



Qualidade de vida em idosos, não institucionalizados, no distrito de Bragança

Virgínia Figueiredo de Sousa

Relatório de estágio apresentado à Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Bragança para obtenção do Grau de Mestre em Enfermagem Comunitária

Orientação Científica: Professora Doutora Adília Fernandes e Maria Helena Pimentel

Bragança, junho de 2018



Qualidade de vida em idosos, não institucionalizados, no distrito de Bragança

Virgínia Figueiredo de Sousa

Trabalho realizado no âmbito da unidade curricular – Estágio II/Trabalho de Projeto lecionada no Curso de Mestrado em Enfermagem Comunitária, na Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Bragança.

Orientação Científica: Professora Doutora Adília Fernandes e Maria Helena Pimentel

Bragança, junho de 2018

Dedicatória

Ao meu marido e filhos maravilhosos pela paciência e colaboração...à minha avó, o calor do seu amor dura o quanto durar a minha lembrança...

Agradecimentos

À Professora Doutora Helena Pimentel e Adília Fernandes pela orientação, pelo seu tempo, pela sua experiência e pela imensa compreensão e paciência.

Aos idosos que amavelmente aceitaram participar neste estudo.

A todos os que contribuíram para proporcionar as condições necessárias para o contacto com os idosos:

À minha amiga Psicóloga Doutora Isabel Moutinho, ao meu colega e amigo Enfermeiro Rui Vilarinho, à Vice-presidente da Junta de Freguesia Vale da Porca Helena Sapage, ao Presidente da Junta de Freguesia de Macedo de Cavaleiros Edgar Fragoso e Vice-presidente Francisco Castanheira Pinto, Enfermeira Silvina que foi incansável, Enfermeira Natália Silva do Centro de Saúde I Mirandela, Enfermeira Sónia Felgueiras do Centro de Saúde II Mirandela, à Professora Carla Almeida, à Enfermeira Sónia Casado, à Socióloga Cidália Paulos e não menos importante à Dona Guilhermina e à minha sogra Maria Beatriz pelo início desta jornada.

A todos os envolvidos no projeto VeriSaúde da Escola de Bragança e GIG – Universidade da Corunha.

Resumo

As questões relacionadas com a qualidade de vida é uma crescente preocupação. As ciências humanas e biológicas têm vindo a valorizar parâmetros mais amplos do que o controle de sintomas, a diminuição da mortalidade ou até aumento da esperança de vida (Pereira, Teixeira & Santos, 2012). São escassos os estudos realizados em amostras de idosos inseridos na comunidade. O presente estudo tem como objetivo principal avaliar a qualidade de vida das pessoas idosas (indivíduos com ≥ 65 anos), não institucionalizadas, no distrito de Bragança bem como a sua relação com variáveis sociodemográficas, avaliação sensorial, hábitos de vida e estado de saúde, capacidade funcional nas atividades instrumentais de vida diária e rede social de apoio.

Trata-se de um estudo descritivo-analítico e transversal com uma abordagem quantitativa, numa amostra de 581 idosos, com uma amostragem não probabilística, acidental por conveniência. A recolha dos dados decorreu entre Setembro de 2017 e Abril de 2018.

Para a recolha dos dados, recorreu-se à aplicação de um formulário sociodemográfico, ao questionário WHOQOL-Bref, para avaliar a qualidade de vida, o Índice Lawton e Brody para avaliar capacidade funcional nas atividades instrumentais de vida diária e a Escala de Recursos Sociais OARS-MFAQ, para avaliar o apoio social.

Para prever a qualidade nos seus diferentes domínios foram utilizados modelos de regressão linear simples e múltipla através do algoritmo *stepwise*, que filtrou as variáveis com importância.

Os resultados obtidos permitem concluir que as maiores médias de QDV da WHOQOL-BREF vão para o domínio psicológico (57) e meio ambiente (56,6), as médias mais baixas vão para o domínio das relações sociais (53,1). O sexo masculino está relacionado com melhor QDV percecionada e estão mais satisfeitos com a sua saúde. Ser mulher e o aumento da idade está relacionado com pior avaliação da QDV nos 4

domínios da WHOQOL-BREF ($p < 0,001$). A amostra estudada apresenta algum nível de independência instrumental (6,6 na escala de Lawton e Brody).

A relação entre as alterações visuais e auditivas e WHOQOL BREF só foi confirmada nos domínios físico ($p < 0,001$) e relações sociais ($p < 0,001$). A relação entre estado de saúde e WHOQOL BREF foi confirmada nos 4 domínios da WHOQOL-BREF ($p < 0,001$).

Nas relações sociais, da escala OARS, a amostra apresentou um nível 3 que corresponde a relações sociais ligeiramente insatisfatórias, um nível que apesar de intermédio consideramos positivo. Quando analisada a sua relação com a WHOQOL BREF verifica-se que quanto maior o isolamento social maior é a degradação física, psicológica, nas relações sociais e meio ambiente. Viver acompanhado aumenta a QDV percebida e quando não há alguém disposto a ajudar é penalizador nos 4 domínios da escala WHOQOL BREF ($p < 0,001$).

Podemos concluir que as variáveis sociodemográficas, alterações na visão e audição, o estado de saúde (polimedicação, uso de auxiliares de marcha e ocorrência de internamentos anteriores), autonomia instrumental e o nível dos recursos sociais, neste trabalho, são determinantes para a qualidade de vida e o domínio que nos merece maior atenção é o das relações sociais.

Palavras-chave: Qualidade de Vida, WHOQOL – Bref, OARS, Idosos não institucionalizados.

Abstract

Issues related to quality of life are a growing concern. The human and biological sciences have come to value parameters broader than the control of symptoms, the reduction of mortality or even increase of life expectancy (Pereira, Teixeira, & Santos, 2012). There are few studies carried out on representative samples of elderly people in the community. The present study has as main objective to evaluate the quality of life of the elderly people (individuals with ≥ 65 years), non-institutionalized, in the Bragança district as well as its relationship with sociodemographic variables, sensorial evaluation, life habits and state of health, functional capacity in instrumental activities of daily living and social support network.

This is a descriptive-analytical and cross-sectional study with a quantitative approach in a sample of 581 elderly people. With a non-probabilistic, accidental sampling for convenience. Data collection took place between September 2017 and April 2018.

To collect data, a sociodemographic form was applied to the WHOQOL-Bref questionnaire to assess quality of life, the Lawton and Brody Index to assess functional capacity in instrumental activities of daily living and the Social Resources Scale OARS-MFAQ, to assess social support.

To predict the quality in its different domains, simple and multiple linear regression models were used through the stepwise algorithm, which filtered the variables with importance.

The results obtained allow us to conclude that the highest WHOQOL-BREF QOL values go to the psychological domain (57) and the environment (56.6), the lowest means go to the domain of social relations (53,1). Males are related to better perceived QOL and are more satisfied with their health. Being a woman and increasing age is related to poorer QOL assessment in the 4 WHOQOL-BREF domains ($p < 0.001$). The

sample studied shows some level of instrumental independence (6.6 on the Lawton and Brody scale).

In the social relations, of the OARS scale, the sample presented a level 3 that corresponds to slightly unsatisfactory social relations, a level that although intermediate we consider positive. When analyzed in relation to the WHOQOL BREF, it is verified that how bigger is the social isolation, more big is the physical and psychological degradation in social relations and the environment. Living together increases the perceived QOL and when there is no one willing to help is a penalty in the 4 domains of the WHOQOL BREF scale ($p < 0.001$).

We can conclude that the sociodemographic variables, alterations in vision and hearing, health status (polymedication, use of walking aids and occurrence of previous hospitalizations), instrumental autonomy and the level of social resources in this study are determinant for quality of life and the domain that deserves more attention from us is the social relations.

Key words: Quality of life, WHOQOL-Bref, OARS, Non-institutionalized elderly.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AEEASG - Ano Europeu do Envelhecimento Ativo e da Solidariedade entre Gerações

AIVD - Atividades Instrumentais de Vida Diária

AVC - Acidente Vascular Cerebral

CITP - Classificação Internacional Tipo de Profissões

CPP - Classificação Portuguesa das Profissões

ESAI - Enquête sur l'état de Santé des personnes Agées vivant en Institution

ESS - Enquête suisse sur la Santé

g / ml - gramas por mililitro

GNR - Guarda Nacional Republicana

GIG-UDC - Grupo de Investigação em Gerontologia da Universidade da Corunha

INE - Instituto Nacional de Estatística

Kg - Quilograma

Kg/m² - Quilograma a dividir pela altura ao quadrado

m - metro

MMSE - Mini Mental State Examination

n - Amostra

nº - número

NUTS - Nomenclatura das Unidades Territoriais para Fins Estatísticos

OARS-MFAQ - Older Americans Resources and Services Multidimensional Functional Assessment

OMS - Organização Mundial de Saúde

OPSS - Observatório Português do Sistema de Saúde

PSM - Panel Suisse de ménages

QDV - Qualidade De Vida

SF 36 - The 36-Item Short Form

UBP - Unidade de Bebida Padrão

UCC - Unidade de Cuidados na Comunidade

UE 28 - União Europeia 28 estados membros

ULSNE - Unidade Local de Saúde do Nordeste

Vol.- Volume

WHOQOL - World Health Organization Quality of Life Group

WHOQOL Bref - World Health Organization Quality of Life escala abreviada

WHOQOL Old - World Health Organization Quality of Life Group escala adultos
idosos

2^a - Segunda

% - Percentagem

Vs - Versus

Índice

Introdução	15
CAPÍTULO I – FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA	17
1. Envelhecimento	17
1.1. Aspetos Demográficos	18
1.2. Aspetos Fisiopatológicos	21
1.3. Determinantes do Envelhecimento	24
2. Qualidade de Vida	30
2.1. Resenha Histórica da Qualidade de Vida	30
2.2. Conceptualização da Qualidade de Vida	31
3. Qualidade de Vida na Velhice	33
3.1. Aspetos da Terceira Idade	34
3.2. Perceção do Idoso sobre Qualidade de Vida	37
4. Qualidade de Vida em Idosos: Estado da Arte	40
CAPÍTULO II – INVESTIGAÇÃO EMPÍRICA	46
5. Metodologia	46
5.1. Descrição do Contexto Geográfico de Pesquisa	46
5.2. Tipo de Estudo	47
5.3. Questões de Investigação / Objetivos	47
5.4. Hipóteses	48
5.5. Variáveis	50

5.6. População / Amostra	56
5.6.1. Tipo de Amostragem	57
5.6.2. Critérios de Inclusão e Exclusão	59
5.7. Instrumentos de Medida e/ou de Recolha dos Dados	60
5.8. Procedimento e Considerações Éticas	61
5.9. Tratamento de dados	62
CAPÍTULO III – APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS	64
6. Apresentação e Análise dos Resultados	64
6.1. Análise Descritiva	64
7. Discussão	75
8. Conclusões / Sugestões	81
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	83
ANEXOS	92
Anexo I - Instrumento de Recolha de Dados	93
Anexo II - Pedido para utilização de instrumento Whoqol - Bref	113
Anexo III - Parecer da Comissão de Ética da ULSNE	114
Anexo IV - Tratado de Oviedo e Declaração de Helsínquia	115
Anexo V - Relatório de Estágio realizado na UCC de Macedo de Cavaleiros	129
Anexo VI - Projeto de Intervenção Comunitária	148

Índice de Figuras e Quadros

Figura 1 - Índice de envelhecimento por Município de 2001 a 2016	19
Figura 2 - Índice de envelhecimento (n.º) - comparação entre alguns municípios do distrito de Bragança, Portugal	20
Figura 3 - Capacidade funcional ao longo da vida	26
Figura 4 - Fatores determinantes do envelhecimento ativo	27
Figura 5 - Índice de dependência total, comparação entre o distrito de Bragança, Portugal	47
Quadro 1 - Índice de envelhecimento (nº) no distrito de Bragança	21
Quadro 2 - Dez grandes grupos, Classificação Internacional Tipo de Profissões	53
Quadro 3 - Critérios de classificação na área de recursos sociais	56
Quadro 4 - População residente (≥ 65 anos) por município, sexo e grupo etário, do distrito de Bragança	57
Quadro 5 - Amostra por grupo etário e sexo do distrito de Bragança	58
Quadro 6 - Distribuição do número de inquiridos por concelho	59

Índice de Tabelas e Gráficos

Tabela 1 - Análise descritiva e fiabilidade das dimensões WHOQOL-BREF	64
Tabela 2 - Caracterização da amostra	66
Tabela 3 - Disponibilidade de ajuda social	67
Tabela 4 - Resposta a itens gerais da qualidade de vida geral (segundo sexo)	68
Tabela 5 - Resposta a itens gerais da qualidade de vida geral (segundo escalão etário)	68
Tabela 6 - Análises de regressão linear múltipla para predição dos domínios WHOQOL BREF consoante a idade, sexo feminino e escolaridade	69
Tabela 7 - Qualidade de vida consoante problemas sensoriais	70
Tabela 8 - Qualidade de vida consoante estado de saúde	71
Tabela 9 - Análises de regressão linear simples para predição dos domínios WHOQOL BREF- escala de Lawton e Brody	72
Tabela 10 - Análises de regressão linear simples para predição dos domínios WHOQOL BREF - escala OARS	73
Tabela 11 - Domínios WHOQOL BREF consoante “Com quem vive?”	74
Tabela 12 - Domínios WHOQOL BREF consoante “Há alguém que possa ajudá-lo/a caso esteja doente ou incapacitado?”	74
Gráfico 1 - Medidas nos domínios WHOQOL BREF	65
Gráfico 2 - Com quem vive? (OARS)	67

Introdução

O envelhecimento das sociedades surge em consequência do aumento da esperança de vida, sendo um fator relativamente recente, é visível na maioria dos países desenvolvidos. A melhoria das condições de vida: o aperfeiçoamento dos requisitos básicos, da nutrição, do nível educativo, económico e dos cuidados de saúde têm contribuído para o prolongamento da vida dos cidadãos de forma decisiva (Nunes & Menezes, 2014).

Organização Mundial da Saúde (OMS, 2015, p.5) refere que: "...a maioria das pessoas pode esperar viver até os 60 anos e mais. Quando combinados com quedas acentuadas nas taxas de fertilidade, esses aumentos na expectativa de vida levam ao rápido envelhecimento das populações em todo o mundo."

Whoqol Group, (1995) define Qualidade de Vida como "perception of their position in life in the context of the culture and value systems in which they live and in relation to their goals, expectations, standards and concerns" (p.1405).

Este fenómeno positivo da longevidade aliado ao processo natural do envelhecimento e à qualidade de vida, nomeadamente ao nível físico, psicológico, social e meio ambiente, levaram à necessidade de investigar uma forma de contornar o impacto negativo deste processo.

Neste contexto, a caracterização da qualidade de vida dos idosos na comunidade é um dado fundamental para podermos intervir, dinamizando intervenções que vão de encontro às necessidades deste tipo de população.

Esta pesquisa está inserida no estágio II/Trabalho de projeto, o seu desenvolvimento teve subjacente às competências específicas presentes no Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública, divulgado pelo Regulamento nº 128/2011 de 18 de fevereiro (artº 4, p. 8667), sendo estas:

a) Estabelece, com base na metodologia do planeamento em saúde, a avaliação do estado de saúde de uma comunidade; b) Contribui para o processo de capacitação de grupos e comunidades; c) Integra a coordenação dos Programas de Saúde de âmbito comunitário e na consecução dos objetivos do Plano Nacional de Saúde e Realiza e coopera na vigilância epidemiológica de âmbito geodemográfico.

Foi neste sentido que se procedeu à realização deste estudo, inserido no âmbito do Curso do Mestrado em Enfermagem Comunitária que tem como principal objetivo avaliar a qualidade de vida das pessoas idosas (indivíduos com ≥ 65 anos), não institucionalizadas, no distrito de Bragança.

De forma mais específica definimos como objetivos:

- Avaliar a qualidade de vida dos idosos, não institucionalizados, no distrito de Bragança, segundo as dimensões da WHOQOL BREF;
- Avaliar a qualidade de vida dos idosos, não institucionalizados, no distrito de Bragança, segundo as variáveis sociodemográficas, avaliação sensorial, hábitos de vida e estado de saúde;
- Avaliar a funcionalidade dos idosos, não institucionalizados, no distrito de Bragança, para a realização de atividades instrumentais de vida diária;
- Analisar a relação entre o score do WHOQOL BREF, pontuações obtidas no Índice Lawton & Brody e Escala de Recursos Sociais OARS-MFAQ.

O presente trabalho encontra-se dividido em 4 capítulos: capítulo I - fundamentação teórica, onde se aborda a temática em estudo pela revisão da literatura e se definem conceitos, Capítulo II - estudo empírico, onde é delineada a metodologia da investigação, os procedimentos éticos e o tratamento estatístico dos dados, Capítulo III - apresentação e discussão dos resultados, onde se descrevem os resultados obtidos e a discussão dos mesmos e por fim as conclusões e sugestões.

CAPÍTULO I – FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

1. Envelhecimento

No decurso da evolução humana, onde parte da população se mantém saudável (física e mentalmente) e com projetos de vida, o envelhecimento é considerado como um processo natural (Nunes & Menezes, 2014). Araújo, Paul e Martins (2010) fazem a distinção entre envelhecimento numa perspetiva individual ou coletiva, sendo que na perspetiva individual reportam-se à longevidade, na coletiva referem-se às pessoas idosas, principalmente, as muito idosas.

Todos nós temos uma noção inquestionável do significado do que é uma pessoa envelhecida, basta olharmos à nossa volta e qualquer um poderia dizer que este ou aquele individuo é velho ou está envelhecido. Esta noção intuitiva está ao alcance de todos, mas é difícil definir envelhecer e envelhecimento (Laranjeira citado por Azeredo, 2016). Como afirma o Programa de Ação do AEEASG (2012): “A velhice é uma consequência da longevidade humana e o envelhecimento demográfico um fenómeno social das sociedades ocidentais contemporâneas...” (p.6).

Laranjeira, citado em Azeredo (2016, p.91) afirma que:

 Não há uma baliza que nos indique o momento do início do envelhecimento, mas os fenómenos biológicos que se desenrolam ao longo do tempo, são mesmo assim. Há quem defenda que o envelhecimento é o conjunto de modificações por que passa um organismo ao longo do tempo desde que nasce até que morre.

Estudando a organização de cada sociedade talvez se pudesse dar um significado social ao idoso. Assim, atendendo ao aumento progressivo desta população, surge a necessidade de saber-se a partir de que idade se é considerado idoso. Para Taveira (2010), o indivíduo é considerado uma pessoa idosa se pertencer a uma faixa etária acima dos 65 anos, no entanto isso não significa que todos os indivíduos tenham as

mesmas características, ou seja, os mesmos interesses, necessidades e capacidades iguais, pois o processo de envelhecimento não se limita ao número de anos vividos, é simultaneamente complexo e dinâmico. Araújo et al. (2010) vem reafirmar que na sociedade atual a população idosa é constituída por homens e mulheres com idade igual ou superior a 65 anos.

De acordo com a Organização Mundial da Saúde (OMS) em 2002, nos países em desenvolvimento é considerado idoso o indivíduo com idade igual ou superior a 60 anos de idade e nos países desenvolvidos, essa, prolonga-se para 65 anos (Ferreira, 2017).

1.1. Aspetos Demográficos

Segundo os censos de 2011 (INE, 2012), a população idosa, de 2001 para 2011, aumentou de 16 para 19% e a percentagem de jovens recuou de 16 para 15%, no mesmo período de tempo. O número de pessoas com mais de 60 anos está a aumentar rapidamente comparando com outras faixas etárias, como resultado de uma maior expectativa de vida e de uma diminuição das taxas de natalidade (Araújo, Jesus, Araújo & Ribeiro, 2017).

Segundo o Instituto Nacional de Estatística (INE, 2017) entre 2015 e 2080 Portugal perderá população, ou seja atualmente a população é de 10,3 milhões e passará para 7,5 milhões de pessoas, ficando abaixo do limiar de 10 milhões em 2031.

O número de idosos passará de 2,1 para 2,8 milhões. A par do aumento da população idosa, o índice de envelhecimento passará assim de 147 para 317 idosos (mais do dobro), por cada 100 jovens, em 2080 (INE, 2017).

No nosso país o envelhecimento é uma realidade, como afirma Nunes e Menezes (2014, p.34) “As condições sociais das famílias portuguesas sofreram modificações nas últimas décadas, de que a redução da natalidade, a emigração e o emprego da mulher são alguns exemplos que condicionaram uma forma de viver, afetando sobretudo os seniores.”

Observando os dados do INE, na **figura 1** podemos verificar o crescimento progressivo das pessoas mais velhas analisando os valores do índice de envelhecimento (relação

existente entre o número de idosos e a população jovem). No distrito de Bragança esta percentagem (%) aumentou de forma significativa.

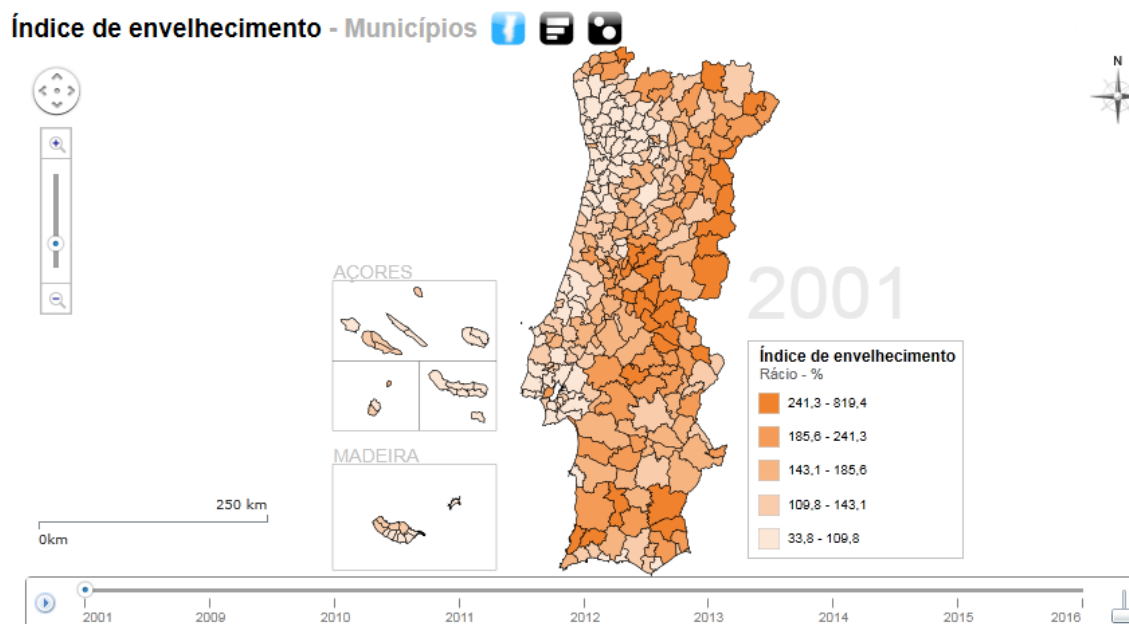


Figura 1: Índice de envelhecimento por município de 2001 a 2016.
Fonte: INE, PORDATA

Referindo-se ao levantamento feito em 2012 pela Guarda Nacional Republicana acerca deste escalão etário, Nunes e Menezes (2014, p.37) citando Copeto (2012), afirmam que: “Foram encontrados 23001 idosos a residir sozinhos e/ou isolados, na zona de intervenção da GNR, sendo o distrito de Bragança aquele onde há mais casos...”

Na Operação “Censos Sénior 2017” foram sinalizados 45 516 idosos, dos quais: 28 279 vivem sozinhos; 5 124 vivem isolados; 3 521 vivem sozinhos e isolados. No Distrito de Bragança foram sinalizados 3232, em que 2284 são do sexo feminino e 948 do sexo masculino (GNR, 2017).

Verificando assim as projeções oficiais percebemos uma dinâmica populacional sem precedentes na história portuguesa, consequência do aumento da população idosa e a redução da população ativa.

O efeito cumulativo da diminuição da taxa de natalidade e de mortalidade ao longo dos anos tem vindo a alterar o perfil demográfico da população portuguesa, sendo evidente o seu progressivo envelhecimento (Cabral et al., 2013 citado em Azeredo, 2016).

Atendendo aos dados retirados do INE (2017), o distrito de Bragança apresenta um índice de envelhecimento muito superior à média nacional (**figura 2**).

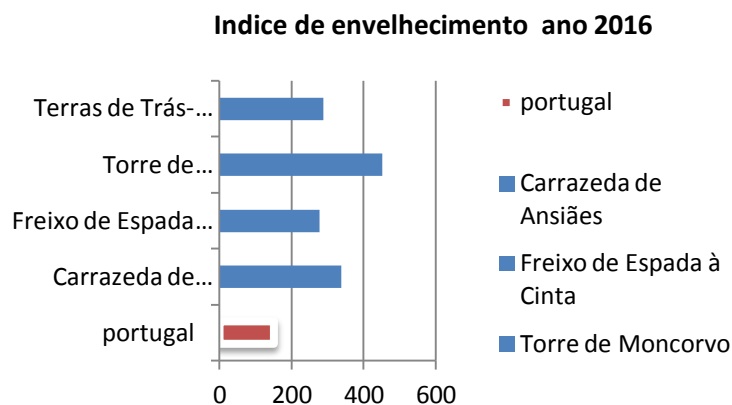


Figura 2- Índice de envelhecimento (n.º) - comparação entre alguns municípios do Distrito de Bragança, Portugal
 Fonte: INE, PORDATA (2017)

Dentro do contexto regional e observando o perfil demográfico, o índice de envelhecimento do distrito de Bragança caracteriza-se por uma assimetria entre os vários municípios (**Quadro 1**). Por exemplo, o concelho de Bragança com uma população de 33 766 residentes, apresenta um índice de envelhecimento muito inferior (menos de metade) ao concelho de Vinhais com uma população de 8 104 residentes e o concelho de Vimioso com uma população de 4 173 residentes apresenta um índice de envelhecimento superior (INE, 2017).

Quadro 1 - Índice de envelhecimento (n.º) no distrito de Bragança

Local de residência (NUTS - 2013) (1)	Índice de envelhecimento (N.º) por Local de residência (NUTS - 2013); Anual
	Período de referência dos dados
	2016
	N.º
Carrazeda de Ansiães	338,5
Freixo de Espada à Cinta	277,6
Torre de Moncorvo	451,9
Alfândega da Fé	378,0
Bragança	208,7
Macedo de Cavaleiros	314,7
Miranda do Douro	375,0
Mirandela	248,4
Mogadouro	380,1
Vila Flor	317,4
Vimioso	357,2
Vinhais	562,7

Fonte: INE, PORDATA (2017)

1.2. Aspetos Fisiopatológicos

Sabemos que as pessoas com o passar dos anos vivenciam alterações a vários níveis: físicas, biológicas e psicológicas, assim neste ponto, pretendemos abordar em traços gerais essas modificações, referindo as particularidades fisiopatológicas do envelhecimento.

As pessoas com o passar dos anos experimentam verdadeiras transformações das células, tecidos e o declínio no funcionamento dos órgãos, que levam à progressiva diminuição de reservas funcionais e consequente perda de independência com redução da capacidade de adaptação (Nunes & Menezes, 2014).

“Os estudos epidemiológicos revelam que a velocidade do declínio varia consideravelmente, consoante os órgãos, sendo a dos tecidos elásticos muito rápida e a do cérebro muito mais lenta” (Sarmiento, 2014, p.24).

As estruturas celulares envelhecem, principalmente as que estão dentro da célula (como lípidos, proteínas e ácidos nucleicos). Em 35 % dos casos as causas são devido a aspetos genéticos (Nunes & Menezes, 2014).

Os mesmos autores referem: “ A idade avançada tem ainda repercussões sobre a pele, diminuindo o seu fluxo sanguíneo, tornando-se, por isso, mais fina e com menor elasticidade; por outro lado as glândulas sudoríparas e sebáceas ficam menos ativas, facilitando as infecções ” (p. 59).

A **derme** e a **epiderme** tornam-se mais finas (queda de 20% da espessura), há uma diminuição de melanócitos (ocasionando queda da foto proteção). Alteração da termorregulação e assim maior reação de hipersensibilidade. Estas alterações têm como consequência a dificuldade de cicatrização, diminuição da percepção sensorial, maior suscetibilidade a lesões como úlcera de pressão e infecções (Motta, 2013).

O **sistema esquelético** com o envelhecimento sofre alterações ao nível da perda de massa óssea, tornando os ossos mais frágeis (aumentando o risco de fraturas), surge a osteoporose, mais comum nas mulheres, redução da estatura, dor, rigidez e fragilidade dentária. O tecido conjuntivo das articulações torna-se menos flexível reduzindo a amplitude do movimento das articulações e conseqüentemente maior rigidez, aumentando o seu desgaste resultando em artroses (Nunes & Menezes, 2014).

Ao nível **muscular** há uma redução da força muscular em 30% nos membros superiores e 40% nos membros inferiores. Esta perda evolui lentamente e quando acentuada gera perda intensa de fibras musculares (Motta, 2013).

Segundo Taveira (2010, p.11) citando J. Vanfraechem (2005). “... constata-se que o idoso manifesta uma redução aeróbia e anaeróbia associada a uma diminuição da potência muscular, da flexibilidade e conseqüentemente dos parâmetros de habilidade e coordenação motora ”.

Surgem alterações do **sistema renal** e do trato urinário inferior: hiperplasia prostática no homem e mudanças no esfíncter uretral na mulher que vão resultar em incontinência urinária.

O sistema **gastro intestinal** também sofre alterações com o envelhecimento: diminuição dos fluidos, nomeadamente na saliva, no suco gástrico do estômago, assim como nas secreções do fígado e pâncreas. Diminuição da motilidade gástrica, refluxo gastroesofágico (Motta, 2013; Nunes & Menezes, 2014).

No **sistema cardiovasculares** as modificações são estruturais (aumento da espessura das paredes ventriculares, da artéria aorta, assim como as suas dimensões), alterações no sistema de condução do coração. Em consequência surgem patologias como a hipertensão arterial, doenças das artérias coronárias ou cardiopatia isquêmica e insuficiência cardíaca. A nível epidemiológico as doenças cardiovasculares são a causa mais frequente da mortalidade e da morbidade nestas faixas etárias (Nunes & Menezes, 2014).

O declínio do **sistema imunitário** acompanha o envelhecimento, há o aumento da suscetibilidade a infeções, pela perda de capacidade de resposta a antigénios estranhos ao organismo, tornando-se mais sensível aos antigénios do próprio organismo (autoimunidade), surgindo doenças como: diabetes, artrite, hipertiroidismo (Motta, 2013; Nunes & Menezes, 2014).

As alterações **cutâneas** na velhice são evidentes, tais como a perda de cabelo (particularmente nos homens), diminuição geral de pelos no corpo, embora apareçam outros mais espessos, nos homens surgem nas narinas, orelhas e sobrancelhas, nas mulheres surgem no buço e queixo. Ocorrem também o aparecimento de rugas e manchas na pele acastanhadas no dorso das mãos, da exposição ao sol (Nunes & Menezes, 2014).

Os **órgãos dos sentidos** também são afetados, alterações na audição em que há diminuição da habilidade de ouvir frequências mais altas. As alterações na visão, perda da acuidade visual por perda da maleabilidade e elasticidade dos tecidos, sendo o cristalino uma das primeiras estruturas a sofrer alterações.

No paladar há mudanças degenerativas das células, ocorre ligeira diminuição para deteção do gosto salgado. No olfato há a redução da capacidade discriminatória para diferentes odores. (Motta, 2013; Nunes & Menezes, 2014).

Segundo Leal (2006) citado em Nunes & Menezes (2014, p.63) “existem múltiplas causas, fisiológicas, psicológicas e sociais que contribuem para a perda de apetite dos velhos, de que são exemplo a diminuição do olfato ou do gosto...”

Pereira et al. (2016) e Grande (2016) afirmam que as alterações sensoriais são um fator limitante para o dia-a-dia dos idosos, tanto visuais como auditivas estão bastante presentes nesta população.

A nível **neurológico**, nesta etapa de vida, observa-se um declínio ligeiro e progressivo da memória, consequência da diminuição do número de neurónios e de neurotransmissores. A lentificação do pensamento, alterações no ciclo de sono (Nunes & Menezes, 2014).

Os mesmos autores afirmam que “Todavia mantêm-se outras funções cognitivas que, na pior das hipóteses, estão pouco comprometidas, como a capacidade de leitura e a compreensão do significado das palavras” (p.61).

O percurso pessoal e social de vida vai influenciar o envelhecimento não sendo este apenas um fenómeno biológico. Há fatores que influenciam socialmente o envelhecimento (económicos, nível de conhecimento). Assim, a forma como se envelhece e a maior ou menor valorização que é dada a esse processo depende do comportamento humano (cultura, estilos de vida, evolução científica) mais do que da sua natureza (Sarmiento, 2014).

1.3. Determinantes do Envelhecimento

No processo de envelhecimento a qualidade e independência com que o individuo vive chegando a esta etapa depende não só da estrutura genética, mas também do que se realiza durante o curso de vida. (Loredo-Figueroa, Gallegos-Torres, Xequé-Morales, Palomé-Vega & Juárez-Lira, 2016).

Dra. Margaret Chan citada em OMS (2015, p.3) afirma:

Como mostra a evidência, a perda das habilidades comumente associada ao envelhecimento na verdade está apenas vagamente relacionada com a idade cronológica das pessoas... A diversidade das capacidades e necessidades de saúde dos adultos maiores não é aleatória, e sim advinda de eventos que ocorrem ao longo de todo o curso da vida e frequentemente são modificáveis, ressaltando

a importância do enfoque de ciclo de vida para se entender o processo de envelhecimento.

Nascer e crescer em determinados ambientes influencia diretamente a forma como nos desenvolvemos, o mesmo acontece com o processo de envelhecimento que é influenciado por fatores determinantes. As opções individuais e os contextos de vida são determinantes, pois nem tudo é fruto do mero acaso genético ou sorte (Da Silva & Rodrigues citado em Azeredo, 2016).

Os mesmos autores referem que “o entendimento do envelhecimento num determinado contexto é tão ou mais importante como perceber o próprio envelhecimento em si” (p.9).

Um conceito importante a abordar quando falamos em determinantes do envelhecimento é o “envelhecimento ativo”, na gênese deste conceito esteve outro, o envelhecimento saudável, entendido como o processo de envelhecer com saúde (Da Silva & Rodrigues citado em Azeredo, 2016).

...“Envelhecimento Ativo”, entendido como processo de cidadania plena, em que se otimizam oportunidades de participação, segurança e uma maior qualidade de vida à medida que as pessoas vão envelhecendo. Sai-se de uma visão reativa, centrada nas necessidades básicas e na qual a pessoa é um agente passivo, para uma outra, pró-ativa que reconhece a pessoa como um elemento capaz e atuante no processo político e na mudança positiva das sociedades. (Programa de Ação do AEEASG, 2012, p.3)

A ideia de “envelhecimento ativo” implica uma atitude otimista do indivíduo perante a vida, mas também, por um lado, medidas que capacitam os mais velhos e suas famílias e, por outro, respostas a situações de eventual vulnerabilidade social (Programa de Ação do AEEASG, 2012). Este processo de envelhecer ativamente deve começar na idade jovem e prolongar-se ao longo do ciclo de vida (Da Silva & Rodrigues citado em Azeredo, 2016).

Quando abordado o tema do envelhecimento ativo encontramos outro conceito: “envelhecimento saudável”, este refere-se ao aumento da capacidade funcional das pessoas idosas contribuindo para o seu bem-estar, sendo a capacidade funcional o resultado da interação das características físicas e mentais da pessoa com o meio (Proposta do Grupo de Trabalho Interministerial, 2017).

Neste contexto a análise da capacidade funcional ao longo do ciclo de vida é importante como podemos observar na **figura 3**, esta capacidade é influenciada pelos determinantes do envelhecimento: a mudança no ambiente, mudança nos estilos de vida (por exemplo, tabagismo, consumo de álcool, nível de atividade física e dieta Alimentar), etc..

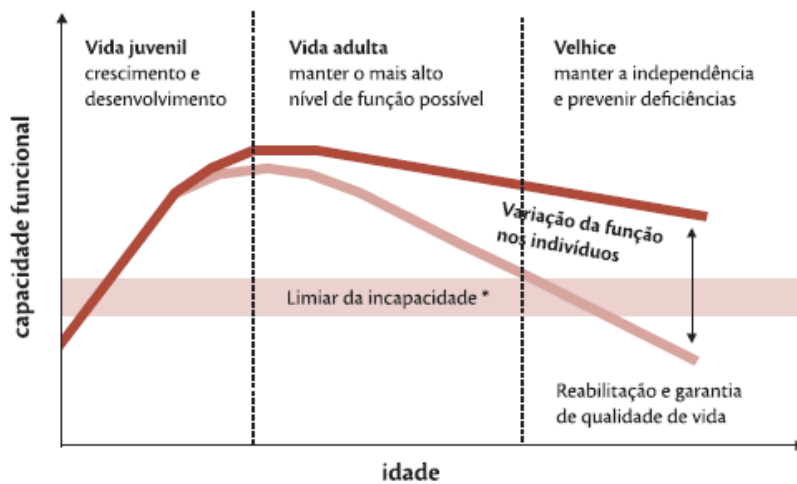


Figura 3: Capacidade funcional ao longo da vida

Fonte: OMS (2005)

*O declínio verificado pode ser reversível em qualquer idade através de medidas individuais, adequação do ambiente e medidas políticas de prevenção (OMS, 2005).

Segundo o mesmo autor, os fatores determinantes do envelhecimento ativo são os que podemos observar na **figura 4**:

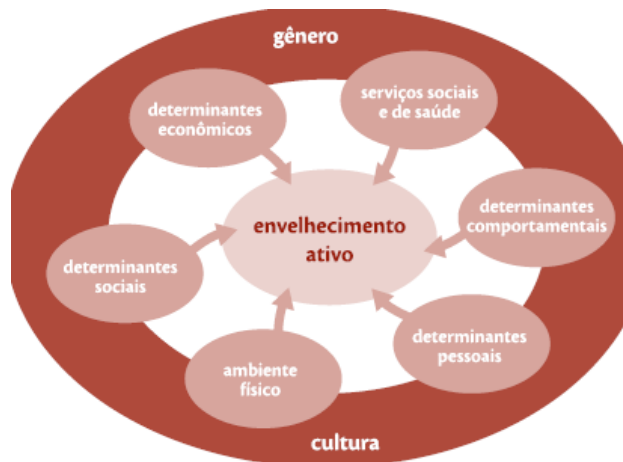


Figura 4: Fatores determinantes do envelhecimento ativo
Fonte: OMS (2005)

A cultura e o sexo são fatores determinantes transversais (OMS, 2005; OMS, 2015; Programa de Ação do AEEASG, 2012).

A cultura, que abrange todas as pessoas e populações, modela nossa forma de envelhecer, pois influencia todos os outros fatores determinantes do envelhecimento ativo... O gênero é uma “lente” através da qual considera-se a adequação de várias opções políticas e o efeito destas sobre o bem estar de homens e mulheres. (OMS, 2005, p. 20)

O facto de se nascer homem ou mulher (apesar de se tratar de um fator biológico) é altamente determinante na forma de envelhecer, influenciado pela cultura em que o individuo está inserido (Da Silva & Rodrigues citado em Azeredo, 2016).

Assim sendo, tendo em conta a classificação da OMS, podemos categorizar os determinantes em determinantes individuais (pessoais e comportamentais) e determinantes atribuídos a fatores externos (Da Silva & Rodrigues citado em Azeredo, 2016; Rodrigues, 2007).

Nos **determinantes pessoais** encontramos os fatores biológicos, genéticos e psicológicos, fatores que não dependem do indivíduo, são fruto da naturalidade dos acontecimentos (Da Silva e Rodrigues citado em Azeredo, 2016).

Os fatores biológicos influenciam fortemente o estado de saúde no processo de envelhecimento, tendo maior influência: a diferença de sexo (varia no contexto rural e urbano, fatores laborais) e o sexo. Relativamente aos fatores psicológicos incluem-se a inteligência, capacidade cognitiva (os idosos nas zonas rurais apresentam pior avaliação cognitiva), sintomas psiquiátricos (como a depressão, com maior expressão nas zonas urbanas), estes fatores são influenciados pelos fatores sociais (isolamento, solidão) e comportamentais (abuso do álcool e outras substâncias) (OMS, 2005; Da Silva & Rodrigues citado em Azeredo, 2016).

Segundo D'Orsi, Xavier e Ramos (2011) há uma relação entre a alteração cognitiva e a perda funcional, no entanto a cognição e funções executivas (fazer compras, conduzir, gerir o dinheiro) são interdependentes: a manutenção da cognição pode compensar a perda funcional.

Da Silva e Rodrigues citado em Azeredo (2016, p.17) referem que:

...identificamos o défice cognitivo e a presença de sintomas psiquiátricos como altamente preditor de incapacidade...tendo repercussões sociais e económicas que vão muito para além do idoso em si, mas também da sua família. As pessoas que mantêm a capacidade cognitiva são capazes de estilos de vida mais saudáveis e aderem melhor ao regime terapêutico...

Ainda nos determinantes pessoais, ao nível da saúde física, os problemas e as limitações de saúde (problemas de saúde crónicos, limitações na realização de atividades, etc..) influenciam negativamente a satisfação com a vida (Cabral, Ferreira, Silva, Jerónimo, & Marques, 2013).

As patologias mais frequentes nos idosos são as cerebrocardiovasculares, sendo a principal causa de incapacidade crónica, perda de independência e institucionalização.

No entanto o idoso quando questionado refere terem mais influencia patologias com sintomatologia mais exuberante (Parkinson, artrite, reumatismo), sendo estas mais limitadoras das suas atividades Da Silva e Rodrigues citado em Azeredo (2016).

Os **determinantes comportamentais**, segundo o mesmo autor, estão relacionados com os estilos de vida e participação do individuo na própria saúde, refletindo-se assim em aspetos como o excesso de peso (alimentação), prática de exercício físico, diminuindo o risco de desenvolvimento de algumas doenças crónicas e degenerativas, sendo determinante para o envelhecimento do individuo.

Os determinantes atribuídos a fatores externos referem-se a determinantes do meio físico, sociais e económicos em que individuo está inserido.

O meio físico está relacionado com os serviços e as condições que a sociedade proporciona aos idosos que por sua vez vão influenciar o seu nível de dependência. A presença de condições de segurança contra roubos, violência e barreiras arquitetónicas, tanto na sua habitação como no bairro onde se insiram, serviços domésticos, o acesso a transportes públicos, a proximidade com os membros da família, serviços que podem significar a diferença entre interação social positiva e isolamento (Da Silva & Rodrigues citado em Azeredo, 2016; Veloso, 2015).

Os determinantes sociais prendem-se com apoio social, educação e alfabetização, prevenção da violência e abuso. Os determinantes económicos relacionam-se com o trabalho, a reforma e com a proteção social (serviços de saúde, serviços sociais). A perda de apoio familiar e a existência de doenças torna os idosos mais propensos à pobreza (Da Silva & Rodrigues citado em Azeredo, 2016; Veloso, 2015). Fatores como as condições de vida que cada um experimenta, influenciadas pelos recursos económicos, sociais e as oportunidades, ultrapassam fatores como os tratamentos médicos ou as escolhas de estilos de vida (Bárrios & Fernandes, 2014).

2. Qualidade de Vida

Qualidade tem origem na palavra *qualitate* (latim) e é um termo utilizado de forma bem distinta consoante o contexto, sendo frequente a sua utilização no dia-a-dia. Empregam-se expressões como qualidade de vida das pessoas, qualidade do ar que se respira, qualidade do serviço prestado por uma determinada empresa, qualidade do/no ensino, qualidade da/na saúde, entre muitas outras (Saraiva & Rolo, 2009).

2.1. Resenha Histórica de Qualidade de Vida

Há três mil anos que a expressão “qualidade de vida” faz sentido para o homem. Para os povos egípcios possuir saúde e tempo de lazer era sinónimo de qualidade de vida, acreditava-se na qualidade de vida após a morte (Abreu, 2011 citado por Cruz, 2014).

Paschoal (2006) citado em Pinheiro (2016), afirma que o termo qualidade de vida foi mencionado pela primeira vez em 1920, por Pigou no contexto do bem-estar dos trabalhadores e bens materiais.

No fim da 2ª guerra mundial com a aquisição de bens materiais e melhores condições de vida o conceito de qualidade de vida alterou-se para “boa vida”. Esta, era medida e comparada consoante os indicadores económicos (Gonçalves, 2010).

O mesmo autor citando Canavarro et al refere que:

...a partir da segunda metade do século XX, termos como “felicidade”, “satisfação com a vida”, “bem-estar”, “prosperidade”, “liberdade de escolha” e “realização pessoal” passam a surgir na literatura como significado para “Qualidade de vida”, o que dificulta a delimitação científica do conceito. (p.11).

A grande mudança verificou-se, mais tarde, nos anos 60 do século XX em que o conceito de qualidade de vida passou a ser referido nos discursos políticos. Assistiu-se à

mudança de valores e objetivos sociais, com uma diminuição dos interesses materiais e um incremento dos valores, das necessidades sociais e psicológicas, as pessoas foram-se apercebendo que os indicadores económicos, por si só, não eram indicadores de bem-estar da população (Gonçalves, 2010).

O termo “qualidade de vida” foi tradicionalmente utilizado por filósofos e poetas, passou a ser aplicada por pesquisadores e médicos com objetivo de avaliar a percepção dos pacientes acerca da doença e seu tratamento (Aguiar, Vieira, Carvalho & Montenegro-Júnior, 2008). Em 1975 publicaram-se os primeiros estudos específicos sobre a qualidade de vida de Liu e em 1976 de Campbel, Converse e Rodgers (Ribeiro, 1994).

2.2. Conceptualização de Qualidade de Vida

A qualidade de vida surge como temática de difícil compreensão, necessitando de delimitações que permitam operacionalizar análises científicas. Os estudiosos têm procurado e sugerido diferentes metodologias para o tratamento deste conceito de grande complexidade e subjetividade (Pereira et al., 2012). A falta de consenso conceptual é marcante devido à sua complexidade e utilização por diversas áreas de estudo (Farquhar, 1995).

Pereira et al. (2012, p.242) afirmam que:

...é importante salientar que muitos estudos se limitam exclusivamente a descrição de indicadores sem fazer relações diretas com a qualidade de vida, ou seja, tomam características como a escolaridade, ausência dos sintomas das doenças, condições de moradia unicamente como indicadores de qualidade de vida sem investigar o objetivo disso para as pessoas envolvidas.

Diversos fatores, como a cultura, o tipo de produto ou o serviço prestado, as necessidades e expectativas, influenciam diretamente a definição de qualidade. Como o termo tem diversas utilizações, o seu significado nem sempre é de definição clara e objetiva (Saraiva & Rolo, 2009).

Andrade, Souza, Leite, Figueiró e Cunha (2011, p.130) referem que “A qualidade de vida, segundo a Organização Mundial de Saúde, não possui uma definição exata, sendo um dos motivos que levaram a reunir especialistas de várias partes do mundo.”

Os conceitos mais consensuais de qualidade de vida procuram incluir uma multiplicidade de dimensões discutidas nas chamadas “abordagens gerais e holísticas”. Um exemplo a ser citado é o conceito preconizado pela Organização Mundial de Saúde (Pereira et al., 2012).

3. Qualidade de Vida na Velhice

O aumento da longevidade impõe um desafio para os pesquisadores, os gestores de saúde, as sociedades essencialmente para a população que está a envelhecer. Todos desejam viver mais desde que se consiga garantir uma boa qualidade de vida (Andrade & Martins, 2011).

“Se é naturalmente importante o prolongamento da vida, isso só faz sentido se conseguirmos preservar a sua qualidade, enriquecer o seu conteúdo, dar-lhe uma maior satisfação... engrandecê-la verdadeiramente” (Nunes & Menezes, 2014, p.11).

Estas transformações demográficas colocam a qualidade de vida como um tema de relevância social, tornando-se primordial garantir uma expectativa de vida elevada associada a uma boa qualidade de vida (Bowling et al. in Veloso, 2015).

O envelhecimento bem-sucedido pode ser olhado de múltiplas e variadas perspectivas, contudo, deve incluir três componentes: o baixo risco de doença e o conhecimento acerca dela, um alto nível de funcionamento mental e físico e um envolvimento ativo no ciclo vital. (Martins & Mestre, 2014, p.155 citando Ribeiro & Paúl,2011).

O envolvimento ativo no ciclo vital vem lembrar um conceito, já referido anteriormente, que é o “envelhecimento ativo” (na sua definição o termo “qualidade de vida” está presente).

Com o envelhecimento ativo pretende-se aumentar a qualidade de vida e a expectativa de uma vida mais saudável para os idosos, nomeadamente os mais frágeis e que necessitam de cuidados (OMS, 2005). O envolvimento social na prática do envelhecimento ativo contribui para a saúde e qualidade de vida (Veloso, 2015).

Este paradigma de envelhecimento ativo surge em 2002, lançado pela Organização Mundial de Saúde, como resposta aos vários desafios deste fenómeno.

Este é caracterizado por três ideias fundamentais: a saúde, a participação social e a segurança, sugere-se assim que o envelhecimento seja visto como um processo contínuo que se estende ao longo de todo o ciclo vital e como uma experiência positiva que através de uma integração progressiva dos idosos na sociedade, permita uma expectativa de vida saudável de forma autónoma, independente e com qualidade de vida (Velo, 2015).

3.1. Aspetos da Terceira Idade

De acordo com o estadió sociocultural das sociedades a velhice é considerada de forma diferente: por vezes respeitada e por outras marginalizadas.

Segundo Rodrigues (2011, p.5) citando Correia (2007):

...o idoso até ao século XIX era visto como uma pessoa respeitável, com muita experiência e sabedoria, no entanto passou de “mestre” a inútil e improdutivo, aos olhos da sociedade dos dias de hoje, deixando de ser reconhecido pela sua experiência.

Surge assim um novo idoso que perde o seu estatuto social, o lugar na família, é visto como um ser indesejável numa sociedade de competição e de consumo, sendo afastado dos planos sociais, culturais, económicos e políticos (Rodrigues, 2011).

A qualidade de vida entre os idosos pressupõe determinadas características que se vão instalando neste escalão etário, tais como, aspetos psicológicos (o humor, estado emocional), a saúde, nível social e ocupacional, bem-estar físico. Nesta fase de vida a maior parte dos indivíduos são reformados, por vezes com reformas baixas, vivem sós (viúvos) e com limitações de mobilidade (Nunes & Menezes, 2014).

É frequente que, a partir de uma certa idade, a pessoa se sinta só, pois é nesta altura que os filhos estão em plena idade ativa sem grande disponibilidade para

os pais, e acrescentando-se a este facto, não raras vezes, a morte do cônjuge. Esta situação pode evoluir para uma solidão triste, fria e mesmo ressentida e pode até acontecer afastar-se, intencionalmente, de tudo e de todos. (Sarmiento, 2014, p.43).

O luto é uma das fases mais triste da vida dos idosos, como a morte de entes queridos (viuvez ou falecimento de um filho). Outras perdas vão surgindo agravando este sofrimento, como a alteração do estatuto profissional, a diminuição de rede de amigos, o declínio físico e a possibilidade de contrair doenças (Nunes & Menezes, 2014).

Um aspeto importante para o idoso que está relacionado com a qualidade de vida é a saúde, sendo esta uma grande preocupação das pessoas de hoje em dia. A saúde é vista como um meio para atingir o bem-estar físico, psíquico e social (Martins & Mestre, 2014).

Inicialmente encarava-se a saúde como mera ausência de doença, mas este conceito evoluiu tornando-se mais dinâmico implicando um estado de bem-estar físico, mental e social, que corresponde à promoção da saúde e à prevenção das doenças, ou seja é um fator determinante na qualidade de vida das pessoas (Nunes & Menezes, 2014).

Se as pessoas vivem esses anos extras de vida com boa saúde, sua capacidade de realizar as tarefas que valorizam será um pouco diferente em relação a uma pessoa mais jovem. Se esses anos a mais são dominados por declínios na capacidade física e mental, as implicações para as pessoas mais velhas e para a sociedade é muito mais negativa. (OMS, 2015)

Todos sabemos da “crise económica” que surgiu em Portugal no ano 2013 que atingiu as populações mais vulneráveis, sendo os idosos um desses grupos. Com esta grave crise económica houve um retrocesso no nível de vida das populações (para os níveis dos anos 50 ou 60 o século passado). Os idosos, com as baixas pensões de reforma, enfrentam desafios no dia-a-dia para se alimentarem, comprarem medicamentos e ainda prestarem ajuda aos filhos e netos, também eles com dificuldades. Esta situação vai-se

repercutir no estado de saúde destas pessoas originando estados de ansiedade e depressão (Nunes & Menezes, 2014).

Segundo o observatório Português dos sistemas de Saúde (OPSS, 2017), num inquérito a doentes idosos realizado em 2013, “... apuraram que 27,3% dos doentes tinham cessado os tratamentos ou deixado de consumir algum (ou alguns) cuidado (s) no ano anterior, devido a razões financeiras” (p.63).

Com o avançar da idade o idoso sofre alterações do foro psicológico, a depressão, ansiedade, stresse, doenças como demências.

Em Portugal em 2015, segundo o OPSS (2017), no que diz respeito à prevalência da demência por mil habitantes, apresentou 17,9% ao da UE28 com 15%, e “porque este indicador está relacionado com a rapidez de envelhecimento dos países, é de esperar que em 2035, a diferença entre as percentagens de Portugal e da UE seja maior (28,0% para Portugal e 22,2% para a UE)” (p.43).

A depressão surge em consequência de perturbações cognitivas, comportamentais e sociais que advêm do processo de envelhecimento. Fatores de risco como a viuvez (sobretudo nos homens) aumentam a probabilidade de poder surgir a depressão (mais comum na mulher e menos provável em idosos solteiros) (Nunes & Menezes, 2014).

Encontram-se algumas doenças que estão associadas ao estado depressivo:

Doenças reumáticas pelas dores e incapacidade que podem gerar, o acidente vascular cerebral (AVC), calculando-se que aproximadamente 25% das pessoas que sofreram AVC venham a deprimir-se. A demência, tumores malignos... doenças que provoquem dores e impotência funcional... (Nunes & Menezes, 2014, p.43 citando Serra, 2003)

A acrescentar a tudo isto surgem sentimentos de insegurança, solidão, medo, ansiedade. Mas a grande vulnerabilidade do idoso é a perda de controlo sobre si, tanto físico como social e até relativamente ao nível económico, podendo originar um enorme stress, agravando com a falta de redes de apoio social e ausência do seu espaço próprio, levando-o à institucionalização (Rodrigues, 2011).

No entanto, grande número de idosos, aqueles que conservam a sua autonomia, contínua a viver nas suas casas, no seu ambiente familiar, com as suas coisas e são geralmente felizes. O local onde vive e o tipo de domicílio podem condicionar o seu bem-estar, estado psicológico, a sua felicidade e alegria (Nunes & Menezes, 2014).

Muitos estudos mostram que os idosos resistem em ir para um lar, preferindo viver com os seus filhos e netos ou mesmo em sua casa, dispondo das condições económicas e higiénicas existentes (Correia, 2007 citado em Rodrigues, 2011). A opção de ir para o lar em 63,9% dos idosos é uma opção livre, 22,2% dizem que é por falta de apoio e 13,9% refere que foi imposta pela família (Santos, Santos, Santos, & Duarte, 2013).

Muitas vezes, devido a uma doença aguda ou descompensação de uma doença crónica, os idosos sofrem temporariamente internamentos hospitalares, o que os leva a habitar nas casas dos familiares, nomeadamente as dos filhos (Nunes & Menezes, 2014).

3.2. Perceção do Idoso sobre Qualidade De Vida

Como já abordamos em pontos anteriores, a qualidade de vida é uma temática de difícil compreensão, que pode ser influenciada por vários fatores, muitas vezes referida de forma subjetiva, uma vez que depende da perceção do indivíduo.

Faz sentido abordarmos o conceito de perceção que segundo Smith (2014) “...é uma relação entre uma pessoa que percebe e um objeto ou evento no mundo” (p.113).

Os indivíduos ao longo do seu ciclo de vida constroem representações mentais daquilo que são ou poderão tornar-se, são estas representações que vão permitir a forma como interpretam e avaliam o seu desenvolvimento (Martins & Mestre, 2014).

“As representações que cada indivíduo tem do processo de envelhecimento – do seu e do dos outros – é resultado não só das suas vivências como das atitudes globais formadas na sociedade” (Cabral et al., 2013, p.268).

A qualidade de vida sendo um conceito cultural e individual o idoso irá avaliar o seu estado conforme os fatores que mais lhe interessam no dia-a-dia, por exemplo, se o idoso sempre fez caminhadas e agora tem dificuldade em andar, esse aspeto terá um

impacto negativo, enquanto outro idoso poderá referir-se a limitações ao nível da visão (Paúl & Fonseca citado em Nunes & Menezes, 2014).

Becker (2013, pp.26-27) refere que:

... se observarmos e compararmos dois indivíduos com a mesma idade cronológica que tiveram percursos e oportunidades de vida distintos ou ainda que vivam em sociedades diferentes, esses dois sujeitos poderão ter percepções distintas em relação a velhice, devido a auto-avaliação da resultante entre a soma de seus valores e de os que o cercam, com a percepção da sua saúde física e/ou cognitiva, do seu status social e econômico, crenças etc.

Esta auto percepção dos idosos acerca do seu envelhecimento bem-sucedido assim como a sua integração social, depende do papel que as redes sociais, nas quais as pessoas estão inseridas, têm na gestão dos seus sentimentos de solidão e da atenuação dos efeitos negativos de fatores, tais como a reforma e a viuvez, que surgem em fases tardias das suas vidas (Cabral et al., 2013).

Segundo Becker (2013) citando Minayo et al., (2000), um aspeto importante que pode influenciar a percepção do indivíduo sobre sua qualidade de vida é a democracia. Pois ela pode ampliar a noção de o que é qualidade de vida, bem-estar e de equiparação ao acesso aos bens materiais e culturais. Segundo Ferreira, Tura, da Silva e Ferreira (2017) num estudo qualitativo acerca de representações sociais de idosos sobre qualidade de vida, a importância dada ao poder económico e à dimensão sociopolítica é marcante pois, quando questionados a respeito da qualidade de vida imergem ideias ligadas ao dinheiro: poder de compra, alimentação habitação, aquisição de produtos e lazer.

Outro aspeto importante é a diferenciação feita entre o modelo biomédico e os relacionamentos (sociais, culturais), na percepção que os idosos têm sobre envelhecer com qualidade (Cabral et al., 2013; Ferreira et al., 2017).

Fernández-Ballesteros, et al. (2010) citado por Cabral et al. (2013), a partir da revisão de vários estudos sobre a percepção dos idosos de diferentes idades concluiu que na maioria considera “envelhecer bem”, segundo os indicadores que a seguir se transcrevem:

Os itens que receberam as médias mais elevadas na maioria dos países foram: ‘permanecer de boa saúde até morrer’, ‘ser capaz de cuidar de mim’, ‘ter família e amigos com quem posso contar’ e ‘sentir-me bem comigo mesmo’. [...] Assim, a saúde, a independência, as relações sociais e a satisfação com a vida parecem ser os factores que surgem de forma mais generalizada e consistente no que significa envelhecer bem entre os mais velhos...Dois itens colhem as médias mais baixas na maioria dos países: ‘viver muito tempo’ e ‘poder trabalhar depois da idade da reforma’; o que significa que, contrariamente ao que nos diz a perspectiva biomédica, a maior longevidade não foi considerada um dos factores mais importantes do envelhecimento bem-sucedido. (pp. 273-274).

4. Qualidade de Vida em Idosos: Estado da Arte

Muito se tem investigado acerca da problemática em torno do idoso (institucionalizados e não institucionalizados), o estudo da qualidade de vida tem vindo a preocupar a comunidade científica em múltiplos contextos numa abordagem multidimensional.

É consensual o seu carácter histórico, dinâmico e a sua natureza subjetiva (Marques, Sánchez & Vicario, 2014). Assim, neste ponto procuramos abordar esta “multidimensionalidade” tendo como referência a literatura encontrada.

Quando na literatura analisamos as características sociodemográficas no distrito de Bragança encontramos uma população idosa maioritariamente feminina, a percentagem de viuvez é significativa, com nível de escolaridade baixa, sendo que 23% não frequentou a escola. Idosos com baixos rendimentos e o apoio informal é o que predomina recorrendo a vizinhos ou amigos quando necessitam de apoio (Anes, Gerales, Fernandes, Magalhães, & Antão, 2013; Grande, 2016; Pereira et al., 2016).

Na Região Centro do país as características sociodemográficas acompanham as estatísticas do Nordeste sendo que a população idosa é maioritariamente feminina e a maioria são analfabetos.

Os idosos com faixas etárias mais baixas são os que residem no domicílio (< 81 anos), os institucionalizados são mais velhos, são maioritariamente casados os que vivem na comunidade e o maior número de viúvos encontram-se institucionalizados (Martins & Mestre, 2014; Santos et al., 2013).

Na Suíça, num estudo realizado a partir de l’Enquête sur l’état de Santé des personnes Agées vivant en Institution (ESAI), do Panel Suisse de ménages (PSM) e de l’Enquête suisse sur la Santé (ESS), relativamente às características sociodemográficas e de saúde dos idosos que vivem no domicílio em relação àqueles que vivem em lares, verificou-se que as mulheres no domicílio são em minoria em relação aos lares. No domicílio 23% tem 80 anos e nos lares são mais velhos em que 80% têm 80 anos de idade, tendência

semelhante à realidade portuguesa (Zimmermann-Sloutskis, Moreau-Gruet, & Zimmermann, 2012).

Quando olhamos para o contexto francês, também encontramos uma população idosa maioritariamente feminina com uma grande percentagem de viúvos e quando falamos no nível de rendimentos estes variam de 800 a 3000 euros (Martin, 2016), diferente realidade na população idosa do distrito de Bragança em que a maioria aponta para valores entre 250 e 500 euros, quando analisada a relação entre o nível de rendimentos e a qualidade de vida os idosos com rendimento mensal superior a 500 euros manifestam médias mais elevadas de qualidade de vida percecionada em todas as dimensões da SF 36 (Grande, 2016).

Sendo um fator limitante para a vida quotidiana dos idosos, as alterações sensoriais tanto visuais como auditivas (consequência do envelhecimento) estão bastante presentes nesta população (Pereira et al., 2016; Grande, 2016).

A polimedicação também está presente pois verifica-se que a maioria dos idosos consome mais de 4 medicamentos por dia (Amaral, 2017; Grande, 2016; Paiva, Pegorari, Nascimento & Santos, 2016; Pereira et al., 2016) e são as mulheres que consomem mais medicamentos (Pereira et al., 2016), observou-se associação entre o consumo de vários medicamentos por idosos a menores índices de QDV no domínio físico (Paiva et al., 2016).

A população idosa que reside na comunidade não é sedentária mantendo-se ocupada com atividade agrícolas e outras atividades de lazer, a maioria refere praticar exercício físico sendo a atividade mais comum caminhar (Grande, 2016; Santos et al., 2013).

Os idosos que vivem no domicílio são, regra geral, mais autónomos nas suas atividades instrumentais de vida diária, a maioria dos idosos institucionalizados são mais dependentes (Santos et al., 2013).

Nos estudos que abordam o idoso na comunidade verifica-se que a maioria é independente e uma pequena percentagem tem dependência ligeira (Grande, 2016; Pereira et al., 2016; Tavares et al., 2016).

Reiterando a afirmação dos autores anteriores, na dependência funcional, no distrito de Bragança numa amostra de 517 idosos nas atividades instrumentais de vida diária

36,8% dos indivíduos são independentes, 47,5% moderadamente dependentes e 15,7% severamente dependentes (Grande, 2016). Analisando outro estudo de um concelho do distrito de Bragança 90% (n=220) são independentes ou apresentam ligeira dependência para a realização de atividades instrumentais, comparando entre sexos os resultados sugerem que as mulheres são mais independentes na sua realização (Amaral, 2017).

No contexto espanhol dos 749 idosos estudados a dependência funcional apresentou uma baixa proporção (13,4%) (Maseda et al., 2017).

Num estudo sobre capacidade funcional dos idosos e fatores associados a essa incapacidade, o autor refere que a maior proporção foi considerada independente, tanto para as atividades básicas de vida diária como nas atividades instrumentais. Nos idosos com comprometimento do estado funcional foram associados fatores como: a idade (faixa etária ≥ 75 anos), não ter companheiro e presença de doenças associadas (cardíacas, diabetes, AVC) (Barbosa, Almeida, Barbosa, & Rossi-Barbosa, 2014).

A presença de fragilidade no idoso leva a um estado de vulnerabilidade, sendo este fator também uma preocupação da comunidade científica, num concelho do distrito de Bragança numa amostra de 220 idosos, a prevalência de fragilidade foi de 23,6% em que 24 apresentavam risco de desnutrição ou desnutrição. Este estudo sugere que alterações do peso (baixo e elevado peso) levam a situações de fragilidade (Preto et al., 2017). O critério menos prevalente foi a perda involuntária de peso (6,4%), a redução da força muscular foi o critério mais prevalente (61,4%) e o segundo critério mais frequente nos idosos foi a redução da velocidade da marcha (34,5%), os não frágeis representavam 36,6% da amostra (Amaral, 2017).

Num grupo que reunia dois critérios de fragilidade, foi no sexo feminino que se verificaram piores pontuações no domínio saúde física, também estas apresentam piores resultados na auto percepção da sua saúde (Maseda et al., 2017), grande parte dos estudos afirmam que a morbilidade nas mulheres é mais elevada, tanto em termos de queixas como de saúde atribuída a si própria (Grande, 2016).

Quando analisada a relação entre Qualidade De Vida (QDV) e variáveis sociodemográficas estas influenciam significativamente a percepção do idoso quanto à sua qualidade de vida (Grande, 2016). Apesar das mulheres terem maior esperança de vida são os homens que percecionam melhor QDV, idosos com mais habilitações

apresentam melhor QDV percebida (Anes et al., 2013; Grande, 2016; Maseda et al., 2017) os que têm filhos têm maiores níveis de esperança e QDV (Grande, 2016; Martins & Mestre, 2014). Os fatores socioeconômicos e o estado de saúde também foram associados à qualidade de vida dos idosos (Grande, 2016; Paiva et al., 2016). Os resultados dizem que a percepção de uma má QDV está ligada a uma má saúde física e psíquica, ou seja, uma má saúde aumenta de forma independente e significativamente o risco de uma má QDV (Zimmermann-Sloutskis et al., 2012).

Com o aumento da idade diminui a QDV percebida (Anes et al., 2013; Paiva et al., 2016), pois com o aumento da mesma o nível de dependência também aumenta (Pereira et al., 2016). A variável idade avançada foi associada a baixos índices no domínio físico (da WHOQOL BREF) e facetas (da WHOQOL OLD) “funcionamento dos sentidos” e “autonomia” à exceção para: “morte e morrer” em que foram observados maiores índices de QDV, a consciência da própria idade e a expectativa de um futuro mais curto leva-os a uma maior aproximação com a ideia de morte, aceitando o processo de finitude (Paiva et al., 2016; Tavares et al., 2016).

No entanto, é o sexo feminino que encara com mais dificuldade esta etapa (Paiva et al., 2016). Alguns investigadores referem que os idosos mais jovens têm pior nível de satisfação, justificando que com o aumento da idade diminuem as expectativas a respeito da QDV (Maseda et al., 2017).

Existe, assim, relação entre a dependência do idoso e os níveis de satisfação com a QDV: Quanto menor o nível de dependência maior QDV percebida (Grande, 2016); (Anes et al., 2013; Santos et al., 2013). A incapacidade funcional foi relacionada com menores índices de QDV no domínio meio ambiente e autonomia (domínios da WHOQOL BREF), segundo o autor a alteração num destes domínios influencia o outro, pois o meio ambiente refere-se à adaptação do idoso ao local onde vive, aos baixos recursos financeiros, ausência de escolaridade, contribuindo para menor acesso a serviços de saúde, habitação, levando à falta de autonomia do idoso que se torna mais dependente, comprometendo a satisfação das suas necessidades básicas de vida diária, aumentando o risco de adoecer, dificuldade em tomar decisões e agir com liberdade (Paiva et al., 2016; Tavares et al., 2016).

No distrito de Bragança os idosos percecionaram a sua QDV (SF 36) em 53,53%, no funcionamento social, saúde mental e desempenho emocional. Os piores valores foram para as dimensões vitalidade, desempenho físico e saúde em geral, justificado com o aumento da idade e dos efeitos de envelhecimento e conseqüente aparecimento de doenças. Neste estudo grande parte dos idosos apresentam vida autónoma e independência, face a estes resultados esperavam-se melhores resultados em termos de percepção de QDV, a justificação para estes resultados talvez seja porque outras variáveis influenciam a percepção da QDV e não a dependência funcional por si só (Grande, 2016).

Numa amostra que comparava a qualidade de vida do idoso institucionalizado e não institucionalizado, constatou-se que ambos os grupos percecionaram boa QDV, sendo superior nos idosos que vivem na comunidade (Martins, & Mestre, 2014).

Quando analisamos o estado psicológico deste grupo etário, a sintomatologia depressiva foi o principal determinante de má QDV em todos os domínios da WHOQOL BREF (idosos com 1 a 2 critérios de fragilidade) (Maseda et al., 2017). Na avaliação multidimensional dos idosos a viver sozinhos (a taxa de idosos que vivem sós em Portugal é de 16%) cerca de 39% dos idosos apresentavam sintomas de depressão ligeira e cerca de 10% sintomas de depressão grave, as mulheres são as que apresentam piores níveis de saúde mental (Pereira et al., 2016). As baixas pontuações no domínio psicológico da WHOQOL BREF estão associadas ao sexo feminino, ausência de escolaridade e ausência de rendimentos (Paiva et al., 2016).

No distrito de Bragança foi na dimensão saúde mental, da escala SF36, que os 517 idosos percecionaram maior QDV, comparando entre sexo é no sexo masculino e nos idosos com melhor apoio social que se encontram melhores pontuações. Este domínio apresenta pontuações inferiores quando comparado com excesso de peso, relacionado com a discriminação sofrida por estas pessoas (Grande, 2016).

Aspeto importante na qualidade de vida do idoso é o apoio social, quando este tema é abordado verifica-se que os idosos que estão mais satisfeitos com o apoio, nas diferentes dimensões do apoio social (satisfação com os amigos, intimidade, satisfação com a família), são os que percecionam pior QDV, talvez devido ao facto de estes se

encontrarem mais dependentes da família, fatores como a reforma e viuvez, considerados mais importantes na sua QDV (Grande, 2016).

No entanto, outros autores referem a importância da participação social e apoio dos idosos na QDV, mais apoio está relacionado com melhor QDV em que os melhores resultados vão para as famílias “altamente funcionais” (Santos et al., 2013); Zimmermann-Sloutskis et al., 2012).

Conclusão bastante interessante foi referida por Martin (2016) no seu estudo em que avaliou a relação entre a QDV dos idosos independentes e o tipo de habitação “intermédia” (instituições que oferecem serviços a idosos com alguma autonomia, uma transição do domicílio para o lar), os idosos não privilegiavam a quantidade de serviços, preferiam habitações em que era preservada a sua autonomia e não serviços que prestavam a totalidade dos cuidados levando à conseqüente diminuição da interação social com o exterior. A sua opinião e participação social aumentam a auto estima do idoso, afirmando que os outros é que recordam ao idoso que ele faz parte da “terceira idade” e que necessita de ajuda, levando à inadaptação ao meio. Tavares et al. (2016) refere que quanto à QDV mensurada pelo Whoqol-Bref, as maiores pontuações foram para o domínio relações sociais.

CAPÍTULO II – INVESTIGAÇÃO EMPÍRICA

5. Metodologia

Neste ponto pretendemos descrever o tipo de metodologia utilizado e todo o trabalho de campo desenvolvido, como afirma Fonseca (2002) “A metodologia é a explicação detalhada de toda acção a desenvolver durante o trabalho de pesquisa” (p.52).

5.1. Descrição do Contexto Geográfico da Pesquisa

Quando investigamos a população idosa numa área como o distrito de Bragança é pertinente fazer referência ao contexto social do envelhecimento desta população, à interioridade do distrito e à fraca rede de estradas (dispersão geográfica) (Grande, 2016).

Encontramos problemas relacionados com o isolamento sociodemográfico, em que o índice de envelhecimento é elevado com assimetrias entre o centro e a periferia, o rural e o urbano (quadro 1).

Um distrito com fracos recursos económicos e fracas redes de solidariedade informal (incluindo uma taxa de cobertura deficitária e falta de equipamentos sociais), para além disso, há uma densidade populacional muito baixa pois existe uma desigualdade de ocupação relativamente à dimensão do território (Bernardo, Ferreira & Guerra, n.d.).

Quando comparada a realidade nacional e o distrito de Bragança verificamos que os índices de dependência da população idosa são mais elevados nestes doze concelhos do que no restante país (**figura 5**).

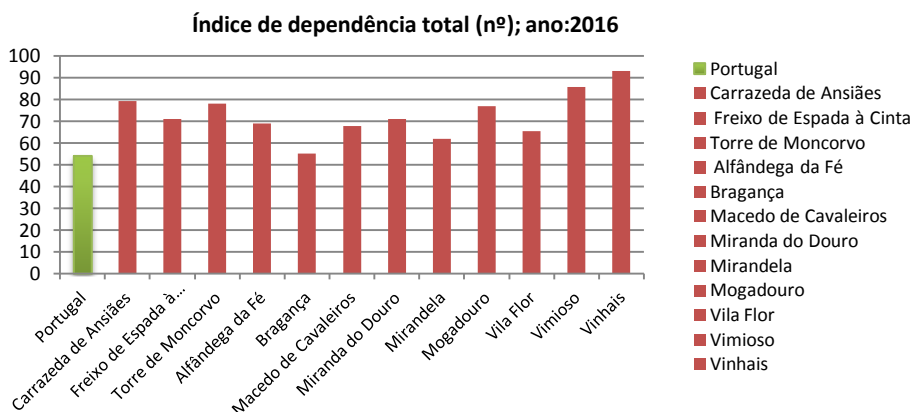


Figura 5 -Índice de dependência total, comparação entre o distrito de Bragança, Portugal.

Fonte dos dados: INE (2017)

5.2. Tipo de Estudo

Este estudo é descritivo-analítico e transversal com uma abordagem quantitativa, pois pretende-se descrever os acontecimentos que ocorrem naturalmente e quais os efeitos ou as relações dos acontecimentos com as variáveis (Provdanov & Freitas, 2013).

5.3. Questões de Investigação / Objetivos

Questões de investigação:

Qual a perceção da qualidade de vida dos idosos, não institucionalizados, no distrito de Bragança?

De que forma a qualidade de vida dos idosos, não institucionalizados, no distrito de Bragança se relaciona com variáveis sociodemográficas, avaliação sensorial, hábitos de vida e estado de saúde?

De que forma a qualidade de vida dos idosos, não institucionalizados, no distrito de Bragança se relaciona com nível de independência para realização das atividades instrumentais de vida diária?

De que forma a qualidade de vida dos idosos, não institucionalizados, no distrito de Bragança se relaciona com o nível de recursos sociais?

Como objetivos definimos:

- Avaliar a qualidade de vida segundo as dimensões da WHOQOL-BREF;
- Avaliar a qualidade de vida dos idosos, não institucionalizados, no distrito de Bragança, segundo as variáveis sociodemográficas, avaliação sensorial, hábitos de vida e estado de saúde;
- Avaliar a funcionalidade dos idosos, não institucionalizados, no distrito de Bragança, para a realização de atividades instrumentais de vida diária;
- Analisar a relação entre o score do WHOQOL-BREF, pontuações obtidas no Índice Lawton & Brody e Escala de Recursos Sociais OARS-MFAQ.

5.4. Hipóteses

A hipótese é a relação entre duas ou mais variáveis e não deve estabelecer unicamente uma conexão causal (se A, então B), mas a probabilidade de haver uma relação entre as mesmas, relação essa que pode ser de dependência, de associação e também de causalidade (Provdanov & Freitas, 2013).

Tendo em conta a definição de hipótese, para este estudo delineamos as seguintes:

H₁ - A qualidade de vida dos idosos, não institucionalizados, no distrito de Bragança difere segundo a variável sexo, idade, profissão e nível de instrução.

H_{1.1} - A dimensão Física da Whoqol Bref difere segundo a variável sexo, idade, profissão e educação.

H_{1.2} - A dimensão Psicológica da Whoqol Bref difere segundo a variável sexo, idade, profissão e educação.

H_{1.3} - A dimensão Relações Sociais da Whoqol Bref difere segundo a variável sexo, idade, profissão e educação.

H_{1.4} - A dimensão Meio Ambiente da Whoqol Bref difere segundo a variável sexo, idade, profissão e educação.

H₂ - A qualidade de vida dos idosos, não institucionalizados, no distrito de Bragança difere segundo avaliação sensorial.

H_{2.1} - A dimensão Física da Whoqol Bref difere segundo a variável visão e audição.

H_{2.2} - A dimensão Psicológica da Whoqol Bref difere segundo a variável visão e audição.

H_{2.3} - A dimensão Relações Sociais da Whoqol Bref difere segundo a variável visão e audição.

H_{2.4} - A dimensão Meio Ambiente da Whoqol Bref difere segundo a variável visão e audição.

H₃ - A qualidade de vida dos idosos, não institucionalizados, no distrito de Bragança difere segundo variáveis relacionadas com o estado de saúde.

H_{3.1} - A dimensão Física da Whoqol Bref difere segundo a variável polimedicação, uso de auxiliares de marcha e internamentos hospitalares.

H_{3.2} - A dimensão Psicológica da Whoqol Bref difere segundo a variável polimedicação, uso de auxiliares de marcha e internamentos hospitalares.

H_{3.3} - A dimensão Relações Sociais da Whoqol Bref difere segundo a variável polimedicação, uso de auxiliares de marcha e internamentos hospitalares.

H_{3.4} - A dimensão Meio Ambiente da Whoqol Bref difere segundo a variável polimedicação, uso de auxiliares de marcha e internamentos hospitalares.

H₄ - A qualidade de vida dos idosos, não institucionalizados, no distrito de Bragança difere segundo os níveis de funcionalidade para a realização de atividades instrumentais de vida diária.

H_{4.1} - A dimensão Física da Whoqol Bref difere segundo a variável atividades instrumentais de vida diária.

H_{4.2} - A dimensão Psicológica da Whoqol Bref difere segundo a variável atividades instrumentais de vida diária.

H_{4.3} - A dimensão Relações Sociais da Whoqol Bref difere segundo a variável atividades instrumentais de vida diária.

H_{4.4} - A dimensão Meio Ambiente da Whoqol Bref difere segundo a variável atividades instrumentais de vida diária.

H₅ - A qualidade de vida dos idosos, não institucionalizados, no distrito de Bragança difere segundo os recursos sociais.

H_{5.1} - A dimensão Física da Whoqol Bref difere segundo a variável recursos sociais.

H_{5.2} - A dimensão Psicológica da Whoqol Bref difere segundo a variável recursos sociais.

H_{5.3} - A dimensão Relações Sociais da Whoqol Bref difere segundo a variável recursos sociais.

H_{5.4} - A dimensão Meio Ambiente da Whoqol Bref difere segundo a variável recursos sociais.

5.5. Variáveis

As variáveis devem possuir características operacionais, quer dizer, devem ser específicas com relação ao objeto de estudo e devem ser viáveis de serem testadas em pesquisas (Provdanov & Freitas, 2013).

Neste estudo consideramos como variável dependente: qualidade de vida dos idosos, não institucionalizados, no distrito de Bragança.

Questionário WOQHOL BREF- Qualidade de Vida

A WHOQOL-BREF permite avaliar a qualidade de vida de indivíduos adultos, ou seja, pessoas da população em geral que não sofram de nenhum tipo particular de doença. Pode ser aplicado por auto preenchimento ou por entrevista e não requer nenhum nível mínimo de instrução, exige apenas que o indivíduo tenha capacidade de compreender as perguntas que constituem o instrumento (Simões, Machado, Gonçalves & Almeida, 2007).

A tradução e validação para português europeu foram feitas por Canavarro et al. em 2006.

O WHOQOL-BREF está organizado em quatro domínios: físico, psicológico, relações sociais e ambiente. É constituído por 26 perguntas, sendo duas mais gerais, relativas à perceção geral de qualidade de vida e à perceção geral de saúde e as restantes 24 representam cada uma das 24 facetas (Simões et al., 2007). Cada item é pontuado numa escala Likert de cinco pontos: cada pergunta é cotada de 1 a 5, indicando cada um destes valores um descritor das escalas de resposta que compõem o instrumento.

Todos os itens são cotados de 1 a 5. Três itens, referentes a perguntas formuladas de forma negativa (Q3, Q4 e Q26), devem ser invertidos, o que para efeitos de cálculo, implica a subtração do seu valor a seis unidades.

O Centro de avaliação da Qualidade de Vida para português de Portugal, de acordo com as tendências atuais da OMS, optou por transformar os resultados numa escala de 0 a 100. O cálculo dos domínios faz-se recorrendo à seguinte fórmula geral:

$$\text{Resultado do Domínio} = \frac{\text{Somatório de todos os itens} - \text{Número de itens}}{4 \times \text{Número de itens}} \times 100$$

O Domínio Físico é composto por 7 itens (Q3, Q4, Q10, Q15, Q16, Q17, Q18); o cálculo do domínio faz-se de acordo com a seguinte fórmula $(6-Q3) + (6-Q4) + Q10 + Q15 + Q16 + Q17 + Q18) - 7) / 28 \times 100$.

O Domínio Psicológico é composto por 6 itens (Q5, Q6, Q7, Q11, Q19, Q26); o cálculo do domínio faz-se de acordo com a seguinte fórmula: $(Q5 + Q6 + Q7 + Q11 + Q19 + (6-Q26)) - 6) / 24 \times 100$.

O Domínio das Relações Sociais é composto por 3 itens (Q20, Q21, Q22); o cálculo do domínio faz-se de acordo com a seguinte fórmula: $(Q20 + Q21 + Q22) - 3) / 12 \times 100$.

O Domínio Ambiente é composto por 8 itens (Q8, Q9, Q12, Q13, Q14, Q23, Q24, Q25); o cálculo deste domínio faz-se de acordo com a fórmula seguinte: $((Q8 + Q9 + Q12 + Q13 + Q14 + Q23 + Q24 + Q25) - 8) / 32 \times 100$.

A Faceta geral é composta por 2 itens (Q1, Q2): o cálculo desta faceta faz-se de acordo com a seguinte fórmula: $(Q1 + Q2) - 1 / 8 \times 100$.

Como variáveis independentes temos:

- **Dados pessoais**

- Data de nascimento e idade: considerando os seguintes grupos etários: (65-69 anos); (70-74 anos); (75-79 anos); (80-84 anos); (85 e mais anos).
- Sexo: Masculino ou Feminino.
- Habilitações Literárias, agrupados em: Não sabe ler nem escrever; <8 Anos (Até ao 6º ano de escolaridade); 9-17 Anos (9º e 12º ano de escolaridade) e ≥ 17 Anos (Curso superior).
- Profissão, agrupada segundo Classificação Portuguesa das Profissões 2010 abreviadamente designada por CPP/2010, elaborada a partir da Classificação Internacional Tipo de Profissões de 2008 (CITP/2008) (INE, 2011). A CPP/2010 estabelece o novo quadro das profissões, formando 10 grupos principais (**quadro 2**).

Quadro 2 - Dez grandes grupos da Classificação Internacional Tipo de Profissões (CITP)

Grandes Grupos CITP
1. Profissões das Forças Armadas
2. Representantes do poder legislativo e de órgãos executivos, dirigentes, diretores e gestores executivos
3. Especialistas das atividades intelectuais e científicas
4. Técnicos e profissões de nível intermédio
5. Pessoal administrativo
6. Trabalhadores dos serviços pessoais, de proteção e segurança e vendedores
7. Agricultores e trabalhadores qualificados da agricultura, da pesca e da floresta
8. Trabalhadores qualificados da indústria, construção e artífices
9. Operadores de instalações e máquinas e trabalhadores da montagem
10. Trabalhadores não qualificados

Fonte: Adaptado de INE, 2011

- **Sensoriais**

- Problemas de Visão:

Usada como rastreamento do comprometimento da acuidade visual, a escala optométrica de Snellen localizada a uma distância de 2,8 m dos olhos do idoso. A diminuição da acuidade visual foi definida a partir da linha 20/50 (Snellen, 1868). Nos idosos que usavam óculos foi efetuado o teste com o uso dos mesmos.

- Audição:

Para determinar a perda auditiva, utilizou-se o teste de voz sussurrada (Swan & Browning, 1985). Considerou-se que os participantes tinham audição normal se repetissem pelo menos 3 de um total possível de 6 letras ou números corretamente, sussurrados a uma distância de 0,6 m atrás do campo de visão do participante. Foi definido como perda auditiva quando o idoso era incapaz de repetir a combinação. Nos idosos que usavam prótese auditiva foi efetuado o teste como uso dos mesmos.

- **Hábitos de vida**

- Consumo de tabaco, variável dicotômica sim/não a: Fumador? ou Não fumador/Ex fumador? (ex fumador se não consome desde os últimos 30 dias).
- Consumo de cafés ou bebidas contendo cafeína (nº/dia), variável dicotômica sim/não.
- Os consumidores de álcool foram aqueles que relataram o consumo diário (tipo de bebida e nº de copos/semana). Definimos “abuso de álcool” com um nível superior de consumo diário > 30 gramas de álcool puro [3 Unidade de Bebida Padrão (UBP)] por dia para homens e mulheres (Foster, 2006).

Uma UBP equivale a 10 gramas de etanol puro (1 cerveja, ou 1 copo de vinho, ou metade de bebidas espirituosas). O número exato de UBP foi calculado usando esta fórmula: tamanho da bebida em mililitros (Vol.) x por cento em volume de álcool (%) x densidade de etanol à temperatura ambiente (0,789 g / ml) / por grama em bebida padrão (10 gramas).

- **Estado de saúde**

Toma de medicamentos há mais de 3 meses: Considerando os pontos de corte segundo Gnjjidic et al. (2012), polimedicação de cinco a nove fármacos e hiperpolimedicação mais de 10 fármacos.

História de internamentos hospitalares no último ano, variável dicotômica sim/não.

Necessidades de meios auxiliares de marcha, variável dicotômica sim/não.

Quais? Bengala/ 1 canadiana; Canadianas; Muletas axilares; Andarilho e Cadeira de rodas.

Escala de Atividades Instrumentais de Vida Diária – Índice de Lawton & Brody

As Atividades Instrumentais Vida Diárias (AIVD) são atividades que estão relacionadas com a capacidade da pessoa interagir com a comunidade e o meio ambiente para manter a sua independência (Apóstolo, 2012).

Para a avaliação das atividades a vida diárias optamos pela aplicação do índice de Lawton & Brody, desenvolvida por Lawton e Brody, em 1969 e validada para a população portuguesa por Araújo et al. em 2007 numa amostra de idosos não institucionalizados.

Este instrumento avalia o nível de independência da pessoa idosa no que se refere à realização das atividades instrumentais (AIVD) que compreendem tarefas como: capacidade para usar telefone, fazer compras, preparação das refeições, cuidar da casa, limpeza da roupa, utilização dos meios de transportes, medicação e utilização do dinheiro, mediante a atribuição de uma pontuação segundo a capacidade do sujeito avaliado para realizar essas atividades (Araújo, Pais Ribeiro, Oliveira, Pinto, & Martins, 2008).

A classificação das 8 respostas é feita de forma dicotómica (0-1), em que a pontuação varia de 0 a 8 em que a mais baixa pontuação corresponde a pior funcionalidade.

Escala de Recursos Sociais OARS - MFAQ

Esta escala é uma parte do questionário de avaliação funcional multidimensional de idosos, foi desenvolvida pela Duke University Center (1978) e validada para a versão em português europeu por Rodrigues (2008), segundo este autor:

A metodologia OARS foi desenvolvida para avaliar a capacidade funcional em cinco áreas fundamentais para a qualidade de vida do idoso... As duas partes podem ser utilizadas em conjunto ou separadamente... No entanto, é possível a utilização apenas das questões específicas de cada área. (p.110).

A avaliação dos recursos sociais permite avaliar a adequação da interação social e a disponibilidade ou não de ajuda em situação de doença e incapacidade do indivíduo.

É composta por nove questões (questões 6 a 14) sobre estado civil, composição do agregado familiar, relações sociais, existência de confidente, sentimento de solidão e autoavaliação de recursos sociais (Rodrigues, 2008).

A avaliação dos recursos sociais é feita de acordo com uma escala de 1 a 6 conforme **quadro 3**.

Quadro 3 - Critérios de classificação na área de recursos sociais

Recursos Sociais	Critérios de classificação
1 - Muito bons	As suas relações sociais são muito satisfatórias e amplas; pelo menos uma pessoa o cuidaria indefinidamente.
2 - Bons	As suas relações sociais são moderadamente satisfatórias e adequadas e pelo menos uma pessoa o cuidaria indefinidamente; Ou As relações sociais são muito satisfatórias e amplas e só teria disponível uma ajuda temporária.
3 - Ligeiramente insatisfatórios	As suas relações sociais são insatisfatórias, de pobre qualidade, escassas; pelo menos uma pessoa o/a cuidaria indefinidamente; Ou As relações sociais são moderadamente satisfatórias, adequadas e apenas disporia de ajuda por um período curto de tempo.
4 - Moderadamente insatisfatórios	As relações sociais são insatisfatórias, de pobre qualidade, escassas; só dispõe de ajuda por um período curto de tempo; Ou As relações sociais são pelo menos ajustadas ou satisfatórias, mas a ajuda só seria possível de vez em quando.
5 - Fortemente insatisfatórios	As relações são insatisfatórias, de pobre qualidade, escassas; e a ajuda só seria possível de vez em quando; Ou As relações sociais são pelo menos satisfatórias ou adequadas; mas a ajuda não é sequer disponível de vez em quando.
6 - Totalmente insatisfatórios	As relações sociais são insatisfatórias, de pobre qualidade, escassas; e a ajuda não é sequer disponível de vez em quando.

Fonte: Rodrigues, (2007)

5.6. População / Amostra

O número total de idosos (≥ 65 anos) do distrito de Bragança (12 Concelhos), segundo o INE é de 37.849, distribuídos pelos diferentes concelhos (**quadro 4**).

Quadro 4 - População residente (≥ 65 anos) por município, sexo e grupo etário, do distrito de Bragança.

Período de referência dos dados	Local de residência (NUTS - 2013) (1)	População residente (N.º) por Local de residência (NUTS - 2013), Sexo e Grupo etário; Anual									
		Sexo									
		H					M				
		Grupo etário									
		65 - 69 anos	70 - 74 anos	75 - 79 anos	80 - 84 anos	85 e mais anos	65 - 69 anos	70 - 74 anos	75 - 79 anos	80 - 84 anos	85 e mais anos
N.º	N.º	N.º	N.º	N.º	N.º	N.º	N.º	N.º	N.º	N.º	
2016	Carrazeda de Ansiães	201	182	175	135	141	220	231	214	223	258
	Freixo de Espada à Cinta	86	121	88	79	63	103	149	134	134	84
	Torre de Moncorvo	252	228	238	257	223	267	314	320	338	383
	Alfândega da Fé	134	147	127	129	113	167	173	182	171	150
	Bragança	1 010	864	735	552	384	1 115	1 003	930	782	746
	Macedo de Cavaleiros	476	433	365	342	247	501	555	518	511	562
	Miranda do Douro	213	207	224	207	146	248	271	286	256	248
	Mirandela	736	610	531	437	307	799	730	697	605	581
	Mogadouro	291	230	291	264	209	282	365	380	355	317
	Vila Flor	205	180	165	144	110	208	244	226	188	187
	Vimioso	135	105	140	139	145	116	182	188	196	158
Vinhais	278	281	327	323	260	288	365	405	349	444	

Fonte: População residente (N.º) por Local de residência (NUTS - 2013), Sexo e Grupo etário; Anual - INE, Estimativas anuais da população residente
Última atualização destes dados: 15 de junho de 2017

5.6.1. Tipo de Amostragem

A amostra inicialmente foi constituída por 800 pessoas idosas (≥ 65 anos) residentes nos 12 concelhos do distrito de Bragança. A dimensão da amostra dependeu essencialmente das características da investigação e do contexto onde a mesma foi recolhida (Ribeiro, 2010).

Optamos por uma amostragem proporcional por sexo, quinquénios de idade e município, que segundo Sousa e Baptista (2014, p.75) “Esta técnica de amostragem usa a informação existente sobre a população, para que o processo de amostragem seja eficiente” (**quadro 5**).

Quadro 5 - Amostra por grupo etário e sexo do distrito de Bragança

MUNICÍPIOS	Amostra (n) por grupo etário e sexo												
	N	N	n	H	M	H	M	H	M	H	M	H	M
	(população)	%	(amostra)	65-69 anos	70-74 anos	75-79 anos	80-84 anos	85 e mais anos					
Carrazeda de Ansiães	1980	5	40	4	4	4	5	4	4	3	4	3	5
Freixo de Espada à Cinta	1041	3	24	2	3	3	3	2	3	2	3	1	2
Torre de Moncorvo	2818	7	56	5	6	4	6	4	6	5	7	5	8
Alfândega da Fé	1493	4	32	3	3	3	4	3	4	3	4	2	3
Bragança	8121	21	168	20	24	18	20	15	20	12	16	8	15
Macedo de Cavaleiros	4510	12	96	11	11	10	11	7	12	7	11	5	11
Miranda do Douro	2306	6	48	4	5	4	6	5	7	4	5	3	5
Mirandela	6015	16	128	15	17	13	15	12	15	9	13	6	13
Mogadouro	2884	8	64	7	6	5	8	6	8	6	8	4	6
Vila Flor	1857	5	40	4	4	4	5	4	5	3	5	2	4
Vimioso	1504	4	32	3	3	2	4	3	4	3	4	3	3
Vinhais	3320	9	72	6	6	6	8	7	9	7	8	6	9
TOTAL	37.849	100	800	84	92	76	95	72	97	64	88	48	84

São apresentados dados parciais de um estudo mais abrangente com estratificação por Concelhos e quinquénios de idade baseada na população de 37.849 idosos (dados do INE), não sendo possível, nesta fase, apresentar toda a amostra inicialmente prevista decidiu-se avançar com uma amostra de 581 (**quadro 6**) tendo superado ainda assim o n=381 referente a uma amostra representativa de 37.849 para um grau de confiança de 95% e margem de erro de 5%. Passando a ter uma amostragem não probabilística, acidental por conveniência.

Quadro 6 - Distribuição do número de inquiridos por concelho

MUNICÍPIOS	N (população)	n (amostra)
Carraceda de Ansiães	1980	20
Freixo de Espada à Cinta	1041	0
Torre de Moncorvo	2818	0
Alfândega da Fé	1493	32
Bragança	8121	50
Macedo de Cavaleiros	4510	96
Miranda do Douro	2306	48
Mirandela	6015	128
Mogadouro	2884	64
Vila Flor	1857	40
Vimioso	1504	32
Vinhais	3320	71
TOTAL	37.849	581

5.6.2. Critérios de Inclusão e Exclusão no estudo

Antes de aplicar o formulário por entrevista foi efetuado um rastreio de perda cognitiva (anexo I), como afirma Paiva (2013) citando Moraes e Lanna (2008) a perda da cognição traduz-se no declínio da identidade que nos distingue como seres pensantes. Assim como critério de exclusão aplicou-se o Mini Mental State Examination (MMSE) tendo em conta os pontos de corte segundo Guerreiro, Silva e Botelho, (1994) cit in Paiva (2013) em que considera-se com defeito cognitivo: Analfabetos ≤ 15 pontos; 1 a 11 anos escolaridade ≤ 22 pontos; com escolaridade superior a 11 anos ≤ 27 pontos.

O MMSE foi desenvolvido para avaliar a mudança do estado cognitivo nos idosos, concentrando-se apenas nos aspetos da função mental. Avalia a orientação temporal e espacial, memória de curto prazo (retenção e evocação), atenção e cálculo, coordenação

dos movimentos, habilidades de linguagem e viso-espaciais. Pode ser usado como teste de rastreio para perda cognitiva (Apóstolo, 2012).

Como critérios de inclusão ter mais de 65 anos, residir nos 12 concelhos do distrito de Bragança e residirem no seu domicílio.

5.7. Instrumentos de Medida e/ou de Recolha dos Dados

Os instrumentos de medida são desenvolvidos segundo determinada finalidade e indicações, sendo a sua escolha regulada no significado dos termos, tanto na avaliação das suas propriedades psicométricas (validade e confiabilidade) como na existência da sua versão na língua/cultura em que o estudo será realizado (Alves, 2011).

O instrumento utilizado para a recolha de dados é composto por:

Formulário sociodemográfico

Um grupo com os dados pessoais (data de nascimento, idade em anos, sexo, habilitações literárias e profissão) outro grupo com avaliação sensorial (problemas de visão e audição), hábitos de vida (consumo de tabaco, café/bebidas cafeína e álcool) e estado de saúde (medicamentos consumidos/dia nos últimos 3 meses, ocorrência de internamentos e necessidade de auxiliares de marcha) (anexo I).

Escala de Capacidade funcional nas atividades instrumentais de vida diária

Mede a independência instrumental, conforme operacionalização descrita no ponto 5.5. Variáveis.

Escala de Recursos Sociais OARS-MFAQ

Avalia o apoio social, conforme operacionalização descrita no ponto 5.5. Variáveis.

Questionário WOQHOL BREF- Qualidade de Vida

A sua operacionalização encontra-se descrita no ponto 5.5. Variáveis. Optamos por agrupar as perguntas correspondentes a cada domínio da escala WHOQOL BREF.

5.8. Procedimento e Considerações Éticas

Este estudo teve por base a metodologia já utilizada pelo Grupo de Investigação em Gerontologia da Universidade da Corunha (GIG-UDC) numa população com características semelhantes à nossa de toda a região da Galiza, replicou-se o estudo com o intuito de obter uma avaliação gerontológica integral, deste grupo etário, no Nordeste Transmontano.

Este conjunto de dados permitiram elaborar uma base de dados conjunta compilados em cinco teses de mestrado (Enfermagem Comunitária da Escola de Saúde de Bragança).

O presente trabalho, com a temática “Qualidade de Vida dos idosos”, centrou-se nos objetivos específicos e nas variáveis já acima descritos (nos subpontos 5.3 e 5.5).

O investigador deve ter presente um conjunto de princípios que vão orientar a sua conduta ao longo da investigação, como afirma Ribeiro, (2010) “Os aspectos éticos são decisivos em investigação. Sem um código de ética que aponte limites oriente os passos da investigação é a própria investigação que fica em causa” (p. 57).

Para que tal não acontecesse foi solicitada autorização aos autores da escala WHOQOL Bref para sua utilização (anexo II), à Exma. Diretora da Escola Superior de Saúde de Bragança para que junto da Comissão ética da ULSNE, fosse autorizado a aplicação do formulário nos Centros de Saúde, Consultas Externas pertencentes à ULSNE. Este estudo obteve um relatório favorável para a sua realização (anexo III).

A recolha dos dados foi efetuada em local previamente combinado e em condições que permitiram a avaliação interdisciplinar e confidencialidade dos mesmos, a aprovação do consentimento foi obtida através de assinatura dos participantes, antes desta assinatura, foi explicado em detalhes o que o projeto consistia, objetivos e benefícios de participar.

O anonimato foi salvaguardado. A informação recolhida através da aplicação de um formulário por entrevista, ou seja, o entrevistador leu as instruções, as questões, os descritores da escala de resposta e assinalou no formulário a resposta dada pelo inquirido (anexo I).

Foram salvaguardados os pressupostos da Declaração de Helsínquia da Associação Médica Mundial e da Convenção para a Proteção dos Direitos do Homem e da Dignidade do Ser Humano face às Aplicações da Biologia e da Medicina (anexo IV).

5.9. Tratamento dos Dados

Procedeu-se à análise descritiva da amostra através de tabelas de frequência (no caso das variáveis de natureza qualitativa) e da análise da média e desvio padrão (no caso das variáveis de natureza quantitativa).

A fiabilidade interna das dimensões referentes à qualidade de vida (WHOQOL-BREF) foi avaliada através do *alpha* de Cronbach¹, que analisa a correlação que se espera obter entre a escala usada e outras escalas hipotéticas do mesmo universo, com igual número de itens e que meçam a mesma característica.

Na tentativa de prever o valor dos diferentes domínios do WHOQOL-BREF, foram avaliados modelos de regressão linear² simples nos casos em que havia uma variável preditora (hipóteses 4 e 5).

¹ Medida de consistência interna que permite apurar quão bem um dado conjunto de itens (ou variáveis) está a medir um único construto latente unidimensional. Não havendo regras absolutas, alguns autores como Maroco (2007) apontam os seguintes valores como referência:

<0,5 – Inaceitável;
0,5 a 0,6 – Pobre;
0,6 a 0,7 – Questionável;
0,7 a 0,8 – Aceitável;
0,8 a 0,9 – Bom;
> 0,9 – Excelente.

² Regressão linear permite estudar uma variável de interesse (variável dependente) em função de outras variáveis que podem ajudar o seu entendimento e predição, as chamadas ou variáveis independentes ou explicativas. Técnica estatística multivariada descritiva e inferencial. A expressão geral do modelo é: $Y_i = \beta_0 + \beta_1 X_1 + \beta_2 X_2 + (\dots) + \beta_K X_K + e_i$ $i = 1, 2, \dots$. O termo e_i refere-se aos erros ou resíduos do modelo e reflecte os erros de medição e a variação natural em Y (Maroco, 2007).

Nos casos em que havia mais que uma variável preditora (hipótese 1), foram avaliados modelos de regressão linear múltipla através do método *stepwise*³.

Mais se informa que, a inclusão das variáveis explicativas sexo e profissão nos modelos de regressão, foi possível através o uso de variáveis artificiais (*dummy*), fixando-se como categorias de referência o sexo feminino e a ocupação elementar respetivamente.

Mencione-se também que os resultados dos domínios do WHOQOL-BREF foram transformados numa escala de 0 a 100. Esta transformação proporciona a possibilidade de comparar os resultados com outros instrumentos validados.

³ O método *Stepwise* vai excluindo (passo-a-passo) as variáveis explicativas que não são significativas para o modelo (Maroco, 2007).

CAPÍTULO III – APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

6. Apresentação e Análise dos Resultados

Neste ponto apresentamos a análise descritiva da amostra relativamente às variáveis socio demográficas, sensoriais, clínicas, assim como os resultados obtidos por inferência estatística de forma a concluir sobre as hipóteses em estudo.

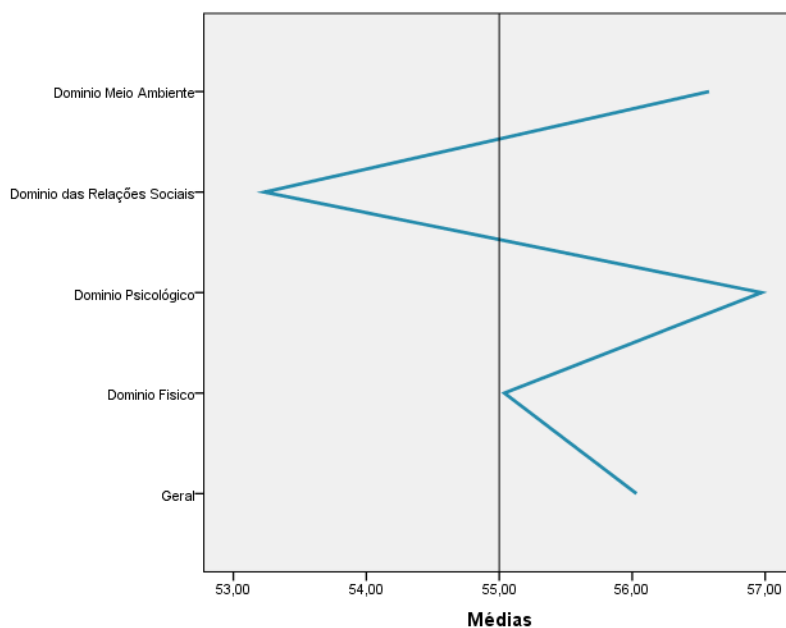
6.1. Análise Descritiva

É no domínio psicológico e meio ambiente onde se podem encontrar as maiores médias de qualidade de vida em contraste com o domínio das relações sociais onde se registou a média de qualidade de vida mais baixa (ver tabela e gráfico 1). Mencione-se que todos os domínios apresentam fiabilidade interna aceitável para construção de índices (α de Cronbach $\geq 0,6$) (ver tabela 1).

Tabela 1 – Análise descritiva e fiabilidade das dimensões WHOQOL-BREF

	Média	Desvio Padrão	Mínimo	Máximo	Alpha de Cronbach
Geral	55,9	16,2	12,5	100	
Domínio Físico	55,1	17,5	7,14	100	0,9
Domínio Psicológico	57,0	15,2	12,5	95,8	0,7
Domínio das Relações Sociais	53,1	17,0	0	100	0,7
Domínio Meio Ambiente	56,6	12,1	21,9	90,6	0,6

Gráfico 1 – Médias nos domínios WHOQOL-BREF



Observando a tabela 2, estamos perante uma amostra de idosos maioritariamente feminina (58,9%), com uma média etária de 76,25 anos (desvio padrão 7,22 anos), sendo que os escalões etários com maior representação na amostra são o '65-69 anos' (21,9%) e o '70-74 anos' (22,7%). Em termos de estado civil, a maioria dos inquiridos é casado (59,4%) e 29,8% são viúvos.

Verifica-se que 95,0% dos idosos da amostra são reformados, e que categoria profissional de proveniência com representação maioritária corresponde à das ocupações elementares (68,0%).

Em termos de comportamentos de risco para a saúde, 2,1% dos inquiridos respondeu ser fumador e em 20,3% dos casos foi registado o abuso de bebidas alcoólicas por parte dos idosos.

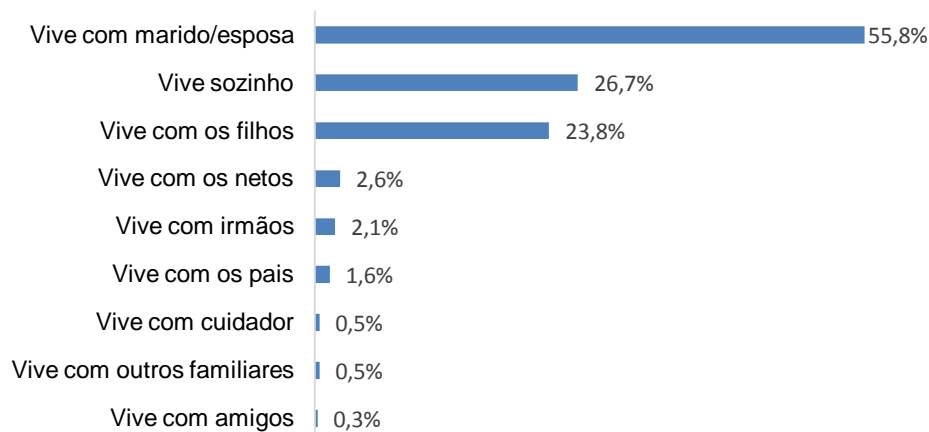
No que respeita à polimedicação, a maior parte dos idosos não está a ser polimedicada (65,4%), 32,7% estão a ser polimedicados e 1,9% estão a ser hiperpolimedicados. A maior percentagem de idosos sem polimedicação encontra-se no sexo masculino (masculino - 68,6% vs feminino - 63,2%).

Tabela 2 – Caracterização da amostra

	Frequências absolutas (n)	Frequências relativas (%)
Sexo		
Feminino	342	58,9
Masculino	239	41,1
Escalão etário		
65-69	127	21,9
70-74	132	22,7
75-79	113	19,4
80-84	111	19,1
>=85	98	16,9
Estado civil		
Solteiro	47	8,0
Casado	345	59,4
Viúvo	173	29,8
Divorciado/Separado	16	2,8
Anos de escolaridade		
Não sabe ler nem escrever	107	18,4
≤ 8 anos	426	73,3
9 a 17 anos	39	6,7
>17 anos	9	1,6
Reformado		
Não	29	5,0
Sim	552	95,0
Categoria profissional (ISCO)		
Especialistas das atividades intelectuais e científicas	15	2,6
Técnicos e profissões de nível intermédio	12	2,1
Pessoal administrativo	18	3,1
Trabalhadores dos serviços pessoais, de proteção e segurança e vendedores	67	11,5
Trabalhadores qualificados da indústria, construção e artífices	38	6,5
Operadores de instalações e máquinas e trabalhadores da montagem	23	4,0
Trabalhadores não qualificados	395	68,0
Profissões das Forças Armadas	13	2,2
Ocorrência de evento de internamento no último ano		
	103	17,7
Perda auditiva (teste do sussurro)		
	212	36,5
Uso de prótese auditiva		
	44	7,6
Problemas de visão (Snellen)		
	127	21,9
Uso de óculos		
	349	60,1
Abuso de álcool		
	118	20,3
Tabagismo		
Não fumador	518	89,1
Fumador	12	2,1
Ex-fumador	51	8,8
Polimedicação		
Sem polimedicação	380	65,4
Polimedicação	190	32,7
Hiperpolimedicação	11	1,9
Uso de auxiliares de marcha		
Não	448	77,1
Bengala	102	17,5
Muletas	12	2,1
Andarilho	14	2,4
Cadeira de rodas	5	0,9

Verifica-se que mais de metade dos idosos (n=324) respondeu viver com marido/esposa e 23,8% respondeu viver com os filhos. Chama-se a atenção para os 26,7% de idosos (n=155) que vivem sozinhos, numa maior situação de vulnerabilidade social (ver gráfico 2).

Gráfico 2 – Com quem vive? (OARS)



Verifica-se que a grande maioria dos idosos (96%) tem alguém que os possa ajudar em caso de doença ou incapacidade, havendo em 76% dos casos alguém disponível para ajudar sempre que necessário. Quando questionados quem seria esse alguém, 65,1% respondeu que são os filhos e 43,0% respondeu que é o cônjuge (ver tabela 3).

Tabela 3 – Disponibilidade de ajuda social (OARS)

	Frequências absolutas (n)	Frequências relativas (%)
'Há alguém que ajudá-lo caso esteja doente ou incapacitado?' (ajuda social)		
Não	22	3,8
Sim	556	95,7
N/A	3	0,5
'Há sempre alguém que possa cuidar de si?'		
Sempre que necessário	440	75,7
Por pouco tempo	77	13,3
Às vezes	42	7,2
N/A	22	3,8
'Quem é essa pessoa?'		
Cônjuge	250	43,0
Irmãos	56	9,6
Filhos	378	65,1
Netos	53	9,1
Outro parente	18	3,1
Amigo	44	7,6
Outros	5	0,9

Os idosos do sexo masculino fazem uma melhor avaliação da qualidade de vida e estão mais satisfeitos com a sua saúde (ver Tabela 4).

Tabela 4 – Resposta aos 2 itens gerais da qualidade de vida geral (segundo sexo)

	Total amostra		Feminino		Masculino	
	n	%	n	%	n	%
Como avalia a sua qualidade de vida?						
Má	42	7,2	26	7,6	16	6,7
Nem bom nem má	358	61,6	226	66,1	132	55,2
Boa	165	28,4	82	24,0	83	34,7
Muito boa	16	2,8	8	2,3	8	3,3
Até que ponto está satisfeito com a sua saúde?						
Muito insatisfeito	13	2,2	7	2,0	6	2,5
Insatisfeito	85	14,7	49	14,3	36	15,1
Nem satisfeito nem insatisfeito	279	48,0	186	54,4	93	38,9
Satisfeito	175	30,1	89	26,0	86	36,0
Muito satisfeito	29	5,0	11	3,2	18	7,5

Como indica na tabela 5 a qualidade de vida e a satisfação com a saúde dos idosos vai piorando à medida que se avança no grupo etário.

Tabela 5 – Resposta a itens gerais da qualidade de vida geral (segundo escalão etário)

	65-69 anos		70-74 anos		75-79 anos		80-84 anos		85 ou mais	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Como avalia a sua qualidade de vida?										
Má	4	3,1	11	8,4	5	4,4	10	9,0	12	12,2
Nem bom nem má	65	51,2	71	53,8	76	67,2	80	72,1	66	67,4
Boa	51	40,2	46	34,8	29	25,7	19	17,1	20	20,4
Muito boa	7	5,5	4	3,0	3	2,7	2	1,8	0	0,0
Até que ponto está satisfeito com a sua saúde?										
Muito insatisfeito	1	0,8	3	2,3	4	3,5	2	1,8	3	3,1
Insatisfeito	10	7,9	11	8,3	14	12,4	27	24,3	23	23,5
Nem satisfeito nem insatisfeito	55	43,3	60	45,5	59	52,2	54	48,7	51	52,0
Satisfeito	52	40,9	45	34,1	33	29,2	25	22,5	20	20,4
Muito satisfeito	9	7,1	13	9,8	3	2,7	3	2,7	1	1,0

Hipótese 1 - A qualidade de vida dos idosos, não institucionalizados, no distrito de Bragança difere segundo a variável sexo, idade, profissão e educação.

Resultado geral H1: Confirmada, se bem que a profissão não se revelou estatisticamente significativa (não tendo sido contemplada como explicativa no modelo *stepwise*).

Essa situação deve-se ao fato de existir alguma multicolinearidade, ou seja, uma elevada correlação entre as variáveis independentes (Prearo, Gouvea, & Monari, 2011), uma vez que a escolaridade está correlacionada com a profissão, sendo que estas duas variáveis tendem a explicar o mesmo (*status*). Como indica na tabela 6, ser um idoso do sexo feminino piora a qualidade de vida em todos os domínios; Quanto maior for idade, menor é a qualidade de vida em todos os domínios; Quanto maior o nível de escolaridade, maior é a qualidade de vida em todos os domínios.

Tabela 6 – Análises de regressão linear múltipla para predição dos domínios WHOQOL BREF consoante a idade, sexo feminino e escolaridade

		Coefficiente de regressão	Erro Padrão	p	R²ajustado
Domínio Físico	Constante	108,387	7,932	<0,001	0,138
	Idade	-0,743	0,095	<0,001	
	Sexo feminino	-4,998	1,376	<0,001	
	Escolaridade	5,702	1,981	<0,05	
Domínio Psicológico	Constante	88,585	7,047	<0,001	0,096
	Idade	-0,486	0,084	<0,001	
	Escolaridade	6,623	1,757	<0,001	
	Sexo feminino	-3,186	1,223	<0,05	
Domínio relações sociais	Constante	85,513	7,973	<0,001	0,068
	Idade	-0,478	0,096	<0,001	
	Escolaridade	5,437	1,992	<0,05	
	Sexo feminino	-3,357	1,382	<0,05	
Domínio meio ambiente	Constante	72,426	5,661	<0,001	0,078
	Escolaridade	6,504	1,418	<0,001	
	Idade	-0,286	0,068	<0,001	
	Sexo feminino	-1,999	0,979	<0,05	

Hipótese 2 - A qualidade de vida dos idosos, não institucionalizados, no distrito de Bragança difere segundo avaliação sensorial.

Resultado geral H2: Confirmada parcialmente, uma vez que a H2.2 (a dimensão psicológica da WHOQOL BREF difere segundo a variável visão e audição), não foi confirmada nos indicadores ‘uso de óculos’ nem na ‘perda auditiva’, não se tendo detetado diferenças estatisticamente significativas. A H2.4 (A dimensão meio ambiente da WHOQOL BREF difere segundo a variável visão e audição) também não se confirmou no indicador referente à perda auditiva, por ausência de significância estatística (ver tabela 7).

Tabela 7 – Qualidade de vida consoante problemas sensoriais

	Não usa óculos		Usa óculos		<i>p</i>	
	Média	Desvio Padrão	Média	Desvio Padrão		
Domínio Físico	57,22	20,40	53,67	15,20	<0,05	
Domínio Psicológico	58,27	16,30	56,10	14,33	0,101	
Domínio das Relações Sociais	54,92	17,91	51,88	16,18	<0,05	
Domínio Meio Ambiente	57,90	12,71	55,67	11,52	<0,05	
Visão	Com problemas de visão (Snellen)		Sem problemas de visão (Snellen)		<i>p</i>	
	Média	Desvio Padrão	Média	Desvio Padrão		
	Domínio Físico	48,07	16,69	57,03	17,26	<0,001
	Domínio Psicológico	51,71	13,14	58,44	15,39	<0,001
	Domínio das Relações Sociais	46,52	13,54	54,93	17,35	<0,001
Domínio Meio Ambiente	52,65	9,05	57,65	12,55	<0,001	
Audição	Com problemas de audição		Sem problemas de audição		<i>p</i>	
	Média	Desvio Padrão	Média	Desvio Padrão		
	Domínio Físico	48,62	16,55	58,23	17,13	<0,001
	Domínio Psicológico	53,17	14,37	58,82	15,23	<0,001
	Domínio das Relações Sociais	48,81	15,77	55,17	17,13	<0,001
Domínio Meio Ambiente	52,99	11,25	58,27	12,06	<0,001	
Audição	Perda auditiva (teste do sussurro)		Sem perda auditiva (teste do sussurro)		<i>p</i>	
	Média	Desvio Padrão	Média	Desvio Padrão		
	Domínio Físico	51,39	18,33	57,19	16,63	<0,001
	Domínio Psicológico	56,29	15,69	57,429	14,85	0,390
	Domínio das Relações Sociais	51,29	16,60	54,0645	16,92	0,056
Domínio Meio Ambiente	55,96	12,35	56,8989	11,81	0,371	

Hipótese 3 - A qualidade de vida dos idosos, não institucionalizados, no distrito de Bragança difere segundo o estado de saúde.

Resultado geral H3: Confirmada na totalidade, uma vez que quem não teve evento de internamento no último ano, quem não está polimedicado e quem não usa auxiliar de marcha tem médias significativamente superiores em todos os domínios da qualidade de vida (ver tabela 8).

Tabela 8 – Qualidade de vida consoante estado de saúde

	Com evento de internamento		Sem evento de internamento		<i>p</i>
	Média	Desvio Padrão	Média	Desvio Padrão	
Domínio Físico	46,46	16,48	56,95	17,20	<0,001
Domínio Psicológico	50,91	14,32	58,26	15,06	<0,001
Domínio das Relações Sociais	50,16	16,71	53,73	16,95	<0,05
Domínio Meio Ambiente	52,12	11,70	57,53	11,92	<0,001
	Com polimedicação		Sem polimedicação		<i>p</i>
	Média	Desvio Padrão	Média	Desvio Padrão	
Domínio Físico	46,30	15,39	59,75	16,80	<0,001
Domínio Psicológico	51,37	13,69	59,91	15,11	<0,001
Domínio das Relações Sociais	47,39	14,92	56,12	17,20	<0,001
Domínio Meio Ambiente	52,78	10,28	58,56	12,45	<0,001
	Usa auxiliar de marcha		Não usa auxiliar de marcha		<i>p</i>
	Média	Desvio Padrão	Média	Desvio Padrão	
Domínio Físico	42,56	13,85	58,82	16,77	<0,001
Domínio Psicológico	50,82	13,20	58,80	15,26	<0,001
Domínio das Relações Sociais	48,50	16,15	54,46	16,96	<0,001
Domínio Meio Ambiente	51,82	10,60	57,97	12,11	<0,001

Hipótese 4 - A qualidade de vida dos idosos, não institucionalizados, no distrito de Bragança difere segundo os níveis de funcionalidade para a realização de atividades instrumentais de vida diária.

Antes de mais refira-se que o índice de Lawton, apresenta uma média de 6,60 (desvio padrão de 1,95) numa escala de 0 – totalmente dependente a 8 – totalmente independente.

Resultado geral H4: Confirmada na totalidade, uma vez que o índice de Lawton contribui significativamente para o aumento da qualidade de vida em todos os seus domínios. Todos os coeficientes de regressão são estatisticamente significativos e têm um peso positivo para a predição da qualidade de vida (ver tabela 9).

Tabela 9 – Análises de regressão linear simples para predição dos domínios WHOQOL BREF consoante escala Lawton e Brody

		Coefficiente de regressão	Erro Padrão	p	R²ajustado
Domínio Físico	Constante	35,414	2,421	<0,001	0,109
	Lawton	2,980	0,352	<0,001	
Domínio Psicológico	Constante	43,410	2,166	<0,001	0,067
	Lawton	2,052	0,314	<0,001	
Domínio relações sociais	Constante	42,819	2,443	<0,001	0,031
	Lawton	1,557	0,355	<0,001	
Domínio meio ambiente	Constante	47,477	1,722	<0,001	0,048
	Lawton	1,378	0,250	<0,001	

Hipótese 5 - A qualidade de vida dos idosos, não institucionalizados, no distrito de Bragança difere segundo os recursos sociais.

De uma escala de 1 (excelentes recursos sociais) a 6 (recursos sociais totalmente deteriorados), a amostra apresenta uma média na escala OARS de 2,75 (desvio padrão 1,07), que arredondando categoricamente corresponde ao nível 3 – Recursos sociais ligeiramente deteriorados.

Resultado geral H5: Confirmada na totalidade, uma vez que a escala OARS tem um efeito significativo para a explicação de todos os domínios, sendo que quanto maior for a degradação dos recursos sociais maior a degradação da qualidade de vida (ver tabela 10).

Tabela 10 – Análises de regressão linear simples para predição dos domínios WHOQOL BREF consoante escala OARS

		Coefficiente de regressão	Erro Padrão	p	R²ajustado
Domínio Físico	Constante	63,040	1,985	<0,001	0,029
	OARS	-2,880	0,675	<0,001	
Domínio Psicológico	Constante	68,659	1,662	<0,001	0,088
	OARS	-4,220	0,562	<0,001	
Domínio relações sociais	Constante	65,524	1,860	<0,001	0,080
	OARS	-4,496	0,630	<0,001	
Domínio meio ambiente	Constante	65,115	1,331	<0,001	0,075
	OARS	-3,092	0,450	<0,001	

A informação que se segue (Tabela 11 e 12) vem complementar o resultado suscitado pela H5.

Viver acompanhado é importante para uma boa qualidade de vida nas relações sociais.

Tabela 11 – Domínios WHOQOL-BREF consoante ‘Com quem vive?’

	Vive acompanhado (n=426)		Vive sozinho (n=153)		p
	Média	Desvio Padrão	Média	Desvio Padrão	
Domínio Físico	54,56	18,07	56,54	15,87	0,232
Domínio Psicológico	56,96	15,07	57,01	15,52	0,976
Domínio das Relações Sociais	54,73	17,37	48,60	14,89	<0,001
Domínio Meio Ambiente	56,82	12,26	55,87	11,47	0,401

A qualidade de vida nas relações sociais, no meio ambiente e no domínio psicológico é claramente penalizada nos idosos que não têm alguém disponível ou capaz de ajudar caso fiquem doentes ou incapacitado (ver Tabela 12).

Tabela 12 – Domínios WHOQOL-BREF consoante ‘Há alguém que possa ajudá-lo/a caso esteja doente ou incapacitado?’

	Ninguém disponível ou capaz de ajudar (n=21)		Sim (n=555)		p
	Média	Desvio Padrão	Média	Desvio Padrão	
Domínio Físico	49,83	17,18	55,31	17,56	0,161
Domínio Psicológico	50,19	14,23	57,34	15,12	<0,05
Domínio das Relações Sociais	39,39	15,25	53,75	16,75	<0,001
Domínio Meio Ambiente	51,14	10,19	56,83	12,08	<0,001

7. Discussão

Numa amostra de 581 idosos verificamos um predomínio do sexo feminino (variável preditora), estes dados vão de encontro aos publicados pelo Instituto Nacional de Estatística (2012), relativamente ao Censos 2011 do distrito de Bragança. A maioria é casada (59,4%), a percentagem de viuvez é de 29,8% (n=173) e de solteiros 8,1% (n=47) com uma média de idades de 76,25 anos, dados semelhantes encontram-se no estudo efetuado por Grande (2016) e Martins & Mestre (2014). 95% dos idosos da amostra são reformados e quando observamos o nível de escolaridade temos 72% dos idosos com nível de escolaridade \leq a 8 anos (até ao 6º ano de escolaridade), 18,4% não sabe ler nem escrever e a categoria profissional com mais relevância (68%) são as ocupações elementares (não qualificados), justificado pelas condições de acesso desigual a que as pessoas idosas tiveram na infância (década de 30 e 50) em que o acesso à educação era restrito a determinada parcela privilegiada da população (Anes, et al., 2013; Grande, 2016; Pereira et al., 2016).

Quando analisamos a Qualidade de Vida da WHOQOL BREF e a sua relação com o sexo feminino, a idade e escolaridade na nossa amostra, verificamos que ser mulher e ter mais idade faz com que ocorra diminuição da Qualidade de Vida percecionada (p <0,001), os homens apresentam melhor Qualidade de Vida e referem maior satisfação com a sua saúde, quanto maior for o grau de escolaridade, maior é a Qualidade de Vida em todos os domínios (p <0,001), estes resultados vão de encontro aos estudos efetuados por Anes et al. (2013), Grande (2016), e Maseda et al. (2017), apesar das mulheres terem maior esperança de vida são os homens que percecionam melhor QDV, idosos com mais habilitações apresentam melhor QDV percecionada.

Com o aumento da idade diminui a QDV percecionada (Anes et al., 2013; Paiva et al., 2016). A variável idade avançada foi associada a baixos índices no domínio físico (da Whoqol Bref) e facetas (da Whoqol Old) “funcionamento dos sentidos” e “autonomia” à exceção para: “morte e morrer” em que foram observados maiores índices de QDV, a consciência da própria idade e a expectativa de um futuro mais curto leva-os a uma

maior aproximação com a ideia de morte, aceitando o processo de finitude (Paiva et al., 2016); (Tavares et al., 2016). No entanto é o sexo feminino que encara com mais dificuldade esta etapa (Paiva et al., 2016). Alguns investigadores referem que os idosos mais jovens têm pior nível de satisfação, justificando que com o aumento da idade diminui as expetativas a respeito da QDV (Maseda et al., 2017).

A avaliação sensorial da amostra em estudo revelou que 36% (n=212) têm perda auditiva, detetada pelo teste do sussurro em que 7,6% (n=44) usa prótese auditiva, ora podemos aferir que parte dos idosos não têm medidas compensatórias para esta alteração, justificado talvez por estas medidas não serem acessíveis, economicamente. Quanto à visão, 21,9% (n=127) apresentam um Snellen alterado em que 60,1% (n=349) usa óculos, tendo em conta que ao efetuar o teste de Snellen aos idosos inquiridos manteve-se a medida compensatória (óculos), pensamos que os idosos necessitam de uma nova avaliação dessa alteração visual passando por uma vigilância mais adequada.

Outros estudos demonstram alterações visuais em maior valor percentual, mais de 50% dos idosos estudados (Grande, 2016; Pereira et al., 2016). Nas alterações auditivas o estudo efetuado por Grande (2016) revela percentagem muito próxima à encontrada ao nosso estudo (34,8%).

Quando comparamos a QDV da WHOQOL BREF com a avaliação sensorial verificamos que os idosos que não usam óculos, têm um teste Snellen sem alterações, sem perda auditiva e testes de sussurro sem alterações percebem melhor QDV nos domínios físico e relações sociais ($p < 0,001$).

Dos idosos estudados a maioria (65,4%) não apresenta polimedicação, 32,7% estão a ser polimedicados e 1,9% está com hiperpolimedicação, resultados que diferem de outros estudos (Amaral, 2017; Paiva et al., 2016; Pereira et al., 2016; Grande, 2016;), em que a maioria dos idosos consome mais de 4 medicamentos por dia. No entanto, confirma-se o facto da maior percentagem de idosos sem polimedicação se reportar no sexo masculino (masculino - 68,6% vs feminino - 63,2%) (Pereira et al., 2016).

Quando avaliada a relação entre QDV da WHOQOL BREF e polimedicação, no presente estudo, concluímos que há uma relação significativa em não ser polimedicado e apresentar melhores índices de QDV: no domínio físico ($59,75 \pm 16,80$), domínio psicológico ($59,91 \pm 15,11$), domínio relações sociais ($56,12 \pm 17,20$) e domínio meio

ambiente ($58,56 \pm 12,45$). Paiva et al. (2016) observaram associação entre o consumo de vários medicamentos por idosos e, no domínio físico, menores índices de QDV.

Em termos de comportamentos de risco para a saúde, 2,1% dos inquiridos respondeu ser fumador e em 20,3% (n=118) dos casos foi registado o abuso de bebidas alcoólicas por parte dos idosos inquiridos o que nos permite inferir estarmos perante uma amostra com baixos consumos, talvez justificada por esta amostra ser maioritariamente feminina.

Quanto à ocorrência de evento de internamento no último ano, esta ocorrência verificou-se em 17,7% (n=103) da amostra, resultados idênticos aos de Grande (2016) em que uma elevada percentagem de indivíduos (74,3%; n=384) refere não ter estado internado nos últimos 12 meses.

Na nossa amostra 77,1% (n=448) não necessita de auxiliares de marcha, sendo que o auxiliar de marcha mais utilizado é a bengala (17,6%, n= 102).

Neste estudo verificou-se que quem não usa auxiliares de marcha e não teve eventos de internamento no último ano perceciona melhor QDV da WHOQOL BREF ($p < 0,001$).

A amostra estudada relativamente ao índice de Lawton e Brody apresenta uma média de 6,60 (numa escala de 0 - totalmente dependente a 8 - totalmente independente), assim verificamos que estamos perante uma amostra de idosos com ligeiro comprometimento funcional, o mesmo é dizer uma boa independência instrumental, este resultado vem reforçar o facto de os idosos que vivem no domicílio apresentarem mais autonomia e independência funcional nas atividades instrumentais da vida diária. Santos et al. (2013) concluiu que, regra geral, os idosos que vivem no domicílio são mais autónomos nas suas atividades instrumentais de vida diária, ao contrário dos idosos institucionalizados que são mais dependentes.

Estes resultados vão de encontro aos referidos por Grande (2016) numa amostra de 517 idosos nas atividades instrumentais de vida diária 36,8% dos indivíduos são independentes, 47,5% moderadamente dependentes. Amaral (2017), numa amostra de um concelho do distrito de Bragança, verificou que 90% (n=220) são independentes ou apresentam ligeira dependência para a realização de atividades instrumentais. Também em Espanha, numa amostra de 749 idosos estudados, a dependência funcional apresentou uma baixa proporção (13,4%) Maseda et al. (2017).

Quando analisada a QDV da WHOQOL BREF e índice de Lawton e Brody, neste estudo, concluímos que quanto maior independência no índice de Lawton e Brody maior é a QDV percebida em todos os domínios ($p < 0,001$), estes resultados são corroborados por Anes et al. (2013), Grande (2016) e Santos et al. (2013). No estudo efetuado por Maseda et al. (2017) obtiveram-se resultados diferentes, uma vez que não encontraram associações significativas entre QDV e AIDV, a pontuação de Lawton não foi determinante para a QDV, segundo os autores estes resultados podem ser devido à baixa proporção de idosos com dependência funcional de Lawton na amostra (13,4%).

Quanto aos recursos sociais, na amostra em estudo, 55,8% ($n = 324$) vive com o marido/esposa, 26,7% ($n = 155$) vive sozinho, estes últimos apresentam maior vulnerabilidade social, no entanto, estes valores quando comparados com o contexto nacional nos Censos Sêniores (GNR, 2017) demonstram ser favoráveis. Resultados semelhantes aos nossos foram encontrados por Grande (2016) no distrito de Bragança em que 52,2% ($n=270$) vive com o cônjuge e 23,0% ($n=119$) alega viver sozinho.

Na nossa análise da WHOQOL BREF, na questão “com quem vive?” encontrou-se significância estatística ($p < 0,001$) com o domínio das relações sociais ($54,73 \pm 17,37$), podemos inferir que viver acompanhado é importante para uma boa qualidade de vida neste domínio.

Quanto à disponibilidade social, na nossa amostra, 96% ($n=556$) dos idosos refere ter apoio e esse apoio em 76% ($n=440$) dos casos é dado sempre que necessário sendo que 65% ($n=378$) concedido pelos filhos e 43% ($n=250$) pelo conjugue, o estudo de Grande (2016) refere que 83,2% dos idosos recorre à família quando necessita de ajuda e 13,2% aos amigos, enquanto que na nossa amostra 7,6 % referiu recorrer aos amigos.

O estudo realizado por Rodrigues (2007), sobre avaliação comunitária em 202 idosos difere dos nossos resultados, sendo o conjugue o elemento mais importante da família, seguindo-se os filhos.

Na nossa análise da WHOQOL-BREF consoante há alguém que possa ajudá-lo/a caso esteja doente ou incapacitado, concluímos que quem não tem apoio apresenta baixos índices nos domínios psicológico ($50,19 \pm 14,23$; valor $p < 0,05$), relações sociais ($39,39 \pm 15,25$; valor $p < 0,001$) e meio ambiente ($501,14 \pm 10,19$; valor $p < 0,001$). Santos et al.

(2013) e Zimmermann-Sloutskis et al. (2012) reiteram a importância da participação social e o apoio na QDV, afirmando que mais apoio está relacionado com melhor QDV.

A diferentes conclusões chegou no estudo de Grande (2016) em que os idosos mais satisfeitos com o apoio social foram os que perceberam pior QDV (SF36), a autora justifica esse facto devido a estes se encontrarem mais dependentes da família.

Tendo em conta os critérios de classificação na área de recursos sociais (Rodrigues, 2007), a amostra do presente estudo, revela uma pontuação de 3: recursos sociais ligeiramente insatisfatórios ($2,75 \pm 1,07$). Pensamos que este nível de satisfação se justifica pelo facto de termos uma amostra com uma percentagem relativamente baixa de idosos a viver sozinhos (26,7%) e relativamente ao apoio que lhes é dado, 96% dos indivíduos refere ter apoio de alguém (76% têm apoio sempre que necessitam). Estes valores contrariam contexto sociodemográfico, com fracos recursos económicos e fracas redes de solidariedade social (Bernardo et al., n.d.).

Comparando a QDV da WHOQOL BREF com o nível de recursos sociais existe um efeito significativo para a explicação de todos os domínios, sendo que quanto maior for a degradação dos recursos sociais maior a degradação da qualidade de vida ($p < 0,001$).

Quanto às 4 dimensões da WHOQOL BREF numa análise descritiva, neste estudo verificámos que as maiores médias de QDV vão para o domínio psicológico (57) e meio ambiente (56,6), as médias mais baixas vão para o domínio das relações sociais (53,1). Na nossa opinião é patente a resiliência do idoso á sua condição, acomodando-se ao seu dia a dia, adaptado ao meio ambiente onde sempre viveu e afastando-se dos relacionamentos sociais, convívios, etc..

A dispersão geográfica é outro fator pois as aldeias estão mais distanciadas da sede do concelho onde atividades séniores são habitualmente disponibilizadas pela autarquia. Frequentemente o idoso passa a ser cuidador do conjugue mais dependente isolando-se da sociedade, Cunha (2012) refere que vários são os fatores stressantes do cuidador, para além dos problemas de saúde desencadeadas pela idade avançada, também se verifica redução das atividade sociais e o abandono das atividades de lazer.

Outro aspeto que pensamos ser contributivo para médias mais baixas neste domínio é o tema da sexualidade no idoso, tema ainda considerado tabu onde os idosos não estão à

vontade, presos a uma cultura preconceituosa e conservadora, escondem as questões da intimidade.

Tavares et al. (2016) num estudo com uma amostra de 1691 idosos na comunidade verificou que o domínio com maior score foi o domínio relações sociais (71,19), refere que é possível que estes valores estejam relacionados às maiores oportunidades de vivenciar e de participar nas atividades quotidianas especialmente na comunidade.

O domínio que apresentou menor score foi o domínio meio ambiente (60,39), atendendo que este estudo foi realizado num município do interior de Minas Gerais, supõe-se que este resultado possa ter relação com os baixos recursos financeiros dos idosos, o que adicionalmente pode contribuir para menor acesso aos serviços de saúde e condições mais escassas de segurança, sendo necessário o desenvolvimento de políticas para mais oportunidades no acesso aos meios de transporte, entre outros.

8. Conclusões / Sugestões

Neste capítulo pretendemos enumerar as principais conclusões deste estudo que teve por base a metodologia já utilizada pelo Grupo de Investigação em Gerontologia da Universidade da Corunha (GIG-UDC) numa população com características semelhantes à nossa, de toda a região da Galiza.

Os dados obtidos através desta investigação permitiram-nos concluir que a amostra estudada é maioritariamente feminina, a média de idades é de 76,75 anos, 59,4% dos idosos são casados e 95% são reformados. As ocupações não qualificadas (68%) é a categoria profissional mais frequente e o nível de escolaridade é de 72% dos idosos com nível de escolaridade \leq a 8 anos (até ao 6º ano de escolaridade), 18,4% não sabe ler nem escrever; 55,8% destes idosos vivem com o conjugue, encontrando-se 26,7% de idosos que vivem sozinhos. 96% têm quem cuide deles em que 76% cuidaria tanto tempo quanto necessite, essa ajuda 67% seria dada pelos filhos e 43% pelo conjugue.

As maiores médias de QDV da WHOQOL BREF vão para o domínio psicológico (57) e meio ambiente (56,6), as médias mais baixas vão para o domínio das relações sociais (53,1). O sexo masculino está relacionado com melhor QDV percecionada e estão mais satisfeitos com a sua saúde. Ser mulher e o aumento da idade está relacionado com pior avaliação da QDV nos 4 domínios.

A relação entre as alterações visuais e auditivas e WHOQOL BREF só foi confirmada nos domínios físico e relações sociais. A relação entre estado de saúde e WHOQOL BREF, foi confirmada nos 4 domínios.

Quanto à autonomia da amostra, esta apresenta algum nível de independência instrumental com uma média de 6,6 no índice de Lawton e Brody e verificou-se que há relação entre o índice de Lawton e Brody e a WHOQOL BREF, ou seja, maior independência instrumental leva a uma maior QDV percecionada.

Nas relações sociais a amostra apresentou um nível 3 - relações sociais ligeiramente insatisfatórias, um nível que consideramos positivo. Quando analisada a sua relação com a WHOQOL BREF verifica-se que quanto maior a degradação social maior é a degradação da QDV. Viver acompanhado aumenta a QDV percebida e quando não há alguém disposto a ajudar é penalizado nos 4 domínios da escala.

Julgamos ter conseguido dar resposta aos objetivos e à validação de 4 hipóteses e uma hipótese parcialmente (não se tendo verificado as sub hipóteses: H_{2.2} e H_{2.4}) inicialmente enunciadas. Uma jornada marcada pela aquisição de maior experiência, maturidade e momentos enriquecedores junto dos idosos inquiridos, que dilui todas as dificuldades que, de uma ou outra forma, se fizeram sentir. Algumas das limitações sentidas prenderam-se com a vasta e dispersa área geográfica para colheita dos dados, o conciliar a atividade profissional, família e o tempo académico que nos impõe prazos.

Fica a sugestão de novos estudos nesta área focando os pontos mais vulneráveis do idoso inserido na comunidade, para que se sinta valorizado e feliz. A replicação deste tipo de estudo nos vários distritos do país, por forma a perceber e comparar a QDV sentida pelas diferentes populações.

Neste sentido este trabalho permitiu efetuar um diagnóstico da situação e apresentar um projeto estruturado de intervenção no âmbito da QDV no domínio relações sociais (domínio que apresentou scores mais baixos na amostra estudada) (anexo VI).

Relembrando o amplo conceito de qualidade de vida que tem em conta não só a saúde física do indivíduo mas também o seu estado psicológico, nível de independência, relações sociais, crenças pessoais e as suas relações com o ambiente em que o sujeito vive (Whoqol Group, 1995), nesta área de atuação devemos considerar que o idoso fruto do seu processo de envelhecimento procura isolar-se, afastando-se dos relacionamentos sociais, também pelas condições inerentes ao contexto geográfico, morte dos amigos e vizinhos, afastamento dos filhos adaptando-se ao dia a dia, num meio ambiente que sempre viveu. Deixa de valorizar o convívio que o pode levar ao isolamento social e depressão.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Aguiar, C.C.T., Vieira, A.P.G.F., Carvalho, A.F. & Montenegro-Júnior (2008) Instrumentos de avaliação de qualidade de vida relacionada à saúde no diabetes melito. Arquivos Brasileiros de Endocrinologia & metabologia vol.52 nº.6 doi.org/10.1590/S0004-27302008000600004
- Alves, E. F. (2011). Qualidade de vida: considerações sobre os indicadores e instrumentos de medida. Revista Brasileira de Qualidade de Vida, 3(2), 16–23. /doi.org/10.3895/S2175-08582011000200002
- Amaral, S. I. S. (2017). Fragilidade Fenotípica em Idosos num Concelho do distrito de Bragança (Dissertação de Mestrado, Instituto Politécnico de Bragança). Disponível em <https://bibliotecadigital.ipb.pt/handle/10198/14268>
- Andrade, A. I. N. P. de A., & Martins, R. M. L. (2011). Funcionalidade Familiar e Qualidade de Vida dos Idosos. Millenium Journal of education, Technologie, and Health, 1(40), 185–199. Disponível em <http://revistas.rcaap.pt/millenium/article/view/8227/5842>
- Andrade, de O. K., Souza, J. C., Leite, L. R. C., Figueiró, M. T., & Cunha, B. V. S. da. (2011). Qualidade de vida em estudantes de psicologia. Psicólogo Informação, 15(15), 129–141. Disponível em <https://www.metodista.br/revistas/revistas-ims/index.php/PINFOR/article/viewFile/3174/3042>
- Anes, E. M. G. J., Geraldés, M. de F. P., Fernandes, A. M. P. da S., Magalhães, C. P., & Antão, C. M. da C. (2013). Avaliação da qualidade de vida do idoso residente em meio rural. Revista INFAD Nº 2, Vol. 1, 247–258. Disponível em <http://dehesa.unex.es:8080/xmlui/handle/10662/1101>
- Apóstolo, J. (2012). Instrumentos para Avaliação em Geriatria. Documento de Apoio, 1, 1–13. Disponível em:

<http://health.gov.au/internet/main/p4ublishing.nsf/Content/64BAABFE18F24D9BCA2571>

- Araújo, F., Pais Ribeiro, J. L., Oliveira, A., Pinto, C., & Martins, T. (2008). Validação da escala de Lawton e Brody numa amostra de idosos não institucionalizados. Actas Do 7º Congresso Nacional de Psicologia Da Saúde, 217–220. Disponível em: <http://files.jvilelas.webnode.pt/200000138-50b6f51b0c/Validação da escala de Lawton e Brody.pdf>
- Araújo, I., Paul, C., & Martins, M. (2010). Cuidar no paradigma da desinstitucionalização: A sustentabilidade do idoso dependente na família. Revista de Enfermagem Referência, III Série (nº 2), 45–53. doi.org/10.12707/ RII1013
- Araújo, I., Jesus, R., Araújo, N., & Ribeiro, O. (2017). Percepção do apoio familiar do idoso institucionalizado com dependência funcional. Enfermeria Universitaria, 14(2), 97–103. doi.org/10.1016/j.reu.2017.02.003
- Azeredo, Z. (2016). *Envelhecimento, Cultura e Cidadania* (Piaget). Lisboa.
- Barbosa, B. R., Almeida, J. M. de, Barbosa, M. R., & Rossi-Barbosa, L. A. R. (2014). Avaliação da capacidade funcional dos idosos e fatores associados à incapacidade. Ciência & Saúde Coletiva, 19(8), 3317–3325. doi.org/10.1590/1413-81232014198.06322013
- Bárrios, M. J., & Fernandes, A. A. (2014). A promoção do envelhecimento ativo ao nível local: análise de programas de intervenção autárquica. Revista Portuguesa de Saude Publica, 32(2), 188–196. doi.org/10.1016/j.rpsp.2014.09.002
- Becker, A. M. (2013). *Exercício físico, qualidade de vida e autoestima global em idosos portugueses: um estudo exploratório do instrumento Whoqol-old, 152* (Dissertação de Mestrado, Faculdade de Ciências do Desporto e Educação Física da Universidade de Coimbra). Disponível em <http://hdl.handle.net/10316/25068>
- Bernardo, I., Ferreira, S., & Guerra, P. (n.d.). Diagnóstico social, Plataforma Supraconcelhia de Alto Trás-os-Montes. Disponível em http://www.seg-social.pt/documents/10152/161256/psc_diagnostico_social_alto_tras_montes/a5bbf68e-de6a-40cc-964b-c950d76f6215

- Cabral, M. V., Ferreira, P. M., Silva, P. A. da, Jerónimo, P., & Marques, T. (2013). Processos de Envelhecimento em Portugal Usos do tempo, redes sociais e condições de vida. Fundação Francisco Manuel dos Santos. Disponível em <https://www.ffms.pt/upload/docs/4e326275-8ec4-4e10-8e5d-0dab9ad2657a.pdf>
- Cunha, M. J. (2012). *O impacto do cuidado informal na qualidade de vida do cuidador*. (Dissertação de mestrado, Instituto Politécnico do Porto) Disponível em: <http://hdl.handle.net/10400.22/1900>
- Cruz, F.C.R.M. (2014). *Qualidade de vida relacionada com a saúde em pacientes submetidos a cirurgia de descompressão do nervo mediano* (Dissertação de mestrado, Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Bragança disponível em: <http://hdl.handle.net/10198/10258>
- D'Orsi, E., Xavier, A. J., & Ramos, L. R. (2011). Trabalho, suporte social e lazer protegem idosos da perda funcional: Estudo epidioso. *Revista de Saude Publica*, 45(4), 685–692. doi.org/10.1590/S0034-89102011000400007
- Farquhar, M. (1995). Definitions of quality of life: a taxonomy. *Journal of Advanced Nursing*. 22(3), 502-508. doi.org/10.1046/j.1365-2648.1995.22030502.x
- Ferreira, M. C. (2017). Famílias e envelhecimento : um ensaio teórico com base na perspectiva histórica. *Revista Brasileira de Economia Doméstica*, Viçosa, v. 28, n.1, 143–161. Disponível em <http://www.seer.ufv.br/seer/oikos/index.php/httpwwwseerufvbrseeroikos/article/view/294>
- Ferreira, M. C. G., Tura, L. F. R., da Silva, R. C., & Ferreira, M. de A. (2017). Representações sociais de idosos sobre qualidade de vida. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 70(4), 840–847. doi.org/10.1590/0034-7167-2017-0097
- Fonseca, J.J.S. (2002) Metodologia de pesquisa Científica. Curso de especialização em comunidades virtuais de aprendizagem informática educativa Universidade Estadual do Ceará. Disponível em: <http://www.astresmetodologias.hpg.ig.com.br/>>.
- Foster, R. K. (2006). Alcohol consumption in the new millennium - Weighing up the

risks and benefits for our health. *Nutrition Bulletin*, 31(4), 286–331.
doi.org/10.1111/j.1467-3010.2006.00588.x

Gnjidic, D., Hilmer, S. N., Blyth, F. M., Naganathan, V., Waite, L., Seibel, M. J., ... Le Couteur, D. G. (2012). Polypharmacy cutoff and outcomes: Five or more medicines were used to identify community-dwelling older men at risk of different adverse outcomes. *Journal of Clinical Epidemiology*, 65(9), 989–995.
doi.org/10.1016/j.jclinepi.2012.02.018

GNR (2017) Censos Sênios 2017, resultados Disponível em:
<http://www.gnr.pt/comunicado.aspx?linha=4206>

Gonçalves, J. D. O. (2010) *Qualidade de vida dos doentes oncológicos submetidos a cirurgia, satisfação com os cuidados e informação recebida durante o internamento*. (Dissertação de Mestrado, Faculdade de Economia da Universidade de Coimbra) Disponível em:
<https://estudogeral.sib.uc.pt/bitstream/10316/14361/1/Tese%20de%20Mestrado.pdf>

Grande, C. (2016). *Qualidade de Vida dos Idosos Residentes no distrito de Bragança*. (Tese de Doutoramento não publicada), Universidad de León departamento de ciências biomédicas, León.

INE. (2011). Classificação Portuguesa das Profissões 2010. Lisboa: INE.
doi.org/288627/09

INE. (2012). Censos 2011, Resultados Definitivos - Portugal. Lisboa: Instituto Nacional de Estatística, I.P.

INE. (2017). Projeções de População Residente 2015-2080. Disponível em
https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_destaquas&DESTAQUE_Sdest_boui=277695619&DESTAQUESmodo=2&xlang=pt

Loreda-Figueroa, M. T., Gallegos-Torres, R. M., Xequé-Morales, A. S., Palomé-Vega, G., & Juárez-Lira, A. (2016). Nivel de dependencia, autocuidado y calidad de vida del adulto mayor. *Enfermería Universitaria*, 13(3), 159–165.
doi.org/10.1016/j.reu.2016.05.002

- Marôco, J. (2007). *Análise Estatística com Utilização do SPSS* (3ª ed). Lisboa: Silabo.
- Marques, E. M. B. G., Sánchez, C. S., & Vicario, B. P. (2014). Perceção da qualidade de vida de um grupo de idosos. *Revista de Enfermagem Referência*, serIV(1), 75–84. doi.org/10.12707/RIII1314
- Martin, N. (2016). Qualité de vie et estime de soi de personnes âgées autonomes résidant dans un habitat intermédiaire. *Pratiques Psychologiques*, 22(4), 335–351. doi.org/10.1016/j.prps.2016.02.004
- Martins, M. R. L., & Mestre, M. A. (2014). Esperança E Qualidade De Vida Em Idosos Hope and Quality of Life in the Elderly, 47, 153–162. *Millenium Journal of education, Technologie, and Health* Disponível em <http://www.ipv.pt/millenium/Millenium47/13.pdf>
- Maseda, A., Diego-Diez, C., Lorenzo-López, L., López-López, R., Regueiro-Folgueira, L., & Millán-Calenti, J. C. (2017). Quality of life, functional impairment and social factors as determinants of nutritional status in older adults: The VERISAÚDE study. *Clinical Nutrition*, 1–7. doi.org/10.1016/j.clnu.2017.04.009
- Maseda, A., Lorenzo-López, L., Lorenzo, T., Diego-Diez, C., Alonso-Búa, B., López-López, R., & Millán-Calenti, J. C. (2017). Determinants of Quality of Life in Pre-Frail Older Adults According to Phenotypic Criteria: the VERISAUDE Study. *Applied Research in Quality of Life*, 1–18. doi.org/10.1007/s11482-017-9510-2
- Motta, L.B. (2013). Saúde da Pessoa Idosa. Módulo Complementar. Universidade Federal do Maranhão. São Luis Disponível em <https://ares.unasus.gov.br/acervo/.../Fisiologia%20do%20envelhecimento.pdf?>
- Nunes, L., & Menezes, O. (2014). *O bem-estar, a qualidade de vida e a saúde dos idosos*. Lisboa: Edições Caminho.
- OPSS. (2017). Relatório de primavera 2017, viver em tempos incertos, sustentabilidade e equidade na saúde. Disponível em http://www.opss.pt/sites/opss.pt/files/Relatorio_Primavera_2017.pdf
- OMS. (2005). Envelhecimento ativo: uma política de saúde. *The Lancet*, 380(9838),

247–257. doi.org/10.1016/S0140-6736(12)61031-9

OMS. (2015). Relatório Mundial de Envelhecimento e Saúde. 1, 1–29. doi.org/10.1017/CBO9781107415324.004

Paiva, D. dos S. (2013). *Cognição e envelhecimento :Estudo de adaptação transcultural e validação do six item cognitive impairment test, (6CIT)* (dissertação de Mestrado, Escola Superior de Enfermagem de Coimbra). Disponível em: <http://repositorio.esenfc.pt/?url=K3tYHd9e>

Paiva, M. H. P. de, Pegorari, M. S., Nascimento, J. S., & Santos, Á. da S. (2016). Fatores associados à qualidade de vida de idosos comunitários da macrorregião do Triângulo do Sul, Minas Gerais, Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva*, 21(11), 3347–3356. doi.org/10.1590/1413-812320152111.14822015

Pereira, É., Teixeira, C., & dos Santos, A. (2012). Qualidade de vida: abordagens, conceitos e avaliação. *Revista Brasileira de Educ. Fís. Esporte*, São Paulo, São Paulo, 26(2), 241–250. doi.org/10.1590/S1807-55092012000200007

Pereira, F., Nunes, B., Azevedo, A., Raimundo, D., Vieira, A., & Fernandes, H. (2016). Multidimensional assessment study of the elderly living alone in the county of Alfândega da Fé – Northeast of Portugal. *Journal of Aging & Innovation*, 5 (2): 27–39. Disponível em <http://hdl.handle.net/10198/13465>

Pinheiro, E. A. D. (2016). *Qualidade de vida dos utentes em Unidades de Cuidados Continuados* (Tese de Mestrado, Instituto Politécnico de Bragança) Disponível em <http://hdl.handle.net/10198/13039>

Prearo, L.C.,Gouvea, M. A. e Monari, C. (2011). Avaliação do emprego da técnica de análise de regressão logística em teses e dissertações de algumas instituições de ensino superior. *Semina: Ciências Sociais e Humanas*. 30, 2, 37-54. doi: 10.5433/1679-0383.2009v30n2p37

Preto, L. S. R., Dias, M. do C. C., Figueiredo, T. M., Mata, M. A. P., Preto, P. M. B., & Aguilar, E. M. (2017). Frailty, body composition and nutritional status in non-institutionalised elderly. *Enfermeria Clinica*, (xx). doi.org/10.1016/j.enfcli.2017.06.004

- Programa de ação. (2012). Ano Europeu do Envelhecimento Ativo e da Solidariedade entre Gerações. Governo de Portugal. Disponível em http://www.igfse.pt/upload/docs/2012/Programa_AcaoAnoEuropeu2012.pdf
- Proposta do Grupo de Trabalho Interministerial. (2017). Estratégia Nacional Para O Envelhecimento Ativo E Saudável 2017-2025. Despacho n.º12427/2016-Direção Geral de Saúde.
- Provdanov, C. C., & Freitas, E. C. De. (2013). Metodologia do trabalho científico: métodos e técnicas da pesquisa e do trabalho acadêmico. Novo Hamburgo: Feevale. doi.org/10.1017/CBO9781107415324.004
- Regulamento nº 128/2011 de 18 de Fevereiro, Diário da República, 2.ª série — N.º 35. Ministério da saúde. Lisboa.
- Ribeiro, J.L.P.(1994). A importância da Qualidade para a psicologia da Saúde. Análise Psicológica, 2-3 (XII): 179-191. Disponível em: http://repositorio.ispa.pt/bitstream/10400.12/3090/1/1994_23_179.pdf
- Ribeiro, J. L. P. (2010). Investigação e avaliação em psicologia e saúde. 2ª edição. Lisboa: Placebo Editora Lda.
- Rodrigues, R. M. C. (2007). *Avaliação comunitária de uma população de idosos: da funcionalidade à utilização de serviços* (Tese de Doutoramento, Instituto de Ciências Biomédica Abel Salazar) Disponível em <http://hdl.handle.net/10216/7168>
- Rodrigues, R. M. C. (2008). Validação da versão em português europeu de questionário de avaliação funcional multidimensional de idosos. Revista Panamericana de Salud Pública, 23(2), 109–115. doi.org/10.1590/S1020- 49892008000200006
- Rodrigues, S. I. (2011). *A Satisfação com a Vida de Idosos Institucionalizados* (Dissertação de Mestrado, Instituto Superior Miguel Torga - Escola Superior de Altos Estudos. Disponível em <http://repositorio.ismt.pt/handle/123456789/128>
- Santos, R. M. da F., Santos, P. M. da F., Santos, V. L. D. B., & Duarte, J. C. (2013). A qualidade de vida do idoso: o caso da Cova da Beira. Revista de Enfermagem Referência vol.serIII, n.11, pp.37-48. doi.org/ 10.12707/RIII1210

- Saraiva, M., & Rolo, A. (2009). Qualidade e inovação : principais implicações nas organizações portuguesas, *Revista TMQ, Techniques, Méthodologies and Quality* nº 0/2009, 95–101. Disponível em <https://dspace.uevora.pt/rdpc/bitstream/10174/5543/1/Saraiva%20e%20Rolo%20TMO%20N.%C2%BA%200.pdf>
- Sarmiento, M. E. L. G. (2014). *Enquadramento Bioético Dos Cuidados De Saúde a Idosos Em Contexto Rural* (Tese de Doutoramento, Universidade Católica Portuguesa) Disponível em <http://hdl.handle.net/10400.14/18574>
- Simões, M. R. ., Machado, C., Gonçalves, M. M. ., & Almeida, L. S. (2007). *Avaliação Psicológica: Instrumentos validados para a população portuguesa Volume 3*. Coimbra: Editora quarteto.
- Smith, P. J. (2014). A percepção como uma relação: uma análise do conceito comum de percepção. *Analytica*, Rio de Janeiro, Vol 18 N° 1, 2014, P. 109-132, 18(2012), 109–132. Disponível em <https://revistas.ufrj.br/index.php/analytica/article/view/2326>
- Snellen, H. (1868). *Test- Types for the Determination of the acuteness of Vision*. London: Williams and Norgate.
- Sousa, M. J., & Baptista, C. S. (2014). *Como Fazer Investigação, Dissertações, Teses e Relatórios*. 5ª edição, Lisboa: Editora Pactor
- Swan, I. R., & Browning, G. G. (1985). The whispered voice as a screening test for hearing impairment. *The Journal of the Royal College of General Practitioners*, 35(273), 197. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1960126/pdf/jroyalcgprac00160-0028.pdf>
- Tavares, D. M. dos S., Matias, T. G. C., Ferreira, P. C. dos S., Pegorari, M. S., Nascimento, J. S., & Paiva, M. M. de. (2016). Qualidade de vida e autoestima de idosos na comunidade. *Ciência & Saúde Coletiva*, 21(11), 3557–3564. doi.org/10.1590/1413-812320152111.03032016
- Taveira, D. G. C. R. (2010). *Alterações nas Capacidades Motoras Básicas , em Idosos*

Institucionalizados Submetidos à Prática de Actividade Física (Tese de Mestrado, Instituto Politécnico de Castelo Branco). Disponível em <http://hdl.handle.net/10400.11/1200>

Veloso, A. S. (2015). *Envelhecimento, Saúde e Satisfação* (Tese de Mestrado, Faculdade de Economia da Universidade de Coimbra). Disponível em <http://hdl.handle.net/10316/29711>

Whoqol Group. (1995). The World Health Organization Quality of Life assessment (WHOQOL): position paper from the World Health Organization. *Social Science & Medicine*, 41(10), 1403–1409. doi.org/10.1016/0277-9536(95)00112-K

Zimmermann-Sloutskis, D., Moreau-Gruet, F., & Zimmermann, E. (2012). Comparaison de la qualité de vie des personnes âgées vivant à domicile ou en institution OBSAN Rapport 54. Disponível em: http://www.obsan.admin.ch/sites/default/files/publications/2015/obsan_54_rapport.pdf

ANEXOS

Anexo I - Instrumento de Recolha de Dados



UNIVERSIDADE DA CORUÑA
Grupo de Investigación en Xerontoloxía

AVALIAÇÃO MULTIDIMENSIONAL NO IDOSO



IPB INSTITUTO POLITÉCNICO DE BRAGANÇA
Escola Superior de Saúde

ID PARTICIPANTE _____

CONCELHO _____

Consentimento Informado, livre e esclarecido para participação em investigação

Por favor, leia com atenção a seguinte informação. Se tiver alguma dúvida relativamente a esta proposta, não hesite em solicitar esclarecimento. Se concorda com a proposta que lhe foi feita, queira assinar este documento.

Título do estudo: Avaliação Multidimensional no idoso, não institucionalizados, do distrito de Bragança.

Explicação do estudo: Avaliar a **Qualidade de Vida, Perfil de Depressão, Estado Nutricional, Estado Cognitivo e a Fragilidade em Idosos**, não institucionalizados, do distrito de Bragança. Será feita a recolha de dados junto dos participantes, utilizando um questionário com várias escalas, estas escalas serão aplicadas por entrevista, inicialmente será aplicado um teste de rastreio para avaliar a sua cognição e perceber se está apto a participar no presente estudo.

Condições: A sua participação neste estudo é voluntária e assenta na gratuidade e altruísmo. Tem o direito de recusar a sua participação no estudo a qualquer momento, sem que daí advenha qualquer prejuízo para si.

Confidencialidade e anonimato: É garantida a confidencialidade e uso exclusivo dos dados recolhidos para o presente estudo. Após preenchimento do questionário, os seus dados serão tratados anonimamente e a sua identificação nunca será tornada pública.

Agradecemos a sua colaboração.

A equipa de investigação responsável por este estudo:

- Adília Fernandes	- Augusta Mata	- Manuel Brás
- Ana Folgado	- Emília	- Sandra Fernandes
- Ana Pereira	- Helena Pimentel	- Tânia Pereira
- Andreia Costa	- Leonel Preto	- Virgínia de Sousa

✂

Declaro ter lido e compreendido este documento, bem como as informações verbais que me foram fornecidas. Foi-me garantida a possibilidade de, em qualquer altura, recusar participar neste estudo sem qualquer tipo de consequências. Desta forma, aceito participar neste estudo e permito a utilização dos dados que de forma voluntária forneço, confiando em que apenas serão utilizados para esta investigação e nas garantias de confidencialidade e anonimato que me são dadas.

Nome: _____

Assinatura: _____ Data: ___ / ___ / _____

Este documento é composto de 1 página e feito em duplicado:
uma via para o/a investigador/a, outra para a pessoa que consente

ID:

✂

Declaro ter lido e compreendido este documento, bem como as informações verbais que me foram fornecidas. Foi-me garantida a possibilidade de, em qualquer altura, recusar participar neste estudo sem qualquer tipo de consequências. Desta forma, aceito participar neste estudo e permito a utilização dos dados que de forma voluntária forneço, confiando em que apenas serão utilizados para esta investigação e nas garantias de confidencialidade e anonimato que me são dadas.

Nome: _____

Assinatura: _____ Data: ___ / ___ / _____

Este documento é composto de 1 página e feito em duplicado:
uma via para o/a investigador/a, outra para a pessoa que consente

ID:



UNIVERSIDADE DA CORUÑA
Grupo de Investigación en Xerontoloxía

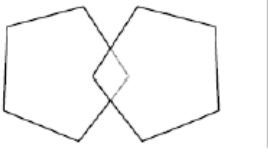


ipb INSTITUTO POLITÉCNICO DE BRAGANÇA
Escola Superior de Saúde

FOLHA PARA ITENS DO MINI MENTAL:

8. LINGUAGEM (COMPREENSÃO DE ORDENS); 10. ESCRITA e 11. DESENHO (Prática construtiva).

OBSERVAÇÕES:

MINI-MENTAL STATE EXAMINATION (MMSE ^{1 e 2})	PONTOS
1. ORIENTAÇÃO TEMPORAL A) Ano..... B) Estação do ano..... C) Dia do Mês..... D) Dia da semana..... E) Mês do ano.....	.....(5)
2. ORIENTAÇÃO ESPACIAL A) País..... B) Distrito..... C) Cidade..... D) Casa..... E) Andar.....	.....(5)
3. RETENÇÃO “Vou dizer 3 palavras, queria que as repetisse mas só depois de eu as dizer todas, procure sabe-las de cor” Pêra; Gato; Bola (Repetir em intervalos de 1s até que as aprenda). Nº de tentativas (máx. 5)	.....(3)
4. ATENÇÃO E CÁLCULO “Agora peço-lhe que me diga quantos são 30 menos 3 e depois ao número encontrado voltar a tirar 3 e repete assim até eu dizer para parar” 30_27_24_21_18_15_	.....(5)
5. EVOCAÇÃO “Veja se consegue dizer as 3 palavras que pedi à pouco para decorar” (Pêra; Gato; Bola)	.....(3)
6. LINGUAGEM “Como se chama isto” Mostrar os objetos: Relógio; Lápis	.....(2)
7. LINGUAGEM (REPETIÇÃO) Repita esta frase: “O RATO ROEU A ROLHA”	.....(1)
8. LINGUAGEM (COMPREENSÃO DE ORDENS) “Pegue o papel com a mão direita. Dobre o papel ao meio. Coloque o papel na mesa”.	.....(3)
9. LEITURA Leia o que está no papel e faça o que lá diz: FECHE OS OLHOS	.....(1)
10. ESCRITA Escreva uma frase. (deverá ter sujeito, objecto, verbo e fazer sentido) Ignorar erros ortográficos.	.....(1)
11. DESENHO (Prática construtiva) Copie o desenho abaixo. Estabeleça um ponto se todos os lados e ângulos forem preservados e se os lados da interseção formarem um quadrilátero.	.....(1)
	
Pontuação TOTAL (Máximo 30)	
Considera-se com defeito cognitivo: Analfabetos ≤ 15 pontos 1 a 11 anos escolaridade ≤ 22 pontos Com escolaridade superior a 11 anos ≤ 27 pontos	

¹ Original: Folstein MF, Folstein SE, McHugh PR. Mini-Mental State. A practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician. J Psychiat Res 1975;12(3):189-98.

² Guerreiro, M., Silva, A. & Botelho, M. (1994). Adaptação à população portuguesa na tradução da “Mini Mental State Examination” (MMSE). Revista Portuguesa de Neurologia, 1 (9), 9-10.

Data de Avaliação: ____/____/____		Enfermeira: _____																																	
DADOS PESSOAIS																																			
ID*:	Data de Nascimento: ____/____/____ Idade: _____ anos	Sexo: () Feminino () Masculino																																	
Habilitações literárias <input type="checkbox"/> Não sabe ler nem escrever <input type="checkbox"/> < 8 Anos (Até ao 6º ano de escolaridade) <input type="checkbox"/> 9-17 Anos (9º e 12º ano de escolaridade) <input type="checkbox"/> ≥ 17 Anos (Curso superior)																																			
Profissão Encontra-se reformado? () Sim; () Não. Profissão que exerceu mais tempo: _____																																			
AValiação Sensorial, Hábitos de Vida e Estado de Saúde																																			
1. Tem problemas de visão? () Sim; () Não. Qual? _____; () Não sabe. Se sim, usa óculos? () Sim; () Não. Valor do teste Snellen (acuidade visual): ____/____																																			
2. Tem problemas de audição? () Sim; () Não Próteses auditivas: () Sim; () Não Teste do susurro: () Com perda auditiva () Sem perda auditiva																																			
3. Consumo de tabaco: () Não fumador; () Fumador; () Ex fumador. Nº cigarros/dia: _____ Nº de anos que fuma: _____ Há quantos anos deixou de fumar: _____																																			
4. Consumo de cafés ou bebidas contendo cafeína, nº/dia: _____																																			
5. Consumo de álcool: () Sim; () Não. Nº copos/semana: _____ Tipo de bebida: _____																																			
6. Perímetro Anca _____ cm Perímetro Cintura _____ cm																																			
7. Medicamentos consumidos nos últimos 3 meses:																																			
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width: 50%;">Princípio ativo:</th> <th style="width: 20%;">Horário:</th> <th style="width: 30%;">Via de administração:</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr> </tbody> </table>			Princípio ativo:	Horário:	Via de administração:																														
Princípio ativo:	Horário:	Via de administração:																																	
8. História de internamentos hospitalares no último ano: Esteve internado no último ano? () Sim; () Não Se sim, quantas vezes? _____																																			
9. Necessidade de auxiliares para a marcha: () Sim; () Não Se sim, qual? () Bengala/ 1 canadiana; () Canadianas; () Muletas axilares; () Andarilho; () Cadeira de rodas																																			

*ID: Código do Concelho (CA, FE, TM, AF, BR, MC, MD, MI, MO, VF, VI, VN), código enfermeira (iniciais do nome e apelido), código numérico do participante (000) (Exemplo: CAVS015)

No geral como classifica a sua saúde?

1. Excelente
2. Boa
3. Regular
4. Má

ÍNDICE DE COMORBILIDADE DE CHARLSON (ICC)	
PONTUAÇÃO	SIM=1
Enfarte do miocárdio	
Insuficiência cardíaca congestiva	
Doença vascular periférica	
Doença cérebro-vascular	
Demência	
Doença pulmonar crónica	
Doença do tecido conjuntivo	
Úlcera gastroduodenal	
Doença hepática ligeira	
Diabetes sem complicação	
PONTUAÇÃO	SIM =2
Hemiplegia	
Doença renal severa ou moderada	
Diabetes com lesão orgânica	
Tumor	
Leucemia	
Linfoma	
PONTUAÇÃO	SIM =3
Doença do fígado moderada ou grave	
PONTUAÇÃO	SIM =6
Tumor maligno, metástase	
AIDS	
PONTUAÇÃO TOTAL	
ANOTAÇÕES:	

MINI NUTRITIONAL ASSESSMENT MNA^{® 4 e 5}

Peso, kg: () Altura, Cm: ()

TRIAGEM

A) A ingestão de alimentos diminuiu nos últimos 3 meses devido à falta de apetite, problemas digestivos, dificuldade de mastigação ou deglutição?

0 = redução **severa** na ingestão de alimentos

1 = redução **moderada** na ingestão de alimentos

2 = não houve **redução** na ingestão de alimentos

B) Perda de peso involuntária nos últimos 3 meses?

0 = perda de peso superior a 3 kg

1 = não sabe

2 = perda de peso entre 1 e 3 kg

3 = nenhuma perda de peso

C) Mobilidade?

0 = preso à cama ou à cadeira

1 = pode sair da cama/cadeira, mas não sai

2 = sai

D) Sofreu stress psicológico ou doença aguda nos últimos 3 meses?

0 = sim

1 = não

E) Problemas neuropsicológicos?

0 = demência severa ou depressão

1 = demência leve

2 = sem problemas psicológicos

F) Índice de massa corporal (IMC = peso / (altura)² em kg/m²)

0 = IMC <19

1 = 19 ≤ IMC <21

2 = 21 ≤ IMC <23

3 = IMC ≥ 23

AValiação

G) Vive independentemente (não em uma casa de repouso)?

0 = não 1 = sim

H) Toma mais de 3 medicamentos receitados por dia?

0 = sim 1 = não

I) Escaras ou úlceras cutâneas?

0 = sim 1 = não

J) Quantas refeições completas a pessoa faz diariamente?

0 = 1 refeição

1 = 2 refeições

2 = 3 refeições



K) Selecionar os marcadores de consumo para ingestão de proteínas

Pelo menos uma porção de produtos lácteos por dia? Sim () Não()
 Duas ou mais porções de ovos por semana? Sim () Não()
 Carne, peixe ou frango todo dia? Sim () Não()

0.0 = se 0 ou 1
uma resposta
sim
0.5 = se 2
respostas sim
1.0 = se 3
respostas sim

 .

L) Consome duas ou mais porções de frutas ou verduras por dia?

0 = não 1 = sim

M) Qual a quantidade de líquido (água, suco, café, chá, leite) consumida por dia?

0.0 = menos de 3 copos
0.5 = 3 a 5 copos
1.0 = mais de 5 copos

N) Modo de alimentação?

0 = não se consegue alimentar sem ajuda
1 = alimenta-se sozinho com alguma dificuldade
2 = alimenta-se sozinho sem problemas

O) Ponto de vista pessoal da condição nutricional

0 = vê-se desnutrido
1 = não tem certeza de sua condição nutricional
2 = vê-se sem problemas nutricionais

P) Em comparação com outras pessoas da mesma idade, como o paciente avalia sua condição de saúde?

0.0 = não tão boa
0.5 = não sabe
1.0 = tão boa quanto
2.0 = melhor

 .

Q) Circunferência braquial (CB) em cm

0,0 = CB < 21
0,5 = 21 ≤ CB ≤ 22
1,0 = CB > 22

 .

R) Circunferência da Panturrilha (CP) em cm

0 = CP < 31
1 = CP ≥ 31

Avaliação da Triagem (máx. 14 pontos)	Evaliação Global (máx. 30 pontos)
12-14 pontos _____ estado nutricional normal	24-30 pontos ____ estado nutricional normal
8-11 pontos _____ sob risco de desnutrição	17-23,5 pontos ___ sob risco de desnutrição
0-7 pontos _____ desnutrido	Menos de 17 pontos _____ desnutrido

⁴ **Original:** Guigoz Y, Vellas B, Garry J. Mini Nutritional Assessment: A practical assessment tool for grading the nutritional state of elderly patients. *Facts Res Gerontology*. 1994;(2):15–59.

Revisão: Vellas B, Villars H, Abellan G et al. Overview of the MNA® – It's history and challenges. *J Nutr Health Aging* 2006;10:456-463// Guigoz Y. The Mini-Nutritional Assessment (MNA®) Review of the Literature – What does it tell us? *J Nutr Health Aging*. 2006 ;10:466-487.

⁵ **Português:** Nestlé Nutrition Institute(2009). *Um guia para completar a Mini Avaliação Nutricional*. Disponível em www: <url: http://www.mna-elderly.com/forms/mna_guide_portuguese.pdf>.

CLASSIFICAÇÃO FUNCIONAL PARA IDOSOS ⁶

Classifica as funções de Ingestão da seguinte forma:

0	Nenhuma deficiência	0-4	Consegue mastigar adequadamente os alimentos sólidos, movimentando-os na boca e deglutindo-os sem dificuldades. Consegue sugar líquidos e degluti-los sem dificuldades
1	Deficiência ligeira	5-24	Consegue mastigar adequadamente pequenas quantidades de alimentos sólidos, movimentando-os na boca e deglutindo-os sem dificuldades. Consegue sugar lentamente líquidos e degluti-los sem dificuldades
2	Deficiência moderada	25-49	Consegue mastigar pequenas quantidades de alimentos sólidos se previamente partidos em pequenas partes. Movimentando-os na boca demoradamente e deglutindo-os sem dificuldades. Consegue sugar líquidos com dificuldade e deglute-os com sinais de engasgamento
3	Deficiência grave	50-95	Consegue mastigar apenas alimentos pastosos, movimentando-os na boca demoradamente e deglutindo-os com algumas dificuldades. Não consegue sugar líquido e deglute-os com sinais de engasgamento
4	Deficiência completa	96-100	Não consegue mastigar alimentos sólidos ou pastosos, não consegue degluti-los. Não consegue sugar líquidos e não consegue degluti-los.

⁶ Original Lopes, MJ, Pereira, CSM, da Fonseca, CJV. *Manual de aplicação da tabela de classificação da funcionalidade para idosos, b510 Funções de Ingestão*, Cuidados Continuados, Saúde e apoio social. Janeiro 2017.



ESCALA DE RECURSOS SOCIAIS OARS-MFAQ ^{7 e 8}		
1 Estado civil? 1.- Solteiro(a) 2.- Casado(a)/União de facto 3.- Viúvo(a) 4.- Divorciado(a) / Separado(a)		
2 Quem vive consigo (marcar 'Sim' ou 'Não')		
	Sim	Não
Ninguém	1	0
Marido/Mulher	1	0
Filhos/as	1	0
Netos/as	1	0
Pais ou sogros	1	0
Irmãos/as ou cunhados/as	1	0
Outros familiares (ESPECIFICAR)	1	0
Amigos/as	1	0
Assistente (presta cuidados em casa sem grau de parentesco)	1	0
Outros/as (ESPECIFICAR) _____	1	0
3. Quantas pessoas conhece o suficiente para ir visitá-las em suas casas? 3.-Cinco ou mais 2.-Três ou quatro 1.-Um ou dois 0.-Ninguém NS / NR		
4. Com que frequência falou a semana passada ao telefone, seja com familiares, amigos ou outros, quer tenha sido você a ligar ou ligarem para si? (se não tem telefone também se aplica a pergunta) 3.-Uma vez por dia ou mais 2.-De duas a seis vezes por semana 1.-Uma vez por semana 0.-Nenhuma NS / NR		
5. Na última semana, quantas vezes passou algum tempo com alguém com quem não vive, o visitou, veio vê-lo, passearam juntos, foram a um espetáculo ou realizaram qualquer outra atividade? 3.-Uma vez por dia ou mais 2.-De duas a seis vezes por semana 1.-Uma vez por semana 0.-Nenhuma NS / NR		
6. Existe alguém em quem possa confiar? 1.-Sim 2.-Não NS / NR		
7. Com que frequência se sente sozinho? 0.-Muitas vezes 1.-Algumas vezes 2.-Quase nunca NS / NR		
8. Vê os seus familiares e amigos com a frequência que deseja, ou pelo contrário, sente-se triste com o pouco convívio? 1.-Tantas vezes quanto desejo 0.-Não tantas vezes como gostaria NS / NR		
9. Existe alguém que possa ajudá-lo/a caso esteja doente ou incapacitado/a, por exemplo, o seu cônjuge, um familiar ou um amigo? (Refere-se a ajuda social, não económica) 1.-Sim 0.-Não ha ninguém disposto e capaz de ajudar NS / NR		
Se sim, responda às seguintes perguntas:		
a. Tem alguém que lhe preste cuidados o tempo que necessita, por pouco tempo, ou ocasionalmente (ex. Que o leve ao médico ou prepare refeições ocasionalmente...)		
3.-Alguém que o cuidaria tanto tempo quanto necessita		
2.-Alguém que o cuidaria por pouco tempo (de poucas semanas a seis meses)		
1.-Alguém que o ajudaria de vez em quando (levando-o ao médico ou preparando-lhe refeições) NS / NR		
b. Quem são essas pessoas?		
	Sim	Não
Relação		
Cônjuge	1	0
Irmãos/ãs	1	0
Filhos/as	1	0
Netos/as	1	0
Outro parente	1	0
Amigo/a	1	0
Outro especificar _____	1	0

⁷ **Versão Original:** Fillenbaum GG. *Multidimensional Functional Assessment of Older Adults: The Duke Older Americans Resources and Services Procedures.* Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum Associates, 1988.

⁸ **Português:** Rodrigues RMC. Validação da versão em português europeu de questionário de avaliação funcional multidimensional de idosos, Parte A-Recursos sociais p.6-14. Rev Panam Salud Publica. 2008;23(2):109-15.

ESCALA DE DEPRESSÃO GERIÁTRICA DE YESAVAGE (GDS-VE)^{9 e 10}		
1. Em geral está satisfeito com a sua vida?	SIM	NÃO
2. Abandonou muitos dos seus interesses e actividades habituais?	SIM	NÃO
3. Sente que a sua vida está vazia?	SIM	NÃO
4. Sente-se frequentemente aborrecido?	SIM	NÃO
5. Na maior parte do tempo está de bom humor?	SIM	NÃO
6. Tem medo de que algo de mal lhe aconteça?	SIM	NÃO
7. Sente-se feliz na maior parte do tempo?	SIM	NÃO
8. Sente-se frequentemente abandonado / desamparado?	SIM	NÃO
9. Prefere ficar em casa, a sair e fazer coisas novas?	SIM	NÃO
10. Sente que tem mais problemas de memória do que os outros da sua idade?	SIM	NÃO
11. Actualmente, acha que é maravilhoso estar vivo?	SIM	NÃO
12. Sente-se inútil?	SIM	NÃO
13. Sente-se cheio de energia?	SIM	NÃO
14. Sente-se sem esperança?	SIM	NÃO
15. Acha que as outras pessoas estão melhores que o você?	SIM	NÃO
Pontuação TOTAL (Máximo 15)		.....

⁹ **Original (GDS-15):** Sheikh JI, Yesavage JA. Geriatric Depression Scale (GDS): Recent evidence and development of a shorter version. *Clin Gerontol* 1986;5(1/2):165-73.

¹⁰ **Português** Apóstolo, JLA et al.. Contribuição para a adaptação da Geriatric Depression Scale -15 para a língua portuguesa. *Revista de Enfermagem Referência - IV - n.º 3 - 2014*



ÍNDICE DE BARTHEL^{11 e 12}

1.- COMER

- () **10. Independente:** Capaz de utilizar qualquer instrumento necessário, capaz de fragmentar a comida, barrar a manteiga, usar condimentos, etc., sozinho. É capaz de comer em tempo considerado razoável. A comida pode ser cozinhada e servida por outra pessoa.
- () **5. Necessita ajuda:** para cortar a carne o pão, barrar a manteiga, etc., contudo é capaz de comer solo.
- () **0. Dependente:** Necessita ser alimentado por outra pessoa.

2.- HIGIENE PESSOAL

- () **5. Independente:** Capaz de se levantar, usar o duche ou a banheira, permanecendo em pé. Utilizar a esponja sobre todo o corpo. Inclusivamente entrar e sair do banho. Pode realizar todo o procedimento sem ter ajuda de terceiro presente durante o procedimento.
- () **0. Dependente:** Necessita alguma ajuda ou supervisão.

3.- VESTUÁRIO

- () **10. Independente:** Capaz de se vestir e despir, apertar cordões dos sapatos, apertar botões e colocar outros complementos que necessite (por exemplo, cinta ou calcanheiras, etc.) sem ajuda.
- () **5. Necessita ajuda,** contudo realiza sozinho pelo menos metade das tarefas num tempo considerado razoável.
- () **0. Dependente.**

4.- HIGIENE PESSOAL

- () **5. Independente:** Realiza todas as atividades pessoais sem ajuda. Inclusive lavar cara e mãos, pentear-se, maquilhar-se e lavar os dentes. Algo complementar para esta pose ser fornecido por outra pessoa.
- () **0. Dependente:** Necessita alguma ajuda.

5.- DEJECCÕES

- () **10. Contínente:** Nenhum episódio de incontinência. Caso necessita um enema ou supositórios é capaz de os aplicar sozinho.
- () **5. Acidente ocasional:** Menos de uma vez por semana ou necessita ajuda para enemas e aplicação de supositórios.
- () **0. Incontinente:** Inclusive administração de enemas e supositórios por outra pessoa.

6. MICÇÃO (AVALIAR A SITUAÇÃO NA SEMANA ANTERIOR)

- () **10. Contínente:** Nenhum episódio de incontinência (seco de dia e de noite). Capaz de usar qualquer dispositivo. Em algaliados, inclusive trocar saco colector sozinho.
- () **5. Acidente ocasional:** Máximo 1 em 24 horas, inclusive necessita ajuda na manipulação de sondas vesicais e dispositivos urinários.
- () **0. Incontinente:** Inclusive pessoa com sonda vesical incapaz de a manipular.

7. USAR A CASA DE BANHO

() **10. Independente:** Entra e sai sozinho. Capaz despir-se e vestir-se, limpar-se, prevenir manchas na roupa. Capaz de se sentar e de se levantar da sanita sem ajuda (pode utilizar barras de apoio e suporte) Se usa urinol é capaz de o esvaziar completamente sem ajuda e sem sujar.

() **5. Necessita ajuda:** Capaz de movimentar-se com uma pequena ajuda para o equilíbrio, vestir-se e despir-se, contudo pode limpar-se sozinho. Ainda assim é capaz de utilizar a casa de banho.

() **0. Dependente:** Incapaz de usar a casa de banho sem ajuda total.

8. TRANSFERÊNCIA CADEIRA/CAMA

() **15. Independente:** Sem ajuda em todas as fases. Caso utilize cadeira de rodas, aproxima-se da cama, trava a cadeira, retira o apoio de pés, coloca-se em posição de sentado de um dos lados da cama, e assim entra e sai da cadeira para a cama sem ajuda.

() **10. Ajuda Parcial:** Inclui supervisão verbal ou pequena ajuda física, tal como aquela que é oferecida por uma pessoa não muito forte ou sem ensinamento para tal.

() **5. Ajuda total :** Capaz de estar sentado sem ajuda, contudo necessita muita assistência (pessoa forte ou com ensinamento para tal) para sair ou entrar na cama ou movimentar-se.

() **0. Dependente:** Necessita de ser transferido com grua ou há a completa elevação por duas pessoas. Incapaz de permanecer sentado.

9. DEAMBULAÇÃO

() **15. Independente:** Pode andar pelo menos 50 m ou o equivalente em sua casa sem ajuda nem supervisão. A velocidade não é importante. Pode usar ajuda (ex. canadiana, etc.) exceto andarilho. Caso use próteses, é capaz de as colocar e retirar sozinho.

() **10. Necessita ajuda:** Supervisão e pequena ajuda física (por pessoa não muito forte) para andar 50m. Inclusive ajuda de auxiliares de marcha para se manter de pé (andarilho).

() **5. Independente em cadeira de rodas em 50 m:** Deve ser capaz de deslocar-se, transpor portas e virar (esquinas) sozinho.

() **0. Dependente:** Caso utilize a cadeira de rodas e necessite ser empurrado por terceiro.

10. SUBIR E DESCER ESCADAS

() **10. Independente:** Capaz de subir e descer um andar sem ajuda nem supervisão. Pode utilizar o apoio de que precisa para andar (canadianas) e o corrimão.

() **5. Necessita ajuda:** Supervisão física ou verbal.

() **0. Dependente:** Incapaz de transpor degraus. Necessita elevador.

PONTUAÇÃO TOTAL:

¹¹ *Original:* Mahoney FI, Barthel DW. Functional evaluation: the Barthel index. *Md State Med J.* 1965;14:61-65.

¹² *Português:* Araújo, F., Ribeiro, J. L. P., Oliveira, A., & Pinto, C. (2007). Validação do Índice de Barthel numa amostra de idosos não institucionalizados. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, 25(2), 59–66.

ÍNDICE DE ATIVIDADES INSTRUMENTAIS LAWTON & BRODY ¹³	
NESTE MOMENTO NECESSITA AJUDA PARA:	
CAPACIDADE PARA USAR O TELEFONE	
0 – Incapaz de utilizar o telefone	
1 – Atende o telefone mas não faz chamadas	
1 – Marca números conhecidos (familiares)	
1 – Utiliza o telefone por iniciativa própria e sem ajuda	
FAZER COMPRAS	
0 – Incapaz de fazer compras	
0 – Necessita de ajuda para qualquer compra	
0 – Compra pequenas coisas	
1 – Faz todas as compras sem ajuda	
PREPARAÇÃO DAS REFEIÇÕES	
0 – Necessita que se lhe preparem e sirvam as refeições	
0 – Prepara as refeições, mas não mantém dieta adequada	
0 – Prepara as refeições se lhe fornecerem os ingredientes	
1 – Planeia, prepara e serve sem ajuda, refeições adequadas	
CUIDAR DA CASA	
0 - Não participa em qualquer tarefa doméstica	
1- Necessita de ajuda em todas as tarefas domésticas	
1 - Realiza tarefas domésticas, mas não mantém um nível de higiene adequado	
1- Realiza pequenas tarefas domésticas	
1-Cuida da casa sem ajuda ou com ajuda ocasional (trabalhos pesados)	
LIMPEZA DA ROUPA	
0 – A lavagem da roupa é feita por terceiros	
1 – Lava sozinho pequenas peças de roupa	
1 - Lava sozinho toda a sua roupa	
UTILIZAÇÃO DOS MEIOS DE TRANSPORTE	
0 – Incapaz de viajar	
0 – Viaja em táxi ou automóvel, com ajuda de terceiros	
1 – Viaja em transporte público mas vai acompanhado	
1 – Não utiliza outro transporte para além do táxi	
1 – Viaja de forma independente (transporte publico ou carro próprio)	
MEDICAÇÃO	
0 - Incapaz de se responsabilizar pela sua medicação	
0 – Necessita que lhe sejam preparadas as doses com antecedência	
1 – Não precisa de ajuda para tomar correctamente a medicação (hora e dose corretas)	
UTILIZAÇÃO DO DINHEIRO	
0 – Incapaz de manejar o dinheiro	
1 – Necessita de ajuda para ir ao banco e para grandes gastos	
1 – Não necessita de ajuda para fazer contas e/ou utilizar o dinheiro	
Pontuação TOTAL (Máxima Dependência: 0 pontos)	

¹³ Araújo, F., Pais Ribeiro, J., Oliveira, A., Pinto, C., & Martins, T. (2008). Validação da escala de Lawton e Brody numa amostra de idosos não institucionalizados. In: I.Leal, J.Pais-Ribeiro, I. Silva & S.Marques (Edts.). *Actas do 7º congresso nacional de psicologia da saúde* (pp.217-220). Lisboa: ISPA

QUALIDADE DE VIDA- QUESTIONÁRIO WHOQOL-BREF (Versão Original)¹⁴ VERSÃO PT¹⁵

O questionário seguinte procura conhecer a sua qualidade de vida, saúde, e outras áreas da sua vida. Irei ler-lhe cada pergunta assim como cada opção de resposta. Escolha a resposta que lhe parecer mais adequada. Caso não tenha a certeza da resposta a dar escolha a que lhe parecer mais apropriada. Por favor, tenha presente os seus padrões, expectativas, alegrias e preocupações. Pedimos que para responder a estas questões tenha em conta a sua vida nas últimas 2 semanas.

	Muito má	Má	Normal	Boa	Muito boa
1. Como avalia a sua qualidade de vida?	1	2	3	4	5
	Muito insatisfeito	Insatisfeito	Regular	Satisfeito	Muito satisfeito
2. Até que ponto está satisfeito com a sua saúde?	1	2	3	4	5

As seguintes questões fazem referência à sua **Saúde Física**

	Nada	Um Pouco	Normal	Muito	Extremamente
3. Em que medida acha que a sua dor (física) o(a) impede de fazer o que precisa?	5	4	3	2	1
10. Tem energia suficiente para a sua vida diária?	1	2	3	4	5
16. Até que ponto está satisfeito(a) está com o seu sono?	1	2	3	4	5
15. Como avalia a capacidade de se movimentar?	1	2	3	4	5
17. Até que ponto está satisfeito(a) com sua capacidade de desempenhar as atividades da sua vida diária?	1	2	3	4	5
4. Em que medida necessita de cuidados médicos para fazer a sua vida diária?	5	4	3	2	1
18. Em que medida está satisfeito(a) com a sua capacidade de trabalho?	1	2	3	4	5

As seguintes questões fazem referência a **Psicologia**

	Nada	Um Pouco	Normal	Muito	Extremamente
5. Quanto você aproveita a sua vida?	1	2	3	4	5
7. Tem capacidade de concentração?	1	2	3	4	5
19. Até que ponto está satisfeito consigo próprio?	1	2	3	4	5
11. É capaz de aceitar a sua aparência física?	1	2	3	4	5



26. Com que frequência tem sentimentos negativos tais como tristeza, desespero, ansiedade ou depressão?	5	4	3	2	1
6. Em que medida sente que a sua vida tem sentido?	1	2	3	4	5

As seguintes questões fazem referência às **Relações Sociais**

	Nada	Um pouco	Normal	Muito	Extremamente
20. Até que ponto está satisfeito com as suas relações pessoais?	1	2	3	4	5
22. Até que ponto está satisfeito com o apoio que recebe dos seus amigos?	1	2	3	4	5
21. Até que ponto está satisfeito com a sua vida sexual?	1	2	3	4	5

As seguintes questões fazem referência ao **Meio ambiente**

	Nada	Um pouco	Normal	Muito	Extremamente
8. Até que ponto se sente seguro no seu dia-a-dia?	1	2	3	4	5
23. Até que ponto está satisfeito com as condições do lugar em que vive?	1	2	3	4	5
12. Tem dinheiro suficiente para satisfazer as suas necessidades?	1	2	3	4	5
24. Até que ponto está satisfeito com o acesso que tem aos serviços de saúde?	1	2	3	4	5
13. Até que ponto tem fácil acesso às informações necessárias para organizar a sua vida diária?	1	2	3	4	5
14. Em que medida tem oportunidade para realizar actividades de lazer?	1	2	3	4	5
9. Em que medida é saudável o seu ambiente físico?	1	2	3	4	5
25. Até que ponto está satisfeito com os transportes que utiliza?	1	2	3	4	5

¹⁴ **Original:**- WHOQOL Group. Development of the World Health Organization WHOQOL-BREF quality of life assessment. *Psychol Med* 1998;28(3):551-8.

- Skevington SM, Lotfy M, O'Connell KA. The World Health Organization's WHOQOL-BREF quality of life assessment: psychometric properties and results of the international field trial. A report from the WHOQOL group. *Qual Life Res* 2004;13(2):299-310.

¹⁵ **Português:**Vaz Serra, A., Canavarró, M. C., Simões, M. R., Pereira, M., Gameiro, S., Quartilho, M. J., Carona, C. & Paredes, T. (2006). Estudos psicométricos do instrumento avaliação da Qualidade de Vida da Organização Mundial de Saúde (WHOQOL-Bref) para Português de Portugal. *Psiquiatria Clínica*, 27(1), 41-49.



CARACTERÍSTICAS DO CUIDADOR
<p>NOS ÚLTIMOS CINCO ANOS FOI CUIDADOR PRINCIPAL DE UMA PESSOA COM IDADE SUPERIOR A 60 ANOS DURANTE UM PERÍODO ACIMA DE 6 MESES?</p> <p>Sim () Não ()</p>
<p>QUEM ERA A PESSOA CUIDADA ?</p> <p>Esposa/Marido () Pai/Mãe () Outros (Especificar): _____</p>
<p>INTENSIDADE DO STRESS GERADA PELO PROCESSO DE CUIDAR ()</p> <p>1 Nada stressante 2 Pouco stressante 3 Stressante 4 Muito stressante 5 Extremamente stressante</p>
<p>Abandonou alguma das suas actividades habituais devido ao processo de cuidar?</p> <p>Sim () Não ()</p>

AVALIAÇÃO DE QUEDAS			
Sofreu alguma queda nos últimos 6 meses?	() Sim	() Não	Nº de quedas/frequência: _____
Causa da queda	() comprometimento cognitivo	() tonturas / síncope / vertigem	
	() debilidade muscular	() alteração sensorial	
	() medicamentos	() entorno (causa externa?)	
	() acidente	() outra _____	
Consequências imediatas da queda	() nenhuma	() ferida superficial ou contusão	
	() fratura e/ou outras consequências graves	() traumatismo crânio encefálico	
	() outra _____		



UNIVERSIDADE DA CORUÑA
Grupo de Investigación en Xerontoloxía



INSTITUTO POLITÉCNICO DE BRAGANÇA
Escola Superior de Saúde



Copyright ©. Todos los derechos reservados.
Prohibida la reproducción total o parcial sin autorización expresa de los autores.



-BRAGANZA

1
7

Anexo II - Pedido para utilização de instrumento Whoqol - Bref

Imprimir Cancelar

Fw: pedido de instrumento para Avaliação da Qualidade de Vida

virginia sousa

qua 30-08-2017 13:28

Para:mccanavarro@fpce.uc.pt <mccanavarro@fpce.uc.pt>;

1 anexos (743 KB)

Formulário WHOQOL - Bref 001.jpg;

Boa tarde, Exma. Professora Doutora Maria Cristina Sousa Canavarro:

Conforme indicação no site envio, em anexo, preenchimento do formulário para obtenção do instrumento de Avaliação da Qualidade de Vida: WHOQOL - Bref.

Agradeço desde já a disponibilidade.

Cumprimentos
Virgínia de Sousa

Re: Instrumento de avaliação WHOQOL-Bref

Cláudia Melo <claudiasmelosilva@gmail.com>

sáb 02-09-2017 09:40

Para:vir-sousa@hotmail.com <vir-sousa@hotmail.com>;

5 anexos (7 MB)

2007_WHOQOL_Bref_Instrumento_de_avaliacao_da_qualidade_de_vida_da_OMS.pdf; Estudos psicometricos - Versão portuguesa.pdf; Explicação_cotação.doc; Ref-values-final-document-040713.docx; WHOQOL-BREF.zip;

Cara Sra. Enfermeira Virgínia Sousa,

Na sequência do pedido efectuado, em anexo, envio o material relativo ao WHOQOL-Bref, nomeadamente:

- a versão para português de Portugal do instrumento WHOQOL-Bref;
- manual de aplicação e cotação;
- sintaxe para utilização no pacote estatístico SPSS.

Informação adicional poderá ser encontrada em <http://www.fpce.uc.pt/saude/qv.htm> .

Mais ainda lhe sugiro que, tendo em conta que pretende avaliar a qualidade de vida de população idosa, solicite o acesso à versão portuguesa do WHOQOL-Old. Para tal deverá contactar o Professor Doutor Mário Simões (simoesmr@fpce.uc.pt) e/ou a Dra. Manuela Vilar (mvilar@fpce.uc.pt). Atente que o WHOQOL-Old é um instrumento que avalia os domínios da versão geral do instrumento WHOQOL e possui um módulo específico para população idosa. Por este motivo, ao escolher utilizar o WHOQOL-Old, não fará sentido utilizar simultaneamente o WHOQOL-Bref.

P'lo Grupo Português de Avaliação da Qualidade de Vida
Atenciosamente,
Cláudia Melo.

Anexo III - Parecer da Comissão de Ética da ULSNE



*Reunião em 24-11-2017
Autorização em termos do parecer
da Comissão de Ética.*

Dr. Carlos Alberto Vaz
Presidente do
Conselho de Administração

Exmo. Sr.
Dr. Carlos Vaz
Presidente do Conselho de Administração
da ULSNE, E.P.E.
Praça Cavaleiro Ferreira
5301 - 862 Bragança

17 2225 1542 005406

SUA REFERÊNCIA	SUA COMUNICAÇÃO DE	NOSSA REFERÊNCIA N.º: PROC. N.º:	DATA
ASSUNTO: Estudo: Avaliação Multidimensional de Pessoas Idosas não Institucionalizadas do Distrito de Bragança			

Exmo. Senhor,

Após reunião de 25 de Outubro de 2017, vem esta CE, enviar a V. Ex.ª o parecer emitido do Estudo, supra citado.

Com os melhores cumprimentos,



PARECER DA COMISSÃO DE ÉTICA

Estudo : Avaliação Multidimensional de Pessoas Idosas não Institucionalizadas do Distrito de Bragança

Após reunião de 25 de Outubro de 2017, e, no seguimento da receção da informação solicitada, a CE, considerou, que seria de autorizar o referido questionário, desde que os utentes não se importem de responder.
Nada a opor do ponto de vista ético.

O processo foi votado pelos Membros da Comissão de Ética da ULSNE, EPE presentes em reunião de 25 de Outubro de 2017.

Presidente: Dra. Joaquina Baltazar

Dra. Maria Jesus Machado, Dra. Liseta Gonçalves, Dr. Marcelino Silva , Enf.ª. Carla Grande e Dra. Luísa Cristóvão.

Anexo IV - Tratado de Oviedo e Declaração de Helsínquia

Tratado de Oviedo

Resolução da Assembleia da República n.º 1/2001

Aprova, para ratificação, a Convenção para a Protecção dos Direitos do Homem e da Dignidade do Ser Humano face às Aplicações da Biologia e da Medicina: Convenção sobre os Direitos do Homem e a Biomedicina, aberta à assinatura dos Estados membros do Conselho da Europa em Oviedo, em 4 de Abril de 1997, e o Protocolo Adicional Que Proíbe a Clonagem de Seres Humanos, aberto à assinatura dos Estados membros em Paris, em 12 de Janeiro de 1998.

A Assembleia da República resolve, nos termos da alínea i) do artigo 161.º e do n.º 5 do artigo 166.º da Constituição, aprovar, para ratificação, a Convenção para a Protecção dos Direitos do Homem e da Dignidade do Ser Humano face às Aplicações da Biologia e da Medicina: Convenção sobre os Direitos do Homem e a Biomedicina, aberta à assinatura dos Estados membros do Conselho da Europa em Oviedo, em 4 de Abril de 1997, e o Protocolo Adicional Que Proíbe a Clonagem de Seres Humanos, aberto à assinatura dos Estados membros em Paris, em 12 de Janeiro de 1998, cujas versões autênticas em língua francesa e inglesa, e tradução em língua portuguesa, seguem em anexo.

Aprovada em 19 de Outubro de 2000.

O Presidente da Assembleia da República, António de Almeida Santos.

CONVENÇÃO PARA A PROTECÇÃO DOS DIREITOS DO HOMEM E DA DIGNIDADE DO SER HUMANO FACE ÀS APLICAÇÕES DA BIOLOGIA E DA MEDICINA: CONVENÇÃO SOBRE OS DIREITOS DO HOMEM E A BIOMEDICINA.

Preâmbulo

Os Estados membros do Conselho da Europa, os outros Estados e a Comunidade Europeia, signatários da presente Convenção:

Considerando a Declaração Universal dos Direitos do Homem, proclamada pela Assembleia Geral das Nações Unidas em 10 de Dezembro de 1948;

Considerando a Convenção para a Protecção dos Direitos do Homem e das Liberdades Fundamentais, de 4 de Novembro de 1950;

Considerando a Carta Social Europeia, de 18 de Outubro de 1961;

Considerando o Pacto Internacional sobre os Direitos Cívicos e Políticos e o Pacto Internacional sobre os Direitos Económicos, Sociais e Culturais, de 16 de Dezembro de 1966;

Considerando a Convenção para a Protecção das Pessoas relativamente ao Tratamento Automatizado de Dados de Carácter Pessoal, de 28 de Janeiro de 1981;

Considerando igualmente a Convenção sobre os Direitos da Criança, de 20 de Novembro de 1989;

Considerando que o objectivo do Conselho da Europa é o de realizar uma união mais estreita entre os seus membros e que um dos meios para atingir esse objectivo é a salvaguarda e o desenvolvimento dos direitos do homem e das liberdades fundamentais;

Conscientes dos rápidos desenvolvimentos da biologia e da medicina;

Convencidos da necessidade de respeitar o ser humano simultaneamente como indivíduo e membro pertencente à espécie humana e reconhecendo a importância de assegurar a sua dignidade;

Conscientes dos actos que possam pôr em perigo a dignidade humana pelo uso impróprio da biologia e da medicina;

Afirmando que os progressos da biologia e da medicina devem ser utilizados em benefício das gerações presentes e futuras;

Salientando a necessidade de uma cooperação internacional para que a Humanidade inteira beneficie do contributo da biologia e da medicina;

Reconhecendo a importância de promover um debate público sobre as questões suscitadas pela aplicação da biologia e da medicina e sobre as respostas a fornecer a essas mesmas questões;

Desejosos de recordar a cada membro do corpo social os seus direitos e as suas responsabilidades;

Tomando em consideração os trabalhos da Assembleia Parlamentar neste domínio, incluindo a Recomendação n.º 1160 (1991) sobre a elaboração de uma convenção de bioética;

Resolvidos a tomar, no âmbito das aplicações da biologia e da medicina, as medidas adequadas a garantir a dignidade do ser humano e os direitos e liberdades fundamentais da pessoa;

acordaram no seguinte:

CAPÍTULO I

Disposições gerais

Artigo 1.º

Objecto e finalidade

As Partes na presente Convenção protegem o ser humano na sua dignidade e na sua identidade e garantem a toda a pessoa, sem discriminação, o respeito pela sua integridade e pelos seus outros direitos e liberdades fundamentais face às aplicações da biologia e da medicina.

Cada uma das Partes deve adoptar, no seu direito interno, as medidas necessárias para tornar efectiva a aplicação das disposições da presente Convenção.

Artigo 2.º

Primado do ser humano

O interesse e o bem-estar do ser humano devem prevalecer sobre o interesse único da sociedade ou da ciência.

Artigo 3.º

Acesso equitativo aos cuidados de saúde

As Partes tomam, tendo em conta as necessidades de saúde e os recursos disponíveis, as medidas adequadas com vista a assegurar, sob a sua jurisdição, um acesso equitativo aos cuidados de saúde de qualidade apropriada.

Artigo 4.º

Obrigações profissionais e regras de conduta

Qualquer intervenção na área da saúde, incluindo a investigação, deve ser efectuada na observância das normas e obrigações profissionais, bem como das regras de conduta aplicáveis ao caso concreto.

CAPÍTULO II

Consentimento

Artigo 5.º

Regra geral

Qualquer intervenção no domínio da saúde só pode ser efectuada após ter sido prestado pela pessoa em causa o seu consentimento livre e esclarecido.

Esta pessoa deve receber previamente a informação adequada quanto ao objectivo e à natureza da intervenção, bem como às suas consequências e riscos.

A pessoa em questão pode, em qualquer momento, revogar livremente o seu consentimento.

Artigo 6.º

Protecção das pessoas que careçam de capacidade para prestar o seu consentimento

1 - Sem prejuízo dos artigos 17.º e 20.º, qualquer intervenção sobre uma pessoa que careça de capacidade para prestar o seu consentimento apenas poderá ser efectuada em seu benefício directo.

2 - Sempre que, nos termos da lei, um menor careça de capacidade para consentir numa intervenção, esta não poderá ser efectuada sem a autorização do seu representante, de uma autoridade ou de uma pessoa ou instância designada pela lei.

A opinião do menor é tomada em consideração como um factor cada vez mais determinante, em função da sua idade e do seu grau de maturidade.

3 - Sempre que, nos termos da lei, um maior careça, em virtude de deficiência mental, de doença ou por motivo similar, de capacidade para consentir numa intervenção, esta não poderá ser efectuada sem a autorização do seu representante, de uma autoridade ou de uma pessoa ou instância designada pela lei.

A pessoa em causa deve, na medida do possível, participar no processo de autorização.

4 - O representante, a autoridade, a pessoa ou a instância mencionados nos n.os 2 e 3 recebem, nas mesmas condições, a informação citada no artigo 5.º

5 - A autorização referida nos n.os 2 e 3 pode, em qualquer momento, ser retirada no interesse da pessoa em questão.

Artigo 7.º

Protecção das pessoas que sofram de perturbação mental

Sem prejuízo das condições de protecção previstas na lei, incluindo os procedimentos de vigilância e de controlo, bem como as vias de recurso, toda a pessoa que sofra de perturbação mental grave não poderá ser submetida, sem o seu consentimento, a uma intervenção que tenha por objectivo o tratamento dessa mesma perturbação, salvo se a ausência de tal tratamento puser seriamente em risco a sua saúde.

Artigo 8.º

Situações de urgência

Sempre que, em virtude de uma situação de urgência, o consentimento apropriado não puder ser obtido, poder-se-á proceder imediatamente à intervenção medicamente indispensável em benefício da saúde da pessoa em causa.

Artigo 9.º

Vontade anteriormente manifestada

A vontade anteriormente manifestada no tocante a uma intervenção médica por um paciente que, no momento da intervenção, não se encontre em condições de expressar a sua vontade, será tomada em conta.

CAPÍTULO III

Vida privada e direito à informação

Artigo 10.º

Vida privada e direito à informação

1 - Qualquer pessoa tem direito ao respeito da sua vida privada no que toca a informações relacionadas com a sua saúde.

2 - Qualquer pessoa tem o direito de conhecer toda a informação recolhida sobre a sua saúde. Todavia, a vontade expressa por uma pessoa de não ser informada deve ser respeitada.

3 - A título excepcional, a lei pode prever, no interesse do paciente, restrições ao exercício dos direitos mencionados no n.º 2.

CAPÍTULO IV

Genoma humano

Artigo 11.º

Não discriminação

É proibida toda a forma de discriminação contra uma pessoa em virtude do seu património genético.

Artigo 12.º

Testes genéticos predictivos

Não se poderá proceder a testes predictivos de doenças genéticas ou que permitam quer a identificação do indivíduo como portador de um gene responsável por uma doença quer a detecção de uma predisposição ou de uma susceptibilidade genética a uma doença, salvo para

fins médicos ou de investigação médica e sem prejuízo de um aconselhamento genético apropriado.

Artigo 13.º

Intervenções sobre o genoma humano

Uma intervenção que tenha por objecto modificar o genoma humano não pode ser levada a efeito senão por razões preventivas, de diagnóstico ou terapêuticas e somente se não tiver por finalidade introduzir uma modificação no genoma da descendência.

Artigo 14.º

Não selecção do sexo

Não é admitida a utilização de técnicas de procriação medicamente assistida para escolher o sexo da criança a nascer, salvo para evitar graves doenças hereditárias ligadas ao sexo.

CAPÍTULO V

Investigação científica

Artigo 15.º

Regra geral

A investigação científica nos domínios da biologia e da medicina é livremente exercida sem prejuízo das disposições da presente Convenção e das outras disposições jurídicas que asseguram a protecção do ser humano.

Artigo 16.º

Protecção das pessoas que se prestam a uma investigação

Nenhuma investigação sobre uma pessoa pode ser levada a efeito a menos que estejam reunidas as seguintes condições:

- i) Inexistência de método alternativo à investigação sobre seres humanos, de eficácia comparável;
- ii) Os riscos em que a pessoa pode incorrer não sejam desproporcionados em relação aos potenciais benefícios da investigação;
- iii) O projecto de investigação tenha sido aprovado pela instância competente, após ter sido objecto de uma análise independente no plano da sua pertinência científica, incluindo uma avaliação da relevância do objectivo da investigação, bem como de uma análise pluridisciplinar da sua aceitabilidade no plano ético;
- iv) A pessoa que se preste a uma investigação seja informada dos seus direitos e garantias previstos na lei para a sua protecção;
- v) O consentimento referido no artigo 5.º tenha sido prestado de forma expressa, específica e esteja consignado por escrito. Este consentimento pode, em qualquer momento, ser livremente revogado.

Artigo 17.º

Protecção das pessoas que careçam de capacidade para consentir numa investigação

1 - Nenhuma investigação pode ser levada a efeito sobre uma pessoa que careça, nos termos do artigo 5.º, de capacidade para nela consentir senão quanto estiverem reunidas as seguintes condições:

- i) As condições enunciadas no artigo 16.º, alíneas i) a iv), estejam preenchidas;
- ii) Os resultados da investigação comportarem um benefício real e directo para a sua saúde;
- iii) A investigação não possa ser efectuada com uma eficácia comparável sobre sujeitos capazes de nela consentir;
- iv) A autorização prevista no artigo 6.º tenha sido dada especificamente e por escrito; e
- v) A pessoa em causa não tenha manifestado a sua oposição.

2 - A título excepcional e nas condições de protecção previstas na lei, uma investigação cujos resultados não comportam um benefício directo para a saúde da pessoa envolvida pode ser autorizada se estiverem reunidas as condições enunciadas nas alíneas i), iii), iv) e v) do anterior n.º 1, bem como as seguintes condições suplementares:

- i) A investigação tenha como finalidade contribuir, através de uma melhoria significativa do conhecimento científico do estado de saúde da pessoa, da sua doença ou perturbação, para

obtenção, a prazo, de resultados que permitam um benefício para a pessoa em causa ou para outras pessoas do mesmo grupo etário ou que sofram da mesma doença ou perturbação ou apresentando as mesmas características;

ii) A investigação apenas apresente um risco mínimo, bem como uma coacção mínima para a pessoa em questão.

Artigo 18.º

Pesquisa em embriões in vitro

1 - Quando a pesquisa em embriões in vitro é admitida por lei, esta garantirá uma protecção adequada do embrião.

2 - A criação de embriões humanos com fins de investigação é proibida.

CAPÍTULO VI

Colheita de órgãos e tecidos em dadores vivos para fins de transplante

Artigo 19.º

Regra geral

1 - A colheita de órgãos ou de tecidos em dador vivo para transplante só pode ser efectuada no interesse terapêutico do receptor e sempre que não se disponha de órgão ou tecido apropriados provindos do corpo de pessoa falecida nem de método terapêutico alternativo de eficácia comparável.

2 - O consentimento previsto no artigo 5.º deverá ter sido prestado de forma expressa e específica, quer por escrito quer perante uma instância oficial.

Artigo 20.º

Protecção das pessoas que careçam de capacidade para consentir na colheita de um órgão

1 - Nenhuma colheita de órgão ou de tecido poderá ser efectuada em pessoas que careçam de capacidade para prestar o seu consentimento, nos termos do artigo 5.º

2 - A título excepcional e nas condições de protecção previstas na lei, a colheita de tecidos regeneráveis numa pessoa que careça de capacidade para prestar o seu consentimento poderá ser autorizada se estiverem reunidas as seguintes condições:

i) Quando não se disponha de dador compatível gozando de capacidade para prestar consentimento;

ii) O receptor for um irmão ou uma irmã do dador;

iii) A dádiva seja de natureza a preservar a vida do receptor;

iv) A autorização prevista nos n.os 2 e 3 do artigo 6.º tenha sido dada de forma específica e por escrito, nos termos da lei e em conformidade com a instância competente;

v) O potencial dador não manifeste a sua oposição.

CAPÍTULO VII

Proibição de obtenção de lucros e utilização de partes do corpo humano

Artigo 21.º

Proibição de obtenção de lucros

O corpo humano e as suas partes não devem ser, enquanto tal, fonte de quaisquer lucros.

Artigo 22.º

Utilização de partes colhidas no corpo humano

Sempre que uma parte do corpo humano tenha sido colhida no decurso de uma intervenção, não poderá ser conservada e utilizada para outro fim que não aquele para que foi colhida e apenas em conformidade com os procedimentos de informação e consentimento adequados.

CAPÍTULO VIII

Violação das disposições da Convenção

Artigo 23.º

Violação dos direitos ou princípios

As Partes asseguram uma protecção jurisdiccional adequada a fim de impedir ou pôr termo, no mais curto prazo, a uma violação ilícita dos direitos ou princípios reconhecidos na presente Convenção.

Artigo 24.º

Reparação de dano injustificado

A pessoa que tenha sofrido um dano injustificado resultante de uma intervenção tem direito a uma reparação equitativa nas condições e de acordo com as modalidades previstas na lei.

Artigo 25.º

Sanções

As Partes prevêm sanções adequadas nos casos de incumprimento das disposições da presente Convenção.

CAPÍTULO IX

Relacionamento da presente Convenção com outras disposições

Artigo 26.º

Restrições ao exercício dos direitos

1 - O exercício dos direitos e as disposições de protecção contidos na presente Convenção não podem ser objecto de outras restrições senão as que, previstas na lei, constituem providências necessárias, numa sociedade democrática, para a segurança pública, a prevenção de infracções penais, a protecção da saúde pública ou a salvaguarda dos direitos e liberdades de terceiros.

2 - As restrições que constam do número anterior não podem ser aplicadas aos artigos 11.º, 13.º, 14.º, 16.º, 17.º, 19.º, 20.º e 21.º

Artigo 27.º

Protecção mais ampla

Nenhuma das disposições da presente Convenção poderá ser interpretada no sentido de limitar ou prejudicar a faculdade de cada Parte conceder uma protecção mais ampla do que a prevista na presente Convenção, face às aplicações da biologia e da medicina.

CAPÍTULO X

Debate público

Artigo 28.º

Debate público

As Partes na presente Convenção zelam para que as questões fundamentais suscitadas pelo desenvolvimento da biologia e da medicina sejam objecto de um debate público adequado, à luz, particularmente, das implicações médicas, sociais, económicas, éticas e jurídicas pertinentes, e que as suas possíveis aplicações sejam objecto de consultas apropriadas.

CAPÍTULO XI

Interpretação e acompanhamento da Convenção

Artigo 29.º

Interpretação da Convenção

O Tribunal Europeu dos Direitos do Homem pode emitir, para além de qualquer litígio concreto que esteja a decorrer perante uma jurisdição, pareceres consultivos sobre questões jurídicas relativas à interpretação da presente Convenção, a pedido:

Do Governo de uma Parte, após ter informado as outras Partes;

Do Comité instituído pelo artigo 32.º, na sua composição restrita aos representantes das Partes na presente Convenção, por decisão tomada pela maioria de dois terços dos votos expressos.

Artigo 30.º

Relatórios sobre a aplicação da Convenção

Qualquer das Partes deverá fornecer, a requerimento do Secretário-Geral do Conselho da Europa, os esclarecimentos pertinentes sobre a forma como o seu direito interno assegura a aplicação efectiva de quaisquer disposições desta Convenção.

CAPÍTULO XII

Protocolos

Artigo 31.º

Protocolos

Os Protocolos podem ser elaborados nos termos do disposto no artigo 32.º, com vista a desenvolver, em áreas específicas, os princípios contidos na presente Convenção.

Os Protocolos ficam abertos à assinatura dos signatários da Convenção. Serão submetidos a ratificação, aceitação ou aprovação. Nenhum signatário poderá ratificar, aceitar ou aprovar os Protocolos sem ter, anteriormente ou simultaneamente, ratificado, aceite ou aprovado a Convenção.

CAPÍTULO XIII

Alterações à Convenção

Artigo 32.º

Alterações à Convenção

1 - As tarefas confiadas ao Comité no presente artigo e no artigo 29.º são efectuadas pelo Comité Director para a Bioética (CDBI) ou por qualquer outro comité designado para este efeito pelo Comité de Ministros.

2 - Sem prejuízo das disposições específicas do artigo 29.º, qualquer Estado membro do Conselho da Europa bem como qualquer Parte na presente Convenção não membro do Conselho da Europa pode fazer-se representar no seio do Comité, quando este desempenhe as tarefas confiadas pela presente Convenção, nele dispondo cada um do direito a um voto.

3 - Qualquer Estado referido no artigo 33.º ou convidado a aderir à Convenção nos termos do disposto no artigo 34.º, que não seja Parte na presente Convenção, pode designar um observador junto do Comité. Se a Comunidade Europeia não for Parte, poderá designar um observador junto do Comité.

4 - A fim de acompanhar a evolução científica, a presente Convenção será objecto de um exame no seio do Comité num prazo máximo de cinco anos após a sua entrada em vigor e, posteriormente, segundo intervalos que o Comité determinará.

5 - Qualquer proposta de alteração à presente Convenção bem como qualquer proposta de Protocolo ou de alteração a um Protocolo, apresentada por uma Parte, pelo Comité ou pelo Comité de Ministros, será comunicada ao Secretário-Geral do Conselho da Europa, que diligenciará pelo seu envio aos Estados membros do Conselho da Europa, à Comunidade Europeia, a qualquer signatário, a qualquer Parte, a qualquer Estado convidado a assinar a presente Convenção nos termos do disposto no artigo 33.º e a qualquer Estado convidado a aderir à mesma, nos termos do disposto no artigo 34.º

6 - O Comité apreciará a proposta o mais tardar dois meses após esta ter sido comunicada pelo Secretário-Geral de acordo com o n.º 5. O Comité submeterá o texto adoptado pela maioria de dois terços dos votos expressos à aprovação do Comité de Ministros. Após a sua aprovação, o texto será comunicado às Partes com vista à sua ratificação, aceitação ou aprovação.

7 - Qualquer alteração entrará em vigor, relativamente às Partes que a aceitaram, no 1.º dia do mês seguinte ao termo de um período de um mês após a data em que a referida Parte tenha informado o Secretário-Geral da sua aceitação.

CAPÍTULO XIV

Disposições finais

Artigo 33.º

Assinatura, ratificação e entrada em vigor

1 - A presente Convenção fica aberta à assinatura dos Estados membros do Conselho da Europa, dos Estados não membros que participaram na sua elaboração e da Comunidade Europeia.

2 - A presente Convenção será sujeita a ratificação, aceitação ou aprovação. Os instrumentos de ratificação, de aceitação ou de aprovação serão depositados junto do Secretário-Geral do Conselho da Europa.

3 - A presente Convenção entrará em vigor no 1.º dia do mês seguinte ao termo de um período de três meses após a data em que cinco Estados, incluindo pelo menos quatro Estados membros do Conselho da Europa, tenham expressado o seu consentimento em ficar vinculados pela Convenção, em conformidade com as disposições do número anterior.

4 - Para todo o Signatário que expresse ulteriormente o seu consentimento em ficar vinculado pela Convenção, esta entrará em vigor no 1.º dia do mês seguinte ao termo de um período de três meses após a data do depósito do seu instrumento de ratificação, de aceitação ou de aprovação.

Artigo 34.º

Estados não membros

1 - Após a entrada em vigor da presente Convenção, o Comité de Ministros do Conselho da Europa poderá, após consulta das Partes, convidar qualquer Estado não membro do Conselho da Europa a aderir à presente Convenção, por decisão tomada pela maioria prevista na alínea d) do artigo 20.º, do Estatuto do Conselho da Europa, e por unanimidade dos representantes dos Estados contratantes com direito de assento no Comité de Ministros.

2 - Para qualquer Estado aderente, a Convenção entrará em vigor no primeiro dia do mês seguinte ao termo de um período de três meses após a data do depósito do instrumento de adesão junto do Secretário-Geral do Conselho da Europa.

Artigo 35.º

Aplicação territorial

1 - Qualquer signatário poderá, no momento da assinatura ou no momento do depósito do seu instrumento de ratificação, de aceitação ou de aprovação, designar o território ou os territórios aos quais se aplicará a presente Convenção. Qualquer outro Estado poderá formular a mesma declaração no momento do depósito do seu instrumento de adesão.

2 - Qualquer Parte poderá, em qualquer momento ulterior, alargar a aplicação da presente Convenção, mediante declaração dirigida ao Secretário-Geral do Conselho da Europa, a qualquer outro território aí designado e relativamente ao qual essa Parte assegure as relações internacionais ou pelo qual se encontra habilitada a estipular. A Convenção entrará em vigor, no que respeita a este território, no 1.º dia do mês seguinte ao termo de um período de três meses após a data de recepção da declaração pelo Secretário-Geral.

3 - Qualquer declaração feita ao abrigo dos dois números precedentes poderá ser retirada, no que se refere a qualquer território nela designado, mediante notificação dirigida ao Secretário-Geral. A retirada produzirá efeitos no 1.º dia do mês seguinte ao termo de um período de três meses após a data de recepção da notificação pelo Secretário-Geral.

Artigo 36.º

Reservas

1 - Qualquer Estado e a Comunidade Europeia poderão, no momento da assinatura da presente Convenção ou do depósito do instrumento de ratificação, de aceitação, de aprovação ou de adesão, formular uma reserva a propósito de qualquer disposição da Convenção, na medida em que uma lei então em vigor no seu território estiver em discordância com aquela disposição. Este artigo não autoriza reservas de carácter geral.

2 - Toda a reserva feita em conformidade com o presente artigo será acompanhada de uma breve descrição da lei pertinente.

3 - Qualquer Parte que torne extensiva a um território designado por uma declaração prevista nos termos do n.º 2 do artigo 35.º a aplicação da presente Convenção poderá, para o território em causa, formular uma reserva, em conformidade com o disposto nos números anteriores.

4 - Qualquer Parte que tenha formulado a reserva referida no presente artigo poderá retirá-la mediante uma declaração dirigida ao Secretário-Geral do Conselho da Europa. A retirada entrará em vigor no 1.º dia do mês seguinte ao termo de um período de três meses após a data de recepção da declaração pelo Secretário-Geral.

Artigo 37.º

Denúncia

1 - Qualquer Parte poderá, em qualquer momento, denunciar a presente Convenção mediante notificação dirigida ao Secretário-Geral do Conselho da Europa.

2 - A denúncia produzirá efeitos no 1.º dia do mês seguinte ao termo de um período de três meses após a data de recepção da notificação pelo Secretário-Geral.

Artigo 38.º
Notificações

O Secretário-Geral do Conselho da Europa notificará aos Estados membros do Conselho, à Comunidade Europeia, a qualquer signatário, a qualquer Parte e a qualquer outro Estado que tenha sido convidado a aderir à presente Convenção:

- a) Qualquer assinatura;
- b) O depósito de qualquer instrumento de ratificação, de aceitação, de aprovação ou de adesão;
- c) Qualquer data de entrada em vigor da presente Convenção, de acordo com os seus artigos 33.º ou 34.º;
- d) Qualquer alteração ou protocolo adoptado nos termos do artigo 32.º e a data em que essa alteração ou esse protocolo entrar em vigor;
- e) Qualquer declaração formulada ao abrigo das disposições do artigo 35.º;
- f) Qualquer reserva e qualquer retirada da reserva formuladas nos termos do disposto no artigo 36.º;
- g) Qualquer outro acto, notificação ou comunicação atinentes à presente Convenção.

Em fé do que os abaixo assinados, devidamente autorizados para o efeito, assinaram a presente Convenção.

Feito em Oviedo (Astúrias), em 4 de Abril de 1997, em francês e inglês, os dois textos fazendo igualmente fé, num único exemplar, que será depositado nos arquivos do Conselho da Europa.

O Secretário-Geral do Conselho da Europa enviará cópias autenticadas a cada um dos Estados membros do Conselho da Europa, à Comunidade Europeia, aos Estados não membros que tomaram parte na elaboração da presente Convenção e a qualquer Estado convidado a aderir à presente Convenção.

Declaração de Helsínquia da Associação Médica Mundial

[versão de outubro de 2013]

Princípios Éticos para a Investigação Médica em Seres Humanos

Adotada pela 18.ª Assembleia Geral da AMM, Helsínquia, Finlândia, junho 1964, e corrigida pela 29.ª AG da AMM, Tóquio, Japão, outubro 1975, pela 35.ª AG da AMM, Veneza, Itália, outubro 1983, pela 41.ª AG da AMM, Hong Kong, setembro 1989, pela 48.ª AG da AMM, Somerset West, República da África do Sul, outubro 1996, pela 52.ª AG da AMM, Edimburgo, Escócia, outubro 2000, pela 53.ª AG da AMM, Washington 2002 (acrescentado esclarecimento ao parágrafo 29), pela 55.ª AG da AMM, Tóquio 2004 (acrescentado esclarecimento ao parágrafo 30), pela 59.ª AG da AMM, Seul, Coreia, outubro 2008 e 64.ª AG da AMM, Fortaleza, Brasil, outubro 2013.

Preâmbulo

1. A Associação Médica Mundial (AMM) elaborou a Declaração de Helsínquia como um enunciado de princípios éticos para a investigação clínica envolvendo seres humanos, incluindo investigação sobre dados e material humano identificáveis.

A Declaração deve ser lida como um todo e cada um dos seus parágrafos constituintes deverá ser aplicado tendo em conta todos os outros parágrafos relacionados.

2. De acordo com a missão da AMM, a Declaração dirige-se em primeira linha aos médicos. A AMM incentiva outros participantes da investigação médica em seres humanos a adotar estes princípios.

Princípios gerais

3. A Declaração de Genebra da AMM compromete o médico com as seguintes palavras: "A saúde do meu doente será a minha primeira preocupação" e o Código Internacional da Ética Médica declara que "Um médico deve agir no melhor interesse do doente quando presta cuidados desáude".

4. É dever do médico promover e proteger a saúde, o bem-estar e os direitos dos doentes, incluindo dos que são alvo de investigação médica. O saber e a consciência do médico são consagrados ao cumprimento deste dever.

5. O progresso médico baseia-se em investigações que, naturalmente, incluem estudos em seres humanos.

6. O objetivo primário da investigação médica em seres humanos é compreender as causas, a evolução e os efeitos das doenças e melhorar as intervenções preventivas, diagnósticas e terapêuticas (métodos, procedimentos e tratamentos). Mesmo as melhores e mais comprovadas intervenções atuais têm de ser continuamente avaliadas através de investigação sobre a sua segurança, eficácia, eficiência, acessibilidade e qualidade.

7. A investigação médica está sujeita a padrões éticos que promovem e garantem o respeito por todos os seres humanos e protegem a sua saúde e direitos.

8. Embora o objetivo primário da investigação médica seja gerar novo conhecimento, essa finalidade nunca prevalece sobre os direitos e interesses individuais dos participantes na investigação.

9. É dever dos médicos que participam em investigação médica proteger a vida, a saúde, a dignidade, a integridade, o direito à autodeterminação, a privacidade e a confidencialidade da informação pessoal dos participantes. A responsabilidade pela proteção dos participantes sujeitos de investigação cabe sempre ao médico ou outro profissional de saúde e nunca deve ser transferida para o sujeito de investigação, mesmo que este tenha dado consentimento.

10. Os médicos têm de ter em consideração as normas éticas, legais e regulamentares e os padrões de investigação em seres humanos em vigor nos seus países, assim como as

normas e padrões internacionais aplicáveis. Nenhum requisito ético, legal ou regulamentar, nacional ou internacional deve reduzir ou eliminar qualquer das proteções relativas a participantes sujeitos de investigação indicadas nesta Declaração.

11. A investigação médica deve ser realizada de modo a minimizar eventuais danos ambientais.

12. A investigação médica em seres humanos só deve ser realizada sob a direção de pessoas com educação, treino e qualificações éticas e científicas apropriadas. Investigar em doentes ou em voluntários saudáveis exige a supervisão de médico ou outro profissional de saúde competente e adequadamente qualificado.

13. Às populações insuficientemente representadas na investigação médica deverá ser proporcionado acesso apropriado a essa participação.

14. O médico apenas pode associar investigação médica com cuidados médicos quando a investigação se justifique pelo seu potencial valor preventivo, diagnóstico ou terapêutico e se o médico tiver boas razões para acreditar que a participação no projeto de investigação não afeta desfavoravelmente a saúde dos doentes participantes sujeitos da investigação.

15. Devem ser assegurados indemnizações e tratamentos adequados aos sujeitos que sofrerem danos por participarem em investigações.

Riscos, incómodos e benefícios

16. Tanto no exercício profissional como na investigação médica, muitas intervenções implicam riscos e incómodos.

A investigação médica em seres humanos só deve ser realizada se a importância do objetivo ultrapassar os inerentes riscos e incómodos para os participantes sujeitos de investigação.

17. Todo o projeto de investigação médica em seres humanos deve ser precedido de uma cuidadosa avaliação dos riscos e incómodos previsíveis para os indivíduos e grupos envolvidos, comparando-os com os benefícios expectáveis, para eles e para outros indivíduos ou grupos afectados pela situação sob investigação.

Devem ser implementadas medidas que minimizem os riscos. Os riscos têm de ser sempre monitorizados, avaliados e documentados pelo investigador.

18. Os médicos não devem participar num projeto de investigação em seres humanos a menos que se assegurem de que os riscos em presença tenham sido adequadamente avaliados e possam ser satisfatoriamente controlados.

Os médicos devem avaliar se devem continuar, modificar ou interromper imediatamente um estudo quando os riscos pareçam ultrapassar os potenciais benefícios ou logo que haja provas conclusivas de resultados positivos e benéficos.

Grupos e indivíduos vulneráveis

19. Alguns grupos e indivíduos sob investigação são particularmente vulneráveis e têm uma probabilidade aumentada de ser lesados ou de ocorrência de danos adicionais.

Todos os grupos e indivíduos vulneráveis necessitam de proteção que lhes seja especificamente dirigida.

20. A investigação médica que envolva grupos vulneráveis apenas é justificada se der resposta a prioridades e necessidades de saúde desse grupo e se a investigação não puder ser feita num grupo não-vulnerável. Além disso, este grupo deve beneficiar do conhecimento, práticas ou intervenções que resultem da investigação.

Requisitos científicos e protocolos de investigação

21. A investigação médica em seres humanos tem de se conformar com os princípios científicos genericamente aceites, fundamentar-se nos conhecimentos da literatura

científica e de outras fontes relevantes de informação, na experimentação laboratorial e, se apropriado, animal. O bemestar dos animais usados para investigação deve ser respeitado.

22. O desenho e o desempenho de cada estudo envolvendo seres humanos têm de ser claramente descritos e fundamentados num protocolo de investigação.

O protocolo deve conter um enunciado das questões éticas presentes e deve indicar como foram respeitados os princípios desta Declaração. O protocolo deve incluir informação sobre financiamento, patrocinadores, ligações institucionais, potenciais conflitos de interesse, incentivos para o sujeitos de investigação e informação sobre ajudas e/ou indemnizações para quem seja prejudicado em consequência da participação no estudo.

No caso de ensaios clínicos, o protocolo tem também de descrever as disposições relativas às ajudas após o ensaio.

Comissões de ética para a investigação

23. O protocolo de investigação deve ser submetido, para apreciação, comentários, orientação e aprovação, à respetiva comissão de ética para a investigação antes de o estudo começar. Esta comissão tem de ser transparente no seu funcionamento, tem de ser independente do investigador, do patrocinador e de qualquer outra influência e tem de ser qualificada atempadamente.

Deve ter em consideração as leis e regulamentos do país ou países onde a investigação decorra, assim como as normas e padrões internacionais aplicáveis mas sem que isso conduza a uma redução ou eliminação de qualquer das proteções previstas nesta Declaração.

A comissão deve ter o direito de monitorizar os estudos em curso. O investigador deve proporcionar à comissão as informações necessárias à monitorização, especialmente as informações referentes a quaisquer acontecimentos adversos graves. Não poderá ser feita qualquer alteração ao protocolo sem apreciação e aprovação pela comissão. No final do estudo, os investigadores têm de submeter um relatório final contendo um resumo dos achados do estudo e as conclusões.

Privacidade e confidencialidade

24. Devem ser tomadas todas as precauções para proteger a privacidade de cada sujeito de investigação e a confidencialidade dos seus dados pessoais.

Consentimento informado

25. A participação de pessoas capazes de dar consentimento informado para serem participantes sujeitos de investigação médica tem de ser voluntária. Embora possa ser apropriado consultar membros da família ou líderes comunitários, nenhuma pessoa capaz deve ser selecionada para um projeto de investigação sem que livremente o aceite.

26. Na investigação médica em seres humanos capazes de consentir, cada potencial sujeito tem de ser informado adequadamente das finalidades, métodos, fontes de financiamento e possíveis conflitos de interesse, ligações institucionais do investigador, benefícios expectáveis, potenciais riscos do estudo e incómodos que lhe possam estar associados, ajudas após o estudo, bem como outros aspetos relevantes do estudo. O potencial participante tem de ser informado do direito a recusar-se a participar no estudo ou de, em qualquer altura, revogar o consentimento de participar sem represálias. Deve ser dada atenção especial às exigências específicas de informação de certos potenciais participantes assim como aos métodos usados para prestar a informação.

Após assegurar-se de que o potencial participante compreendeu a informação, o médico ou outro profissional qualificado deve então obter o consentimento livre e informado do

potencial participante, preferencialmente por escrito. Se o consentimento não pode ser feito por escrito, o consentimento verbal tem de ser formalmente documentado e testemunhado.

Deve ser dada a todos os participantes em investigações médicas a opção de serem informados dos efeitos gerais e resultados do estudo.

27. Quando pede o consentimento informado para a participação num projeto de investigação, o médico deve ser particularmente cauteloso se o potencial participante tem uma relação de dependência consigo ou possa consentir sob coação. Em tais situações o consentimento informado deve ser pedido por pessoa adequadamente qualificada que seja completamente independente dessa relação.

28. Para o caso de um potencial participante na investigação ser incapaz de decidir, o médico tem de pedir o consentimento informado ao seu representante legal. Estas pessoas não devem ser incluídas num projeto de investigação que não ofereça a probabilidade de os beneficiar, salvo se houver a intenção de promover a saúde da população representada pelo potencial participante, se a investigação não puder, em alternativa, ser feita com participantes sujeitos capazes de decidir e se a investigação implicar apenas risco mínimo e incómodo mínimo.

29. Quando se trate de um potencial participante na investigação considerado incapaz para decidir mas que pode dar assentimento a decisões acerca da sua participação na investigação, o médico deve procurar esse assentimento em acréscimo ao consentimento do representante legal. O dissentimento do potencial participante deve ser respeitado.

30. A investigação envolvendo sujeitos que são incapazes física ou mentalmente de dar consentimento, por exemplo, doentes inconscientes, apenas pode ser feita se a condição física ou mental que os impede de dar o consentimento informado for uma característica necessária da população investigada. Em tais circunstâncias, o médico deve procurar o consentimento informado do representante legal. Se tal representante não está disponível e se a investigação não pode ser adiada, o estudo pode prosseguir sem consentimento informado desde que as razões específicas para incluir sujeitos com uma condição que os impede de dar consentimento estejam expressas no protocolo de investigação e o estudo tenha sido aprovado por uma comissão de ética para a investigação.

O consentimento para permanecer na investigação deve ser obtido logo que possível do sujeito ou do seu representante legal.

31. O médico tem de informar inteiramente o doente sobre quais os aspetos da assistência que estão relacionados com a investigação. A recusa de um doente em participar no estudo ou a decisão de um doente interromper a sua participação no estudo nunca pode interferir com a relação médico-doente.

32. Para a investigação médica que usa dados e material humano identificáveis, como investigação com material e dados de biobancos ou repositórios similares, os médicos têm de procurar obter o consentimento para a sua recolha, guarda e/ou reutilização. Pode haver situações excecionais em que o consentimento seja impossível de obter ou inexequível para a investigação em apreço ou ponha em causa a validade da mesma. Em tais situações a investigação apenas pode ser feita após apreciação e aprovação por uma comissão de ética para a investigação.

Uso de placebo

33. Os benefícios, riscos, incómodos e a eficiência de uma nova intervenção têm de ser comparados com intervenção(ões) comprovadamente melhor(es), exceto nas seguintes circunstâncias:

O uso de placebo, ou a não-intervenção, é aceitável em estudos onde não exista intervenção comprovada; ou Quando, por razões metodológicas convincentes e

cientificamente robustas, o uso de qualquer intervenção menos eficaz do que a comprovadamente melhor, o placebo ou a não-intervenção são necessários para determinar a eficácia ou segurança de uma intervenção e os doentes que recebam qualquer intervenção menos eficaz do que a comprovadamente melhor, o placebo ou a não-intervenção não sejam sujeitos a risco adicional de dano grave ou irreversível resultante de não receberem essa intervenção comprovadamente melhor.

Devem ser adotadas cautelas extremas para evitar o abuso desta opção.

Ajudas após estudo

34. Os promotores, investigadores e os governos dos países onde se realizam ensaios clínicos devem, antecipadamente, tomar providências sobre o acesso a ajudas após o estudo de todos os participantes que ainda necessitem de uma intervenção identificada como benéfica pelo estudo. Esta informação deve também ser dada a conhecer aos participantes durante o processo de obtenção do consentimento informado.

Registo de estudos e publicação de resultados

35. Todo o ensaio clínico deve ser registado numa base de dados com acesso público antes de se iniciar o recrutamento do primeiro participante.

36. Os investigadores, autores, promotores, revisores e editores têm, todos, obrigações éticas quanto à publicação e disseminação dos resultados da investigação. Os investigadores têm o dever de colocar os resultados das suas investigações em seres humanos publicamente acessíveis e são responsáveis pela exatidão e pela completitude dos seus relatórios. Todos devem acatar normas de orientação em vigor sobre relatórios éticos. Devem ser publicados, ou pelo menos tornados publicamente disponíveis, não só os resultados positivos mas também os negativos ou inconclusivos.

As fontes de financiamento, as ligações institucionais e os conflitos de interesse devem ser declarados quando da publicação. Os relatórios da investigação que não estejam conformes com os princípios desta Declaração não devem ser aceites para publicação.

Intervenções não comprovadas na prática clínica

37. No tratamento de um determinado doente, em que não haja intervenções comprovadas ou estas tenham sido ineficazes, o médico, após procura de aconselhamento especializado, tendo o consentimento informado do doente ou do representante legal, pode usar uma intervenção não comprovada se, em sua firme convicção, tal intervenção oferecer a esperança de salvar a vida, restabelecer a saúde ou aliviar o sofrimento. Esta intervenção deve, de seguida, tornar-se o objecto de investigação, destinada a avaliar a sua segurança e eficácia. Em todos os casos, a nova informação deve ser registada e, quando apropriado, disponibilizada publicamente.

Tradução espontânea de R.A., completada em 21.10.2013, para usos particulares.

Para ver o original em inglês, clique em <http://www.wma.net/en/30publications/10policies/b3/>

**Anexo V – Relatório de Estágio realizado na UCC de Macedo de
Cavaleiros**



Mestrado em Enfermagem Comunitária

2.º Ano 1.º Semestre

Estágio II/Trabalho de Projeto

Relatório de Estágio realizado na Unidade de Cuidados da
Comunidade de Macedo de Cavaleiros

Virgínia Figueiredo de Sousa

Bragança, junho de 2018

Mestrado em Enfermagem Comunitária

2º Ano 1º Semestre

Relatório de Estágio realizado na Unidade de Cuidados da Comunidade de
Macedo de Cavaleiros

Virgínia Figueiredo de Sousa

Orientadoras:

Professora Doutora Adília Fernandes

Professora Doutora Maria Helena Pimentel

Bragança, junho de 2018

Lista de Abreviaturas

OARS - Older Americans Resources and Services

UCC – Unidade de Cuidados na Comunidade

QDV - Qualidade de Vida

ULSNE – Unidade Local de Saúde Nordeste

WHOQOL-BRF - World Health Organization Quality of Life escala abreviada

Índice

Introdução	134
1. Contextualização do Campo de Estágio	136
1.1. Área de Influência	136
2. Atividades Desenvolvidas no Estágio	138
3. Análise Crítica e Considerações Finais	141
Referências Bibliográficas	142
Anexos	143
Anexo I - Cronograma de Estágio	144
Anexo II - Plano de sessão “Diabetes: Alimentação e Vigilância	146
Anexo III - Convite para formação “Boas Práticas na Diabetes: Alimentação e Vigilância	147

Índice de Quadros e Figuras

Quadro 1 - Quadro 1 - População residente (≥ 65 anos) por município, sexo e grupo etário, do distrito de Bragança. ----- 137

Figura 1 - Concelhos do Distrito de Bragança ----- 137

Introdução

A articulação de todos os recursos comunitários, enfatizando a saúde como conceito positivo, valorizando os recursos pessoais e sociais é um processo essencial. Este processo visa capacitar as pessoas para agirem sobre os fatores determinantes da saúde do indivíduo e da comunidade, adotando comportamentos promotores de saúde e da criação de ambientes físicos e sociais mais saudáveis (Ministério da Saúde,2011,p.2).

Segundo a declaração de Alma-Ata:

Os cuidados primários de saúde são cuidados essenciais de saúde baseados em métodos e tecnologias práticas, cientificamente bem fundamentadas e socialmente aceitáveis, colocadas ao alcance universal de indivíduos e famílias da comunidade, mediante sua plena participação e a um custo que a comunidade e o país possam manter em cada fase de seu desenvolvimento, no espírito de autoconfiança e automedicação. (Alma-Ata, 1978)

A enfermagem comunitária e de saúde pública desenvolve uma prática globalizante centrada na comunidade. O enfermeiro especialista em enfermagem comunitária e de saúde pública, deve assumir um conhecimento profundo sobre as respostas humanas aos processos de vida e aos problemas de saúde assim como uma elevada capacidade para atender às necessidades do indivíduo ou comunidade (Ordem dos Enfermeiros, 2010).

No âmbito da Unidade curricular estágio II- Trabalho de Projeto, que se integra no 2º ano do Curso de Mestrado em Enfermagem Comunitária, da Escola Superior de Saúde de Bragança, preconiza-se o desenvolvimento de um Relatório de Estágio.

Este estágio decorreu entre 18 de setembro de 2017 e 16 de fevereiro de 2018, num total de 420 horas (anexo I), ao longo do mesmo desenvolveram-se diversas atividades em vários domínios da Enfermagem Comunitária. Numa 1ª fase foi realizado o diagnóstico de saúde de uma comunidade, cujo tema é avaliação da qualidade de vida do idoso não

institucionalizado e por fim foi concebido, planejado, realizado e avaliado um projeto de intervenção comunitária (mercê do diagnóstico da situação de saúde) com base na metodologia do planejamento em saúde.

O seu desenvolvimento teve subjacente a definição dos objetivos e competências a adquirir, definidas no Guia Orientador de Estágio, que se concretiza em contextos da prática através da realização de um trabalho de âmbito científico.

A elaboração deste relatório de estágio pretende, para além de dar resposta a uma exigência curricular e servir de instrumento de avaliação, descrever de forma objetiva e sequencial as atividades desenvolvidas ao longo do estágio.

Este relatório é estruturado de forma a facilitar a sua leitura, assim inicialmente abordamos uma contextualização do campo de estágio e área de influência, de seguida enunciaremos as atividades desenvolvidas ao longo do estágio e em conclusão uma análise crítica e considerações finais.

1. Contextualização do Campo de Estágio

O estágio foi realizado na Unidade Funcional: Unidade de Cuidados à Comunidade (UCC) do Centro de saúde de Macedo de Cavaleiros, integrado na unidade Local de Saúde do Nordeste (ULSNE).

A UCC é uma das unidades funcionais que trabalham no âmbito comunitário com uma equipa multiprofissional em estreita articulação com as demais equipas funcionais e compete-lhe constituir a equipa de cuidados continuados integrados (Dec-Lei nº 101/2006, de 6 de Junho).

Segundo o Dec-Lei nº 28/2008 de 22 de Fevereiro, artº 11º, a Unidade de Cuidados na Comunidade

... presta cuidados de saúde e apoio psicológico e social de âmbito domiciliário e comunitário, essencialmente a pessoas, famílias e grupos mais vulneráveis em situação de maior risco ou dependência física e funcional ou doença que requeira acompanhamento próximo, e atua na educação para a saúde, na integração em redes de apoio à família e na implementação de unidades móveis de intervenção.

1.1. Área de Influência

Este estágio teve como principal propósito a elaboração de um diagnóstico de situação. Este diagnóstico foi alargado ao distrito de Bragança num projeto que abrangeu 12 concelhos a 800 idosos (≥ 65 anos) (ver figura 1), com o intuito de obter uma avaliação gerontológica integral, deste grupo etário a residirem na comunidade (não institucionalizados).

O número total de idosos (≥ 65 anos) do distrito de Bragança (12 Concelhos), segundo o INE é de 37.849, distribuídos pelos diferentes concelhos (ver **quadro 1**).



Figura 1- Concelhos do distrito de Bragança

Fonte: <http://www.dholmes.com/master-list/braganca/district-braganca.html>

Quadro 1 – População residente (≥ 65 anos) por município, sexo e grupo etário, do distrito de Bragança.

Período de referência dos dados	Local de residência (NUTS - 2013) (1)	População residente (N.º) por Local de residência (NUTS - 2013), Sexo e Grupo etário; Anual									
		Sexo									
		H					M				
		Grupo etário									
		65 - 69 anos	70 - 74 anos	75 - 79 anos	80 - 84 anos	85 e mais anos	65 - 69 anos	70 - 74 anos	75 - 79 anos	80 - 84 anos	85 e mais anos
		N.º	N.º	N.º	N.º	N.º	N.º	N.º	N.º	N.º	N.º
2016	Carrazeda de Ansiães	201	182	175	135	141	220	231	214	223	258
	Freixo de Espada à Cinta	86	121	88	79	63	103	149	134	134	84
	Torre de Moncorvo	252	228	238	257	223	267	314	320	338	383
	Alfândega da Fé	134	147	127	129	113	167	173	182	171	150
	Bragança	1 010	864	735	552	384	1 115	1 003	930	782	746
	Macedo de Cavaleiros	476	433	365	342	247	501	555	518	511	562
	Miranda do Douro	213	207	224	207	146	248	271	286	256	248
	Mirandela	736	610	531	437	307	799	730	697	605	581
	Mogadouro	291	230	291	264	209	282	365	380	355	317
	Vila Flor	205	180	165	144	110	208	244	226	188	187
	Vimioso	135	105	140	139	145	116	182	188	196	158
	Vinhais	278	281	327	323	260	288	365	405	349	444

Fonte: População residente (N.º) por Local de residência (NUTS - 2013), Sexo e Grupo etário; Anual - INE, Estimativas anuais da população residente
Última atualização destes dados: 15 de junho de 2017

2. Atividades Desenvolvidas no Estágio

A elaboração do diagnóstico de saúde da comunidade foi elaborada com base na metodologia do Planeamento em Saúde, integrando os conhecimentos sobre determinantes da saúde (meio ambiente, estilos de vida, biologia humana e sistema de saúde), este reconhecimento permitiu integrar variáveis socioeconómicas e ambientais para a identificação dos motivos dos problemas de saúde e das necessidades em saúde dessa mesma comunidade, foi feita uma avaliação da qualidade de vida dos idosos, não institucionalizados, do distrito de Bragança e foram definidos os seguintes objetivos:

- Avaliar a qualidade de vida segundo as dimensões da WHOQOL BREF;
- Avaliar a qualidade de vida dos idosos, não institucionalizados, no distrito de Bragança, segundo as variáveis sociodemográficas, avaliação sensorial, hábitos de vida e estado de saúde;
- Avaliar a funcionalidade dos idosos, não institucionalizados, no distrito de Bragança, para a realização de atividades instrumentais de vida diária;
- Analisar a relação entre o score do WHOQOL BREF, pontuações obtidas no Índice Lawton & Brody e Escala de Recursos Sociais OARS-MFAQ.

Face aos objetivos delineados optou-se por um estudo descritivo-analítico e transversal com uma abordagem quantitativa. A amostra é constituída por 581 pessoas idosas (≥ 65 anos) residentes nos 12 concelhos do distrito de Bragança. A dimensão da amostra dependeu essencialmente das características da investigação e do contexto onde a mesma foi recolhida.

Optamos por uma amostragem não probabilística, acidental por conveniência. Para a colheita de dados utilizou-se um formulário, aplicado pela investigadora.

Para a abordagem aos idosos efetuaram-se vários contatos com presidentes de juntas de Freguesias, Centros e Saúde e visitas porta a porta.

O presente estudo, com a temática “Qualidade de Vida dos idosos”, permitiu concluir que:

- A amostra estudada é majoritariamente feminina, a média de idades é de 76,75 anos, 59,4% dos idosos são casados e 95% são reformados. As ocupações não qualificadas (68%) é a categoria profissional mais frequente e o nível de escolaridade é de 72% dos idosos com nível de escolaridade \leq a 8 anos (até ao 6º ano de escolaridade), 18,4% não sabe ler nem escrever;
- 55,8% destes idosos vivem com o conjugue, encontrando-se 26,7% de idosos que vivem sozinhos. 96% têm quem cuide deles em que 76% cuidaria tanto tempo quanto necessite, essa ajuda 67% seria dada pelos filhos e 43% pelo conjugue;
- As maiores médias de QDV da WHOQOL BREF vão para o domínio psicológico (57) e meio ambiente (56,6), as médias mais baixas vão para o domínio das relações sociais (53,1). O sexo masculino está relacionado com melhor QDV percecionada e estão mais satisfeitos com a sua saúde. Ser mulher e o aumento da idade está relacionado com pior avaliação da QDV nos 4 domínios;
- A relação entre as alterações visuais e auditivas e WHOQOL BREF só foi confirmada nos domínios físico e relações sociais;
- A relação entre estado de saúde e WHOQOL BREF, foi confirmada nos 4 domínios;
- A amostra apresenta algum nível de independência instrumental com uma média de 6,6 no índice de Lawton e Brody e verificou-se que há relação entre o índice de Lawton e Brody e a WHOQOL BREF, ou seja, maior independência instrumental leva a uma maior QDV percecionada;
- Nas relações sociais a amostra apresentou um nível 3 na escala OARS, relações sociais ligeiramente insatisfatórias. Quando analisada a sua relação com a WHOQOL BREF verifica-se que quanto maior a degradação social maior é a degradação da QDV. Viver acompanhado aumenta a QDV percecionada e quando não há alguém disposto a ajudar é penalizado nos 4 domínios da escala WHOQOL BREF.

Após elaboração do diagnóstico de saúde, desenhou-se um projeto de intervenção comunitária no âmbito da QDV no domínio relações sociais da WHOQOL BREF (domínio que apresentou scores mais baixos na amostra estudada).

Neste projeto foi determinado o perfil de saúde da comunidade, procedeu-se à definição de prioridades e elaboração de objetivos mensuráveis e estratégias que respondam aos objetivos definidos.

Planearam-se intervenções que fossem de encontro às necessidades identificadas atendendo aos recursos disponíveis (necessários e existentes), possíveis parcerias e envolvimento de outras organizações.

Criou-se um plano de avaliação de forma a quantificar os ganhos em saúde da comunidade em estudo e definiu-se um plano de ação.

Para além do projeto de intervenção e sua execução, integrado nas competências do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública (***Competência 2: Contribui para o processo de capacitação de grupos e comunidades,*** em que a en^{ft} especialista promove a capacitação de grupos e comunidades com vista à consecução de projetos de saúde coletivos; ***Competência 3: Integra a coordenação dos Programas de Saúde de âmbito comunitário e na consecução dos objetivos do Plano Nacional de Saúde,*** considerando a relevância e especificidades dos diferentes programas de saúde e os objetivos estratégicos do Plano Nacional de Saúde, a maximização das atividades de âmbito comunitário é fundamental para a obtenção de ganhos em saúde, ao longo do estágio aquando da abordagem ao idoso; ***Competência 4: Realiza e coopera na vigilância epidemiológica de âmbito geodemográfico,*** pois a vigilância epidemiológica constitui um importante instrumento para análise, compreensão e explicação dos fenómenos de saúde-doença, no âmbito das necessidades formativas à comunidade e juntamente com a equipa da UCC do Centro de Saúde de Macedo de Cavaleiros, foi planeada e executada uma formação aos idosos que frequentam o Centro Social e Paroquial de Carrapatas com a temática “Diabetes: alimentação e vigilância” (anexo II).

3. Análise Crítica e Considerações Finais

Podemos concluir que, tendo em conta as competências inerentes à Enfermeira Especialista em Enfermagem comunitária e de Saúde Pública formuladas no Guia Orientador de Estágio, os objetivos inicialmente pretendidos foram atingidos. Não podemos deixar de mencionar todo o percurso esculpido que nos enriqueceu, tanto em conhecimentos teórico-práticos como para o desenvolvimento pessoal, tendo sido necessário mobilizar e articular recursos materiais e pessoais, uma vez que este estágio decorreu em contexto de exercício profissional e dentro de um cronograma de estudos estipulado.

Este estágio permitiu o desenvolvimento de competências em vários domínios: social, comunicacional, trabalho em equipa, tomadas de decisões perante situações inesperadas pois implicou reflexões e momentos de auto análise.

Na certeza de que o êxito deste estágio dependeu, não só de um compromisso e dedicação pessoal, mas também da colaboração e apoio de todo um conjunto de pessoas.

Referências Bibliográficas

Declaração de alma-ata. (1978). Conferência Internacional sobre Cuidados de Saúde Primários. Disponível em <http://cmdss2011.org/site/wp-content/uploads/2011/07/Declara%C3%A7%C3%A3o-Alma-Ata.pdf>.

Decreto-lei nº 101/2006 de 6 de Junho, Diário da República N.º 109 - I Série A. Ministério da saúde. Lisboa.

Decreto-lei nº 28/2008 de 22 de Fevereiro, Diário da República, 1.ª série - N.º 38. Ministério da saúde. Lisboa.

Ministério da Saúde (2011). Orientações para a constituição e implementação das UCSP. Lisboa. (pp.2-7). Disponível em <https://www.dgs.pt/documentos-e-publicacoes/orientacoes-para-a-organizacao-e-funcionamento-das-unidades-de-cuidados-de-saude-personalizados.aspx>

Regulamento nº 128/2011 de 18 de Fevereiro, Diário da República, 2.ª série — N.º 35. Ministério da saúde. Lisboa.

Anexos

Anexo I - Cronograma de Estágio

Cronograma de estágio II/Trabalho de Projeto

Cronograma da realização de trabalho científico no âmbito de estágio II/Trabalho de Projeto na Unidade de Cuidados à Comunidade (UCC), da Unidade Hospitalar de Macedo de Cavaleiros da ULSNE:

Mês	Setembro		Outubro									
Dias	26	27	3	4	6	9	11	13	16	18	23	27
Horários	9-17h	9-17h	9-17h	9-17h	9-17h	9-17h	9-17h	9-17h	9-17h	9-17h	9-17h	9-17h
Nº horas	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8

Total de 96 horas

Mês	Novembro												
Dias	2	7	9	14	15	16	20	21	22	23	24	28	30
Horários	9-17h	9-17h	9-17h	9-17h	9-17h	9-17h	9-17h	9-17h	9-17h	9-17h	9-17h	9-17h	9-17h
Nº horas	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8

Total de 104 horas

Mês	Dezembro									
Dias	4	5	6	7	11	12	13	14	15	
Horários	9-17h	9-17h	9-17h	9-17h	9-17h	9-17h	9-17h	9-17h	9-17h	9-17h
Nº horas	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8

Total de 72 horas

Mês	Janeiro/2018									
Dias	5	8	11	16	17	18	22	23	25	30
Horários	9-13h	9-17h	9-17h	9-17h	9-17h	9-17h	9-17h	9-17h	9-17h	9-17h
Nº horas	4	8	8	8	8	8	8	8	8	8
Mês	Fevereiro/2018									
Dias	1	5	6	7	8	9	14	15	16	
Horários	9-17h	9-17h	9-17h	9-17h	9-17h	9-17h	9-17h	9-17h	9-17h	9-17h
Nº horas	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8

Total de horas: 76 +72 = 148h

Anexo II - Plano de Sessão Diabetes: Alimentação e Vigilância

Plano de Sessão Diabetes: Alimentação e Vigilância



Objetivo Geral: Promover hábitos saudáveis no idoso diabético

População-alvo: Diabéticos idosos e cuidadores

Área de Intervenção	Conteúdos	Formadores	Data	Hora	Local	Material
Diabetes: alimentação e vigilância.	<ul style="list-style-type: none">• Aspetos a ter em atenção na alimentação do diabético• O que é a glicose• Açúcares de absorção rápida e lenta• Distribuição das refeições nas 24h• Vigilância da diabetes• Como se usa insulina e locais de administração	Virgínia de Sousa (Enfermeira)	16/02/2018	15h	Centro Social e Paroquial de Carrapatos	- Computador portátil; - Vídeo projetor; - Tela de projeção



*Convidam-se os utentes diabéticos e seus cuidadores para uma apresentação de uma formação com o tema: **Boas práticas na diabetes: Alimentação e vigilância.***

Data e Hora: 16 de fevereiro (sexta-feira) às 15 horas

Local: Centro Social e Paroquial de Carrapatas

Obrigada

Projeto de Intervenção Comunitária



1. Âmbito

O projeto de intervenção surge na sequência de um diagnóstico de situação efetuado a partir dos resultados obtidos de um estudo no âmbito do estágio II/Trabalho de projeto, com o tema “Qualidade de Vida dos idosos com 65 e mais anos no distrito de Bragança. Dirigido á população de Vale da Porca, Concelho de Macedo de Cavaleiros, este projeto visa promover o convívio, as relações interpessoais e estimular o humor positivo, diminuindo o isolamento social desta população alvo.

O envelhecimento das sociedades surge em consequência do aumento da esperança de vida, sendo um fator relativamente recente, é visível na maioria dos países desenvolvidos. A melhoria das condições de vida: o aperfeiçoamento dos requisitos básicos, da nutrição, do nível educativo, económico e dos cuidados de saúde têm contribuído para o prolongamento da vida dos cidadãos de forma decisiva (Nunes & Menezes, 2014).

Este fenómeno positivo da longevidade aliado ao processo natural do envelhecimento e à qualidade de vida, nomeadamente ao nível físico, psicológico, social e meio ambiente, levaram à necessidade atuarmos nos fatores determinantes para melhorarmos estes domínios como forma de contornar o impacto negativo deste processo.

Refletindo sobre o impacto económico, social, humano e ambiental, a caracterização da qualidade de vida dos idosos na comunidade é um dado fundamental para podermos intervir, dinamizando intervenções que vão de encontro às necessidades deste tipo de população.

A razão da escolha do tema deste projeto: **Idoso Feliz...Aldeia Feliz!** prende-se com a necessidade de intervir nas relações sociais neste tipo de população cuja atividades deste âmbito não chegam às aldeias.

2. Enquadramento

O número de idosos passará de 2,1 para 2,8 milhões. A par do aumento da população idosa, o índice de envelhecimento passará assim de 147 para 317 idosos (mais do dobro), por cada 100 jovens, em 2080 (INE, 2017).

No nosso país o envelhecimento é uma realidade, como afirma Nunes e Menezes (2014, p.34) “As condições sociais das famílias portuguesas sofreram modificações nas últimas décadas, de que a redução da natalidade, a emigração e o emprego da mulher são alguns exemplos que condicionaram uma forma de viver, afetando sobretudo os seniores.”

A desertificação rural e o aumento de pessoas isoladas, principalmente idosas, e o duplo envelhecimento é uma realidade no concelho de Macedo de Cavaleiros (Conselho Local de Acção Social de Macedo de Cavaleiros, n.d.).

Nascer e crescer em determinados ambientes influencia diretamente a forma como nos desenvolvemos, o mesmo acontece com o processo de envelhecimento que é influenciado por fatores determinantes.

Um conceito importante a abordar quando falamos em determinantes do envelhecimento é o “envelhecimento ativo”, na génese deste conceito esteve outro, o envelhecimento saudável, entendido como o processo de envelhecer com saúde (Da Silva & Rodrigues citado em Azeredo, 2016).

Este é caracterizado por três ideias fundamentais: a saúde, a participação social e a segurança, sugere-se assim que o envelhecimento seja visto como um processo contínuo que se estende ao longo de todo o ciclo vital e como uma experiência positiva que através de uma integração progressiva dos idosos na sociedade, permita uma expectativa de vida saudável de forma autónoma, independente e com qualidade de vida (Veloso, 2015).

...“Envelhecimento Ativo”, entendido como processo de cidadania plena, em que se otimizam oportunidades de participação, segurança e uma maior qualidade de vida à medida que as pessoas vão envelhecendo. Sai-se de uma visão reativa, centrada nas necessidades básicas e na qual a pessoa é um agente passivo, para uma outra, pró-ativa que reconhece a pessoa como um elemento capaz e atuante no processo político e na mudança positiva das sociedades. (Programa de Ação do AEEASG, 2012, p.3)

A ideia de “envelhecimento ativo” implica uma atitude otimista do indivíduo perante a vida, mas também, por um lado, medidas que capacitam os mais velhos e suas famílias e, por outro, respostas a situações de eventual vulnerabilidade social (Programa de Ação do AEEASG, 2012).

É neste sentido que surge o presente projeto de intervenção através da implementação de atividades numa aldeia piloto (Vale da Porca) de forma a estimular o envelhecimento ativo podendo ser replicado noutras aldeias do concelho.

a. Resultados do Diagnóstico

A escolha por esta área de intervenção fundamentou-se na reflexão e no estabelecimento de prioridades sobre os problemas de saúde identificados pelo diagnóstico de saúde que teve como principal objetivo: Avaliar da qualidade de vida percecionada pelos idosos, não institucionalizados, no distrito de Bragança.

Os objetivos específicos definidos foram:

- Avaliar a qualidade de vida segundo as dimensões da WHOQOL-BREF;
- Avaliar a qualidade de vida dos idosos, não institucionalizados, no distrito de Bragança, segundo as variáveis sociodemográficas, avaliação sensorial, hábitos de vida e estado de saúde;
- Avaliar a funcionalidade dos idosos, não institucionalizados, no distrito de Bragança, para a realização de atividades instrumentais de vida diária;
- Analisar a relação entre o score do WHOQOL-BREF, pontuações obtidas no Índice Lawton & Brody e Escala de Recursos Sociais OARS-MFAQ.

Respondendo ao primeiro objetivo, os resultados obtidos permitem concluir que as maiores médias de QDV da WHOQOL BREF vão para o domínio psicológico (57) e meio ambiente (56,6), as médias mais baixas vão para o domínio das relações sociais (53,1).

Quando observamos os resultados relativamente às variáveis sociodemográficas, avaliação sensorial, hábitos de vida e estado de saúde, verificamos que o sexo masculino está relacionado com melhor QDV percecionada e estão mais satisfeitos com a sua saúde. Ser mulher e o aumento da idade está relacionado com pior avaliação da QDV nos 4 domínios ($p < 0,001$).

A relação entre as alterações visuais e auditivas e WHOQOL BREF só foi confirmada nos domínios físico e relações sociais. A relação entre estado de saúde e WHOQOL BREF, foi confirmada nos 4 domínios ($p < 0,001$).

A amostra estudada apresenta algum nível de independência instrumental (6,6 na escala de Lawton e Brody).

Nas relações sociais a amostra apresentou um nível 3 - relações sociais ligeiramente insatisfatórias, um nível que consideramos positivo. Quando analisada a sua relação com a WHOQOL BREF verifica-se que quanto maior a degradação social maior é a degradação da QDV. Viver acompanhado aumenta a QDV percecionada e quando não há alguém disposto a ajudar é penalizado nos 4 domínios da escala ($p < 0,001$).

Considerando as variáveis estudadas percebemos que elas são determinantes para a qualidade de vida e o domínio que nos merece maior atenção são as relações sociais.

3. Integração

Este projeto é transversal aos cuidados de saúde, com especial enfoque na Intervenção Comunitária e Saúde Pública. Integra-se nas diretrizes da DGS: Programa Nacional para a Saúde das pessoas idosas (MS/DGS) e da Estratégia Nacional para o Envelhecimento Ativo e Saudável 2017-2025 (Proposta do Grupo de Trabalho Interministerial, 2017).

Projeto da OMS- Cidades amigas das pessoas idosas, este projeto tem vindo a ser implementado, no âmbito de uma candidatura da Direcção-Geral da Saúde. Com a assinatura de um protocolo, a 7 de Dezembro de 2010, com a Associação Vencer o Tempo, Associação para a Educação e Prevenção da Saúde, entre outras cidades do país, a Câmara Municipal de Alfândega da Fé adere como fundadora no projeto **“Vencer o Tempo nas 7 Cidades”**.

A primeira fase do processo iniciou-se com a auscultação dos mais idosos no sentido de perceber qual o seu grau de satisfação ao nível do concelho de Alfândega da Fé em diversas áreas (espaços exteriores e edifícios, transportes, habitação, participação social, respeito e inclusão social, participação cívica e emprego, comunicação e informação e serviços comunitários e de saúde), de acordo com temas de verificação definidos pela Organização Mundial de Saúde. A segunda fase, com uma intervenção ao nível intergeracionalidade (Câmara Municipal de Alfândega da Fé, 2015).

4. Organização e Parcerias

Gestora do projeto: Enfermeira Virgínia Figueiredo de Sousa

Clientes/Utilizadores: Idosos das aldeias do concelho de Macedo de Cavaleiros

Intervenientes:

- Coordenadora do projeto: Virgínia Figueiredo de Sousa
- Equipa multidisciplinar: Enfermeira, Psicóloga, Head Coach.

Parcerias: Câmara Municipal Macedo de Cavaleiros, Juntas de Freguesia, Centros intergeracional.

Sujeitos das Ações: Idosos (≥ 65 anos) inseridos na comunidade.

Níveis de intervenção: Promoção da saúde (auto estima, relação interpessoal), prevenção do isolamento social e depressão.

Caráter das ações: Idosos das aldeias do Concelho de Macedo de Cavaleiros.

5. Período de Intervenção

Início: julho de 2018

Fim: julho de 2019

6. Plano de Ação

Inicialmente foram efetuadas reuniões com o Presidente da Junta de Freguesia, no sentido de se apresentarem os resultados do estudo e objetivos do projeto de intervenção, solicitando autorização para a realização do mesmo.

Pedi-se a colaboração para convocar um grupo de idosos (máximo 20 idosos) através de publicação em edital na Junta de Freguesia e de um espaço físico com condições para se realizarem as atividades.

Numa segunda fase procedeu-se à definição das atividades de intervenção apresentadas no seguinte Plano de Ação previsto para o presente Programa de Intervenção.

Plano de ação

Projeto: Idoso Feliz...Aldeia Feliz!				
Objetivo Geral: Estimular o envelhecimento ativo otimizam oportunidades de participação através da implementação do projeto “Idoso Feliz...Aldeia Feliz!” contribuindo para a melhoria da qualidade de vida do idoso.				
População-alvo: Idoso (≥ 65 anos) inserido na comunidade				
Objetivos específicos	Atividades	Local	Ações previstas	Data
- Divulgar o cartaz do projeto.	Fixação do cartaz nos locais de convívio da aldeia.	Aldeia Vale da Porca	1	Julho de 2018
- Sensibilizar os idosos para a importância do relacionamento com os seus pares, valorizando o estar em grupo, refletindo sobre suas rotinas e tempo livre.	Realização de atividades para a promoção do relacionamento interpessoal. Interação com elementos do grupo com base no diálogo, confronto tradições e saberes.	Junta de Freguesia Vale da Porca	2	Julho de 2018
- Promover a socialização e convívio através do exercício físico.	Realização de atividade física em grupo.	Junta de Freguesia Vale da Porca	2	Julho de 2018

6.1. Planeamento das Sessões de Intervenção

Sessões	Área de Intervenção	Conteúdos	Formadores	Data	Hora	Local
2	Promoção do relacionamento interpessoal.	1. Apresentação dos vários elementos do grupo; 2. Dinâmicas de grupo: - “Teia da amizade” ¹ - “Cartões originais” ² - “Era uma vez” ³ - “Rimas” ⁴	Virgínia Figueiredo de Sousa (Enfermeira)	1 e 2 Julho de 2018	14h	Junta de Freguesia Vale da Porca
2	Promoção da socialização através do exercício físico	Plano 1: 1. Alongamentos e ativação geral; 2. Trabalho Exercícios de tato e contacto. Plano 2: 1. Movimento e sensibilidade proprioceptiva; 2. Coordenação viso-manual e de flexibilidade.	Virgínia Figueiredo de Sousa (Enfermeira) e Daniel Venceslau (Head Coach)	6 Julho de 2018 e 12 Julho de 2018	14h	

¹**Teia da amizade:** Forma-se uma roda. Cada membro do grupo, incluindo e começando pelo dinamizador, apresenta-se ao grupo de forma muito breve. Com o novelo na mão apresentam-se e de seguida atira-se a outro participante, ficando com uma parte do cordel segura na sua mão e assim sucessivamente até que todos os participantes se apresentem. No final, haverá no interior da roda uma verdadeira teia de fios que os une uns aos outros.

O último a apresentar-se atira o novelo ao dinamizador que terá de repetir o que esse membro disse na sua apresentação. Depois, o animador devolve o novelo a esse mesmo participante, para que este o enrole à medida que repete, também, o que o membro que lho atirou inicialmente disse na apresentação e, assim sucessivamente até se desfazer a teia.

Sugestão: poderão dizer o nome, idade, locais onde nasceu e viveu, ocupação, característica de personalidade que aprecia nos outros.

Material: Um novelo de lã.

²**Cartões originais:** Cada participante recebe um cartão e uma caneta para nele escrever uma descrição de si próprio. Esta descrição deve ser feita de forma que não se adapte a mais ninguém do grupo, descrevendo principalmente a maneira de pensar e a personalidade do que o aspeto físico. Cada um lê em voz alta a sua auto descrição ao grupo.

Material: Cartão e caneta para cada participante.


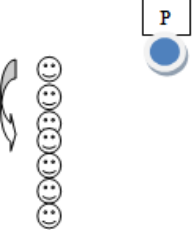
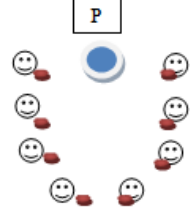
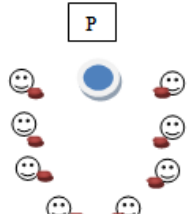
³**Era uma vez:** O jogo começa com os objetos colocados no centro da roda. Após se escolher quem vai começar a contar a história, esse idoso começa dizendo “Era uma vez... um boneco que...”. O idoso sentado à sua direita continua a história dizendo outra frase “... se chamava Pedro...”, e assim sucessivamente até ao último jogador. O último idoso terá de dizer a frase que finaliza a história. Poderão ser feitas várias rodadas se for um grupo pequeno, para conseguir uma história mais completa. Convém que se tenham bastantes objetos à escolha.

Material: Um boneco, uma garrafa de água, um lenço (Objetos variados à escolha).


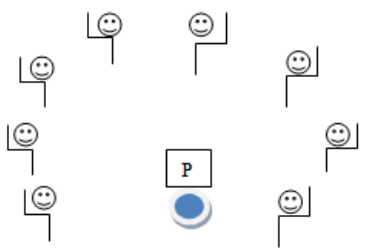
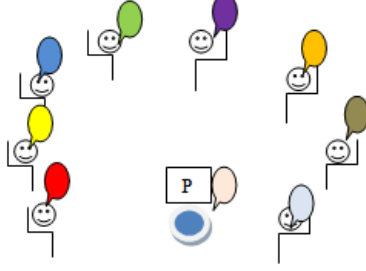
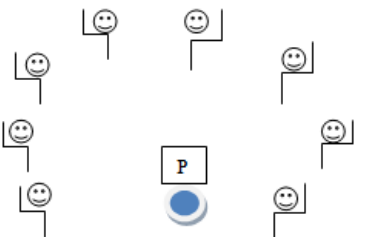
⁴**Rimas:** Os idosos sentam-se em círculo e no centro encontra-se um cesto com vários papéis, cada um com duas palavras que rimem. Numa ordem pré- estabelecida, cada idoso tira um papel. Volta a sentar-se, abre o papel e, em seguida, terá de fazer uma rima com essas duas palavras. O jogo termina quando todos os idosos tiverem retirado um papel do cesto e feito rima com elas.

Material: Papéis com duas palavras que rimam; um cesto; canetas.

Plano 1: Trabalho de tato e contacto, sentido de posição e do movimento ou sensibilidade proprioceptiva.

			
Parte inicial	Alongamentos e ativação geral Caminhar em volta do salão, inclui várias vertentes da marcha e movimentos dos membros superiores. Deslocamentos laterais, frontais, de costas, com elevação do joelho à frente, toque do calcanhar atrás.		10'
Parte principal	Exercícios de manipulação de bolas de esponja, com as variantes: Apertar a bola na palma da mão Apertar a bola com a ponta dos dedos Esfregar a bola com ambas as mãos		30'
Parte final	Promover o Retorno à Calma Na posição de sentados passar a bola para o colega sentado ao lado (pela frente e por detrás)		5

Plano 2: Trabalho de coordenação viso-manual e da flexibilidade.

			
Parte inicial	<p>Alongamentos e ativação geral</p> <p>Os idosos são dispostos em círculo na sala e são motivados a predispor o organismo para a atividade física; através de exercícios de mobilidade articular, principalmente dos MS, mãos, antebraço e braço. (Flexões, extensões, mobilidade articular dos dedos das mãos, rotações dos pulsos.</p>		10'
Parte principal	<p>Os idosos são dispostos em círculo, sentados na cadeira e seguram um balão na mão cada. O balão está preso a um fio. Os idosos vão realizar vários exercícios com os balões como: segurar no fio do balão com uma das mãos e bater em cima com a outra. Bater com as pontas dos dedos, com as costas das mãos, bater com os joelhos e dar pontapés.</p> <p>Os idosos batem no balão de forma aleatória</p>		30'
Parte final	<p>Promover o Retorno à Calma</p> <p>Os idosos executam exercícios de alongamentos dos MS e MI que incluem flexões, extensões, rotações, abduções e aduções.</p>		5

7. Avaliação

A avaliação será realizada pela entidade gestora do projeto e pelo coordenador do mesmo, tendo como base indicadores de Estrutura, Processo e Resultado.

Com o objetivo de otimizar a gestão do presente projeto são referidos os indicadores

Indicadores de Estrutura, indicam as características dos contextos em que ocorrem as atividades) e serão avaliados ao longo do projeto para controlo da evolução do mesmo (Tabela1).

Tabela 1 - Indicadores de Estrutura

Recursos humanos	Recursos materiais
<ul style="list-style-type: none">• Equipa do projeto• Profissionais de saúde• Equipa multidisciplinar de saúde	<ul style="list-style-type: none">• Sala para as atividades• Material para as atividades (cartões, canetas, bolas, etc..)• Cartaz de divulgação

Indicadores de processo, estão ligados ao planeamento e à implementação de cada atividade proposta (medição da prestação) e serão avaliados ao longo do projeto, no sentido de se aferir a sua eficácia (tabela 2).

Tabela 2 – Indicadores de processo

Indicadores de processo
<ul style="list-style-type: none">• Tempo para planeamento de cada atividade• Tempo para realização de cada atividade• Avaliação de cada atividade• Percentagem de ações desenvolvidas• Índice de participação da população-alvo nas atividades

Indicadores de Resultado, permitem avaliar os ganhos em saúde.

A avaliação deste projeto de intervenção em saúde comunitária será feita após a sua implementação tendo por base os objetivos, os indicadores e as metas previamente estabelecidas, sabendo nós que relativamente aos indicadores de resultado a avaliação não pode ser imediata, pois este tipo de indicadores requer algum tempo para se medir o impacto que o projeto teve. Serão avaliados em 2019, através da realização de uma investigação com características idênticas.

Tabela 3 – Indicadores de resultado

Indicadores de resultado	Metas	
	Junho 2018	Setembro 2019
Média no domínio relações sociais WHOQOL BREF	53,1	60

Indicadores de desempenho, serão avaliados ao longo do projeto, para controlo da evolução do mesmo. Será avaliado o cumprimento das atividades previstas e a participação da população alvo convidada para cada atividade. O indicador de desempenho considerado será a aplicação do plano de ação a todas as aldeias do Concelho de Macedo de Cavaleiros e envolvimento dos idosos.

Tabela 4 – Indicadores de desempenho

Indicadores de desempenho	Metas	
	Julho 2018	Julho 2019
Percentagem de ações desenvolvidas	90%	90%
Índice de participação da população alvo	90%	90%

Referências Bibliográficas

- Câmara Municipal de Alfândega da Fé (2015). Vencer o tempo nas 7 cidades em Alfândega da Fé. Disponível em: <https://www.cm-alfandegadafe.pt/pages/577>
- Conselho local de Ação Social de Macedo de Cavaleiros (n.d.). Diagnóstico Social. Disponível em: https://www.cm-macedodecavaleiros.pt/uploads/document/file/2052/Diagnostico_Social_do_Concelho_de_Macedo_de_Cavaleiros.pdf
- INE. (2017). Projecções de População Residente 2015-2080. Disponível em https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_destaquas&DESTAQUE_Sdest_boui=277695619&DESTAQUESmodo=2&xlang=pt
- Nunes, L., & Menezes, O. (2014). *O bem-estar, a qualidade de vida e a saúde dos idosos*. Lisboa: Edições Caminho
- Programa de ação. (2012). Ano Europeu do Envelhecimento Ativo e da Solidariedade entre Gerações. Governo de Portugal. Disponível em http://www.igfse.pt/upload/docs/2012/Programa_AcaoAnoEuropeu2012.pdf
- Proposta do Grupo de Trabalho Interministerial, (2017). Estratégias nacionais para o envelhecimento ativo e saudável 2017-2025, (Despacho n.º12427/2016). DGS. Disponível em: <https://www.sns.gov.pt/wp-content/uploads/2017/07/ENEAS.pdf>
- Veloso, A. S. (2015). *Envelhecimento, Saúde e Satisfação* (Tese de Mestrado, Faculdade de Economia da Universidade de Coimbra). Disponível em <http://hdl.handle.net/10316/29711>

Anexo I - Cartaz de divulgação



Projeto de intervenção comunitária

Idoso Feliz...
Alders Feliz!

Atividades de grupo

Promoção de relações interpessoais

Destinatários
Idosos ≥ 65 anos
Local
Junta de Freguesia