

**QUALIDADE DE VIDA EM IDOSOS INSTITUCIONALIZADOS
SUBMETIDOS A UM PROGRAMA DE
ENVELHECIMENTO ATIVO**

Flávia Marisa Ramalho Rebelo

Trabalho de Projeto apresentado à Escola Superior de Saúde de Bragança para a
obtenção do grau de mestre em Envelhecimento Ativo

Bragança, Outubro, 2015

**QUALIDADE DE VIDA EM IDOSOS INSTITUCIONALIZADOS
SUBMETIDOS A UM PROGRAMA DE
ENVELHECIMENTO ATIVO**

Flávia Marisa Ramalho Rebelo

Trabalho de Projeto apresentado à Escola Superior de Saúde de Bragança para a
obtenção do grau de mestre em Envelhecimento Ativo

Orientadores:

Professor Doutor Carlos Pires Magalhães

Professora Doutora Eugénia Maria Anes

Bragança, Outubro, 2015

Aos meus Pais...

Agradecimentos

A realização de um trabalho deste tipo envolve muito estudo, dedicação e empenho. Para efetuar tal tarefa é necessário um trabalho rigoroso e sério e essa foi sempre a minha principal preocupação. No entanto, a conclusão deste estudo não seria possível sem a ajuda e apoio de uma série de pessoas e entidades às quais quero deixar os mais sinceros e profundos agradecimentos.

Face ao que foi referido, o meu muito Obrigado:

- Em especial aos meus pais Horácio Rebelo e Celeste Ramalho por proporcionarem a oportunidade de concretização de mais uma etapa na minha vida, por serem exemplos de coragem, pelo apoio incondicional, amizade e paciência demonstrada, e principalmente pelo incentivo;
- À minha família que direta ou indiretamente contribuíram de alguma forma para a concretização deste trabalho;
- Ao meu Companheiro Hugo Emídio que esteve sempre ao meu lado durante esta fase, pelo companheirismo, força e apoio demonstrado, e pela compreensão quanto à ausência;
- À minha melhor Amiga Andreia Emídio pela amizade incondicional, pela companhia e afeto, pelo apoio constante nos momentos bons (e menos bons), pelo encorajamento, e pela troca de ideias;
- Aos meus amigos e colegas, Ana Baldaia, Bruno Alexandre Fernandes, Bruno Rodrigues Fernandes, Sandra Meireles, Emília Fernandes, Patrícia Mateus e Soraia Silva pela amizade, companheirismo, ajuda e motivação na realização deste trabalho;
- Aos meus orientadores, Professora Doutora Eugénia Maria Anes e Professor Doutor Carlos Pires Magalhães, pela disponibilidade, paciência manifestadas e pelo incentivo;
- Ao Provedor da Santa Casa de Misericórdia de Bragança, aos idosos e funcionários por contribuírem para que a realização deste trabalho fosse possível;
- Ao grupo de investigação português da Whoqol-Old, pela autorização para

aplicação do instrumento de recolha de dados, particularmente ao Professor Doutor Mário M. R. Simões e à Doutora Manuela Vilar, por toda a disponibilidade e documentação facultada para a realização do estudo em causa.

- Aos funcionários da biblioteca do Instituto Politécnico de Bragança, Escola Superior de Saúde pela incansável ajuda, atenção, e disponibilidade na pesquisa científica para este trabalho.

Resumo

Viver com qualidade é uma preocupação crescente no âmbito da população idosa, sobretudo nas inseridas em contextos desenvolvidos e industrializados. Assistimos, a uma crescente institucionalização dos idosos e é neste contexto que os programas de envelhecimento ativo assumem relevância, possibilitando aos idosos o contacto com experiências que lhes permitem envelhecer com qualidade de vida, mantendo a sua autonomia e fomentando o seu bem estar físico, psíquico e emocional.

O presente estudo tem, como objetivo, avaliar a qualidade de vida nos idosos institucionalizados submetidos a um programa de envelhecimento ativo. Para tanto, desenvolvemos um estudo quase-experimental, que recorre à metodologia quantitativa e na qual foram utilizados os instrumentos de avaliação de qualidade de vida Eurohis-Qol-8 (Pereira, Melo, Gameiro, & Canavarro, 2011) e Whoqol-Old (Vilar et al., 2010). Foram efetuadas avaliações em dois momentos, pré e pós intervenção a uma amostra de 37 idosos institucionalizados na Santa Casa da Misericórdia de Bragança. A colheita de dados decorreu em 2014.

A amostra do estudo é composta, na sua maioria, por indivíduos do sexo feminino, com a idade média de 85,41 anos (desvio padrão de 6,53), e a faixa etária 85 anos ou mais é a mais representada (min.: ≤ 71 anos e máx.: ≥ 85 anos). Considerando a distribuição dos idosos por estado civil, verificamos que a maioria da nossa amostra é constituída por viúvos (83,8%), casados (10,8%) e solteiros (5,4%). Quanto ao do nível de escolaridade verificamos que a maioria da nossa amostra são idosos letrados (1.º ciclo ou 2.º ciclo 43, 2%, sabe ler/escrever 16, 2%). No que respeita à condição atual de vida, 91,9% dos idosos (34) vivem no lar. Os restantes três, frequentam durante o dia o centro de dia, e à noite, um vive sozinho e os restantes dois com a família.

De uma forma geral, os resultados obtidos através da aplicação da escala Eurohis-qol-8 e da Whoqol-Old, permitem-nos verificar melhorias da perceção da qualidade de vida, com diferenças estatisticamente significativas no pré e pós intervenção do programa de envelhecimento ativo.

Palavras-Chave: Qualidade de vida; Envelhecimento; Institucionalização; Envelhecimento Ativo

Abstract

Quality of life is becoming an increasing preoccupation amongst the elderly population, especially for those who live in urban and industrial areas. We are witnessing an increase of institutionalisation for the elderly and it is in this context that the programs of active aging become relevant, giving the elderly the chance to experience different things and allowing them to age with better quality of life whilst maintaining their independence with balanced physical and emotional well being.

The objective of this study is to evaluate the quality life of the institutionalised elderly signed up to the active aging program. For that reason we have developed a semi-experimental study that considers the quantitative methodology in which the following instruments were used to measure the quality of life: Eurohis-Qol-8 (Pereira, Melo, Gameiro, & Canavarro, 2011) and Whoqol-Old (Vilar et al., 2010). The sample used were 37 elderly people that were institutionalised in Santa Casa da Misericórdia in Bragança and they were evaluated twice, once before institutionalisation and then following intervention. The data was collated in 2014.

The majority of the study sample is female with the median age of 85.41 years old (standard deviation 6.53) and the age range of 85 or more is the most represented (Minimum: more than or equal to 71 and maximum: less than or equal to 85 years). Taking into consideration marital status, we confirm that the majority of our sample is made up of widowers (83.8%) with the remainder being married (10.8%) and single (5.4%). When it comes to level of education achievement we confirm that the majority of our sample are elderly who achieved the following: first and second cycle 43.2%; or knew how to read and write 16.2%. When it comes their residential status, 91.9% of the elderly people (34) are living in sheltered accommodation. The remainder of the sample (3) attend sheltered accommodation during the day but at night one will go to their own home whilst the other two will go home to a close relative.

The results obtained allow us to conclude that using either of the measuring scales of Eurohis-Qol-8 or Whoqol, there is a perceived improvement in quality of life in those using the active aging program. There were significant statistical differences between the two types of intervention.

Key-words: Quality of life; Aging; Institutionalisation: Active aging

Índice	
Introdução	1
<i>PARTE I – ENQUADRAMENTO TEÓRICO</i>	4
Capítulo I – Qualidade de Vida	5
1.1 – Qualidade de Vida relacionada com a Saúde	7
1.2 – Qualidade de Vida relacionada com o Envelhecimento	9
1.3 – Instrumentos de Avaliação da Qualidade de Vida.....	10
Capítulo II – O Envelhecimento	18
2.1 – Conceitos de Idoso, Velhice e Envelhecimento	18
2.2 – Envelhecimento Demográfico	21
2.3 – Processo de Envelhecimento/Desenvolvimento	23
2.3.1 – <i>Envelhecimento primário/secundário/terciário</i>	24
2.3.2 – <i>Teorias do envelhecimento</i>	24
2.4 – Envelhecimento Bem Sucedido/Ativo.....	32
2.5 –Intervenção Cognitiva.....	36
Capítulo III – Instituições de Solidariedade Social	39
3.1 – Evolução Histórica das Instituições.....	39
3.2 – O Idoso Institucionalizado	40
3.3 – Cuidador Formal e Informal de Idosos.....	41
3.4 – Redes de Apoio Social em Portugal	43
<i>PARTE II – ENQUADRAMENTO METODOLÓGICO</i>	45
Capítulo IV – Metodologia	46
4.1 – Contextualização do Estudo e Objetivos	46
4.2 – Tipo de Estudo	47
4.3 – Participantes.....	48
4.4 – Operacionalização das Variáveis.....	50
4.5 – Instrumento de Recolha de Dados	53
4.6 – Procedimentos Éticos e Deontológicos da Recolha de Dados	56
4.7 – Tratamento de Dados.....	57
Capítulo V – Apresentação e Análise de dados	58

5.1 – Caraterização Sociodemográfica	58
5.2 – Caraterização Clínica.....	60
5.3 – Avaliação do Grau de Dependência das AVD's	64
5.5 – Avaliação da QdV relacionada com a Saúde.....	65
5.6 – Avaliação da QdV e Saúde no Idoso	66
VI –Discussão dos Resultados.....	77
Conclusões, Limitações e Sugestões do Estudo	83
Referências Bibliográficas	85
Anexos.....	94
Anexo I – Protocolo de colaboração entre IPB-ESSa/Universidade Coimbra para a utilização do instrumento Whoqol-Old	95
Anexo II – Autorização para efetuar o estudo na Santa Casa da Misericórdia de Bragança	98
Anexo III – Consentimento Informado	100
Anexo IV – Escala Mini Mental State Examination de Folstein, Folstein e McHugh (1975).....	102
Anexo V – Inquérito Sociodemográfico/Clínico.....	106
Anexo VI – Índice da Atividades da Vida Diária (Mahoney & Barthel, 1965).....	109
Anexo VII – Escala Eurohis - Qol - 8 (Pereira et al. 2011).....	112
Anexo VIII – Escala Whoqol - Old (Vilar et al. 2010)	114
Anexo IX – Programa de Envelhecimento Ativo.....	122
Anexo X – Atividades Desenvolvidas.....	150

Índice de Figuras

Figura 1 – Estrutura Etária da População Residente por Sexo, 2001 e 2011	21
Figura 2 – Índice de Envelhecimento	22
Figura 3 – Representação Esquemática do Envelhecimento Biológico	25
Figura 4 – Teorias Biológicas do Envelhecimento.....	26
Figura 5 – Representação Esquemática do Padrão Psicológico	29
Figura 6 – Determinantes do EA	35

Índice de Gráficos

Gráfico 1 – Número de doenças	61
Gráfico 2 – Frequência de consultas.....	61
Gráfico 3 – Número de medicamentos	62
Gráfico 4 – Distribuição da amostra no que concerne a alterações de visão, audição e locomoção.....	62
Gráfico 5 – Distribuição da amostra de acordo com a percepção de saúde	63
Gráfico 6 – Distribuição da amostra de acordo com o número de hospitalizações/intervenções cirúrgicas.....	63
Gráfico 7 – Diagramas de extremos e quartis das pontuações obtidas no Mini Mental State Examination nos dois momentos de avaliação	64

Índice de Tabelas

Tabela 1 – Categorias do Índice de Barthel (Mahoney & Barthel, 1965).....	55
Tabela 2 – Facetas da escala Whoqol-Old e itens que as constituem (Vilar et al., 2010)	56
Tabela 3 – Distribuição da amostra de acordo com o sexo, estado civil, faixa etária, ... nível de escolaridade e condição atual de vida.....	59
Tabela 4 – Distribuição da amostra de acordo com a área e concelho de residência	61
Tabela 5 – Índice de Barthel (Mahoney & Barthel, 1965) nos dois momentos	64
Tabela 6 – Média e desvio padrão do Índice Barthel	65
Tabela 7 – Resultados da escala Eurohis-Qol-8 (Pereira et al. 2011) nos dois momentos	66
Tabela 8 – Avaliação da QdV: Eurohis-Qol-8	66
Tabela 9 – Escala Whoqol-Old (Vilar et al. 2010) no global e nos dois momentos	67
Tabela 10 – Média e desvio padrão da escala Whoqol-Old	68
Tabela 11 – Avaliação da QdV no idoso Whoqol-Old: faceta Funcionamento Sensorial	68
Tabela 12 – Média e desvio padrão da escala Whoqol-Old: faceta Funcionamento..... Sensorial	69
Tabela 13 – Avaliação da QdV no idoso-Whoqol-Old: faceta Autonomia.....	69
Tabela 14 – Média e desvio padrão da escala Whoqol-Old: faceta Autonomia.....	70
Tabela 15 – Avaliação da QdV no idoso-Whoqol-Old: faceta Atividades Passadas, Presentes e Futuras	71
Tabela 16 – Média e desvio padrão da escala Whoqol-Old: faceta Atividades Passadas, Presentes e Futuras	71
Tabela 17 – Avaliação da QdV no idoso-Whoqol-Old: faceta Participação Social.....	72
Tabela 18 – Média e desvio padrão da escala Whoqol-Old: faceta Participação Social	72
Tabela 19 – Avaliação da QdV no idoso-Whoqol-Old: faceta Morte e Morrer.....	73
Tabela 20 – Média e desvio padrão da escala Whoqol-Old: faceta Morte e Morrer.....	73

Tabela 21 – Avaliação da QdV no idoso-Whoqol-Old: faceta Intimidade	74
Tabela 22 – Média e desvio padrão da faceta escala Whoqol-Old: faceta Intimidade...	74
Tabela 23 – Avaliação da QdV no idoso-Whoqol-Old: faceta Família/Vida Familiar..	75
Tabela 24 – Média e desvio padrão da escala Whoqol-Old: faceta Família/Vida Familiar.....	75
Tabela 25 – Correlação de Spearman entre Eurohis-Qol-8 e Whoqol-Old e suas facetas	76

Lista de siglas, acrónimos e abreviaturas

ARN– Ácido Ribonucleico

AVD – Atividades da Vida Diária

DAN – Ácido Desoxirribonucleico

EA – Envelhecimento Ativo

ESSa – Escola Superior de Saúde

EQ-5D – EuroQol-5-Dimensões

INE – Instituto Nacional de Estatística

IPB – Instituto Politécnico de Bragança

Máx. – Máximo

Min. – Mínimo

MMS – Mini Mental State

OMS – Organização Mundial de Saúde

PEC – Programa de Estimulação Cognitiva

QdV – Qualidade de Vida

QOL – Quality of Life

QdVRS – Qualidade de vida relacionada com a saúde

SCMB – Santa Casa da Misericórdia de Bragança

SF-36 – 36-Item Short-Form Health Survey

SF-12 – 12-Item Short-Form Health Survey

SOC – Seleção Optimização Compensação

WHOQOL – World Health Organization instrument to assess Quality of Life

WHOQOL-Old – World Health Organization instrument to assess Quality of Life Old Module

Introdução

O envelhecimento da população mundial, e em especial da portuguesa, apesar de revelador de avanços científicos que permitem ao homem viver mais, é também, alvo das preocupações de políticas sociais e económicas. Será que podemos afirmar, com certeza, que viver mais é viver melhor?

É, essencialmente, a esta questão que nos propomos dar resposta neste trabalho, aferindo da qualidade de vida percebida pelos idosos em contexto institucional, através da execução de um programa de envelhecimento ativo.

O estudo acerca do envelhecimento vem, nas últimas décadas, ganhando importância, devido aos conhecimentos que se foram adquirindo acerca do processo de envelhecimento e do idoso (Cruz, 2012). O envelhecimento da população é, hoje, um dos fenómenos demográficos mais preocupantes nas sociedades modernas e industrializadas, afetando as estruturas políticas, sociais e económicas até então existentes (INE, 2012). Urge, portanto, encontrar uma resposta transversal e efetiva para o problema.

Em Portugal, a tendência de envelhecimento demográfico tem sido, a par de outras economias desenvolvidas, uma constante. As estruturas sociais têm, neste domínio, tentado acompanhar o fenómeno, procedendo a uma alteração do paradigma, o que se tem revelado uma tarefa árdua e incessante. Importa, portanto, encarar esta problemática de forma direta e transversal, olhando para o fenómeno na perspetiva de providenciar os cuidados necessários para que os idosos vivam com qualidade de vida (Pimentel, 2005).

Na atualidade, e cada vez mais, os idosos vivem o envelhecimento fora de casa, não raras vezes, institucionalizados. Neste contexto os cuidadores formais e os cuidadores informais, enfrentam grandes desafios na prossecução do envelhecimento com qualidade. A execução de programas de envelhecimento ativo surge, então, como uma ferramenta essencial no cuidado dos idosos (Martins, 2012).

Assistimos, nos últimos anos, a uma crescente evolução do conceito de qualidade de vida. Conceito, em si mesmo, altamente complexo. As tentativas de

criação de um conceito transcultural e universal que definisse o termo qualidade de vida foram-se sucedendo ao longo do tempo (Paschoal, 2006).

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 objectivos, expectativas, padrões e preocupações” (WHO, 1997, p. 1).

Assim, podemos hoje afirmar que o conceito qualidade de vida surge amplamente representado pela felicidade, harmonia, prosperidade, 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 (M. Silva, 2011).

A multidimensionalidade do conceito qualidade de vida é um dos seus aspetos mais relevantes, uma vez que se abrangem diversas condições subjetivas do indivíduo, componentes comportamentais e de saúde, bem como circunstâncias externas e ambientais (Fernández-Ballesteros, Kruse, Zamarrón, & Caprara, 2009).

O conceito de 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 (Paschoal, 2006).

O termo de qualidade de vida, embora universal, encerra uma variedade potencial de condições que podem afetar a percepção do indivíduo, nomeadamente os seus sentimentos e comportamentos, relacionados com as suas atividades da vida diária, a sua condição de saúde e as intervenções médicas (Almeida et al., 1999).

A qualidade de vida na população idosa depende não só das circunstâncias a que o indivíduo está sujeito e da sua situação, mas também do contexto onde se encontra inserido (Fortunato, 2010, citado por Cruz, 2012).

O contexto social em que o indivíduo envelhece é um fator determinante para o processo de envelhecimento. Assistimos, a uma necessidade das pessoas mais velhas iniciarem ou manterem interesses ocupacionais e aumentarem as atividades lúdicas para que possam ocupar o seu tempo (Pinazo, Lorente, Limón, Fernández & Bermejo).

Atendendo à pertinência e atualidade do tema, surge o presente trabalho que se encontra dividido em duas partes, sendo que, a primeira parte se reporta ao enquadramento teórico, constituída por três capítulos, enquanto que a segunda parte está

consignada ao enquadramento metodológico, constituído igualmente o mesmo número de capítulos.

No Capítulo I, abordamos o conceito de qualidade de vida; qualidade de vida relacionada com a saúde; qualidade de vida relacionada com o envelhecimento; instrumentos de avaliação da qualidade de vida, dentro deste são ainda abordados os instrumentos de avaliação genéricos e instrumentos de avaliação específicos.

No Capítulo II, abordamos os conceitos de idoso, velhice e envelhecimento; envelhecimento demográfico; processo de envelhecimento, dentro deste são referidas as teorias de envelhecimento; e, por último, envelhecimento bem sucedido/ativo.

No Capítulo III, abordamos a evolução histórica das instituições de solidariedade social; o idoso institucionalizado; cuidador formal e informal; e, finalmente, as redes de apoio social em Portugal.

No Capítulo IV, procedemos à contextualização do estudo e objetivos, em que se pretende avaliar a perceção da qualidade de vida em idosos institucionalizados em relação à participação de um programa de envelhecimento ativo; e avaliar a perceção da qualidade de vida em idosos institucionalizados em relação às variáveis sociodemográficas e clínicas. O presente projeto enquadra-se no método quase-experimental, recorrendo à análise metodológica quantitativa. Para tal, foram utilizados os seguintes instrumentos de recolha de dados: um questionário que avalia a informação pessoal e médica/clínica, integrando várias escalas, nomeadamente: a escala Mini Mental State Examination, que avalia o funcionamento cognitivo; a escala de Barthel, que avalia as atividades da vida diária; a escala Eurohis-Qol-8, que avalia a qualidade de vida, saúde e outras áreas da vida do indivíduo; e, por último, a escala Whoqol-Old, que avalia a qualidade de vida enquanto adulto idoso.

No capítulo V, procedemos à apresentação e análise dos dados, efetuamos a caracterização sociodemográfica; caracterização clínica; avaliação funcional/cognitivo; avaliação do grau de dependência das AVD's; avaliação da QdV relacionada com a saúde; e avaliação da QdV e saúde no idoso.

No capítulo VI, abordamos a discussão dos resultados obtidos.

Finalmente, apresentamos as conclusões e sugestões que nos parecem pertinentes no âmbito do presente trabalho.

PARTE I – ENQUADRAMENTO TEÓRICO

Capítulo I – Qualidade de Vida

É notório nos últimos anos, uma crescente evolução do conceito de qualidade de vida. Na complexidade deste conceito encontram-se diferentes e múltiplos significados, que, maioritariamente dependem da área científica que a analisa.

Neste sentido, Neri (2005) apresenta-nos diferentes perspetivas do conceito de qualidade de vida consoante a área científica. A medicina tem vindo a qualificar a expressão qualidade de vida como a relação entre o custo/benefício inerente aos cuidados de saúde dos doentes crónicos e em fase terminal, valorizando o bem estar e os direitos do indivíduo, assim como os interesses e valores subjacentes à sociedade. Na economia, a qualidade de vida tem surgido como associada ao rendimento per capita, ou seja, funciona como que um indicador do grau de acesso aos benefícios da educação, da medicina e, até mesmo, dos serviços sociais. Em termos sociológicos, o mesmo autor refere, ainda, que o conceito inclui, não só indicadores económicos, mas também de desenvolvimento sociocultural, uma vez que a população poderá ser identificada através destes padrões de vida. Em política a importância deste conceito é traduzida pela igualdade de oportunidades para toda a população a nível social. Já na psicologia social, falamos da qualidade de vida como uma experiência subjetiva, na qual o que realmente interessa é a satisfação do indivíduo.

As definições sobre o termo qualidade de vida são comuns entre os pesquisadores, no entanto nem sempre concordantes, uma vez que, como já foi referido, depende da perspetiva científica em que é definido. No entanto, este termo foi mencionado pela primeira vez em 1920, por Pigou, num livro de economia e bem estar-estar material, porém não foi valorizado, caindo no esquecimento (Paschoal, 2006).

A expressão qualidade de vida foi empregada, em 1964, pelo presidente dos Estados Unidos da América, Lyndon Johnson, ao declarar que os objetivos não podiam ser medidos através do balanço dos bancos, mas podiam, isso sim, ser medidos através da qualidade de vida que proporcionavam aos indivíduos (Monteiro, Braile, Brandau, & Jatene, 2010).

A Organização Mundial de Saúde (OMS), define qualidade de vida como a “perceção do indivíduo sobre a sua posição na vida, dentro do contexto dos sistemas de

cultura e valores nos quais está inserido e em relação aos seus objectivos, expetativas, padrões e preocupações” (WHO, 1997, p. 1).

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 (M. Silva, 2011).

Os primeiros estudos acerca do bem-estar psicológico surgiram nos anos 50, conceito esse que se tornou mais amplo na segunda metade dos anos 60, consolidando-se apenas nos anos 70, embora o conceito já tenha sido referido no início do século XX (Aznar & Andreu, 2005). Os mesmos autores referem, ainda, que este conceito nasceu de um planeamento científico interdisciplinar, baseado na concepção das condições materiais da vida, nas experiências vividas pelas próprias pessoas, bem como na importante dimensão psicossocial, abrangendo o bem-estar psicológico e subjetivo.

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).

Lawton (Lawton & Nahemow, 1973, citado por Fonseca, 2006), após a realização de estudos junto dos idosos, concebeu um modelo ecológico de competência baseado na interação pessoa-ambiente, que definiu como “um modelo de adaptação capaz de predizer resultados adaptativos (comportamentos e afetos) associados à interação entre uma pessoa, caracterizada em termos de uma determinada competência, e um determinado nível de pressão” (p. 86). Lawton (1982, citado por Fonseca, 2006), afirma que a relação pessoa-ambiente produz resultados específicos, sendo que a “competência comportamental” se traduz num desses resultados específicos.

Lawton (1999, citado por Fonseca, 2006) entende, ainda, que a competência se consubstancia em capacidades sensoriais e motoras, cognitivas e biológicas. Capacidades estas que são relativamente estáveis, mas que podem, contudo, alterar-se em função de condicionantes individuais de saúde. No que se refere à “pressão ambiental” falamos de uma componente que se caracteriza por fatores externos e por fatores intrínsecos, ou seja, o modo como são percebidos pelas pessoas.

Muitas vezes o conceito de qualidade de vida e satisfação com a vida são confundidos, no entanto, de acordo com Paúl e Fonseca (2005) ambos os conceitos são distintos, na medida em que a satisfação com a vida é considerada como uma variável intrapsíquica, na qual as características se direcionam para a personalidade, enquanto a qualidade de vida está associada a variáveis sociodemográficas, físicas e de contexto.

O conceito de 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, classe social e até mesmo ao longo da vida de um indivíduo (Paschoal, 2006).

No entanto, na década de 90 do século passado e devido à grande diversidade de conceitos, a OMS teve necessidade de definir o conceito de qualidade de vida bem como instrumentos e avaliação da mesma. Com este propósito, a OMS reuniu um grupo de especialistas das mais diversas áreas, onde, em consenso, definiram que o termo qualidade de vida deveria basear-se em três aspetos fundamentais: (1) a subjetividade, isto é, a definição do conceito deve depender da perspectiva do próprio indivíduo; (2) a multidimensionalidade, uma vez que devem ser considerados diferentes aspectos ou dimensões; (3) e finalmente, ter presente quer as dimensões positivas, quer as negativas (Almeida et al., 1999).

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 ser 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).

1.1 – Qualidade de Vida relacionada com a Saúde

Na área de saúde, o interesse pelo conceito de qualidade de vida é recente e resulta essencialmente, dos novos paradigmas que têm influenciado as políticas e práticas do serviço nas últimas décadas. Os aspetos económicos, sociais e estilos de vida, revelam-se complexos e multifatoriais no que diz respeito ao aumento progressivo acerca da atenção que sobre eles recai no processo de saúde-doença. Portanto, a

melhoria da qualidade de vida passou a ter os resultados esperados, quer nas práticas de assistência, quer nas políticas públicas para o serviço quanto à promoção da saúde e à prevenção de doenças (Pinto, 2009).

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).

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).

Ao longo da vida do indivíduo ocorrem uma série, contínua, de acontecimentos que se iniciam desde o nascimento até à morte. Para se perceber estes acontecimentos, torna-se importante referir as duas subdimensões, a primeira decorrente da passagem do tempo e a segunda relacionada com aos aspetos que decorrem na vida (Canavarro, 2010).

De acordo com Nordenfelt (1994, citado por Canavarro, 2010) são consideradas, pelo menos, cinco categorias de aspetos da vida que devem ser tidos em conta nas avaliações da qualidade de vida relacionada com a saúde (QdVRS), nomeadamente: as experiências de vida do indivíduo, ou seja, as sensações, as perceções, 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.

A QdVRS, de uma forma mais focalizada, coloca a sua centralidade na capacidade das pessoas viverem sem doenças e até mesmo superar as dificuldades dos seus estados ou condições de morbilidade. Na sua maioria, os profissionais de saúde atuam diretamente aliviando a dor, o mal-estar e as doenças, intervindo sobre a gravidade, podendo gerar dependências e desconfortos ao paciente, amenizando as consequências destes ou das intervenções realizadas para diagnosticá-los ou tratá-los. (Minayo, Hartz, & Buss, 2000). Contudo, a qualidade de vida relacionada com a saúde fornece ainda um ponto de referência importante, em que pode ser medido o impacto de diferentes tratamentos em diferentes condições, pois os instrumentos de medida da

QdVRS pretendem avaliar o impacto da doença, o efeito dos tratamentos, entre outras variáveis que afetam a vida das pessoas. (André, 2005).

A expressão qualidade de vida ligada à saúde é definida como o valor atribuído à vida, onde são refletidas as deteriorações funcionais, as percepções e condições sociais que, por sua vez, são induzidas pela doença, pela gravidade e pelos tratamentos (Minayo et al., 2000).

O termo de qualidade de vida é universal, mas uma variedade potencial de condições podem afetar a percepção do indivíduo, nomeadamente os seus sentimentos e comportamentos, relacionados com as suas atividades da vida diária, podendo incluir, sem se tornar limitativo, a sua condição de saúde e as intervenções médicas (Almeida et al., 1999).

1.2 – Qualidade de Vida relacionada com o Envelhecimento

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 perspetiva, 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).

A mesma autora refere, ainda, que o perfil da pessoa idosa pode ser caracterizado por uma série de fatores, tais como: componentes biológicos, que se relacionam com o desenvolvimento somático e fisiológico dos indivíduos; a componente funcional e psicológica, onde estão presentes as suas capacidades; e, finalmente, a componente social.

De acordo com Fortunato (2010, citado por Cruz, 2012) estudos recentes explicam as diferenças 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.

O contexto social em que o indivíduo envelhece é um facto determinante para o processo de envelhecimento, podendo ser uma experiência positiva ou negativa (Brissos, 1990). No entanto, o contexto social é igualmente influenciado pelo

envelhecimento, ou seja, a sociedade estabelece para a pessoa idosa determinadas características e experiências que pode vivenciar (M. Silva, 2011).

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 a pessoa tem para efetuar funções relacionadas com a vida diária (Dalsenter & Matos, 2009).

A necessidade das pessoas mais velhas iniciarem ou manterem interesses ocupacionais e aumentarem as atividades lúdicas para que possam ocupar o seu tempo, permite o prolongar da sua vida, de forma satisfatória e produtiva (Rossitto, Bacon, Carvalho, & Micheletti, 2008).

1.3 – Instrumentos de Avaliação da Qualidade de Vida

Nas últimas décadas, o crescente interesse por parte dos cientistas e dos serviços de saúde nas questões relacionadas com a qualidade de vida, conduziu a um desenvolvimento marcante desse construto, que se tem vindo a fazer com o propósito de obter uma maior precisão nas avaliações individuais e coletivas dos estados de saúde com qualidade (Campolina & Cicionelli, 2006).

Tem havido, portanto, uma proliferação de instrumentos de avaliação da qualidade de vida, a maioria desenvolvidos nos Estados Unidos da América. As necessidades de tradução e adaptação destes instrumentos à realidade transcultural tem sido, em si mesmo, um tema controverso, uma vez que se teme uma desconexão cultural dos instrumentos de avaliação (Fox-Rushby & Parker, 1995, citado por Fleck, 1998). Contudo, são requisitos essenciais dos instrumentos de avaliação a confiabilidade e a validade. Validade como capacidade em realmente medir aquilo que se propõe medir, e confiabilidade na medida em que se refere ao grau em que a aplicação repetida de um instrumento ao mesmo sujeito produz resultados iguais (Schmidt, Dantas, & Marziale, 2008, citado por Alves, 2011).

Neste contexto, a OMS procurou desenvolver um instrumento de avaliação da qualidade de vida que se revelasse, verdadeiramente, internacional. Para tanto, pediu a colaboração de 15 especialistas de nacionalidades diferentes, através do

desenvolvimento de um projeto colaborativo multicêntrico, que culminou na elaboração do instrumento de avaliação Whoqol-100 (instrumento de avaliação da qualidade de vida composto por 100 itens).

Este instrumento baseia-se num conceito de qualidade de vida que, embora altamente complexo, se define através de três aspetos fundamentais: a subjetividade; multidimensionalidade; e presença de dimensões positivas e negativas.

Dada a sua importância e complexidade, diversos instrumentos de avaliação têm sido desenvolvidos (Campolina & Cicionelli, 2006). Importa, nesta medida, proceder a uma caracterização e distinção dos instrumentos de avaliação genéricos e instrumentos de avaliação específicos, que embora diferentes, se complementam.

Instrumentos de avaliação genéricos

Os instrumentos de avaliação da qualidade de vida têm sido desenvolvidos com as mais diversas finalidades e indicações, dependendo a sua funcionalidade de escalas genéricas, do estado de saúde e escalas específicas a uma determinada situação (A. Silva, 2011).

Nesta medida, os instrumentos de avaliação da qualidade de vida são definidos como escalas mais abrangentes e que podem ser utilizadas em diversas circunstâncias e para aferir em situações genéricas. Assim, os instrumentos genéricos são aqueles desenvolvidos, por exemplo, com a finalidade de refletir o impacto de uma doença sobre a vida do paciente e podem ser aplicados a várias populações. Sendo instrumentos multidimensionais, permitem a mensuração de diversos aspetos como a capacidade funcional, aspetos físicos, dor, estado geral de saúde, vitalidade, aspetos sociais, emocionais e saúde mental (Aguiar, Vieira, Carvalho, & Monteiro-Junior, 2008).

No âmbito, dos instrumentos de avaliação genéricos podem-se destacar o 36-Item Short-Form Health Survey (SF-36), construído com o propósito de representar oito dos conceitos mais importantes em saúde, nomeadamente: a função física; o desempenho físico; a dor física; a saúde geral; a vitalidade; a função social; o desempenho emocional; a saúde mental; e a mudança de saúde (este último não é considerado um conceito de saúde) (Ferreira, 1998).

O mesmo autor refere que a dimensão que corresponde à função física pretende medir desde a limitação para executar atividades físicas menores até às atividades mais

exigentes, passando por atividades intermédias. As dimensões de desempenho físico medem a limitação em saúde em termos do tipo e da quantidade de trabalho executado. As dimensões da dor física representam não só a intensidade e o desconforto causados pela dor, mas também a extensão da forma como interfere nas atividades usuais. A dimensão da saúde geral pretende medir o conceito de percepção holística da saúde, incluindo não só a saúde atual mas também a resistência à doença. A dimensão referente à vitalidade inclui os níveis de energia e de fadiga. A dimensão função social estende a medição “para além da pele do indivíduo”, pretendendo captar a quantidade e a qualidade das atividades sociais, assim como o impacto dos problemas físicos e emocionais nas atividades sociais do respondente. A dimensão da saúde mental inclui questões referentes a quatro das mais importantes dimensões da saúde mental, sendo elas a ansiedade, a depressão, a perda de controlo em termos comportamentais ou emocionais e o bem-estar psicológico. Por fim, a dimensão da transição ou mudança de saúde mede a quantidade de mudança em geral na saúde do indivíduo. Estas oito dimensões podem ser agrupadas em duas áreas principais: saúde física e saúde mental. As várias dimensões contém 2 a 10 itens e são pontuadas através do método de Likert.

O instrumento EuroQol-5-Dimensões (EQ-5D), revela-se essencial na medição da qualidade de vida relacionada com a saúde, permitindo criar um índice que representa o valor do estado de saúde de um indivíduo. É um instrumento que se classifica em cinco dimensões: mobilidade, cuidados pessoais, atividades habituais, dor/mal-estar e ansiedade/ depressão (Ferreira, Ferreira, & Ferreira, 2013).

Cada uma destas dimensões tem três níveis de gravidade associados, correspondendo a sem problemas (nível 1), alguns problemas (nível 2) e problemas extremos (nível 3) vividos ou sentidos pelo indivíduo. Assim sendo, este sistema permite descrever um total de $3^5 = 243$ estados de saúde distintos.

Os mesmos autores referem, que a principal razão para o desenvolvimento inicial deste instrumento de medida é a existência de questionários, como o SF-36, que permitem obter um perfil de saúde e possibilitam serem utilizados em avaliações económicas de custo-efetividade. No entanto, não permitem o cálculo de índices genéricos que representem o valor (intensidade de preferências) atribuído ao estado de saúde e que possam ser utilizados em avaliações económicas de custo-utilidade. É neste contexto que o grupo Euroqol cria um índice genérico de saúde para aplicação em

avaliações económicas. Pretenderam, também criar um instrumento de medida que completasse as restantes medidas e que viabilizasse a recolha de dados de referência em comparações multinacionais. Assim, o EQ-5D é um instrumento de medida de autopreenchimento, que descreve do estado de saúde do indivíduo através de um sistema classificativo composto pelas cinco escalas com valores de 1 a 3.

A construção dos instrumentos de avaliação da qualidade de vida Whoqol (Whoqol-100 e Whoqol-Bref) foi desenvolvida, como já referido, por um grupo de peritos internacionais pertencentes a 15 centros de estudos da qualidade de vida da OMS, uma vez que não existia nenhum instrumento específico com base concetual que avaliasse esta temática de forma transcultural e subjetiva.

Foi, então, necessária uma revisão dos procedimentos para que se clarificasse, de forma conclusiva, o conceito de qualidade de vida, sendo que a esta estão associados os aspetos de subjetividade e multidimensionalidade.

A definição de qualidade de vida expressa uma abrangente conceção influenciada pela saúde física e mental, pela independência, pelas relações sociais e crenças pessoais. A qualidade de vida encontra-se, portanto, subjacente tanto ao contexto cultural e social, como ao meio ambiente em que o indivíduo se encontra inserido (Canavarro et al., 2010).

Assim, o Whoqol-100 é um instrumento de autoavaliação da qualidade de vida, constituído por seis domínios fundamentais (físico; psicológico; nível de independência; relações sociais; ambiente e espiritualidade/religião/crenças pessoais). Cada um dos seis domínios é composto por facetas, e estas são avaliadas por quatro itens que correspondem a quatro questões. O instrumento original é constituído por seis domínios, 24 facetas específicas e uma faceta geral, que inclui 100 questões de avaliação global da qualidade de vida. A versão portuguesa da escala resultou de um estudo qualitativo desenvolvido por um grupo focal, à qual foi adicionada uma nova faceta, o poder político (Vaz Serra et al., 2006a).

Os mesmos autores referem, ainda, que as perguntas se encontram organizadas por escala de resposta (capacidade, frequência, intensidade ou avaliação) e estão formuladas quer de forma positiva, quer de forma negativa.

Posteriormente, tendo em conta o tempo de preenchimento da versão original do instrumento de avaliação da qualidade de vida pela OMS (Whoqol-100) e que revelasse igualmente características psicométricas satisfatórias, foi desenvolvido o Whoqol-Bref que é constituído por 26 questões, sendo duas delas gerais dedicadas à perceção geral da qualidade de vida e da saúde. As 24 questões restantes dizem respeito a cada uma das 24 facetas do instrumento original. Assim, cada uma das 24 facetas do Whoqol-Bref é avaliada por apenas uma questão, ou seja, este instrumento mantém não só as 24 facetas do Whoqol-100, mas também, a sua essência subjetiva e multidimensionalidade do conceito de qualidade de vida (Vaz Serra et al., 2006b).

Os mesmos autores referem, ainda, que os itens que compõem o instrumento foram formulados de acordo com a metodologia específica da OMS e estão organizados em escalas de resposta de tipo Likert de 5 pontos que correspondem a quatro dimensões: a intensidade, a capacidade, a frequência e a avaliação. Mantém os quatro domínios fundamentais do instrumento original. A análise dos itens retirados mostrou que uma estrutura fatorial de quatro domínios era a que melhor se adequava aos resultados obtidos.

No que concerne aos instrumentos genéricos pode-se fazer, ainda, uma breve referência ao instrumento Índice Qualidade de Vida de Ferrans e Powers (IQdV), elaborado pelas enfermeiras americanas Ferrans e Powers. Trata-se de uma escala genérica que mede o índice de qualidade de vida tanto de pessoas sadias, como daquelas que apresentam algum tipo de problema de saúde. O instrumento foi traduzido e adaptado para a população portuguesa em 1999, e é dividido em duas partes, com 34 itens cada uma, dispostos em quatro (4) aspetos: saúde/funcionamento; socioeconómico; psicológico/espiritual e família. Optou-se por uma abordagem individualista, ou seja, uma visão ideológica em que os próprios sujeitos pudessem definir o que representa qualidade de vida para eles. O sujeito é questionado sobre a avaliação que faz da sua própria qualidade de vida em relação a domínios específicos da vida (Scattolin, 2006, citado por Alves, 2011).

Ainda neste âmbito, pode-se referir a Escala de Qualidade de Vida de Flanagan, um instrumento desenvolvido pelo psicólogo americano John Flanagan na metade da década de 70. A escala genérica tem a finalidade de medir a QdV. Esta é bastante utilizada nos Estados Unidos da América, pela validade e confiabilidade dos seus

resultados, que contemplam o grau de satisfação individual ou percebido em cinco (5) dimensões específicas da vida.

Instrumentos de avaliação específicos

No que respeita aos instrumentos específicos de avaliação da qualidade de vida, pode-se afirmar que o ideal de aplicação será combinar este tipo de instrumentos com os instrumentos de origem genérica, numa lógica de complementaridade.

Ainda assim, os instrumentos específicos de avaliação de qualidade de vida revelam-se muito importantes na medida em que são instrumentos que, pela sua sensibilidade, permitem avaliar condições muito específicas. Incidem sobre determinados problemas ou doenças e são indicados em avaliações específicas de ensaios ou intervenções (Oliveira & Orsini, 2008, citado por Alves, 2011).

Estes instrumentos, avaliam a perceção geral da qualidade de vida, sendo vocacionados para o tratamento de dados relativos a determinados sintomas, incapacidades ou limitações (Leal, 2008; Aguiar et al., 2008, citado por Masson, Monteiro, & Vedovato, 2008).

De entre os diversos instrumentos específicos pode-se salientar o 12-Item Short-Form Health Survey (SF-12), que avalia oito diferentes dimensões de influência sobre a qualidade de vida, considerando a perceção do indivíduo em relação aos aspetos da sua saúde nas quatro últimas semanas. Cada item possui um grupo de respostas distribuídas numa escala graduada, tipo Likert, sendo avaliadas as seguintes dimensões: função física, aspeto físico, dor, saúde geral, vitalidade, função social, aspeto emocional e saúde mental. A pontuação varia numa escala de zero a cem, sendo os maiores níveis associados a melhores níveis de QdV (Silveira, Almeida, Freire, Haikal, & Martins, 2013).

Consequentemente 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 (Canavarro, 2010).

A mesma autora refere que o estudo do instrumento de avaliação Whoqol-Old foi semelhante ao Whoqol-100, sendo seguido um conjunto de procedimentos metodológicos consensualmente estabelecidos. Neste seguimento, no que respeita a este instrumento de avaliação foi realizada uma revisão do conceito de qualidade de vida atendendo às particularidades dos adultos idosos, uma vez que as dimensões do Whoqol-100 apresentavam alguns défices, bem como outras questões relativas à utilização do instrumento de avaliação da qualidade de vida que pudessem ser pertinentes para a população em questão. Foram ainda sugeridos itens adicionais, assim como criadas diretrizes para a realização de grupos focais. Estabeleceu-se que cada centro (sendo o Centro Coordenador o de Edimburgo/Escócia, num total de 22 centros/países participantes) deveria efetuar um mínimo de seis grupos focais, um com profissionais de saúde, um com cuidadores, e quatro grupos com idosos, este com um número similar de sujeitos, considerando as variáveis, idade, género e estado de saúde.

A versão final do Whoqol-Old apresenta 24 itens, estes estão agrupados em seis facetas (de quatro itens cada). As facetas dizem respeito ao funcionamento sensorial; autonomia; atividades passadas, presentes e futuras; participação social; morte e morrer; e por último intimidade. Os itens que compõem o Whoqol-Old estão organizados em escalas de resposta de tipo Likert de 5 pontos, assim os valores obtidos podem variar entre 4 e 20 pontos. Neste instrumento de avaliação podem obter-se resultados por faceta ou um resultado global. Os valores mais elevados correspondem a uma qualidade de vida mais elevada (Vilar et al., 2010).

Ainda, neste âmbito, o instrumento Eurohis-Qol-8 trata-se de uma medida de qualidade de vida composta por oito itens, e desenvolvida a partir dos instrumentos de avaliação Whoqol-100 e Whoqol-Bref, com o objetivo de avaliar a saúde do indivíduo. Do ponto de vista concetual, cada um dos domínios (físico, psicológico, das relações sociais e ambiente) encontra-se representado por 8 itens. O resultado é um índice global, calculado a partir da soma dos oito itens, sendo que o valor mais elevado corresponde a uma melhor perceção da QdV. As respostas têm um formato de cinco pontos, variando, por exemplo, entre “Nada” e “Completamente” (Pereira, Melo, Gameiro, & Canavarro, 2011).

Masson, Monteiro, e Vedovato (2008) referem alguns instrumentos específicos que servem para avaliar a qualidade de vida em idosos portadores de doenças crónicas: o Inflammatory Bowel Disease Questionnaire (IBDQ) utilizado em condições clínicas inflamatórias intestinais; o SF-LDQOL, utilizado na avaliação de portadores de doenças hepáticas; e o Chronic Liver Disease Especific Quality Life (CLD-QOL) desenvolvido para avaliação da qualidade de vida especificamente em doentes coreanos.

Capítulo II – O 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).

As mudanças demográficas contribuíram para que ao longo do século XX surgisse uma ciência nova, a gerontologia (Paúl & Ribeiro, 2012). Esta encontra-se ligada a todas as disciplinas do processo de envelhecimento. Na vertente médica domina-se por geriatria, que abrange todos os problemas relacionados com a velhice ocupando-se não só da prevenção, do diagnóstico e do tratamento de doenças crónicas e agudas, como também da recuperação e reinserção na sociedade (Cantera & Domingo, 1998).

2.1 – Conceitos de Idoso, Velhice e Envelhecimento

O idoso

A definição de idoso varia de acordo com diversos autores, e são variados os termos utilizados para caracterizar a pessoa idosa, como por exemplo ancião, velho e idade avançada (Cruz, 2012).

Etimologicamente, “a *velhice* é definida como a derivação de *velho*, procede do latim *veclus*, *vetulus* definido por *pessoa de muita idade*” (Fernández-Ballesteros, 2004, p.39). O envelhecimento, velhice e idoso, fazem referência a alterações de uma condição temporal e a um modo de ter em conta o tempo, isto é, o tempo (idade) do indivíduo.

Neugarten (1975,1979, citado por Fonseca, 2006), um dos pioneiros nesta temática, definiu duas categorias de velhice, nomeadamente: os “jovens-idosos” (young-old), com idades entre os 55-75 anos, e os “idosos-idosos” (old-old), com 75 anos ou mais.

O processo de envelhecimento fica marcado pela existência de várias idades da velhice, o que tem sido evidenciado em diversas investigações acerca do envelhecimento e que permitem realizar a seguinte divisão: 50-64 anos, 65-74 anos, e 75-84 anos (Paúl, Fonseca, Cruz & Cerejo, 2001; Schroots, Fernández-Ballesteros & Rudinger, 1999b, citado por Fonseca, 2006).

Baltes e Smith (1999, 2003, citado por Fonseca) entendem que será necessária uma distinção entre a “3ª idade” e a “4ª idade”, destacando-se, conseqüentemente a importância da idade cronológica e da idade funcional. Os autores citados, referem ainda que a 3ª idade se associa a diversos fatores, dos quais: o aumento da esperança média de vida, a prevenção física e mental e coortes sucessivos com ganhos ao nível da forma física e mental. É com base nestes fatores que cada vez mais as pessoas envelhecem com sucesso e com níveis de bem-estar elevados. No que concerne à 4ª idade, dizemos que se encontra associada a conseqüências nefastas na função cognitiva e na capacidade de aprendizagem, aumento de stress crónico, evidenciação de demências, fragilidades, disfuncionalidade e, ainda, multimorbilidade.

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).

A velhice

Não existe um consenso quanto à definição de velhice, dado que as divisões cronológicas da vida humana não são absolutas e não correspondem sempre às etapas do processo de envelhecimento natural, os desvios ocorrem em ambos os sentidos, ou seja, a velhice não é definida apenas pela cronologia, mas também pelas condições físicas, funcionais e mentais, uma vez que se pode observar diferentes idades biológicas e subjetivas em indivíduos com a mesma idade cronológica (Netto, 1996).

As dimensões biológica, psicológica e social do indivíduo são determinantes no processo de envelhecimento, embora no estudo do envelhecimento a biologia venha prevalecendo, em contraposição à psicologia ou outras ciências sociais (Birren, 1995, citado por Fonseca 2006).

Assim, Schoorts e Birren (1980, citado por Fonseca, 2006), mencionam três componentes de processo de envelhecimento:

- **Componente Biológica**, traduz a vulnerabilidade do indivíduo, sendo maior a probabilidade de morrer;
- **Componente Social**, relacionada aos papéis sociais do indivíduo e expectativas da sociedade;
- **Componente Psicológica**, consiste na auto-regulação que o indivíduo detém face o processo de senescência

Numa outra perspectiva, Birren e Cunningham (1985), citados por Fonseca (2006), consideram essencial a diferenciação entre as diferentes categorias de idades:

- **Idade biológica**: referente ao funcionamento dos sistemas vitais do organismo humano, revela-se extremamente relevante no que concerne à verificação das maleitas que afetam o indivíduo, uma vez que se verifica um deterioramento desses sistemas decorrente do passar do tempo;
- **Idade psicológica**: refere-se às características psicológicas que necessárias ao processo de adaptação ao meio envolvente, nomeadamente os sentimentos, cognições, motivações, a memória, a inteligência e, ainda, outras competências relacionadas com o controlo emocional das pessoas e a sua autoestima;
- **Idade sociocultural**: refere-se ao conjunto determinado de papéis sociais desenvolvidos pelo indivíduo no âmbito das suas relações interpessoais e, também, à sua identidade cultural. A idade sociocultural é determinada por comportamentos, hábitos, estilos de relacionamento interpessoal, etc.

Fernandéz-Ballesteros (2000, citado por Fonseca, 2006) encara estas distinções entre idades, no âmbito da concetualização da velhice, numa tentativa de superação da idade psicológica e da idade social.

2.2 – Envelhecimento Demográfico

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

Em Portugal a tendência de envelhecimento demográfico manteve-se, processo este que se evidencia na alteração do perfil das pirâmides etárias (INE, 2013).

Quanto à estrutura etária da população em 2011, houve igualmente desequilíbrios já evidenciados na década passada.

A base da pirâmide diminuiu, à qual corresponde a população mais jovem e alarga-se o topo com o evidente crescimento da população idosa, como se pode verificar na figura 1 (INE, 2012).

Nos últimos dez anos, Portugal perdeu população em todos os grupos etários quinquenais entre os 0-29 anos. No entanto, a partir dos 30 anos a situação inverte-se verificando-se um crescimento de 9% da população para o grupo dos 30-69 anos e de 26% para idades superiores a 69 anos.

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 mais avançadas se verificou um reforço da sua importância no total da população. A população com 70 e mais anos representava 11% em 2001 e passou a representar 14% em 2011.

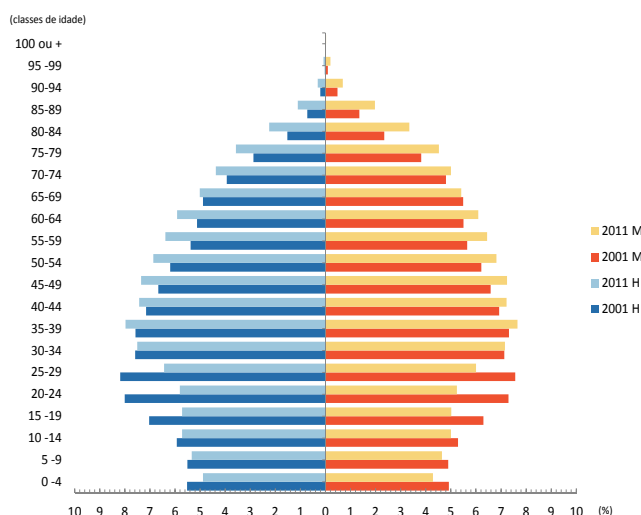


Figura 1 – Estrutura Etária da População Residente por Sexo, 2001 e 2011

Fonte: INE (2012, p.20).

Na última década agravou-se a diferença entre jovens e idosos. De 2001 para 2011 a percentagem de jovens diminuiu 1%. Não obstante, na população idosa verificou-se o inverso tendo passado de 16% em 2001 para 19% em 2011 (INE, 2012).

Nas sociedades modernas, o envelhecimento da população tornou-se um dos fenómenos demográficos mais preocupantes, no entanto deixou de ser um fenómeno localizado apenas no interior do país, uma vez que o agravamento do envelhecimento da população tem vindo a ocorrer de forma generalizada.

Em 2001 o índice de envelhecimento da população era de 102, passando em 2011 a 128 (figura 2), tal traduz que, nesse ano por cada 100 jovens (0-14 anos) existiam 128 idosos.

O índice de longevidade é uma medida que relaciona a população igual ou superior a 75 anos com o total da população idosa, em 2011 este índice era de 48, contra 41 em 2001 e 39 em 1991.

No que respeita ao índice de dependência total, o número de jovens e de idosos em cada 100 indivíduos em idade ativa, aumentou de 48,6 em 2001 para 51,4 em 2011. Este valor resulta de duas evoluções opostas neste período de tempo: uma redução do índice de dependência de jovens (número de jovens em cada 100 indivíduos em idade ativa) de 24,0 para 22,6, e, simultaneamente, um aumento do índice de dependência de idosos (número de idosos em cada 100 indivíduos em idade ativa) de 24,6 para 28,8, como representa a figura 2 (INE, 2013).

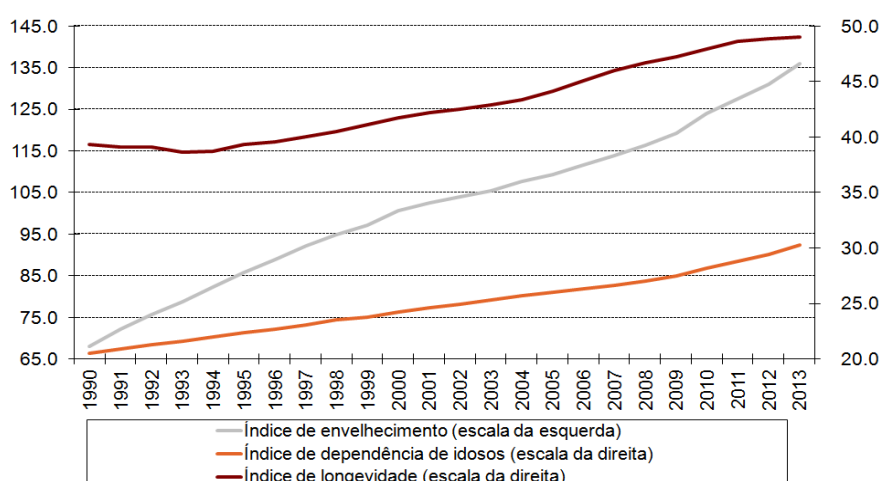


Figura 2 – Índice de Envelhecimento

Fonte: INE (2014, p.2).

O considerável aumento de pessoas que atinge a idade avançada, origina um novo problema, o qual tem de ser enfrentado por médicos, sociólogos, psicólogos entre outros profissionais. Este facto advém do progresso mundial, bem como o aumento de pessoas que se prepararem para uma vida mais longa, com melhores perspectivas a nível social e psicológico (Cruz, 2012).

2.3 – Processo de Envelhecimento/Desenvolvimento

O desenvolvimento traduz-se numa expressão conjunta de aspetos de crescimento (ganhos) e declínio (perdas), pelo que qualquer progressão desenvolvimental se revela no aparecimento de novas capacidades adaptativas e na perda de capacidades que existiam então. Baltes (1987), citado por Fonseca (2006) entende que toda e qualquer mudança desenvolvimental comporta ganhos e perdas. Esta dicotomia entre ganhos e perdas que se verifica ao longo da vida corresponde ao que Birren, Schroots e outros autores têm defendido no âmbito da relação desenvolvimento-envelhecimento, na medida em que se tratam de dois processos de mudança interdependentes (Birren & Schroots, 1996, citado por Fonseca, 2006).

Segundo Molina e Tarrés (2004), o envelhecimento é definido como uma série de modificações morfológicas, psicológicas, funcionais e bioquímicas ocorridos ao longo do tempo sobre a vida. É um processo universal (afeta todos os organismos vivos), intrínseco (é uma característica própria de todas as espécies), progressivo (aparece e progride com o passar do tempo), e deletério (determina a morte dos indivíduos).

Birren e Cunningham (1985, citado por Fonseca, 2006) entendem que um envelhecimento normal reflete o comportamento do indivíduo ao longo da sua vida, isto é, o modo como se desenvolve. Sayer e Barker (2002, citado por Fonseca, 2006) realizaram um estudo no qual defendem que os fatores ambientais a que o indivíduo está sujeito desde o nascimento e, ainda, o seu nível de plasticidade desenvolvimental, influenciam o seu envelhecimento.

2.3.1 – *Envelhecimento primário/secundário/terciário*

Birren e Schroots (1996, citados por Fonseca, 2006) procederam à classificação da divisão acerca do que é normal e patológico, atualizando os padrões de envelhecimento a que comumente Busse (1969) chamou de primário e secundário, acrescentando-lhe um novo padrão, nomeadamente o envelhecimento terciário. Pelo que os caracterizaram do seguinte modo:

- ***Envelhecimento primário***: reflete as mudanças inerentes ao envelhecimento que são completamente irreversíveis;
- ***Envelhecimento secundário***: refere-se às alterações que se iniciam devido a doenças relacionadas com a idade, mas que, contudo, podem ser reversíveis ou prevenidas;
- ***Envelhecimento terciário***: reflete alterações que se precipitam na velhice e que sugerem a existência de um envelhecimento rápido que precede o momento da morte.

2.3.2 – *Teorias do envelhecimento*

Várias teorias tentam explicar o processo de envelhecimento. Em seguida serão apresentadas algumas das principais que se incluem no âmbito biológico e psicossocial.

2.3.2.1 – *Teorias do envelhecimento biológico*

A única certeza que as pessoas têm para além do nascimento e da morte, é que envelhecem. Contudo, o processo de envelhecimento ao longo da vida varia de indivíduo para indivíduo. Esta constatação deu origem ao desenvolvimento de diversas definições de envelhecimento biológico, isto é, com o avançar da idade o indivíduo perde a funcionalidade, fica mais suscetível ao aparecimento de doenças, e a probabilidade de morte é maior (Mota, Figueiredo, & Duarte, 2004).

De acordo com Fernández-Ballesteros (2004), os biólogos contribuíram com várias teorias para melhor compreensão do envelhecimento. A mesma autora refere que a teoria biológica diz respeito ao organismo individual e experimenta três fases fundamentais, tais como: crescimento e desenvolvimento; maturação; declive e morte. Estas etapas acontecem caso não haja erros biológicos ou morte provocada por acidente

do organismo, assim como uma alteração plástica e/ou funcional que antecipe a morte do indivíduo. Na figura 3, pode observar-se a representação esquemática do envelhecimento biológico.

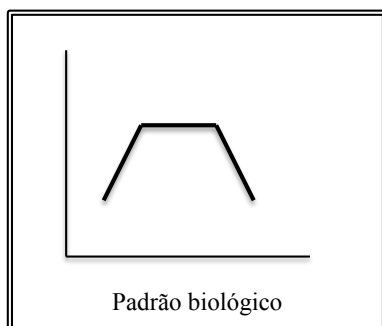


Figura 3 – Representação Esquemática do Envelhecimento Biológico

Fonte: Fernández-Ballesteros (2004, p.46)

Segundo Robert (1995), a maior parte dos pesquisadores que retificaram as teorias do envelhecimento apresentam-nas por ordem cronológica do seu aparecimento, ou pelo menos tentaram uma classificação racional. Este autor refere ainda que uma das classificações mais completas foi a de Zhorès Medvedev, enumerando mais de 300 teorias e reagrupando-as em varias subclasses.

Contudo, estas teorias em separado não explicam adequadamente o envelhecimento, uma vez que as mudanças que o tempo do organismo do ser humano acarreta são de todos os tipos (celulares, intelectuais, afetivas, familiares, etc.) (Fernández-Ballesteros, 2004).

Os autores Winner e Timiris (2003, citado por Teixeira & Guariento, 2010) apresentam teorias e mecanismos biológicos do envelhecimento, tais como: evolutivas; moleculares – celulares e sistémicas, cuja descrição se apresenta no figura 4.

Teorias	Descrição
<p>Evolutivas</p> <ul style="list-style-type: none"> Acúmulo de mutações Pleiotropia antagonista Soma descartável 	<p>A seleção natural torna-se “negligente” com as mutações que afetam a saúde em idade avançada.</p> <p>Os genes benéficos na juventude tornam-se deletérios na fase pós-reprodutiva.</p> <p>As células somáticas são mantidas somente para assegurar o êxito na reprodução, tornando-se descartáveis após esse período.</p>
<p>Moleculares – celulares</p> <p>Erro-catastrófico</p> <ul style="list-style-type: none"> Mutações somáticas senescência celular/telômeros Radicais livres/DNA Glicosilação (AGEs)/ligações cruzadas Morte celular 	<p>Com o envelhecimento, há um declínio na fidelidade da expressão genética, que resulta na autoamplificação de erros na síntese proteica. O acúmulo desses erros provoca o “ero de catástrofe”.</p> <p>Os danos moleculares acumulam-se principalmente no DNA.</p> <p>O fenótipo do envelhecimento é causado pelo aumento na frequência de células senescentes. A senescência celular pode ser decorrente do encurtamento dos telômeros (senescência replicativa) ou do stresse celular.</p> <p>O metabolismo oxidativo produz radicais livres altamente reativos, que subsequentemente, causam danos nos lipídios, nas proteínas e no mtDNA.</p> <p>O acúmulo de AGEs nas proteínas da matriz extracelular tem consequências deletérias e contribui para o envelhecimento.</p> <p>A morte celular programada ocorre por eventos genéticos ou em decorrência de crise no genoma.</p>
<p>Sistêmicas</p> <ul style="list-style-type: none"> Neuroendócrinas Neuroendócrina-imunológica Ritmo/velocidade da vida 	<p>As alterações no controle neuroendócrino da homeostase resultam em mudanças fisiológicas relacionadas à idade.</p> <p>O declínio da função imune associado ao envelhecimento resulta em incidência maior de doenças autoimunes.</p> <p>Há um potencial de energia para o metabolismo de cada organismo vivo. “Viva rapidamente e morra jovem”.</p>

Figura 4 – Teorias Biológicas do Envelhecimento

Fonte: Teixeira e Guariento (2010)

Neste seguimento, Pinto (2001, p.18) refere que as teorias do envelhecimento se dividem em dois grandes grupos: estocásticas e deterministas. As primeiras “defendem que o envelhecimento é uma consequência de lesões sucessivas, que vão conduzir ao desgaste e à morte”, estas teorias podem ser reagrupadas por outras, exemplos destas são a teoria do erro de catástrofe; teoria dos radicais livres; teoria do desgaste natural, entre outras. As segundas referem que o “envelhecimento é uma consequência direta de um programa genético, funcionando o genoma como um relógio molecular, biológico”, estas teorias podem ser reagrupadas igualmente por outras, como a teoria genética; teoria dos telómeros; teoria imunológica, entre outras (Oliveira, 2005, pp. 33-34).

Teorias Estocásticas

Teoria do erro – catástrofe

A teoria do “erro-catástrofe” do envelhecimento celular, foi proposta por Orgel (1963), o autor refere que o processo da síntese de proteínas envolve a atuação de proteínas, exemplo disso é a enzima aminoacil-sintetase, esta liga o aminoácido ao ácido ribonucleico (ARN). Quando esta enzima funciona incorretamente, podem surgir erros na estrutura primária das proteínas que são sintetizadas pela célula. Segundo Hirai (1982), verificou-se a presença de formas termolábeis de duas desidrogenases em fibroblastos velhos e evidenciou-se uma alteração na estrutura primária dessas proteínas. Assim, diferentes proteínas celulares podem acumular erros em diferentes proporções (Gava & Zanoni, 2005).

Teoria dos radicais livres

A teoria dos radicais livres foi proposta pela primeira vez por Harman em 1966. Para o autor, o fenómeno de envelhecimento resulta da acumulação de lesões moleculares provocadas pelas reações dos radicais livres nos componentes celulares ao longo da vida, estes por sua vez fazem com que haja uma perda das funcionalidades e aumentem as doenças em idades mais avançadas, levando à morte (Mota et al., 2004).

De acordo com os mesmos autores, os radicais livres constituem um grupo de substâncias químicas que contêm um ou mais electrões desemparelhados numa orbital, o que lhes confere uma grande instabilidade química. Os de maior importância são os radicais livres de oxigénio, tais como o superóxido, o hidroxilo, e o oxigénio singlete.

Teoria do desgaste

De acordo com Sacher (s.d, citado por Berger & Mailloux-Poirier, 1995), esta teoria considera que o organismo humano se comporta como uma máquina, em que as partes se deterioram com o uso. Assim, este desgaste provocaria anomalias, resultando posteriormente de uma paragem desse mecanismo. Contudo, Shock (s.d, citado por Berger & Mailloux-Poirier, 1995) não partilha a mesma opinião, considerando que a analogia homem-máquina não se comparam, pois ao contrário das máquinas, os organismos vivos desenvolveram certos mecanismos capazes de autorreparação. Exemplo disso são os tecidos epiteliais, a mucosa do trato gastrointestinal e os glóbulos vermelhos que produzem continuamente novas células de substituição e diminuem os efeitos do envelhecimento por desgaste.

Teorias Deterministas

Teoria genética

Para Ermida (1999) as experiências de Hayflick desde 1961 constituem um marco em gerontologia, ao estabelecerem o paradigma e o modelo experimental do envelhecimento celular. Hayflick verificou que fibroblastos embrionários multiplicam-se durante meses até 50 vezes, mas pouco a pouco deixam de o fazer, acabando por morrer. Esta descoberta deu origem à explicação do envelhecimento como incapacidade progressiva das células para assegurarem a sua substituição, com a morte consequente.

Teoria dos telómeros

A teoria dos telómeros contempla os extremos dos cromossomas normais, estes são constituídos por estruturas designadas por telómeros, que desempenham um papel fundamental no seu comportamento, isto é, impedir a união entre os cromossomas (Gava & Zanoni, 2005). A telomerase, é uma enzima que adiciona várias repetições de bases de ácido desoxirribonucleico (DAN) telomérico aos telómeros, e em cada duplicação celular a célula perde entre 50 e 201 pares de bases (bp) de DAN telomérico. Assim, as células terminam a sua divisão quando o comprimento final do DAN telomérico atinge aproximadamente 4-7 bp, prevenindo a união com outros cromossomas. O encurtamento dos telómeros ocorre porque a maioria das células somáticas normais não sintetiza a telomerase (Mota et al., 2004).

Teoria imunológica

Segundo diversos investigadores, esta teoria defende que as transformações a nível do sistema imunitário podem ter um papel etiológico no envelhecimento. Neste sentido, o envelhecimento resultaria da formação de anticorpos, estes por sua vez atacariam as células sãs do organismo. No entanto, o organismo do ser humano possui um extraordinário sistema de defesa que engloba vários mecanismos, denominado por *imunidade*. Segundo esta teoria, o que origina o envelhecimento, é a disfunção gradual, ou falha do sistema imunitário do organismo (Berger & Mailloux-Poirier, 1995).

2.3.2.2 – Teorias psicossociais

De acordo com Fernández-Ballesteros (2004), não existem teorias psicológicas para explicar a velhice e o envelhecimento, mas sim descrições de alterações que se produzem com o tempo (e idade), no funcionamento das pessoas. Ainda a mesma autora refere que, à semelhança das psicológicas o que se pretende estabelecer é que as mudanças ocorrem com o passar da idade no funcionamento psicológico (crescimento e desenvolvimento; maturação; declive e morte), no entanto nem todas as mudanças ocorrem de acordo com o padrão normal apontado no padrão biológico, podem assim assumir várias formas, como se pode observar na figura 5, a representação esquemática do padrão psicológico.

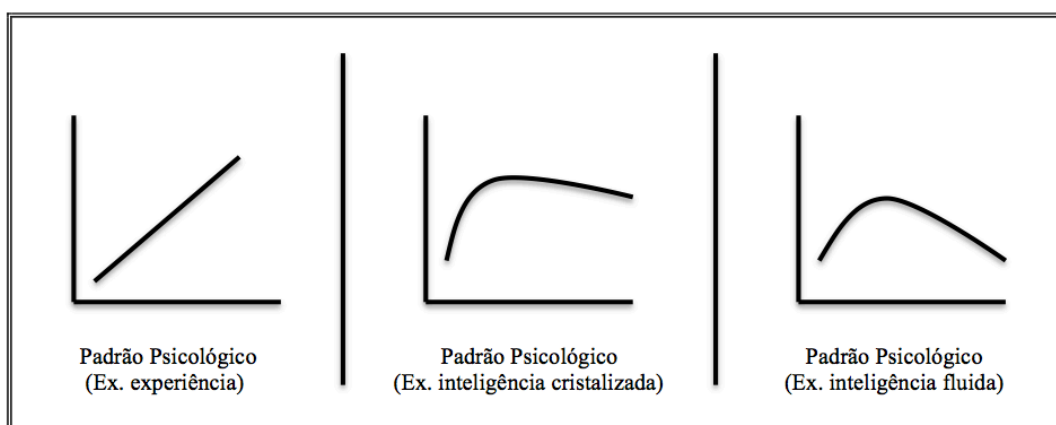


Figura 5 – Representação Esquemática do Padrão Psicológico

Fonte: Fernández-Ballesteros (2004, p.46)

Teoria da atividade

A teoria da atividade foi introduzida por Havighurst (1953, 1973) e considera que, a satisfação da vida se encontra vinculada com os papéis familiares, profissionais, sociais, etc., neste sentido, a pessoa idosa para ser feliz e se sentir satisfeito, o indivíduo deve ser ativo e considerar-se útil. De acordo com diversos autores, a melhor forma de envelhecer centra-se em adquirir novos papéis e/ou manter os anteriores. Esta teoria tem como princípios básicos os seguintes: a satisfação da vida encontra-se vinculado aos papéis familiares, profissionais e sociais; a idade adulta e a meia idade são prolongadas pela atividade; é fundamental valorizar a idade e atribuir ao idoso apreciados socialmente; a atividade depende do estado de ânimo; e a atividade encontra-se vinculada com o tipo de atividade que o idoso desempenha (Yuste Rossel, 2004).

Teoria da continuidade

A teoria de Neugarten (1968, citado por Rossel, 2004) considera que o envelhecimento é uma parte integrante do ciclo de vida e não um período final, separado das outras fases, pois o idoso mantém os seus hábitos de vida, as suas preferências, experiências e compromissos adquiridos e elaborados durante a sua vida. Deste modo, a conduta de um indivíduo numa determinada situação mantém-se idêntica ao seu comportamento anterior.

Ainda o mesmo autor refere que apesar de existir uma certa descontinuidade ao nível das situações sociais, hábitos e estilos de vida adquiridos pelos idosos, determinam a sua adaptação. As pressões de certos acontecimentos sociais que surgem durante os últimos anos de vida do indivíduo, pode levar à adopção de certos comportamentos, contudo o indivíduo continua na direção de vida já iniciada anteriormente.

2.3.2.3 – O contextualismo

As teorias contextualistas assentam em dois parâmetros fundamentais, nomeadamente:

1. A interdependência organismo-meio, na qual o organismo assume o papel de agente ativo na determinação do seu desenvolvimento, enquanto o meio é uma

necessidade para que aquele desenvolvimento suceda, que pode ter um papel inibidor ou estimulante no desenvolvimento;

2. A plasticidade do desenvolvimento psicológico, no qual as alterações se apresentam de modo organizado e sistemático, devendo ser analisadas como desenvolvimentais e sucessivas temporalmente. Mudanças aleatórias desorganizadas e dispersas não serão consideradas mudanças desenvolvimentais.

De acordo com Fonseca (2007) o estudo acerca do desenvolvimento humano apoia-se nos modelos associados às teorias do desenvolvimento que se inspiram no paradigma contextualista, concretamente, na abordagem ecológica de desenvolvimento humano; no contextualismo desenvolvimental; na teoria da ação e controlo pessoal sobre o desenvolvimento; e na psicologia desenvolvimental do ciclo de vida, que se descreve tendo em consideração os aspetos científicos mais relevantes.

Psicologia desenvolvimental do ciclo de vida

O desenvolvimento consubstancia-se num processo de mudanças que sucedem num determinado contexto de sucessos antecedentes e subseqüentes que são determinantes na análise e compreensão dessas mudanças (Fonseca, 2007).

O paradigma *lifespan* comporta diversos níveis e temporalidade, pelo que se define como sendo um conceito relativamente recente que é transacional, dinâmico e contextualista, uma vez que entende o desenvolvimento como um processo contínuo, multidimensional e multidirecional de mudanças que são influenciadas por determinantes genéticos, biológicos e socioculturais, que podem ser de natureza normativa ou de natureza não normativa (Baltes & Smith, 2004, citado por Magalhães, 2014).

Deste modo, crescer implica o alcançar de níveis cada vez mais elevados de funcionamento ou de capacidade de adaptação. Baltes e Baltes (1990, citado por Magalhães, 2014) apresentam a teoria (SOC) de seleção, otimização e compensação, defendendo que os ganhos e perdas evolutivas, resultam da interdependência entre os recursos da pessoa e do meio, proporcionando o desenvolvimento no envelhecimento como sendo bem sucedido ou adaptativo (Néri, 2006).

A teoria (SOC) referida supra pretende atingir dois objetivos: por um lado, descrever o desenvolvimento em geral e, por outro, estabelecer o modo como os indivíduos podem manipular as mudanças através das condições biológicas,

psicológicas e sociais. A seleção entende-se como a especificação e diminuição das alternativas que se permitem pela plasticidade de cada indivíduo. A otimização entende-se como a aquisição, aplicação, coordenação e manutenção dos recursos intrínsecos e extrínsecos no alcançar de níveis ótimos de funcionamento. A compensação evidencia-se no manter do funcionamento, concretamente através do uso de aparelhos auditivos, cadeira de rodas e programas de treino cognitivo.

2.4 – Envelhecimento Bem Sucedido/Ativo

Bearon (1996, citado por Tomasini & Alves, 2007) refere que a partir de 1960, ou talvez antes, pesquisadores gerontologistas desenvolveram estruturas conceituais para descrever o processo de envelhecimento. Assim, o termo usado para descrever uma boa velhice era “envelhecimento bem-sucedido”. Este continuou a destacar-se pelas décadas seguintes, sendo que a pesquisa sobre o envelhecimento bem-sucedido se deveria focar sobre pessoas que estariam acima da média, quanto às suas características fisiológicas e psicológicas.

Como existem diferenças entre os indivíduos na forma como encaram a sua juventude e idade adulta, também há diferentes formas de lidar com os aspetos positivos e negativos que decorrem com o envelhecimento (Fonseca, 2012).

De acordo com Lazarus e Lazarus (2006, citado por Fonseca, 2012), os aspetos positivos dizem respeito:

- à satisfação com a reforma, em que o indivíduo pode ocupar o seu tempo com outras atividades substituindo o trabalho;
- a oportunidade para tomar conta ou passar mais tempo com os netos, em que o papel de avós se torna mais frequente;
- a capacidade para escolher objetivos, o indivíduo faz uma seleção dos que se adequam no determinado momento em que se encontram;
- a sabedoria, em o indivíduo é mais tolerante e compreensivo face ao que o rodeia;
- e a cristalização de um padrão de comunicação entre o casal, ou seja, um dos elementos consegue perceber o que o outro sente, sendo que esta será uma das melhores experiências.

Ainda o mesmo autor mostra que os aspetos negativos estão associados:

- à consciencialização de que a hora da morte se aproxima, sendo que este aspeto seja fator de ansiedade, apesar de negado pelos indivíduos;
- o fosso geracional, ou seja, as relações sociais, familiares e até mesmo o modo de vida são alteradas;
- a morte de familiares e amigos, conforme o indivíduo vai envelhecendo, este fato torna-se mais frequente;
- a diminuição de saúde, faz com que o indivíduo sinta medo de se tornar dependente;
- e a falta de oportunidade para manter uma função útil na vida, fazendo com que o indivíduo se sinta desanimado.

O termo de envelhecimento ativo (EA) surgiu no final da década de 90, substituindo o termo envelhecimento saudável, a OMS (2005, p.13) define-o como o “processo de otimização das oportunidades de saúde, participação e segurança, com o objetivo de melhorar a qualidade de vida à medida que as pessoas ficam mais velhas”. Mais concretamente como

o processo que permite às pessoas realizar o seu potencial de bem-estar físico, psíquico e mental ao longo do ciclo de vida e participar na sociedade de acordo com as suas necessidades, desejos e capacidades, proporcionando-lhes proteção, segurança e cuidados adequados quando necessitam de assistência (Bermejo, 2010, p.13).

Assim, este novo paradigma torna-se mais consensual, ou seja, permite que as pessoas mais velhas tenham qualidade de vida e saúde, que promovam a sua autonomia a nível físico, psicológico e social, proporcionando a sua participação ativa na sociedade nas mais diversas questões, isto é, económicas, culturais, espirituais e cívicas, permitindo que percebam o seu potencial para promover o seu bem-estar e qualidade de vida (Ribeiro & Paúl, 2011b).

O objetivo do EA, é também aumentar a qualidade de vida de todas as pessoas que envelhecem, principalmente aquelas mais frágeis, fisicamente incapacitadas e que necessitam de cuidados (Jacob & Fernandes, 2011).

O modelo de envelhecimento ativo preconizado pela OMS, assenta em diversos fatores designados por “determinantes”, isto é:

- **Pessoais**, que dizem respeito aos fatores biológicos, genéticos e psicológicos;
- **Comportamentais**, que fazem referência aos estilos de vida saudável do próprio

indivíduo, bem como a participação ativa no cuidado de saúde;

- **Económicos**, que incluem os rendimentos, a proteção social e oportunidades de trabalho digno;
- **Ambiente Físico**, considerando as acessibilidades no que respeita a serviços de transporte, habitação e alimentação adequada;
- **Sociais**, tendo em conta os apoios sociais, acesso à educação e alfabetização, prevenção de violência e abusos;
- **Serviços Sociais e de Saúde** dos quais as pessoas podem beneficiar (promoção de saúde e prevenção de doenças) (Ribeiro & Paúl, 2011a).

Entende-se, ainda, que a cultura e o género constituem determinantes essenciais e transversais, que atuam como filtros no âmbito da compreensão do fenómeno do envelhecimento. De facto, as trajetórias individuais do envelhecimento divergem, não raras vezes, sendo determinantes para um envelhecimento ativo.

Assiste-se, numa perspetiva comunitária, a divergências intrínsecas nos recursos, comportamentos e valores que são inerentes à construção do percurso de vida, quer dos homens, quer das mulheres. Assim, na construção de identidades de género, são determinantes as experiências de vida, cujos resultados de envelhecimento divergem dos homens para as mulheres, e se baseiam em culturas e subculturas específicas, que exigem leituras e abordagens diversas, como se demonstra na figura 6.

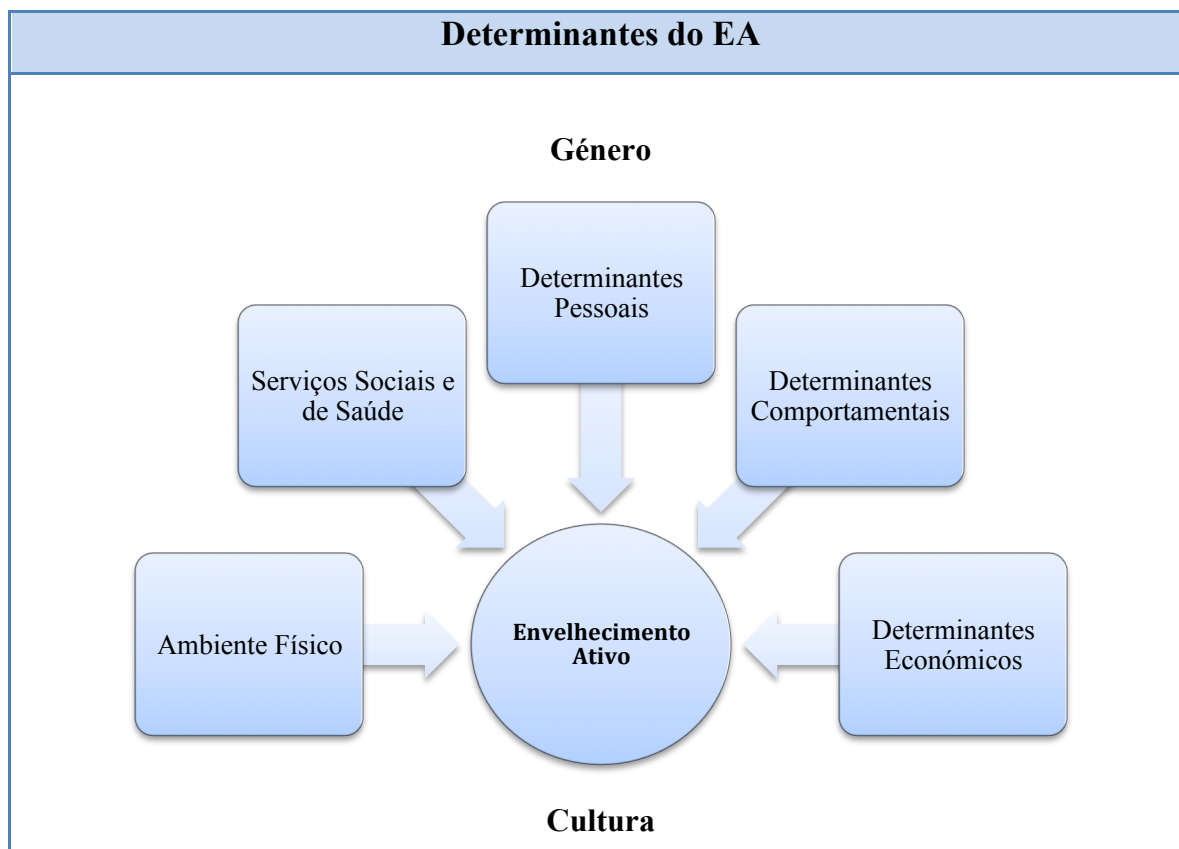


Figura 6 – Determinantes do EA
 Fonte: Ribeiro e Paúl (2011, p.3)

O conceito de EA pode ser aplicado a indivíduos e grupos populacionais, permitindo que estes percebam o seu potencial ao longo da vida, tanto para o bem-estar físico, como social e mental, e participando ativamente em diversas questões (Jacob, 2007).

Um objetivo fundamental a ter em conta no que respeita a este conceito, é a manutenção da autonomia e da independência, pois através de novas políticas e desenvolvimento de programas educativos, a saúde das pessoas mais velhas pode ser mantida e/ou melhorada, e gerar novas oportunidades de participação no exercício dos seus direitos. No entanto, ainda há um longo caminho para ser percorrido, para que o EA seja uma realidade para todos os cidadãos, independentemente do ambiente em que se encontre inserido, das suas condições económicas, da sua saúde e do seu nível de dependência e de heteronomia (Pinazo, Lorente, Linón, Fernández, & Bermejo, 2010).

Outros autores afirmam que as pessoas que têm uma boa qualidade de vida, assim como estilos de vida adequados, ou seja, dieta nutricional equilibrada, e

planeamento para esta fase da sua vida, são essenciais para o envelhecimento saudável (Santos, Andrade, & Bueno, 2009).

Segundo Pelzer e Sandri (2002, citado por Cruz, 2012), as pessoas mais velhas que se concentrem num determinado objetivo, tarefa ou missão mantendo-se ativas e que se foquem até mesmo em projetos de vida, provavelmente tenham uma velhice com maior qualidade de vida. Neste sentido, pode ser possível seguir caminhos alternativos para encarar este fato.

2.5 –Intervenção Cognitiva

Por intervenção cognitiva entende-se o um conjunto de instrumentos e metodologias que se utilizam como meio de otimização das capacidades cognitivas e funcionais dos indivíduos (Yangas & Leturia, 2015). Para tanto, surge como relevante a referência de conceitos como a memória e os vários tipos que integram e, a estimulação cognitiva.

Memória

O envelhecimento é um processo que surge desde o nascimento e que acompanha o individuo durante todo o seu ciclo vital, que vem acompanhado de alterações nas capacidades cognitivas, que em algumas situações anómalas podem revelar a existência de patologia cerebral. A memória é a primeira capacidade cognitiva que se vê afetada durante o processo de envelhecimento, podendo originar casos de demência degenerativa. As alterações da memoria são, portanto, as mais estudadas na área do envelhecimento. Para tal torna-se relevante diferenciar os tipos que integram a memória, concretamente (Pais, 2008).

Pousada e Fuente (2007) referem que a memória deriva de processos cognitivos que são marcados pela complexidade do ambiente do individuo, que possibilitam processos de aprendizagem e podem ser observados como uma interação complexa entre sistemas. Outra característica essencial do ambiente humano é o facto de este ser formado por outras pessoas, pelo que é necessário um processo de adaptação da conduta humana às suas especificidades (ex. linguagem). Neste sentido, referem-se os três sistemas que configuram a memória:

Memória Sensorial: refere-se à estimulação que o indivíduo recebe do exterior durante frações de segundos e tem o objetivo de alargar a duração de estímulos breves que vão ser completados pelos processos perceptivos; remete para um processo que medeia a percepção e a memória. Parte da informação que este tipo de memória regista, passa para a memória de trabalho ou memória operativa.

Memória de Trabalho: refere-se a um sistema que permite, momentaneamente, manter determinada informação, sendo que a sua função não passa exclusivamente pelo armazenamento de informação, mas também pela manipulação ativa da informação absorvida. Esta memória é constituída por um grande subsistema: a memória a curto prazo.

Memória a curto prazo: trata-se de um sistema de capacidade limitada que permite, temporariamente, manter e processar a informação que o indivíduo necessita em cada momento de forma a realizar determinadas tarefas.

Memória a Longo Prazo: refere-se ao conhecimento acerca do mundo e do passado do indivíduo. A informação da memória a longo prazo permanece desativada até que determinada tarefa ou situação exigem a sua ativação. Esta memória é constituída por dois grandes subsistemas: a memória declarativa e a memória não declarativa.

Memória Declarativa: é o sistema cujo conteúdo é inspecionado conscientemente e transmitido através termos linguísticos, sendo dividida em memória episódica e semântica:

Memória Episódica: refere-se a recordações de situações determinadas que o indivíduo vivenciou ao longo da vida (recordação das férias, por exemplo).

Memória Semântica: refere-se à representação dos significados de palavras e conceitos em geral.

Memória Não Declarativa: o sistema que a contém não é inspecionado conscientemente e a sua representação não é feita através da linguística. Tem em conta as habilidades motoras, como será exemplo andar de bicicleta.

A memória é uma faculdade indivisível que nos permite recordar informações passadas e que deve ser encarada como um sistema multidimensional, em constante interação com os processos perceptivos, nomeadamente: a compreensão e expressão verbal, o desenvolvimento de habilidades motrizes, os processos de atenção e em geral com conjunto de processos cognitivos. Embora a tendência seja a de que a capacidade

para recordar tende a sofrer uma deterioração, a verdade é que nem todos os tipos de memória evoluem da mesma forma (Hernandis & Martínez, 2005).

Estimulação Cognitiva

No final do século XX e início do século XXI, os avanços nas neurociências revelaram evidências favoráveis à plasticidade neural. Indiciaram a neurogênese no cérebro adulto, as bases moleculares da memória e da aprendizagem, bem ainda, a existência de milhares de sistemas integrados (Jones, 2000 citado por Oliva, Donato, Dias & Reis, 2009).

Pelo que se reconhece que a perda de memória é um processo multifactorial, sendo que é possível intervir em alguns deles favorecendo a estimulação e a manutenção cognitiva. A idade surge como um fator determinante no que diz respeito às falhas de memória, mas existem ainda variáveis, pessoais e ambientais, tais como as perdas, a depressão, a desvinculação e a institucionalização que são, também, fatores concorrentes (Hernandis, 2010).

O mesmo autor refere, ainda, que os programas de estimulação cognitiva se dirigem a pessoas com 65 ou mais anos, com um envelhecimento normal, e pretendem colmatar as falhas de memória que vão surgindo inevitavelmente.

Ainda o mesmo autor, refere que os PEC contêm uma parte teórica e uma parte prática que carece de ensinamento e aprendizagem de estratégias na áreas da: estimulação sensorial, atenção, linguagem, orientação espaço-temporal, cálculo.

Capítulo III – Instituições de Solidariedade Social

3.1 – Evolução Histórica das Instituições

As instituições de carácter social, que desempenham função de assistência aos idosos, nem sempre assumiram a tipologia e complexidade que hoje conhecemos.

Na idade média, o conceito de assistência tinha por base a pessoa e o relacionamento desta com Deus e o próximo, preconizado através da caridade. Nas suas origens, a assistência estava ligada à Igreja, que assumia, entre as suas funções, a função social de acolhimento aos desvalidos (Azevedo, 2000).

O mesmo autor refere que as transformações económicas e sociais sentidas no século XIX levaram a que a Igreja redefinisse a sua doutrina em matéria social, ou seja, caberia ao Estado um papel protetor e regulamentador na promoção de uma ordem social onde os princípios cristãos, como a caridade e a justiça, fossem valores fundamentais. No século XX a Igreja continuava a desempenhar um papel social fundamental na proteção aos necessitados.

As primeiras respostas sociais criadas em Portugal para os idosos, tiveram lugar em Lisboa, em 1969, com o seminário “Políticas para a Terceira Idade”, no qual se destaca a participação do francês Paul Paillat. Este seminário serviu de base para a preparação das políticas sociais do estado para a terceira idade. Em 1971, foi criado o serviço de reabilitação e proteção aos diminuídos e aos idosos, que substituiu o instituto de assistência aos inválidos. Neste sentido, foi a primeira vez que os idosos, politicamente, adquiriram autonomia como grupo de características e cuidados específicos (Jacob et al., 2013).

No final dos anos 60 surgiram os primeiros Centros de Dia (CD). Trata-se de um equipamento aberto, sendo que a prestação de serviços passava pelo domicílio, internamento e tratamento de prevenção. Nesta altura surgiram os centros de convívio (CC), com os mesmos propósitos dos CD, mas vocacionados para animação e lazer dos idosos (Pereira, 2012).

No início dos anos 80, foi elaborada uma política de prevenção e de manutenção das pessoas no seu domicílio o maior tempo possível. Neste contexto, surgem os

Serviços de Apoio Domiciliário (SAD), tendo como objetivo prestar alguns serviços de CD, não no equipamento, mas no domicílio do utente (Jacob et al., 2013).

Na década de 90 surgiu mais uma resposta social, nomeadamente o Acolhimento Familiar de Idosos (AFI). Esta previa o acolhimento em casas de famílias apropriadas para idosos que necessitavam de apoio. Posteriormente, o SAD foi alargado para o domínio de saúde em conjunto com os centros de saúde que originavam o Apoio Domiciliário Integrado (ADI), e unindo a resposta social com a resposta de saúde. Os Centros de Noite (CN) e o Acolhimento Temporário de Emergência para Idosos (ATEI) foram igualmente criados nesta altura (Pereira, 2012).

Em 2006 foi criada a Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI), que engloba as unidades de internamento e as unidades domiciliárias, não sendo exclusiva para idosos, uma vez que serve para a população em geral (Jacob et al., 2013).

Os mesmos autores refere que no ano de 2007, surgiu a Associação Rede de Universidades da Terceira Idade (RUTIS), entidade representativa das Academias de Universidades Seniores nacionais.

3.2 – O Idoso Institucionalizado

Na atualidade, e cada vez mais, os idosos vivem o envelhecimento fora de casa, perdendo a ligação com as gerações mais novas, e contrariando a tendência até meados do século passado. Até então, a maioria dos idosos, permaneciam em casa, no seio familiar (Cruz, 2012).

Atualmente, os idosos institucionalizados, e por consequência os cuidadores formais e os não formais, enfrentam grandes dificuldades na prossecução do envelhecimento com qualidade. Isto sucede, essencialmente, por dois motivos: primeiro, devido ao considerável aumento do envelhecimento demográfico, que se traduz no aumento da institucionalização; segundo, a matriz socializadora da geração dos idosos atuais, que vivem e experienciam processos de socialização e de construção identitária mais seguros, previsíveis e estáveis e menos diversificados do que os das gerações mais novas, nomeadamente os dos seus filhos (Pereira, 2012).

O mesmo autor refere que em algumas sociedades, como as norte-americanas e europeias, os processos de socialização têm evidenciado uma maior independência e

reciprocidade nas relações familiares, pelo que pais e filhos estão, nestas sociedades, mais e melhor preparados para viverem as suas vidas com maior independência.

Erikson (1972, citado por Pereira, 2012) menciona que o idoso institucionalizado necessita de um tempo e de um espaço de ressocialização intensa, uma vez que os cuidados observados na preparação e desenvolvimento desta fase determinam, em grande medida, a sua qualidade de vida.

No que se refere às instituições que acolhem os idosos, são locais de residência nos quais se reúnem um grande grupo de idosos que vivem, na maioria dos casos, em condições análogas, isto é, limitados ao mesmo espaço físico e nos quais as rotinas e atividades são geridas por profissionais (Cruz, 2012).

Além do exposto, e de modo a garantir a continuidade da qualidade de vida do idoso, houve, por parte das entidades locais e governamentais, a necessidade de criar, não só instituições de acolhimento, mas também legislação regulamentar que satisfaça as necessidades da população, preservando a dignidade e o respeito enquanto ser humano e pessoa (A. Silva, 2011).

3.3 – Cuidador Formal e Informal de Idosos

A denominação de “*cuidadores*” assume uma grande distinção – cuidador formal e cuidador informal. No cuidador formal, incluem-se os serviços estatais de segurança social e os organizados pelo poder local (ou seja, lares, serviços de apoio domiciliário, centros de dia ou centros de convívio), destacam-se, ainda, as instituições privadas de solidariedade social e as instituições privadas com fins lucrativos. O cuidador informal refere-se à família do próprio idoso, bem como a amigos e vizinhos. Estes últimos podem desempenhar um papel fundamental no apoio à velhice, principalmente em termos emocionais e ajuda instrumental, quando existe ausência familiar (Paúl, 1997).

Segundo Kuchemann (2012) a expectativa sobre o aumento de vida apresenta duas facetas: as mudanças culturais e avanços obtidos em relação à saúde e às condições de vida, como a baixa taxa de fecundidade e de mortalidade infantil, hábitos alimentares mais saudáveis e maior cuidado com o corpo; e a possibilidade dos idosos desenvolverem doenças degenerativas e crónicas, que possam levar à perda de autonomia, carecendo de cuidados de alguém.

O mesmo autor refere que, devido ao avanço da idade, os idosos podem sofrer progressivamente perdas cognitivas e apresentarem mudanças comportamentais, bem como emocionais. Neste sentido, as atividades direcionadas aos cuidados não podem ser entendidas como questões humanitárias ou éticas, uma vez que são necessárias competências específicas para exercê-las, nomeadamente capacidades físicas, técnicas e psicológicas.

Neste âmbito, os cuidadores formais, auxiliam os idosos nas suas atividades básicas e instrumentais da vida diária, e são, ainda, profissionais fundamentais em qualquer instituição. Os cuidados prestados a idosos são, no geral, uma tarefa árdua e complexa, resultante das exigências das tarefas de cuidar e de alguns fatores de vulnerabilidade pessoal, pelo que podem surgir, neste contexto, situações de stress no trabalho. Contudo, este processo caracteriza-se pela variabilidade e não ocorre em todos os cuidadores. Alguns cuidadores formais sentem satisfação quando conseguem bons resultados, independentemente dos esforços físicos e psicológicos exigidos (Ribeiro, Ferreira, Magalhães, Moreira, & Ferreira, 2009).

A tarefa de cuidar encontra-se frequentemente associado à figura feminina, devido às raízes históricas, culturais, sociais e afetivas. Porém esta tendência tem vindo a mudar, devido ao considerável aumento do sexo masculino como cuidadores de pessoas mais velhas. O sexo feminino tem assumido no desempenho destas tarefas um papel essencial. Socialmente, a mulher tem assumido a função de cuidadora, cuidando dos filhos, do marido e, inclusive, da própria casa. O mesmo vem acontecendo na prestação de cuidados em domínio institucional, devido à crescente inserção da mulher no mercado de trabalho (Ferreira, 2012).

No âmbito familiar quando um dos seus membros tem problemas de saúde, esta problemática envolve diversas questões. Os familiares enfrentam, então, desafios ligados ao desempenho de novos papéis, marcados pela perda de atividades sociais, financeiras e, até, de capacidades físicas. De modo a evitar a institucionalização dos seus membros dependentes, os familiares tentam encontrar soluções para o cuidado dos seus idosos. No entanto, ao assumir tal responsabilidade, nem todos os desafios são superados, tendo, assim, que recorrer à institucionalização de modo a minimizar as necessidades do idoso (Simonetti & Ferreira, 2008).

De entre os diversos estudos realizados acerca dos cuidadores informais de idosos dependentes, suas necessidades e problemáticas, será de salientar o estudo

realizado por Mata (2012) acerca da sobrecarga sentida pelos cuidadores de idosos dependentes. Neste estudo realizado tendo como amostra 232 cuidadores do distrito de Bragança (205 do sexo feminino e 27 do sexo masculino), a autora utilizou uma metodologia de estudo observacional, analítica de carácter transversal, tendo como objetivo principal verificar as necessidades e sentimentos evidenciados no contexto dos cuidados informais. Neste estudo, o cuidado informal de idosos dependentes é um dos fatores produtor de stress no seio familiar, porque os cuidados se prolongam, quase sempre, no tempo e podem conduzir a alterações na unidade familiar.

3.4 – Redes de Apoio Social em Portugal

De acordo com (Paúl, s.d, p.277), as redes de apoio/suporte social podem ser definidas como sendo “quer as estruturas da vida social de um indivíduo, quer as funções explícitas, instrumentais ou sócio-afectivas, como o apoio emocional, informativo, tangível e de pertença”. A mesma autora refere, ainda, que o apoio social se centra em três medidas: a integração social, isto é, a frequência de contatos com os outros; o apoio recebido, que corresponde à quantidade de ajuda que efetivamente é fornecida pelos elementos da rede de suporte; e o apoio percebido, que corresponde à crença de que os outros podem ajudar em caso de necessidade, sendo que a experiência passada nesse sentido, reforça, ou não essa crença.

O apoio/suporte social tem sido entendido pela generalidade de autores como o “preditor de todas as causas de mortalidade, mesmo controlando para a idade, o género, o estatuto socioeconómico e o estado inicial de saúde” (Uchino, 2004, citado por Paúl, s.d, p.277), como se pode aferir noutras particularidades da vida do idoso, concretamente os seus efeitos no próprio bem-estar psicológico e na satisfação de vida.

Em Portugal, no domínio das redes sociais de apoio ao idoso, são de salientar os resultados obtidos a partir do estudo piloto realizado acerca do processo de envelhecimento (30-85 anos), no qual se investigaram as áreas bio-comportamentais, psicológicas e sociais, e no qual foi utilizada a Escala de Redes Sociais de Lubben (1988) de modo a analisar as redes de apoio existentes. Neste estudo foi possível perceber que não se confirma a ideia, preconcebida, de que em Portugal as redes sociais de apoio são mais extensas, pelo que se aponta para alguma uniformidade das diferentes realidades sociais entre os diversos países europeus.

Neste sentido, em Portugal, e à semelhança do que vem acontecendo nos países industrializados, as redes de suporte familiar têm vindo a diminuir, verificando-se um aumento do número de confidentes (Paúl, Fonseca, Cruz, & Cerejo, 2001, citado por Paúl, s.d).

É também de salientar, neste domínio, outro estudo comparativo entre as redes sociais de idosos de áreas rurais e urbanas, a residir em Portugal, no qual se pode verificar que o tamanho da rede social é maior nas zonas rurais (a sua constituição envolve, sobretudo, vizinhos), mas que o número de confidentes é menor, pelo que se assiste à ausência de laços relacionais próximos (Paúl, Fonseca, Martín & Amado, 2003, citado por Pimentel, 2005). Nos idosos inseridos em contexto urbano assiste-se, por sua vez, a um isolamento social em maior escala, sobretudo nos idosos do sexo feminino, o que vem sendo compensado com o maior número de confidentes.

Embora se assista a uma desertificação dos meios rurais, a verdade é que os laços com o meio rural têm perdurado. Esta ligação entre o meio rural e o urbano, sustentada em relações de interdependência, fomenta as relações de ajuda entre as populações. Esta rede de apoio que se forma entre os meios rurais e os meios urbanos condiciona, direta ou indiretamente, a formação e o desenvolvimento das redes de solidariedade (Pimentel, 2005).

De acordo com Santos (1993, citado por Pimentel, 2005, p.21), verifica-se, hoje, uma “desterritorialização” no âmbito das relações sociais. Para este autor, as relações sociais têm “ultrapassado fronteiras e transformado significativamente o alcance e a eficácia social de costumes, ideologias e políticas sociais locais”.

Nas últimas décadas, em Portugal assiste-se a uma mudança de paradigma que assenta no surgimento de novas formas de organização familiar e de novos valores que lhes estão subjacentes. Portanto, cabe à sociedade, enquanto cuidador, a responsabilidade de criar e desenvolver meios de suporte social ao idoso, promovendo a sua autonomia, garantindo a sua qualidade de vida, saúde e bem-estar e fomentando a participação cívica.

PARTE II – ENQUADRAMENTO METODOLÓGICO

Capítulo IV – Metodologia

A palavra “metodologia” resulta da combinação das palavras *métodos* (do grego, organização) e *lógos* (do grego, palavra, estudo, razão), ou seja, é o estudo da organização, dos caminhos a serem percorridos, para se realizar uma pesquisa ou um estudo (Reis, 2010, p.57).

A metodologia de investigação é um processo que passa pela seleção de uma estratégia de investigação, condicionada especialmente por técnicas de recolha de dados e adequadas aos objetivos que se pretendem atingir (Sousa & Baptista, 2011).

4.1 – Contextualização do Estudo e Objetivos

Os estudos sobre a qualidade de vida têm-se revelado de extrema importância no processo de envelhecimento. Envelhecimento que se pretende de qualidade e ativo. A qualidade de vida abarca no processo de envelhecimento, não só a autonomia física e psíquica, mas também a criação ou fortalecimento de relações sociais; o bem-estar anímico; a compreensão do meio envolvente do idoso e a sua capacidade para promover momentos de lazer e descontração. Os programas de envelhecimento ativo assumem, no âmbito do processo de envelhecimento, extrema importância no que aos níveis de qualidade de vida diz respeito. Pretende-se uma atitude preventiva e potenciadora no envelhecimento.

Deparamo-nos atualmente, com um considerável aumento de envelhecimento demográfico, sendo de extrema importância um estudo a envolver o grupo das pessoas idosas.

Tendo por base o anteriormente referido questionamo-nos em que medida um programa de EA em curso e iniciado, numa comunidade de idosos institucionalizados, contribui para uma melhor perceção da sua qualidade de vida.

A planificação de um projeto e/ou trabalho de investigação implica o delinear de objetivos em que são definidas as linhas de perspectiva a desenvolver, proporcionando o valor acrescentado à situação de partida, indicando o caminho a seguir e as metas a

alcançar (Reis, 2010). Assim, o presente estudo assume como principal finalidade a avaliação da qualidade de vida em idosos institucionalizados submetidos a um programa de Envelhecimento Ativo na Santa Casa da Misericórdia de Bragança. Em consequência dessa avaliação, desenhou-se um programa de intervenção de forma a contribuir para a melhoria da percepção da qualidade de vida dos idosos institucionalizados.

Neste seguimento, foram definidos os objetivos específicos:

- Efetuar a caracterização sociodemográfica e clínica da amostra;
- Avaliar a percepção da qualidade de vida em idosos institucionalizados em relação à participação de um programa de EA.

4.2 – Tipo de Estudo

No âmbito das pesquisas, concretamente no que diz respeito à análise da problemática em causa, temos as seguintes classificações: quantitativa e qualitativa (Reis, 2010).

Os métodos qualitativos consideram que há uma relação entre o mundo real e o sujeito, ou seja, um vínculo indissociável entre o mundo objetivo e a subjetividade do sujeito que não pode ser traduzido em números.

Os métodos quantitativos consideram que todos os dados podem ser quantificáveis, ou seja, devem ser traduzidos em números, opiniões e informações para os classificar e analisar.

Diferentes autores recorrem a termos diferentes para caracterizar os desenhos de investigação: experimental e observacional (Ribeiro, 2007).

No experimental, o investigador atua sobre a variável independente para identificar se este tipo de intervenção produz alterações na variável dependente. Definem-se dois grupos, em que os sujeitos de investigação são distribuídos aleatoriamente por grupo, intervém-se sobre um, e não sobre o outro, e depois comparam-se as modificações que se verificam após a intervenção. Num estudo deste tipo conclui-se por uma relação de causalidade, ou seja, as mudanças ocorridas na variável dependente são *por causa* das mudanças que o investigador introduziu na variável independente.

No observacional, são desenvolvidos procedimentos para descrever os acontecimentos que ocorrem naturalmente, sem intervenção, e quais os efeitos ou

relações dos acontecimentos com as variáveis, e qual o efeito nos sujeitos em estudos. Estes podem ser descritivos ou analíticos.

Tendo em conta o grau de controlo das variáveis, as investigações experimentais podem ser consideradas como, estudos *verdadeiramente experimentais*; são aqueles em que o investigador tem o máximo de controlo; estudos *quase experimentais*, são uma variação dos estudos verdadeiramente experimentais, onde o controlo é menor. A variável independente é controlada, assim como muitos outros aspetos da investigação mas os participantes podem ou não, ser distribuídos em grupos aleatoriamente; estudos *experimentais naturais*; este tipo de investigação recorre a desenhos que se designam de Ex-pos facto designs, dado que a variável independente não é manipulada, mas sim selecionada pelo investigador após o fato ter ocorrido.

Neste seguimento, o presente trabalho de projeto enquadra-se no quase-experimental, recorrendo à metodologia quantitativa.

4.3 – Participantes

Uma investigação empírica pressupõe a recolha de dados, estes são a informação na forma de observações, medidas, ou valores de uma ou mais variáveis obtidas por uma entidade ou várias entidades. Podem ser pessoas singulares, empresas, ou outro tipo de entidade, sobre as quais se pretende retirar conclusões, a este conjunto total de casos chama-se população ou universo. Devido a vários motivos é impossível a utilização total da população, assim o investigador tem a necessidade de considerar uma parte dessa população total, a amostra (Sousa & Baptista, 2011).

As mesmas autoras mencionam dois métodos de amostragem: amostragem causal (também designados por métodos probabilísticos, onde é possível explorar com confiança para o universo os resultados obtidos a partir da amostra) e amostragem não causal (também designados por método não-probabilístico, consiste numa seleção segundo a qual cada elemento da população não tem probabilidade igual em incorporar a amostra). Dentro da amostragem não causal aparece a amostragem por conveniência, neste método a participação é voluntária ou os elementos são escolhidos por uma questão de conveniência, sendo um método mais rápido e com menores custos.

É nesta ordem de razões que escolhemos uma amostra no seio da população da Santa Casa da Misericórdia de Bragança (SCMB).

A SCMB, foi fundada em 1516, como uma associação de fiéis, constituída na ordem jurídica canónica, tendo como objectivo satisfazer as carências sociais e praticar atos de culto canónico, de harmonia com o seu espírito tradicional, informado pelos princípios da doutrina e moral cristãs.

A prestação de serviços à terceira idade, ocupa hoje em dia, grande parte da ação social desta Santa Casa da Misericórdia. Esta resposta social tem como objectivos: prestar acolhimento e outros tipos de auxílio a pessoas idosas carenciadas, possibilitando-lhes meios indispensáveis para uma boa qualidade de vida; evitar o isolamento, promovendo relações interpessoais entre iguais e com outras gerações, bem como colocar à disposição da pessoa idosa formas adequadas de ajudas, ao nível material e moral, quando não consigam obtê-las junto da família.

Os serviços de assistência estão distribuídos por três estruturas residenciais para idosos:

- Lar de Santa Teresa d' Ávila que se destina aos dependentes/acamados;
- Lar da Imaculada Conceição destina-se aos independentes;
- Lar de Santa Isabel - destina-se igualmente a independentes.

Para além dos lares, a Santa Casa conta ainda com:

- Centro de dia;
- Serviço de apoio domiciliário;
- Apoio domiciliário integrado;
- Serviço de internamento provisório;
- Gabinete Médico;
- Salão de Cabeleireira/Barbearia;
- Capela;
- Atividades tempos livres/ATL Centro Cinderela;
- Centro Infantil: Cinderela, S. João e da Coxa;
- Amas/Creche Familiar.

Dos 182 idosos institucionalizados na SCMB, correspondente à nossa população, obtivemos uma amostra constituída por 39 idosos, recorrendo-se ao método de amostragem não causal por conveniência. Para a seleção desta teve-se em conta os seguintes critérios de inclusão:

- Serem idosos independentes ou ligeiramente dependentes com 65 anos ou mais;

- Sem déficit cognitivo;
- Aceitarem participar no estudo.

De referir que no decorrer do estudo foram eliminados dois idosos, um por desistência, outro por queda, resultando uma amostra final de 37.

4.4 – Operacionalização das Variáveis

Como salienta 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, as variáveis definidas dividem-se em dois grupos: dependente e independentes. A dependente foi determinada pela avaliação da qualidade de vida dos idosos institucionalizados recorrendo-se ao instrumento de avaliação Whoqol-Old e Eurohis-Qol-8. As independentes correspondem às variáveis sociodemográficas e clínicas.

As variáveis sociodemográficas consideradas foram as seguintes:

O sexo – pela sua dicotomia possui duas categorias, masculino e feminino.

Estado civil – variável operacionalizada em três grupos:

- Casado;
- Solteiro;
- Viúvo.

Idade – variável operacionalizada de acordo com Oliveira (2005) (faixa etária), estabelecendo classes de idade da seguinte forma:

- 65-74;
- 75-84;
- \geq 85 anos.

Habilitações literárias – variável operacionalizada em três grupos:

- Não sabe ler nem escrever;
- Sabe ler e escrever;
- 1º e 2º Ciclo Ensino Básico (1-6 anos);

Condição atual – variável operacionalizada em três grupos:

- Centro de dia/só casa própria;
- Centro de dia/família;
- Lar.

Área de residência – variável operacionalizada em dois grupos de acordo com INE (1964)

- **Predominantemente urbana** (freguesia que considere, pelo menos, um dos seguintes critérios: 1. maior valor da média calculada entre o peso da população residente sobre a população total da freguesia e o peso da área no âmbito da área total da freguesia que corresponde ao espaço urbano (peso da área rural não ultrapassa os 50% da área total); 2. freguesia integrante na sede da Câmara Municipal e com população residente superior e 5.000 habitantes; 3. freguesia que integre, total, ou parcialmente, lugar com população residente igual ou superior a 5.000 habitantes (peso da população do lugar é igual ou superior a 50% da população total residente na freguesia).
- **Predominantemente rural** (freguesia não classificada como “Área Predominantemente Urbana”)

As variáveis clínicas consideradas foram as seguintes:

Número de doenças – variável operacionalizada com base no número de doenças (1,2,3,4 e 5).

Número de frequência de consultas – variável operacionalizada no número de consultas por especialidade.

Número de hospitalizações e/ou intervenções cirúrgicas – a variável foi operacionalizada em três grupos:

- Nenhuma,
- Uma,
- Duas.

Número de medicamentos – variável operacionalizada em número de medicamentos com base no conceito de polimedicação (≥ 5 medicamentos).

Alterações da visão, audição e locomoção – variável operacionalizada em dois grupos:

- Sim.
- Não.

Perceção de saúde – variável foi operacionalizada 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 col. (1994) – esta variável foi operacionalizada segundo a classificação obtida neste exame e dividida em 2 categorias (tendo em conta as habilitações literárias): com défice cognitivo, sem défice cognitivo.

Avaliação do grau de dependência das AVD's

Índice de Atividades da Vida Diária (Mahoney & Barthel, 1965, citado por Sequeira, 2010) – 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 (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 (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.

4.5 – Instrumento 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) , que avalia o funcionamento cognitivo; índice de Barthel (Mahoney & Barthel, 1965, citado por Sequeira, 2010), que avalia as atividades da vida diária (AVD); a escala Eurohis-Qol-8 (Pereira et al. 2011), que avalia a qualidade de vida, saúde e outras áreas da vida do indivíduo, e a escala Whoqol-Old (Vilar et al. 2010), que avalia a qualidade de vida enquanto adulto idoso.

O inquérito é constituído por diversas questões sociodemográficas e clínicas. Nas primeiras pretende saber-se: o sexo, estado civil, escolaridade, área de residência, profissão, condição atual e religião. Quanto à informação clínica, pretende saber-se: 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 V).

MMSE de Folstein, Folstein e McHugh (1975) (anexo IV) 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, citado por Sequeira, 2010) (anexo VI) avalia dez AVD's, 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 (Mahoney & Barthel, 1965, citado por Sequeira, 2010)

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

O Eurohis-Qol-8 (Pereira et al. 2011) (anexo VII) é uma medida de qualidade de vida, com o objetivo de avaliar a saúde do indivíduo. Encontra-se representado por oito questões, o resultado é um índice global que varia entre 8 a 40 pontos, calculado a partir da soma dos dois itens, sendo que o valor mais elevado corresponde a uma melhor percepção da QdV. As respostas têm um formato de cinco pontos (Pereira et al., 2011).

A escala Whoqol-Old (Vilar et al. 2010) (anexo VIII) é constituída por 28 itens, estes estão agrupados em sete facetas, e dizem respeito ao Funcionamento Sensorial; Autonomia; Atividades Passadas, Presentes e Futuras; Participação Social; Morte e Morrer; Intimidade; e por último Família/Vida Familiar (Tabela 2). Os itens que compõem o Whoqol-Old estão organizados em escalas de resposta de tipo Likert de 5 pontos, assim os valores obtidos podem variar entre 4 e 20 pontos.

Neste instrumento de avaliação podem obter-se resultados por faceta ou um resultado global. Os valores mais elevados correspondem a uma percepção da qualidade de vida mais elevada. Os itens 1,2,3,7,8,9 e 10 estão formulados na negativa, pelo que têm de ser reconvertidos (Vilar et al., 2010).

Tabela 2 – Facetas da escala Whoqol-Old e itens que as constituem (Vilar et al., 2010)

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

4.6 – Procedimentos Éticos e Deontológicos da Recolha de Dados

No seu sentido mais lato, podemos definir a ética como sendo a ciência da moral e, ainda, a arte de determinar a conduta. Falamos, portanto, de um conjunto de permissões e de interdições que revestem enorme importância na vida dos indivíduos, inspirando as suas condutas.

Os especialistas defendem que a ética consiste na avaliação crítica, na análise de preconceitos e julgamentos, que são inserido no contexto de uma teoria no âmbito da moralidade. Esta teoria tem por base uma série de normas que nos servem como marco distintivo entre os comportamentos humanos que podemos classificar como sendo bons ou maus e, ainda, um sistema de valores que potencia os efeitos destes comportamentos, determinando se são, também, bons ou maus.

A conduta humana fica, assim, marcada por preconceitos e normas, subjacentes a sistemas de valores que determinam julgamentos e comportamentos. Assistimos, portanto, a uma necessidade de conformação com a ética (Fortin, 1999).

Para iniciar este estudo procedeu-se à seleção dos instrumentos de avaliação e instituição, bem como às devidas autorizações (anexo II).

Posteriormente, foi assinado um protocolo de colaboração para a escala Whoqol-Old e Eurohis-Qol-8, em Coimbra (anexo I).

Após a autorização foi elaborado um consentimento informado e uma declaração de aceitação para os idosos participarem no estudo sobre a qualidade de vida

de livre vontade e conhecimento de todos os procedimentos e objetivos do mesmo (anexo III), foi ainda acordado que haveria um período de adaptação (final do mês de Janeiro e mês de Fevereiro) e conhecimento entre investigadora e idosos em estudo.

Este estudo é caracterizado por dois momentos, no mês de Março foi realizada a primeira recolha de dados e no mês de Junho, início de Julho foi realizada a segunda, o tempo despendido com cada idoso foi cerca de 45 minutos a uma hora. É de salientar que no mês de Abril e Maio foi realizada a intervenção do programa de envelhecimento ativo, com idosos que não integravam qualquer tipo de programa de envelhecimento ativo. No anexo IX encontra-se a planificação do programa de intervenção de EA, desde o dia, objetivos, descrição, recursos materiais, e tempo provável das atividades.

As atividades desenvolvidas abrangem temáticas como: criatividade; treino de memória a curto e longo prazo, auditiva, visual, olfativa; atenção, concentração e observação; estimulação sensorial; perceção espacial; agilidade mental e perceptiva; motricidade fina; participação em grupo (anexo X).

4.7 – Tratamento de Dados

Após a recolha de dados, procedeu-se à construção da base de dados no *software* Statistical Package for the Social Sciences (*SPSS*) versão 20 para Windows. Os resultados foram compilados em tabelas e gráficos recorrendo às frequências absolutas e relativas. Para a inferência estatística adotou-se um nível de significância de 5% e recorreremos, sempre que possível, a testes paramétricos, nomeadamente o teste T para duas amostras emparelhadas e ANOVA a um fator para três grupos independentes. De notar que estes testes têm como pressupostos de aplicabilidade a normalidade das amostras em comparação, que foi testada recorrendo ao teste de Shapiro-Wilk (amostras são de pequena dimensão), e no caso da ANOVA verificamos ainda a homogeneidade das variâncias (teste de Levene). Quando não se validou a normalidade dos dados, optamos por testes não paramétricos, nomeadamente o teste de Wilcoxon para duas amostras emparelhadas e ao teste de Kruskal-Wallis para comparar os três grupos independentes.

Para as escalas Eurohis-Qol-8 e Whoqol-Old e suas facetas calculamos ainda a consistência interna recorrendo ao alfa de Cronbach.

Capítulo V – Apresentação e Análise de dados

5.1 – Caracterização Sociodemográfica

A amostra deste estudo é constituída por 37 indivíduos, dos quais 27 são do sexo feminino e os restantes do sexo masculino. A idade varia entre 71 e 100, sendo a idade média 85,41 anos e o desvio padrão 6,53 anos. Quanto ao estado civil, dois inquiridos são solteiros, 4 são casados e os restantes 31 são viúvos. Em termos de faixas etárias, há três inquiridos com idade compreendida entre 65 e 74, dezasseis com idade compreendida entre 75 e 84 anos, e os restantes 19 indivíduos têm 85 ou mais anos. No que concerne ao nível de escolaridade 40,5% dos inquiridos não sabe ler nem escrever, 16,2% sabe ler e escrever mas não completou o 1.º ciclo, e os restantes concluíram o 1.º ou 2.º ciclo. Quanto à condição atual de vida, 91,9% dos inquiridos, isto é, 34 vivem em lares. Os restantes três, frequentam durante o dia centros de dia, e à noite, um vive sozinho e os restantes dois com a família. Estes resultados são apresentados nas Tabelas 3.

Tabela 3 – Distribuição da amostra de acordo com o sexo, estado civil, faixa etária, nível de escolaridade e condição atual de vida

		N	%
Sexo	Masculino	10	27,0
	Feminino	27	73,0
Estado Civil	Solteiro	2	5,4
	Casado	4	10,8
	Viúvo	31	83,8
Faixas Etárias	65-74 anos	2	5,4
	75-84 anos	16	43,2
	85 ou mais anos	19	51,4
		Média	Desvio padrão
		85,41	6,53
Nível de Escolaridade	Não sabe ler/ escrever	15	40,5
	Sabe ler e escrever	6	16,2
	1.º ciclo ou 2.º ciclo	16	43,2
Condição Atual de Vida	Centro dia / só casa própria	1	2,7
	Centro de dia /família	2	5,4
	Lar	34	91,9

Quanto ao meio de residência a maioria da amostra, 73,0%, refere meios predominantemente rurais, e, 35 dos inquiridos reside no distrito de Bragança. Por concelho, 59,5% são de Bragança, 16,2% de Vinhais, 8,1% de Macedo de Cavaleiros. Há ainda inquiridos de Lisboa, Mogadouro, Torre de Moncorvo, Vila Real e Vimioso, conforme dados da Tabela 4.

Tabela 4 – Distribuição da amostra de acordo com a área e concelho de residência

		N	%	
Área de Residência	Predominantemente Urbana	10	27,0	
	Predominantemente Rural	27	73,0	
Distrito	Bragança	Bragança	22	59,5
		Macedo de Cavaleiros	3	8,1
		Mogadouro	1	2,7
		Torre de Moncorvo	1	2,7
		Vimioso	2	5,4
		Vinhais	6	16,2
		Vila Real	1	2,7
	Lisboa	1	2,7	

Todos os inquiridos da amostra estão reformados, e as profissões que exerceram durante a vida ativa foram maioritariamente agricultores (16) e domésticas (11), e os restantes exerceram profissões de comerciantes, tendeiros, costureira, cozinheira, fotógrafa, construtor civil, entre outras. Dos 37 inquiridos, 11 emigraram, estiveram fora do país entre 1 a 50 anos, sendo que em média, estiveram emigrados 17,36 anos.

No que concerne à religião todos os inquiridos revelaram ser católicos praticantes.

5.2 – Caraterização Clínica

Quanto à informação médica e clínica, verificamos que todos os inquiridos sofrem de pelo menos uma patologia, e optamos por indicar o número de doenças que cada um referiu. Apresentamos no Gráfico 1 os resultados obtidos, e constata-se que a maioria dos inquiridos refere três ou mais doenças ($27,0+24,3+27,0=78,3\%$), 16,2% indicou duas doenças e 5,4% sofre de uma doença. E, todos são doentes crónicos.

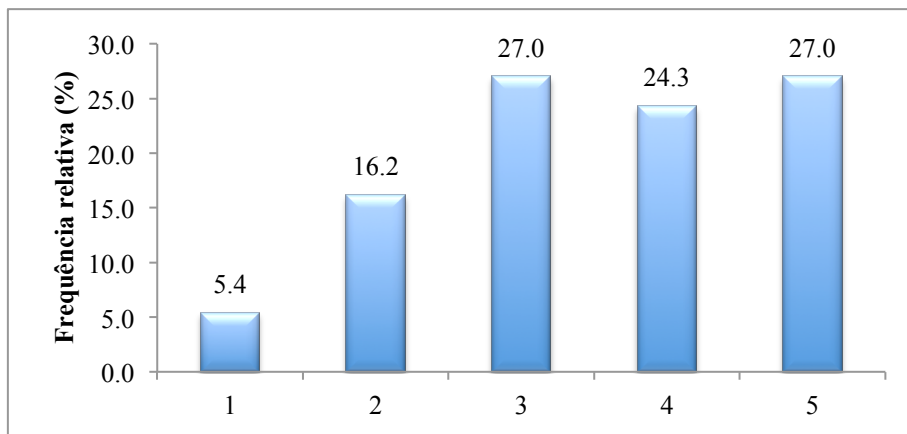


Gráfico 1 – Número de doenças

Apesar de todos os inquiridos sofrerem de pelo menos uma patologia, 26 não referem consultas periódicas, os restantes 11 referem várias especialidades clínicas, sendo a mais comum cardiologia. Os resultados referidos são apresentados no Gráfico 2.

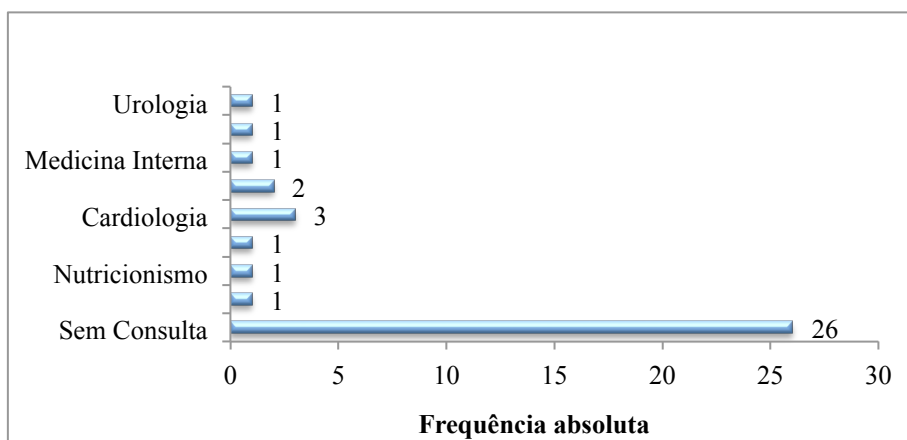


Gráfico 2 – Frequência de consultas

Quanto ao número de medicamentos, observamos, no Gráfico 3, que 1 inquirido não toma qualquer medicação. Na amostra em estudo, o mais habitual é tomar entre 4 a 6 medicamentos. De notar que há um inquirido que refere 11 medicamentos.

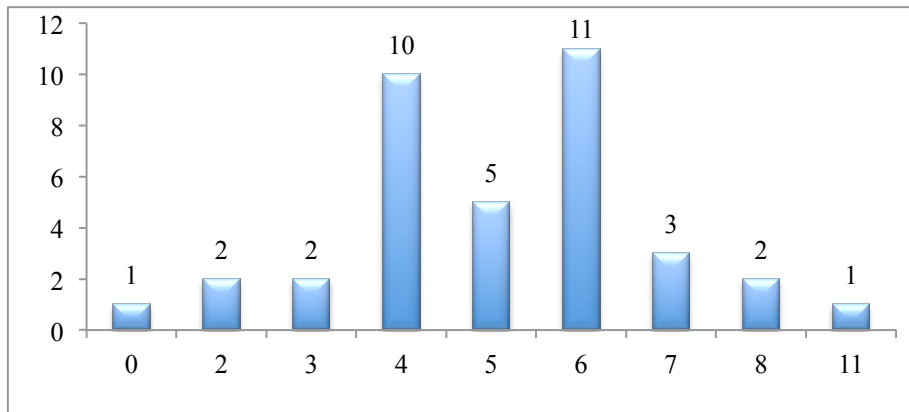


Gráfico 3 – Número de medicamentos

No Gráfico 4, apresentamos a percentagem de inquiridos que sofre de alterações de visão, audição e locomoção, sendo notória a predominância dos primeiros (62,2%). De notar que 10,8% dos inquiridos sofre de alterações de audição. Quanto a alterações de locomoção, há 51,4% de inquiridos que sofre deste tipo de problemas.

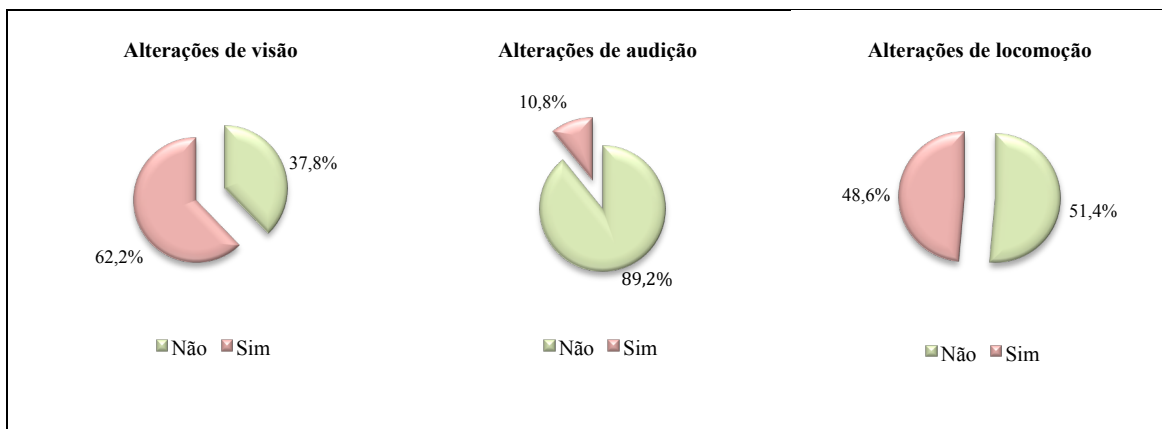


Gráfico 4 – Distribuição da amostra no que concerne a alterações de visão, audição e locomoção

Dos 37 inquiridos, 67,6% considera-se uma pessoa doente, e os restantes consideram-se saudáveis, como podemos verificar no Gráfico 5.

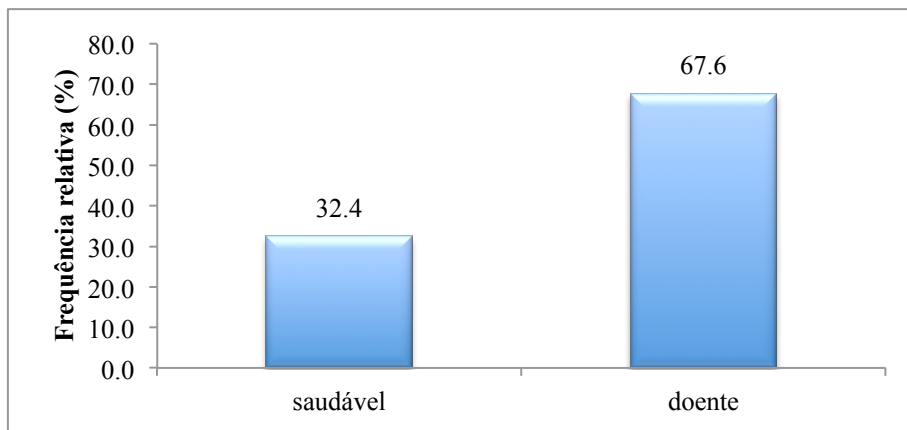


Gráfico 5 – Distribuição da amostra de acordo com a percepção de saúde

No que diz respeito a hospitalizações e/ou intervenções cirúrgicas, registou-se que 24,3% sofreram uma hospitalizações e/ou intervenções e 13, 5% sofreram duas hospitalizações e/ou intervenções. No restante percentual, 67,6%, não foi regista qualquer hospitalização e/ou intervenção. Estes resultados são apresentados no Gráfico 6.

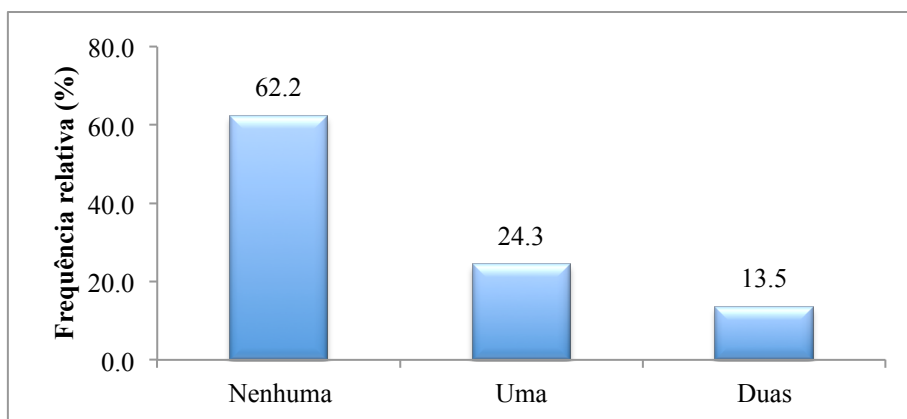


Gráfico 6 – Distribuição da amostra de acordo com o número de hospitalizações/intervenções cirúrgicas

Avaliação cognitiva

No gráfico 7 apresentamos a distribuição das pontuações obtidas no MMSE nos dois momentos de avaliação de acordo com o nível de escolaridade fixado para a população portuguesa. Nenhum dos inquiridos evidencia défice cognitivo.

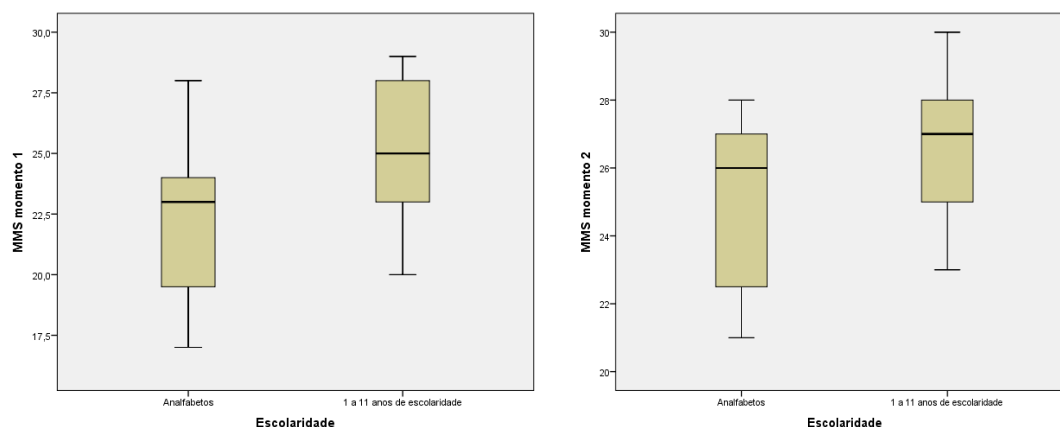


Gráfico 7 – Diagramas de extremos e quartis das pontuações obtidas no MMSE nos dois momentos de avaliação

5.3 – Avaliação do Grau de Dependência das AVD's

Na Tabela 5, Apresentamos a distribuição da amostra no que concerne às várias categorias do Índice de Barthel. No momento 1 cerca de 95% dos inquiridos são independentes e há dois ligeiramente dependentes. No segundo momento, registaram-se 36 independentes e 1 ligeiramente dependente.

Tabela 5 – Índice de Barthel (Mahoney & Barthel, 1965) nos dois momentos

	Momento 1	Momento 2
Independente	35 (94,6%)	36 (97,3%)
Ligeiramente dependente	2 (5,4%)	1 (2,7%)
Total	37 (100%)	37 (100%)

Procedemos à comparação da pontuação global obtida em cada grupo em estudo no índice Barthel (Mahoney & Barthel, 1965, citado por Sequeira, 2010), Tabela 6. Dos 37 inquiridos, 20 já se encontravam integrados num programa de envelhecimento ativo que mantiveram ao longo das duas avaliações. Os restantes 17 foram divididos em dois grupos, sendo que um deles foi intervencionado com um programa de envelhecimento ativo durante 2 meses e os restantes são considerados como grupo de controlo. Para a seleção da amostra teve-se em conta os critérios de inclusão e exclusão referidos anteriormente.

No grupo com EA ao longo do tempo registou-se uma melhoria em termos de independência entre os dois momentos, sendo a diferença estatisticamente significativa, pois o valor de prova obtido no teste de Wilcoxon é inferior a 1%. No grupo de controlo e de intervenção não se registam diferenças significativas entre os dois momentos de avaliação, mas registam-se valores médios superiores no segundo momento.

As comparações entre grupos efetuadas em cada momento através do teste de Kruskal-Wallis revelam que não há diferenças estatisticamente significativas entre eles. Ainda assim, o grupo com EA é que apresenta maior independência.

Tabela 6 – Média e desvio padrão do Índice de Barthel

	Momento 1	Momento 2	Teste de Wilcoxon (dentro do grupo)
Com EA (n=20)	96,75 (3,73)	99,00 (2,05)	Z = - 2,71; vp = <0,01
Grupo de Controlo (n=8)	93,13 (7,53)	97,50 (3,78)	Z = - 1,89; vp = <0,125
Grupo intervenção (n=9)	94,44 (3,91)	95,56 (5,27)	Z = - 1,00; vp = <0,625
Teste Kruskal-Wallis (entre grupos)	$\chi^2_{(2)} = 2,642$ vp = 0,277	$\chi^2_{(2)} = 4,466$ vp = 0,108	

5.5 – Avaliação da QdV relacionada com a Saúde

A consistência interna da escala Eurohis-Qol-8 foi avaliada recorrendo ao alfa de Cronbach, tendo-se registado no primeiro momento 0,82 e no segundo momento 0,80, valores que traduzem uma consistência boa.

No primeiro momento registou-se uma média 27,41 e um desvio padrão de 4,74. No segundo momento o valor médio registado foi 29,11 e o desvio padrão 4,12.

A comparação dos valores médios foi efetuada através do teste T para amostras emparelhadas, tendo-se obtido um valor de prova 0,004 e como tal a diferença registada é estatisticamente significativa. Isto é, a qualidade de vida em geral melhorou de forma significativa entre os dois momentos de avaliação (Conforme Tabela 7).

Tabela 7 – Resultados da escala Eurohis-Qol-8 (Pereira et al. 2011) nos dois momentos

	Momento 1	Momento 2
Consistência interna	0,82	0,80
Média	27,41	29,11
Desvio padrão	4,74	4,12
Teste T para amostras emparelhadas	t = - 3,10 vp = 0,004*	

Na tabela 8 apresentamos os resultados obtidos na escala Eurohis-Qol-8 (Pereira et al. 2011) por grupo em cada um dos momentos e procedemos às comparações dentro de grupos e entre grupos. No grupo com EA registou-se uma melhoria estatisticamente significativa na qualidade de vida em geral do primeiro para o segundo momento, pois o valor de prova obtido no teste T para amostras emparelhadas foi <5%. Nos restantes grupos as diferenças registadas entre os dois momentos não são estatisticamente significativas pois os valores de prova obtidos são superiores a 0,048.

As comparações entre grupos realizadas em cada momento, permitem-nos concluir que não há diferenças estatisticamente significativas entre eles, pois os valores de prova obtidos são superiores a 5%.

Tabela 8 – Avaliação da QdV: Eurohis-Qol-8

	Momento 1	Momento 2	Teste t amostras emparelhadas
Com EA (n=20)	28,75 (4,96)	30,20 (3,82)	t = - 2,113; vp = 0,048*
Grupo de Controlo (n=8)	26,50 (4,90)	28,50 (5,24)	t = - 1,303; vp = 0,234
Grupo intervenção (n=9)	25,22 (3,31)	27,22(3,19)	t = - 1,809; vp = 0,108
Teste ANOVA	F = 2,012 vp = 0,149	F = 1,815 vp = 0,178	

5.6 – Avaliação da QdV e Saúde no Idoso

Obtiveram-se alfas de Cronbach de 0,83 3 0,77 na primeira e segunda avaliação, respetivamente, o que traduz boa e razoável consistência interna.

No primeiro momento de avaliação, a média obtida foi de 100,51 e o desvio padrão 13,60. Na segunda avaliação registou-se uma média de 110,57 e o desvio padrão 11,98. Assim, podemos afirmar que a qualidade de vida dos idosos deste estudo é boa, e melhorou de forma significativa entre as duas avaliações, pois o valor de prova obtido no teste t para amostras emparelhadas foi $<0,001$ (Tabela 9).

Tabela 9 – Escala Whoqol-Old (Vilar et al. 2010) no global e nos dois momentos

		Momento 1	Momento 2
Consistência interna	28 itens	0,83	0,77
	Média	100,51	110,57
	Desvio padrão	13,60	11,98
Teste T para amostras emparelhadas		t = 5,244 vp = $<0,001$	

Na tabela 10 apresentamos os resultados obtidos de acordo com o momento de avaliação e grupo, tendo-se efetuado comparações entre grupos e dentro dos grupos. Nas comparações efetuadas entre os dois momentos de avaliação, registam-se diferenças estatisticamente significativas nos três grupos em estudo. De notar que essa diferença é mais significativa no grupo dos idosos com EA pois o valor de prova é igual a 0,002. No grupo de controlo e no de intervenção as diferenças são significativas a 5%. Isto denota que todos os grupos melhoraram a sua perceção da qualidade de vida global entre os dois momentos de avaliação. Por outro lado, quando se comparam os três grupos em cada momento, comprova-se que as diferenças não são estatisticamente significativas pois os valores de prova obtidos nos testes ANOVA são superiores a 5%.

Tabela 10 – Média e desvio padrão da escala Whoqol-Old

	Momento 1	Momento 2	Teste t amostras emparelhadas
Com EA (n=20)	104,45 (14,70)	114,40 (12,31)	t = - 3,515; vp = 0,002 **
Grupo de Controlo (n=8)	95,38 (13,09)	105,00 (12,33)	t = - 2,641; vp = 0,03*
Grupo intervenção (n=9)	96,33 (9,21)	107,00 (8,37)	t = - 2,726; vp = 0,026*
Teste ANOVA	F = 1,928 vp = 0,161	F = 2,478 vp = 0,099	

Quanto aos resultados globais no que concerne à faceta Funcionamento Sensorial, apresentamos os valores na Tabela 11. Os alfas de Cronbach obtidos foram de 0,72 e 0,60 no primeiro e segundo momento de avaliação, respetivamente. Pelo que no primeiro momento a consistência é razoável mas no segundo momento é fraca.

A pontuação desta faceta pode variar em termos teóricos entre 4 e 20, sendo a média teórica 12. Na amostra em estudo o valor médio é claramente superior ao valor teórico, pelo que os idosos da amostra têm uma boa QdV nesta faceta. De notar que a diferença observada entre os dois momentos de avaliação é estatisticamente significativa pois o valor de prova obtido no teste Wilcoxon é inferior a 0,001. Deste modo, houve melhoria significativa nesta faceta, em termos globais.

Tabela 11 – Avaliação da QdV no idoso Whoqol-Old: faceta Funcionamento Sensorial

	Momento 1	Momento 2
Consistência interna	0,72	0,60
Média	15,84	18,14
Desvio padrão	2,97	1,60
Teste Wilcoxon para amostras emparelhadas		Z = -3,847 vp = 0,001*

Na tabela 12, integramos os resultados por grupo e as comparações efetuadas entre e dentro dos grupos. Todos os grupos melhoraram de forma estatisticamente significativa a QdV em termos de Funcionamento Sensorial entre os dois momentos de

avaliação, pois todos os valores de prova obtidos são inferiores a 5%. E destaca-se ainda que o grupo que mais evoluiu em termos de diferença de médias foi o de intervenção.

Por outro lado, quando comparamos em cada momento os três grupos, não se registam diferenças significativas, pois os valores de prova são superiores a 5%. De realçar que o grupo de intervenção foi o que mais subiu no valor médio entre os dois momentos.

Tabela 12 – Média e desvio padrão da escala Whoqol-Old: faceta Funcionamento Sensorial

	Momento 1	Momento 2	Teste amostras emparelhadas
Com EA (n=20)	15,40 (3,20)	17,65 (1,98)	t = - 3,014; vp = 0,007**
Grupo de Controlo (n=8)	16,88 (1,89)	18,75 (0,71)	t = - 2, 934; vp = 0,022*
Grupo intervenção (n=9)	15,89 (3,26)	18,67 (0,71)	t = - 2,712; vp = 0,027*
Teste Kruskal-Wallis	$\chi^2_{(2)} = 1,060$ vp = 0,589	$\chi^2_{(2)} = 3,958$ vp = 0,138	

No que concerne à faceta Autonomia (Tabela 13), o alfa de Cronbach obtido no primeiro momento revelou-se inadmissível (<0,6), já no segundo momento foi de 0,73 o que revela uma consistência razoável. A comparação das pontuações obtidas nos dois momentos de avaliação evidencia que há uma diferença estatisticamente significativa, pois o valor de prova obtido no teste de Wilcoxon é inferior a 1%. De notar que há uma melhoria considerável na QdV nesta faceta entre os dois momentos, pois o valor médio é claramente superior no segundo momento.

Tabela 13 – Avaliação da QdV no idoso-Whoqol-Old: faceta Autonomia

	Momento 1	Momento 2
Consistência interna	<0,6	0,73
Média	13,81	16,89
Desvio padrão	2,44	2,98
Teste Wilcoxon para amostras emparelhadas		Z = -4,487 vp = 0,001*

As comparações realizadas em cada grupo entre os dois momentos de avaliação revelaram que há diferenças significativas no grupo com EA (valor de prova inferior a 5%). No grupo de intervenção apesar da média ter subido dois pontos, isto é, a QdV nesta faceta melhorou, mas a diferença registada não é estatisticamente significativa. Assim, de notar que todos os grupos melhoram a QdV entre os momentos no que toca à Autonomia. Quanto às comparações entre grupos nos dois momentos, conclui-se que não há diferenças significativas no primeiro momento. Já no segundo momento, o valor de prova obtido no teste de Kruskal-Wallis é inferior a 0,01, pelo que os grupos diferem entre si, nomeadamente o grupo com EA é o que apresenta maior QdV face aos restantes grupos (Tabela 14).

Tabela 14 – Média e desvio padrão da escala Whoqol-Old: faceta Autonomia

	Momento 1	Momento 2	Teste amostras emparelhadas
Com EA (n=20)	14,00 (2,51)	18,20 (2,53)	Z = 3,752; vp < 0,001**
Grupo de Controlo (n=8)	14,00 (2,83)	15,50 (3,46)	t = -1,925; vp = 0,096
Grupo intervenção (n=9)	13,22 (2,05)	15,22 (2,22)	t = -1,973; vp = 0,084
Teste Kruskal-Wallis	$\chi^2_{(2)} = 0,390$ vp = 0,823	$\chi^2_{(2)} = 10,073$ vp = 0,006*	

No que concerne à faceta Atividades Passadas, Presentes e Futuras a consistência interna revelou-se nos dois momentos inadmissível, sendo que no primeiro momento o valor obtido foi bastante inferior a 0,6 e no segundo momento foi de 0,59. Em termos médios, o valor do segundo momento é bastante superior ao do primeiro momento, sendo essa diferença estatisticamente significativa, pois o valor de prova obtido no teste t foi inferior a 0,01. Assim, houve uma clara melhoria na perceção da QdV nesta faceta entre os dois momentos de avaliação (Tabela 15).

Tabela 15 – Avaliação da QdV no idoso-Whoqol-Old: faceta Atividades Passadas, Presentes e Futuras

	Momento 1	Momento 2
Consistência interna	<0,6	0,59
Média	13,84	15,62
Desvio padrão	2,38	2,39
Teste t para amostras emparelhadas	t = -4,051 vp = 0,001*	

Na Tabela 16, podemos verificar que também se registaram melhorias estatisticamente significativas entre os dois momentos, no grupo com EA e de intervenção pois os valores de prova obtidos são inferiores a 5%. Já no grupo de controlo apesar de ter melhorado a diferença para o primeiro momento não é estatisticamente significativa. Por outro lado, a comparação dos três grupos entre si em cada momento revelou que não há diferenças entre eles.

Tabela 16 – Média e desvio padrão da escala Whoqol-Old: faceta Atividades Passadas, Presentes e Futuras

	Momento 1	Momento 2	Teste amostras emparelhadas
Com EA (n=20)	14,30 (2,68)	16,15 (2,37)	t = 2,901; vp = 0,009*
Grupo de Controlo (n=8)	13,50 (2,07)	14,88 (2,70)	t = -1,429; vp = 0,196
Grupo intervenção (n=9)	13,11 (1,83)	15,11 (2,09)	Z = -1,980; vp = 0,048*
Teste Kruskal-Wallis	$\chi^2_{(2)} = 2,267$ vp = 0,332	$\chi^2_{(2)} = 2,090$ vp = 0,352	

Na faceta Participação Social obtiveram-se alfas de Cronbach de 0,87 e 0,82 no primeiro momento e segundo, respetivamente, o que traduz uma boa consistência interna dos itens que a constituem. Em termos médios os valores obtidos nos dois momentos são muito semelhantes, pelo que não se registaram diferenças significativas (vp=>5%) na amostra global (Tabela 17).

Tabela 17 – Avaliação da QdV no idoso-Whoqol-Old: faceta Participação Social

	Momento 1	Momento 2
Consistência interna	0,87	0,83
Média	14,49	14,65
Desvio padrão	3,30	2,99
Teste Wilcoxon para amostras emparelhadas	Z = -0,681 vp = 0,496	

Em cada grupo em estudo não se detetaram diferenças estatisticamente significativas entre os dois momentos pois todos os valores de prova obtidos são superiores a 5%. A comparação em cada momento dos três grupos revelou que há diferenças significativas entre eles pois ambos os valores de prova são inferiores a 5%. De notar que o grupo com EA apresenta melhor percepção da QdV nesta faceta, comparativamente aos outros dois grupos (Tabela 18).

Tabela 18 – Média e desvio padrão da escala Whoqol-Old: faceta Participação Social

	Momento 1	Momento 2	Teste amostras emparelhadas
Com EA (n=20)	16,50 (2,65)	16,50 (2,63)	Z = 0,032; vp = 0,975
Grupo de Controlo (n=8)	11,88 (3,23)	12,50 (2,14)	t = 0,781; vp = 0,460
Grupo intervenção (n=9)	12,33 (1,00)	12,44 (1,13)	t = -0,197; vp = 0,849
Teste Kruskal-Wallis	$\chi^2_{(2)} = 17,224$ vp < 0,001	$\chi^2_{(2)} = 17,505$ vp < 0,001	

Na tabela 19, verificamos que na faceta Morte e Morrer se registaram os valores mais baixos em termos médios das várias facetas, o que revela menor percepção da QdV por parte dos idosos inquiridos. A consistência interna dos itens que constituem esta faceta revelou-se razoável no primeiro momento (alfa=0,73) e fraca no segundo momento (alfa=0,64). O valor médio obtido no segundo momento é ligeiramente superior ao obtido no primeiro momento, mas a diferença registada não é estatisticamente significativa.

Tabela 19 – Avaliação da QdV no idoso-Whoqol-Old: faceta Morte e Morrer

	Momento 1	Momento 2
Consistência interna	0,73	0,64
Média	12,51	12,57
Desvio padrão	4,51	4,81
Teste Wilcoxon para amostras emparelhadas	Z = -0,122 vp = 0,903	

Na tabela 20 apresentamos os resultados em termos de média e desvio padrão por grupo e por momento, e não se registam diferenças estatisticamente significativas por grupo e entre grupos pois todos os valores de prova obtidos são superiores a 5%. De notar que o grupo de intervenção e o grupo de controlo apresentam maior valor médio no segundo momento o que traduz uma melhoria na perceção da QdV no toca a esta faceta, pelo que no grupo de intervenção isso se deve ao programa implementado.

Tabela 20 – Média e desvio padrão da escala Whoqol-Old: faceta Morte e Morrer

	Momento 1	Momento 2	Teste amostras emparelhadas
Com EA (n=20)	13,35 (4,57)	12,40 (4,98)	Z = -0,807; vp = 0,419
Grupo de Controlo (n=8)	10,88 (4,19)	12,50 (4,99)	Z = -0,768; vp = 0,443
Grupo intervenção (n=9)	12,11 (4,68)	13,00 (4,80)	t = -0,587; vp = 0,673
Teste Kruskal-Wallis	$\chi^2_{(2)} = 1,989$ vp = 0,370	$\chi^2_{(2)} = 0,278$ vp = 0,870	

Para os idosos que constituem a amostra deste estudo, a faceta Intimidade traduziu uma perceção da QdV relativamente baixa, em particular no primeiro momento (Tabela 21). A consistência interna revelou-se fraca no primeiro momento e inadmissível no segundo momento ($\alpha = 0,55 < 0,6$). Entre momentos, há diferenças estatisticamente significativas, pois o valor de prova obtido é inferior a 1%, e o valor médio obtido no segundo momento é superior ao do primeiro momento o que traduz uma melhoria na perceção da QdV no que concerne à Intimidade dos idosos.

Tabela 21 – Avaliação da QdV no idoso-Whoqol-Old: faceta Intimidade

	Momento 1	Momento 2
Consistência interna	0,65	0,55
Média	12,86	14,89
Desvio padrão	4,14	4,04
Teste Wilcoxon para amostras emparelhadas	Z = -2,953 vp = 0,003*	

Na Tabela 22, apresentamos os valores médios e respectivos desvios padrão em cada grupo e em cada momento. Há diferenças estatisticamente significativas no grupo com EA entre os dois momentos, pois o valor de prova obtido é inferior a 5% e o valor médio do segundo momento é superior ao do primeiro momento, o que traduz uma melhoria da percepção da QdV. Nos outros grupos não há diferenças estatisticamente significativas ainda que no segundo momento os valores sejam ligeiramente superiores. As comparações entre grupos em cada momento, permitem-nos concluir que não há diferenças estatisticamente significativas entre eles pois todos os valores de prova são superiores a 5%.

Tabela 22 – Média e desvio padrão da faceta escala Whoqol-Old: faceta Intimidade

	Momento 1	Momento 2	Teste amostras emparelhadas
Com EA (n=20)	13,45 (3,59)	15,30 (4,19)	Z = -2,408 ; vp = 0,016*
Grupo de Controlo (n=8)	11,13 (4,05)	13,88 (3,60)	t = -1,341; vp = 0,222
Grupo intervenção (n=9)	13,11 (5,33)	14,89 (4,34)	t = -0,902; vp = 0,393
Teste Kruskal-Wallis	$\chi^2_{(2)} = 1,925$ vp = 0,382	$\chi^2_{(2)} = 1,260$ vp = 0,533	

Por último, no que concerne à faceta Família/Vida Familiar o alfa de Cronbach obtido foi de 0,83 nos dois momentos o que traduz uma consistência interna boa. Os valores médios obtidos nas duas avaliações são muito similares e não diferem de forma significativa pois o valor de prova é superior a 5%. De notar ainda que os valores médios obtidos nesta faceta são bastante elevados e próximos do valor máximo que é 20. Assim, nesta faceta os idosos têm uma boa percepção QdV (Tabela 23).

Tabela 23 – Avaliação da QdV no idoso-Whoqol-Old: faceta Família/Vida Familiar

	Momento 1	Momento 2
Consistência interna	0,83	0,83
Média	17,16	17,81
Desvio padrão	3,14	2,73
Teste Wilcoxon para amostras emparelhadas	Z = -1,857 vp = 0,063	

Por grupo e por momento também não se registam diferenças estatisticamente significativas na faceta Família/Vida Familiar, pois todos os valores de prova são superiores a 5%. O grupo com EA é o que apresenta os maiores valores médios em particular no segundo momento. O grupo de intervenção regista a subida de um ponto entre os dois momentos, e o grupo de controlo tem uma ligeira diminuição (Tabela 24).

Tabela 24 – Média e desvio padrão da escala Whoqol-Old: faceta Família/Vida Familiar

	Momento 1	Momento 2	Teste amostras emparelhadas
Com EA (n=20)	17,45 (2,54)	18,20 (2,95)	Z = -1,674; vp = 0,094
Grupo de Controlo (n=8)	17,13 (4,36)	17,00 (3,25)	Z = -0,431; vp = 0,666
Grupo intervenção (n=9)	16,56 (3,43)	17,67 (1,58)	t = -1,296; vp = 0,231
Teste Kruskal-Wallis	$\chi^2_{(2)} = 0,590$ vp = 0,745	$\chi^2_{(2)} = 2,808$ vp = 0,246	

No momento 1, representado na Tabela 25, o resultado da escala Eurohis-Qol-8 está correlacionada de forma positiva, moderada e significativamente com o total do Whoqol-Old, e algumas das suas facetas: Funcionamento Sensorial (correlação fraca), Autonomia, Atividades Passadas, Presentes e Futuras e Participação Social. As correlações positivas entre as duas subescalas revelam que quanto mais elevada for a perceção da qualidade de vida em geral melhor será a perceção da qualidade de vida do idoso, assim como, nas facetas atrás mencionadas. As correlações significativas a 1% são moderadas pois o coeficiente está compreendido entre 0,40 e 0,69. Com a faceta Funcionamento Sensorial a correlação é significativa a 5%, e é fraca (0,20 – 0,39).

No momento 2, a percepção da qualidade de vida em geral está correlacionada de forma positiva e significativa com a percepção da qualidade de vida do idoso e trata-se de uma correlação forte (0,70 – 0,89). Obtiveram-se correlações positivas, moderadas e significativas a 1% com as facetas: Autonomia, Atividades Passadas, Presentes e Futuras, Participação Social, Intimidade e Família/Vida Familiar pois os coeficientes obtidos variam entre 0,40 e 0,69. A correlação entre a escala Eurohis-Qol-8 e a faceta Morte e Morrer da escala Whoqol-Old é fraca (0,20 – 0,39) e significativa a 1%.

De notar que no segundo momento a correlação com a faceta Funcionamento Sensorial não é significativa.

Tabela 25 – Correlação de Spearman entre Eurohis-Qol-8 e Whoqol-Old e suas facetas

	WHOQOL	FS	A	APPF	PS	MM	I	F
EM1 ¹	,61**	,37*	,43**	,65**	,52**	,24	,19	,19
EM2	,71**	,13	,63**	,56**	,44**	,38*	,40*	,45**

Legenda: * significativo a 5%; ** significativo a 1%

¹ Eurohis-Qol-8 Momento 1

VI – Discussão dos Resultados

Neste capítulo será efetuada a discussão dos resultados encontrados na presente investigação, tendo por base a bibliografia consultada, com especial realce os estudos efetuados neste âmbito.

Os dados sociodemográficos usados na caracterização da amostra, demonstram uma desigualdade no que se refere ao sexo, uma vez que 73% dos idosos institucionalizados são do sexo feminino e 27% masculino, os idosos institucionalizados possuem uma média de 85,41% anos (min.: ≤ 71 anos e máx.: ≥ 100 anos), e a institucionalização incide maioritariamente sobre a faixa etária ≥ 85 anos. Em Portugal, são variadíssimos os estudos sobre idosos em que se verifica predomínio do sexo feminino, dos quais se pode destacar o estudo de Vilar (2015) sobre a avaliação da qualidade de vida em adultos idosos, onde a autora refere que a percentagem é relativamente superior de participantes mulheres (57,8%). Este facto pode estar relacionado com os efeitos de sobremortalidade masculina, e a esperança de vida, que como sabemos é mais elevada no caso das mulheres (INE, 2013).

Quanto à distribuição dos idosos relativamente à idade, com base os grupos etários definidos, verificou-se uma predominância de idosos nas faixas etárias mais elevadas (dezassexes possuem idades compreendidas entre 75 e 84 anos, dezanove têm 85 anos ou mais). Os idosos institucionalizados possuem uma média de 85,41% anos (min.: ≤ 71 anos e máx.: ≥ 100 anos), e a institucionalização incide maioritariamente sobre a faixa etária ≥ 85 anos. Estes dados corroboram os de Martins (2004) quando afirma que, à medida que aumenta a idade, a população idosa a viver em “famílias institucionais” cresce significativamente.

Considerando a distribuição dos idosos por estado civil, verificamos que a maioria da nossa amostra é constituída por viúvos (83,8%), casados (10,8%) e solteiros (5,4%). 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).

Na análise da variável do nível de escolaridade verificamos que a maioria da nossa amostra são idosos letrados (1.º ciclo ou 2.º ciclo 43, 2%, sabe ler/escrevera 16,

2%), contrariamente do que se conhece da realidade portuguesa, que evidencia elevados níveis de analfabetismo (Machado, 2003 citado por Rodrigues, 2011).

No que respeita à análise da toma de medicamentos pelos idosos do presente estudo, verificamos que a maioria são polimedicados (>5 medicamentos), de notar que um dos idosos toma 11 medicamentos. 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, no seu estudo verificou que 34% (128 idosos) toma até quatro medicamentos por dia, 51,3% (193 idosos) toma de cinco a nove medicamentos e os restantes 14,6% (55 idosos) tomam dez ou mais medicamentos por dia.

Quanto às alterações que ocorrem com o envelhecimento, verificamos que 61,5% dos idosos sofre de alterações de visão, 10,3% sofre de alterações de audição e 51% sofre de alterações de locomoção. Como nos refere Berger e Mailloux-Poirier (1995) que com o processo de envelhecimento há uma maior probabilidade de surgirem alterações a nível da visão, audição e locomoção.

No presente estudo, a análise da fiabilidade da escala Eurohis-Qol-8 relacionada com a saúde, mostra-nos que esta medida curta apresenta boa consistência interna (alfas de Cronbach 0,82 e 0,80, no primeiro momento e segundo, respetivamente), indo de encontro: aos estudos transculturais realizados por Schmidt, Mühlán, e Power (2006), em que os mesmos apresentavam resultados de alphas de Cronbach 0,74 e 0,85 no primeiro momento e segundo, 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).

No que respeita aos resultados obtidos pela aplicação da escala Eurohis-Qol-8, por grupos e dentro de grupos, devemos salientar que o grupo de EA registou uma melhoria estatisticamente significativa da qualidade de vida em geral, verificada do primeiro momento para o segundo, uma vez que este grupo já se encontrava inserido num programa de EA. Este facto vai de encontro ao que refere a OMS (2005, p.13) quando se afirma que o envelhecimento ativo é “o processo de otimização das oportunidades de saúde, participação e segurança, com o objetivo de melhorar a qualidade de vida à medida que as pessoas ficam mais velhas”.

Pinazo et. al (2010, p. 5) acrescenta que o processo permite às pessoas realizar o seu potencial de bem-estar físico, psíquico e mental ao longo do ciclo de vida e participar na sociedade de acordo com as suas necessidades, desejos e capacidades, proporcionando-lhes proteção, segurança e cuidados adequados quando necessitam de assistência.

Num estudo de natureza quase-experimental, com utilização da escala Eurohis-Qol-8 em 2013, no qual se procuraram analisar os efeitos da estimulação cognitiva na sintomatologia depressiva e qualidade de vida de idosos, verificou-se que após a intervenção, a perceção da qualidade de vida melhorou significativamente (Apóstolo et al., 2013). Noutro estudo efetuado por Matimba (2014), cujo objetivo era analisar o efeito de um programa de estimulação cognitiva em idosas institucionalizadas utilizando a escala Eurohis-Qol-8, foi encontrada uma melhoria significativa dos índices de qualidade de vida no grupo experimental após a intervenção.

A análise da fiabilidade da escala Whoqol-Old, relacionada com a qualidade de vida em adultos idosos, apresenta uma boa consistência interna nos dois momentos (alfas de Cronbach 64,74 e 73,72, no primeiro momento e segundo, respetivamente). Estes valores são semelhantes aos obtidos nos estudos transculturais realizados por Vilar et al. (2010), nos quais nos apresentavam resultados de alphas de Cronbach no primeiro momento 0,72 e 0,88, respetivamente, ainda que a escala tivesse menos quatro itens relativos à faceta família/vida familiar. Chachamovich (2005) realizou um estudo no qual se pretendia avaliar a qualidade de vida em idosos com sintomatologia depressiva e desesperança, onde verificou que a consistência interna do instrumento de avaliação Whoqol-Old apresentava significância estatística.

A media teórica desta escala (Whoqol-Old) é 84 pontos. No primeiro momento de avaliação obteve-se uma média de 100,51, e no segundo momento uma média de 110,57, assim podemos afirmar que a qualidade de vida dos idosos, sujeitos a este estudo, é boa e melhorou, efetivamente, de forma significativa entre as duas avaliações realizadas. Esta medida representa uma ferramenta específica dos instrumentos genéricos, sendo uma alternativa útil na investigação da qualidade de vida dos idosos,

porque abrange aspetos fundamentais e não abordados nos instrumentos originais para populações não-idosas.

Nos três grupos analisados a avaliação Whoqol-Old apresenta pontuações superiores de qualidade de vida no grupo em programa de EA, com diferenças significativas entre os mesmos, sendo de destacar uma maior significância com este. Os programas de EA permitem retardar ou inverter o declínio das capacidades, não descurando que são vários os fatores que contribuem para um envelhecimento bem-sucedido, nomeadamente: a utilização de soluções individuais e comunitárias que devem ser adaptadas a cada caso concreto; a opção por meios envolventes que propiciem um estilo de vida saudável, adequados à idade do indivíduo; a postura otimista do indivíduo perante a vida; a realização de atividades estimulantes do ponto de vista cognitivo e social; a adoção de ferramentas internas que permitam ao indivíduo assimilar as perdas; e, consciencialização do indivíduo perante as suas dificuldades intrínsecas (Fazendeiro, 2012).

No que respeita às facetas, revela-nos que, no domínio “Funcionamento Sensorial”, os três grupos melhoraram de forma estatisticamente significativa a sua qualidade de vida no segundo momento de avaliação. Foi, contudo, o grupo de intervenção, o que apresentou melhores resultados no segundo momento. Estes resultados são similares aos que refere Lopes (2014), em que um treino de Funcionamento Sensorial pode ser útil no tratamento de longo prazo, de modo a prevenir o declínio e melhorar a qualidade de vida.

No que concerne aos resultados do domínio “Autonomia”, podemos salientar diferenças estatisticamente significativas entre o grupo de EA e os restantes nos dois momentos. Nicolazi, Silva, Coelho, Cascaes e Buchele (2009) num estudo realizado acerca da qualidade de vida na terceira idade, nomeadamente quanto aos cuidados primários em saúde, 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” verificou-se um aumento da perceção da QdV do primeiro momento para o segundo, quer no grupo de EA, quer no grupo de intervenção. Estas diferenças são estatisticamente significativas. Estes resultados são corroborados pelo estudo desenvolvido por Lopes (2014) acerca

das funções executivas e memória em idosos, onde avaliou os efeitos de um treino cognitivo e as repercussões na qualidade de vida, tendo obtido resultados superiores após a intervenção.

No domínio “Participação Social” em ambos os momentos não se registaram diferenças estatisticamente significativas nos três grupos, contudo o grupo EA apresenta melhor perceção da qualidade de vida nesta faceta. Estes resultados são concordantes com os obtidos por Gorjão (2011), nos quais o autor refere que a participação social é um instrumento relevante no processo de envelhecimento bem sucedido. Este autor refere, ainda, que existe, no âmbito desta temática, vasta literatura que atribuiu, à participação social, um papel estratégico devido aos seus benefícios na saúde física e psicológica.

Nos resultados obtidos no domínio “Intimidade” verificamos diferenças estatisticamente significativas no grupo com EA entre os dois momentos. Estes resultados vão de encontro ao estudo efetuado por Bajotto e Golgim (2011), no qual pretendiam avaliar a qualidade de vida e tomada de decisão em idosos participantes em sócio-terapia, observando-se que a pontuação mais elevada correspondeu ao domínio intimidade. Estes autores concluíram que os idosos do estudo têm um envelhecimento pleno de satisfação com seus companheiros e aqueles que os rodeiam.

No domínio Família/Vida Familiar não se registam diferenças estatisticamente significativas, embora o grupo de EA e o grupo de intervenção apresentem melhor perceção da qualidade de vida no segundo momento. Pires (2014) refere que a melhoria da qualidade de vida se traduz na satisfação com o apoio e disponibilidade de tempo com seus familiares, bem como nas relações familiares e sentido de valor na família.

O domínio “Morte e Morrer” constitui a faceta que neste estudo apresenta pontuações mais baixas na perceção da qualidade de vida. Contrariamente a estas conclusões no estudo efetuado por Leal et al. (2009), sobre os efeitos de um treino funcional em idosos, foi encontrada uma expressiva diferença quanto à melhoria da qualidade de vida nesta faceta, seria expectável, que os idosos, ao adotarem um estilo de vida ativo, com prática regular de exercício físico, tivessem uma perceção superior da sua saúde e de qualidade de vida.

Um aspeto interessante neste estudo é o resultado obtido através da aplicação do instrumento de avaliação Eurohis-Qol-8, que se encontra correlacionado, de forma positiva, moderada e significativamente com o total Whoqol-Old. Num estudo realizado

por Martins (2012) que pretendia descrever a análise dos resultados obtidos com base no Eurohis-Qol-8 e no Whoqol-Old, verificou uma relação entre o grau de proximidade das relações dos idosos e os valores de qualidade de vida, respetivamente.

Conclusões, Limitações e Sugestões do Estudo

Este projeto surgiu devido à atualidade e pertinência do tema, que nos parece ser de grande dimensão no âmbito das sociedades modernas. Tivemos como objetivo avaliar a perceção da qualidade de vida em idosos institucionalizados em relação à participação num programa de envelhecimento ativo e, em consequência, perceber da necessidade das respostas sociais no que concerne à qualidade de vida no processo de envelhecimento. Para além deste interesse de índole científica e intelectual, preocupou-nos perceber em que medida o processo de envelhecimento pode ser perspectivado como um processo rico e dinâmico, projetando níveis positivos de qualidade de vida e retardando os efeitos nefastos daquele.

Pretendemos com este projeto perceber a perceção da qualidade de vida de 37 idosos, institucionalizados na Santa Casa da Misericórdia de Bragança, dos quais um grupo já se encontra inserido no âmbito de um programa de envelhecimento ativo, outro no grupo de controlo (não submetido a qualquer programa de envelhecimento ativo), e, ainda, um outro no grupo de intervenção de um programa por nós elaborado.

Os resultados obtidos na escala Eurohis-Qol-8 revelam-nos que o grupo de EA apresenta melhores resultados da qualidade de vida em geral, isto porque, estes idosos já beneficiam de um programa de EA desde há longa data.

Quanto aos resultados obtidos na escala Whoqol-Old revelam-nos que a qualidade de vida dos idosos deste estudo é boa e melhorou, efetivamente, de forma significativa entre as duas avaliações realizadas.

Os resultados da implementação do programa de intervenção mostram-nos que os idosos sujeitos a este tipo de programas apresentam melhorias na sua perceção da qualidade de vida em geral. Portanto, os idosos institucionalizados devem ser o alvo preferencial da criação e implementação de programas de envelhecimento ativo, na medida em que o isolamento e a falta de relacionamentos sociais, sobretudo com as gerações mais jovens, se revelam como prejudiciais no processo de envelhecimento.

Como limitações salientamos o facto de estes resultados não poderem ser extrapolados, uma vez que a amostra estudada é de pequena dimensão e se reporta a um

determinado contexto espacial, temporal e cultural.

Entendemos, portanto, que seria pertinente prosseguir este tipo de estudo com uma amostra de dimensão mais elevada e num período de tempo mais alargado, recorrendo-se de igual forma ao instrumento Whoqol-Old. Entendemos, ainda, que a amplificação do presente estudo, poderia ser facilitadora na avaliação do impacto dos programas de envelhecimento ativo ao nível da saúde, social e comunitário.

Assim, entendemos que o Educador Social tem, no contexto do envelhecimento ativo e na qualidade de vida dos idosos, um papel fundamental de promoção de necessidades e orientação de objetivos. Compete-lhe, entre outros, o dever de promover junto da população idosa o enraizamento de atividades que fomentem a sua qualidade de vida e que tornem o processo do envelhecimento menos penoso. Julgamos que os resultados obtidos com o fomento deste estudo projetam estas nossas convicções e que devemos potenciar uma atitude intervencionista junto dos idosos institucionalizados, potenciando as suas qualidades humanas, e diminuindo o desconforto próprio do envelhecimento. É, para nós, essencial que se promova o envelhecimento ativo e que das palavras se façam os atos. Que as redes sociais de apoio ao idoso se unam e promovam a qualidade de vida em todas as suas vertentes e que o idoso se permita viver e com qualidade.

Referências Bibliográficas

- Abreu, V., & Tamai, S. (2006). Reabilitação cognitiva em gerontologia. In: Freitas, E., Py, L., Cançado, F., Doll, J., e Gorzoni, M. *Tratado de Geriatria e Gerontologia* (pp. 1162-1169). Rio de Janeiro. Guanabara Koogan.
- Aguiar, C. C. T., Vieira, A. P. F., Carvalho, A. F., & Monteiro-Junior, R. (2008). Instrumentos de Avaliação de Qualidade de Vida Relacionada à Saúde no Diabetes Melito. *Arq. Bras Endocrinol Metab*, 931-939.
- Alves, E. F. (2011). Qualidade de Vida: Considerações sobre Indicadores e Instrumentos de Medida. *Revista Brasileira de Qualidade de Vida, Volume.03*, 16-23.
- Almeida, F. M. P. d., Fachel, L. O., Sérgio, L., Marta, X., Eduardo, C., Guilherme, V., & Vanessa, P. (1999). Desenvolvimento da Versão em Português do Instrumento de Avaliação de Qualidade de Vida da OMS (Whoqol-100). *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 21, 19-28.
- André, C. M. (2005). *Qualidade de Vida e Doença Coronária*. Coimbra: Formasau.
- Apóstolo, J., Carvalho, A., Tavares, C., Cardoso, D., Carvalho, M., & Baptista, T. (2013). Efeitos da Estimulação Cognitiva na Sintomatologia Depressiva e Qualidade de Vida de Idosos. *Revista Envelhecimento e Inovação, Volume.02*. Consultado em 05 de Setembro de 2015; Disponível em: <http://associacaoamigosdagrandeidade.com/revista/volume2edicao3julho2013/estimulacao-cognitiva/>
- Azevedo, C. M. (2000). *Dicionário de História Religiosa de Portugal*. Rio de Mouro: Printer Portuguesa.
- Aznar, F. C., & Andreu, M. A. (2005). *Calidad de Vida de las Personas Mayores Gerontología: Actualización, Innovación y Propuestas* (2ª ed). Madrid: Pearson.
- Bajotto, A. P., & Golgim, J. R. (2011). Avaliação da Qualidade de Vida e Tomada de Decisão em Idosos Participantes de Grupos Socioterápicos da Cidade de Arroio do Meio, RS, Brasil. *Revista Brasileira. Geriátrica. Gerontologia. Rio de Janeiro*.

- Berger, L., & Mailloux-Poirier, D. (1995). *Pessoas Idosas: Uma Abordagem Global* (revista e corrigida). Lisboa: Lusodidacta.
- Brissos, A. (1990). Envelhecimento: Algumas Considerações sob o Ponto de Vista Sociológico. *Servir*, nº 40 (1), pp 16-31.
- Campolina, A. G., & Cicionelli, R. M. (2006). Qualidade de Vida e Medidas de Utilidade: Parâmetros Clínicos para as Tomadas de Decisão em Saúde. *Revista Panam Salud Publica*, 19(2).
- Canavarro, M. C. & Serra (2010). Qualidade de Vida: Significados e Níveis de Análise. In M. C. Canavarro, e A. V. Serra, *Qualidade de Vida e Saúde: Uma Abordagem na Perspectiva da Organização Mundial de Saúde*. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.
- Canavarro, M. C., Serra, A. V., Pereira, M., Simões, M. R., Quartilho, M. J. R., 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). In M. C. Canavarro, e A. V. Serra, *Qualidade de Vida e Saúde: Uma Abordagem na Perspectiva da Organização Mundial de Saúde*. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.
- Cancela, D. M. G. (2007). O Processo de Envelhecimento. *O portal dos Psicólogos*, 1-15.
- Cantera, I. R., & Domingo, P. L. (1998). *Geriatrics*. Rio de Janeiro: McGraw-Hill.
- Chachamovich, E. (2005). *Qualidade de Vida em Idosos: Desenvolvimento e Aplicação do Módulo Whoqol-Old e Teste do Desempenho do Instrumento Whoqol-Bref em uma Amostra de Idosos Brasileiros* (Dissertação de Mestrado). Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre.
- 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 Tecnológica*, Volume.15, 1-6.
- Ermida, J. G. (1999). Processo de Envelhecimento. In A. Costa et al. (eds) *O idoso: Problemas e Realidades* Coimbra: Formasau.

- Fazendeiro, A. S. P. (2012). *Políticas Sociais de Envelhecimento Ativo para a Cidade da Covilhã* (Dissertação de Mestrado). Universidade Técnica de Lisboa, Lisboa.
- Fernández-Ballesteros, R. (2004). *Gerontología Social*. Madrid: Pirámide.
- Fernández-Ballesteros, R., Kruse, A., Zamarrón, M. D., & Caprara, M. (2009). Calidad de Vida, Satisfacción con la Vida y Envejecimiento Positivo. In R. Fernández-Ballesteros, *Psicogerontología: Perspectivas Europeas para un Mundo que Envejece* (pp. 261-292). Madrid: Pirámide.
- Ferreira, A. (2009). *A Qualidade de Vida em Diferentes Contextos Habitacionais: A Perspectiva do Próprio e do Seu Cuidador* (Dissertação de Mestrado Integrado). Universidade de Lisboa, Lisboa.
- Ferreira, M. E. M. M. (2012). *Ser Cuidador: Um Estudo sobre a Satisfação do Cuidador Formal de Idosos* (Dissertação de Mestrado). Instituto Politécnico de Bragança, Bragança.
- Ferreira, P. L. (1998). *A Mediação do Estado de Saúde: Criação da Versão Portuguesa do MOS SF-36* (Dissertação de Mestrado). Centro de Estudos e Investigação em Saúde da Universidade de Coimbra, Coimbra.
- Ferreira, P. L., Ferreira, L. N., & Ferreira, L. N. (2013). Contributos para a Validação da Versão Portuguesa do EQ-5D. *Revista Científica da Ordem dos Médicos*, 664-675.
- Fleck, M. P. d. A. (1998). Versão em Português dos Instrumentos de Avaliação de Qualidade de Vida (Whoqol). *Psiquiatria*. Consultado em 12 de Fevereiro de 2014; Disponível em: <http://www.ufrgs.br/psiquiatria/psiq/whoqol1.html>
- Fonseca, A. M. (2006). *O Envelhecimento: Uma abordagem Psicológica*. Lisboa: Universidade Católica Editora.
- Fonseca, A. M. (2012). Fundamentos Psicológicos para um Envelhecimento Ativo In. C. Palmeirão e A. B. Cruz, *Envelhessomos* (pp.9-67). Porto: Universidade Católica-Porto.
- Fortin, M.-F. (1999). os desenhos de investigação experimentais. in M-F. Fortain, *O Processo de Investigação: Da concepção à realização* (pp. 262-287). Loures: Lusociência.
- Gava, A. A., & Zanoni, J. N. (2005). Envelhecimento Celular. *Arq. Ciênc. Saúde Unipar, Umuarama*, 9, 41-46.

- Gorjão, S. (2011). *Envelhecimento Ativo: O Papel da Participação Social Construção e Validação de um Instrumento* (Dissertação de Mestrado). Instituto Universitário de Lisboa, Lisboa.
- Hernandis. S. (2010). Programas para Trabajar la Memoria. In L. B. García, *Envejecimiento Activo y Actividades Socioeducativas con Personas Mayores - Guía de Buenas Prácticas* (pp.171-179). Madrid: Panamericana.
- Hernandis. S., & Martinez. M. (2005). Gerontologia: Actualización, Inovación y Propuestas. Madrid: Pearson.
- Hoeman, P. S. (2011). Cognição e Comportamentos. In C. Gatens & M. Musto, *Enfermagem de Reabilitação - Prevenção, Intervenção e Resultados Esperados* (pp. 551-577). Loures: Lusodidacta
- Hoeman, P. S. (2000). Bases Conceptuais da Enfermagem de Reabilitação. In S. P Hoeman, *Enfermagem de Reabilitação - Aplicação e Processos* (pp. 3-22). Loures: Lusodidacta
- INE. (1964). *Divisão Adinistrativa*. Consultado em 12 de Abril, 2015; Diponivel em: https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_cont_inst&INST=6251013&xlang=pt
- INE. (2012). *Censos 2011 Resultados Definitivos - Portugal*. 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.
- Jacob, L. (2007). *Animação de Idosos - Atividades* (1ª Ed.). Lisboa: Ambar.
- Jacob, L., e Fernandes, H. (2011). *Ideias para um Envelhecimento Activo* (1ª Ed.). Almeirim: Rutis.
- Jacob, L., Santos, E., Pocinho, R., & Fernandes, H. (2013). *Envelhecimento e Economia Social: Perspetivas Atuais* (1ª Ed.). Viseu: Psicosoma.
- Kuchemann, B. A. (2012). Envelhecimento Populacional, Cuidado e Cidadania: Velhos Dilemas e Novos Desafios. *Revista Sociedade e Estado, Volume 27*.
- Leal, S. M. d. O., Borges, E. G. d. S., Fonseca, M. A., Junior, E. D. A., Cader, S., & Dantas, E. H. M. (2009). Efeitos do Treinamento Funcional na Autonomia

- Funcional, Equilíbrio e Qualidade de Vida de Idosas. *Rev Brasileira Ciência e Motivação*, 17, 61-69.
- Lopes, R. M. F. (2014). *Funções Executivas e Memória em Idosos: Um Estudo sobre os Efeitos de Um Treino Cognitivo e Repercussões na Qualidade de Vida* (Dissertação de Doutorado). Universidade Católica do Rio Grande do Sul, Porto Alegre.
- Magalhães, E. E. (2014). Teorias sobre o Envelhecimento, Perspetiva Desenvolvimental do Processo de Envelhecimento da Consciência. In R. Pocinho., E. N. Pardos & L. Jacob, *Envelhecimento na Sociedade e Saúde: Teorias e Práticas* (pp.12-63) Ricardo Pocinho.
- Marcos, A. A. (2014). *Adesão Terapêutica nos Idosos do Concelho de Macedo de Cavaleiros* (Dissertação de Mestrado). Instituto Politécnico de Bragança, Bragança.
- Martins, E. d. C. d. C. (2012). *Qualidade de Vida em contexto de Acolhimento Familiar de Idosos* (Dissertação de Mestrado). Universidade do Minho, Guimarães.
- Martins, R. M. L. (2004). *Qualidade de Vida em Idosos Da Região de Viseu*. (Dissertação de Doutorado). Badajoz.
- Masson, V. A., Monteiro, M. I., & Vedovato, T. G. (2008). Qualidade de Vida e Instrumentos para a Avaliação de Doenças Crónicas - Revisão de Literatura. 45-54.
- Mata, M. A. P. d. (2012). *Sobrecarga en Cuidadores Informales de Mayores Dependentes* (Dissertação de Doutorado). Faculdade de Psicologia, Salamanca.
- Matimba, A. (2014). *Efeitos do Programa de Estimulação Cognitiva em Idosas Institucionalizadas na Unidade do Sagrado Coração com Défices Cognitivos Moderados-CSBJ* (Dissertação de Mestrado). Universidade Católica Portuguesa Braga.
- Minayo, M. C. d. S., Hartz, Z. M. d. A., & Buss, P. M. (2000). Qualidade de Vida e Saúde: Um Debate Necessário. *Ciência & Saúde Coletiva*, 5, 7-18.
- Molina, P. D., & Tarrés, P. P. (2004). *Terapia Ocupacional en Geriatria: Principios y Práctica* (2ª Ed.) Barcelona: Masson.

- Morgado, J., Rocha, C., Maruta, C., Guerreiro, M., & Martins, I. (2009). Novos Valores Normativos do Mini Mental State Examination. Vol.09. *Laboratório de Estudos de Linguagem*. Lisboa: Universidade de Lisboa.
- Monteiro, R., Braile, D. M., Brandau, R., & Jatene, F. B. (2010). Qualidade de Vida em Foco. *Revista Brasileira de Cirurgia Cardiovascular*, 25, 568-574.
- Mota, M. P., Figueiredo, P. A., & Duarte, J. A. (2004). Teorias Biológicas do Envelhecimento. *Revista Portuguesa de Ciências do Desporto, Volume. 04*, 81-110.
- 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.
- Neri, A. L. (2006). O legado de Paul B.Baltes à Psicologia do Desenvolvimento e do Envelhecimento. *Volume. 14*, 17-34.
- Netto, M. P. (1996). *Gerontologia: A Velhice e o Envelhecimento em Visão Globalizada*. São Paulo: Atheneu.
- Nicolazi, M. d. C., Silva, J. K. C. d., 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.
- Oliva, A., Dias, P. & Reis, A. (2009). Plasticidade Sináptica: Natureza e Cultura Modelando o Self. *Psicologia: Reflexão Crítica* (pp.128-135), vol. 22, no1. Universidade do Estado do Rio de Janeiro & Universidade Federal do Rio de Janeiro.
- Oliveira, J. H. B. d. (2005). *Psicologia do Envelhecimento e do Idoso* (2ª Ed.) Porto: Livpsic.
- OMS. (2005). Envelhecimento Ativo: Uma Política de Saúde. *Brasil*, 13.
- Pais, J. (2008). As Dificuldades de Memória do Idoso. In B. Nunes, *Memória: Funcionamento, Perturbação e Treino* (pp. 153-169). Lousã: Lidel
- 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. (s/d). Envelhecimento Ativo e Redes de Suporte Social. *Departamento de Ciências do Comportamento, ICBAS-UP*, 275-287.
- Paúl, C., & Fonseca, A. M. (2005). *Envelhecer em Portugal*. Lisboa: Climepsi Editores.

- Paúl, C., & Ribeiro, O. (2012). *Manual de Gerontologia*. Lisboa: Lidel.
- Paúl, M. C. (1997). *Lá Para o Fim da Vida: Idosos, Família e Meio Ambiente*. Coimbra: Almedina.
- Pereira, F. (2012). *Teroria e Prática da Gerontologia: Um Guia para Cuidadores de Idosos*. Viseu: Psico e Soma.
- 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.
- Pimentel, L. (2005). *O lugar do Idoso na Família* (2ª Ed.). Coimbra: Quarteto.
- Pinto, A. M. (2001). *Envelhecer Vivendo*. Coimbra: Quarteto.
- Pinto, P. A. C. (2009). *Qualidade de Vida Relacionada com a Saúde Oral em Idosos: Um Estudo Exploratório* (Dissertação de Mestrado). Universidade de Lisboa, Lisboa.
- Pinazo, S., Lorente, X., Linón, R., Fernández, S., & Bermejo, L. (2010). In L. García, *Envejecimiento Activo y Actividades Socioeducativas con Personas Mayores - Guía de Buenas Prácticas* (4-10). Madrid: Panamericana. capítulo
- Pires, M. A. E. (2014). *Avaliação da Qualidade de Vida 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 Tecnologia, Lisboa.
- Pousada, M. & Fuente. J (2007). Memória y Atención. In C. Triadó & F. Villar, *Psicología de la Vejez* (pp.113-139). Madrid: Alianza.
- Reis, F. L. d. (2010). *Como Elaboara uma Dissertação de Mestrado Segundo Bolonha*. Lisboa: Pactor.
- Ribeiro, J. L. P. (2007). *Metodologia de Investigação em Psicologia e Saúde* (1ª Ed.). Porto: Legis Editora/Livpsic.
- Ribeiro, M., Ferreira, R., Magalhães, C., Moreira, A., & Ferreira, E. (2009). Processo de Cuidar nas Instituições de Longa Permanência: Visão dos Cuidadores Formais de Idosos. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 62, 870-875.
- Ribeiro, O., & Paúl, C. (2011a). Envelhecimento Ativo. In O. Ribeiro e C. Paúl, *Manual de Envelhecimento Ativo* (1ª Ed., pp.1-11). Lisboa: Lidel.
- Ribeiro, O., & Paúl, C. (2011b). *Manual de Envelhecimento Activo*. Lisboa: Lidel.
- Robert, L. (1995). *Envelhecimento: Actos e Teorias*. Lisboa: Instituto Piaget.

- Rodrigues, S. I. (2011). *A Satisfação com a Vida de Idosos Institucionalizados* (Dissertação de Mestrado). Instituto Superior Miguel Torga, Coimbra.
- Rossitto, A. R., Bacon, M., Carvalho, M. P. G., & Micheletti, L. R. (2008). Qualidade de Vida na Terceira Idade.
- Santos, F. H. d., Andrade, V. M., & Bueno, O. F. A. (2009). Envelhecimento: Um Processo Multifatorial. *Psicologia em Estudo*, 14, 3-10.
- Schmidt, S., Mühlhan, H., & Power, M. (2006). The Eurohis-Qol 8-item index: psychometric results of a cross-cultural field study. *The European Journal of Public Health*, 16(4), 420-428. Consultado a 20 de Setembro de 2015; Disponível em: <http://eurpub.oxfordjournals.org/content/16/4/420>
- Sequeira, C. (2010). *Cuidar de Idosos com Dependência Física e Mental*. Lisboa: Lidel.
- 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, A. P. d. (2011a). *A Perceção de Qualidade de Vida do Idoso Institucionalizado* (Projeto de Licenciatura). Universidade Fernando Pessoa, Porto.
- Silva, M. A. B. d. (2011b). *Qualidade de Vida do Idoso Institucionalizado em Meio Rural* (Dissertação de Mestrado). Instituto Politécnico de Bragança, Bragança. Consultado em 08 de Novembro de 2013; Disponível em: <http://hdl.handle.net/10198/625>
- Silveira, M. F., Almeida, J. C., Freire, R. S., Haikal, D. S. A., & Martins, A. E. d. B. L. (2013). Propriedades Psicométricas do Instrumento de Avaliação da Qualidade de Vida: 12-item health survey (SF-12). *Ciências e Saúde Coletiva*, 18.
- Simonetti, J. P., & Ferreira, J. C. (2008). Estratégias de Coping Desenvolvidas por Cuidadores de Idosos Portadores de Doença Crónica. *Revista Esc Enferm USP*.
- Sousa, M. J., & Baptista, C. S. (2011). *Como Fazer Investigação, Dissertações, Teses e Relatórios Segundo Bolonha* (3ª Ed.). Lisboa: Pactor.
- Teixeira, I. N. D. A. O., & Guariento, M. E. (2010). Biologia do Envelhecimento: Teorias, Mecanismos e Perspectivas. *Ciência & Saúde Coletiva*, 15, 2845-2857.
- Tomasini, S. L. V., & Alves, S. (2007). Envelhecimento Bem-Sucedido e o Ambiente das Instituições de Longa Permanência. *RBCEH, Passo Fundo, Volume 4*, 88-102.
- Tortosa, J. M. (2008). *Psicologia del Envejecimiento*. Madrid: Pirámide.

- Triadó, C., & Villar, F. (2007). La Psicología del Envejecimiento: Conceptos, Teorías y Métodos. In C. Triadó & F. Villar, *Psicología de la Vejez* (pp.23-61). Madrid: Alianza.
- Vaz Serra, A., Canavarro, M. C., Simões, M., Pereira, M., Gameiro, S., Quartilho, M. J., Paredes, T. (2006a). Estudos Psicométricos do Instrumento de Avaliação da Qualidade de Vida da Organização Mundial de Saúde (Whoqol-100) para Português de Portugal.
- Vaz Serra, A., Canavarro, M. C., Simões, M., Pereira, M., Gameiro, S., Quartilho, M. J., & Paredes, T. (2006b). Estudos Psicométricos do Instrumento de Avaliação da Qualidade de Vida da Organização Mundial de Saúde (Whoqol-Bref) para Português de Portugal.
- Vilar, M., Simões, M. R., Sousa, L. B., Firmino, H., Paredes, T., & Lima, M. P. (2010). Avaliação da Qualidade de Vida em Adultos Idosos: Notas em Torno do Processo de Adaptação e Avaliação do Whoqol-Old para a População Portuguesa. In M. C. Canavarro & A. V. Serra, *Qualidade de Vida e Saúde: Uma Abordagem na Perspectiva da Organização Mundial de Saúde* (pp. 229-245). 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.
- Yanguas, J., & Leturia, F. (2007). Intervención Psicosocial con Personas Mayores. In C. Triadó & F. Villar, *Psicología de la Vejez* (pp.389-421). Madrid: Alianza.
- Yuste Rossel, N. (2004) Hipótesis Psicológicas, Biológicas y Sociológicas. In N. Yuste Rossel., R. R Herrera & M. A. Rico, *Introducción a la Psicogerontología*. Madrid: Pirámide.

Anexos

Anexo I – Protocolo de colaboração entre IPB-ESSa/Universidade Coimbra para
a utilização do instrumento Whoqol-Old

Acordo de Colaboração para a utilização do Protocolo WHOQOL-OLD, no âmbito da colaboração com o estudo/projeto de investigação do Curso de Mestrado em Envelhecimento Activo da Escola Superior de Saúde de Bragança (IPB) – “Qualidade de Vida em Idosos Institucionalizados submetidos a um programa de envelhecimento ativo”.

Em reunião de 02 de Dezembro de 2013, foram definidas e acordadas as seguintes linhas de disponibilização e utilização do Protocolo WHOQOL-OLD, no âmbito da colaboração com o estudo/projeto de investigação do Curso de Mestrado em Envelhecimento Activo da Escola Superior de Saúde de Bragança (IPB) – “Qualidade de Vida em Idosos Institucionalizados submetidos a um programa de envelhecimento ativo”.

A temática a desenvolver nesta investigação está em clara articulação com o projeto de validação do WHOQOL-OLD para a população portuguesa (tese de Doutoramento da Mestre Manuela Vilar/FPCE-UC e Projeto de Investigação financiado pela Fundação Calouste Gulbenkian, com coordenação do Professor Doutor Mário Manuel R. Simões/ FPCE-UC), pelo que foi considerada a possibilidade de disponibilizar o instrumento/protocolo WHOQOL-OLD.

Neste âmbito, devem ser consideradas as seguintes circunstâncias e condições/compromissos:

1. Dispomos de autorização da OMS para a realização de estudos de adaptação, validação e normalização do WHOQOL-OLD para a população portuguesa no âmbito do projeto de investigação e tese de doutoramento anteriormente referidos;
2. Dispomos de uma versão experimental do instrumento (2.^a versão, 32 itens), mas esta ainda está em fase de validação;

3. Ao ser disponibilizada e utilizada esta segunda versão experimental do WHOQOL-OLD, devem ser salvaguardados os aspectos referidos em 1 e considerados os limites da utilização e divulgação do instrumento e dos respectivos resultados (não difusão da prova, comunicações, publicações - salientar que se trata de uma versão experimental e em processo de validação, fazendo referência aos estudos portugueses em curso), no âmbito de uma investigação para doutoramento/mestrado/outros estudos;

4. Neste âmbito, os dados por vós obtidos poderão, eventualmente, ser incluídos na base de dados do projeto de adaptação e validação do WHOQOL-OLD para a população portuguesa, exclusivamente para efeitos de estudos de validade concorrente e discriminante.

Coimbra, 02 de Dezembro de 2013

Prof. Doutor Carlos Magalhães (Orientador)

Eugénia Anes
Prof. Doutora Eugénia Anes (Orientador)

Flávia Marisa Ramalho Rebelo
Flávia Marisa Ramalho Rebelo (Mestrando)

Prof. Doutor Mário Manuel R. Simões (Coordenador)

Manuela Vilar
Mestre Manuela Vilar (Doutorando)

Anexo II – Autorização para efetuar o estudo na Santa Casa da Misericórdia de
Bragança

Autorizado
ARZ.

Exmo. Sr. Provedor da Santa
Casa da Misericórdia de
Bragança,
Exmo Dr. Eleutério Alves

Flávia Marisa Ramalho Rebelo, aluna do 2.º ano do Mestrado de Envelhecimento Ativo, da Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Bragança, pretende desenvolver um Trabalho de Projeto intitulado **“QUALIDADE DE VIDA EM IDOSOS INSTITUCIONALIZADOS SUBMETIDOS A UM PROGRAMA DE ENVELHECIMENTO ATIVO”**, sob orientação da Professora Doutora Maria Eugénia Anes e do Professor Doutor Carlos Magalhães. Neste sentido, venho por este meio solicitar a V.Ex.ª autorização para efetuar o mesmo nos lares da Santa Casa da Misericórdia de Bragança, onde se pretende avaliar a qualidade de vida em: indivíduos inseridos num Programa de Envelhecimento Ativo e num grupo de controlo; em indivíduos a quem seria aplicado um programa de intervenção no âmbito do Envelhecimento Ativo, em que seria iniciado em Janeiro e terminaria em Abril. O mesmo será apenas aplicado em utentes que aceitem livremente participar neste estudo (pelo que deverão assinar o consentimento informado apresentado em anexo), que consistirá na:

- Aplicação de um questionário de recolha de dados sócio- demográficos;
- Aplicação da escala Mini Mental State (MMS);
- Aplicação do Índice de Barthel;
- Aplicação da escala World Health Organization Quality of Life – Old Module (WHOQOL-OLD) e European of Health Surveys/ Quality of Life – 8 Items (Eurohis – Qol – 8);
- Implementação de um Programa de intervenção no âmbito do Envelhecimento Ativo, com pré e pós avaliação da qualidade de vida.

Juntamente envio em anexo os documentos supracitados,
Pede deferimento,
Atenciosamente,

A Mestranda

Anexo III – Consentimento Informado

Consentimento Informado

Eu, _____, declaro, por este meio, que concordei participar no estudo intitulado “**QUALIDADE DE VIDA EM IDOSOS INSTITUCIONALIZADOS SUBMETIDOS A UM PROGRAMA DE ENVELHECIMENTO ATIVO**”, desenvolvido por Flávia Marisa Ramalho Rebelo, mestranda de Envelhecimento Ativo, no Instituto Politécnico de Bragança, escola Superior de Saúde.

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 percepção da qualidade de vida em idosos institucionalizados, promover um programa de envelhecimento ativo e avaliar a efetividade do programa de intervenção de envelhecimento ativo.

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 na posse dos participantes da pesquisa.

Anexo IV – Escala Mini Mental State Examination de Folstein, Folstein e
McHugh (1975)

Mini Mental State Examination – Folstein, Folstein & McHugh (1975)

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

	Certo	Errado
1.1 – Em que ano estamos?		
1.2 – Em que mês estamos?		
1.3 – Em que dia do mês estamos?		
1.4 – Em que dia da semana estamos?		
1.5 – Em que estação estamos?		
1.6 – Em que país estamos?		
1.7 – Em que distrito é que vive?		
1.8 – Em que terra vive?		
1.9 – Em que casa estamos?		
1.10 – Em que andar estamos?		

Total de pontos “orientação”: _____

2 – Retenção (contar 1 ponto por cada palavra corretamente 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 – Pêra		
2.2 – Gato		
2.3 – Bola		

Total de pontos “retenção”: _____

3 – Atenção e cálculo (1 ponto por cada resposta correta). Se der uma errada mas depois continuar a subtrair bem, considera-se as seguintes como corretas. Parar ao fim de 5 respostas (0-5 Pontos)

Agora peço que me diga quantos são 30 menos 3 e depois o numero encontrado voltar 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 correta) (0-3 Pontos)

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

	Certo	Errado
2.1 – Pêra		

2.2 – Gato		
2.3 – Bola		

Total de pontos “atenção e cálculo”: _____

5 – Linguagem (1 ponto por cada resposta correta) (0-8 Pontos)

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

	Certo	Errado
5.1.1 – Relógio		
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: _____

1.3 – 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 – Pegue com a mão direita		
5.3.2 – Dobra ao meio		
5.3.3 – Coloca onde deve		

Total de pontos: _____

1.4 – Leia o que está neste cartão e faça o que lá diz (mostrar cartão com a frase legível – “feche os olhos”; sendo analfabeto, lê-se a frase) (0-1 Pontos)

5.4.1 – Fechou os olhos

Certo	Errado

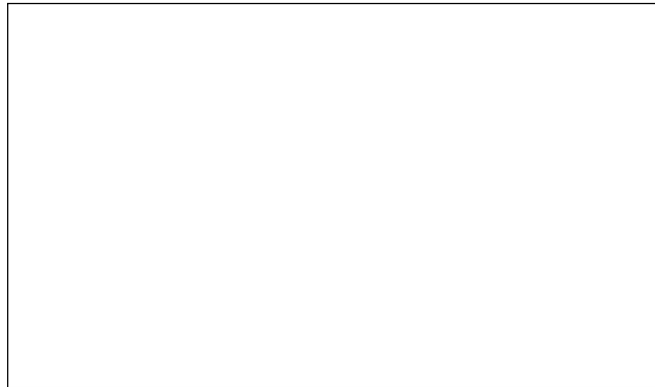
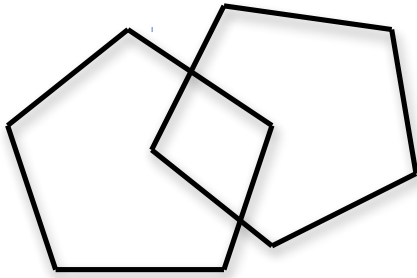
Total de pontos: _____

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

Total de pontos: _____

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

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



Total de pontos: _____

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 V – Inquérito Sociodemográfico/Clinico

Guião de Entrevista

Projeto “Validação de Provas de Memória e de Inventários de Avaliação Funcional e de Qualidade de vida”
(Processo nº 74569; Fundação Calouste Gulbenkian)

Nome: _____ **Género:** Masculino Feminino

Estado Civil:

- Solteiro
 Casado
 Divorciado
 Viúvo
 Outro _____

Data de Avaliação
Data de Nascimento
Idade Cronológica

Ano	Mês	Dia
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

Morada (especificar Freguesia, Concelho, Distrito)

Área: Predominantemente Urbana Moderadamente Urbana Predominantemente Rural

Escolaridade:

Nível escolar alcançado _____

Idades de início e conclusão da escolaridade _____

Sinalizar problemas de aprendizagem escolar (interrupções, reprovações) _____

Profissão:

Atual _____

Profissão que desempenhou durante mais tempo _____

Idade de reforma (se aplicável) _____

Experiências de emigração (especificar local e duração) _____

Condição Atual:

- Vive com esposo (a)/ companheiro (a)
 Vive sozinho (a)
 Vive e casa de familiares (Nº pessoas do agregado familiar _____)
 Lar/ casa de repouso
 Centro de dia (Onde passa a noite? _____)
 Hospitalização (Motivo e duração? _____)
 Com necessidades de assistência (Qual? _____)

Outra condição (Qual? _____)

Pessoas próximas ou familiares que possam prestar/prestam apoio: _____

Considera-se uma pessoa religiosa? _____

Pratica alguma religião? Se sim, qual? _____

Informação médica/clínica

Atual

Presença de diagnóstico médico (se sim, especificar): _____

Quando foi diagnosticado: _____

Prognóstico (condição crónica ou temporária): _____

Regime de acompanhamento médico: Internamento Consulta externa (especificar _____)

Medicação atual: _____

Adaptação à medicação: Adaptado Em adaptação

Outros tipos de tratamento: _____

Problemas de natureza sensorial: Audição Visão

Utilização de aparelhos auditivos ou óculos/lentes: _____

Problemas motores (especificar): _____

Consumo de substâncias: Álcool Tabaco Outro (especificar _____)

Outros problemas de saúde, com por ex. sono ou dores de cabeça (especificar, incluindo frequência e duração): _____

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

Prévia

Problemas de saúde anteriores (especificar): _____

Consultas prévias (Psiquiatria, Neurologia ou Psicologia): _____

Hospitalização ou intervenções cirúrgicas (especificar): _____

Antecedentes de doença psiquiátrica, neurológica ou psicológica na família (especificar) _____

Anexo VI – Índice da Atividades da Vida Diária (Mahoney & Barthel, 1965)

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

1 – Alimentação	Independente (Capaz de usar qualquer instrumento. Come num tempo razoável).	10
	Necessita de ajuda (Necessita de ajuda para cortar, para levar a comida até 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 (Pelo menos em metade das tarefas, mas realiza-se num bom tempo).	5
	Dependente.	0
3 – Banho	Independente (Toma banho geral no duche ou banheira. Entra e sai do banho sem ajuda de terceiros).	5
	Dependente.	0
4 – Higiene Corporal	Independente (Capaz de lavar a face, as mãos e os dentes. Capaz de pentear-se, barbear-se).	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, retirar e colocar a roupa).	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 de incontinência ou necessita de ajuda para enemas ou clisteres).	5
	Incontinente fecal.	0
7 – Controlo Vesical	Independente (Não apresenta episódios de incontinência. Se necessita de sonda ou saco coletor, fá-lo sozinho).	10
	Incontinência ocasional (Apresenta episódios ocasionais de incontinência e necessita de ajuda para o uso sonda ou saco coletor).	5
	Incontinente.	0
8 – Subir Escadas	Independente (Sobe e desce escadas. Pode usar um instrumento de apoio).	10
	Necessita de ajuda (Necessita de ajuda física ou supervisão para subir/descer escada).	5
	Dependente.	0
9 – Transferência Cadeira/Cama	Independente (Não necessita de qualquer ajuda. Se usa a cadeira de rodas, transfere-se sozinho).	15
	Necessita de ajuda mínima (ajuda mínima e supervisão).	10
	Necessita de grande ajuda (É capaz de se sentar, mas necessita de muita ajuda para a transferência).	5

	Dependente	0
10 – Deambulação	Independente (Caminha pelo menos 50 metros sozinho ou com ajuda de andarilho, canadianas).	15
	Necessita de ajuda (caminha 50 metros com ajuda ou supervisão)	10
	Independente com cadeira de rodas (anda pelo menos 50 metros)	5
	Dependente.	0

Total de Pontos: _____

Classificação:

90 - 100	1 – Independente	
60 - 89	2 – Ligeiramente dependente	
40 - 55	3 – Moderadamente dependente	
20 - 35	4 – Severamente dependente	
<20	5 – – Totalmente dependente	

Anexo VII – Escala Eurohis - Qol - 8 (Pereira et al. 2011)

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

1 – como avalia a sua vida?	2 – Até que ponto está satisfeito com a sua saúde?
<input type="checkbox"/> Muito má <input type="checkbox"/> Má <input type="checkbox"/> Nem boa nem má <input type="checkbox"/> Boa <input type="checkbox"/> Muito boa	<input type="checkbox"/> Muito satisfeito <input type="checkbox"/> Insatisfeito <input type="checkbox"/> Nem satisfeito nem insatisfeito <input type="checkbox"/> Satisfeito <input type="checkbox"/> Muito satisfeito
3 – Tem energia suficiente para a sua vida?	4 – Até que ponto está satisfeito com a sua capacidade para desempenhar atividades do dia-a-dia?
<input type="checkbox"/> Nada <input type="checkbox"/> Pouco <input type="checkbox"/> Moderadamente <input type="checkbox"/> Bastante <input type="checkbox"/> Completamente	<input type="checkbox"/> Muito satisfeito <input type="checkbox"/> Insatisfeito <input type="checkbox"/> Nem satisfeito nem insatisfeito <input type="checkbox"/> Satisfeito <input type="checkbox"/> Muito satisfeito
5 – Até que ponto está satisfeito consigo própria?	6 – Até que ponto está satisfeito com as suas relações pessoais?
<input type="checkbox"/> Muito satisfeito <input type="checkbox"/> Insatisfeito <input type="checkbox"/> Nem satisfeito nem insatisfeito <input type="checkbox"/> Satisfeito <input type="checkbox"/> Muito satisfeito	<input type="checkbox"/> Muito satisfeito <input type="checkbox"/> Insatisfeito <input type="checkbox"/> Nem satisfeito nem insatisfeito <input type="checkbox"/> Satisfeito <input type="checkbox"/> Muito satisfeito
7 – tem dinheiro suficiente para satisfazer as suas necessidades?	8 – Até que ponto está satisfeito com as condições do lugar em que vive?
<input type="checkbox"/> Nada <input type="checkbox"/> Pouco <input type="checkbox"/> Moderadamente <input type="checkbox"/> Bastante <input type="checkbox"/> Completamente	<input type="checkbox"/> Muito satisfeito <input type="checkbox"/> Insatisfeito <input type="checkbox"/> Nem satisfeito nem insatisfeito <input type="checkbox"/> Satisfeito <input type="checkbox"/> Muito satisfeito

WHOQOL Group (2003). Referencia : Power, M. (2003). Development of a common instrument for quality of life. In A. Nosikov & C. Gudex (Eds.), Eurohis: Developing Instruments for Health Surveys. Amsterdam: IOS Press. 57: 145-163. Esta versão foi desenvolvidas pelo Grupo Português para Avaliação da Qualidade de Vida da Organização Mundial de Saúde.

Anexo VIII – Escala Whoqol - Old (Vilar et al. 2010)

WHOQOL – OLD (Vilar et al. 2010)
Organização Mundial de Saúde

Instruções:

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

Por favor, responda a todas as perguntas. 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 ultimas semanas, uma pergunta poderia ser:

Apresenta o cartão com a escala “Nada – Muitíssimo”

Até que ponto se preocupa com o que lhe pode vir a acontecer no futuro?				
Nada	Pouco	Nem muito nem pouco	Muito	Muitíssimo
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 ultimas 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 pode vir a acontecer no futuro, ou deve escolher o número **1**, se não se preocupou “Nada” com o que 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 PROÍBIDA.

“validação de Provas de Memória e de Inventários de Avaliação Funcional e de Qualidade de vida” (Proc. ° 74569; Fundação Calouste Gulbenkian)

Apresentar o cartão com a escala “Nada – Muitíssimo”. 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 “Muitíssimo” 5. Se não as sentiu, escolha o número correspondente a “Nada” 1. Quando a sua resposta estiver entre “Nada” e “Muitíssimo”, 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 – As dificuldades de audição, visão, paladar, olfato ou tato afetam a sua vida diária?				
Nada	Pouco	Nem muito nem pouco	Muito	Muitíssimo
1	2	3	4	5

2 – As dificuldades de audição, visão, paladar, olfato ou tato afetam a sua capacidade para participar em atividades?				
Nada	Pouco	Nem muito nem pouco	Muito	Muitíssimo
1	2	3	4	5

3 – As dificuldades de audição, visão, paladar, olfato ou tato afetam a sua capacidade para se relacionar com as outras pessoas?				
Nada	Pouco	Nem muito nem pouco	Muito	Muitíssimo
1	2	3	4	5

4 – Sente que tem liberdade para tomar as suas próprias decisões?				
Nada	Pouco	Nem muito nem pouco	Muito	Muitíssimo
1	2	3	4	5

5 – Sente que tem poder para decidir acerca do seu futuro?				
Nada	Pouco	Nem muito nem pouco	Muito	Muitíssimo
1	2	3	4	5

VERSÃO EXCLUSIVA PARA INVESTIGAÇÃO. REPRODUÇÃO PROÍBIDA.

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

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

7 – Está preocupado (a) com o modo como irá morrer?

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

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

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

9 – Tem medo de morrer?

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

10 – Receia sofrer antes de morrer?

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

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 – Consegue fazer aquilo que gosta?				
Nada	Pouco	Moderadamente	Bastante	Completamente
1	2	3	4	5

12 – Continua a ter oportunidade para realizar os seus planos de via?				
Nada	Pouco	Moderadamente	Bastante	Completamente
1	2	3	4	5

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

14 – Tem atividades suficientes para ocupar o seu dia a dia?				
Nada	Pouco	Moderadamente	Bastante	Completamente
1	2	3	4	5

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 aspetos 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 as sentiu. Lembre-se que estas perguntas se referem às **duas últimas semanas**.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Apresentar o cartão com a escala “Muito Mau – Muito Bom”.

14 – Tem atividades suficientes para ocupar o seu dia a dia?				
Muito Mau	Mau	Nem Bom Nem Mau	Bom	Muito Bom
1	2	3	4	5

Apresentar o cartão com a escala “Nada – Muitíssimo”.

Com as seguintes perguntas, 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 qualquer outra pessoa na sua vida. Lembre-se que estas perguntas se referem às **duas últimas semanas**.

21 – Sente que tem alguém próximo com quem partilha a sua vida íntima?				
Nada	Pouco	Nem muito nem pouco	Muito	Muitíssimo
1	2	3	4	5

22 – Sente que tem amor na sua vida?				
Nada	Pouco	Nem muito nem pouco	Muito	Muitíssimo
1	2	3	4	5

Apresentar o cartão com a escala “Nada – Completamente”.

23 – Tem oportunidade para amar alguém?				
Nada	Pouco	Moderadamente	Bastante	Completamente
1	2	3	4	5

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

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

26 – 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 – 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 – MUITÍSSIMO”.

28 – Sente que a sua família lhe dá valor?				
Nada	Pouco	Nem muito nem pouco	Muito	MUITÍSSIMO
1	2	3	4	5

Anexo IX – Programa de Envelhecimento Ativo

Programa de Envelhecimento Ativo

Sessão nº1

Data	Descrição da Atividade	Objectivos	Recursos Materiais	Tempo Provável de Execução da Atividade
1 de Abril	Os elementos do grupo devem elaborar um mural com os poemas. Escrever um poema à cerca de si mesmo. Eu oiço... Eu cheiro... Eu vejo... Eu saboreio... Eu toco... Eu sinto... Posteriormente, retire as duas primeiras palavras de cada	Promover o prazer pela escrita e distração positiva. Desenvolver a memória a longo prazo.	<ul style="list-style-type: none">• Cartolina;• Papel branco;• Papel de cores;• Canetas.	30/45 minutos.

	<p>linha (i.e. “eu oiço..”, etc.) e veja como ficou com um simples poema.</p> <p>Desenvolva-o como quiser.</p> <p>Use as 6 questões de partida para pensar acerca de si mesmo. Repita as questões tantas vezes quantas conseguir.</p> <p>Depois organize as ideias e prepare o seu texto.</p> <p>Quando? ...</p> <p>Onde?</p> <p>Quem?</p> <p>O quê?</p> <p>Como?</p> <p>Porquê?</p>			
--	--	--	--	--

Sessão nº 2

Data	Descrição da Atividade	Objectivos	Recursos Materiais	Tempo Provável de Execução da Atividade
<p>3 de Abril</p>	<p>É mostrado ao grupo as várias folhas e desenhos (cores, frutas, vestuário) para a memorização.</p> <p>Devem escrever o que decoraram e no final de cada tema mostrar ao grupo.</p>	<p>Treinar a atenção, concentração e observação.</p> <p>Potencializar as capacidades linguísticas adquiridas.</p> <p>Estimular e/ou manter a compreensão verbal.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Folhas/desenhos; • Papel; • Caneta. 	<p>30 minutos.</p>

Sessão nº 3

Data	Descrição da Atividade	Objectivos	Recursos Materiais	Tempo Provável de Execução da Atividade
<p>8 de Abril</p>	<p>Os objetos devem ser reunidos no início da sessão e tapados com um pano. Devem observar os objetos por um período de tempo.</p> <p>Os objetos são tapados de novo. Cada um do grupo deve dizer em voz alta ou escrever o maior número de objetos que se lembrem.</p> <p>Seguidamente é retirado um objeto e os participantes devem dizer qual é.</p>	<p>Treinar a memória visual, observação e concentração.</p> <p>Exercitar a percepção dependendo dos estímulos visuais.</p> <p>Desenvolver a participação em grupo.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Papel, • Canetas; • Pano; • 10 objetos 	<p>30/45 minutos.</p>

	Podendo consultar a sua lista.			
--	--------------------------------	--	--	--

Sessão nº 4

Data	Descrição da Atividade	Objectivos	Recursos Materiais	Tempo Provável de Execução da Atividade
10 de Abril	<p>Os elementos do grupo devem classificar as palavras, relacionando-as com o verão e inverno.</p> <p>Posteriormente devem unir com uma seta, os adjetivos mais adequados a cada palavra.</p> <p>Por último, devem completar as palavras, estas têm fuga de letras no início e no fim.</p>	<p>Dinamizar as capacidades linguísticas preservadas.</p> <p>Exercitar a linguagem automática.</p> <p>Optimizar a expressão verbal.</p> <p>Manter e estimular a compreensão verbal.</p>	<ul style="list-style-type: none">• Folha de papel;• Caneta.	30 minutos.

Sessão nº 5

Data	Descrição da Atividade	Objectivos	Recursos Materiais	Tempo Provável de Execução da Atividade
15 de Abril	<p>Os elementos do grupo devem colocar um pau de “espetada” no ovos de esferovite.</p> <p>Posteriormente, devem decorar com guaches ovos a gosto.</p>	<p>Optimizar a motricidade fina como requisito prévio para a motricidade intencional.</p> <p>Favorecer a produção de atos motores voluntários.</p> <p>Desenvolver a participação em grupo.</p>	<ul style="list-style-type: none">• Ovos de esferovite;• Guaches;	30 minutos.

Sessão nº 6

Data	Descrição da Atividade	Objectivos	Recursos Materiais	Tempo Provável de Execução da Atividade
<p>17 de Abril</p>	<p>Para esta atividade são recortados ovos em “Goma Eva”.</p> <p>Os elementos do grupo devem colorir com Glitters os ovos.</p> <p>Depois de secos são colados em cestas da Páscoa.</p>	<p>Optimizar a motricidade fina como requisito prévio para a motricidade intencional.</p> <p>Favorecer a produção de atos motores voluntários.</p> <p>Desenvolver a participação em grupo.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Goma Eva; • Tesouras; • Glitters; • Cola. 	<p>30 minutos.</p>

Sessão nº 7

Data	Descrição da Atividade	Objectivos	Recursos Materiais	Tempo Provável de Execução da Atividade
22 de Abril	<p>Para fazer referência ao 25 de Abril, Dia da Liberdade, os elementos do grupo devem pintar cravos com lápis de cor.</p> <p>Os cravos serão recortados e colocados por cada um, numa cartolina.</p>	<p>Optimizar a motricidade fina como requisito prévio para a motricidade intencional.</p> <p>Favorecer a produção de atos motores voluntários.</p> <p>Desenvolver e/ou manter o prazer pela pintura.</p> <p>Desenvolver a participação em grupo.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Desenho de cravos; • Lápis de cor; • Tesouras; • Cola; • Cartolina. 	30 minutos.

Sessão nº 8

Data	Descrição da Atividade	Objectivos	Recursos Materiais	Tempo Provável de Execução da Atividade
<p>24 de Abril</p>	<p>Cada elemento do grupo deve dizer a cor da palavra impressa, não a palavra propriamente dita.</p> <p>Tentar dizer as palavras o mais rápido possível sem errar.</p> <p>Descobrir as seis diferenças entre dois desenhos.</p> <p>Descobrir o caminho mais rápido para chegar ao final do labirinto.</p>	<p>Desenvolver a agilidade mental.</p> <p>Desenvolver a agilidade perceptiva.</p> <p>Desenvolver a percepção espacial.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Papel; • Figuras; • Canetas. 	<p>30 minutos.</p>

Sessão nº 9

Data	Descrição da Atividade	Objectivos	Recursos Materiais	Tempo Provável de Execução da Atividade
<p>29 de Abril</p>	<p>Com um lápis de cor devem unir os pontos da figura apresentada, seguindo a numeração, para que apareça a forma da figura.</p> <p>Os elementos do grupo devem completar com uma caneta ou lápis as cinco simetrias.</p> <p>E por último, uma figura encontra-se incompleta, tendo que fazer-la semelhante à que está na ficha cognitiva.</p>	<p>Desenvolver a atenção e concentração.</p> <p>Otimizar a motricidade fina como requisito prévio para a motricidade com intencionalidade.</p> <p>Promover a participação em grupo.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Caneta ou lápis; • Fichas cognitivas. 	<p>30 minutos.</p>

Sessão nº 10

Data	Descrição da Atividade	Objectivos	Recursos Materiais	Tempo Provável de Execução da Atividade
<p>1 de Maio</p>	<p>Os elementos do grupo devem colocar as palavras dos provérbios que faltam no início e no fim.</p> <p>- A boda e a batizado não vás sem ser convidado.</p> <p>- A cavalo dado não se olha o dente.</p> <p>- A Laranja, de manhã é Ouro, de tarde é Prata, e à noite mata.</p> <p>- Água mole em pedra dura, tanto dá até que fura.</p> <p>- Boda molhada, boda abençoada.</p>	<p>Promover a memória a longo prazo (semântica).</p> <p>Desenvolver o prazer pela escrita.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Caneta ou lápis; • Lista de Provérbios. 	<p>30 minutos.</p>

	<ul style="list-style-type: none">- Burro velho não toma andadura; e se a toma, pouco dura.- Cão que ladra não morde.- Criado que faz o seu dever, orelhas de burro deve ter.- Comer e coçar, o mal é começar.- Dá Deus nozes, a quem não tem dentes- De boas intenções, está o Inferno cheio.- De noite todos os gatos são pardos- De pequenino se torce o pepino.- Deus escreve direito, por linhas tortas.- Em Abril águas mil.- Em Abril queima a velha o			
--	---	--	--	--

	<p>carro e o carril.</p> <ul style="list-style-type: none">- Em casa de ferreiro, espeto de pau.- Em tempo de Figos, não há amigos.			
--	--	--	--	--

Sessão nº 11

Data	Descrição da Atividade	Objectivos	Recursos Materiais	Tempo Provável de Execução da Atividade
6 de Maio	<p>A cada elemento do grupo é entregue uma caixa de madeira.</p> <p>A caixa deve ser pintada com guaches, depois de secar devem decorar a gosto, com Glitters.</p>	<p>Optimizar a motricidade fina como requisito prévio para a motricidade intencional.</p> <p>Desenvolver a atenção e concentração.</p> <p>Promover a participação em grupo.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Caixa madeira; • Guaches; • Glitters. 	30 minutos.

Sessão nº 12

Data	Descrição da Atividade	Objectivos	Recursos Materiais	Tempo Provável de Execução da Atividade
8 de Maio	<p>Os elementos de grupo devem marcar com uma cor vermelha os números pares, e a azul os números ímpares (de 1 a 30).</p> <p>Seguidamente, na ficha de calculo, encontra-se um quadro, em que o grupo deve continuar a série 2 em 2 até chegar ao numero 50.</p> <p>Devem ainda agrupar os números que apresentem 2 números, e agrupar os números que apresentem 3 números.</p>	<p>Preservar o reconhecimento numérico.</p> <p>Ativar e promover a leitura de números numéricos.</p> <p>Optimizar a discriminação de números.</p> <p>Promover a participação em grupo.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Lápis de cor; • Caneta; • Ficha de cálculo. 	30 minutos.

Sessão nº 13

Data	Descrição da Atividade	Objectivos	Recursos Materiais	Tempo Provável de Execução da Atividade
<p>13 de Maio</p>	<p>Os elementos do grupo devem limpar o material (sabonetes) utilizando álcool.</p> <p>Seguidamente devem recortar os guardanapos e colar sobre o sabonete e alisá-lo, partindo sempre do centro para fora.</p> <p>Devem decorar consoante o gosto de cada um. No final devem espalhar uma ou mais camadas finas de verniz.</p>	<p>Otimizar a motricidade fina como requisito prévio para a motricidade com intencionalidade.</p> <p>Desenvolver a participação em grupo.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Sabonetes; • Álcool; • Guardanapos; • Cola; • Verniz; • Glitters e/ou brilhantes. 	<p>45 minutos a 1 hora.</p>

Sessão nº 14

Data	Descrição da Atividade	Objectivos	Recursos Materiais	Tempo Provável de Execução da Atividade
<p>15 de Maio</p>	<p>Apresentar uma lista de palavras (15/ 20, de animais, frutas, profissões, desportos, cores) e os elementos do grupo devem colocar essas palavras na categoria correta.</p> <p>Nos espaços em branco devem colocar o país a que corresponde a imagem.</p>	<p>Promover a capacidade de memorização.</p> <p>Potencializar as capacidades linguísticas adquiridas.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Caneta ou lápis; • Ficha de categorias; • Imagens de países. 	<p>30 minutos.</p>

Sessão nº 15

Data	Descrição da Atividade	Objectivos	Recursos Materiais	Tempo Provável de Execução da Atividade
<p>20 de Maio</p>	<p>Com um lápis de cor devem unir os pontos da figura apresentada, seguindo a numeração, para que apareça a forma da figura.</p> <p>Seguidamente, devem pintar o desenho a seu gosto.</p>	<p>Desenvolver a atenção e concentração.</p> <p>Otimizar a motricidade fina como requisito prévio para a motricidade com intencionalidade.</p> <p>Promover a participação em grupo.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Lápis de cor; • Fichas cognitivas. 	<p>30 minutos.</p>

Sessão nº 16

Data	Descrição da Atividade	Objectivos	Recursos Materiais	Tempo Provável de Execução da Atividade
22 de Maio	<p>Cada elemento do grupo deve mentalmente recordar um objeto e com guaches tentar passa-lo para o papel.</p> <p>Depois de terem terminado o desenho, as folhas são trocadas entre os membros do grupo.</p> <p>Cada um do grupo tenta identificar o objeto desenhado.</p> <p>O desenho é mostrado a todo o grupo e o autor do desenho conta a história do objeto.</p>	<p>Treinar a memória a longo prazo (semântica).</p> <p>Promover a criatividade.</p> <p>Desenvolver a participação em grupo.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Papel; • Guaches; • Pincel. 	30/45 minutos.

	Os restantes membros do grupo podem colocar questões.			
--	---	--	--	--

Sessão nº 17

Data	Descrição da Atividade	Objectivos	Recursos Materiais	Tempo Provável de Execução da Atividade
27 de Maio	<p>Cada elemento do grupo deve observar as imagem e mencionar a que parte da casa pertencem.</p> <p>Na primeira imagem devem responder às três perguntas referentes à imagem:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Que objetos vê na imagem? 2. Diga o nome de três objetos de cor branca. 3. Onde se encontram as duas jarras, as toalhas e o espelho? 	<p>Desenvolver a agilidade mental.</p> <p>Desenvolver a agilidade perceptiva.</p> <p>Desenvolver a percepção espacial.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Papel; • Figuras; • Canetas. 	30 minutos.

	<p>Na segunda, devem igualmente responder a três perguntas:</p> <ol style="list-style-type: none">1. Que objetos vê na imagem?2. Quais são as cores que vê na imagem?3. Diga o nome dos objetos quadrados.			
--	--	--	--	--

Sessão nº 18

Data	Descrição da Atividade	Objectivos	Recursos Materiais	Tempo Provável de Execução da Atividade
<p>29 de Maio</p>	<p>Para que os elementos do grupo possam relacionar os sentidos com a memória, devem ter os olhos vendados enquanto que uma pessoa vai passando pelo nariz um cheiro. Ninguém pode abrir os olhos ou falar até completar a roda, cada um deve dizer o cheiro e porquê. No final devem dizer um experiência com um dos cheiros.</p> <p>Com os olhos vendados, alguns dos sabores anteriormente</p>	<p>Treinar a memória sensorial (olfactiva).</p> <p>Promover a estimulação sensorial (paladar).</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Venda; • Limão; • Loureiro; • Café em pó; • Flores; • Alho; • Folha de eucalipto; • Hortelã; • Chocolate; • Gomas; • Colorau; • Mel; • Figos secos; • Noz; 	<p>30 minutos.</p>

	<p>utilizados serão colocados na boca de cada elemento, e diz o saber que se trata e porque.</p> <p>No final cada um conta uma experiência e fala-se de receitas culinárias.</p>		<ul style="list-style-type: none">• Canela.	
--	--	--	---	--

Sessão nº 19

Data	Descrição da Atividade	Objectivos	Recursos Materiais	Tempo Provável de Execução da Atividade
<p>3 de Junho</p>	<p>Para que os elementos do grupo possam aceder às novas tecnologias, foi facultado uma “tablete” para tirarem autorretratos.</p> <p>Posteriormente, esses retratos serão impressos, recortados e colados em um placar.</p>	<p>Permitir o acesso às novas tecnologias.</p> <p>Desenvolver a atenção e concentração.</p> <p>Otimizar a motricidade fina como requisito prévio para a motricidade com intencionalidade.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Tablete; • Retratos; • Tesouras; • Cola; • Placar. 	<p>30/45 minutos.</p>

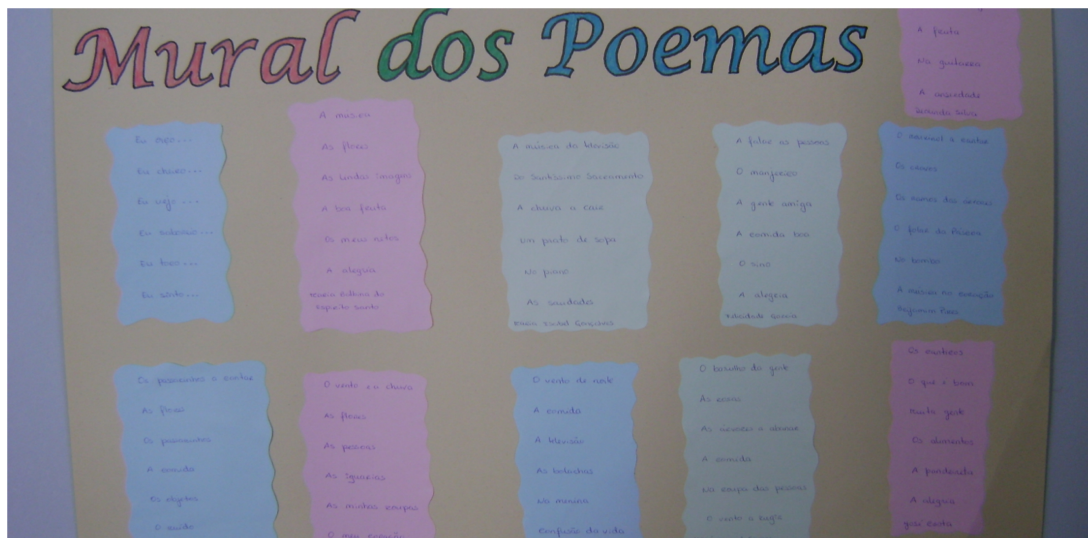
Sessão nº 20

Data	Descrição da Atividade	Objectivos	Recursos Materiais	Tempo Provável de Execução da Atividade
<p>5 de Junho</p>	<p>Cada elemento do grupo devem pintar as mãos com os guaches, de seguida colocam-nas na tela.</p> <p>Quando terminarem limpam-se as mãos com toalhitas.</p> <p>A cola é espalhada aleatoriamente, colocando por cima diversas cores de brilhantes.</p>	<p>Otimizar a motricidade fina como requisito prévio para a motricidade com intencionalidade.</p> <p>Desenvolver a participação em grupo.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Tela; • Guaches; • Pincel; • Toalhitas; • Cola; • Glitters e/ou brilhantes. 	<p>30/45 minutos.</p>

Anexo X – Atividades Desenvolvidas

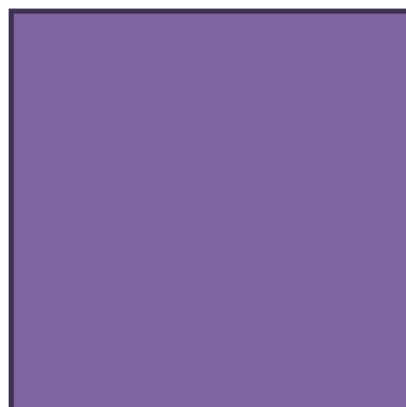
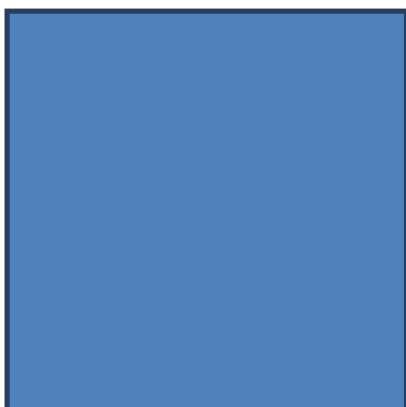
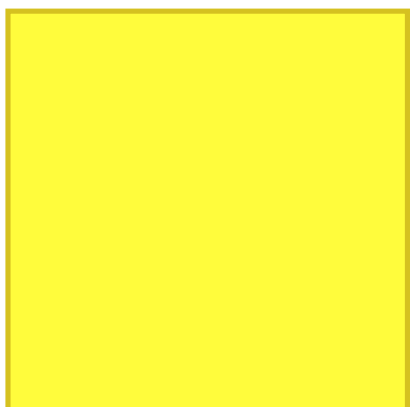
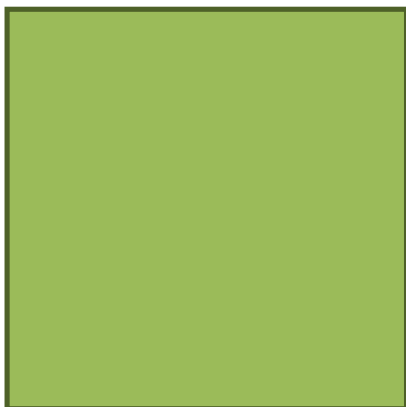
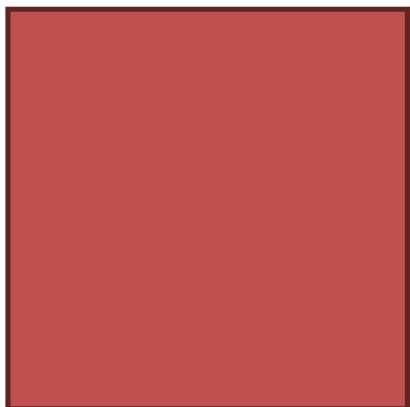
Atividade 1

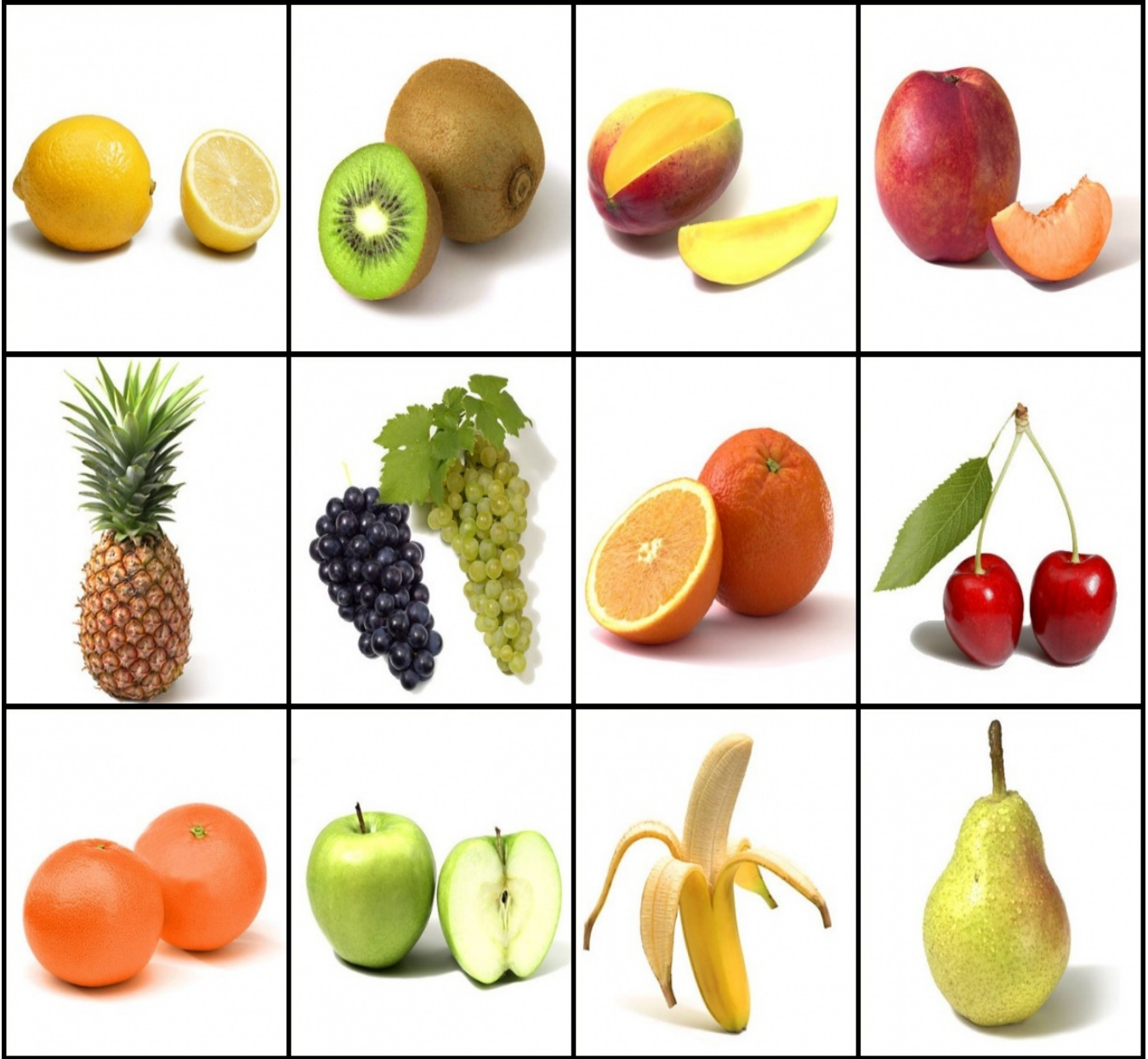
Memória a longo prazo



Atividade 2

Atenção, concentração e observação









Atividade 3

Memória visual, observação e concentração



Atividade 4

Linguagem

Classifique as palavras, relacionando-as com Verão e Inverno

praia, neve, natal, férias, calor, frio, vestido, cachecol, sandálias,
botas, gelado, chá, sol, chuva.

Verão	Inverno

Linguagem

Una com uma seta, os adjetivos mais adequados a cada palavra.

Rosa	●	●	Branco
Pelo	●	●	Madura
Roupa	●	●	Cão
Dentes	●	●	Cadeira
Móvel	●	●	Calças
Maçã	●	●	Vermelha

Linguagem

Fuga de letras: complete as palavras

- __oite
- Flo__es
- Sai__
- __nana
- Mé__ico
- Carr__
- __ontanha
- Te__ça
- Cas__
- __ruta
- Ba__le
- Abri__
- __ato
- Televi__ão

Atividade 5 e 6

Motricidade fina



Atividade 7

Agilidade mental



Atividade 8

Gnosias

Diga a cor da palavra que vê, e não a palavra propriamente dita.

AMARELO	AZUL	LARANJA
PRETO	VERMELHO	VERDE
ROXO	AMARELO	VERMELHO
LARANJA	VERDE	PRETO
AZUL	VERMELHO	ROXO

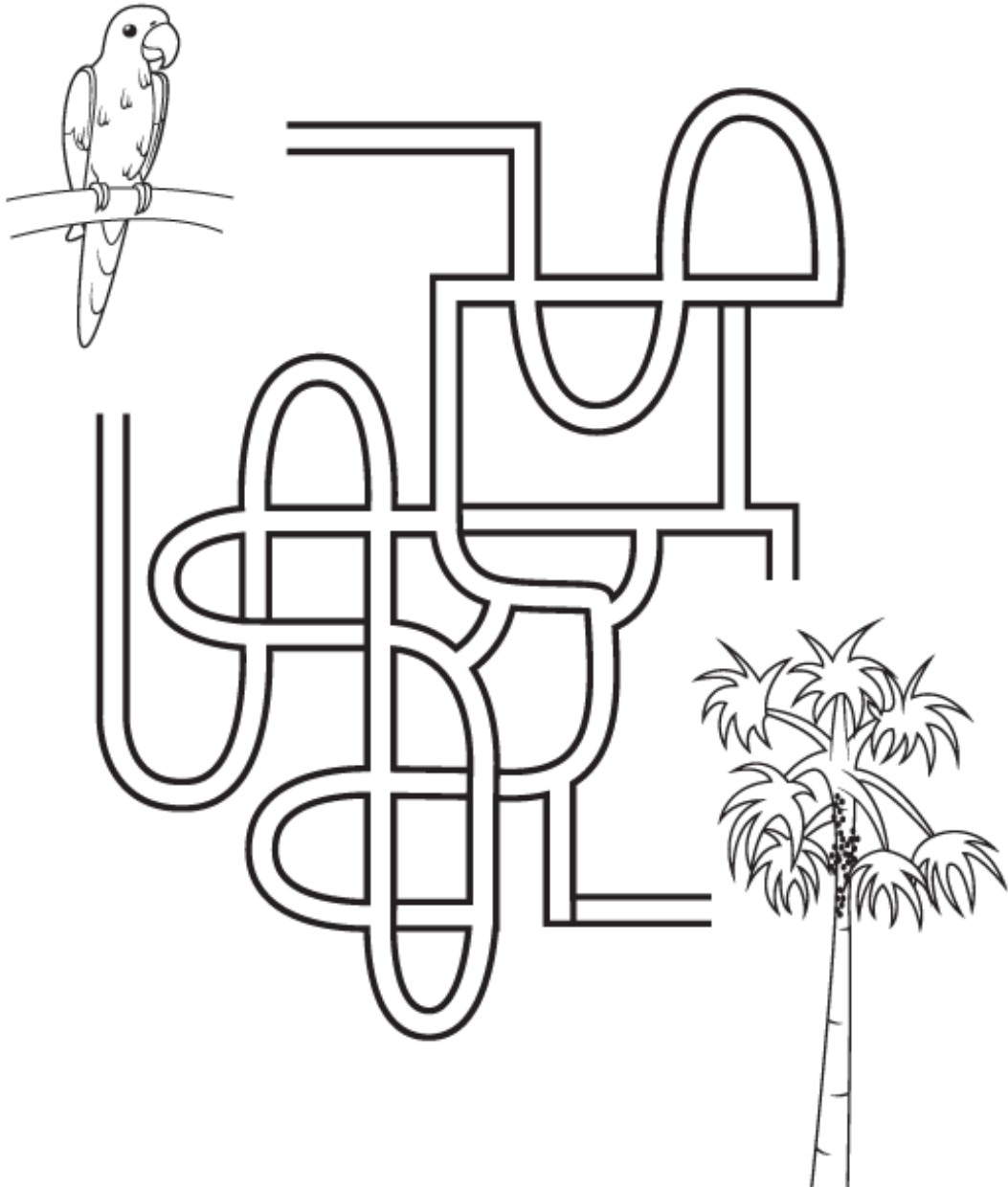
Gnosias

Deve descobrir as 7 diferenças entre as duas imagens.



Gnosias

Descubra o caminho mais rápido do labirinto.



Atividade 9

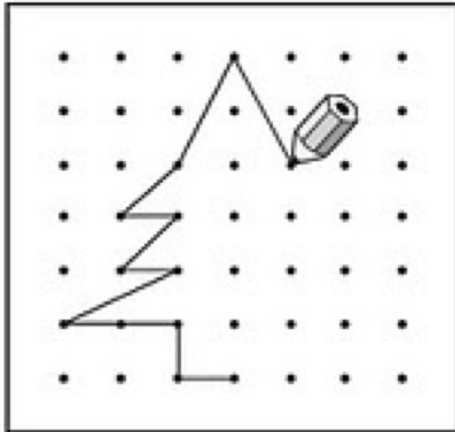
Praxias: Motricidade fina

Com um lápis de cor deve unir os pontos da imagem.

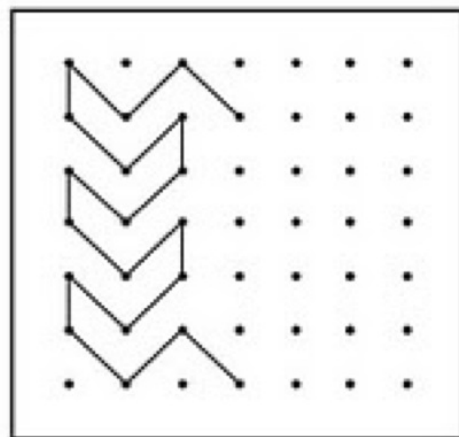
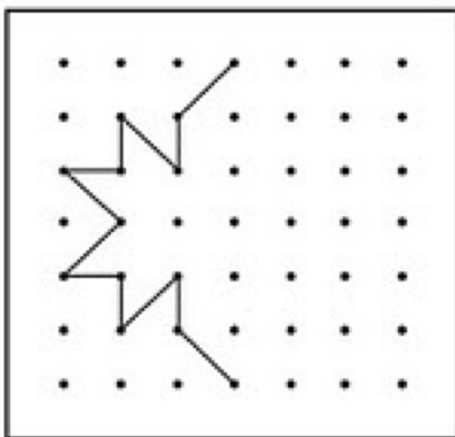
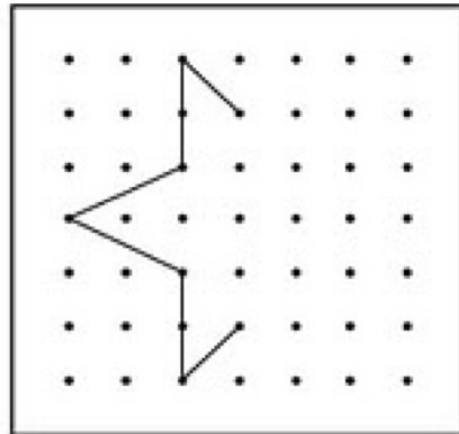
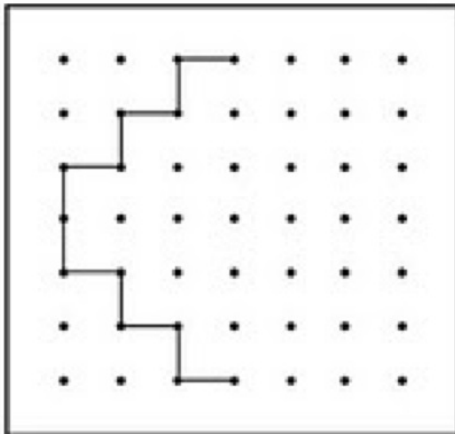


RaisingOurKids.com

Praxias: Motricidade fina



**COMPLETA ESTAS
SIMETRÍAS**



Atividade 10

Memória

Coloque as palavras que faltam no início e no fim dos provérbios.

A boda e a batizado não vás sem ser convidado

A cavalo dado não se olha o dente

A laranja, de manha é ouro, à tarde é prata e à noite mata

Água mole em pedra dura tanto dá até que fura

Boda molhada, boda abençoada

Burro velho não toma andadura, e se a toma pouco lhe dura

Cão que ladra não morde

Criado que faz o seu dever, orelhas de burro deve ter

Comer e coçar, o mal vai em começar

Dá Deus nozes a quem não tem dentes

De boas intenções está o inferno cheio

De noite todos os gatos são pardos

De pequenino se torce o pepino

Deus escreve direito por linhas tortas

Em abril águas mil

Em abril queima a velha o carro e o carril

Em casa de ferreiro, espeto de pau

Em tempo de figos, não há amigos

Memória

Coloque as palavras que faltam no início e no fim dos provérbios.

A boda e a batizado não vás.....
.....não se olha o dente.

A laranja, de manha é ouro, à tarde é prata.....
.....tanto dá até que fura.

Boda molhada.....
.....e se a toma pouco lhe dura.

Cão que ladra.....
.....orelhas de burro deve ter.

Comer e coçar.....
.....a quem não tem dentes.

De boas intenções está.....
.....os gatos são pardos.

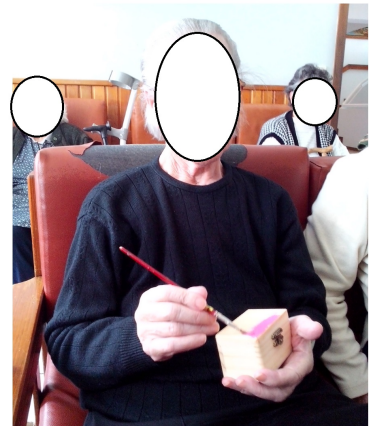
De pequenino.....
.....por linhas tortas.

Em abril.....
.....queima a velha o carro e o carril.

Em casa de ferreiro.....
.....não há amigos.

Atividade 11

Motricidade fina



Atividade 12

Cálculo

Marque com a cor vermelha os números pares e a azul os números ímpares.

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
11	12	13	14	15	16	17	18	19	20
21	22	23	24	25	26	27	28	29	30

Continue a série 2 em 2 até chegar a 50.

2	4	6		

Cálculo

Agrupe os números que tenham dois números.

124 46 538 70 263 95 1673 89

Agrupe os números que tenham três números.

52 871 58 213 74 619 26 127

Atividade 13

Motricidade fina



Atividade 14

Linguagem

No quadro que se segue deve colocar as palavras na categoria correta.

Animais	Frutas	Profissões	Desporto	Cores

**Gato Vermelho Ator Basquetebol Pêssego Médico Preto
Laranja Cão Hidroginástica Arquiteto Cobra Amarelo
Melancia Andebol Galinha Cabeleireiro Uva Hipismo
Girafa Roxo Leão Jornalista Pêra Coelho Mecânico Azul
Atletismo Porco Banana Psicólogo Verde Maça Natação
Cereja Branco Futebol Professor Cor de rosa.**

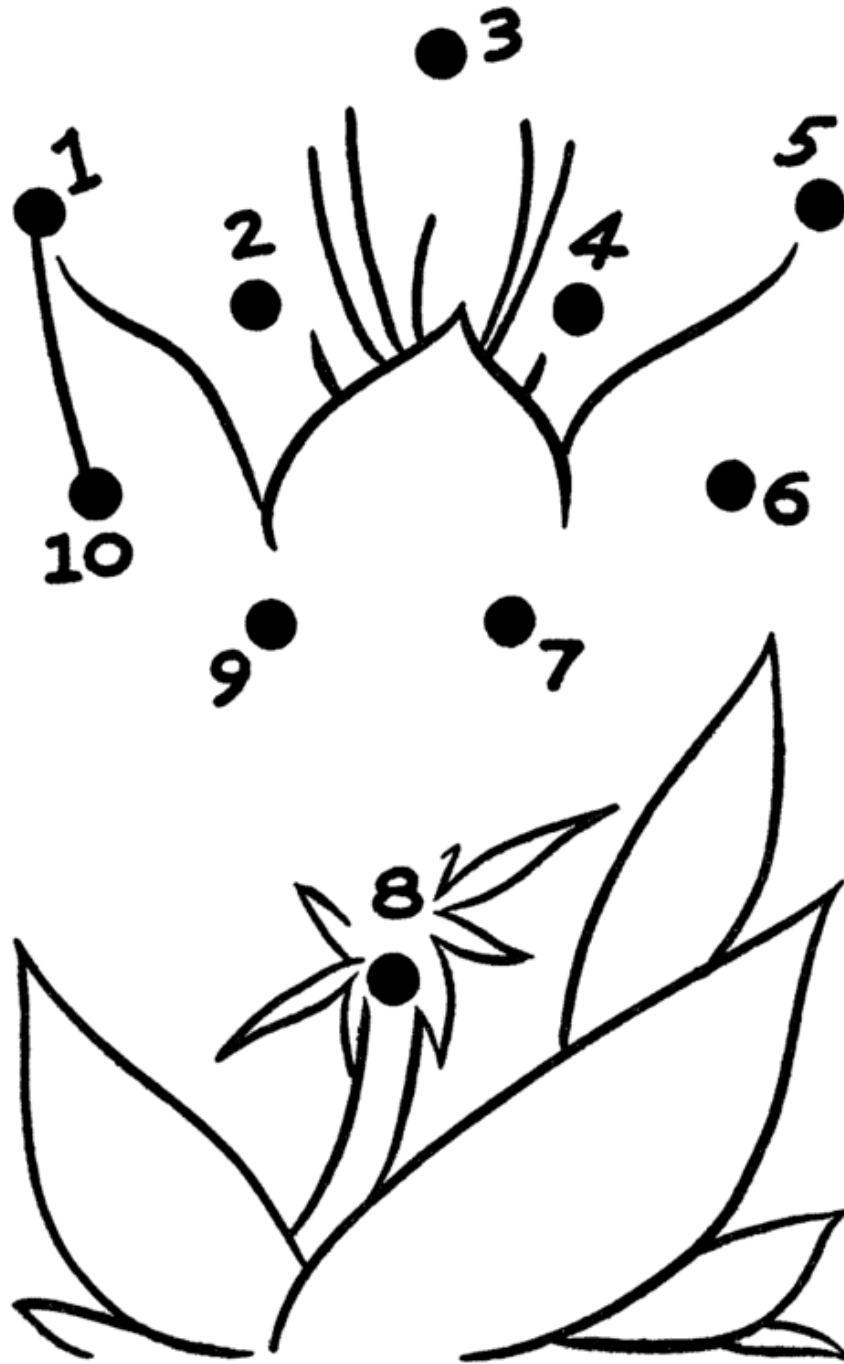
Diga a que país corresponde a imagem.



Atividade 15

Praxias: Motricidade fina

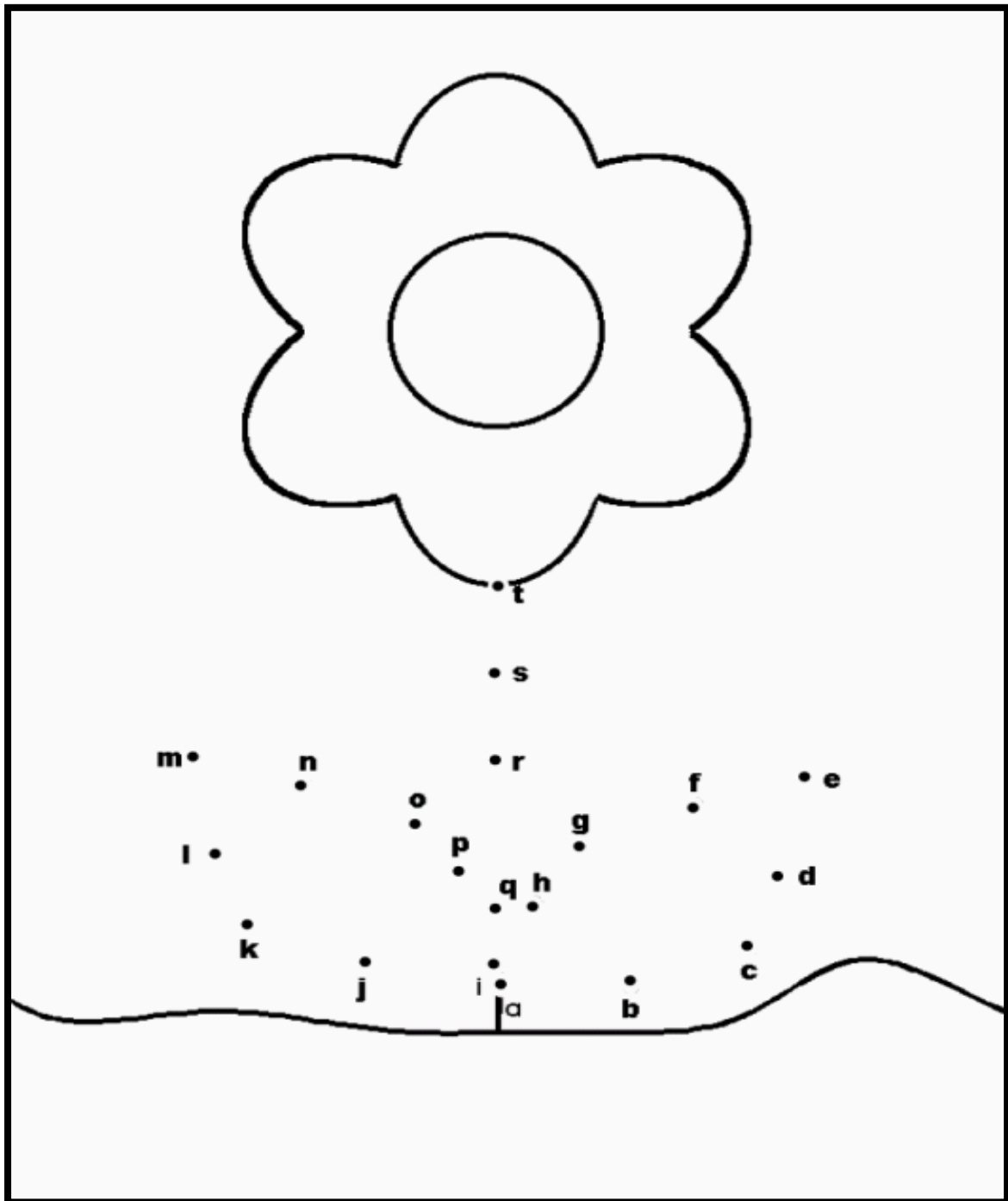
Com um lápis de cor deve unir os pontos da imagem.



RaisingOurKids.com

Praxias

Devem unir os pontos e pintar o desenho.



Atividade 16

Memória a longo prazo e criatividade



Atividade 17

Gnosias

Observe a seguinte imagem. Diga a que parte da casa pertence.



Que objetos vê na imagem?

Diga o nome de três objetos da cor branca.

Onde se encontram as duas jarras, as toalhas e o espelho?

Gnosias

Observe a seguinte imagem. Diga a que parte da casa pertence.



Atividade 18

Memória olfactiva e estimulação sensorial



Atividade 19

Atenção, concentração e motricidade fina



