



Instituto Politécnico
de Viana do Castelo

**ASSOCIAÇÃO DE POLITÉCNICOS DO NORTE (APNOR)
INSTITUTO POLITÉCNICO DE BRAGANÇA**

**QUALIDADE DE VIDA DOS IDOSOS NÃO
INSTITUCIONALIZADOS NO CONCELHO DA RIBEIRA
GRANDE DA ILHA DE SÃO MIGUEL**

Renata Sofia Pacheco Rodrigues

Dissertação apresentada ao Instituto Politécnico de Bragança para obtenção do
Grau de Mestre em Gestão das Organizações, Ramo de Gestão de Empresas

Orientada por

Professor Doutor Carlos Pires Magalhães
Professora Doutora Paula Odete Fernandes

Bragança, fevereiro de 2019.



Instituto Politécnico
de Viana do Castelo

ASSOCIAÇÃO DE POLITÉCNICOS DO NORTE (APNOR)
INSTITUTO POLITÉCNICO DE BRAGANÇA

**QUALIDADE DE VIDA DOS IDOSOS NÃO
INSTITUCIONALIZADOS NO CONCELHO DA RIBEIRA
GRANDE DA ILHA DE SÃO MIGUEL**

Renata Sofia Pacheco Rodrigues

Dissertação apresentada ao Instituto Politécnico de Bragança para obtenção do
Grau de Mestre em Gestão das Organizações, Ramo de Gestão de Empresas

Orientada por

Professor Doutor Carlos Pires Magalhães

Professora Doutora Paula Odete Fernandes

Bragança, fevereiro de 2019.

Resumo

O presente estudo tem como objetivos avaliar a percepção da qualidade de vida dos idosos não institucionalizados no concelho da Ribeira Grande, relacionar a percepção da qualidade de vida com distintas variáveis independentes, disponibilizar os dados sobre a realidade em estudo, que promovem e facilitem o planeamento de intervenções comunitárias no âmbito da melhoria da qualidade de vida e realizar uma proposta de intervenção estruturada que visem dar respostas a potenciais problemas identificados.

Para dar resposta ao objetivo do estudo foram aplicados um total de 358 questionários aos idosos com idade igual ou superior a 65 anos, do concelho da Ribeira Grande, da Ilha de São Miguel (Açores). Destes foram excluídos 108 por se tratarem de idosos com défice cognitivo e/ou idosos que frequentavam centros de dia/noite, totalizando uma amostra final de 250 questionários, tendo-se, assim, assumido um erro amostral final de 5,9%.

O instrumento de recolha de dados utilizado comporta questões que visam a avaliação sociodemográfica e clínica, ao qual se agregou as seguintes escalas: a escala *Mini Mental State Examination de Folstein*, traduzida e adaptada para a população portuguesa por Guerreiro et al. (1994); a escala de *Barthel*, validada para Portugal por Araújo, Pais Ribeiro, Oliveira e Pinto (2007); a escala *Eurohis-Qol-8* traduzida e adaptada para a população portuguesa por Pereira et al. (2011) e, por último a escala *Whoqol-Old* traduzida e adaptada para a população portuguesa por Vilar et al. (2010).

Dos resultados obtidos, pode dizer-se que a maioria é sexo feminino (74.0%), a faixa etária predominante situa-se entre os 65 e os 69 anos (34.4%). Quanto ao estado civil os inquiridos são casados (44,4%) e uma grande maioria possui como habilitações literárias o 1.º ciclo (64.4%). Quanto à condição atual a maioria vive com o esposo/a ou companheiro/a (40.8%). De um modo geral, os resultados obtidos através das escalas *Eurohis-Qol-8* e *Whoqol-Old* permitem concluir que os inquiridos apresentam uma boa qualidade de vida. Verificaram-se a existência de diferenças, estatisticamente significativas, entre a qualidade de vida, avaliada pela escala *Eurohis-Qol-8*, por sexo, escolaridade, estado civil e sofrer de doença. Também, registaram-se diferenças entre a qualidade de vida, avaliada pela escala *Whoqol-Old*, por sexo, escolaridade e estado civil. Ainda, concluiu-se que existe uma relação positiva e direta, embora fraca, mas estatisticamente significativa, entre a capacidade funcional nas Atividades Básicas de Vida Diária e a percepção da qualidade de vida.

Palavras-Chave: Qualidade de vida; Envelhecimento; Não Institucionalizados; Idoso.

Abstract

This study has as objectives to evaluate the quality of life perception of non-institutionalized elderly people in the municipality *Ribeira Grande*, to relate the perception of quality of life with distinct variables, to make available the data about the reality under study, which promote and facilitate the planning of community interventions in the scope of the improvement of the quality of life and to carry out a structured intervention proposal to answer to potential identified problems.

To answer the objective of the study, a total of 358 questionnaires were applied to the elderly aged 65 or over, from *Ribeira Grande* municipality, in the island of *São Miguel* (Azores). Of these, 108 were excluded because they were elderly with cognitive deficit and/or elderly attending day/night centres, totalling a final sample of 250 questionnaires, assuming a final sample error of 5.9%.

The data collection tool behaves issues aimed at the socio-demographic and clinical assessment, to which was added the following scales: Mini Mental State Examination Folstein scale, translated and adapted to the Portuguese population by Guerreiro et al. (1994); the Barthel scale, validated for Portugal by Araújo, Pais Ribeiro, Oliveira and Pinto (2007); the Eurohis-Qol-8 scale translated and adapted for the Portuguese population by Pereira et al. (2011), and finally the Whoqol-Old scale translated and adapted for the Portuguese population by Vilar et al. (2010).

The results show that the majority are female (74.0%), the predominant age group is between 65 and 69 years (34.4%). Regarding marital status, the respondents are married (44.4%) and a large majority have the first cycle (64.4%). As for the present condition most live with the wife/husband or fellow (40.8%). In general, the results obtained through the Eurohis-Qol-8 scale and by the Whoqol-Old it was possible to conclude that the respondents have a good quality of life. There were statistically significant differences between the quality of life, evaluated by the Eurohis-Qol-8 scale, by sex, educational qualifications, marital status and suffering from diseases. Also, there were differences between the quality of life, evaluated by the Whoqol-Old scale, by sex, educational qualifications and marital status. Additionally, it was concluded that there is a weak positive and direct relationship, statistically significant, between Basic Activities of Daily Living functional capacity and the quality of life perception.

Keywords: Quality of life; Aging; Non-Institutionalized; Elderly.

Dedicatória

Dedico este trabalho, com um carinho muito especial:

Aos meus pais,

Por tudo que me ensinaram na vida,

Em especial pela força e incentivo que me deram ao longo deste percurso,

Sem nunca me deixarem desistir,

Por limparem todas as lágrimas e me mostrarem sempre um sorriso.

Ao meu namorado João,

Por estar comigo neste percurso,

Por estar comigo em todos os momentos,

Com muito amor, paciência, compreensão, incentivo e apoio incondicional.

Obrigada por tudo!

Agradecimentos

Uma dissertação de mestrado é uma longa viagem, com vários trajetos, cheios de desafios, tristezas, alegrias, incertezas, mas no fim com muitas certezas, com várias pedras no caminho e um caminho a percorrer muito solitário, é um desafio que apenas pertence à primeira pessoa, ao investigador, reúne contributos de várias pessoas, indispensáveis para chegar ao fim, ao sucesso e à certeza que este é o caminho certo. Percorrer este caminho só foi possível com muito empenho, dedicação, muita força de vontade e o apoio, e a força de várias pessoas que foram essenciais nesse percurso, e a quem agradeço por terem estado presente nesta longa e desafiadora caminhada da minha vida.

O meu Muito Obrigada:

- Em primeiro lugar aos meus orientadores: Professor Doutor Carlos Pires Magalhães e Professora Doutora Paula Odete Fernandes, por todo o apoio para nunca desistir, por todos os conselhos, por todo o incentivo, paciência e disponibilidade, porque apesar da distância estiveram sempre tão presentes e disponíveis para tudo 24h, sete dias por semana.
- À Câmara Municipal da Ribeira Grande, Presidida por Alexandre Gaudêncio, por todo o apoio e disponibilidade, e ao gabinete de Ação Social.
- A todas as pessoas que me ajudaram a chegar aos idosos, amigos, Casas do Povo e Juntas de Freguesia do concelho.
- À Comissão de ética da Universidade de Coimbra, por tirar todas as dúvidas e aprovar o meu estudo.
- À Professora Doutora Maria Manuela Pereira Vilar por toda a disponibilidade e documentação facultada para a realização do estudo em causa, da escala *Whoqol-Old*.
- Ao Doutor Marco Pereira por também facultar toda a documentação necessária e toda a disponibilidade para a realização deste estudo, em relação à escala *Eurohis-Qol-8*.
- Um obrigado com muito carinho a todos os idosos que participaram no estudo, sem eles nada disso seria possível, foi por eles e para eles que este estudo foi feito.
- A todos os meus amigos de longa data, curta data e todos os meus amigos e colegas de mestrado, por todo o apoio, amizade e companheirismo que transmitiram para que eu tivesse força para concluir.
- Um grande obrigado à minha coordenadora, amiga, Ana Cabral, por todo o apoio profissional e pessoal, para que eu conseguisse conciliar as duas coisas, por toda a disponibilidade, ajuda, incentivo e paciência durante todo esse percurso.
- Aos meus padrinhos Gabriela e Geraldo por estarem sempre presentes e por todo o seu apoio nesta longa caminhada.

- Aos meus queridos avós, para além de participarem no estudo, estiveram sempre presentes neste percurso.
- Ao meu namorado, por toda a paciência, amor, incentivo, força e por terminarmos juntos mais esta caminhada.
- E por último, e com o maior amor, aos meus queridos pais, por todos os esforços que fizemos juntos, por me limparem cada lágrima, por me darem a mão para levantar e por terem sempre acreditado em mim.

Obrigada a todos o meu sincero e grande obrigada, sem vocês nada disso seria igual.

Lista de Abreviaturas, Acrónimos e Siglas

A – Autonomia

ABVD – Atividades Básicas de Vida Diária

APPF – Atividades Passadas, presentes e futuras

F – Família e Vida Familiar

FS – Funcionamento Sensorial

I – Intimidade

INE – Instituto Nacional de Estatística

MM – Morte e Morrer

MMS – *Mini Mental State*

OMS – Organização Mundial de Saúde

PS – Participação Social

QdV – Qualidade de vida

QdVRS – Qualidade de vida relacionada com a saúde

SPSS – *Statistical Package for the Social Sciences*

WHOQOL – *World Health Organization Instrument to assess Quality of Life*

WHOQOL-OLD – *World Health Organization Instrument to assess Quality of Life Old Module*

Índice Geral

Índice de Figuras	xiii
Índice de Tabelas	xv
Introdução.....	1
1. Envelhecimento	3
1.1 Conceito de idoso, velhice e envelhecimento	3
1.2 Processo de Envelhecimento.....	5
1.2.1 Envelhecimento: aspetos fisiológicos e psicossociais	6
1.2.2 Tipos de Envelhecimento	8
1.3 Envelhecimento Demográfico	8
2. Qualidade de Vida.....	12
2.1 Qualidade de vida relacionada com a saúde	14
2.2 Qualidade de vida relacionada com o envelhecimento	16
2.3 Qualidade de vida apresentada pelo grupo WHOQOL.....	17
3. Metodologia de Investigação.....	19
3.1 Objetivos do estudo.....	19
3.2 Procedimento e aspetos éticos	19
3.3 Instrumentos de Recolha de dados	20
3.4 Operacionalização das variáveis	22
3.5 Tratamento de dados	24
3.6 Participantes.....	25
3.7 Consistência interna das escalas <i>Eurohis-Qol-8</i> e <i>Whoqol-Old</i>	26
4. Apresentação e Análise dos Resultados	28
4.1 Perfil sociodemográfico dos inquiridos.....	28
4.2 Caraterização clínica.....	31
4.3 Avaliação da capacidade funcional nas ABVD	33
4.4 Avaliação da qualidade de vida relacionada com a saúde	34
4.4.1. QdV avaliada através da escala <i>Eurohis-Qol-8</i>	34
4.4.2. QdV avaliada através da escala <i>Whoqol-Old</i>	34
4.5 QdV vs Variáveis independentes	35

5. Discussão dos resultados	45
Conclusões, Recomendações e Limitações	49
Referências Bibliográficas	53
Anexos.....	59
Anexo A Autorização para a utilização do instrumento <i>Whoqol-Old</i>	60
Anexo B Autorização para a utilização do instrumento <i>Eurohis-Qol-8</i>	63
Anexo C Autorização pela comissão de ética da Universidade de Coimbra para a aprovação do estudo	65
Anexo D Anúncio da dissertação realizada nas igrejas do concelho	67
Anexo E Consentimento Informado.....	69
Anexo F Escala <i>Mini Mental State Examination de Folstein</i> (Folstein, & McHugh, 1975).....	71
Anexo G Questionário Sociodemográfico/Clinico.....	74
Anexo H Índice de Atividades de Vida Diária (Mahoney & Barthel, 1965)	77
Anexo I Escala <i>Eurohis-Qol-8</i> (Pereira et al., 2011)	79
Anexo J Escala <i>Whoqol-Old</i> (Vilar et al., 2010).....	81

Índice de Figuras

Figura 1. Estrutura Etária da população residente por sexo, 2001 e 2011.	9
Figura 2. Índice de Envelhecimento.	10
Figura 3. Estrutura Etária da População residente por sexo, 2001 e 2011 RAA.	10
Figura 4. Local de residência.	30
Figura 5. Distribuição da amostra de acordo com as doenças.	32
Figura 6. Outros problemas de saúde.	33
Figura 7. Opinião dos idosos sobre o seu estado de saúde.	33
Figura 8. Diagramas de extremos e quartis para as facetas da <i>Whoqol-Old</i> e <i>Whoqol-Old</i> global.	35

Índice de Tabelas

Tabela 1. Categorias do Índice de <i>Barthel</i>	21
Tabela 2. Facetas da escala <i>Whoqol-Old</i> e itens que as constituem.....	22
Tabela 3. População e Amostra em estudo.....	25
Tabela 4. Consistência interna das escalas <i>Eurohis-Qol-8</i> e <i>Whoqol-Old</i> global e por facetas.	26
Tabela 5. Caracterização da amostra quanto ao sexo, faixa etária, estado civil e habilitações literárias.	29
Tabela 6. Distribuição da amostra de acordo com a profissão.....	30
Tabela 7. Distribuição da amostra de acordo com a condição atual e dimensão do agregado familiar.	31
Tabela 8. Distribuição da amostra quanto ao estado de saúde, acompanhamento médico e medicação.....	31
Tabela 9. Distribuição da amostra segundo a dependência nas ABVD.....	34
Tabela 10. Variação, medidas de tendência central e dispersão da QdV avaliada pela escala <i>Eurohis-8</i>	34
Tabela 11. Variação, medidas de tendência central e dispersão das facetas da escala <i>Whoqol-Old</i> e pontuação global.....	35
Tabela 12. Comparação da QdV avaliada pela escala <i>Eurohis-Qol-8</i> por sexo, idade, escolaridade, estado civil e sofrer de doença.....	36
Tabela 13. Comparação da QdV avaliada pela escala <i>Whoqol-Old</i> por sexo, idade, escolaridade, estado civil e sofrer de doença.....	37
Tabela 14. Comparação da QdV: Funcionamento sensorial por sexo, idade, escolaridade, estado civil e sofrer de doença.....	37
Tabela 15. Comparação da QdV: Autonomia por sexo, idade, escolaridade, estado civil e sofrer de doença.....	38
Tabela 16. Comparação da QdV: Atividades passadas, presentes e futuras por sexo, idade, escolaridade, estado civil e sofrer de doença.....	39
Tabela 17. Comparação da QdV: Participação Social por sexo, idade, escolaridade, estado civil e sofrer de doença.....	40
Tabela 18. Comparação da QdV: Morte e morrer por sexo, idade, escolaridade, estado civil e sofrer de doença.....	40
Tabela 19. Comparação da QdV: Intimidade por sexo, idade, escolaridade, estado civil e sofrer de doença.....	41

Tabela 20. Comparação da QdV: Família/vida familiar por sexo, idade, escolaridade, estado civil e sofrer de doença.....	42
Tabela 21. Correlações de <i>Spearman</i> entre a capacidade funcional nas ABVD e a QdV.	42
Tabela 22. Comparação da QdV atendendo à capacidade funcional nas ABVD.....	43
Tabela 23. Resposta aos objetivos específicos.	44

Introdução

O envelhecimento é um processo universal, pois insere-se no ciclo biológico, natural de todo o ser humano: nascimento, crescimento e morte.

Ao longo dos tempos, a velhice tem assumido múltiplas facetas e significados, conseqüentes com a diversidade cultural e histórica e com as características de cada sociedade em cada época (Martins, 2006).

O estudo acerca do envelhecimento, nas últimas décadas, vem ganhando importância, devido aos conhecimentos que se foram adquirindo acerca do processo de envelhecimento e do idoso (Cruz, 2012).

O envelhecimento da população, verificado na última década, ocorreu de forma generalizada em todo o país. Os Açores, mantêm o índice de envelhecimento mais baixo do país, embora tenha passado de 60.5 em 2001 para 73.3 em 2011 (INE, 2012). Nas ilhas de São Miguel, Santa Maria, Terceira e Faial, o índice de envelhecimento é inferior a 100, o que significa que a população jovem é superior à população idosa. Assim, Ribeira Grande, que foi o concelho escolhido para o estudo, apresenta um índice de envelhecimento de 36.8 (INE, 2012).

A Organização Mundial de Saúde (OMS), define qualidade de vida 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, 1997, p.1).

O presente estudo enquadra-se no tipo de estudo observacional descritivo, analítico, transversal de cariz quantitativo (Ribeiro,2010). Os objetivos do presente estudo assentam em avaliar a percepção da qualidade de vida; relacionar a percepção da qualidade de vida com distintas variáveis independentes; disponibilizar os dados sobre a realidade em estudo, que promovem e facilitem o planeamento de intervenções comunitárias no âmbito da melhoria da qualidade de vida; e realizar uma proposta de intervenção estruturada, que visem dar resposta a potenciais problemas identificados. O instrumento de recolha de dados utilizado comporta questões que visam a avaliação sociodemográfica e clínica, ao qual se agregou as seguintes escalas: a escala *Mini Mental State Examination* de Folstein, traduzido e adaptado para a população portuguesa por Guerreiro et al. (1994); a escala de *Barthel*, validada para Portugal por Araújo, Pais Ribeiro, Oliveira e Pinto (2007); a escala *Eurohis-Qol-8* (2011) e por último, a escala *Whoqol-Old* (2015).

Como cada vez mais se fala em envelhecimento e em qualidade de vida, surge a curiosidade de realizar o presente trabalho, que está dividido em duas partes. A primeira parte, o enquadramento teórico que é constituída por dois capítulos, e a segunda parte, o enquadramento metodológico que é constituído por três capítulos.

O enquadramento teórico é constituído pelo primeiro ponto, onde é abordado o envelhecimento, o conceito de idoso, velhice, o processo de envelhecimento, dentro deste o envelhecimento nos aspetos fisiológicos e psicossociais e os tipos de envelhecimento e por fim o envelhecimento demográfico. No segundo ponto, ainda no enquadramento teórico, é abordado o conceito de qualidade de vida, qualidade de vida com a saúde, qualidade de vida com o envelhecimento e qualidade de vida apresentada pelo grupo WHOQOL. Os restantes pontos é o enquadramento metodológico. No terceiro ponto, realizou-se a contextualização do estudo e objetivos. No quarto ponto, procede-se à apresentação e análise dos dados, efetuou-se a caracterização sociodemográfica, a caracterização clínica; avaliação do grau de dependência das atividades básicas de vida diária (ABVD); avaliação da qualidade de vida relacionada com a saúde; e avaliação da qualidade de vida e saúde no idoso. No quinto ponto, apresenta-se a discussão dos resultados obtidos. Por fim, apresenta-se as conclusões, limitações e sugestões que parecem importantes no âmbito do presente trabalho.

1. Envelhecimento

Na década de 80, em Portugal, o estudo sobre o envelhecimento adquiriu maior relevância devido aos conhecimentos multidisciplinares acerca do envelhecimento e do idoso, fazendo promover novos estudos e conseqüentemente novas metodologias de trabalho em novas áreas de estudo, (Cruz, 2012).

Segundo Paúl e Ribeiro (2012), o envelhecimento progressivo da população é uma das características demográficas mais revelantes da última metade do século XX e marcará certamente o século XXI.

1.1 Conceito de idoso, velhice e envelhecimento

Segundo Fonseca (2006), o estudo psicológico dos *idosos*, da *velhice* e do *envelhecimento*, sendo relativamente recente na história das ciências do comportamento, tem sido marcado por assinaláveis dificuldades de ordem conceptual. É reconhecido que “o estudo do envelhecimento é rico em dados e pobre em teorias, uma coleção vasta de informação desarticulada” (Birren, 1995,

p.1), constituindo uma explicação plausível para isto o facto de muita da pesquisa neste domínio (do tipo biomédico, social ou comportamental) ser orientada para a procura de problemas concretos e não para a produção de quadros teóricos de compreensão do fenómeno do envelhecimento.

1.1.1. O idoso

O Estudo de Berlim sobre o Envelhecimento (*“Berlin Aging Study”* – BASE) permitiu observar que os idosos inseridos na “3ª idade” revelam uma elevada plasticidade, evidenciando capacidade para suportar as perdas a que estão sujeitos. Já os idosos inseridos na “4ª idade” revelam uma alteração em todos os sistemas comportamentais, na medida em que evidenciam perfis mais negativos, nos quais não suportam as perdas e mudanças com tanta resiliência. Portanto, a 4ª idade não será uma continuação da 3ª idade, uma vez que se pronunciam as disfunções e se evidenciam as perdas no potencial de funcionamento do idoso (Fonseca, 2006).

São diversos os termos utilizados para caracterizar a pessoa idosa, como por exemplo ancião, velho e idade avançada, (Cruz, 2012).

1.1.2. A velhice

Segundo Ballesteros (2000), etimologicamente, define velhice com a derivação de velho, que provém do latim *“veclus”*, *“vetulusm”* definido por “pessoa de muita idade” (p.39) e refere que o envelhecimento, a velhice e o idoso, constituem evidentes objetos de estudo da gerontologia que podem ser abordados desde uma perspectiva de investigação básica e aplicada.

De acordo com Netto (2004), portanto, na velhice como em qualquer outra idade, há pessoas sãs e pessoas doentes. A verdade é que muitas das enfermidades, supostamente próprias da velhice, e que já existiam antes da chegada desta faixa etária, apenas se manifestavam com menor intensidade, porém agora, aceleram o seu curso. Isto não exclui o facto de que com o passar dos anos, processe-se no organismo mudanças naturais que constituam uma velhice sã e normal.

Na Medicina Romana, Galeno (131-201), que é de origem grega, refere que a velhice tem a ver com a progressiva desidratação do corpo que está na sua origem, é a secagem dos órgãos. Quando o crescimento termina, os ossos secam e não crescem mais, os órgãos tornam-se débeis e não funcionais cumprindo o destino de todos os mortais. As causas externas que vão contra a natureza e causam as doenças podem precipitar, mais ou menos, a morte, tornando-a diferente entre indivíduos (Paúl & Fonseca 2005).

Com base nas numerosas definições de velhice existentes na literatura gerontológica, esta pode reagrupar-se em diversas dimensões, tais como a cronológica, a biológica e a sociológica (Laforest, 1989/1991).

A dimensão cronológica da velhice tem por base os anos do indivíduo. A sua delimitação nem sempre tem merecido consensualidade, dado como nos cita Laforest, (1989/1991, p.38) “a

relatividade da velhice cronológica depende da subjetividade de quem a define, ... de fatores culturais .. de considerações administrativas ou inclusivamente de políticas”. Para Grazina e Oliveira (2001) a velhice inicia-se por volta dos 65 anos e termina com a morte, contudo circunscrever os limites temporais em termos fisiológicos é extremamente difícil. Oliveira (2005) baseando-se na divisão utilizada nos EUA ao nível do recenseamento, distingue três faixas etárias a partir dos 65 anos, são elas: idosos jovens (65-75 anos), idosos (75-84 anos) e os muito idosos (desde os 85 ou 90 anos).

A caracterização da velhice baseada nas alterações estruturais e funcionais, consecutivas à ação do tempo, que ocorrem no organismo humano, reporta-se à dimensão biológica (Laforest, 1989/1991). Para Birren (1995) a visão simplista e unidimensional do envelhecimento humano tem sido substituída por uma visão multidimensional, que vai para além da categoria biológica.

A velhice baseada na idade laboral profissional, que associa a aposentação ao início desta, reporta-se à dimensão sociológica (Laforest, 1989/1991).

Outras dimensões foram associadas, nesse sentido Carrajo (1999) considera que a velhice baseada nas alterações cognitivas e afetivas se enquadra na dimensão psicológica (Carrajo, 1999).

1.2 Processo de Envelhecimento

Para Carvalho (2000), o envelhecimento, é definido, como um processo amplo, multifocal, multidimensional, dinâmico e progressivo, onde há modificações tanto morfológicas como funcionais, bioquímicas, psicológicas e sociais, que determinam a progressiva perda da capacidade de adaptação do indivíduo ao meio ambiente e ao próprio processo de envelhecer, ocasionando maior vulnerabilidade e maior incidência de processos patológicos, que terminam por levá-lo à morte.

Segundo Paúl e Fonseca (2005), o envelhecimento é um fenómeno puramente natural, físico e irreversível, e foi desde sempre motivo de reflexão dos homens, na sua aspiração ao eterno, na sua perplexidade face ao sofrimento e à morte.

Assim pode-se dizer que o envelhecimento é um processo complexo, assíncrono, variado, onde as diferenças aparecem dentro do indivíduo e de um indivíduo para o outro, em diferentes gerações e de uma população para outra. O Envelhecimento é um processo adaptativo, lento, e contínuo, implicando uma série de modificações em todos os sentidos, onde interferem numerosos fatores biológicos, psicológicos e sociais (Martín, 2006).

De acordo com Schroots e Birren (1980, citado por Fonseca em 2006), o processo de envelhecimento apresenta três componentes:

- Uma componente *biológica* (senescência), que reflete uma vulnerabilidade crescente e de onde resulta uma maior probabilidade de morrer;

- Uma componente *social*, relativa aos papéis sociais apropriados às expectativas da sociedade para este nível etário;
- Uma componente *psicológica*, definida pela capacidade de autorregulação do indivíduo face ao processo de senescência.

Com o avançar da idade, o organismo desgasta-se, a esse processo chamamos envelhecimento. O envelhecimento humano e demográfico é considerado um dos problemas mais importantes das sociedades contemporâneas. Este exige a necessidade de conhecimento da velhice, contudo esta é muito heterogênea e precisa de ser estudada pela sua diversidade (Teixeira, 2010).

Sequeira (2010) refere que com o intensificar de pesquisas na área do envelhecimento, aparecem teorias explicativas, e destaca algumas:

- Teoria ecológica de Birren (1995), onde o processo de envelhecimento resulta da interação de um determinado património genético e o ambiente a que está exposto o indivíduo;
- Teoria gerodinâmica de Schroots (1995), aqui o processo de envelhecimento é explicado com base na teoria geral dos sistemas, em que envelhecer constitui um processo que resulta de uma série finita de mudanças levando a uma maior desordem e a estruturas ordenadas de maior definição. Integra a teoria do caos e teoria da termodinâmica. A teoria do caos, existe um aumento da entropia associada à idade, resultando numa otimização da autorregulação e independência, ou seja, a ordem, contrariamente temos o enfraquecimento de algumas capacidades e recursos, a desordem. A teoria da termodinâmica desenvolvida por Yates (1993), verifica-se uma quebra de energia, determinada geneticamente e condicionada pelo ambiente. O envelhecimento é manifestado pelo declínio funcional de um órgão ou tecido, ou pela associação entre funções que causam instabilidade dinâmica;
- Teorias do desenvolvimento de Baltes e Smith (1999), explicam que as mudanças relacionadas com a idade, são perspetivadas pelo ciclo de vida de acordo com as diferentes análises interdisciplinares. Verifica-se uma elevada interação entre o funcionamento sensorial e o funcionamento cognitivo, ou seja, os fatores biológicos são preditores do funcionamento intelectual.

1.2.1 Envelhecimento: aspetos fisiológicos e psicossociais

Envelhecer pressupõe alterações psicológicas, físicas, sociais em cada indivíduo. Tais alterações são gradativas e naturais, porém estas mudanças dependem de cada ser humano, conforme sua genética, sua história de vida, em que algumas interferem em maior e outras em menor grau, (Zimerman, 2000).

Segundo Guedes (2001), o envelhecimento se refere a um fenómeno fisiológico do comportamento social ou cronológico. É um processo biopsicossocial de regressão, observável em todos os seres

vivos expressando-se na perda da capacidade ao longo da vida, devido à influência de diferentes variáveis, como a genética, danos acumulados e estilo de vida, além de alterações psicoemocionais.

De acordo com Netto (2004), com a chegada da velhice, as alterações anatômicas são principalmente as mais visíveis e manifestam-se em primeiro lugar. A pele que resseca, tornando-se mais quebradiça e pálida, perdendo o brilho natural da jovialidade. Os cabelos que embranquecem e caem com maior frequência e facilidade não são mais naturalmente substituídos, principalmente nos homens. O enfraquecimento do tônus muscular e da constituição óssea leva a mudanças na postura do tronco e das pernas, acentuando ainda mais as curvaturas da coluna torácica e lombar. As articulações tornam-se mais endurecidas, reduzindo assim a extensão dos movimentos e produzindo alterações no equilíbrio e na marcha. Nas vísceras, produz-se uma alteração causada pelos elementos glandulares do tecido conjuntivo e certa atrofia secundária, como a perda de peso. Quanto ao sistema cardiovascular, é próprio das fases adiantadas da velhice a dilatação aórtica e a hipertrofia e dilatação do ventrículo esquerdo do coração, associados a um ligeiro aumento da pressão arterial. Na parte fisiológica, as alterações, na maioria das vezes, podem ser observadas pela lentidão do pulso, do ritmo respiratório, da digestão e assimilação dos alimentos. Porém, acima de tudo, o próprio indivíduo sente a decadência de sua capacidade de satisfação sexual. O organismo torna-se cada vez mais difícil para ambos os sexos, contudo, a atividade sexual não desaparece, apenas torna-se menos intensa e frequente.

Segundo Cancela (2007), o envelhecimento do ponto de vista fisiológico depende significativamente do estilo de vida que a pessoa assume desde a infância ou adolescência. O organismo envelhece como um todo, enquanto que os seus órgãos, tecidos, células e estruturas sub-celulares têm envelhecimentos diferenciados.

O envelhecimento compreende uma série de alterações nas funções orgânicas e mentais devido exclusivamente aos efeitos da idade avançada sobre o organismo, fazendo com que o mesmo perca a capacidade de manter o equilíbrio homeostático e que todas as funções fisiológicas gradualmente comecem a declinar. Tais alterações têm por característica principal a diminuição progressiva da reserva funcional. Ou seja, um organismo envelhecido, em condições normais poderá sobreviver adequadamente, porém, quando submetido a situações de stress manifestar sobrecarga funcional, a qual pode culminar em processos patológicos, uma vez que há o comprometimento dos sistemas endócrino, nervoso e imunológico (Cancela, 2007).

Para além das alterações no corpo, o envelhecimento traz para o ser humano várias mudanças nos aspetos psicossociais.

Relativamente às alterações psicológicas que poderão resultar do processo de envelhecimento, podem ser ressaltadas desde a dificuldade de se adaptar a novos papéis, a falta de motivação e dificuldade de planear o futuro, a necessidade de trabalhar as perdas orgânicas, afetivas e sociais; até a dificuldade de se adaptar as mudanças rápidas que tem reflexos dramáticos nos idosos, a alterações psíquicas que exigem tratamento como, por exemplo, depressão, hipocondria, somatização, paranoia; baixas autoimagem e autoestima (Zimmerman, 2000). Segundo Rodrigues e Diogo (2000), quando relata que o ser humano em desenvolvimento durante o ciclo de vida é um

ser biopsicossocial, podendo sofrer influências e influenciar o ambiente em que vive, num processo de adaptação, em suas relações com o mundo. O ambiente físico, político e cultural em que o ser humano estiver situado pode facilitar ou dificultar o processo de adaptação acelerando ou retardando o envelhecimento.

Netto (2002) assinala que entre o indivíduo adulto e o idoso, o limite de idade é de 60 anos para países em desenvolvimento e 65 anos para nações desenvolvidas, sendo estes parâmetros de medição critérios utilizados pela maioria das instituições que visam a dar aos idosos atenção à saúde psicológica, social e física. A idade psicológica para esse autor é a relação entre a idade cronológica e as capacidades de memória, aprendizagem e percepção. Este tipo de idade relaciona o senso de subjetividade da idade de um sujeito em comparações com outros indivíduos, tendo como parâmetro a presença de marcadores biológicos, sociais e psicológicos do envelhecimento. Portanto, a idade social é a capacidade que um indivíduo tem de se adequar a certos papéis e comportamentos referentes a um dado contexto histórico da sociedade.

As perdas psicológicas e afetivas são implicações comuns na velhice, as quais aparecem, muitas vezes, em associação com perdas motoras e manifestações físicas (Netto, 2002).

1.2.2 Tipos de Envelhecimento

O processo de envelhecimento pode ser caracterizado em dois tipos: primário e secundário (Berger & Mailloux-Poireier, 1995). O primário reporta-se ao envelhecimento natural, correspondendo às alterações intrínsecas ao processo de envelhecimento. Estas alterações são universais, irreversíveis, inevitáveis e intrínsecos à nossa constituição. O secundário corresponde ao aparecimento de lesões patológicas que ocorre com a passagem da idade, mantendo-se potencialmente reversíveis. A sua distinção nem sempre é fácil, pois como processo individual que é, varia substancialmente de pessoa para pessoa. Birren e Schroots (1996) referem-se à um terceiro tipo de envelhecimento (terciário). Este reporta-se às alterações que ocorrem de uma forma precipitada num dado momento da velhice e que precedem imediatamente a morte, o que sugere a possibilidade da existência de um envelhecimento acelerado.

1.3 Envelhecimento Demográfico

Segundo Nunes e Menezes (2014), do ponto de vista demográfico e social, o envelhecimento, contudo, não deve ser considerado como uma doença, que de facto não é, mas essencialmente como um fenómeno natural na evolução da vida humana.

O envelhecimento no nosso país é uma realidade, fazendo-se sentir de uma forma mais clara particularmente nas zonas rurais. As condições sociais das famílias portuguesas sofreram modificações nas últimas décadas, de que a redução da natalidade, a emigração e o emprego da mulher são alguns exemplos que condicionaram uma nova forma de viver, afetando sobretudo os seniores (Nunes & Menezes, 2014).

O envelhecimento da população é hoje um dos fenómenos demográficos mais preocupantes nas sociedades modernas (INE, 2012).

Relativamente à estrutura etária da população em 2011 acentuou-se desequilíbrios já evidenciados na década passada (INE, 2012). Diminui a base da pirâmide, a qual corresponde à população mais jovem e alarga-se o topo do crescimento da população idosa (INE, 2012). Na última década, Portugal perdeu população em todos os grupos etários quinquenais entre os 0-29 anos. A partir dos 30 anos a situação inverte-se e verifica-se um crescimento de 9% da população para o grupo dos 30-69 anos e de 26% para idades superiores a 69 anos (INE, 2012, p.20) de acordo com a Figura 1.

O escalão etário dos 30 aos 69 anos representava 51% da população residente em 2001 e passou a representar 54% em 2011. Também no grupo das idades avançadas se verificou um reforço da sua importância no total da população. A população com 70 anos e mais anos representava 11% em 2001 e passou a representar 14% em 2011 (INE, 2012, p.20) tal como se pode observar na Figura 1.

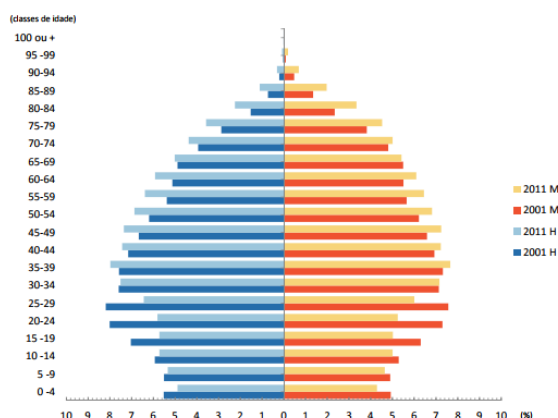


Figura 1. Estrutura Etária da população residente por sexo, 2001 e 2011.

Fonte: INE (2012, p.20).

Na última década agravou-se a diferença entre jovens e idosos. A percentagem de jovens recuou de 16% em 2001 para 15% em 2011. Na população idosa assistiu-se ao movimento inverso tendo passado de 16% em 2001 para 19% em 2011 (INE, 2012). Em 2011 (Figura 2), o índice de envelhecimento da população agravou-se para 128 (102 em 2011), o que significa que por cada 100 jovens há 128 idosos (INE, 2012, p.22).

O índice de longevidade é uma medida que relaciona a população com 75 ou mais anos com o total da população idosa. Em 2011 este índice era de 48, em 2001 era de 41 e em 1991 de 39 (INE, 2012, p.23), tal como se pode observar na Figura 2.

Relativamente ao índice de dependência total, o número de jovens e idosos em cada 100 indivíduos em idade ativa aumentou de 48,6 em 2001 para 51,4 em 2011. Este resultado resulta de duas evoluções opostas, uma redução do índice de dependência de jovens (n.º de jovens em cada 100 indivíduos em idade ativa) com 24,6 em 2001 e de 28,8 em 2011 (INE, 2013), (Figura 2).

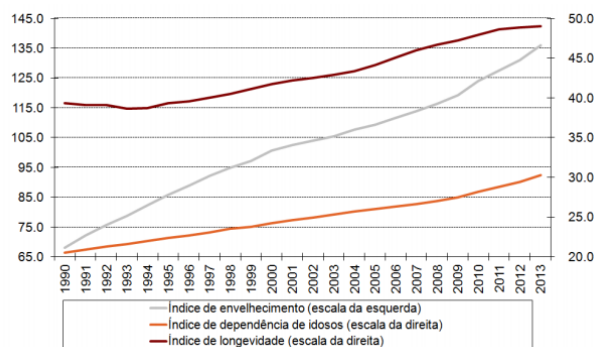


Figura 2. Índice de Envelhecimento.

Fonte: INE (2014, p.2).

Na última década, a Região dos Açores também assistiu ao envelhecimento da população. De acordo com os censos 2011, a população entre os 0 e os 14 anos representa, na região 17,9% enquanto em 2001 era de 21,4%, o que significa que o peso da população mais jovem diminuiu na última década. Em relação ao grupo etário dos 35 anos aos 64 anos reforçou a sua importância. Em 2001, 33,4% da população da região encontra-se neste grupo etário e em 2011 passou para 39,2%. O peso da população com 65 e mais anos mantém-se praticamente o mesmo de 2001 para 2011, respetivamente 13,0% e 13,1% (INE, 2013, p.20), (Figura 3).

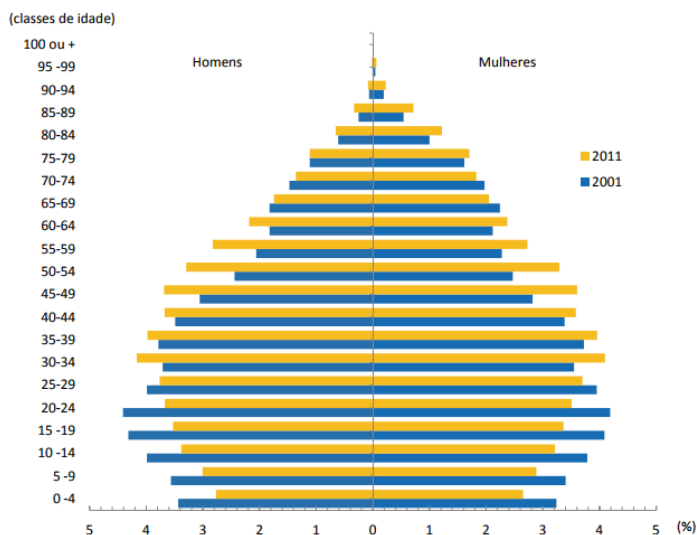


Figura 3. Estrutura Etária da População residente por sexo, 2001 e 2011 RAA.

Fonte: INE (2012, p.20).

As principais causas do envelhecimento são os baixos índices de fecundidade, aumento da esperança média de vida, emigração e mortalidade infantil, visto que a população com mais de 65

anos cresce a um ritmo superior, em comparação às gerações mais jovens e visto que a população ativa está a ser cada vez menor.

O envelhecimento demográfico é cada vez mais um problema social e económico e que afeta todas as gerações. Com o envelhecimento da população existe um conseqüente aumento da dependência de idosos. Como conseqüências da subida do índice de envelhecimento enumeramos o impacto no desenho das políticas sociais, risco de insustentabilidade de sistemas financeiros, maior taxa de abandono de idosos pelas famílias, baixa produtividade, fraca inovação tecnológica e diminuição do espírito empreendedor.

2. Qualidade de Vida

O conceito Qualidade de Vida, tem muitos significados, e pode ser utilizado em diferentes áreas e contextos. Todos nós necessitamos de viver com qualidade de vida, é um conceito que tem vindo a evoluir nos últimos anos e tem sido um conceito muito utilizado.

Lauer (1999, citado por Serra em 2010), refere que não há uma definição que seja universalmente aceite sobre o conceito de qualidade de vida. Há, contudo, o consenso de que a qualidade de vida é um constructo multidimensional que procura atender a uma perspetiva holística sobre a natureza bio-psico-social do ser humano.

O interesse generalizado em torno da temática da qualidade de vida, que tem ocorrido ao longo das últimas décadas, em muito se deve à multidimensionalidade do conceito, que favorece a abordagem do mesmo objeto de estudo por disciplinas muito diversas; ao seu poder heurístico, que tem suscitado um aumento exponencial do número de investigações na área; e, não menos importante, ao seu valor pragmático, patente nas suas diferentes aplicações práticas em domínios tão

diversificados com a avaliação e a intervenção clínicas e a tomada de decisões políticas em saúde (Canavarro, 2010).

Sobre o termo qualidade de vida, constatamos que é um conceito que está verdadeiramente na moda. As interpretações mais correntes entre os não especialistas são várias. Há os que consideram qualidade de vida a duração ou extensão da vida. Alguns, associam-se a um estilo de vida de certos grupos com um nível financeiro mais elevado. Para outros pressupõe a existência de um estado de satisfação com os seus atributos físicos e emocionais. Também se pode incluir na ideia de qualidade de vida o conceito de bem-estar pessoal e social, bem como os aspetos económicos (Nunes & Menezes, 2014).

A OMS, define qualidade de vida como a “perceção do indivíduo sobre a sua posição na vida, dentro do contexto de sistemas de cultura e valores nos quais está inserido e em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações” (WHO, 1997, p.1).

O conceito de qualidade de vida está relacionado à autoestima, e ao bem-estar pessoal e abrange uma série de aspetos como a capacidade funcional, o nível sócio – económico, o estado emocional, a interação social, a atividade intelectual, o autocuidado, o suporte familiar, o próprio estado de saúde, os valores culturais, éticos e a religiosidade, o estilo de vida, a satisfação com emprego e/ou com atividades diárias e o ambiente em que se vive. O conceito de qualidade de vida, portanto, varia de autor para autor e além disso, é um conceito subjetivo dependente do nível sociocultural, da faixa etária e das aspirações pessoais do indivíduo (Vecchia, Ruiz, Boch, & Corrente, 2005).

O conceito qualidade de vida é um conceito subjetivo, amplo, complexo e ambíguo, traduzindo diversos significados, que difere de pessoa para pessoa, dependendo do lugar e ocasião. Assim, a qualidade de vida é um conceito que varia consoante a época, o país, a cultura, a classe social e até mesmo ao longo da vida de um indivíduo (Paschoal, 2006).

No final do século XX, a qualidade de vida surge como um conceito científico na literatura social, psicológica e biomédica (Fernández-Ballesteros et al., 2009).

Segundo Canavarro em 2010, a consideração de indicadores sociais na avaliação da qualidade de vida teve origem nos EUA, durante os anos 60.

Segundo Nordenfelt (1994, citado por Serra em 2010), a qualidade de vida pode ser avaliada de forma objetiva e subjetiva. A qualidade *objetiva* é comprovada através do bem-estar social; a *subjetiva* transparece no bem-estar pessoal. Estes aspetos não estão necessariamente ligados entre si. Uma pessoa pode ser, por exemplo, objetivamente rica, mas não ter noção nem saber utilizar para benefício próprio o dinheiro que tem.

A avaliação da qualidade de vida para o *Whoqol Group* em 1995 é uma avaliação subjetiva que incorpora o contexto cultural social e ambiental. Assim, e por multidimensional, não abrange somente a saúde física do indivíduo, mas também o seu estado psicológico, o seu nível de dependência, as suas relações sociais estabelecidas, bem como as suas relações afetivas e o ambiente em que vive (Canavarro, 2010).

A abordagem à qualidade de vida baseada nos indicadores sociais contempla, adicionalmente aos níveis de rendimento económico, tópicos como as correntes de força laboral e de emprego; o estado de desenvolvimento do conhecimento e da tecnologia; a natureza e o grau de envolvimento nas atividades políticas do governo e dos cidadãos; o serviço de recreio, de saúde e de educação; as mudanças na vida familiar e na estratificação social (Oliver et al., 1996 citado por Canavarro, 2010).

A idade, o sexo e a etnia têm mostrado fracas associações com a qualidade de vida, enquanto o nível de rendimentos, a situação de emprego, a rede de relações pessoais e sociais e certas variáveis psicológicas, como a autoestima e o *locus* de controlo, tendem a evidenciar relações fortes com o conceito (Oliver et al., 1996 citado por Canavarro, 2010).

Assim, a qualidade de vida é geralmente entendida como um conceito amplo, que incorpora tanto os aspetos da existência individual, como também o sucesso do indivíduo a alcançar determinados objetivos, estados ou condições desejáveis, e ainda o sentido de bem-estar e de satisfação experienciado pelas pessoas na situação atual das suas vidas (Oliver et al., 1996 citado por Canavarro, 2010), ao refletirem sobre a etimologia da expressão qualidade de vida, referem que o termo *qualidade* significa o nível, grau ou estado de excelência atribuído a alguém ou a alguma coisa; o termo *vida*, por outro lado, engloba o estado completo da atividade funcional de uma pessoa, incluindo o seu comportamento, desenvolvimento, fontes de prazer/sofrimento e o estilo geral de vida (Canavarro, 2010, p.9).

Os ideais de diversos pesquisadores contribuíram para que fossem adicionados conceitos ao termo qualidade de vida, tais como a felicidade e o bem-estar (Monteiro et al., 2010). Assim, este conceito poderá ser representado pela felicidade, harmonia, prosperidade, pela obtenção de residência própria e condições na habitação, o ganho de um salário significativo, relações de amor e família, a possibilidade de conciliar o trabalho com o lazer, ter segurança, bem como liberdade de expressão (Silva, 2011).

2.1 Qualidade de vida relacionada com a saúde

A forma como os indivíduos consideram a sua situação de saúde, a autoavaliação da mesma, tem sido cada vez mais valorizada na investigação e tomada de decisão clínica, bem como no planeamento em saúde (Ferreira, 2009).

Nordenfelt (1994, citado por Serra, 2010), refere que há pelo menos cinco grandes classes de aspetos da vida que devem ser tidos em conta nas avaliações da qualidade de vida relacionada com a saúde (QdVRs), nomeadamente: as experiências da vida do indivíduo, ou seja, as sensações, as perceções, as cognições, as emoções e estados de humor; as atividades da vida que são a soma total de ações; as realizações da vida, ou seja, o desempenho de ações; as circunstâncias que envolvem a pessoa, que se ligam a si, com ou sem conhecimentos da sua existência.

De acordo com Nordenfelt (1994, citado por Serra, 2010) são consideradas, pelo menos, cinco categorias de aspetos da vida que devem ser tidos em conta nas avaliações QdVRs,

nomeadamente: as experiências de vida do indivíduo, ou seja, as sensações, as percepções, as cognições e estados de humor; as atividades de vida, através das ações que se efetuam; as realizações de vida, isto é, o desempenho das ações; os acontecimentos de vida do indivíduo; as circunstâncias, que envolvem a pessoa, se ligam a si, sobre as quais, pode ou não ter conhecimento da sua existência.

Segundo Fayers e Machin (2000, citado por Serra em 2010), referem que desde então e ao longo do tempo, têm aparecido muitas definições de QdV e de saúde, ligando frequentemente os dois termos.

Naughton e Shumaker (2003, citado por Canavarro, 2010), defendem que o conceito de QdvRs comporta dimensões primárias e secundárias. As primeiras dizem respeito ao funcionamento físico, social e psicológico do indivíduo e à sua satisfação com a vida e percepção de saúde; as segundas incluem o funcionamento neuro psicológico, a produtividade pessoal, a intimidade e o funcionamento sexual, a qualidade do sono, a dor, a presença/ausência de sintomas e a espiritualidade.

A maioria das definições de QdvRs tende a integrar os aspetos de estado emocional, funcionamento social e funcionamento físico, comuns às definições de QdV geral, e outras dimensões específicas da área da saúde (Phillips, 2006 citado por Canavarro, 2010).

As informações que têm surgido sobre a qualidade de vida têm vindo a contribuir para a utilização de indicadores de avaliação da eficácia e da eficiência, bem como verificar o impacto de determinados tratamentos que ocorrem em grupos de doentes (Monteiro et al., 2010).

Segundo Serra (2010), procura-se utilizar como critério a variável saúde, verificaram que o aspeto que tinha maior poder preditivo era a dimensão funcionamento físico, que incluía aspetos como energia, dor e fadiga. Conclui-se que a qualidade de vida e a saúde são dois constructos diferentes, que não podem ser considerados equivalentes, nem tão pouco ser avaliados pelo mesmo tipo de instrumentos.

De uma visão inicial centrada na doença, quando a saúde era encara como a mera ausência de doença evolui-se para um conceito dinâmico de saúde (não tão subordinado à doença) que implica um bem-estar físico, mental e social, que corresponde à promoção da saúde e à prevenção das doenças. Assim, a saúde é um fator determinante na qualidade de vida das pessoas. Esta perspectiva da importância positiva da saúde no bem-estar e qualidade de vida continua a ser alargada e aprofundada por muitos investigadores de várias áreas (Siqueira et al., 2007)

A QdvRs abrange assim as muitas condições, já referidas, que determinam a qualidade de vida em geral, como é o caso da satisfação com a profissão, com a disponibilidade pessoal de dinheiro, mas sobretudo com todos os aspetos ligados à saúde. No caso de existir alguma doença devem ser levados em consideração os fatores que predizem a gravidade da mesma, bem como a sua morbilidade e mortalidade (Nunes & Menezes, 2014).

2.2 Qualidade de vida relacionada com o envelhecimento

O aumento da expectativa e a qualidade de vida das pessoas idosas podem estar associados não somente à evolução da tecnologia e da medicina, mas, também à vivência dos idosos em grupo, a qual excede as atividades físicas e de lazer. Para isso, é necessário compreender o significado da promoção à saúde da pessoa idosa e sua relação com os fatores determinantes da qualidade de vida (sociais, políticos, económicos, ambientais, culturais e individuais) (Neri, 2000)

Segundo Neri (2000), viver mais sempre foi o intuito do ser humano. Assim, um desafio que cresce em importância é a obtenção de melhor qualidade de vida nesses anos conquistados a mais. Pesquisas têm sido feitas no sentido de esclarecer os fatores que contribuem para o chamado “envelhecimento bem-sucedido”.

Nos últimos anos, a população idosa tem aumentado claramente, deste modo as suas necessidades e problemas começam a ser, sem exceção, necessidades e problemas de todos. Nesta perspectiva, a avaliação da qualidade de vida nesta população começa a ser considerada pertinente, pelo que diversos autores referem a sua promoção na população idosa (Serrano, 2004).

No mundo atual, a população idosa tem aumentado visivelmente, deste modo as suas necessidades e problemas começam a ser, sem exceção, necessidades e problemas de todos.

Nesta perspectiva, a avaliação da qualidade de vida nesta população começa a ser considerada pertinente, pelo que diversos autores referem a sua promoção na população idosa (Serrano, 2004).

Para a OMS, à medida que a pessoa envelhece, a sua qualidade de vida é determinada não só pela capacidade de manter autonomia, mas também pela capacidade de manter independência, pois, a autonomia determina a habilidade que a pessoa tem para controlar, lidar e tomar decisões sobre como deve viver diariamente, de acordo com as suas regras e preferências; enquanto a independência se refere à capacidade que pessoa tem para efetuar funções relacionadas com a vida diária (Dalsenter & Matos, 2009).

Na avaliação da qualidade de vida do idoso é importante ressaltar a complexidade da tarefa e a adoção de múltiplos critérios de natureza biológica, psicológica e sociocultural, vários elementos são considerados como determinantes ou indicadores de bem-estar na velhice: longevidade, saúde biológica, saúde mental, satisfação, controle cognitivo, competência social, produtividade, atividade, eficácia cognitiva, “status” social, renda, continuidade de papéis familiares, ocupacionais e continuidade de relações informais com amigos (Serbim & Figueiredo, 2011).

De acordo com Fonseca (2005), explica a inter-individuais da qualidade de vida na população idosa, ou seja, a qualidade de vida relacionada com o envelhecimento dependente não só das circunstâncias a que o indivíduo está sujeito, mas também do contexto onde se encontra inserido. Contudo, é também, importante, o estilo de vida que o idoso adota, e as suas condições pessoais, ou seja, a sua posição social, a idade e género e os fatores sociodemográficos.

2.3 Qualidade de vida apresentada pelo grupo WHOQOL

O conceito qualidade de vida definido pelo grupo WHOQOL apareceu, no início da década de 90, quando se começou a reconhecer a importância deste conceito para a promoção da saúde física e mental e para o bem-estar social das pessoas (Carneiro, Falcone, Clark, Prette, & Prette, 2007). O termo surgiu da necessidade de uma definição do conceito qualidade de vida, e do desenvolvimento de instrumentos de avaliação deste conceito, com base científica. Nessa altura a OMS reuniu um conjunto de peritos de diversas culturas, para responder a esta necessidade (Canavarro, Simões, Pereira, & Pintassilgo, 2005).

O grupo WHOQOL define QdV como a “perceção do indivíduo acerca da sua posição na vida, no contexto de cultura e sistema de valores em que se insere e em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações” (WHOQOL Group, 1995, p.1405, citado por Vilar et al., 2010).

O paradigma de QdV avançado assenta em três pilares fundamentais: o da subjetividade (ao valorizar a perspetiva e as perceções do próprio sujeito, passíveis de mudanças ao longo da vida), o da multidimensionalidade (ao considerar que reflete a intersecção de diversas dimensões) e o da dimensão positiva - negativa (tendo em conta dimensões positivas, ex. dor, isto é estabelecendo que a QdV envolve, numa articulação dinâmica a presença de determinados elementos e ausência de outros) (Fleck, 2008; WHOQOL Group, 1995, citado por Vilar et al., 2010).

A QdV constitui uma variável reconhecida como importante na elaboração de políticas de cuidados de saúde, na medida da eficácia de intervenções, ou em estudos epidemiológicos (Canavarro et al., 2010).

Para a análise dos resultados obtidos nas investigações de natureza psicométrica publicadas com o *World Health Organization Quality of Life-Asessment* (WHOQOL-100) e o *World Health Organization Quality of Life-Brief Form* (WHOQOL-Bref), instrumentos de medida geral da QdV de natureza multidimensional, que permitem identificar as perceções subjetivas e as preocupações das pessoas (Simões, Sousa, Vilar, & Paredes, 2010).

A construção dos instrumentos WHOQOL (WHOQOL-100 e WHOQOL-Bref) por um grupo de peritos internacionais, pertencentes a 15 centros de estudo da QdV da Organização Mundial da Saúde (OMS), partiu de um interesse crescente pelo conceito de QdV, da sua relevância na prática clínica (Stenner, Cooper, & Skevington, 2003) e da constatação da inexistência de um instrumento de avaliação de QdV que privilegiasse uma perspetiva transcultural e subjetiva (Canavarro et al., 2010).

Neste contexto, de simultânea relevância e falta de precisão conceptual do conceito de QdV, ao qual correspondia uma proliferação de instrumentos de avaliação, muito deles sem base conceptual e a maioria ancorados na cultura americana, foi desenvolvida uma metodologia de validação própria, de essência transcultural e com procedimentos standardizados: o projeto WHOQOL (Canavarro et al., 2010).

Mais tarde surgiram versões mais pequenas, como o EUROHIS-8, que foi adaptado através dos instrumentos WHOQOL-100 e WHOQOL-BREF, com o intuito de facilitar a participação, o preenchimento por parte dos inquiridos.

Assim, à elaboração do WHOQOL-100 e WHOQOL-BREF, enquanto medidas genéricas de qualidade de vida do grupo *Whoqol*, foi desenvolvido o projeto WHOQOL-OLD, que teve início em 1999, com o objetivo de adaptar estas medidas à população idosa e desenvolver um modelo adicional complementar e específico aos instrumentos anteriormente referidos e ser utilizado em adultos idosos (Vilar et al., 2010). A versão final do WHOQOL-OLD resultou em 24 itens, agrupados em seis facetas (funcionamento sensorial; autonomia; atividades passadas, presentes e futuras; participação social; morte e morrer; intimidade). A adaptação e respetiva validação para a população portuguesa, da escala WHOQOL-OLD, integrou uma nova faceta, denominada de Família/Vida familiar, avaliando a satisfação com o apoio e as relações familiares e a preocupação com a saúde e bem-estar de familiares (Vilar et al., 2013). Dos 8 itens iniciais introduzidos nesta faceta, foram considerados quatro, resultando num total de 28 itens para versão Portuguesa.

3. Metodologia de Investigação

A metodologia de investigação consiste num processo de seleção da estratégia de investigação, que condiciona, a escolha das técnicas de recolha de dados, adequados aos objetivos que se pretendem atingir (Sousa & Baptista, 2011). Para escolher a metodologia de investigação tem por base não só os objetivos do trabalho a desenvolver, mas o facto de se pretender desenvolver que os resultados se assumam como generalizações, tendo por base uma grande população, o que permite procurar tendências gerais dos seus comportamentos ou se quer realizar um trabalho em profundidade sobre uma amostra reduzida composta por poucas unidades de análise, importando neste caso compreender os fenómenos que são objeto de investigação (Sousa & Baptista, 2011).

3.1 Objetivos do estudo

Cada vez mais há a preocupação de estudar a qualidade de vida no envelhecimento. Devido ao grande aumento da população idosa no nosso país, que continua a ser preocupante, é importante saber onde se encontram a maioria das pessoas idosas, se estão institucionalizadas ou no seu meio familiar.

Por isso, surge a preocupação de relacionar a qualidade de vida num grupo de idosos não institucionalizados. Sabendo que não há respostas suficientes para institucionalizar todos os idosos e nem todos querem sair do seu meio familiar.

Este estudo tem como principal objetivo avaliar a perceção da qualidade de vida dos idosos não institucionalizados no concelho da Ribeira Grande da ilha de São Miguel.

Tendo por base o objetivo principal do estudo identificaram-se como objetivos específicos os seguintes:

O₁: Avaliar a perceção da qualidade de vida da amostra estudada;

O₂: Identificar diferenças entre as variáveis sociodemográficas e clínicas com a perceção da qualidade de vida.

O₃: Identificar uma relação entre a capacidade funcional nas Atividades Básicas de Vida Diária e a perceção da qualidade de vida.

Pretende-se com o presente estudo dar a conhecer os resultados obtidos que promovam e facilitem o planeamento de intervenções comunitárias no âmbito da melhoria da qualidade de vida e por fim propor soluções para os problemas identificados.

3.2 Procedimento e aspetos éticos

A presente investigação enquadra-se no domínio da saúde envolvendo seres humanos, pelo que as considerações éticas entram em jogo desde o início da investigação. A escolha do tema, o tipo

de estudo, o recrutamento dos participantes, a forma de colher os dados e de os interpretar são alguns dos muitos elementos que podem interessar à ética (Fortin, 2009).

A ética é a parte da filosofia responsável pela investigação dos princípios que motivam, disciplinam ou orientam comportamento humano, refletindo a essência das normas e valores (Sousa & Baptista, 2011).

Para iniciar este estudo procedeu-se à seleção dos instrumentos de avaliação e um pedido por via e-mail à comissão de ética da Universidade de Coimbra para a autorização do estudo (anexo C).

Depois, foi feito um pedido por via e-mail com os responsáveis para a utilização das *escalas Whoqol-Old* e *Eurohis-Qol-8* (anexo A e B).

Para a realização dos questionários, e para os idosos já saberem do estudo que se estava a realizar, foi feito um anúncio em todas as igrejas com a identificação da investigadora e todos os dados necessários (anexo D).

Após isto, foi elaborado um consentimento informado para os idosos participarem no estudo sobre a qualidade de vida de livre vontade e conhecimento a cada idoso de todos os procedimentos e objetivos do mesmo (anexo E).

3.3 Instrumentos de Recolha de dados

O instrumento de recolha de dados para além de integrar um questionário que avalia a informação pessoal e médica/clínica, integra várias escalas, tais como: a escala Mini Mental *State Examination* (MMSE) de Folstein, Folstein e McHugh (1975), traduzida e adaptada para a população portuguesa por Guerreiro et al. (1994), que avalia o funcionamento cognitivo; índice de *Barthel* (Mahoney & Barthel, 1965), validada para Portugal por Araújo, Pais Ribeiro, Oliveira e Pinto (2007), que avalia as atividades da vida diária (ABVD); a escala *Euroshis-Qol-8* (Pereira et al. 2011), que avalia a qualidade vida relacionada com a saúde, e a escala *Whoqol-Old* (Vilar et al. 2010), que avalia a qualidade de vida no idoso.

A primeira parte do questionário é constituída por diversas questões sociodemográficas e clínicas, nomeadamente: sexo, idade, estado civil, escolaridade, área de residência, profissão, condição atual e religião. Quanto à informação clínica, pretende-se saber o diagnóstico atual, quando foi diagnosticado, qual o prognóstico, qual o regime de acompanhamento, medicação, existência de problemas a nível sensorial (visão e audição) e motores (locomoção) e ainda informação relativa a problemas de saúde anteriores (anexo G).

A segunda parte é constituída pelo:

- **MMSE de Folstein, Folstein e McHugh (1975)**, traduzida e adaptada para a população portuguesa por Guerreiro et al. (1994), (anexo F) é um instrumento de avaliação cognitiva em estudos epidemiológicos e avaliação global das funções cognitivas em ambiente clínico e investigação, e possibilita o despiste de défice cognitivo de acordo com o grau de escolaridade sem influência do género. Este instrumento permite avaliar a: orientação; retenção; atenção e

cálculo; evocação; linguagem e habilidade construtiva, em cada resposta correta é cotada com um ponto. A cotação global varia entre 0 e 30 pontos, sendo os valores de corte para a população portuguesa, a partir dos quais se considera com defeito cognitivo, os seguintes (Morgado, 2009):

- Analfabetos: ≤ 15 pontos;
 - 1 a 11 anos de escolaridade: ≤ 22 ;
 - Escolaridade superior a 11 anos: ≤ 27 pontos.
- **Índice de Barthel** (Mahoney & Barthel, 1965), validada para Portugal por Araújo, Pais Ribeiro, Oliveira e Pinto (2007), (anexo H) avalia dez ABVD, das quais: alimentação; banho; higiene corporal; vestir; controlo intestinal; controlo vesical; utilização da casa de banho; subir escadas; transferência da cadeira-cama e deambulação. Cada atividade apresenta entre dois a quatro níveis de dependência, em que a pontuação 0 corresponde à dependência total, sendo a independência pontuada com 5, 10 ou 15 pontos em função dos níveis de diferenciação. O mesmo autor refere que a cotação global da escala varia entre 0-100 pontos, variando de forma inversamente proporcional ao grau de dependência, ou seja, quanto menor for a pontuação maior é o grau de dependência de acordo com os seguintes pontos de corte apresentados na Tabela 1.

Tabela 1. Categorias do Índice de *Barthel*.

Pontuação	Nível de Dependência
90 – 100	Independente
60 – 89	Ligeiramente Dependente
40 – 55	Moderadamente Dependente
20 – 35	Severamente Dependente
< 20	Totalmente Dependente

Fonte: Sequeira (2010, p.46).

Eurohis-Qol-8 - traduzida e adaptada para a população portuguesa por Pereira et al. (2011) (anexo I) é uma medida da qualidade de vida, com o objetivo de avaliar a saúde do indivíduo. É constituído por oito questões em que as repostas são dadas num formato Likert de cinco pontos. O resultado é um índice global que varia entre 8 a 40 pontos, calculado a partir da soma dos oito itens, sendo que a valores mais elevados corresponde a uma melhor perceção da QdV. Estas pontuações globais foram posteriormente convertidas numa escala de 0 a 100 pontos, para melhor interpretar a QdV.

Whoqol-Old - traduzida e adaptada para a população portuguesa por Vilar et al. (2010) (anexo J) é constituída por 28 itens cujas repostas são do tipo *Likert* com 5 pontos. Esta escala contempla sete facetas cada uma com quatro itens: Funcionamento Sensorial; Autonomia; Atividades Passadas, Presentes e Futuras; Participação Social; Morte e Morrer; Intimidade; e Família/Vida Familiar (Tabela 2). Para cada faceta procede-se à soma das repostas dadas nos quatro itens, obtendo-se assim valores entre 4 e 20 pontos, sendo que valores mais elevados traduzem uma melhor QdV. Esta escala contempla também uma pontuação global resultante da soma das repostas aos 28 itens, obtendo-se, portanto, uma variação entre 28 e 140 pontos. As pontuações finais de cada

faceta e global foram convertidos numa escala de 0 a 100 pontos percentuais. Os itens 1, 2, 3, 7, 8, 9 e 10 estão formulados na negativa, pelo que foram recodificados/invertidos (Vilar et al., 2010).

Tabela 2. Facetas da escala *Whoqol-Old* e itens que as constituem.

Facetas	Itens	Pontuação
Funcionamento Sensorial	1, 2, 3, 20	4 – 20 (0-100)
Autonomia	4, 5, 6, 11	4 – 20 (0-100)
Atividades Passadas, Presentes e Futuras	12, 13, 15, 19	4 – 20 (0-100)
Participação Social	14, 16, 17, 18	4 – 20 (0-100)
Morte e Morrer	7, 8, 9, 10	4 – 20 (0-100)
Intimidade	21, 22, 23, 24	4 – 20 (0-100)
Família/Vida Familiar	25, 26, 27, 28	4 – 20 (0-100)
Global	28 itens	28 – 140 (0-100)

Fonte: Vilar et al. (2010, p.242).

3.4 Operacionalização das variáveis

Segundo Reis (2010), as variáveis descrevem as características do atributo a medir, estas são qualidades, propriedades ou características de objetos, de pessoas ou de situações, que são estudadas numa investigação, podendo assumir diferentes valores.

Neste sentido, para o atual estudo, as variáveis definidas dividem-se em dois grupos: variáveis dependentes e variáveis independentes. Para o 1.º grupo, as mesmas foram determinadas pela avaliação da qualidade dos idosos não institucionalizados recorrendo-se ao instrumento de avaliação *Whoqol-Old* e *Euroshis-8*. O grupo das variáveis independentes correspondem às variáveis sociodemográficas e clínicas.

As variáveis sociodemográficas consideradas foram as seguintes:

- ✓ **O sexo** – possui duas categorias, masculino e feminino;
- ✓ **Estado civil** – variável categorizada em quatro grupos:
 - Solteiro;
 - Casado;
 - Viúvo;
 - Divorciado;
- ✓ **Idade** – variável categorizada de acordo com Oliveira (2005), faixa etária, estabelecendo classes de idades da seguinte forma:
 - 65 - 69 anos;
 - 70 - 74 anos;
 - 75 - 79 anos;
 - 80 - 84 anos;

- ≥ 85 anos.
- ✓ **Habilitações Literárias** – variável categorizada em seis grupos:
- Não frequentou a escola;
 - 1.º Ciclo (Ensino Primário);
 - 2.º Ciclo (5.º e 6.º ano);
 - 3.º Ciclo (7.º, 8.º e 9.º anos);
 - Ensino Secundário (10.º, 11.º e 12.º);
 - Ensino Superior.
- ✓ **Condição Atual** – variável categorizada em sete grupos:
- Vive com esposo(a)/companheiro(a);
 - Vive sozinho(a) em casa;
 - Vivem em casa de familiares (n.º de pessoas);
 - Com necessidade de assistência (Qual);
 - Outra condição (Qual);
 - Pessoas próximas ou familiares que possam prestar/prestam apoio.
- ✓ **Área de residência** – variável categorizada em freguesias rurais do concelho em estudo.

As variáveis clínicas consideradas foram as seguintes:

- ✓ **Número de doenças** – variável categorizada com base na tipologia das doenças (Osteoporose; Problemas cardíacos; Colesterol; Diabetes; Hipertensão);
- ✓ **Número de medicamentos** – variável categorizada em número de medicamentos com base no conceito de polimedicação (≥ 5 medicamentos);
- ✓ **Perceção de saúde** – variável foi categorizada em dois grupos de acordo com a perceção de saúde de cada idoso: saudável e doente.

Avaliação funcional/cognitivo:

- **Mini Mental State Examination de Folstein, Folstein e McHugh (1975)** – traduzido e adaptado para a população portuguesa por Guerreiro et al. (1994) – esta variável foi operacionalizada segundo a classificação obtida neste exame e dividida em 2 categorias (tendo em contas as habilitações literárias): com défice cognitivo, sem défice cognitivo.

Avaliação do grau de dependência das ABVD:

- **Índice de Atividades da Vida Diária de Mahoney & Barthel, (1965)** – validade para Portugal por Araújo, Pais Ribeiro, Oliveira e Pinto (2007) - variável operacionalizada pelo resultado obtido neste índice e dividida em cinco categorias:
 - Independente;
 - Ligeiramente dependente;
 - Moderadamente dependente;
 - Severamente dependente;
 - Totalmente dependente.

Avaliação da qualidade de vida relacionada com a saúde:

- **Escala Eurohis-Qol-8** traduzida e adaptada para a população portuguesa por Pereira et al. (2011 – variável operacionalizada pelo resultado obtido desta escala, esta divide-se em oito questões.

Avaliação da qualidade de vida e saúde no idoso:

- **Escala Whoqol-Old** traduzida e adaptada para a população portuguesa por Vilar et al. (2010) – variável operacionalizada pelo resultado desta escala, é constituída por 28 questões constituindo sete facetas, estas são:
 - Funcionamento Sensorial;
 - Autonomia;
 - Atividades Passadas, Presentes e Futuras;
 - Participação Social;
 - Morte e Morrer;
 - Intimidade;
 - Família/Vida Familiar.

3.5 Tratamento de dados

Após a recolha de dados, procedeu-se à construção da base de dados recorrendo ao *Statistical Package for the Social Sciences (SPSS)* versão 21 para Windows.

Para dar resposta ao objetivo do estudo procedeu-se à realização de dois tipos de análise. Numa primeira fase, recorreu-se à análise descritiva exploratória tendo por base a natureza das variáveis em estudo, recorrendo-se às seguintes medidas estatísticas: frequências absolutas e relativas; cálculo do mínimo; cálculo do máximo; moda; mediana; média e desvio padrão. Numa segunda fase, para completar a análise que se estava a desenvolver, recorreu-se a testes para comparação de médias e/ou medianas, nomeadamente, a aplicação do teste paramétrico *t-Student* para analisar

a existência de diferenças nas médias para duas amostras independentes, quando se validaram os pressupostos de seguir a distribuição normal para os dois grupos ou o tamanho da amostra e a homogeneidade das variâncias, ou ao teste não paramétrico, alternativo, o teste de *Mann-Whitney* quando não se validaram um dos pressupostos para a aplicação de um teste paramétrico. Para três ou mais amostras independentes recorreu-se à aplicação de um teste não paramétrico, o *Kruskal-Wallis*, porque não se validou o pressuposto de seguir a distribuição normal nos diversos grupos independentes. Para estudar a relação entre a capacidade funcional nas ABVD e a QdV recorreu-se à produção das correlações, nomeadamente, correlações não paramétricas de produzidas pelo coeficiente de correlação de *Rho* (ρ) de *Spearman*, uma vez que não se validou o pressuposto da normalidade dos dados que permitisse a aplicação do teste paramétrico, nomeadamente o coeficiente de correlação de *Pearson*. De salientar que para a análise desde coeficiente e para afirmar a relação de intensidade existente teve-se por base a informação referida por Evans (1996): relação muito fraca ($\rho = \pm 0.00$ até ± 0.19); relação fraca ($\rho = \pm 0.20$ até ± 0.39); relação moderada ($\rho = \pm 0.40$ até ± 0.59); relação forte ($\rho = \pm 0.60$ to ± 0.79), e relação muito forte ($\rho = \pm 0.80$ to ± 1.00). A normalidade dos dados referida nos pressupostos anteriores, foi testada recorrendo ao teste de *Kolmogorov-Smirnov* (amostras com a dimensão de 30 ou mais observações) ou ao teste de *Shapiro-Wilk* (amostras de pequena dimensão, quando a dimensão da amostra era inferior a 30 observações). A homogeneidade das variâncias foi testada recorrendo ao teste de *Levene*. Em todos os testes de hipóteses realizados o nível de significância adotado foi de 5%, para a tomada de decisões.

Ainda, nas escalas *Eurohis-Qol-8* e *Whoqol-Old* e para as suas facetas procedeu-se ao cálculo do *Alfa de Cronbach* de forma a avaliar a sua consistência interna. Trata-se de um coeficiente que varia entre 0 e 1, categorizado do seguinte modo: Superior a 0.9 – Consistência muito boa; entre 0.8 e 0.9 – boa; entre 0.7 e 0.8 – razoável; entre 0.6 e 0.7 – fraca; inferior a 0.6 – inadmissível (Pestana & Gageiro, 2008).

3.6 Participantes

A população escolhida para a realização deste estudo foram os idosos com idade igual ou superior a 65 anos, do concelho da Ribeira Grande, da Ilha de São Miguel (Açores).

Neste sentido, o cálculo da amostra inicial foi de 350 idosos não institucionalizados do concelho da Ribeira Grande. Para a administração dos questionários optou-se por distribuí-los proporcionalmente ao n.º de idosos residentes nas seguintes freguesias, tal como se pode observar pelos valores apresentados na Tabela 3.

Tabela 3. População e Amostra em estudo.

Freguesias	População		Amostra Inicial	Amostra Final (validados)
	N	%	n _{inicial}	n _{final}
Calhetas	52	2%	7	4

Fenais da Ajuda	132	5%	17	18
Lomba da Maia	123	4%	16	10
Lomba de São Pedro	44	2%	6	3
Maia	235	9%	30	27
Pico da Pedra	223	8%	28	12
Porto Formoso	156	6%	20	17
Rabo de Peixe	450	16%	57	33
Conceição	198	7%	25	21
Matriz	405	15%	51	30
Ribeira Seca	284	10%	36	25
Ribeirinha	215	8%	27	23
Santa Bárbara	143	5%	18	12
São Brás	97	4%	12	15
TOTAL	2.757	100,0%	350	250

De salientar que para a amostra ser representativa da população assumiu-se um erro amostral inicial de 4,9%, sendo o erro amostral final de 5,91%, uma vez que se validaram 250 questionários dos 358 questionários recolhidos. Dos 358 questionários obtidos foram excluídos 108 por se tratarem de idosos com défice cognitivo e/ou idosos que frequentavam centros de dia/noite. Para a seleção desta amostra tiveram-se em conta os seguintes critérios de inclusão:

- Residir numa das freguesias do concelho da Ribeira Grande;
- Ter idade igual ou superior a 65 anos;
- Não ter défice cognitivo.

Os questionários foram aplicados entre o início do mês de julho de 2017 e janeiro de 2018. Os questionários foram sendo aplicados por freguesias, começando pelas freguesias mais a norte do concelho e depois, seguidamente, foram aplicados nas freguesias mais a sul do concelho. Para a recolha dos dados utilizou-se a técnica de amostragem não probabilística.

3.7 Consistência interna das escalas *Eurohis-Qol-8* e *Whoqol-Old*

A consistência interna das escalas *Eurohis-Qol-8* e *Whoqol-Old* foi quantificada recorrendo ao alfa de *Cronbach* e cujos resultados se apresentam na Tabela 4. Na escala *Eurohis-Qol-8* conclui-se que a fiabilidade é boa, pois obteve-se um α de *Cronbach* de 0.89, sendo superior à consistência interna do estudo em comparação. A fiabilidade global da escala *Whoqol-Old* ($\alpha = 0.88$) também se apresentou com uma consistência interna boa. Nesta escala procedeu-se também ao cálculo desta medida para cada uma das facetes, tendo-se obtido valores de α a variar entre 0.68 e 0.93 o que traduz fiabilidade fraca a muito boa.

Tabela 4. Consistência interna das escalas *Eurohis-Qol-8* e *Whoqol-Old* global e por facetes.

Escalas	Itens	α de <i>Cronbach</i>	Fiabilidade
---------	-------	-----------------------------	-------------

	Funcionamento sensorial (FS)	1, 2, 3, 20	0.88	Boa
	Autonomia (A)	4, 5, 6, 11	0.76	Razoável
	Atividades passadas, presentes e futuras (APPF)	12, 13, 15, 19	0.68	Fraca
<i>Whoqol-Old</i>	Participação social (PS)	14, 16, 17, 18	0.89	Boa
	Morte e morrer (MM)	7, 8, 9, 10	0.86	Boa
	Intimidade (I)	21, 22, 23, 24	0.85	Boa
	Família/Vida familiar (F)	25, 26, 27, 28	0.93	Muito boa
	<i>Global</i>	<i>28 itens</i>	<i>0.88</i>	<i>Boa</i>
Estudo de Schmidt, Mühlan, e Power (2006)	<i>Eurohis-Qol-8</i>	8 itens	0.83	Boa
Presente estudo	<i>Eurohis-Qol-8</i>	8 itens	0.89	Boa

4. Apresentação e Análise dos Resultados

4.1 Perfil sociodemográfico dos inquiridos

A amostra deste estudo é constituída por 250 idosos, sendo a maioria do sexo feminino (n=185; 74.0%). A faixa etária predominante é a dos 65 a 69 anos (n=86; 34.4%) seguindo-se a dos 70 a 74 anos (n=68; 27.2%) e 75 a 79 anos (n=45; 18.0%). Quanto ao estado civil verifica-se que 43.6% (n=109) dos idosos são viúvos e 44.4% (n=111) são casados. Os restantes são solteiros ou divorciados. As habilitações literárias da maioria dos idosos deste estudo correspondem ao 1º ciclo (n=161; 64.4%), seguindo-se o 2.º ciclo em 20.0% (n=50) idosos. De notar que 11.2% dos idosos não frequentaram a escola e 2.4% possuem habilitações superiores ao 2.º ciclo. Estes resultados são apresentados na Tabela 5.

Tabela 5. Caracterização da amostra quanto ao sexo, faixa etária, estado civil e habilitações literárias.

		n	%
Sexo	Feminino	185	74.0
	Masculino	65	26.0
	<i>Total</i>	<i>250</i>	<i>100.0</i>
Idade	65 a 69 anos	86	34.4
	70 a 74 anos	68	27.2
	75 a 79 anos	45	18.0
	80 a 84 anos	25	10.0
	85 ou mais anos	26	10.4
	<i>Total</i>	<i>250</i>	<i>100.0</i>
Estado Civil	Solteiro	24	9.6
	Casado	111	44.4
	Divorciado	6	2.4
	Viúvo	109	43.6
	<i>Total</i>	<i>250</i>	<i>100.0</i>
Habilitações literárias	Não foi à escola	28	11.2
	1.º ciclo	161	64.4
	2.º ciclo	50	20.0
	3.º ciclo	6	2.4
	Secundário	3	1.2
	Superior	2	0.8
	<i>Total</i>	<i>250</i>	<i>100.0</i>

Na Figura 4 apresenta-se a distribuição dos idosos pelo local de residência, tendo sido inquiridos idosos de 14 freguesias. As freguesias com maior percentagem de inquiridos foram Rabo de Peixe (13.2%), Matriz com 12.0%, Maia 10.8% e Ribeira Seca com 10.0%. As restantes freguesias apresentam percentagens de inquiridos que variam entre 1.2% e 9.2%.

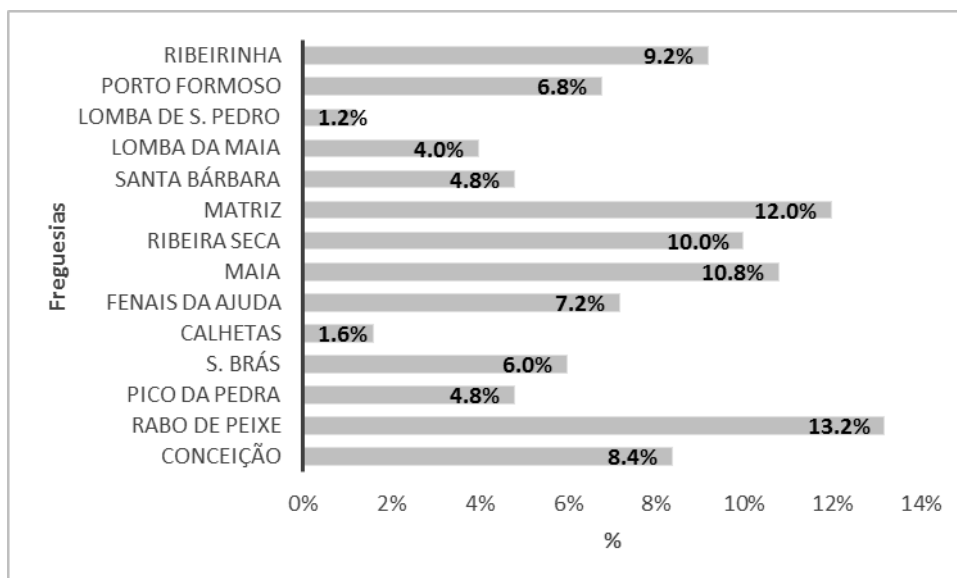


Figura 4. Local de residência.

Na Tabela 6 consta a distribuição dos participantes deste estudo no que concerne à profissão. A maioria dos idosos é doméstica (58.8%; n=147) seguindo-se os agricultores (n=33; 13.2%) sendo estas as profissões mais representativas na amostra em estudo. Contabilizaram-se com percentagens inferiores a 5%: empregados fabris, costureiras, comerciantes, cozinheiros, auxiliares, funcionários públicos, maquinistas, pescadores e padeiros. E, 6.8% os idosos mencionaram outras profissões para além destas, como por exemplo: empregados de balcão, professores, construção civil, etc.

Tabela 6. Distribuição da amostra de acordo com a profissão.

Profissão	n	%
Doméstica	147	58.8
Agricultor	33	13.2
Empregado fabril	11	4.4
Costureira	7	2.8
Comerciante	7	2.8
Cozinheira(o)	7	2.8
Auxiliar	6	2.4
Funcionário Público	5	2.0
Maquinista	4	1.6
Pescador	3	1.2
Padeiro	3	1.2
Outras	17	6.8
Total	250	100.0%

Dos 250 idosos inquiridos, 40.8% (n=102) vive com o esposo ou companheiro, 26.4% (n=66) vive em casa de familiares e neste caso, o número de pessoas desse agregado familiar varia entre 2 e 7, sendo a moda 2, a média de aproximadamente 3.4 pessoas (desvio padrão de 1.27). Obteve-se

ainda que 29.2% dos inquiridos (n=73) vive sozinho e 9 não responderam. Estes resultados são apresentados na Tabela 7.

Tabela 7. Distribuição da amostra de acordo com a condição atual e dimensão do agregado familiar.

		n	%
Condição atual	Vive com esposo/companheiro	102	40.8
	Vive sozinho	73	29.2
	Vive em casa de familiares	66	26.4
	Não respondeu	9	3.6
	<i>Total</i>	<i>250</i>	<i>100.0</i>
Dimensão do agregado no caso de viver com familiares		<i>mínimo = 2; máximo = 7; moda = 2; média = 3,38 pessoas; desvio padrão = 1.27</i>	

4.2 Caracterização clínica

A maioria dos idosos participantes neste estudo sofrem de alguma doença (89.1%; n=226) e desses apenas dois não têm acompanhamento médico. Todos os idosos com acompanhamento médico, fazem-no na Consulta Externa, e maioritariamente, em consultas de medicina geral (69.6%; n=174). Foram também apontadas outras especialidades, como: cardiologia, ortopedia, oftalmologia, oncologia e endocrinologia. Houve ainda idosos que mencionaram várias das especialidades anteriores (n=33; 13.2%). No que concerne ao número de medicamentos, que toma por dia, obteve-se uma variação entre 1 e 24, sendo a moda 6 medicamentos por dia. A média observada foi de aproximadamente 6.49 medicamentos por dia (desvio padrão de 3.92). Dos 226 idosos medicados a maioria é Polimedicado (68.1%). E, dos idosos que tomam medicação diária, apenas 3 (1.3%) não estão adaptados. No que concerne à ingestão de álcool a grande maioria dos idosos respondeu negativamente (n=246; 98.4%). Quanto aos hábitos tabágicos 98.8% (n=247) são não fumadores. Estes resultados encontram-se apresentados na Tabela 8.

Tabela 8. Distribuição da amostra quanto ao estado de saúde, acompanhamento médico e medicação.

		n	%
Sofre de alguma doença	Sim	226	90.4
	Não	24	9.6
	<i>Total</i>	<i>250</i>	<i>100.0</i>
Acompanhamento médico	Sim	224	99.1
	Não	2	0.9
	<i>Total</i>	<i>226</i>	<i>100.0</i>
Tipo de acompanhamento	Consulta Externa	226	100.0

Tabela 8. Distribuição da amostra quanto ao estado de saúde, acompanhamento médico e medicação (cont.).

	Medicina geral	174	69.6
	Cardiologia	6	2.4
	Ortopedia	6	2.4
Especialidade onde é acompanhado	Oftalmologia	2	0.8
	Oncologia	1	0.4
	Endocrinologia	2	0.8
	Várias especialidades	33	13.2
	<i>Total</i>	<i>224</i>	<i>100</i>
Número de medicamentos por dia (n=226)	<i>mínimo = 1; máximo = 24; moda = 6; média = 6.49 medicamentos; desvio padrão = 3.92</i>		
	Sim	154	68.1
Polimedicado	Não	72	31.9
	<i>Total</i>	<i>226</i>	<i>100</i>
	Sim	223	98.7
Está adaptado à medicação	Não	3	1.3
	<i>Total</i>	<i>226</i>	<i>100.0</i>
	Sim	4	1.6
Consumo de álcool	Não	246	98.4
	<i>Total</i>	<i>250</i>	<i>100.0</i>
	Sim	3	1.2
Hábitos tabágicos	Não	247	98.8
	<i>Total</i>	<i>250</i>	<i>100.0</i>

As principais doenças apresentadas pelos idosos deste estudo (Figura 5) foram a hipertensão (56.8%), colesterol (46.0%), diabetes (42.0%) problemas cardíacos (14.8%) e osteoporose (14.4%).

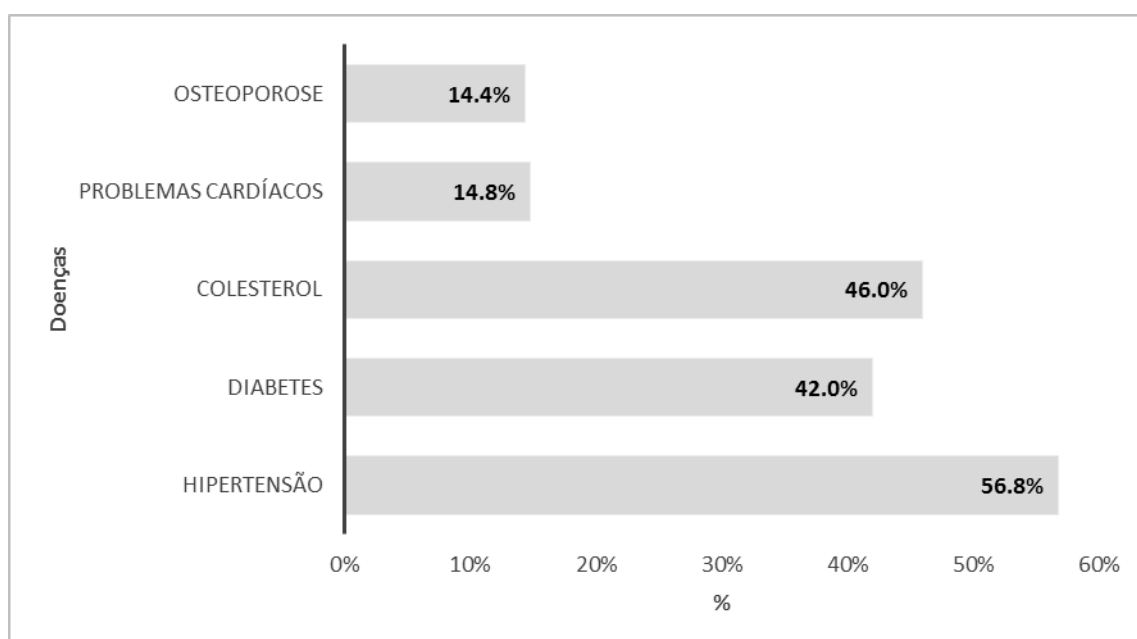


Figura 5. Distribuição da amostra de acordo com as doenças.

Quanto à existência de outros problemas de saúde, Figura 6, foram mencionadas dores de cabeça, problemas de sono, dores nos ossos, e ansiedade, ainda que numa reduzida percentagem de idosos.

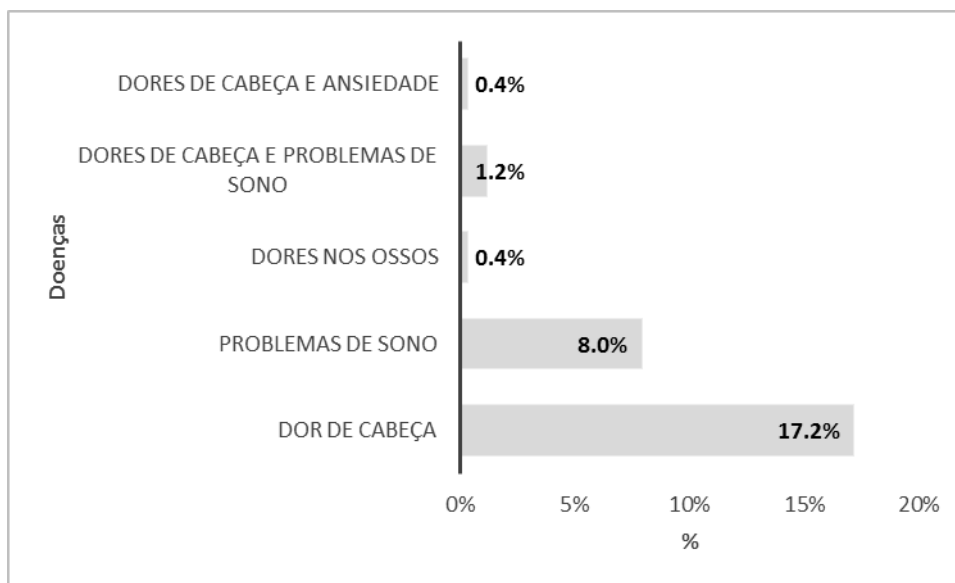


Figura 6. Outros problemas de saúde.

Apesar de um elevado número de idosos padecer de uma ou várias doenças, a maioria considera-se saudável, tal como se pode observar na Figura 7.

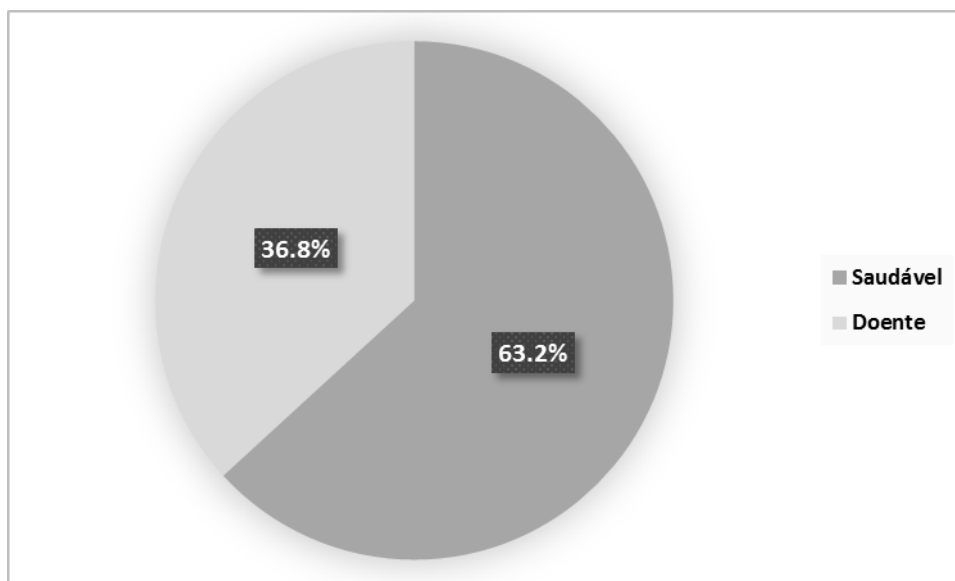


Figura 7. Opinião dos idosos sobre o seu estado de saúde.

4.3 Avaliação da capacidade funcional nas ABVD

A capacidade funcional nas ABVD foi avaliada com recurso ao índice *Barthel* e a grande maioria dos idosos deste estudo revelaram ser totalmente independentes (91.6%). Os restantes 8.4% (n=21) dos idosos apresentaram alguma dependência na capacidade funcional nas ABVD: 6.8%

dependência ligeira, 0.8% dependência moderada e 0.8% dependência severa. De notar que nenhum idoso é totalmente dependente na capacidade funcional nas ABVD (Tabela 9)

Tabela 9. Distribuição da amostra segundo a dependência nas ABVD.

		n	%	
ABVD	Totalmente independentes	229	91.6	
	Dependência	Ligeira	17	6.8
		Moderada	2	0.8
		Severa	2	0.8

4.4 Avaliação da qualidade de vida relacionada com a saúde

4.4.1. QdV avaliada através da escala *Eurohis-Qol-8*

Na Tabela 10 apresenta-se a variação, moda, mediana, média e desvio padrão da QdV avaliada pela escala *Eurohis-Qol-8*. Registam-se valores entre 10 e 40 pontos, sendo a moda 32 pontos, a mediana 30 pontos, a média 29.50 pontos e o desvio padrão 5.74. Procedeu-se ainda à conversão para uma escala de 0 a 100 pontos. Neste caso, o valor médio foi de 67.19 pontos e o desvio padrão 17.95 pontos. Assim, de uma maneira geral a QdV é boa.

Tabela 10. Variação, medidas de tendência central e dispersão da QdV avaliada pela escala *Eurohis-8*.

	Mínimo	Máximo	Moda	Mediana	Média	Desvio padrão
<i>Eurohis-8</i>	10	40	32	30	29.50	5.74
<i>Eurohis-8 (0-100)</i>	6	100	75	68.75	67.19	17.95

4.4.2. QdV avaliada através da escala *Whoqol-Old*

A QdV avaliada pela escala *Whoqol-Old* de forma global e em cada uma das sete facetas foi quantificada na amostra em estudo e foi convertida numa escala cuja variação é entre 0 e 100 pontos. Estes resultados são apresentados na Tabela 11 e na Figura 8. Na maioria das facetas a variação obtida foi entre 0 e 100 pontos, o que revela que há idosos com QdV muito boa (100 pontos) e muito fraca (0 pontos). Em termos médios, foi na faceta Morte e Morrer que se registou a pior QdV (45.29 ± 31.54) sendo a única faceta onde se registou um valor inferior a 50 pontos. Nas facetas Intimidade e Atividades passadas, presentes e futuras a média é ligeiramente inferior a 60 pontos, nas facetas Participação social e autonomia a média é inferior a 70 pontos. Os idosos revelaram melhor QdV nas facetas Funcionamento sensorial e Família/Vida familiar com pontuação média superior a 70 pontos. Mas, não se registaram médias superiores a 80 pontos. Globalmente, a QdV foi de 67.49 ± 15.46 . Em qualquer uma das facetas e na QdV global observa-se uma dispersão grande como se pode observar na Figura 8.

Tabela 11. Variação, medidas de tendência central e dispersão das facetas da escala *Whoqol-Old* e pontuação global.

<i>Whoqol-Old</i> (0-100 pontos)	Mínimo	Máximo	Moda	Mediana	Média	Desvio padrão
FS	6.30	100.00	93.80	87.50	77.08	21.47
A	6.30	100.00	100.00	75.00	74.87	20.80
APPF	0.00	100.00	62.50	62.50	63.55	19.53
PS	0.00	100.00	100.00	68.80	69.64	21.96
MM	0.00	100.00	25.00	43.80	45.29	31.54
I	0.00	100.00	100.00	62.50	62.09	32.31
F	0.00	100.00	100.00	81.30	79.99	21.99
Global	25.90	100.00	62.50	67.90	67.49	15.46

Nota: FS-Funcionamento sensorial; A- Autonomia; APPF- Atividades passadas, presentes e futuras; PS- Participação social; MM- Morte e Morrer; I- Intimidade; F- Família/Vida familiar.

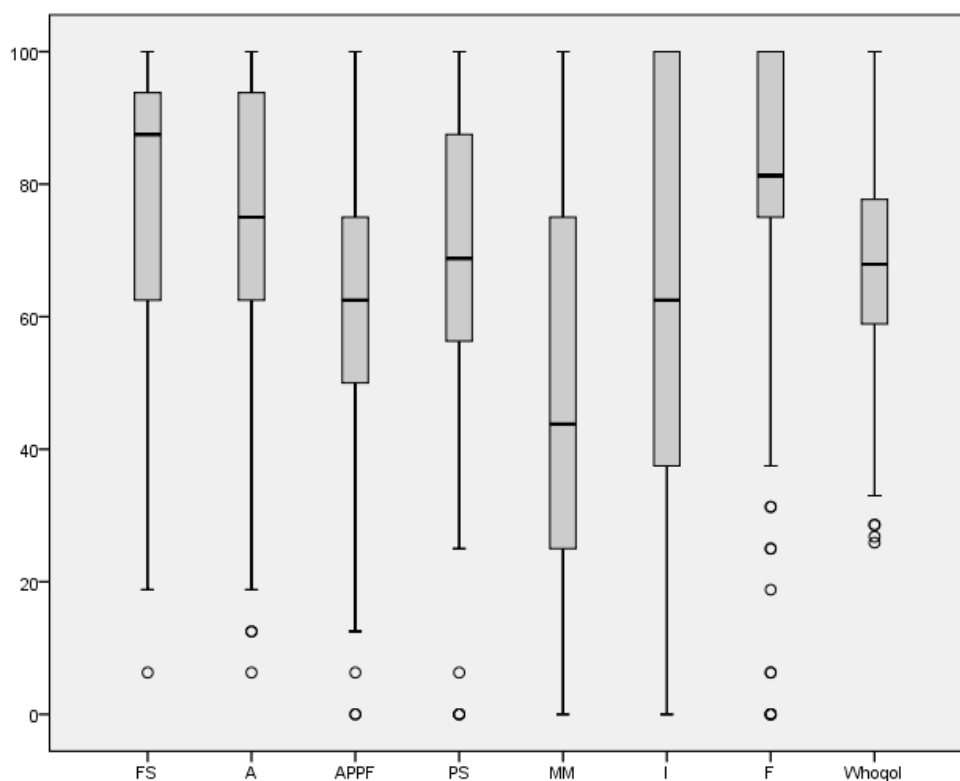


Figura 8. Diagramas de extremos e quartis para as facetas da *Whoqol-Old* e *Whoqol-Old* global.

4.5 QdV vs Variáveis independentes

Com o intuito de estudar se há diferenças na QdV por sexo, faixa etária, escolaridade, estado civil, doença e independência nas ABVD apresentam-se de seguida os resultados dos testes de hipóteses realizados.

Na Tabela 12 constam os valores de prova obtidos nas comparações da QdV avaliada pela *Eurohis-Qol-8*. E, foram inferiores a 5% no caso do sexo, escolaridade, estado civil e existência de doença, pelo que existem evidências estatísticas suficientes para concluir que se registam diferenças na QdV. E, observa-se que são os idosos do sexo masculino, com o 2.º ciclo ou mais habilitações, casados e sem doença que têm melhor QdV. Quanto à faixa etária, o valor de prova obtido foi superior a 5%, pelo que não há evidências estatísticas suficientes para concluir que a média da QdV seja diferente nas faixas etárias analisadas.

Tabela 12. Comparação da QdV avaliada pela escala *Eurohis-Qol-8* por sexo, idade, escolaridade, estado civil e sofrer de doença.

Variáveis	<i>Eurohis-Qol-8</i>		Teste estatístico	p-value	
	Média	Desvio padrão			
Sexo	Feminino	65.46	17.98	<i>t-Student</i>	0.010
	Masculino	72.12	17.07		
Idade	65 a 69 anos	69.08	19.26	<i>Kruskal-Wallis</i>	0.614
	70 a 74 anos	66.50	15.48		
	75 a 79 anos	64.31	18.85		
	80 a 84 anos	66.50	20.58		
	85 ou mais	68.39	15.57		
Escolaridade	Não foi à escola	63.62	22.02	<i>Kruskal-Wallis</i>	0.023
	1.º ciclo	65.94	16.98		
	2.º ciclo ou mais	72.13	17.75		
Estado civil	Solteiro	66.28	16.94	<i>Kruskal-Wallis</i>	0.007
	Casado	71.42	17.62		
	Divorciado	58.85	20.96		
	Viúvo	63.53	17.58		
Doença	Sim	62.53	18.59	<i>Mann-Whitney</i>	0.002
	Não	73.40	18.47		

No que concerne à QdV avaliada pela *Whoqol-Old* global os valores de prova obtidos nos testes foram os que se apresentam na Tabela 13. E, foram inferiores a 5% quanto ao sexo, escolaridade e estado civil, pelo que existem evidências estatísticas suficientes para concluir que: os idosos do sexo masculino, com mais habilitações e casado apresentam melhor QdV. Quanto à faixa etária e padecer de alguma doença os valores de prova foram superiores a 5%, pelo que as diferenças observadas não são estatisticamente significativas.

Tabela 13. Comparação da QdV avaliada pela escala *Whoqol-Old* por sexo, idade, escolaridade, estado civil e sofrer de doença.

		<i>Whoqol-Old</i>		Teste estatístico	<i>p-value</i>
		Média	Desvio padrão		
Sexo	Feminino	66.19	14.38	<i>t-Student</i>	0.016
	Masculino	71.18	14.14		
Idade	65 a 69 anos	69.83	15.12	<i>Kruskal-Wallis</i>	0.126
	70 a 74 anos	67.73	13.68		
	75 a 79 anos	66.85	14.32		
	80 a 84 anos	62.12	13.69		
	85 ou mais	65.38	14.44		
Escolaridade	Não foi à escola	61.16	16.83	<i>Kruskal-Wallis</i>	0.012
	1.º ciclo	67.23	13.23		
	2.º ciclo ou mais	71.07	15.53		
Estado civil	Solteiro	61.91	12.05	<i>Kruskal-Wallis</i>	<0.001
	Casado	75.06	12.57		
	Divorciado	58.33	17.82		
	Viúvo	61.50	12.98		
Doença	Sim	67.08	14.66	<i>Mann-Whitney</i>	0.172
	Não	71.32	11.99		

No que concerne à faceta Funcionamento Sensorial os valores de prova obtidos nos testes foram os que se apresentam na Tabela 14. E, foram inferiores a 5% nas variáveis escolaridade, estado civil e existência de doença, pelo que existem evidências estatísticas suficientes para concluir que os idosos com mais habilitações, solteiros ou casados, e sem doença apresentam melhor QdV em termos de Funcionamento Sensorial. Relativamente ao sexo e à idade os valores de prova obtidos foram superiores a 5%, pelo que não existem evidência estatísticas suficientes para afirmar que a média da QdV em termos de Funcionamento Sensorial seja diferente nesses grupos.

Tabela 14. Comparação da QdV: Funcionamento sensorial por sexo, idade, escolaridade, estado civil e sofrer de doença.

		Funcionamento sensorial		Teste estatístico	<i>p-value</i>
		Média	Desvio padrão		
Sexo	Feminino	77.53	20.41	<i>t-Student</i>	0.609
	Masculino	75.80	24.37		
Idade	65 a 69 anos	80.63	19.63	<i>Kruskal-Wallis</i>	0.302
	70 a 74 anos	75.85	22.19		
	75 a 79 anos	74.33	21.67		
	80 a 84 anos	75.28	24.04		
	85 ou mais	75.02	22.64		

Tabela 14. Comparação da QdV: Funcionamento sensorial por sexo, idade, escolaridade, estado civil e sofrer de doença (cont.).

		Funcionamento sensorial		Teste estatístico	p-value
		Média	Desvio padrão		
Escolaridade	Não foi à escola	69.68	25.38	<i>Kruskal-Wallis</i>	0.001
	1.º ciclo	75.18	21.64		
	2.º ciclo ou mais	85.48	16.33		
Estado civil	Solteiro	82.06	18.09	<i>Kruskal-Wallis</i>	0.004
	Casado	80.38	22.03		
	Divorciado	75.03	19.37		
	Viúvo	72.73	21.11		
Doença	Sim	76.25	21.77	<i>Mann-Whitney</i>	0.039
	Não	84.92	16.79		

No que diz respeito à faceta Autonomia os valores de prova obtidos nos testes foram os que se apresentam na Tabela 15. E, foram inferiores a 5% nas variáveis escolaridade e estado civil, pelo que existem evidências estatísticas suficientes para concluir que os idosos com mais habilitações literárias e os casados apresentam melhor QdV nesta faceta. Relativamente ao sexo, idade e existência de doença, os valores de prova obtidos foram superiores a 5%, pelo que não existem evidências estatísticas suficientes para afirmar que a média da QdV em termos de autonomia seja diferente nesses grupos.

Tabela 15. Comparação da QdV: Autonomia por sexo, idade, escolaridade, estado civil e sofrer de doença.

		Autonomia		Teste estatístico	p-value
		Média	Desvio padrão		
Sexo	Feminino	74.24	21.20	<i>t-Student</i>	0.422
	Masculino	76.65	19.65		
Idade	65 a 69 anos	76.76	21.36	<i>Kruskal-Wallis</i>	0.211
	70 a 74 anos	75.48	21.63		
	75 a 79 anos	77.10	16.58		
	80 a 84 anos	71.77	17.32		
	85 ou mais	66.12	24.89		
Escolaridade	Não foi à escola	67.43	22.39	<i>Kruskal-Wallis</i>	<0.001
	1.º ciclo	72.85	19.98		
	2.º ciclo ou mais	83.62	19.74		
Estado civil	Solteiro	69.82	23.43	<i>Kruskal-Wallis</i>	0.002
	Casado	80.19	19.10		
	Divorciado	68.77	20.90		
	Viúvo	70.89	20.87		
Doença	Sim	74.85	20.99	<i>Mann-Whitney</i>	0.902
	Não	75.02	19.32		

Relativamente à faceta Atividades Passadas, Presentes e Futuras os valores de prova obtidos nos testes foram os que se apresentam na Tabela 16. E, foi inferior a 5% para variável estado civil, pelo que existem evidências estatísticas suficientes para concluir que os idosos casados apresentam melhor QdV nesta faceta. Relativamente ao sexo, idade, escolaridade e existência de doença, os valores de prova obtidos foram superiores a 5%, pelo que não existem evidências estatísticas suficientes para afirmar que a média da QdV em termos de Atividades Passadas, Presentes e Futuras seja diferente nesses grupos.

Tabela 16. Comparação da QdV: Atividades passadas, presentes e futuras por sexo, idade, escolaridade, estado civil e sofrer de doença.

		Atividades passadas, presentes e futuras		Teste estatístico	p-value
		Média	Desvio padrão		
Sexo	Feminino	62.35	20.19	<i>t-Student</i>	0.103
	Masculino	66.94	17.21		
Idade	65 a 69 anos	66.37	19.53	<i>Kruskal-Wallis</i>	0.406
	70 a 74 anos	63.44	20.32		
	75 a 79 anos	63.22	19.23		
	80 a 84 anos	58.02	19.73		
	85 ou mais	60.36	17.40		
Escolaridade	Não foi à escola	56.71	22.30	<i>Kruskal-Wallis</i>	0.190
	1.º ciclo	63.80	17.94		
	2.º ciclo ou mais	66.00	21.75		
Estado civil	Solteiro	59.39	19.59	<i>Kruskal-Wallis</i>	0.001
	Casado	69.33	18.07		
	Divorciado	56.28	24.68		
	Viúvo	58.97	19.36		
Doença	Sim	62.99	19.53	<i>Mann-Whitney</i>	0.224
	Não	68.77	19.15		

No que concerne à faceta Participação Social os valores de prova obtidos nos testes foram os que se apresentam na Tabela 17. E, foi inferior a 5% para a variável estado civil, pelo que existem evidências estatísticas suficientes para concluir que os idosos casados apresentam melhor QdV. Assim, por sexo, idade, escolaridade e existência de doença, os valores de prova obtidos foram superiores a 5%, pelo que não existem evidências estatísticas suficientes para afirmar que a QdV em termos de Participação Social seja diferente nesses grupos.

Tabela 17 Comparação da QdV: Participação Social por sexo, idade, escolaridade, estado civil e sofrer de doença.

		Participação Social		Teste	p-value
		Média	Desvio padrão	estatístico	
Sexo	Feminino	69.81	22.48	<i>t-Student</i>	0.836
	Masculino	69.16	20.58		
Idade	65 a 69 anos	72.84	21.68	<i>Kruskal-Wallis</i>	0.183
	70 a 74 anos	71.16	22.18		
	75 a 79 anos	67.24	23.08		
	80 a 84 anos	66.27	20.32		
	85 ou mais	62.52	20.96		
Escolaridade	Não foi à escola	62.52	26.08	<i>Kruskal-Wallis</i>	0.062
	1.º ciclo	68.2	20.66		
	2.º ciclo ou mais	74.81	22.47		
Estado civil	Solteiro	65.38	25.34	<i>Kruskal-Wallis</i>	0.008
	Casado	75.07	19.80		
	Divorciado	70.85	21.53		
	Viúvo	6.98	22.32		
Doença	Sim	70.01	21.85	<i>Mann-Whitney</i>	0.348
	Não	66.17	23.16		

Quanto à faceta Morte e Morrer os valores de prova obtidos nos testes foram os que se apresentam na Tabela 18. E, foi inferior a 5% na variável idade pelo que existem evidências estatísticas suficientes para concluir que os idosos mais velhos (85 ou mais anos apresentam melhor QdV. Já para o sexo, escolaridade, estado civil e padecer de alguma doença, os valores de prova obtidos foram superiores a 5%, pelo que não existem evidências estatísticas suficientes para afirmar que a QdV em termos de Morte e Morrer seja diferente nesses grupos.

Tabela 18. Comparação da QdV: Morte e morrer por sexo, idade, escolaridade, estado civil e sofrer de doença.

		Morte e morrer		Teste	p-value
		Média	Desvio padrão	estatístico	
Sexo	Feminino	43.39	31.42	<i>t-Student</i>	0.109
	Masculino	50.68	31.51		
Idade	65 a 69 anos	40.92	28.55	<i>Kruskal-Wallis</i>	0.041
	70 a 74 anos	47.71	33.42		
	75 a 79 anos	51.96	32.23		
	80 a 84 anos	32.26	30.45		
	85 ou mais	54.34	31.76		
Escolaridade	Não foi à escola	39.74	28.12	<i>Kruskal-Wallis</i>	0.632
	1.º ciclo	46.05	31.01		
	2.º ciclo ou mais	45.81	34.53		

Tabela 18. Comparação da QdV: Morte e morrer por sexo, idade, escolaridade, estado civil e sofrer de doença (cont.).

Estado civil	Solteiro	49.23	31.67	<i>Kruskal-Wallis</i>	0.939
	Casado	44.49	31.07		
	Divorciado	44.80	36.75		
	Viúvo	45.25	32.10		
Doença	Sim	44.20	31.95	<i>Mann-Whitney</i>	0.064
	Não	55.48	25.83		

Relativamente à QdV em termos de Intimidade, os valores de prova obtidos nos testes foram os que se apresentam na Tabela 19. E, registaram-se diferenças estatisticamente significativas por sexo, e estado civil, pois nesses, os valores de prova foram inferiores a 5%. Existem evidências estatísticas suficientes para concluir que os idosos do sexo masculino e os idosos casados são os que apresentam melhor QdV. Quanto à idade, escolaridade e existência de doença, os valores de prova obtidos foram superiores a 5%, pelo que não existem evidências estatísticas suficientes para afirmar que a QdV em termos de Intimidade seja diferente nesses grupos.

Tabela 19. Comparação da QdV: Intimidade por sexo, idade, escolaridade, estado civil e sofrer de doença.

		Intimidade		Teste estatístico	p-value
		Média	Desvio padrão		
Sexo	Feminino	57.21	31.73	<i>t-Student</i>	<0.001
	Masculino	75.97	30.04		
Idade	65 a 69 anos	68.69	33.03	<i>Kruskal-Wallis</i>	0.130
	70 a 74 anos	61.41	30.73		
	75 a 79 anos	57.93	32.76		
	80 a 84 anos	55.00	35.31		
	85 ou mais	56.02	28.31		
Escolaridade	Não foi à escola	58.26	34.91	<i>Kruskal-Wallis</i>	0.828
	1.º ciclo	62.59	30.62		
	2.º ciclo ou mais	62.51	35.72		
Estado civil	Solteiro	35.43	22.32	<i>Kruskal-Wallis</i>	<0.001
	Casado	88.63	17.50		
	Divorciado	28.15	25.84		
	Viúvo	42.79	25.22		
Doença	Sim	61.54	32.48	<i>Mann-Whitney</i>	0.366
	Não	67.20	30.90		

Por último, na QdV em termos de família/vida familiar os valores de prova obtidos nos testes realizados foram os apresentados na Tabela 20. Apenas um dos valores de prova foi inferior a 5%, e foi no estado civil. Assim, existem evidências estatísticas suficientes para concluir que foram os

idosos casados que apresentaram melhor QdV nesta faceta. Quanto ao sexo, idade, escolaridade e existência de doença, os valores de prova obtidos foram superiores a 5%, pelo que não existem evidências estatísticas suficientes para afirmar que a média da QdV em termos de Família/Vida familiar seja diferente nesses grupos.

Tabela 20. Comparação da QdV: Família/vida familiar por sexo, idade, escolaridade, estado civil e sofrer de doença.

		Família/Vida familiar		Teste estatístico	p-value
		Média	Desvio padrão		
Sexo	Feminino	78.90	22.88	<i>t-Student</i>	0.187
	Masculino	83.08	19.03		
Idade	65 a 69 anos	82.64	19.56	<i>Kruskal-Wallis</i>	0.433
	70 a 74 anos	79.15	23.79		
	75 a 79 anos	76.27	22.00		
	80 a 84 anos	76.26	28.41		
	85 ou mais	83.43	17.13		
Escolaridade	Não foi à escola	73.90	27.85	<i>Kruskal-Wallis</i>	0.472
	1.º ciclo	81.30	19.40		
	2.º ciclo ou mais	79.31	25.12		
Estado civil	Solteiro	72.15	22.11	<i>Kruskal-Wallis</i>	<0.001
	Casado	87.39	16.64		
	Divorciado	64.60	35.06		
	Viúvo	75.02	23.74		
Doença	Sim	79.80	22.58	<i>Mann-Whitney</i>	0.843
	Não	81.78	15.62		

Na Tabela 21 apresentam-se as correlações obtidas entre a capacidade funcional nas ABVD e a QdV avaliada pela *Eurohis-Qol-8* e *Whoqol-Old* global e facetas. Todas as correlações obtidas são positivas e estatisticamente significativas com exceção das facetas Morte e Morrer e Família/Vida Familiar. Como as correlações são positivas conclui-se que os idosos com maior capacidade funcional nas ABVD apresentam melhor QdV. Atendendo à grandeza dos coeficientes de correlação obtidos as correlações podem considerar-se muito fracas (faceta Atividades passadas, presentes e futuras) ou fracas (restantes facetas), uma vez que apresentam uma intensidade inferior a 39%.

Tabela 21. Correlações de *Spearman* entre a capacidade funcional nas ABVD e a QdV.

	<i>Eurohis-Qol-8</i>	<i>Whoqol-Old</i>	FS	A	APPF	PS	MM	I	F
ABVD	0.328**	0.275**	0.237**	0.282**	0.187**	0.236**	0.071	0.135*	0.068

Nota: * Significância a 5%; ** Significância a 1%. ABVD- Atividades Básicas de Vida Diária; FS- Funcionamento sensorial; A- Autonomia; APPF- Atividades passadas, presentes e futuras; PS- Participação social; MM- Morte e Morrer; I- Intimidade; F- Família/Vida familiar.

Relativamente à QdV atendendo à capacidade funcional nas ABVD, os valores de prova obtidos nos testes foram os que se apresentam na Tabela 22. E, obtiveram-se diferenças estatisticamente significativas na *Eurohis-Qol-8* e *Whoqol-Old* e suas facetas, pois os valores de prova obtidos foram inferiores a 5%, exceto na faceta Morte e Morrer e Família e Vida Familiar. Assim, existem evidências estatísticas suficientes para concluir que os idosos totalmente independentes na capacidade funcional nas ABVD são os que apresentam melhor QdV global e por facetas.

Os idosos com maior capacidade funcional nas ABVD apresentam melhor QdV em termos de Funcionamento sensorial. Esses idosos apresentam menor dificuldade sensorial que afeta a vida diária, a participação em atividades e a capacidade de interagir/conviver. Os idosos com maior capacidade funcional nas ABVD têm uma maior Autonomia, ou seja, têm maior liberdade para tomar as suas decisões, fazer coisas que querem e gostam de fazer, maior respeito por parte dos outros e sentem que podem determinar o seu futuro. Os idosos com maior capacidade funcional nas ABVD sentem-se mais satisfeitos com os objetivos alcançados ao longo da vida e com o que ainda poderão realizar no futuro, ou seja, apresentam melhor QdV em termos de atividades passadas, presentes e futuras. Os idosos com maior capacidade funcional nas ABVD estão mais satisfeitos com a sua QdV em termos de participação social, ou seja, satisfeitos com a forma como ocupam o tempo, com o envolvimento em atividades do dia-a-dia e com as oportunidades de participar na comunidade. Por último, os idosos com maior capacidade funcional nas ABVD apresentam melhor QdV em termos de Intimidade, ou seja, apresentam maior sentimento de companheirismo, sentem mais amor na sua vida, têm mais oportunidades para amar e ser amado.

Tabela 22. Comparação da QdV atendendo à capacidade funcional nas ABVD.

		ABVD		Teste estatístico	p-value
		Totalmente independente	Alguma dependência		
<i>Eurohis-Qol-8</i>	Média	68.95	47.92	<i>Mann-Whitney</i>	<0.001
	Desvio padrão	16.84	18.76		
Funcionamento Sensorial	Média	78.17	65.20	<i>Mann-Whitney</i>	0.005
	Desvio padrão	20.94	24.09		
Autonomia	Média	77.04	51.20	<i>Mann-Whitney</i>	<0.001
	Desvio padrão	19.11	24.10		
Atividades passadas, presentes e futuras	Média	64.98	47.93	<i>Mann-Whitney</i>	0.007
	Desvio padrão	18.19	26.40		
Participação Social	Média	71.01	54.78	<i>Mann-Whitney</i>	0.009
	Desvio padrão	20.93	27.52		
Morte e Morrer	Média	45.64	41.38	<i>Mann-Whitney</i>	0.710
	Desvio padrão	32.00	26.33		
Intimidade	Média	64.15	39.60	<i>Mann-Whitney</i>	0.001
	Desvio padrão	31.86	29.15		
Família e Vida familiar	Média	81.04	68.47	<i>Mann-Whitney</i>	0.091
	Desvio padrão	20.62	31.95		
<i>Whoqol-Old</i>	Média	68.85	52.64	<i>Mann-Whitney</i>	<0.001
	Desvio padrão	13.56	15.91		

Tendo por base toda a análise efetuada anteriormente pode concluir-se que a resposta aos objetivos específicos foi dada, pelo que seguidamente apresenta-se uma tabela resumo com as principais respostas aos objetivos (Tabela 23).

Tabela 23. Resposta aos objetivos específicos.

Objetivos específicos	Principais resultados
O ₁ : Avaliar a perceção da qualidade de vida da amostra estudada.	<ul style="list-style-type: none"> • QdV avaliada pela <i>Eurohis-Qol-8</i> é boa. • QdV avaliada pela <i>Whoqol-Old</i> é, em geral, boa. • Nas facetas da escala <i>Whoqol-Old</i> conclui-se que a QdV é boa, exceto na faceta Morte e Morrer.
O ₂ : Identificar diferenças entre as variáveis sociodemográficas e clínicas com a perceção da qualidade de vida.	<ul style="list-style-type: none"> • Os idosos do sexo masculino, idosos com habilitações literárias mais elevadas e casados são os que apresentam melhor QdV (tando na <i>Eurohis-Qol-8</i> como na <i>Whoqol-Old</i> global). • Os idosos casados apresentam melhor QdV nas várias facetas da escala <i>Whoqol-Old</i>, exceto na faceta Morte e Morrer. • Os idosos com habilitações literárias mais elevadas apresentam melhor QdV nas facetas funcionamento sensorial e autonomia. • Idosos com maior capacidade funcional nas ABVD apresentam melhor QdV.
O ₃ : Identificar uma relação entre a capacidade funcional nas Atividades Básicas de Vida Diária e a perceção da qualidade de vida.	<ul style="list-style-type: none"> • Identificou-se uma relação positiva e direta, embora fraca, mas estatisticamente significativa, entre a capacidade funcional nas ABVD e a QdV avaliada pela <i>Eurohis-Qol-8</i> e pela <i>Whoqol-Old</i> global. • Identificou-se uma relação positiva e direta, estatisticamente significativa, entre a capacidade funcional nas ABVD e as facetas, com a exceção das facetas Morte e Morrer e Família/Vida Familiar.

5. Discussão dos resultados

Neta secção será feita a discussão dos resultados encontrados na presente investigação, tendo como base a bibliografia consultada, tendo em conta os estudos efetuados neste âmbito.

Os dados sociodemográficos utilizados na caracterização da amostra, demonstra uma diferença significativa no que se refere ao sexo, em que 74.0% são idosos do sexo feminino e 26.0% são do sexo masculino, a faixa etária predominante é a dos 65 a 69 anos (n=86; 34.04%). Existe, em Portugal, variados estudos sobre idosos em que o sexo feminino predomina, em que se pode destacar o estudo de Vilar (2015) sobre a avaliação da QdV em adultos idoso, em que a autora refere a percentagem das mulheres é superior (57.8%). Isto pode estar relacionado com os efeitos da sob mortalidade masculina, e a esperança de vida, ser mais elevada no caso das mulheres (INE, 2013).

Relativamente à distribuição dos idosos, segundo a idade, com base nos grupos etários definidos, verificou-se uma predominância de idosos nas faixas etárias mais elevadas (n=86 idades entre os 65 a 69 anos e n=68 idades entre os 70 a 74 anos). Segundo Pires (2014), a faixa predominante

que prevaleceu foi nas idades compreendidas entre 65 a 78 anos, comparando com o estudo realizado pode-se dizer que os idosos entre essas idades têm melhor qualidade de vida.

Quanto à distribuição dos idosos por estado civil, verificou-se que a maioria da amostra é constituída por casados (n=111; 44.4%), viúvos (n=109; 43.6%), solteiros (n=24; 9.6%) e divorciados (n=6; 2.4%). A dissolução do casamento por morte do cônjuge afeta sobretudo as mulheres, devido à sobremortalidade masculina, o que justifica a disparidade das taxas brutas de viuvez por sexo: 2.7 por mil homens e 5.8 por mil mulheres (INE, 2013).

Relativamente à análise da variável do nível de escolaridade verificou-se que a maioria da amostra estudada são idosos com o 1.º ciclo (64.4%), ou seja, sabe ler/escrever, não é o que se conhece da realidade portuguesa, que diz que os níveis de alfabetismo são elevados (Machado, 2003 citado por Rodrigues, 2011). Segundo Pires (2014), no seu estudo também conclui que a maioria dos idosos tinham o 1.º ciclo.

Quanto à condição atual verificou-se que a maioria vive com o esposo(a)/companheiro(a) (40.8%), seguindo-se logo os idosos que vivem sozinhos (29.2%), vive em casa de familiares (26.4%) e que não responderam (3.6%).

Na análise que foi feita na toma de medicamentos pelos idosos no estudo verificamos que a maioria são polimedicados (> 5 medicamentos) (68.1%), o número de medicamentos por dia teve uma variação de 1 a 24, a média observada foi de 6,49 medicamentos por dia e a maioria dos idosos estão adaptados (98.7%). Segundo Marcos (2014), refere que o avançar da idade torna-se responsável pelo aumento da prevalência de doenças crónicas e degenerativas, sendo frequente o idoso apresentar vários problemas de saúde em simultâneo, o que provoca o uso de vários medicamentos ao mesmo tempo.

Quanto às doenças que os idosos referem o que mais se destaca é a hipertensão (56.8%), seguindo-se o colesterol (46.0%), depois os diabetes (42.0%), problemas cardíacos (14.8%) e osteoporose (14.4%). Ainda mencionaram outros problemas de saúde como dores de cabeça (14.4%) e ainda problemas de sono (8.0%) foram os problemas mencionados com maior percentagem. No estudo realizado por Dawalibi et al. (2013), este cita Neri (2007), Neria e Gariato (2011) que o idoso é o público mais suscetível a doenças e agravos não transmissíveis, como por exemplo, doenças cardiovasculares, diabetes e hipertensão arterial, que comprometem sua saúde e seu bem-estar.

Apesar do número elevado de doenças que os idosos salientam, a maioria considera-se saudável (63.2%).

Relativamente à capacidade funcional nas ABVD, a maioria dos idosos deste estudo revelam ser totalmente independente (91.6%). Os restantes 8.4% apresentam alguma dependência na capacidade funcional nas ABVD, 6.8% dependência ligeira, 0.8% dependência moderada e 0.8% dependência severa. Pode-se referir que nenhum idoso é totalmente dependente na capacidade funcional nas ABVD. As correlações obtidas entre a capacidade funcional ABVD e a QdV avaliada pela *Eurohis-Qol-8* e *Whoqol-Old* e facetas, pode se dizer que todas as correlações foram no sentido

positivo e estatisticamente significativas. Segundo o estudo de Pires (2014), também conclui que a maioria dos idosos em estudo são independentes

A consistência interna das *Escalas Eurohis-Qol-8* e *Whoqol-Old* foi quantificada recorrendo ao alfa de *Cronbach*. Na escala *Eurohis-Qol-8* conclui-se que a fiabilidade é boa, pois obteve-se um alfa de *Cronbach* de 0.89, indo de encontro com os estudos transculturais realizados por Schmidt, Mühlán e Power (2006), em que os seus alfas de *Cronbach* variam entre 0,74 e 0,85, respetivamente; e aos resultados encontrados na adaptação e validação do instrumento para a população portuguesa com alfas de *Cronbach* 0,83 por Pereira et al. (2011).

Nos valores de prova obtidos nas comparações da QdV avaliada pela *Eurohis-Qol-8*, que os idosos do sexo masculino, com maior escolaridade, casados e sem doenças têm melhor QdV. Os mesmos resultados se obtiveram no estudo realizado por Pereira et al. (2011), que concluiu que os idosos do sexo masculino, com maior escolaridade, casados e sem doenças têm melhor QdV.

A análise da fiabilidade global da escala *Whoqol-Old* é boa obteve-se um $\alpha=0.88$. Segundo Vilar et al. (2010), a consistência interna é considerada aceitável/boa, com valores $\alpha=0.89$ para a pontuação total. A média global da QdV avaliada pela escala *Whoqol-Old* é de 67.49 ± 15.16 . Nesta escala procedeu-se também ao cálculo desta medida para cada uma das facetas, tendo-se obtido valores de alfa a variar entre 0.68 e 0.89 que traduz fiabilidade fraca a boa.

Na comparação da QdV avaliada pela escala *Whoqol-Old* e as variáveis independentes, pode-se referir que os idosos do sexo masculino, com maior escolaridade e casados, solteiros e viúvos têm melhor QdV. Segundo Gameiro et al. (2010), conclui no seu estudo que os idosos do sexo masculino apresentam melhor QdV, que os idosos com maior escolaridade também apresentam uma melhor QdV, e ainda se conseguiu concluir neste mesmo estudo comparando ao estudo aqui realizado, os idosos divorciados são os que apresentam pior QdV, sendo os casados, viúvos e solteiros com melhor QdV, apesar dos valores entre estes terem diferenças significativas.

Relativamente à faceta “Funcionamento Sensorial”, existe evidências estatísticas para concluir que os idosos mais novos e os que têm mais habilitações literárias apresentam melhor QdV, foi um dos melhores resultados da QdV (77.08 ± 21.47), indo ao encontro do estudo realizado por Pires (2014), que o funcionamento sensorial é uma das facetas com melhor QdV, na qual se pode interpretar como, o impacto da perda ou diminuição da habilidade sensorial, como a visão, o olfato, audição, etc, na realização de atividades e/ou na influência que têm no relacionamento com outras pessoas. Estes resultados vêm demonstrar que os idosos têm acesso aos cuidados de saúde e que têm uma percepção positiva do funcionamento dos seus sentidos.

O domínio “Autonomia” existe evidências estatísticas suficientes para concluir que os idosos com maior escolaridade e casados apresentam melhor QdV (74.87 ± 20.80). Num estudo realizado acerca da QdV por Nicolazi, Silva, Coelho e Buchele (2009), referem-nos que é de extrema importância, para os idosos, poderem ser independentes e autónomos, tomando decisões por si próprios, na medida em que controlo sobre a sua vida gera no idoso uma sensação de poder-fazer, olhando para o futuro de forma ativa e dinâmica.

No domínio “Atividades Passadas, Presentes e Futuras”, existe evidências estatísticas suficientes para concluir que os idosos casados apresentam melhor QdV a fiabilidade (63.55 ± 19.53), um pouco acima dos 50 pontos, indo ao encontro do estudo segundo Serbim e Figueiredo (2011), descrever a satisfação sobre conquistas na vida e coisas na qual se ansiava. O bem-estar proporcionado pela elaboração e/ou concretização de projetos é traduzido inegavelmente, com um aumento de autoestima e conseqüentemente, na melhoria da qualidade de vida das pessoas idosas.

O domínio “Participação Social”, permite concluir que existem evidências estatísticas suficientes que os idosos casados têm melhor QdV (69.64 ± 21.96), sendo inferior a 70 pontos. Indo ao encontro dos resultados conseguidos por Gorjão (2011), em que o autor diz que a participação social é um instrumento relevante no processo do envelhecimento bem-sucedido e que existe, nessa temática uma vasta literatura que atribui, à participação social, um papel estratégico devido aos seus benefícios na saúde física e psicológica.

O domínio “Morte e Morrer”, foi o que se registou a pior QdV, sendo a única que se registou um valor inferior a 50 pontos (45.29 ± 31.54), permite referir que existem evidências estatísticas suficientes para concluir que os idosos mais velhos (85 anos ou mais) apresentam melhor QdV. Comparando com o estudo de Serbim e Figueiredo (2011) em que a faceta morte e morrer é que mais contribui para a melhor QdV dos idosos. Estes dizem, que envelhecer e morrer são fenômenos inerentes à vida em todas as suas formas.

Os resultados obtidos no domínio “Intimidade”, permite concluir evidências estatísticas suficientes para concluir que os idosos do sexo masculino e casados apresentam melhor QdV (62.09 ± 32.31). Indo ao encontro do estudo de Bajotto e Golgim (2011), em que pretendiam avaliar a qualidade de vida e tomada de decisão em idosos participantes em sócio terapia, estes autores concluíram que os idosos do estudo têm um envelhecimento pleno de satisfação com os seus companheiros e aqueles que os rodeiam.

Por último, no domínio “Família/Vida Familiar”, é onde os idosos apresentam melhor QdV (79.99 ± 21.99), existe evidências estatísticas para concluir que foram os idosos casados que apresentam melhor QdV. Pires (2014) refere que a melhoria da QdV se traduz na satisfação com o apoio e disponibilidade de tempo com os seus familiares, bem como nas relações familiares e sentido de valor na família.

É importante salientar, que todas as correlações obtidas entre o grau de dependência na realização das ABVD e a QdV avaliada pela *Eurohis-Qol-8* e da *Whoqol-Old*, global e facetas são todas positivas e estatisticamente significativas com exceção das facetas Morte e Morrer e Família/Vida Familiar. Atendendo à grandeza dos coeficientes de correlação obtidos as correlações são fracas. Segundo Martins (2012), num estudo realizado, pretendia descrever a análise dos resultados obtidos com base na *Eurohis-Qol-8* e no *Whoqol-Old*, verificou-se uma relação entre o grau de proximidade das relações dos idosos e os valores de QdV.

Conclusões, Recomendações e Limitações

Esta iniciativa, ou melhor este desejo de estudar este tema surgiu devido à atualidade e importância do tema, que cada vez tem mais impacto na nossa sociedade, por ser o meu concelho e pela preocupação pessoal de entender/ajudar os idosos. O principal objetivo foi avaliar a perceção da qualidade de vida dos idosos não institucionalizados no concelho da Ribeira Grande e, em consequência, da necessidade das respostas sociais em relação à qualidade de vida no envelhecimento.

Dos 358 questionários aos idosos com idade igual ou superior a 65 anos, do concelho da Ribeira Grande, da Ilha de São Miguel (Açores). Destes foram excluídos 108 por se tratarem de idosos com défice cognitivo e/ou idosos que frequentavam centros de dia/noite, totalizando uma amostra final de 250 questionários, tendo assim, assumindo um erro amostral final de 5,9%.

Com este estudo pretendeu-se perceber a qualidade de vida de 250 idosos do concelho da Ribeira Grande, não institucionalizados, sendo 74,0% do sexo feminino e 26,0% do sexo masculino, a

maioria com idades entre as 65 e 69 anos, a sua maioria são casados (44.4%) e 62.4% frequentou o 1.º ciclo.

Na independência da realização das ABVD que foi avaliada com recurso ao índice de *Barthel*, a grande maioria dos idosos deste estudo revelam ser totalmente independentes (91.6%), os restantes 8.4% têm alguma dependência na realização das ABVD.

Quanto aos valores de prova obtidos nas comparações da QdV avaliada pela *Eurohis-Qol-8*, que os idosos do sexo masculino, com maior escolaridade, casados e sem doenças têm melhor QdV.

Na comparação da QdV avaliada pela escala *Whoqol-Old* e as variáveis independentes, pôde-se referir que os idosos do sexo masculino, com maior escolaridade e casados apresentaram uma melhor QdV.

Os resultados obtidos nas escalas que avaliaram a QdV dos idosos, a *Eurohis-Qol-8* foi com uma média de 67.19 ± 17.15 , pôde concluir-se que têm uma QdV boa, na escala *Whoqol-Old* apresentou uma média 67.49 ± 15.46 , observando-se uma dispersão grande.

A QdV é considerada boa neste grupo de idosos em estudo. As correlações de *Spearman* obtidas entre o grau de independência na realização das ABVD e a QdV avaliada pela *Eurohis-Qol-8* e *Whoqol-Old* global e facetas são todas positivas e estatisticamente significativas com exceção das facetas Morte e Morrer e Família/Vida Familiar. Atendendo à intensidade das correlações obtidas pode dizer-se que as mesmas são fracas. Porém, respondeu-se ao segundo objetivo específico.

Para o primeiro objetivo, em que se pretendeu avaliar a perceção da qualidade de vida da amostra estudada, conclui-se para a *Eurohis-Qol-8* uma QdV boa, pela *Whoqol-Old* a QdV avaliada em geral é considerada boa, segundo as sete facetas estudadas pela *Whoqol-Old*, conclui-se que a QdV é boa exceto na faceta Morte e Morrer.

Para o objetivo em que se pretendeu identificar a relação entre as variáveis sociodemográficas e clínicas com a perceção da qualidade de vida, conclui-se pela escala *Eurohis-Qol-8* e pela *Whoqol-Old* que os idosos do sexo masculino, com habilitações literárias mais elevadas e casados apresentam a melhor QdV. Segundo as facetas da *Whoqol-Old* os idosos casados são os que apresentam melhor QdV, exceto na faceta Morte e Morrer. E os idosos com habilitações literárias mais elevadas apresentam melhor QdV nas facetas Funcionamento Sensorial e Autonomia. E por fim os idosos com mais capacidade funcional nas ABVD são os que apresentam melhor QdV.

É muito importante aproveitar o estudo realizado e recomendar uma proposta de intervenção estruturada para dar resposta a potenciais problemas, pensar nos resultados menos positivos e melhorar os que ainda não são suficientes para uma melhor QdV, em que a alteração poderia começar por três respostas: (i) Criar um Gabinete de Apoio ao Idoso no concelho, para dar resposta às 14 freguesias do concelho. Este gabinete poderia dar diversas respostas, com o objetivo de se criar uma equipa multidisciplinar, sendo o principal objetivo do mesmo a criação e oferta de um serviço de teleassistência e telecuidado 24h. Esta resposta pretende contribuir para a diminuição dos episódios de urgência evitáveis, provocados por falta de vigilância e monitorização de situações de risco e aumentar a rapidez de assistência em episódios SOS. O objetivo é promover maior apoio

e vigilância no domicílio, realizado por profissionais de saúde, que por sua vez possam reportar a informação regularmente recolhida ao médico assistente, família e instituições de apoio. Podem ser utilizados diferentes equipamentos de teleassistência mediante o que melhor se adapte às capacidades cada pessoa idosa. Entre outras respostas que podem ser da responsabilidade deste gabinete; (ii) A disponibilização fácil de mecanismos móveis adaptados, para vencer as várias barreiras arquitetónicas, principalmente nos meios mais rurais; (iii) Promover mais ajudas técnicas, devido à grande dificuldade em resposta das instituições. Estas medidas promoveriam um aumento da QdV relativamente às sete facetas da *Whoqol-Old*, melhorando todos os valores obtidos neste estudo.

Como proposta de estudos futuros, seria interessante, neste caso a nível regional, serem realizados estudos similares entres as várias cidades de cada ilha dos Açores, e mais tarde se realizar estudos a nível nacional e comparar a QdV dos idosos dos Açores e Portugal Continental.

Tal como qualquer investigação existem sempre limitações que impossibilitam a realização de um estudo com maior eficiência e eficácia. No presente estudo a maior limitação assentou no contacto com os idosos, foi muito difícil ter a colaboração deles, invadir o seu espaço pessoal, mas foi uma limitação superada na maioria dos casos, houve idosos que recusaram, mas foi em muito pouca percentagem, a maioria deixou explicar e sempre com a condição que se quisesse desistir a qualquer momento o poderia fazer.

Pode concluir-se, no final desta investigação, que a perceção da qualidade de vida deve ser considerada como um indicador de excelência nos idosos, visto que envelhecimento tende a aumentar, cada vez mais tem que se pensar no futuro, pois nós somos os futuros idosos e pretendemos envelhecer com qualidade de vida.

Referências Bibliográficas

- Bajotto, A. P., & Golgim, J. R. (2011). Avaliação da Qualidade de Vida e Tomada de Decisão em Idosos Participantes de Grupos Sócio-terápicos da Cidade de Arroio do Meio, RS, Brasil. *Revista Brasileira. Geriátrica. Gerontologia. Rio de Janeiro.*
- Ballesteros, R. F. (2000). *Gerontologia Social*. Salamanca: Edições Pirâmide
- Berger, L., & Mailloux-Poireier, D. (1995). *Pessoas idosas – uma abordagem global*. Lisboa: Lusodidactica.
- Birren, J. (1995). Nouveaux modèles du vieillissement: des efforts créatures et de besoin d'aller plus loin. *La Revue Canadienne du Vieillessement*, 14, 4-6.
- Birren, J., & Schroots, J. (1996). History, concepts, and theory in the psychology of aging. In J. Birren & K.W. Schaie (eds.), *Handbook of the psychology of aging* (4.^a ed.). San diego: Academic Press.
- Canavarro, M. C., & Serra, A. V. (2010). Qualidade de vida: Significados e níveis de análise . Em M. C. Canavarro, & A. V. Serra, *Qualidade de vida e saúde: Uma abordagem na perspectiva da Organização Mundial de Saúde* (pp. 3-22). Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.
- Canavarro, M. C., Serra, A. V., Pereira, M., Simões, M. R., & Pintassilgo, A. L. (2010). WHOQOL-HIV disponível para Portugal: Desenvolvimento e aplicação do instrumento de avaliação da qualidade de vida da Organização Mundial de Saúde na infecção VIH/SIDA. Em M. C. Canavarro, & A. V. Serra, *Qualidade de vida e saúde: Uma abordagem na perspectiva da Organização Mundial de Saúde* (pp. 205-228). Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian
- Canavarro, M. C., Serra, A. V., Pereira, M., Simões, M. R., Quartilho, M. J., Rijo, D., & Paredes, T. (2010). WHOQOL disponível para Portugal: Desenvolvimento dos instrumentos de avaliação da qualidade de vida da Organização Mundial de Saúde (WHOQOL-100 e WHOQOL-Bref). Em M. C. Canavarro, & A. V. Serra, *Qualidade de vida e saúde: Uma abordagem na perspectiva da Organização Mundial de Saúde* (pp. 171-190). Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.
- Cancela, D. M. (2007). *O Processo de Envelhecimento*. Porto.
- Carrajo, M. R. (1999). *Sociologia de los mayores*. Salamanca: Publicaciones Universidad Pontificia.
- Carneiro, R. S., Falcone, E., Clarck, C., Prette, Z. D., & Prette, A. D. (2007). Qualidade de vida, apoio social e depressão em idosos: relação com habilidades sociais. *Psicologia: Reflexão Crítica*, 20 (2), 229-237.
- Carvalho, F. A. (2000). *Geriatrics – Fundamentos, Clínica e Terapêutica*. São Paulo, Rio de Janeiro: Atheneu.
- Costa, M. L. A. (2011). *Qualidade de Vida na Terceira Idade: a Psicomotricidade como estratégia de educação em saúde* (Dissertação de Mestrado). Universidade Lusófona de Humanidades e Tecnologias, Lisboa.

-
- Cruz, A. (2012). *Qualidade de Vida e Espiritualidade em Idosos Institucionalizados e em Comunidade* (Dissertação de Mestrado). Instituto Politécnico de Lisboa, Lisboa.
- Dalsenter, C. A., & Matos, F. M. (2009). Percepção da Qualidade de Vida em Idosos Institucionalizados da cidade de Blumenau (SC). *Dynamis Revista Tecno-Científica*, 15, 1-6
- Dawalibi, N. W., Anacleto, G. M., Witter, C., Goulart, R. M., & Aquino, R. (2013). *Envelhecimento e Qualidade de Vida: análise da produção científica da Scielo*, pp. 393-403.
- Evans, J. D. (1996). *Straightforward Statistics for the Behavioral Sciences*. Brooks/Cole Publishing, Pacific Grove.
- Fechine, B. R., & Trompieri, N. (2012). InterSciencePlace – Revista Científica Internacional, *O Processo de Envelhecimento: as principais alterações que acontecem com o idoso com o passar dos anos*, pp. 106-194.
- Fernández-Ballesteros, R. (2004). *Gerontologia Social*. Madrid: Pirâmide.
- Fernández-Ballesteros, R., Kruse, A., Zamarrón, M. D., & Caprara, M. (2009). Calidad de Vida, Satisfacción com la vida y Envejecimiento Positivo. In R. Fernández-Ballesteros, *Psicogerontologia: Perspectivas Europeas para un Mundo que Envejece* (pp.261-292). Madrid: Pirâmide.
- Ferreira, A. (2009). *A qualidade de Vida em Diferentes Contextos Habitacionais: A Prespectiva do Próprio e do seu cuidador* (Dissertação de Mestrado Integrado). Universidade de Lisboa, Lisboa.
- Fonseca, A. M. (2005). *Desenvolvimento humano e envelhecimento*. Lisboa: Climepsi Editores.
- Fonseca, A. M. (2006). *O Envelhecimento: Uma Abordagem Psicológica*. Lisboa: Universidade Católica Editora.
- Fortin, M. F. (1999). *O Processo de Investigação: Da concepção à realização*. Loures: Lusociência.
- Fortin, M. F. (2009). *Fundamentos e etapas do processo de investigação*. Loures: Lusodidacta.
- Gameiro, S., Canavarro, M. C., Pereira, M., Serra, A. V., Paredes, T., Simões, M., Quartilho, M. J. R., & Rijo, D. (2010). Factores Sociais e Demográficos de Variabilidade da Qualidade de Vida na População em Geral. Em M. C. Canavarro, & A. V. Serra, *Qualidade de vida e saúde: Uma abordagem na perspectiva da Organização Mundial de Saúde* (pp.251-268). Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.
- Gorjão, S. (2011). *Envelhecimento Ativo: O Papel da Participação Social Construção e Validação de um Instrumento* (Dissertação de Mestrado). Instituto Universitário de Lisboa. Lisboa.
- Grazina, M. M., & Oliveira, C. R. (2001). Aspectos bioquímicos do envelhecimento. In M. Pinto (ed.), *Envelhecer vivendo*. Coimbra: Editora Quarteto.
- Guedes, R. M. L. (2001). Motivação de idosos praticantes de atividades físicas. In: Guedes, O. C, (org.). *Idoso, Esporte e Atividades Físicas*. João Pessoa: Idéia.
- INE. (2012). *Censos 2011 Resultados Definitivos – Portugal* (RAA). Lisboa: Instituto Nacional de Estatística, IP.

- INE. (2013). *Estatísticas Demográficas 2011*. Lisboa: Instituto Nacional de Estatística, IP.
- INE. (2014). *Anuário Estatístico de Portugal 2013*. Lisboa: Instituto Nacional de Estatística, IP.
- Laforest, J. (1991). *Introducción a la Gerontología: El arte de envejecer*. Barcelona: Editorial Herder. (Trabalho original em francês publicado em 1989)
- Marcos, A. A. (2014). *Adesão Terapêutica nos Idosos do Concelho de Macedo de Cavaleiros*. Dissertação de Mestrado. Instituto Politécnico de Bragança, Bragança.
- Martins, R. (2006). Envelhecimento e políticas sociais: o idoso na sociedade contemporânea. *Millenium*, 32, 126-140.
- Martins, E. (2012). *Qualidade de Vida em Contexto de Acolhimento Familiar de Idosos* (Dissertação de Mestrado). Universidade do Minho, Guimarães.
- Ministério da Saúde (2003). Estatuto do idoso. Brasília – DF, Brasil.
- Monteiro, R., Braile, D. M., Brandau, R., & Jatene, F. B. (2010). Qualidade de Vida em Foco. *Revista Brasileira de Cirurgia Cardiovascular*, 25, 568-574.
- Neri, A. L. (2000). Qualidade de vida na velhice e atendimento domiciliário. In Duarte, YAO. E Diogo, MJD. (orgs) *Atendimento domiciliar: um enfoque gerontológico*. São Paulo: Editora Atheneu.
- Neri, A. L. (2005). Qualidade de Vida na Velhice e atendimento domiciliário. In. Y. O. Duarte & M. J. Diogo, *Atendimento Domiciliar: Um Enfoque Gerontológico* (pp. 33-45). Rio de Janeiro: Atheneu
- Netto, M. P. (2002). História da velhice no século XX: Histórico, definição do campo e temas básicos, In E. V. Freitas., L. Py., A. L. Néri., F. A. X. Cançado., M. L. Gorzoni, M. L. e S. M. Rocha (Eds.), *Tratado de Geriatria e Gerontologia* (pp.1-12). Rio de Janeiro: Guanabara Koogan.
- Netto, F. L. (2004). Pensar a Prática. Aspectos Biológicos e Fisiológicos do Envelhecimento Humano e suas Implicações na Saúde do Idoso, pp. 75-84.
- Nicolazi, M. C., Silva, J. K. C., Coelho, L., Cascaes, A. M., & Buchele, F. (2009). Qualidade de Vida na Terceira Idade: Um Estudo Na Atenção primária em Saúde. *Cogitare Enferm*, 428-434.
- Nunes, L., & Menezes, O. (2014). O bem-estar, a qualidade de vida e a saúde dos idosos. Lisboa: Caminho.
- Oliveira, J. H. B. (2005). *Psicologia do Envelhecimento e do Idoso* (2ª Ed.) Porto: Livpsic.
- Paschoal, S. M. P. (2006). Qualidade de Vida na Velhice. In E. Freitas, L. Py, F. X. Cançado, J. Doll, M. Gorzoni, *Tratado de Geriatria e Gerontologia* (pp.147-153, 2ª Ed.) Rio de Janeiro: Guanabara Koogan.
- Paúl, C., & Fonseca, A. M. (2005). *Envelhecer em Portugal - Manuais Universitários 42 Climepsi Editores* pp 21-22.
- Paúl, C., & Ribeiro, O. (2012). *Manual de Gerontologia*. Lisboa: Lidel.

-
- Pereira, M., Melo, C., Gameiro, S., & Canavarro, M. C. (2011) Estudos Psicométricos da Versão em Português Europeu do Índice de Qualidade de Vida Eurohis-8. *Laboratório de Psicologia*, 109-123.
- Pestana, M. H., & Gageiro, J. N. (2008). *Análise de Dados para Ciências Sociais. A complementaridade do SPSS*, 5ª edição revista e corrigida. Lisboa, Edições sílabo, pp.527-528.
- Pires, M. A. E. (2014). *Avaliação da Qualidade e do Grau de Dependência dos Idosos apoiados pelo Serviço de Apoio Domiciliário da Penha de França da Santa Casa da Misericórdia de Lisboa*. Dissertação de Mestrado. Universidade Lusófona de Humanidades e Tecnologias, Lisboa.
- Reis, F. (2010). *Como Elaborar uma Dissertação de Mestrado Segundo Bolonha*. Lisboa: Pactor.
- Ribeiro, J. L. (2010). *Metodologia de Investigação em Psicologia e Saúde*. Porto: Legis.
- Rodrigues, R. A. P., & Diogo, M. J. D. (2000). *Como cuidar dos idosos*. 2ªed. Campinas: Papyrus.
- Rodrigues, S. I. (2011). *A Satisfação com a Vida de Idosos Institucionalizados*. Dissertação de Mestrado. Instituto Superior Miguel Torga, Coimbra.
- Schneider, R. H., & Irigaray, T. Q. (2008). O envelhecimento na atualidade: aspetos cronológicos, biológicos, psicológicos e sociais. pp. 585-593.
- Sequeira, C. (2010). *Cuidar de Idosos com dependência Física e Mental*. (1ª ed.). Lisboa: Lidel.
- Serbim, A. K., & Figueiredo, A. E. (2011). *Qualidade de vida de idosos em um grupo de convivência*, pp. 166-172.
- Serra, A. V. (2010). Qualidade de vida e saúde. Em M. C. Canavarro, & A. V. Serra, *Qualidade de vida e saúde: Uma abordagem na perspectiva da Organização Mundial de Saúde* (pp. 23-54). Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.
- Serrano, G. P. (2004). Personas Mayores y Calidad de Vida. In. G. P. Serrano, *Calidad de Vida en Personas Mayores* (2ª Ed., pp. 19-50). Madrid: Dykinson.
- Silva, M. A. (2011). *Qualidade de vida do idoso institucionalizado em meio rural* (Dissertação de Mestrado). Instituto Politécnico de Bragança, Bragança.
- Simões, M., Sousa, L., Vilar, M., & Paredes, T. (2010). Avaliação da qualidade de vida: Uma breve revisão de estudos psicométricos com o WHOQOL-100 e o WHOQOL-Bref. Em M. C. Canavarro, & A. V. Serra, *Qualidade de vida e saúde: Uma abordagem na perspectiva da Organização Mundial de Saúde* (pp. 129-170). Lisboa : Fundação Calouste Gulbenkian.
- Siqueira, M., Jesus, S., & Oliveira, V. (2007). *Psicologia da saúde, teoria e pesquisa*. S. Paulo: Universidade Metodista de S. Paulo.
- Sousa, M. J., & Baptista, C. S. (2014). *Como fazer investigação, dissertações, teses e relatórios segundo bolonha*. Lisboa: Pactor.
- Teixeira, L. (2010). *Solidão, Depressão e Qualidade de Vida em Idosos: Um Estudo Avaliativo Exploratório e Implementação – Piloto de um Programa de Intervenção* (Dissertação de Mestrado). Universidade de Lisboa, Lisboa.

Tentini, C. M. (2004). *Qualidade de vida em idosos* (Dissertação de Mestrado). Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre.

Vecchia, R. D., Ruiz, T., Bocchi, S. C., & Corrente, J. E. (2005). *Revista Brasileira Epidemiol. Qualidade de vida na terceira idade: um conceito subjetivo*, pp. 246-252.

Vilar, M., Simões, M., Sousa, L., Firmino, H., Paredes, T., & Lima, M. (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 . Em M. C. Canavarro, & A. V. Serra, *Qualidade de vida e saúde: Uma abordagem na perspectiva da Organização Mundial de Saúde* (pp. 229-250). Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.

Vilar, M. M. P. (2015). *Avaliação da Qualidade de Vida em Adultos Idosos: Estudos da Adaptação, Validação e Normalização do Whoqol-Old para a População Portuguesa*. Dissertação de Doutoramento. Universidade de Coimbra, Coimbra.

WHO. (1997). Whoqol: Measuring Quality of life. *WHO/MSA/MNH/PSF/97*, 4,1-12.

Zimmerman, G. I. (2000). *Velhice: aspectos biopsicossociais*. Porto Alegre: Artes Médicas Sul.

Anexos

Anexo A Autorização para a utilização do instrumento
Whoqol-Old

Exma Professora Doutora Maria Manuela Pereira Vilar

Saudações Cordiais

Renata Rodrigues, licenciada em Gerontologia pela Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Bragança, a frequentar o Mestrado em Gestão das Organizações no ramo de Gestão de Empresas na Escola Superior de Tecnologia e Gestão no Instituto Politécnico de Bragança, pretende efetuar um estudo acerca da “Qualidade de vida dos idosos não institucionalizados no concelho da Ribeira Grande da Ilha de São Miguel”, orientada pelo Professor Dr. Carlos Pires Magalhães e como co-orientadora a Professora Dr.^a Paula Odete Fernandes. Os objetivos deste visam avaliar a perceção da qualidade, relacionar a perceção da qualidade de vida com distintas variáveis dependentes, disponibilizar os dados sobre a realidade em estudo, que promovem e facilitem o planeamento de intervenções comunitárias no âmbito da melhoria da qualidade de vida e realizar uma proposta de intervenção estruturada que visem dar resposta a potenciais problemas identificados.

Venho por este meio solicitar autorização para utilizar a escala Whoqol-Old brilhantemente validada por vossa excelência para Portugal.

Com os melhores cumprimentos,

Renata Rodrigues

De: [Maria Manuela Vilar](#)

Enviado: 8 de janeiro de 2017 20:01

Para: [Renata Sofia Pacheco Rodrigues](#)

Assunto: Re: Pedido de Autorização

Olá, Renata

antes de mais, obrigada pelo seu interesse na temática da avaliação da qualidade de vida em idosos e por solicitar o WHOQOL-OLD... creio que já me tinha enviado uma mensagem...mas o e-mail esteve bloqueado durante algum tempo...algumas mensagens entraram como spam...se foi o seu caso, desculpe não ter respondido, mas espero que os materiais ainda sigam em tempo útil, para o seu trabalho. Envio o questionário WHOQOL-OLD, descritores e respectivo manual, bem como alguns textos que possam ser úteis para enquadrar a utilização dos instrumentos (relativos aos estudos de validação portugueses). Votos de sucesso para o vosso projecto. E esperando que os nossos materiais sejam úteis para a vossa investigação.

cordiais saudações

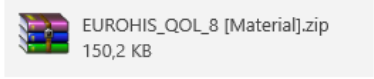
[Manuela Vilar](#)

Anexo B Autorização para a utilização do instrumento
Eurohis-Qol-8

↩ Responder ↶ Responder a todos → Reencaminhar 📁 Arquivar 🗑 Eliminar ⋮

 **marcodap@gmail.com** <marcodap@gmail.com> em nome de Marco Pereira <marcopereir >
25/01/2017 10:24

Para: Renata Sofia Pacheco Rodrigues



Cara Dra. Renata Rodrigues,

Muito grato pelo email e interesse na escala EUROHIS-QOL-8 e envio do formulário. Em anexo, envio a pasta com o material relativo à escala, nomeadamente o questionário, o artigo original de validação e a sintaxe de cotação em SPSS.

Se tiver questões adicionais, p.f., disponha.

Com os melhores cumprimentos,
Marco Pereira

No dia 25 de janeiro de 2017 às 11:15, Renata Sofia Pacheco Rodrigues <renatasofiapachecorodrigues1992@hotmail.com> escreveu:

Saudações Cordiais,

Renata Rodrigues, licenciada em Gerontologia pela Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Bragança, a frequentar o Mestrado em Gestão das Organizações no ramo de Gestão de Empresas na Escola Superior de Tecnologia e Gestão no Instituto Politécnico de Bragança, pretende efetuar um estudo acerca da “Qualidade de vida dos idosos não institucionalizados no concelho da Ribeira Grande da Ilha de São Miguel”, orientada pelo Professor Dr. Carlos Pires Magalhães e como co-orientadora a Professora Dr.ª Paula Odete Fernandes.

Venho por este meio solicitar autorização para utilizar a escala EUROHIS-QOL-8.

Aguardo uma resposta,

**Anexo C Autorização pela comissão de ética da Universidade
de Coimbra para a aprovação do estudo**

COMISSÃO DE ÉTICA

da **Unidade Investigação em Ciências da Saúde - Enfermagem (UICISA: E)**
da **Escola Superior de Enfermagem de Coimbra (ESENFC)**

Parecer Nº P408-03/2017

Título do Projecto: Qualidade de vida dos idosos não institucionalizados no concelho de Ribeira Grande da Ilha de São Miguel

Identificação do Proponente

Nome(s): Renata Sofia Pacheco Rodrigues

Filiação Institucional: Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Bragança

Investigador Responsável/Orientador: Professores Doutores Carlos Pires Magalhães e Paula Odete Fernandes

Relator: Ana Margarida Coelho Abrantes

Parecer

O projeto a realizar apresenta como objetivo a avaliação da percepção da qualidade de vida dos idosos não institucionalizados do concelho de Ribeira Grande na Ilha de São Miguel. Para além deste objetivo, com a realização deste projeto pretende-se estabelecer relação entre a percepção da qualidade de vida tendo em conta variáveis distintas dependentes, e também promover e facilitar o planeamento de intervenções comunitárias no âmbito da melhoria da qualidade de vida de acordo com os resultados obtidos neste estudo propondo intervenções estruturadas que respondam a potenciais problemas identificados neste estudo. Os prazos do projeto encontram-se definidos.

Os investigadores definem o estudo como não probabilístico, descritivo, analítico, transversal de cariz quantitativo. A proposta de população inclui 350 indivíduos que são idosos não institucionalizados do concelho de Ribeira Grande. Os critérios de inclusão e exclusão encontram-se bem definidos. No que diz respeito aos instrumentos de recolha de dados serão utilizadas diferentes ferramentas nomeadamente o Mini mental state examination de Folstein, índice de Barthel, escala de Eurohis-Gol-8 e Escala de Whoqol-Old. Existe garantia de confidencialidade e anonimato dos intervenientes.

Atendendo ao projeto de investigação apresentado, a proposta reúne condições para aprovação por parte desta Comissão de Ética.

O relator: Ana Margarida Coelho Abrantes

Data: 19-4-2017 O Presidente da Comissão de Ética: Nuno Filipe Rebelo



FCT Fundação para a Ciência e a Tecnologia
SISTEMA DE AVALIAÇÃO E CERTIFICAÇÃO

**Anexo D Anúncio da dissertação realizada nas igrejas do
concelho**

Anúncio

Venho por este meio informar que Renata Sofia Pacheco Rodrigues licenciada em gerontologia, encontra-se a fazer mestrado em Gestão das Organizações pelo Instituto Politécnico de Bragança, e para a conclusão final do seu mestrado, está a realizar a sua tese que tem como tema “Qualidade de vida dos idosos não institucionalizados do concelho da Ribeira Grande da Ilha de São Miguel”, precisa da colaboração da população com idade igual ou superior a 65 anos, ela vai bater nas portas para aplicar os questionários necessários, pede-se a colaboração das pessoas. Ela estará devidamente identificada, é uma jovem residente no concelho e precisa imenso da vossa ajuda para a conclusão dos seus estudos. Toda a informação recebida por ela será confidencial. Ela agradece a todos a colaboração.

Renata Rodrigues

Anexo E Consentimento Informado

Consentimento Informado

Eu, _____, declaro por este meio, que concordei participar no estudo intitulado: **“QUALIDADE DE VIDA DOS IDOSOS NÃO INSTITUCIONALIZADOS NO CONCELHO DA RIBEIRA GRANDE DA ILHA DE SÃO MIGUEL”**, desenvolvido por Renata Sofia Pacheco Rodrigues, mestranda de Gestão das Organizações, no Instituto Politécnico de Bragança, na Escola Superior de Tecnologia e Gestão.

Afirmo que aceitei participar por minha própria vontade, sem receber qualquer incentivo financeiro e com finalidade exclusiva de colaborar para o sucesso da pesquisa.

Fui Informado(a) dos objetivos do estudo, que, em linhas gerais visa avaliar a perceção da qualidade de vida, relacionar a perceção da qualidade de vida com distintas variáveis independentes, disponibilizar os dados sobre a realidade em estudo, que promovem e facilitem o planeamento de intervenções comunitárias no âmbito da melhoria da qualidade de vida e realizar uma proposta de intervenção estruturada, que visem dar resposta a potenciais problemas identificados.

Fui Informado(a) de que tenho total liberdade para recusar participar na pesquisa ou abandoná-la no seu decurso sem qualquer justificação e também, que será mantido o anonimato e confidencialidade do estudo.

Local da Pesquisa: _____, _____, de _____ de 201__

Assinatura dos Participantes: _____

Assinatura da Pesquisadora: _____

Nota: O presente documento é, assinado em duas vias. Uma das vias ficará na posse do pesquisador e outra ficará na posse dos participantes da pesquisa.

Obrigada pela sua colaboração

**Anexo F Escala *Mini Mental State Examination de Folstein*
(Folstein, & McHugh, 1975)**

Mini Mental State (Folstein)

1 - Orientação (1 ponto por cada resposta correcta) (0-10 Pontos)

	Certo	Errado
L1 - Em que ano estamos?		
L2 - Em que mês estamos?		
L3 - Em que dia do mês estamos?		
L4 - Em que dia da semana estamos?		
L5 - Em que estação estamos?		
L6 - Em que país estamos?		
L7 - Em que distrito é que vive?		
L8 - Em que terra vive?		
L9 - Em que casa estamos?		
L10 - Em que andar estamos?		

Total de pontos "orientação":

2 - Retenção (contar 1 ponto por cada palavra correctamente repetida) (0-3 Pontos)

Vou dizer três palavras: queria que as repetisse, mas só depois de eu as dizer todas.

Procure ficar a sabê-las de cor:

	Certo	Errado
2.1 - Péra		
2.2 - Gato		
2.3 - Bola		

Total de pontos "retenção":

3 - Atenção e cálculo (1 ponto por cada resposta correcta). Se der uma errada mas depois continuar a subtrair tem, consideram-se as seguintes como correctas. Parar ao fim de 5 respostas (0-5 Pontos)

Agora peço que me diga quantos são 30 menos 3 e depois ao número encontrado volta a tirar 3 e repete assim até eu dizer para parar.

Ex: 30 - (3) 27 - (3) 24 - (3) 21 - (3) 18 - (3)

Total de pontos "atenção e cálculo":

4 - Evocação (1 ponto por cada resposta correcta) (0-3 Pontos)

Veja se consegue dizer as 3 palavras que pedidas anteriormente para decorar:

	Certo	Errado
4.1 - Péra		
4.2 - Gato		
4.3 - Bola		

Total de pontos "evocação":

5 - Linguagem (1 ponto por cada resposta correcta) (0-3 Pontos)

5.1 - Como se chama isto? (mostrar objectos) (0-2 Pontos)

	Certo	Errado
5.1.1 - Balólo		
5.1.2 - Lápis		

Total de pontos

5.2 - Repita a frase que lhe vou dizer: "O rato roeu a rolha" (0-1 Pontos)

Total de pontos

5.3 - Quando eu lhe der esta folha de papel, pegue nela com a mão direita, dobre-a ao meio e coloque-a sobre a mesa, (ou sobre a cama, se for o caso); dar a folha com as duas mãos: (0-3 Pontos)

	Certo	Errado
5.3.1 - Pega com mão direita		
5.3.2 - Dobra ao meio		
5.3.3 - Coloca onde deve		

Total de pontos

5.4 - Leia o que está neste cartão e faça o que lá diz (mostrar cartão com a frase le m legível - "Feché os olhos"); sendo analfabeto, lê-se a frase) (0-1 Pontos)

Certo	Errado

5.4.1 - Fechou os olhos

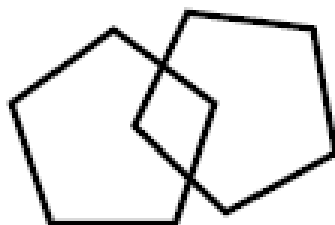
Total de pontos

5.5 - Escreva uma frase inteira aqui. Deve ter sujeito e verbo e fazer sentido; os erros gramaticais não prejudicam a pontuação. (0-1 Pontos)

Total de pontos

6 - Habilidade construtiva (1 ponto pela cópia correcta) (0-1 Pontos)

Deve copiar um desenho. Dois pentágonos parcialmente sobrepostos; cada um deve ficar com 5 lados, dois dos quais intersectados. Não valorizar o menor ou rotação.



Total de pontos "habilidade construtiva"

Total de pontos MMS (máximo de 30 pontos)

Classificação: Varia entre 0 e 30, sendo os valores de corte para a população portuguesa a partir dos quais se considera com defeito cognitivo os seguintes:

- Analfabetos: ≤ 15
- 1 a 11 anos de escolaridade: ≤ 22 ;
- Escolaridade superior a 11 anos: ≤ 27 .

Anexo G Questionário Sociodemográfico/Clínico

GUIÃO DE ENTREVISTA

NOME: _____

IDADE: _____

SEXO: Masculino Feminino

ESTADO CIVIL:

- Solteiro
- Casado
- Divorciado
- Viúvo
- Outro _____

MORADA (especificar Freguesia)

ESCOLARIDADE:

- Não frequentou a escola
- 1º ciclo (Ensino Primário)
- 2º ciclo (5º e 6º ano)
- 3º ciclo (7º, 8º e 9º ano)
- Ensino Secundário (10º, 11º e 12º ano)
- Ensino Superior

PROFISSÃO: (que desempenhou durante a maior parte do tempo)

CONDIÇÃO ATUAL:

- Vive com esposo (a) / companheiro (a)
- Vive sozinho (a) em casa
- Vive em casa de familiares (Nº pessoas do agregado família _____)
- Centro de dia (Onde passa a noite? _____)
- Com necessidade de assistência (Qual? _____)

Outra condição (Qual? _____)

Pessoas próximas ou familiares que possam prestar/prestam apoio:

INFORMAÇÃO MÉDICA CLÍNICA

ATUAL

Presença de diagnóstico médico (se sim, especificar) _____

Regime de acompanhamento médico:

Internamento Consulta externa (especificar _____)

Medicação Atual: _____

Número de medicamentos por dia: _____

Adaptação à medicação: Adaptado Em adaptação

Outros tipos de tratamento: _____

Consumo de substâncias:

Álcool Tabaco Outro (especificar _____)

Outros problemas de saúde, como por exemplo sono ou dores de cabeça (especificar, incluindo a frequência e duração):

No geral, considera-se uma pessoa saudável/com saúde ou uma pessoa doente?

Anexo H Índice de Atividades de Vida Diária (Mahoney & Barthel, 1965)

Índice de Actividades de Vida Diária (ÍNDICE DE BARTHEL)

1 - Alimentação	Independente. Capaz de usar qualquer instrumento. Come num tempo razoável.	10
	Necessita de ajuda (para cortar, para levar a comida à boca, etc).	5
	Dependente.	0
2 - Vestir	Independente. Capaz de vestir e despir a roupa, abotoar-se, apertar os sapatos.	10
	Necessita de ajuda.	5
	Dependente.	0
3 - Banho	Independente. Toma banho geral (duche ou de banheira). Entra e sai do banho sem ajuda de terceiros.	5
	Dependente.	0
4 - Arranjar-se	Independente. Capaz de lavar a face, as mãos e os dentes. Capaz de pentear-se, barbear-se, de maquilhar-se, etc.	5
	Dependente.	0
5 - Uso do WC	Independente. Usa-a sem ajuda. Senta-se, levanta-se e arranja-se sozinho.	10
	Necessita de uma pequena ajuda para manter o equilíbrio, estirar e colocar a roupa, contudo é capaz de limpar-se.	5
	Dependente.	0
6 - Controlo Intestinal	Independente. Não apresenta episódios de incontinência. Se necessita de enemas ou microlax, fá-lo sozinho.	10
	Incontinência ocasional. Apresenta episódios ocasionais de incontinência ou necessita de ajuda para enemas ou microlax.	5
	Incontinente fecal.	0
7 - Controlo Vesical	Independente. Não apresenta episódios de incontinência. Se necessita de sonda ou saco colector, cuida destes sem ajuda.	10
	Incontinência ocasional. Apresenta episódios ocasionais de incontinência ou necessita de ajuda para o uso de sonda ou colector.	5
	Incontinente.	0
8 - Transferência Cadeira - Cama	Independente. Não necessita de qualquer ajuda. Se usa a cadeira de rodas, transfere-se sozinho.	15
	Necessita de ajuda mínima (ajuda física mínima ou de supervisão).	10
	Necessita de grande ajuda, mas é capaz de manter-se sentado sozinho.	5
	Dependente.	0
9 - Deambulação	Independente. Caminha pelo menos 50 metros sozinho ou com a ajuda de andarilho, canadianas...	15
	Necessita de ajuda física ou supervisão para caminhar 50 metros.	10
	Independente em cadeira de rodas sem ajuda e supervisão.	5
	Dependente.	0
10 - Escadas	Independente para subir e descer um piso sem supervisão nem ajuda de terceiros.	10
	Necessita de ajuda física de outra pessoa ou de supervisão para fazê-lo.	5
	Dependente.	0

Total de Pontos:

Classificação:

<input type="checkbox"/>	100	1 - Independente
<input type="checkbox"/>	91 - 99	2 - Dependência escassa
<input type="checkbox"/>	60 - 90	3 - ligeiramente dependente
<input type="checkbox"/>	40 - 59	4 - Moderadamente dependente
<input type="checkbox"/>	20 - 39	5 - Severamente dependente
<input type="checkbox"/>	<20	6 - Totalmente dependente

Anexo I Escala *Eurohis-Qol-8* (Pereira et al., 2011)



EUROHIS-QOL-8

Instruções

Este questionário procura conhecer a sua qualidade de vida, saúde, e outras áreas da sua vida. Pedimos-lhe que tenha em conta a sua vida nas **duas últimas semanas**.

1. Como avalia a sua qualidade de vida?

- Muito má
- Má
- Nem boa nem má
- Boa
- Muito boa

2. Até que ponto está satisfeito(a) com a sua saúde?

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

3. Tem energia suficiente para a sua vida diária?

- Nada
- Pouco
- Moderadamente
- Bastante
- Completamente

4. Até que ponto está satisfeito(a) com a sua capacidade para desempenhar as actividades do seu dia-a-dia?

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

5. Até que ponto está satisfeito(a) consigo próprio(a)?

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

6. Até que ponto está satisfeito(a) com as suas relações pessoais?

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

7. Tem dinheiro suficiente para satisfazer as suas necessidades?

- Nada
- Pouco
- Moderadamente
- Bastante
- Completamente

8. Até que ponto está satisfeito(a) com as condições do lugar em que vive?

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

© Power, M. (2003). Development of a common instrument for quality of life. In A. Nosikov & C. Gudex (Eds.), *EUROHIS: Developing Common Instruments for Health Surveys*. Amsterdam: IOS Press. 57-145-163.

Esta versão foi desenvolvida pelo Grupo Português para Avaliação da Qualidade de Vida da Organização Mundial de Saúde.

Peres, M., Melo, C., Gameiro, S., & Casavero, M. C. (2011). Estudos psicométricos da versão em Português Europeu do índice de qualidade de vida EUROHIS-QOL-8. *Laboratório de Psicologia*, 9(2), 109-123.

Anexo J Escala *Whoqol-Old* (Vilar et al., 2010)

WHOQOL-OLD

(Power, Quinn, Schmidt, & WHOQOL-Old Group, 2005; versão portuguesa: Vilar, Sousa, & Simões, 2009)

Instruções

Com este questionário, procuramos conhecer a opinião que tem sobre a sua qualidade de vida, bem como perceber que aspectos são importantes para si, enquanto adulto idoso e membro da sociedade.

Por favor, responda a todas as perguntas. Se não tiver a certeza da resposta, escolha a que lhe parecer mais apropriada. Esta resposta pode, muitas vezes, ser a primeira que lhe vem à cabeça. Não existem respostas certas nem erradas.

Tenha presente os seus hábitos, expectativas, alegrias e preocupações. Pedimos-lhe que tenha em conta a sua vida nas **duas últimas semanas (nos últimos 15 dias)**.

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

Apresentar o cartão com a escala "Nada-Multíssimo"

Até que ponto se preocupa com o que lhe pode vir a acontecer no futuro?				
Nada	Pouco	Nem Muito Nem Pouco	Muito	Multíssimo
1	2	3	4	5

Simultaneamente às instruções, o examinador deve apontar para cada um dos números e dos descritores da escala de resposta exemplificados

Deve escolher o número que expressa melhor o quanto, nas duas últimas semanas, se preocupou com o que lhe pode vir a acontecer no futuro. Por exemplo, deve escolher o número ④, se se preocupou "Muito" com o que lhe pode vir a acontecer no futuro, ou deve escolher o número ①, se não se preocupou "Nada" com o que lhe pode vir a acontecer no futuro.

Por favor, escute com atenção cada pergunta que lhe vou ler, pense no que sentiu e, para cada uma, escolha o número que lhe parece ser a melhor resposta.

OBRIGADO PELA SUA PARTICIPAÇÃO.

VERSÃO EXCLUSIVA PARA INVESTIGAÇÃO. REPRODUÇÃO PROIBIDA.

"Validação de Provas de Memória e de Inventários de Avaliação Funcional e de Qualidade de Vida" (Proc.º 74568) Fundação Calouste Gulbenkian)

Apresentar o cartão com a escala "Nada-Multíssimo". Simultaneamente às instruções, o examinador deve apontar para cada um dos números e dos descritores da escala de resposta.

Com as seguintes perguntas, pretendemos perceber **até que ponto sentiu** certas coisas, nas duas últimas semanas. Se as sentiu de forma **muito acentuada**, escolha o número correspondente a "Multíssimo" ⑤. Se **não as sentiu**, escolha o número correspondente a "Nada" ①. Quando a sua resposta estiver entre "Nada" e "Multíssimo", poderá responder que sentiu "Pouco" ②, "Nem muito nem pouco" ③ ou "Muito" ④. Lembre-se que estas perguntas se referem às **duas últimas semanas**.

1. (F25.1)	As dificuldades de audição, visão, paladar, olfacto ou tacto afectam a sua vida diária?				
Nada	Pouco	Nem Muito Nem Pouco	Muito	Multíssimo	
1	2	3	4	5	

2. (F25.3)	As dificuldades de audição, visão, paladar, olfacto ou tacto afectam a sua capacidade para participar em actividades?				
Nada	Pouco	Nem Muito Nem Pouco	Muito	Multíssimo	
1	2	3	4	5	

3. (F25.4)	As dificuldades de audição, visão, paladar, olfacto ou tacto afectam a sua capacidade para se relacionar com as outras pessoas?				
Nada	Pouco	Nem Muito Nem Pouco	Muito	Multíssimo	
1	2	3	4	5	

4. (F26.1)	Sente que tem liberdade para tomar as suas próprias decisões?				
Nada	Pouco	Nem Muito Nem Pouco	Muito	Multíssimo	
1	2	3	4	5	

5. (F26.2)	Sente que tem poder para decidir acerca do seu futuro?				
Nada	Pouco	Nem Muito Nem Pouco	Muito	Multíssimo	
1	2	3	4	5	

Versão exclusiva para investigação. Reprodução proibida.

"Validação de Provas de Memória e de Inventários de Avaliação Funcional e de Qualidade de Vida"
(Proc.º 74569; Fundação Calouste Gulbenkian; IR: Mário R. Simões)

6. (F26.4) Sente que as outras pessoas respeitam a sua liberdade?				
Nada	Pouco	Nem Muito Nem Pouco	Muito	Multíssimo
1	2	3	4	5

7. (F29.2) Está preocupado(a) com o modo como irá morrer?				
Nada	Pouco	Nem Muito Nem Pouco	Muito	Multíssimo
1	2	3	4	5

8. (F29.3) Até que ponto tem medo de não poder controlar a sua morte?				
Nada	Pouco	Nem Muito Nem Pouco	Muito	Multíssimo
1	2	3	4	5

9. (F29.4) Tem medo de morrer?				
Nada	Pouco	Nem Muito Nem Pouco	Muito	Multíssimo
1	2	3	4	5

10. (F29.5) Recela sofrer antes de morrer?				
Nada	Pouco	Nem Muito Nem Pouco	Muito	Multíssimo
1	2	3	4	5

VERSÃO EXCLUSIVA PARA INVESTIGAÇÃO. REPRODUÇÃO PROIBIDA.

"Validação de Provas de Memória e de Inventários de Avaliação Funcional e de Qualidade de Vida"
(Proc.º 74560; Fundação Calouste Gulbenkian; IR: Mário R. Simões)

Apresentar o cartão com a escala "Nada-Completamente". Simultaneamente às instruções, o examinador deve apontar para cada um dos números e dos descritores da escala de resposta.

Com as seguintes perguntas, pretendemos perceber até que ponto experimentou ou conseguiu fazer certas coisas, nas duas últimas semanas. Se conseguiu fazer perfeitamente estas coisas, escolha o número correspondente a "Completamente" ⑤. Se não as conseguiu fazer, escolha o número correspondente a "Nada" ①. Quando a sua resposta estiver entre "Nada" e "Completamente", poderá responder que conseguiu "Pouco" ②, "Moderadamente" ③ ou "Bastante" ④. Lembre-se que estas perguntas se referem às duas últimas semanas.

11. (F26.3) Consegue fazer aquilo que gosta?				
Nada	Pouco	Moderadamente	Bastante	Completamente
1	2	3	4	5

12. (F27.3) Continua a ter oportunidade para realizar os seus planos na vida?				
Nada	Pouco	Moderadamente	Bastante	Completamente
1	2	3	4	5

13. (F27.4) Na sua vida tem recebido o reconhecimento que merece?				
Nada	Pouco	Moderadamente	Bastante	Completamente
1	2	3	4	5

14. (F28.4) Tem actividades suficientes para ocupar o seu dia-a-dia?				
Nada	Pouco	Moderadamente	Bastante	Completamente
1	2	3	4	5

versão exclusiva para investigação. reprodução proibida.

"Validação de Provas de Memória e de Inventários de Avaliação Funcional e de Qualidade de Vida"
(Proc.º 74569; Fundação Calouste Gulbenkian; Ilt: Mário R. Simões)

Apresentar o cartão com a escala "Muito Insatisfeito-Muito Satisfeito".

Com as seguintes perguntas, pretendemos perceber se se **sentiu satisfeito(a)** em relação a vários aspectos da sua vida, nas duas últimas semanas. Decida até que ponto se sentiu satisfeito(a) ou insatisfeito(a) e escolha o número que melhor traduz a maneira como se sentiu. Lembre-se que estas perguntas se referem às **duas últimas semanas**.

15. (F27.5) 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. (F28.1) 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. (F28.2) Está satisfeito(a) com o seu envolvimento nas actividades que realiza?

Muito Insatisfeito	Insatisfeito	Nem Satisfeito Nem Insatisfeito	Satisfeito	Muito Satisfeito
1	2	3	4	5

18. (F28.7) Está satisfeito(a) com as oportunidades que tem para participar em actividades da comunidade?

Muito Insatisfeito	Insatisfeito	Nem Satisfeito Nem Insatisfeito	Satisfeito	Muito Satisfeito
1	2	3	4	5

19. (F27.1) 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

Apresentar o cartão com a escala "Muito Mau-Muito Bom"

20. (F25.2) Como avalia o funcionamento dos seus sentidos (por exemplo, audição, visão, paladar, olfacto, tacto)?

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

VERSÃO EXCLUSIVA PARA INVESTIGAÇÃO. REPRODUÇÃO PROIBIDA.

"Validação de Provas de Memória e de Inventários de Avaliação Funcional e de Qualidade de Vida"
(Proc.º 74569; Fundação Calouste Gulbenkian; IR: Mário R. Simões)

Apresentar o cartão com a escala "Nada-Multíssimo".

As perguntas que se seguem dizem respeito a qualquer **relacionamento íntimo** que possa ter. Por favor, considere essas perguntas em relação a um companheiro ou outra pessoa próxima, com quem partilha a sua intimidade mais do que com qualquer outra pessoa na sua vida. Lembre-se que estas perguntas se referem às **duas últimas semanas**.

21. (F30.2) Sente que tem alguém próximo com quem partilha a sua vida íntima?				
Nada	Pouco	Nem Muito Nem Pouco	Muito	Multíssimo
1	2	3	4	5

22. (F30.3) Sente que tem amor na sua vida?				
Nada	Pouco	Nem Muito Nem Pouco	Muito	Multíssimo
1	2	3	4	5

Apresentar o cartão com a escala "Nada-Completamente".

23. (F30.4) Tem oportunidade para amar alguém?				
Nada	Pouco	Moderadamente	Bastante	Completamente
1	2	3	4	5

24. (F30.7) Tem oportunidade para se sentir amado(a)?				
Nada	Pouco	Moderadamente	Bastante	Completamente
1	2	3	4	5

VERSÃO EXCLUSIVA PARA INVESTIGAÇÃO. REPRODUÇÃO PROIBIDA.

"Validação de Provas de Memória e de Inventários de Avaliação Funcional e de Qualidade de Vida"
(Proc.º 74569; Fundação Calouste Gulbenkian; IR: Mário R. Simões)

Apresentar o cartão com a escala "Muito Insatisfeito-Muito Satisfeito".

Com as seguintes perguntas, pretendemos perceber **até que ponto se sentiu satisfeito(a) ou experimentou** certas coisas que dizem respeito às suas **relações familiares**. Lembre-se que estas perguntas se referem às **duas últimas semanas**.

25. (F31.1) Está satisfeito(a) com as suas relações familiares?				
Muito Insatisfeito	Insatisfeito	Nem Satisfeito Nem Insatisfeito	Satisfeito	Muito Satisfeito
1	2	3	4	5

26. (F31.2) Está satisfeito(a) com o apoio que recebe da sua família?				
Muito Insatisfeito	Insatisfeito	Nem Satisfeito Nem Insatisfeito	Satisfeito	Muito Satisfeito
1	2	3	4	5

27. (F31.3) Está satisfeito(a) com o tempo que passa com os seus familiares?				
Muito Insatisfeito	Insatisfeito	Nem Satisfeito Nem Insatisfeito	Satisfeito	Muito Satisfeito
1	2	3	4	5

Apresentar o cartão com a escala "Nada-Multíssimo".

28. (F31.4) Sente que a sua família lhe dá valor?				
Nada	Pouco	Nem Muito Nem Pouco	Muito	Multíssimo
1	2	3	4	5

VERSÃO EXCLUSIVA PARA INVESTIGAÇÃO. REPRODUÇÃO PROIBIDA.

"Validação de Provas de Memória e de Inventários de Avaliação Funcional e de Qualidade de Vida"
(Proc.º 74563; Fundação Calouste Gulbenkian; IR: Mário R. Simões)