N., Mohammadi Shahboulaghi, F. & Ramezankhani, A. (2017). A critical review of studies on health needs assessment of elderly in the world. *Elderly Health Journal*. 3(1): 1-9
- Hoeman, S.P. (2011). *Enfermagem de Reabilitação*. 4ª Edição. Loures: Lusodidacta
- INE (2012). *Censos 2011 Resultados Definitivos – Portugal*. Lisboa: Instituto Nacional de Estatística. Disponível em [www.ine.pt](http://www.ine.pt). Acedido em: 28 de Outubro 2017
- INE (2014). *Projeções da população residente 2012-2060*. Lisboa: Instituto Nacional de Estatística. Disponível em [www.ine.pt](http://www.ine.pt). Acedido em: 28 de Outubro 2017
- Kaleta, D., Polańska, k., Dziankowska-Zaborszczyk, E., Hanke, W. & Drygas, W. (2009). Factors influencing self-perception of health status. *Cent. Eur J. Public Health*. 17(3): 122-127
- Lamas, M.C. & Paúl, C. (2013). O envelhecimento do sistema sensorial: implicações na funcionalidade e qualidade de vida. *Actas de Gerontologia*.1(1) Disponível em: <http://www.actasdegerontologia.pt/>
- Machón, M., Vergara, I., Dorronsor, M., Vrotsou, K. & Larrañaga, I. (2016). Self-perceived health in functionally independent older people: associated factors. *BMC Geriatrics*. 16:66
- Marques, E.M.B.G., Sánchez, C.S., & Vicario, B.P. (2014). Percepção da qualidade de vida de um grupo de idosos. *Revista de Enfermagem Referência*. IV(1). Disponível em: <http://dx.doi.org/10.12707/RIII314>

- Martins, R.M.L. (2003). Envelhecimento e Saúde: Um Problema Social Emergente. *Millenium*. 27
- Martins, I.D. (2006). Lombalgias: Porquê tantos insucessos terapêuticos? *Dor*. 14(3)
- Martins, M. (2012). *O Envelhecimento e a Capacidade Funcional dos idosos*. Dissertação de Mestrado em Gerontologia Social. Universidade do Algarve, Escola Superior de Educação e Comunicação.
- Martins, R. (2014). *Qualidade de Vida do Idoso: a sua perspectiva e a do seu cuidador formal*. Dissertação de Mestrado de Psicologia. Faculdade de Psicologia. Universidade de Lisboa.
- Mateus, A., Silva, A.C. & Negreiro, M. (2015). *Estratégia de desenvolvimento do concelho de Castelo Branco*. Castelo Branco: Câmara Municipal de Castelo Branco.
- Mendes, S.P. (2009). *Avaliação do estado subjectivo de saúde: utilização de questões singulares por diferentes modos de administração*. Dissertação de candidatura ao grau de Mestre em Saúde Pública. Universidade do Porto. Disponível em: <https://repositorio-aberto.up.pt>
- Minayo, M.C.S., Hartz, Z.M.A. & Buss, P.M. (2000). Qualidade de vida e saúde: um debate necessário. *Ciência & Saúde Coletiva*. 5(1): 7-18.
- Murphy, K., Cooney, A., Shea, E.O. & Casey, D. (2009). Determinants of quality of life for older people living with a disability in the community. *Journal of Advanced Nursing* 65 (3): 606-615
- Neto, E.; Bittencourt, W.; Nasralla, M.; Oliveira, A.; Sousa, A. & Nascimento, J. (2016). Correlação entre lombalgia e capacidade funcional em idosos. *Rev. Bra. Geriatr. Gerontol.* 19 (6): 987-994.
- Osorio, A. (2007). Os idosos na sociedade actual. In Martin, A., Pinto, F., Oliveira, F., Oliveira, R., Martin, I., Gonçalves, D., Silva, A., Paul, C., Cabral, F., Tamer, N., Petriz, G., Guedes, J., Vallespir, J., Morey, M., Casara, M., Arca, B., Cid, J., Dapia, M, & Rumbo, X (Eds.), *As pessoas idosas* (pp. 11-46). Lisboa: Instituto Piaget.
- Paúl, C., & Fonseca, A. (2005). *Envelhecer em Portugal. Psicologia, Saúde e Prestação de Cuidados*. Lisboa: Climepsi Editores.
- Pereira, M.J. & Ramalheiro, A.M. (2006). Lombalgias e Qualidade de Vida. *Dor*. 14(4)
- 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 RS* 28 (1): 27-38.
- Pereira, L.V., Vasconcelos, P.P., Souza, L.A.F., Pereira, G.A., Nakatani, A.Y.K. & Bachion, M.M. (2014). Prevalência, intensidade de dor e autopercepção de saúde entre idosos: estudo de base populacional. *Rev. Latino-Americana Enfermagem*. 22(4): 662-9
- Ponte, C. (2005). Lombalgia em Cuidados de Saúde Primários. *Rev. Port. Clin. Geral*, 21: 259-67
- Pordata (2015). *Índice de envelhecimento segundo os Censos*. <https://www.pordata.pt/DB/Municipios/Ambiente+de+Consulta/Tabela>. Acedido em: 08 de Abril de 2018
- Pordata (2018a). *Indicadores de envelhecimento: Quantos idosos existem por cada 100 jovens?* <https://www.pordata.pt/Portugal/Indicadores+de+envelhecimento-526>. Acedido em 08 de Abril de 2018
- Pordata (2018b). *Índice de envelhecimento: Onde há mais e menos idosos por 100 jovens?* <https://www.pordata.pt/DB/Municipios/Ambiente+de+Consulta/Tabela>. Acedido em 08 de Abril de 2018
- Quintino, N.M., De Conti, M.H.S., Palma, R., Gatti, M.A.N., Simeão, S.F.A.P. & Vitta, A. (2017). Prevalence and factors associated with low back pain in elderly registered in the Family Health Strategy. *Fisioter Mov* 30(2): 367-77

- Rodrigues, L.R., Tavares, D.S., Dias, F.A., Pegorari, M.S., Marchiori, G.F. & Tavares, D.M.S. (2017). Quality of life of elderly people of the community and associated factors. *Journal of Nursing* 11(3): 1430-8
- Romero, D.E., Santana, D., Borges, P., Marques, A., Castanheira, D., Rodrigues, J.M. & Sabbadini, L. (2018). Prevalência, fatores associados e limitações relacionados ao problema crónico de coluna entre adultos e idosos no Brasil. *Cad. Saúde Pública* 34(2): e00012817
- Rosa, M.J.V. (1996). Envelhecimento demográfico: proposta de reflexão sobre o curso dos factos. *Análise Social*. XXXI (139): 1183-1198.
- Santana, P., Vaz, A. & Fachada, M. (2004). O estado de saúde dos portugueses. *Revista de Estudos Demográficos*. 36. Lisboa: Instituto Nacional de Estatística.
- Scliar, M. (2007). História do Conceito de Saúde. *Revista Saúde Coletiva*. 17(1): 29-41.
- Seeley, R.R., Stephens, T.D., & Tate, P. (2001). *Anatomia & Fisiologia*. 3ª edição. Loures: Lusodidacta
- Sharma, A., Shahi, S., Begum, R. & Singh, N. (2018). To find out the correlation between pain disability and quality of life with low back pain in housewives of age group 40-50 years. *Indian journal of physiotherapy and occupation therapy*. 12(1)
- Silva, A. (2010). O cuidado à pessoa idosa: contextualização. In Pinto, C., Sena, E., Tavares, J., Viana, K., Silva, L., Silva, M., Fernandes, M., Pelzer, M., Costa, M., & Lunardi, V (Eds.), *Cuidado à pessoa idosa: Estudos no contexto luso-brasileiro* (pp.7-12). Porto Alegre: Sulina.
- Silva, I.T., Junior, E.P.P., & Vilela, A.B.A. (2014). Autopercepção de saúde de idosos que vivem em estado de coresidência. *Rev. Bras. Geriatr. Gerontol.* 17(2): 275-287
- Silveira, M., Pasqualotti, A., Colussi, E., Vidmar, M. & Wibeling, L. (2010). Abordagem fisioterápica da dor lombar no idoso. *Revista Brasileira de Ciências da Saúde*. 8(25)
- Silveira, M.F., Almeida, J.C., Freire, R.S., Haikal, D.S.A. & Martins, A.E.B.L. (2013). Propriedades psicométricas do instrumento de avaliação da qualidade de vida: 12-item health survey (SF-12). *Ciência & Saúde Coletiva*. 18(7): 1923-1931
- Stefane, T., Santos, A., Marinovic, A. & Hortense, P. (2013). Dor lombar crónica: intensidade de dor, incapacidade e qualidade de vida. *Acta Paul Enferm.* 26(1): 14-20.
- Tomicki, C., Lini, E.V., Picoli, N.R.F., Cecchin, L. & Portella, M.R. (2016). Percepção subjetiva de saúde de idosos residentes em instituições de longa permanência. *Passo Fundo*. 13(2): 219-228
- Torres, L.M., Jiménez, A.J., Cabezón, A., Rodríguez, M.J. & El Grupo del estudio COLUMBUS (2017). Prevalencia del dolor irruptivo asociado al dolor cronico por lumbalgia en Andalucía (Estudio COLUMBUS). *Rev. Soc. Esp. Dolor*. 24(3): 116-124
- Vasconcelos, M. (2017). Dor crónica: como lidar com a doença que não passa. *Revista Saber Viver*. 25 Julho 2017
- Vilar, M., Simões, M.R., Sousa, L.B., Firmino, H., Paredes, T. & Lima, M.P. (2010). Avaliação da Qualidade de Vida em Adultos Idosos: notas em torno do processo de adaptação e validação do WHOQOL-OLD para a população portuguesa. In Canavarro, M.C. & Serra, A.V. *Qualidade de vida e saúde: uma abordagem na perspetiva da Organização Mundial de Saúde*. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian
- Vilar, M.M.P. (2015). Avaliação da Qualidade de Vida em Adultos Idosos: Estudos de adaptação, validação de normalização do WHOQOL-OLD para a população portuguesa. Tese de Doutoramento em Psicologia. Universidade de Coimbra
- Vilar, M., Sousa, L.B., Simões, M.R. (2015). *WHOQOL-OLD: Inventário de Avaliação da Qualidade de Vida em Adultos Idosos da Organização Mundial de Saúde - Manual Técnico*. Universidade de Coimbra: Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação.

Vintém, J.M. (2008). Inquéritos Nacionais de Saúde: auto percepção do estado de saúde: uma análise em torno da questão de género e da escolaridade. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*. 26(2)

WHO (1998). *WHOQOL: User manual*. Programme on Mental Health, Division of Mental Health and Prevention of Substance Abuse. Disponível em: [http://www.who.int/mental\\_health/media](http://www.who.int/mental_health/media)

WHO (2002). *Active Ageing: A policy framework*. Disponível em: [http://www.who.int/ageing/publications/active\\_ageing/en/](http://www.who.int/ageing/publications/active_ageing/en/). Acedido em 11 Junho 2017.

WHO (2013). *Health Literacy: the solid facts*. Disponível em: [www.euro.who.int/](http://www.euro.who.int/). Acedido em 20 Abril 2018

WHO (2015). *World Report on Ageing and Health*. Disponível em: <http://www.who.int/ageing/events/world-report-2015-launch/en/>. Acedido em: 11 Junho 2017

Zavarize, S. & Wechsler, S. (2012). Perfil Criativo e Qualidade de Vida: implicações em adultos e idosos com dor lombar crónica. *Revista Brasileira Geriatria e Gerontologia* 15(3): 403-414

## **ANEXOS**

### **ANEXO I**

#### **Instrumentos de Recolha de Dados**

O presente instrumento enquadra-se no trabalho de projeto “*Influência da Lombalgia na Percepção de Saúde e na Qualidade de Vida das Pessoas Idosas*”, do Mestrado de Gerontologia Social da Escola Superior de Educação, em parceria com a Escola Superior de Saúde Dr. Lopes Dias, do Instituto Politécnico de Castelo Branco.

Trata-se de um estudo que pretende explorar a influência da lombalgia na percepção que as pessoas idosas têm do seu estado de saúde e da sua qualidade de vida, de modo a compreender melhor as suas necessidades e eventualmente propor estratégias e programas adequados. A importância da sua participação neste estudo centra-se no carácter individual das suas opiniões em relação à forma como a lombalgia interfere no seu estado de saúde e na sua qualidade de vida.

A participação no estudo é voluntária e toda a informação obtida será estritamente confidencial. O inquérito é anónimo, tem a duração de cerca de 10 minutos, e os dados serão utilizados para fins estatísticos e divulgados cientificamente. Pedimos-lhe que seja o mais sincero, objetivo e claro nas suas respostas.

### **CARATERIZAÇÃO SÓCIO-DEMOGRÁFICA**

**Sexo:** M  F  **Idade:** \_\_\_\_\_ anos

#### **Estado Cívil:**

Casado/a ( ); Viúvo/a ( ); Solteiro/a ( ); Divorciado/a ( ); União de facto ( )

#### **Habilitações Literárias**

- ( ) Não sabe ler, nem escrever;
- ( ) Sabe ler e escrever ou até 4 anos de escolaridade;
- ( ) De 4 anos até 9 anos de escolaridade;
- ( ) De 10 a 12 anos de escolaridade;
- ( ) Superior a 12 anos de escolaridade

Naturalidade: \_\_\_\_\_

Local de residência: \_\_\_\_\_

Com quem vive:

( ) Sózinho; ( ) Marido / Esposa ( ); Filhos ( ); Família comunitária ( )

Ocupação profissional atual: \_\_\_\_\_

Ocupação profissional anterior: \_\_\_\_\_

## PERCEÇÃO DO ESTADO DE SAÚDE

As questões que se seguem pedem-lhe opinião sobre a sua saúde, a forma como se sente e sobre a sua capacidade de desempenhar as atividades habituais.

Leia com atenção cada pergunta e responda o mais honestamente possível.

1. Em geral, diria que a sua saúde é:

- 1 Ótima
- 2 Muito boa
- 3 Boa
- 4 Razoável
- 5 Fraca

As perguntas que se seguem são sobre atividades que executa no seu dia-a-dia.

Será que a sua saúde o/a limita nestas atividades? Se sim, quanto?

	Sim, muito limitado/a	Sim, um pouco limitado/a	Não, nada limitado/a
Atividades moderadas (carregar sacos de compras, aspirar a casa, deslocar uma mesa)	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3

Durante as últimas 4 semanas, teve, no seu trabalho ou atividades diárias, algum dos problemas apresentados a seguir, como consequência do seu estado de saúde físico?

Quanto tempo, nas últimas 4 semanas...	Sempre	A maior parte do tempo	Algum tempo	Pouco Tempo	Nunca
Fez menos do que queria?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sentiu-se limitado/a no tipo de trabalho ou outras atividades?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Durante as últimas 4 semanas, teve com o seu trabalho ou com as atividades diárias, algum dos problemas apresentados a seguir, devido a quaisquer problemas emocionais (tal como sentir-se deprimido/a e/ou ansioso/a)?

Quanto tempo, nas últimas 4 semanas...	Sempre	A maior parte do tempo	Algum tempo	Pouco Tempo	Nunca
Fez menos do que queria?	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
Executou o seu trabalho ou outras atividades menos cuidadosamente, do que era costume?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Durante as últimas 4 semanas, de que forma é que a dor interferiu com o seu trabalho normal (tanto o trabalho fora de casa como o trabalho doméstico)?

- 1. Absolutamente nada
- 2. Pouco
- 3. Moderadamente
- 4. Bastante
- 5. Imenso

As perguntas que se seguem pretendem avaliar a forma como se sentiu e como lhe correram as coisas nas últimas 4 semanas. Para cada pergunta, dê a resposta que melhor descreva a forma como se sentiu.

Quanto tempo, nas últimas 4 semanas...	Sempre	A maior parte do tempo	Algum tempo	Pouco Tempo	Nunca
Se sentiu calmo/a e tranquilo/a?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Se sentiu com muita energia?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Se sentiu deprimido/a?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Até que ponto é que a sua saúde física ou problemas emocionais limitaram a sua atividade social (tal como visitar amigos ou familiares)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

## QUALIDADE DE VIDA

Com este questionário, procuramos conhecer a opinião que tem sobre a sua qualidade de vida, bem como perceber que aspetos são importantes para si, enquanto adulto idoso e membro da sociedade. Por favor, responda a todas as perguntas, assinalando a opção que lhe parece mais apropriada. Pedimos que pense na sua vida nas duas últimas semanas, tendo presente os seus hábitos, expetativas, alegrias e preocupações.

As seguintes questões perguntam sobre o quanto tem tido certos sentimentos nas duas últimas semanas.

1. Até que ponto a perda nos sentidos (por exemplo, audição, visão, paladar, olfato, tato), afeta a sua vida diária?

Nada	Pouco	Nem muito, nem pouco	Muito	Muitíssimo
1	2	3	4	5

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

Nada	Pouco	Nem muito, nem pouco	Muito	Muitíssimo
1	2	3	4	5

3. Até que ponto o funcionamento dos seus sentidos (por exemplo, audição, visão, paladar, olfato, tato), afeta a sua capacidade para se relacionar com as outras pessoas?

Nada	Pouco	Nem muito, nem pouco	Muito	Muitíssimo
1	2	3	4	5

4. Sente que tem liberdade para tomar as suas próprias decisões?

Nada	Pouco	Nem muito, nem pouco	Muito	Muitíssimo
1	2	3	4	5

5. Sente que tem poder para decidir acerca do seu futuro?

Nada	Pouco	Nem muito, nem pouco	Muito	Muitíssimo
1	2	3	4	5

6. Sente que as outras pessoas respeitam a sua liberdade?

Nada	Pouco	Nem muito, nem pouco	Muito	Muitíssimo
1	2	3	4	5

7. Está preocupado(a) com a maneira pela qual irá morrer?

Nada	Pouco	Nem muito, nem pouco	Muito	Muitíssimo
1	2	3	4	5

8. Até que ponto tem medo de não poder controlar a sua morte?

Nada	Pouco	Nem muito, nem pouco	Muito	Muitíssimo
1	2	3	4	5

9. Tem medo de morrer?

Nada	Pouco	Nem muito, nem pouco	Muito	Muitíssimo
1	2	3	4	5

10. Tem medo de sofrer dor antes de morrer?

Nada	Pouco	Nem muito, nem pouco	Muito	Muitíssimo
1	2	3	4	5

Com as seguintes questões pretendemos perceber até que ponto experimentou ou conseguiu fazer certas coisas, nas duas últimas semanas.

11. Consegue fazer aquilo que gosta?

Nada	Pouco	Moderadamente	Bastante	Completamente
1	2	3	4	5

12. Continua a ter oportunidade para realizar os seus planos na vida?

Nada	Pouco	Moderadamente	Bastante	Completamente
1	2	3	4	5

13. Na sua vida tem recebido o reconhecimento que merece?

Nada	Pouco	Moderadamente	Bastante	Completamente
1	2	3	4	5

14. Tem atividades suficientes para ocupar o seu dia-a-dia?

Nada	Pouco	Moderadamente	Bastante	Completamente
1	2	3	4	5

Nas seguintes questões pretendemos perceber se sentiu satisfeito(a) sobre vários aspetos da sua vida, nas duas últimas semanas

15. Está satisfeito(a) com o que tem alcançado na sua vida?

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

16. Está satisfeito(a) com a forma como ocupa o seu tempo?

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

17. Está satisfeito(a) com o seu envolvimento nas atividades que realiza?

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

18. Está satisfeito(a) com as oportunidades que tem para participar em atividades da comunidade?

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

19. Está satisfeito(a) com o que pode esperar da vida?

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

20. Como avalia o funcionamento dos seus sentidos (audição, visão, paladar, olfato, tato)?

Muito mau	Mau	Nem bom Nem mau	Bom	Muito bom
1	2	3	4	5

As seguintes questões referem-se a relações pessoais e íntimas que possa ter. Por favor, considere estas questões em relação a um companheiro ou uma pessoa próxima com a qual pode partilhar a sua intimidade.

21. Sente que tem alguém próximo com quem partilha a sua vida íntima?

Nada	Pouco	Nem muito, nem pouco	Muito	Muitíssimo
1	2	3	4	5

22. Sente que tem amor na sua vida?

Nada	Pouco	Nem muito, nem pouco	Muito	Muitíssimo
1	2	3	4	5

23. Tem oportunidades para amar alguém?

Nada	Pouco	Moderadamente	Bastante	Completamente
1	2	3	4	5


24. Tem oportunidades para se sentir amado?

Nada	Pouco	Moderadamente	Bastante	Completamente
1	2	3	4	5

Obrigada pela sua colaboração!

## ANEXO II

### Pedido de Autorização para realização do estudo



Exmo Senhor Diretor Clínico do Serviço de  
Imagiologia da Affidea Castelo Branco

**Assunto:** Pedido de autorização para realização de um trabalho de investigação

No âmbito do Mestrado de Gerontologia Social, da Escola Superior de Educação de Castelo Branco em parceria com a Escola Superior de Saúde Dr. Lopes Dias, eu Ana Isabel Micaelo Esteves pretendo realizar um trabalho de investigação cujo título é *“Influência da Lombalgia na Perceção de Saúde e Qualidade de Vida das Pessoas Idosas”*. Este trabalho tem como objetivos: caracterizar os idosos em termos de idade, sexo, proveniência e escolaridade e duração da dor lombar, com indicação clínica para realização de exame radiológico da coluna lombar; avaliar a qualidade de vida dos idosos com lombalgia e a sua perceção de saúde; definir o perfil da lombalgia nos idosos e a partir daqui propor um conjunto de medidas suscetíveis de melhorar o seu controlo sobre a doença e com estes melhorar a sua perceção da saúde.

O trabalho terá a orientação da Professora Doutora Eugénia Grilo e os dados recolhidos serão anónimos, confidenciais e destinados apenas a fins académicos. Em nenhuma circunstância os participantes ou a informação que fornecerem será usada para outro fim e a recolha desta informação não comprometerá o normal funcionamento do serviço de imagiologia da Affidea de Castelo Branco.

Aguardo autorização

Cumprimentos

Castelo Branco, 16 de Outubro de 2017

*Aubritado*

*Paulo António Lobo Alves*

## ANEXO III

### Consentimento Informado

Eu \_\_\_\_\_, declaro que tomei conhecimento dos objetivos e instrumentos utilizados no estudo "*Influência da Lombalgia na Percepção de Saúde e Qualidade de Vida das Pessoas Idosas*" e concordo em participar.

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

Assinatura: \_\_\_\_\_

## ANEXO IV

### Pedidos de autorização para utilização dos instrumentos

#### **Pedido de utilização do instrumento WHOQOL-OLD**

Exm<sup>a</sup> Sr<sup>a</sup> Doutora Maria Manuela Pereira Vilar

da Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação da Universidade de Coimbra:

Eu, Ana Isabel Micaelo Esteves, técnica de radiologia e aluna do mestrado de Gerontologia Social da Escola Superior de Educação, do Instituto Politécnico de Castelo Branco, encontro-me a realizar um trabalho de projeto, cujo título é Influência da lombalgia na percepção de saúde e na qualidade de vida das pessoas idosas e tem como objetivo principal explorar a influência da lombalgia na percepção de saúde e na sua qualidade de vida, deste grupo de pessoas, de modo a compreender melhor as suas necessidades. O estudo tem como propósito avaliar a qualidade de vida e a percepção de saúde dos idosos com lombalgia e definir o perfil da lombalgia neste público alvo, propondo um conjunto de medidas suscetíveis de melhorar o seu controlo sobre a doença e com este a sua percepção da saúde e qualidade de vida.

Deste modo peço autorização para utilizar o questionário WHOQOL-OLD no meu estudo, cuja validação pertence à sua pessoa.

Agradeço a atenção demonstrada.

Com os melhores cumprimentos

Ana Isabel Micaelo Esteves

Resposta:

*“Cara Ana Isabel Esteves”*

*“cordiais saudações”*

*“envio em anexo os materiais solicitados, bem como alguns textos que poderão ajudar a situar os estudos de validação do WHOQOL-OLD para a população portuguesa e a adequada utilização do instrumento. Relembro que a articulação com profissional de Psicologia na utilização dos instrumentos salvaguardaria, também, a melhor utilização do mesmo.”*

*“Com votos de sucesso para o seu projecto”*

*“os melhores cumprimentos”*

*Manuela Vilar*

## **Pedido de utilização do instrumento SF-12**

Exmo Sr<sup>o</sup> Doutor Pedro Lopes Ferreira

do Centro de Estudos e Investigação em Saúde da Universidade de Coimbra:

Eu, Ana Isabel Micaelo Esteves, técnica de radiologia e aluna do mestrado de Gerontologia Social da Escola Superior de Educação, do Instituto Politécnico de Castelo Branco, encontro-me a realizar um trabalho de projeto, cujo título é Influência da lombalgia na perceção de saúde e na qualidade de vida das pessoas idosas e tem como objetivo principal explorar a influência da lombalgia na perceção de saúde das pessoas idosas e na sua qualidade de vida, de modo a compreender melhor as suas necessidades e a partir daqui definir o perfil da lombalgia nos idosos e propor um conjunto de medidas suscetíveis de melhorar o seu controlo sobre a doença e com este a sua perceção da saúde.

Pretendo aplicar a versão abreviada do instrumento SF-36 (o sf-12) para medir a perceção de saúde do público alvo, uma vez que também pretendo utilizar o instrumento WHOQOL-OLD para avaliar a qualidade de vida.

Venho por este meio, pedir autorização para utilizar o questionário do estado de saúde validado pela sua pessoa e pelo centro de estudos a que pertence.

Agradeço a atenção dispensada

Com os melhores cumprimentos

Ana Isabel Micaelo Esteves