

Qualidade de Vida Em Idosos Institucionalizados numa Residência para Idosos na Galiza

Diogo Manuel Nunes Tristão

**Relatório de Estágio apresentado à Escola Superior de Saúde de
Bragança para obtenção do grau de mestre em Envelhecimento Ativo**

Bragança, Outubro de 2012

Qualidade de Vida Em Idosos Institucionalizados numa Residência para idosos na Galiza

Diogo Manuel Nunes Tristão

**Relatório de Estágio apresentado à Escola Superior de Saúde de
Bragança para obtenção do grau de mestre em Envelhecimento Ativo.**

Orientado por: Carlos Dozil Diaz

Co-orientado por : Carlos Pires Magalhães

Bragança, Outubro de 2012

Resumo

Do aumento generalizado do número de idosos emerge a necessidade de prestação cuidados de atenção que potenciem as capacidades físicas e psíquicas, a manutenção da autonomia, um envelhecimento ativo e bem sucedido. A avaliação da qualidade de vida constitui uma mais-valia, pois através da análise desta podem retirar-se dados importantes que permitam intervir na população idosa.

O presente estudo teve como objetivo avaliar a qualidade de vida em idosos institucionalizados. Para a sua concepção recorreu-se a metodologias quantitativas. Desenhou-se um estudo observacional analítico de carácter transversal, aplicando-se o índice de qualidade de vida FUMAT (Alonso, Sánchez, & Martinez, 2009) a uma amostra de 35 idosos residentes no CTX-A Veiga na região da Galiza em Espanha.

A amostra estudada é maioritariamente constituída por elementos do sexo feminino, viúvas, apresentando deterioro ao nível cognitivo, bem como dependências ao nível funcional. A idade média apresentada é de 79,6 anos, sendo o grupo etário dos 75-84 anos o mais representado.

Os resultados obtidos revelam para o índice de qualidade de vida, pontuações mais elevadas em indivíduos com habilitações literárias do que sem elas. Verificou-se ainda que os indivíduos com alterações do estado cognitivo e funcional obtiveram médias mais baixas em relação ao índice de qualidade de vida.

Palavras chave: Qualidade de vida, idoso, institucionalização.

Resume

Del aumento general en el numero de personas mayores surge la necesidad de proporcionar cuidados de atención que mejoran las capacidades físicas, el mantenimiento de la autonomía y un envejecimiento activo y exitoso. La evaluación de la calidad de vida aparece como un activo, porque mediante su análisis pueden retirarse datos importantes permitiendo intervenir en los ancianos, consiguiendo una mejora en los servicios prestados por las instituciones para personas mayores.

El presente estudio tiene como objetivo valorar la calidad de vida en ancianos institucionalizados. Por eso, se ha dibujado un estudio descriptivo y analítico de carácter transversal, aplicando en índice de calidad de vida FUMAT a una muestra de 35 ancianos residentes en el CTX- A Veiga en la región de Galicia en España.

Las personas mayores son en su mayoría mujeres, viudas, con deterioro cognitivo y dependencia funcional. La edad media presentada es de 79,6 años y el grupo de edad 75-84 fueron el más representado.

Los resultados obtenidos muestran el índice de calidad de vida es mayor en los individuos con cualificaciones que en los individuos sin estudios, cambios en el estado cognitivo y funcional tuvieron menor media comparado con el índice de calidad de vida.

Palavras clave: calidad de vida, anciano, institucionalización.

Abstract

Society has become increasingly aged and the population tends to grow old in specialized institutions. Due to the growing number of elderly it becomes demanding to deliver care that potentiates physical capabilities, maintenance of autonomy and a successful active aging. The evaluation of the quality of life is crucial. It provides important data that helps to intervene among the elderly and improves the quality of cares that are given in specialized institutions.

This work aims to evaluate the quality of life of institutionalized elderly. A transversal analytical observational study was conducted with 35 elderly that lived in CTX-A Veiga in the Spanish region of Galiza.

They were mainly widowed woman and exhibited cognitive deterioration and were functionally dependent. The average age of the subjects was 79,6 years, being the age group of 75-84 the most representative.

The results show that the quality of life was higher in individuals with higher qualifications when compared to ones without studies. Finally, the individuals with alterations of the cognitive and functional state displayed lower averages in the quality of life index.

Key Words: quality of life , elderly, institucionalization.

*“A mente que se abre a uma nova ideia jamais voltará ao seu tamanho original”
Albert Einstein*

Agradecimentos

Em primeiro lugar quero agradecer ao Professor Doutor Carlos Pires Magalhães e à Professora Doutora Augusta Mata pela dedicação prestada, pelos conselhos, acompanhamento, incentivo e disponibilidade.

Ao Don Carlos Dozil, pela disponibilidade, por possibilitar que este trabalho de investigação se realizasse e pelas orientações prestadas.

Um agradecimento muito especial para a Romina, psicóloga do CTX-A Veiga, pois foi parte integrante deste trabalho, os seus conhecimentos e sensibilidade para com os residentes do centro facilitou a aproximação necessária à realização de um trabalho como este.

Um agradecimento à direção e todos os profissionais que diariamente trabalham no CTX-A Veiga, facilitaram em tudo o desenrolar do estagio bem como do projeto de investigação, fizeram com que a adaptação a um país diferente com uma língua diferente parecer fácil. Também agradecer aos residentes participantes neste estudo pela disponibilidade e entrega.

Quero agradecer ao Márcio Carochó e à Filipa Reis pela compreensão e abrigo que deram durante a escrita deste trabalho. Aos funcionários da biblioteca da Escola Superior de Saúde, pois foram incansáveis.

Finalmente e talvez os agradecimentos mais importantes, aos meus pais, a minha mãe Lucinha, sem ela nada disto era possível, e ao meu pai Sérgio que infelizmente não chegou a poder ver este trabalho finalizado. À Catarina Sampaio pela paciência em acompanhar esta minha aventura, ao Pedro Luis Gomes que nunca falha, e o Sr. Jorge Brandão pela preocupação e animo. E um agradecimento geral a todos os que de uma forma ou de outra contribuíram para que este trabalho se realizasse.

Lista de abreviatura e siglas

AVD- Atividades da Vida Diária

CTX- A VEIGA – Centro Terapeutico Xerontologico A Veiga

DCG- Deterioro Cognitivo Grave

DCL- Deterioro Cognitivo Leve

DCM- Deterioro Cognitivo Moderado

DG- Dependente Grave

DL- Dependente Leve

DM- Dependente Moderado

DT- Dependente Total

Max.- Máximo

Min. – Mínimo

n- número

OMS – Organização Mundial de Saúde

ONU – Organização das Nações Unidas

Índice

INTRODUÇÃO	1
PARTE I- ENQUADRAMENTO TEÓRICO	4
1- O ENVELHECIMENTO	4
1.1-ENVELHECIMENTO DEMOGRÁFICO	5
1.2- GERONTOLOGIA.....	7
1.3- O ENVELHECIMENTO COMO UM PROCESSO	9
1.4- ENVELHECIMENTO ATIVO	14
2- QUALIDADE DE VIDA	18
2.1-PERSPETIVA HISTÓRICA DA QUALIDADE DE VIDA	18
2.2- CONCEITO DE QUALIDADE DE VIDA	21
2.3- QUALIDADE DE VIDA E SAÚDE	24
2.4- AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DE VIDA	24
PARTE II - PESQUISA EMPÍRICA	29
3- METODOLOGIA.....	29
3.1- CONTEXTUALIZAÇÃO E OBJETIVOS DO ESTUDO	29
3.2- TIPO DE ESTUDO	32
3.3- PARTICIPANTES.....	33
3.4- INSTRUMENTOS DE MEDIDA	33
3.5- PROCEDIMENTOS	36
3.6- METODOLOGIA DE TRATAMENTO DE DADOS	36
3.6.1- Operacionalização das variáveis.....	37
4- APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DE DADOS.....	39
4.1- OBJETIVO 1 – CONHECER SÓCIO DEMOGRAFICAMENTE OS RESIDENTES PARTICIPANTES NO ESTUDO.....	39
4.2- OBJETIVO 2 – AVALIAR O ESTADO COGNITIVO E O NÍVEL DE DEPENDÊNCIA DOS RESIDENTES PARTICIPANTES NO ESTUDO.....	41
4.3- OBJETIVO 3 – AVALIAR A QUALIDADE DE VIDA DOS RESIDENTES PARTICIPANTES NO ESTUDO.....	42
5- DISCUSSÃO DOS RESULTADOS	64
CONCLUSÕES, LIMITAÇÕES E SUGESTÕES	71
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	73
ANEXO I- ESCALA DE FUMAT.....	81
ANEXO II- TABELAS PARA A OBTENÇÃO DO ÍNDICE DE QUALIDADE DE VIDA.....	92
ANEXO III- TABELA DE REPRESENTAÇÃO DA QUALIDADE DE VIDA SEGUNDO A ESCALA DE FUMAT	95
ANEXO IV- ESCALA DE BARTHEL.....	97
ANEXO V- MINI EXAME COGNITIVO	101
ANEXO VI- QUESTIONÁRIO DE SATISFAÇÃO DOS TRABALHADORES	103
ANEXO VII- QUESTIONÁRIOS DE AVALIAÇÃO DA SATISFAÇÃO DE CLIENTES	106

ANEXO VIII- QUESTIONÁRIOS DE AVALIAÇÃO DA SATISFAÇÃO DOS FAMILIARES	108
ANEXO IX- CRONOGRAMA SEMANAL DE ATIVIDADES ACORDADO COM A DIREÇÃO TÉCNICA DA CTX- A VEIGA.....	111
ANEXO X- ATIVIDADES DO PLANO DE ENVELHECIMENTO ATIVO.....	113
ANEXO XI- ATIVIDADES DESENVOLVIDAS.....	116
ANEXO XII- CONSENTIMENTO DA INVESTIGAÇÃO	132

Índices de tabelas

Tabela 1- Análise da consistência interna de cada dimensão	35
Tabela 2-Análise de convergência interna da escala	35
Tabela 3- caracterização da idade da amostra	39
Tabela 4- Scores das Dimensões da escala de FUMAT	42
Tabela 5- Comparação das médias da dimensão de bem-estar emocional e as variáveis em estudo.....	45
Tabela 6- Comparação das médias da dimensão de relações interpessoais e as variáveis em estudo.....	47
Tabela 7- Comparação das médias da dimensão de bem-estar material e as variáveis em estudo	49
Tabela 8- Comparação das médias da dimensão de desenvolvimento pessoal e as variáveis em estudo	51
Tabela 9- Comparação das médias da dimensão de bem-estar físico e as variáveis em estudo	54
Tabela 10- Comparação das médias da autodeterminação e as variáveis em estudo.....	56
Tabela 11- Comparação das médias da dimensão de inclusão social e as variáveis em estudo	58
Tabela 12- Comparação das médias da dimensão de direitos e as variáveis em estudo	60
Tabela 13- Comparação das médias do índice de qualidade de vida e as variáveis em estudo	63

Índice de gráficos

Gráfico 1- Índice de Envelhecimento de Portugal, Espanha e Média Europeia (25 Estados Membros).....	6
Gráfico 2- Distribuição da amostra por sexo	39
Gráfico 3- Distribuição da amostra segundo os grupos etários	40
Gráfico 4- Distribuição da amostra segundo o estado civil	40
Gráfico 5- Distribuição da amostra segundo as habilitações literárias	41
Gráfico 6- Distribuição da amostra segundo o estado cognitivo	41
Gráfico 7- Distribuição da amostra segundo o nível de dependência dos residentes.....	42

Índice de Figuras

Figura 1- Pirâmide da população mundial em 2002 e em 2025	6
Figura 3- Três pilares da estrutura política para o Envelhecimento Ativo	16
Figura 4- Autonomia e independência.....	17

Introdução

Tendo como partida a problemática do envelhecimento da população, nunca como agora a Humanidade teve a oportunidade de viver tanto tempo, a natalidade decresceu consideravelmente nos países desenvolvidos, simultaneamente, houve um aumento no número de pessoas idosas. Pode falar-se nisto como a grande conquista da Humanidade, o poder envelhecer, este fenómeno recente tem origem em diversos fatores, numa evolução para uma sociedade onde existe um desenvolvimento dos sectores sociais e atenção à saúde, a própria preocupação individual com a saúde, uma crescente melhoria da alimentação, ou seja, aparece o cuidado com o corpo (Serrano, 2006).

Perante este envelhecimento da população houve necessidade de criar na sociedade civil apoios para acolher o número crescente de idosos. Assim podem “dividir-se estes apoios a idosos em dois grandes grupos, os apoios financeiros do estado (reformas, pensões, participações para medicamentos, etc.) e os apoios ao nível de infraestruturas e serviços” (Jacob, 2012, p. 129). Como o aparecimento destas infraestruturas para os idosos aparece a problemática da institucionalização, aparece o envelhecer dentro de uma instituição.

Perante este aumento de idosos é necessário que se aumente a eficácia nos cuidados de atenção dirigidos a esta população. A necessidade de melhorar inclui potenciar capacidades físicas manter a autonomia e melhorar a qualidade de vida (Lobo, Santos, & Carvalho, 2007).

Da unidade curricular trabalho de projeto/estágio, surgiu a oportunidade de realizar um estágio no âmbito do programa Erasmus.

Neste sentido este trabalho de investigação foi desenvolvido no âmbito de programa “Estágio Erasmus”, no *Complexo Terapêutico A Veiga* (CTX A Veiga), com o tema “Qualidade De Vida Em Idosos Institucionalizados numa residência para idosos na Galiza”.

Este estudo pretende avaliar a qualidade de vida em idosos institucionalizados através da “Escala FUMAT”, avaliar o nível de funcionalidade para as AVD dos idosos

através do “Índice de Barthel” e uma avaliação cognitiva através do “Mini Exame Cognitivo (MEC)”.

Para a concretização deste trabalho delinear-se os seguintes objetivos:

- Conhecer sócio demograficamente os residentes participantes no estudo;
- Avaliar o estado cognitivo e o nível de dependência dos residentes participantes no estudo;
- Avaliar a qualidade de vida dos residentes participantes no estudo.

Esta investigação insere-se no tipo quantitativo, estudo observacional, analítico de caráter transversal.

Na constituição da amostra estão 35 residentes do *CTX A Veiga* que aceitaram voluntariamente participar neste estudo.

Este trabalho estrutura-se em duas partes, sendo que a primeira reporta-se ao enquadramento teórico acerca da problemática do estudo, aqui pretende-se obter fundamentos e justificações para as análises e interpretações dos dados obtidos, a segunda parte é dedicada ao enquadramento metodológico.

A primeira parte do trabalho contém dois capítulos, o primeiro trata o envelhecimento, a sua demografia o aparecimento e desenvolvimento da Gerontologia, descreve o envelhecimento como um processo acabando na abordagem do envelhecimento ativo. O segundo capítulo desta parte foca a qualidade de vida, a sua história, a sua definição como conceito, assim como a sua associação à saúde. Finaliza na abordagem da avaliação da qualidade de vida, as suas variáveis, dimensões e indicadores.

Na segunda parte, o terceiro capítulo trata da investigação propriamente dita, é aqui que é justificada a escolha do tema, são enumerados os objetivos do estudo assim como a sua tipologia do desenho da investigação. Neste é definida a técnica de amostragem utilizada, os instrumentos de recolha de dados, assim como é explicada a metodologia de recolha de dados. Segue-se a apresentação, análise e a discussão de resultados. Esta discussão é feita à luz da bibliografia, bem como de outros resultados publicados no mesmo âmbito. No fim desta parte do trabalho são apresentadas as principais conclusões e sugestões pertinentes acerca do trabalho de investigação realizado.

**PARTE I- ENQUADRAMENTO
TEÓRICO**

PARTE I- ENQUADRAMENTO TEÓRICO

1- O ENVELHECIMENTO

Envelhecer pode ser entendido como uma das grandes vitórias da Humanidade, hoje em dia é permitido, pelo avanço da sociedade, envelhecer. No entanto uma das maiores falacias da sociedade do século XXI é mesmo essa, se por um lado foi dada permissão para envelhecer por outro nunca como antes esta população (idosa) foi tão esquecida.

Já quase em ambiente de emergência social nasce a necessidade de se desenvolverem medidas que visem um envelhecimento sustentável, que permitam as populações mais velhas poder envelhecer condignamente. A OMS (2005) refere que, “em todos os países, em especial nos países em desenvolvimento, medidas para ajudar pessoas mais velhas a manterem-se saudáveis e ativas são uma necessidade, não um luxo”.

As últimas décadas têm apresentado um crescente envelhecimento populacional, levando conseqüentemente a um aumento da prevalência de doenças crónicas e incapacitantes (Lundkvist, 2005). Estes factores implicam um conjunto novo de desafios ao sistema de cuidados de saúde, existe por um lado a necessidade de cuidados de longa duração, mas também de cuidados mais especializados como referem Wholey e Lawton (2000) citados por Martin e Brandão (2012).

Investigar o envelhecimento é um desafio, quer por se tratar de uma área relativamente recente, quer por se tratar de um domínio que abrange quase todas as áreas da ciência e ciências humanas, quer por ser um tema que se dirige diretamente a inúmeras facetas da vida individual. A análise científica do envelhecimento é multidisciplinar na sua estrutura e função, assim se a ciência pretende entender os velhos e o envelhecimento, esta tem de ser capaz de desenvolver esforço centrando a busca do seu conhecimento numa componente multifactorial: física, psicológica, socioeconómica e aspetos políticos (Baltes & Mayer, 2001).

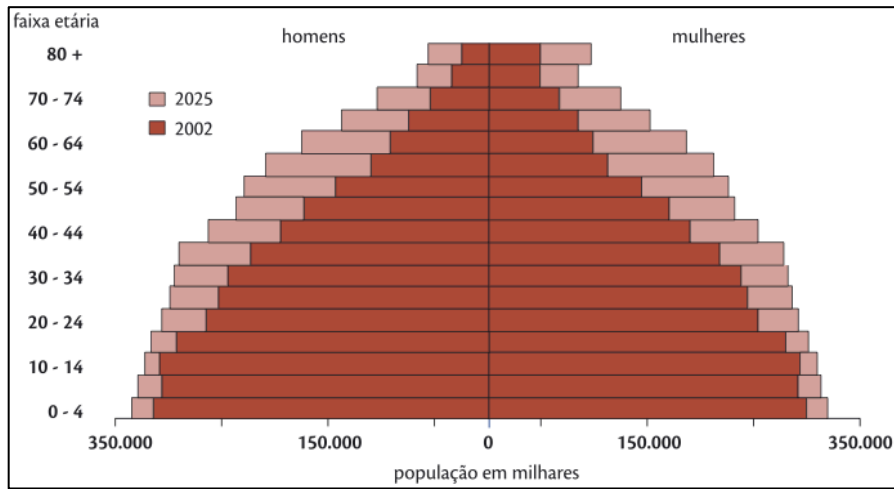
Durante este capítulo vai ser abordado o envelhecimento desde a sua evolução demográfica ao longo da história, de que modo aparece e se desenvolve a ciência do envelhecimento (Gerontologia), abordando depois o envelhecimento como um processo finalizando o capítulo na perspectiva atual do envelhecimento ativo.

1.1-Envelhecimento Demográfico

O envelhecimento é uma preocupação recente na humanidade, mas sempre existiram velhos, sempre na história da humanidade existiram velhos, desde os filósofos gregos, à medicina romana até à atualidade sempre existiram referências aos velhos e ao envelhecimento. Mas nunca como hoje este sector da população teve uma representatividade tão grande. Em 2011 o World Population Data Sheet, no Population Reference Bureau indica que no mundo 559 milhões de pessoas têm idade igual ou superior a 65 anos, o que representa 8 por cento da população mundial. Fez igualmente uma estimativa e em 2030, um em cada 8 terá 65 ou mais anos de idade. A OMS (2005) refere que a proporção mundial de pessoas com 60 ou mais anos apresenta um crescimento maior que qualquer outro grupo etário. De 1970 a 2025 é esperado um crescimento de 223%, ou cerca de 694 milhões de pessoas mais velhas, isto representa que em 2025 existam cerca de 1,2 biliões de pessoas com mais de 60 anos e em 2050 haverá 2 biliões.

A composição etária de um país, ou seja, a proporcionalidade de crianças, jovens, adultos e idosos, apresenta-se com um elemento estratégico na avaliação de uma população. O envelhecimento de uma população representa-se pelo aumento na proporção de pessoas com 60 ou mais anos, havendo uma redução das restantes faixas etária de crianças, jovens e adultos (figura 1).

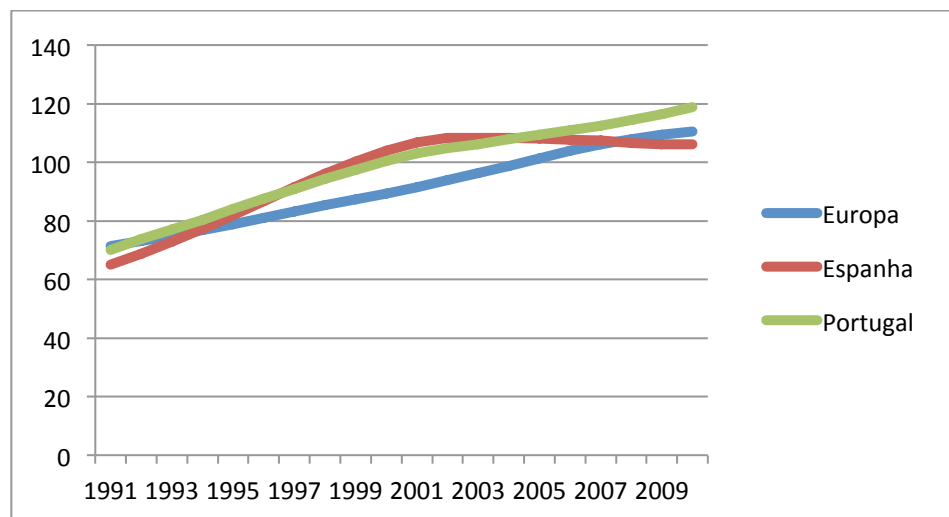
Figura 1- Pirâmide da população mundial em 2002 e em 2025



Fonte: *Envelhecimento Ativo: Uma política de saúde* (p.5), OMS (2005).

Neste momento a Europa enfrenta um índice de envelhecimento com a maior amplitude desde que são registados dados, como se pode ver no gráfico 1, onde desde 1990 até 2010 na Europa a 25 estados o índice de envelhecimento aumentou 40.4 pontos. Na península ibérica os dados do envelhecimento não são muito diferentes, Portugal apresenta mesmo um índice de envelhecimento acima da média europeia.

Gráfico 1- Índice de Envelhecimento de Portugal, Espanha e Média Europeia (25 Estados Membros)



Fonte: Pordata 2012, consultado em 9 de Outubro de 2012 em Pordata - Base de dados de Portugal Contemporâneo: <http://www.pordata.pt/Europa/Ambiente+de+Consulta/Tabela>

Os idosos atingem já 20% da população em vários países, fazendo destes um sector poderoso das sociedades democráticas, bem como uma preocupação social dos

estados. Nestes países houve um acordar para este problema, com os gastos na saúde e na segurança social a aumentar, como consequência aparece também um mercado emergente de necessidade de serviços, fazendo do setor sénior uma parte ativa da sociedade (OMS, 2005).

Walker (1999, citado por Paúl, (2005) refere três fases na evolução da preocupação política com os idosos:

1. Primeira fase vai de 1940 a 1970, quando se começa a colocar uma série de questões em torno da reforma (tornada universal nos estados da OCDE) e se enfatiza a dimensão social do envelhecimento, com os idosos a tornarem-se mais dependentes mediante a fixação de uma idade de reforma;
2. Segunda fase de 1970 a 1980 onde o envelhecimento passa a ser encarado como um problema económico;
3. Terceira fase, a atualidade, a problemática dominante continua a prender-se com a sobrecarga económica do envelhecimento e observa-se o aparecimento de movimentos políticos de idosos.

Assim o envelhecimento da população adquire um entendimento negativo, perante este aumento da população idosa assiste-se ao aumento exponencial de custos e despesas com pensões de reforma, saúde e equipamentos sociais. As gerações em idade ativa têm de suportar este envelhecimento massificado, algo que se veio a mostrar incomportável ao longo dos tempos.

Desta emergência e desequilíbrio aparece a necessidade de se estudar esta massa crescente de população e as suas características tão diferenciadoras, nasce uma ciência a Gerontologia.

1.2- Gerontologia

Netto (2006) reporta-nos ao início do século passado mais precisamente ao ano de 1903 onde Elie Metchnikoff, sucessor de Pasteur, defendeu a criação de uma nova especialidade, a Gerontologia. Este autor previa que esta área seria um dos ramos mais importantes da ciência, pelas peculiaridades do último percurso de vida humana, propondo um ramo de investigação inteiramente centrado no envelhecimento, na velhice e nos idosos.

Mas foi na década de 80 que ganha força esta nova ciência, a Gerontologia, aparecem os primeiros manuais com a sistematização de conhecimentos sobre o idoso e o envelhecimento. Nasce aqui a necessidade de dar uma visão multidisciplinar ao fenómeno. O processo de envelhecimento constitui objeto de estudo de ciências como a bioquímica, a economia, o direito, a medicina, a psicologia, a sociologia e a política. Hernandis, Pinazo e Sánchez (2005) referem que aquando da formação da gerontologia como disciplina/ciência foram encontradas três dificuldades basilares:

1. O envelhecimento é um processo, um objecto dinâmico. Para o seu estudo e necessário realizar um esforço de fixação desse processo, com o fim de desenvolver um aprendizagem ao longo do tempo. Isto implica assumir o trabalho gerontológico como uma soma de aproximações estatísticas que tentam ter uma resposta a um problema em constante mudança ao longo do tempo. Logo coloca-se a questão quão eficaz pode ser este processo de investigação.
2. A parte da população mais velha, protagonista do envelhecimento, é uma população muito heterogênia, cada vez que a gerontologia trata de representar as pessoas que estuda, ou o faz de uma forma muito redutora, ou faz com um número elevado de divisões e classificações o que pode provocar um desinteresse. Os indivíduos resistem a ser classificados em grupos de um mesmo objecto, ou do mesmo problema. Mas apesar disto se a Gerontologia pretende desenvolver-se, fixar-se e justificar a sua existência precisa encontrar um problema de partida, mesmo sendo este de difícil definição, terá de construir pelo menos um que lhe permita levar a cabo o seu trabalho.
3. Os Gerontólogos, ao mesmo tempo, que ao existirem, exigem a aceitação da gerontologia como uma disciplina, com o passar do tempo têm feito uma argumentação crescente a favor da investigação multidisciplinar do envelhecimento. Mas se este objecto de estudo tem características tão multidisciplinares, como pode esta disciplina querer abarcar todo este conhecimento, deve a gerontologia focar-se no estudo científico do envelhecimento? Será que se pode limitar tanto o estudo da gerontologia e ao mesmo tempo poder justificar a sua existência, ou pelo contrário se tenta sustentar que o envelhecimento e as pessoas mais velhas são terreno

exclusivo da investigação gerontológica, mas esta deve subdividir-se em tantas subespecialidades como em aspectos do objecto de estudo. Assim coloca-se a questão se esta estratégia não provocará uma fragmentação da disciplina, colocando-a em fortes tensões com outras ciências, como as ciências sociais, podendo chegar ao ponto de se questionar a sua existência. Pode dizer-se que se a gerontologia ultrapassa a multidisciplinaridade, esta pode criar um excesso de ambição (acumular todo acerca do objeto) ou por se expandir demais (sistematização de demasiados aspectos do problema), o que pode ameaçar a sua própria existência.

Posto isso Benson, Rice e Johnson (1999 citados por Paúl, 2005) referem que a gerontologia e todo o que se encere no seu estudo tenta explicar:

1. Os problemas funcionais dos idosos em termos de incapacidades e dificuldades para levar uma vida independente;
2. O envelhecimento como um processo que ocorre ao longo do tempo, como é que os indivíduos crescem e envelhecem (aspectos biológicos, psicológicos, e sociais da senescência);
3. A idade como padrão de comportamento social.

Assim a Gerontologia estuda as bases biológicas, psicológicas e sociais da velhice e do envelhecimento, enquanto a Gerontologia Social se encarrega do estudo do impacto das condições socioculturais e ambientais no processo de envelhecimento e na velhice, bem como as consequências sociais do processo e as ações sociais que pretendem otimizar o processo de envelhecimento. No mesmo sentido a psicologia dos idosos, da idade e do envelhecimento podem ser encaradas como áreas específicas da gerontologia, mesmo tendo métodos e objetos de estudo diferentes, este universo amplo de estudos de envelhecimento e idosos pode ser denominado genericamente Gerontologia (Paúl, 2005).

1.3- O Envelhecimento como um Processo

Santiago (2006, p. 13) diz que os “humanos como qualquer outra espécie animal está sujeito a um ciclo de vida, este inicia-se na fecundação e termina na morte”.

Pegando na componente biomédica, o envelhecimento é a etapa final do ciclo de vida, é um período de tempo variável, que termina no desaparecer do indivíduo como ser vivo.

González (2006) citando Bellamy (1988) refere que o conceito de envelhecimento biológico como um processo intrínseco que afeta todos os organismos vivos e que se caracteriza em dois eixos básicos, no primeiro acontece uma diminuição progressiva da vitalidade, no segundo existe uma diminuição progressiva da capacidade de adaptação às mudanças. Este processo de envelhecimento liga-se ao aumento da probabilidade de morrer ao longo da vida, havendo um limite fixo de tempo máximo de vida para cada espécie. Na prática classifica-se “velho” um indivíduo que atinja a idade onde a mortalidade da sua espécie seja de cerca de 60%.

Na velhice se nos reportarmos ao seu étimo, este deriva de velho, com génese na expressão latina, *veclus*, *vetulusm*, que significa pessoas de muita idade (Fernández-Ballesteros, 2004).

No recenseamento americano são distinguidas 3 faixas etárias (Oliveira, 2005):

- 1) Idosos jovens (*elderly*), compreendida entre os 65 e os 74 anos;
- 2) Idosos (não adjetivada), compreendida entre 75 e 84 anos;
- 3) Muito idosos (*Very Old*), a partir dos 85 anos.

As manifestações somáticas da velhice, tendo em conta que este é o estagio final no ciclo de vida, caracterizam-se pela redução da capacidade funcional, redução da capacidade de trabalho, entre outras, associando-se estas também a perdas de papéis sociais, solidão, perdas psicológicas e motoras. Estas características podem muitas vezes desenvolver-se na terceira década de vida, ou seja, isto acontece muito antes da idade cronológica que demarca socialmente o início da velhice. De salientar que não há uma noção clara de que, por meio de características físicas, psicológicas, sociais, culturais e espirituais, possa anunciar-se como o início da velhice (Netto, 2006).

Paralelamente as consequências das crenças pessoais e conhecimento acerca dos idosos ou do envelhecimento são diversas. Percepções estereotipadas relacionadas com os idosos influenciam a forma como os indivíduos regulam o seu próprio envelhecimento, bem como as suas interações do dia a dia com as pessoas de idade avançada, sendo que estas vão influenciar igualmente a auto imagem criada pelo indivíduo velho (idoso), e as atitudes de numerosas pessoas que trabalham com e para os idosos. Hoje em dia, é refutado por parte dos Gerontólogos esta caracterização unilateral estereotipada negativa acerca do envelhecimento, estes procuram promover

percepções do envelhecimento ligadas ao envelhecimento ativo, produtivo e bem sucedido (Mayer, et al., 1999).

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

A comunidade científica tentou ao longo da história dar resposta ao mecanismo intrínseco do envelhecimento, utilizou para isso variadas teorias, até à atualidade nenhuma delas pode dar uma resposta concreta ao motivo do tempo deixar a sua marca nos organismos vivos. A metodologia variou muito desde os estudos iniciais meramente observacionais, até aos trabalhos mais elaborados com modelos manipulados geneticamente, lançando teorias com abordagens diversificadas, evoluindo muitas delas ao longo do tempo, caindo outras em desacreditação (González , 2006).

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

- Teoria ecológica de Birren (1995), onde o processo de envelhecimento resulta da interação de um determinado património genético e o ambiente a que está exposto o indivíduo.
- Teoria gerodinâmica de Schroots (1995), aqui o processo de envelhecimento é explicado com base na teoria geral dos sistemas, em que envelhecer constitui um processo que resulta de uma série finita de mudanças levando a uma maior desordem e a estruturas ordenadas de maior definição. Integra a teoria do caos e teoria da termodinâmica. A teoria do caos, existe um aumento da entropia associada à idade, resultando numa optimização da autorregulação e independência, ou seja, a ordem, contrariamente temos o enfraquecimento de algumas capacidades e recursos, a desordem. A teoria da termodinâmica desenvolvida por Yates (1993), verifica-se uma quebra de energia, determinada geneticamente e condicionada pelo ambiente. O envelhecimento é manifestado pelo declínio funcional de um órgão ou tecido, ou pela associação entre funções que causam instabilidade dinâmica.

- Teorias do desenvolvimento de Baltes e Smith (1999), explicam que as mudanças relacionadas com a idade, são perspectivadas pelo ciclo de vida de acordo com as diferentes análises interdisciplinares. Verifica-se uma elevada interação entre o funcionamento sensorial e o funcionamento cognitivo, ou seja, os factores biológicos são preditores do funcionamento intelectual.

Ainda este autor refere que conjuntamente aos modelos de envelhecimento torna-se importante frisar um aspecto relacionado com as capacidades e competências do idoso, uma vez que vão ser estas as responsáveis em grande parte para a sua dependência ou independência.

Schaie e Willis (1999) referem que a competência para a vida diária dos idosos está relacionada com o padrão de funcionamento nas atividades da vida diária, obedecendo estas a um modelo hierárquico, onde o comportamento significativo se baseia em dimensões subjacentes ao processo cognitivo.

Voltando a Sequeira (2010) este destaca três abordagens diferentes explicativas das competências relacionadas com o quotidiano dos idosos:

- Teoria dos componentes, onde existem diferentes dimensões latentes de competência, em que o meio ambiente desempenha um papel relevante ao nível da expressão e da manutenção da competência.
- Teoria do domínio específico, nesta salienta-se que a competência se deve à automatização, à experiência anterior e à especialização, pelo que a resolução de problemas nos idosos está maioritariamente relacionada com a familiaridade de um determinado domínio.
- Teoria da adequação ambiente/indivíduo, aqui a competência está relacionada com a combinação entre as capacidades do indivíduo, as experiências e os recursos do meio.

Baltes e Carstensen (2003) através dos seus estudos destacam dois modelos de competência/dependência nos idosos centrados na pessoa:

- 1- Modelo da dependência aprendida, onde dependência nos idosos não é consequente do envelhecimento biológico automático mas consequência das condições sociais, de que resulta uma tendência para sobreproteger os idosos e negligenciar as suas áreas fortes.

- 2- Teoria da seletividade socioemocional, esta explica diminuição dos contactos sociais nos idosos. Esta diminuição corresponderá a uma redistribuição de recursos e uma seleção ativa de investimentos significativos.

Como se vê a competência é composta por um conjunto de fatores, biológicos e cognitivos, resulta da idade, do estatuto socioeconómico, da capacidade subjetiva e do estilo de vida dos indivíduos. Assim os idosos mais competentes são os que têm maior capacidade física e mental, contribuindo para serem mais jovens, apresentaram um estatuto socioeconómico mais elevado, apresentarem uma melhor percepção pessoal da sua capacidade e um estilo de vida mais saudável em termos de alimentação, exercício físico e consumo de drogas (Paúl, 2005).

Com isto pode dizer-se que existe uma concorrência de factores biopsicossociais para envelhecer com competência e poder manter uma vida independente.

O percurso de desenvolvimento e envelhecimento está diretamente relacionado com a distribuição de recursos nos diferentes momentos da vida, é caracterizado por etapas típicas, como o crescimento na infância, a manutenção na vida adulta e a perda na velhice. Assim pode dizer-se que crescer envolve o alcance de níveis cada vez mais altos de funcionamento ou de capacidade adaptativa. Manter envolve estabilidade dos níveis de funcionamento em face de novos desafios contextuais ou de perdas em potencial. A adaptação às perdas significa capacidade de funcionamento em níveis mais baixos, isto acontece quando a manutenção e recuperação já não são possíveis. Este raciocínio é o pilar da teoria de seleção, optimização e compensação (SOC) de Baltes e Baltes (1990), para esta teoria os ganhos e as perdas evolutivas são resultantes da interação entre os recursos individuais e pessoais e os recursos do ambiente numa relação interdependente. Ao longo do percurso de vida acontece uma atuação sistémica entre estes três mecanismos levando à produção do desenvolvimento e envelhecimento bem sucedido ou adaptativo (Neri, 2006).

Esta teoria pretende afirmar que o individuo pode manipular as mudanças das condições biológicas, psicológicas e sociais, sendo estas, oportunidades ou restrições nos seus níveis e percursos de desenvolvimento. Neste modelo SOC, a plasticidade comportamental é fundamental, pois interessa saber como cada individuo em qualquer idade consegue gerir os seus recursos internos e as três condições referidas anteriormente no sentido de maximizar ganhos e minimizar perdas.

1.4- Envelhecimento Ativo

No modelo atual de desenvolvimento humano ao longo do ciclo de vida, para a evolução das diferentes capacidades contribuem variados factores, pode dizer-se que a mudança dessas diferentes capacidades não é unidirecional, nem universal, nem irreversível. Mesmo que algumas destas capacidades se possam deteriorar, outras contudo podem ser enriquecidas (Magalhães , 2011).

Num contacto mais próximo da população mais velha pode constatar-se que o fenómeno do envelhecimento é muito heterogéneo, envelhece-se de forma distinta. A responsabilidade de um envelhecimento “bem sucedido”, “satisfatório” ou “ativo” não está dependente da sorte ou do património genético, está sim dependente de cada um, das ações e responsabilidade individual. Saúde, padrões comportamentais e os afectos, as amizades e os contextos de vida, o tempo socioeconómico e histórico experienciado, confundem-se com os resultados dos percursos individuais, num balanço constante entre os factores pessoais e do meio, mediados por significados e valores (Paúl & Ribeiro , 2012)

Ainda os autores anteriores referem que o conceito “Envelhecimento Ativo” surge em 2002, entendido como uma evolução do conceito de “envelhecimento saudável” usado até então, a OMS cria este novo paradigma, mais abrangente que se estende além da saúde, de aspectos socioeconómicos, psicológicos e ambientais, integrando estas características num modelo multidimensional explicativo do envelhecimento. Este novo paradigma aparece como mais consensual, pois preconiza a qualidade de vida e a saúde do mais velhos, com manutenção de autonomia física, psicológica e social, onde os mais velhos são elementos ativos numa sociedade segura e onde assumem uma cidadania plena.

Então a OMS (OMS, 2005, p. 23) definiu envelhecimento ativo como “ o processo de optimização das oportunidades de saúde, participação e segurança visando a melhoria do bem-estar das pessoas à medida que envelhecem”.

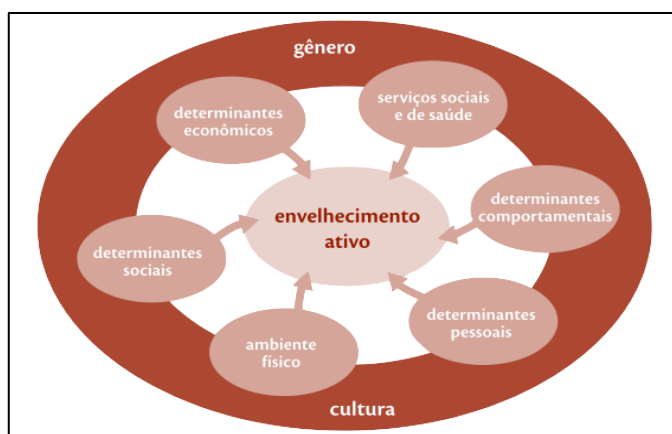
O envelhecimento passa a ser visto numa perspectiva de curso de vida, não se envelhece a partir de um ponto específico, envelhecer corresponde agora a um processo que se estende ao longo da vida onde a história individual se constrói progressivamente materializando-se em resultados de vida, contribuindo para uma adaptação mais ou

menos favorável ao desafio de envelhecer, cada percurso individual passa a ser um balanço entre ganhos e perdas (Paúl & Ribeiro , 2012).

Este novo modelo de Envelhecimento Ativo da OMS estabelece ainda um conjunto de factores que determinam o envelhecimento, são designados “determinantes” (Figura 1), estes são:

1. Pessoais, englobando os factores biológicos, genéticos e psicológicos;
2. Comportamentais, estilos de vida saudável e participação ativa no cuidado da própria saúde;
3. Económicos, rendimentos, proteção social, oportunidade de trabalho digno;
4. Do ambiente físico, das acessibilidades do meio físico aos serviços de transporte, moradias e vizinhança seguras e apropriadas, água limpa, ar puro e alimentos seguros;
5. Sociais, de apoio social, educação e alfabetização, prevenção de violência e abuso;
6. Serviços sociais e de saúde, na possibilidade de benefício destes, orientados para a promoção de saúde e prevenção de doenças, estes devem de ser acessíveis e de qualidade.

Figura 2- Determinantes do Envelhecimento Ativo (OMS, 2005)



Fonte: *Envelhecimento Ativo: Uma Política de Saúde* (p.19),OMS (2005).

A organização das Nações Unidas em 2005 aborda num ponto de vista mais abrangente o Envelhecimento Ativo, reconhece a importância dos direitos humanos dos

mais velhos e integra os princípios de independência, participação, dignidade, assistência e autorrealização estabelecendo os três Pilares do Envelhecimento Ativo (figura3).

Figura 3- Três pilares da estrutura política para o Envelhecimento Ativo

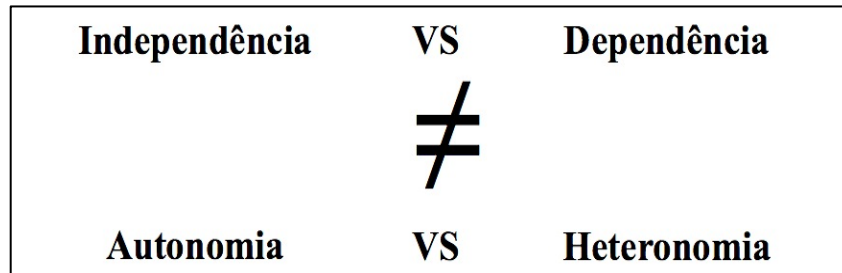


Fonte: *Envelhecimento Ativo: Uma Política de Saúde* (p.45),OMS (2005).

As Nações unidas referem ainda que uma sociedade onde é fomentado o envelhecimento ativo, não beneficia apenas as pessoas mais velhas, mas sim todos os seus cidadãos. Garantir que o sector mais envelhecido da população permaneça são e ativo é garantir um bem estar individual e colectivo. Num ponto de vista orçamental dos serviços de saúde e de assistência social, a aposta num Envelhecimento Ativo pode diminuir significativamente os gastos nestes serviços.

Mas é importante referir que o Envelhecimento Ativo tem um relacionamento muito estreito com dois conceitos, a autonomia e a independência. A autonomia é a capacidade humana de governar a própria vida, ter vontade própria, ou seja, não depender de outros nas decisões da sua vida (heteronomia). Na independência aparece a capacidade individual de desempenhar as funções relacionadas com a vida diária, viver numa comunidade com pouca ou nenhuma ajuda. No oposto a dependência indica a necessidade de ajuda nas atividades da vida diária (Pinazo , Lorente , Limón, Fernández, & Bermejo, 2010).

Figura 4- Autonomia e independência



Fonte: *Envejecimiento y Aprendizaje a lo Largo de la Vida (p7)*, Pinazo, et al (2010), in Lourdes García, *Envejecimiento Activo Y Sociedades Con Personas Mayores*. Madrid: Editorial Medica panamericana

Neste sentido os mesmo autores referem que cada vez mais os profissionais de gerontologia e geriatria não devem confundir estes conceitos e estabelecer estratégias de atuação que permitam orientar a sua pratica profissional para as seguintes metas:

1. Promoção da autonomia, prevenindo a heteronomia;
2. Promoção da independência, prevenindo a dependência.

Referem ainda que partindo do

“paradigma do envelhecimento ativo podem criar-se programas adequados melhorando as condições de saúde (através da prevenção da dependência e promovendo a independência, gerar novas oportunidades de participação e de exercício de direitos (prevenindo a heteronomia e favorecendo a autonomia) das pessoas idosas” (Pinazo , Lorente , Limón, Fernández, & Bermejo, 2010, p. 7)

2- QUALIDADE DE VIDA

“O termo ”qualidade de vida” tem grandeza nos discursos, mas quando lhe é atribuído o estatuto de conceito de investigação, este torna-se numa ferramenta incerta, a menos que seja controlada com uma precisa disciplina de pensamento e de palavra”. (Wolfensberger, 1994, p. 318)

A par dos conceitos de riqueza de cariz mais economicista a qualidade de vida apresenta-se provavelmente como o conceito mais reconhecido e mais vezes utilizado como base para a análise do bem estar e desenvolvimento de uma sociedade (Berger-Schmitt & Noll, 2000).

Da importância adquirida pela qualidade de vida este capítulo mostra a perspectiva histórica deste conceito, o modo como este pode ser definido, a sua ligação à saúde assim como esta pode ser avaliada.

2.1-Perspetiva Histórica da Qualidade de Vida

A sociedade atual apoia-se de uma forma inegável nas escolas e correntes da filosofia clássica grega e dos seus conceitos-base. Destas correntes podem-se extrapolar duas referências com especial significado pela importância e consequências que originaram até ao presente. Por um lado a visão Aristotélica da felicidade humana, que tem uma perspectiva eudemonista, ou seja, o caminho mais virtuoso para o homem é aquele que o orienta para o alcance da excelência física e moral. Uma outra perspectiva, em contraste à anterior, onde o hedonismo e o epicurismo são pilares na conceptualização da felicidade, ou seja, o desejo da obtenção de prazer em detrimento do sofrimento e da dor, esta inspira profundamente o pensamento moderno de bem-estar (Canavarro, 2010).

O termo qualidade de vida foi pela primeira vez utilizado em 1920 por Pigou num livro sobre economia e bem-estar material, no qual era discutido o suporte governamental dos indivíduos de classes sociais desfavorecidas e o impacto nas suas

vidas e sobre o orçamento de estado. Este termo não foi notado nem valorizado caindo no esquecimento (Wood-Dauphinee, 1999).

Canavarro (2010) citando Oliver Huxley, Bridges, & Mohamed (1996) refere que a medição do bem-estar das populações foi durante muito tempo influenciado pelo mercantilismo, onde os indicadores económicos seriam a base para uma avaliação da qualidade de vida. Esta perspectiva, predominou até à primeira metade do séc. XX, onde o bem-estar está diretamente dependente dos níveis económicos, sendo assim associado ao crescimento económico e ao bem-estar de uma população. Mas durante o período pós-2ª. Guerra Mundial esta perspectiva foi posta em causa, pois embora se vivesse num crescente económico, aspectos sociais, como a segurança pessoal, a confiança no governo e a solidariedade social degradavam-se. Desta não ligação entre prosperidade e desenvolvimento económico e o bem-estar da população em geral, aparece a necessidade de desenvolvimento de outras medidas que possam qualificar o bem-estar da população em geral sem uma ligação tão próxima a moldes estritamente economicistas.

Nos anos 50 os estudos focaram-se no bem-estar psicológico, não aparecendo estudos que proporcionassem um conceito mais amplo de qualidade de vida até a segunda metade da década de 60. É nesta altura que aparece um planeamento científico interdisciplinar, definindo-se como um constructo de condições materiais de vida, experiência individual vivida e uma importante dimensão psicossocial, onde se inclui o bem-estar psicológico e subjetivo (Aznar & Andreu, 2005).

Foi nos EUA a origem da consideração dos indicadores sociais na avaliação da qualidade de vida, foi sublinhada a insuficiência dos indicadores económicos até então utilizados como factor único na avaliação do bem-estar das populações (Rapley, 2003). O presidente Lyndon Johnson num discurso referente ao orçamento de estado em 1964 referiu que “os objectivos não podem ser medidos através do balanço dos bancos. Eles só podem ser medidos através da qualidade de vida que proporcionam às pessoas” (Fleck, et al., 1999, p. 20).

Na década de 70, a Europa com o aparecimento dos estados com preocupações sociais (estados de providencia) e mais tarde no norte da América nascem novos estímulos para a criação de literatura relacionada com indicadores sociais. Autores europeus Drewnowski e Erickson escreveram acerca do bem estar e o seu efeito na qualidade de vida, já na América do Norte a University of Michigan introduz a

primeiras medições da qualidade de vida, estas medições eram feitas através da análise da influencia de certas áreas como educação, saúde, família e vida pessoal, trabalho, meio ambiente, condições económicas, sobre o bem estar dos indivíduos (Wood-Dauphinee, 1999).

Oliver et al. (1996), citado por Maria Canavarro 2010) diz que a abordagem da qualidade de vida baseada em factores sociais junta aos níveis de rendimento económico tópicos como, as correntes de força laboral e de emprego; o estado de desenvolvimento do conhecimento e da tecnologia; a natureza e grau de envolvimento nas atividades políticas de governo e dos cidadãos; acesso a serviços de recreio, de saúde e de educação; e as mudanças de vida familiar e estratificação social. Este movimento que defende a consideração de indicadores sociais para a avaliação da qualidade de vida vem-se desenvolvendo até à atualidade. No entanto a partir da década de 80 a sua adequação foi posta em causa devido a dois factores principais: em primeiro, a verificação de que mudanças ao nível do bem-estar material, de desigualdades na distribuição económica e nos aspectos da vida social não correspondem a uma mudança significativa na forma como as pessoas percebem a sua vida; e em segundo, o facto de não haver associação entre condições materiais e de vida e a forma como as pessoas se sentem em relação às suas vidas, isto é comprovado pelo facto de países com elevado desenvolvimento socioeconómico apresentarem paradoxalmente elevados índices de consumo ao nível de substâncias e suicídio. Assim estes dois factores mostram um carácter muito subjetivo em relação à qualidade de vida e a sua própria avaliação.

Em 1948 a OMS define na sua constituição o termo “saúde” como, “um estado de completo bem-estar físico, mental e social, e não simplesmente como ausência de doença”. Esta definição implica a criação de um paradigma completamente reformulado nas iniciativas de promoção para a saúde, passa-se de uma promoção direcionada para os sintomas, diminuição da mortalidade ou aumento da esperança de vida, para uma onde se contempla igualmente o bem-estar e a qualidade de vida dos indivíduos.

Com o uso destas perspectivas subjetivas da qualidade de vida aparece uma tendência para excluir a descrição de condições mais externas e materiais da vida, passando a ser privilegiadas condições como o autoconceito global de bem-estar, e a substituição das dimensões negativas por outras mais positivas (Diener & Sush, 1997).

Ribeiro (1994) referindo uma comunicação de Robert Kaplan onde este autor indica a qualidade de vida como a ciência básica para a medicina do século XXI, sendo esta intitulada “Avaliação da Qualidade de Vida e Saúde relacionada com a saúde: Uma Ciência Básica para a medicina do século XXI”.

2.2- Conceito de Qualidade de Vida

A qualidade de vida tem na sua concepção uma índole complexa, abstrata, diversa, no entanto este conceito é crucial para definir a sociedade, ciências médicas e psicológicas, assim como nas políticas que afectam as populações. “Reduzindo-se a expressão à sua semântica o termo «qualidade» refere-se a um determinado grupo de atributos ou características dadas a um objeto (neste caso vida), já para o termo «vida» esta apresenta-se como uma ampla categoria onde se inserem todos os seres vivos, nasce deste modo um problema, pois a vida pode ser analisada de variadas perspectivas. Qualidade de vida é portanto um conceito multidimensional” (Fernández-Ballesteros, 1998, p. 388).

Recorrendo somente ao significado da expressão «Qualidade de vida», este pode ser ao mesmo tempo um conceito concreto e elucidativo. É concreto que comumente os indivíduos têm concepções bem definidas do que é não ter uma boa vida. Já é menos consensual a definição de quais são os aspectos positivos da vida. Algumas razões para isto acontecer estão ligadas à partilha de necessidades básicas que o Homem tem e que quando perturbadas, ou seja, não satisfeitas provocam infelicidade. Cada indivíduo tem gostos e preferências pessoais que o levam a ter considerações diferentes acerca de uma «boa vida». Assim sendo a convergência das componentes negativas da vida, e as tão diversificadas componentes positivas da vida, vão na realidade interagir e ser modificadas pelas estruturas sociais, normas culturais, e partilha de experiências vividas. Estas fazem no entanto um contraste de perspectivas que mostram como se pode estudar a qualidade de vida, baseando-se os estudos em circunstâncias que podem tornar uma «vida boa» possível, ou estudando formas mais subjetivas de bem-estar e felicidade (Daatland & Hansen, 2007).

As definições e propostas de avaliação da qualidade de vida, desenvolvidas durante as décadas de 80 e 90, podem ser classificadas de acordo com os parâmetros de avaliação valorizados, em três grandes grupos (Diener & Sush, 1997):

- As que valorizam indicadores sociais, como saúde e níveis de criminalidade;
- As que assentam em indicadores subjetivos e bem-estar, entendidos como a autoavaliação efectuada pelos indivíduo acerca das suas vidas e das sociedades em geral.
- As que remetem para índices económicos.

Na literatura da área da qualidade de vida Heinemann (2000 citado por Canavarro 2010) refere que são normalmente descritos os seus componentes numa organização piramidal, ou seja, os mais específicos na base e os mais gerais e abstratos no topo. Os componentes mais referenciados na definição do conceito são: o estado físico e as capacidades funcionais; o estado psicológico e o bem-estar; as interações sociais; o estado e os factores profissionais e económicos; e o estado religioso espiritual. (Canavarro, 2010)

Sen (1993) tem uma perspectiva baseada no conceito de capacidades, deve-se avaliar a qualidade de vida de um indivíduo através da sua capacidade em alcançar. Noutra perspectiva aparecem autores que defendem qualidade de vida com sendo um conceito mais abrangente, este aparece como uma combinação de bem-estar subjetivo e as condições de vida objetivas, onde são incluídos todos os aspetos da vida relevantes para a satisfação pessoal como aspetos económicos bem como sociais e ecológicos (Berger-Schmitt, 2000). “A ideia de que a sociedade apenas vê a riqueza como o único objectivo para o desenvolvimento social foi substituída ou estendida para onde além da riqueza a aspectos imateriais como saúde, relações sociais ou qualidade do meio ambiente” (Berger-Schmitt & Noll, 2000, p. 8).

Felce e Perry (1997) apresentam uma definição, podendo esta ser vista como mais aproximada à da OMS (World Health Organization Quality of Life Group, 1994), onde o conceito qualidade de vida aparece como um fenómeno material e psicológico, englobando descritores objectivos e avaliações subjetivas do bem-estar físico, material, social e emocional, juntando medidas de desenvolvimento pessoal e atividade significativa, ponderadas por um conjunto de valores pessoais. Na mesma linha de pensamento Cummins (1997) considera a qualidade de vida como objectiva e subjetiva, agregando estes dois eixos em sete domínios, bem-estar material, saúde, produtividade, intimidade, segurança, comunidade e bem estar emocional. Aqui a satisfação do indivíduo é resultante da importância atribuída por este a cada um destes domínios.

Pode-se assim entender a qualidade de vida como um conceito amplo, incorporante de aspectos como existência individual, ou o sucesso do indivíduo para alcançar determinados objetivos, estados ou condições desejáveis, e ainda o sentido de bem-estar e de satisfação pessoal notado na situação atual da sua vida. Oliver *et al.*, (1996) citado por Canavarro (2010), debruça-se sobre a própria etimologia do termo qualidade de vida, onde o termo *qualidade* pode ser interpretado como, o grau ou estado de excelência atribuído a alguém ou a alguma coisa; já o termo vida pode ser visto como o englobar do estado completo da atividade funcional de uma pessoa, onde se inclui o seu comportamento, desenvolvimento, fontes de prazer/sofrimento e o estilo geral de vida.

Na literatura nacional Ribeiro (1994) salienta dois sentidos para o conceito de qualidade de vida referente a saúde. No primeiro, conceito geral para o sistema de cuidados de saúde e o segundo específico para cada uma das doenças.

Noutro sentido o conceito de qualidade de vida relacionado com a saúde pode ser entendido como comportando dimensões primárias e secundárias. As primárias são respeitantes ao funcionamento físico, social e psicológico do indivíduo à sua satisfação com a vida e percepção de saúde; as segundas referem-se ao funcionamento neuropsicológico, à produtividade pessoal, à intimidade e funcionamento sexual, à qualidade do sono, à dor, à presença/ ausência de sintomas e a espiritualidade (Naughton & Shumaker, 2003).

Assim para a maioria das definições da qualidade de vida na área da saúde aparece a integração de aspetos do estado emocional, funcionamento social e funcionamento físico, comuns às definições gerais de qualidade de vida e outras dimensões específicas da área da saúde (Phillips, 2005).

O interesse pela qualidade de vida na área da saúde advém dos desenvolvimentos da própria medicina moderna que ao desenvolver tratamentos que, não permitem ou não visam a cura, permitem sim um controlo de sintomas ou um abrandamentos do curso natural da doença, aparece assim o conceito de qualidade de vida. Assim os esforços e desenvolvimentos das últimas décadas permitiram que o conceito de qualidade de vida evoluísse de uma mera noção sensibilizadora para algo capaz de gerar câmbios sociais e organizacionais (Canavarro, 2010).

2.3- Qualidade de Vida e Saúde

Mesmo sem uma definição concreta e universal sobre o conceito de qualidade de vida, é consensual que se trata de uma multidimensionalidade de factores que procura atender a uma perspectiva holística da natureza bio-psico-social do Homem (Serra, 2010).

Assim mesmo que saúde e qualidade de vida sejam conceitos que andem frequentemente ligados, mostram-se muito diferentes, não podendo ser considerados equivalentes nem tão pouco avaliados pelo mesmo tipo de instrumentos.

Para a avaliação da qualidade de vida a OMS mostrou-se preponderante na unificação do conceito. O conceito de qualidade de vida e saúde obrigou a que o doente passa-se a ser considerado numa perspectiva holística, isto é, vai ter que se ter em conta não só aquilo que sofre e das suas queixas mas igualmente têm que ser ponderadas as repercussões causadas pelas entidades clínicas a nível físico mental e social.

Do antigo modelo onde o doente era o «armazém de doença», passamos a um modelo onde não é suficiente aspirar apenas a cura, começa a ser necessário ter em conta o bem-estar físico, mental e social do individuo. Passa-se a considerar que o doente pede apoio clínico, não devido a um agrupamento de sintomas, mas sim porque nota que a sua qualidade de vida de alguma forma de deteriorou. por isso pode-se dizer que a avaliação da qualidade de vida leva a conhecer melhor a capacidade de atuação de um tratamento, pode prever recaídas, leva a prever quem coopera melhor com o tratamento e ajuda a estabelecer objectivos terapêuticos (Serra, 2010).

A busca de qualidade é hoje um objectivo partilhado pelos utentes de serviços de saúde, sociais, pelos profissionais, organizações e políticos que trabalham para alcançar serviços e praticas que proporcionem uma qualidade de vida cada vez maior.

Alonso, Martínez, Sánchez e Robert (2009) afirmam que a par dos apoios sociais e da autodeterminação, a qualidade de vida converteu-se no guia das praticas profissionais bem como o objectivo a alcançar por esses serviços.

2.4- Avaliação da Qualidade de Vida

Como se vê a qualidade de vida constitui atualmente uma variável de reconhecida importância para a elaboração de politicas de cuidados de saúde, como um guia nas

práticas profissionais, como um meio de diagnóstico das condições sociais de uma população. Perante este ganho de importância a qualidade de vida necessita de instrumentos que permitam a sua avaliação e possam fornecer dados válidos.

Schallock e Verdugo (2007) referem que a avaliação da qualidade de vida pode caracterizar-se por:

- Uma natureza multidimensional;
- Uso de um pluralismo metodológico que inclui tanto medidas objectivas como subjectivas;
- Uso de desenhos de investigação multivariada para avaliar de que forma as características pessoais e as variáveis ambientais se relacionam com a qualidade de vida medida num indivíduo;
- Incorporação da perspectiva de sistemas, que engloba os múltiplos ambientes que exercem impacto sobre o indivíduo nos níveis micro, meso, e macro;

Assim embora o interesse em obter avaliações que sejam suficientes, válidas, fiáveis e adequadas tenha desenvolvido o próprio conceito da “qualidade de vida”, mantém-se a carência em elementos práticos e ferramentas que permitam obter dados da própria pessoa, que permitam planificar os seus apoios, constituindo um feedback para que os profissionais, provedores de serviços e as organizações possam ir ao encontro de mudanças que possam levar a uma maior qualidade (Alonso, Sánchez, & Martínez, 2009).

Tratando-se de uma população idosa institucionalizada utilizadora de equipamentos sociais e sendo este trabalho desenvolvido em Espanha a escala de FUMAT aparece como um elemento de utilização viável para o estudo centrado no sistema social a qualidade de vida pode ser avaliada como um conjunto de dimensões e indicadores. São definidas oito dimensões contendo indicadores que indicam especificamente os parâmetros considerados em cada dimensão da qualidade de vida (Alonso, Sánchez, & Martínez, 2009).

“Considerando que os indivíduos se desenvolvem em vários sistemas que influenciam o desenvolvimento dos seus valores, crenças, comportamentos, atitudes, e estes por sua vez influenciam a qualidade de vida” (Alonso, Sánchez, & Martínez, 2009, p. 18).

Os mesmos autores definem três tipos de sistemas :

- O microsistema ou contextos sociais próximos, como a família, casa, grupo de amigos e local de trabalho, afectam diretamente a vida pessoal.
- O mesossistema ou “bairro”, comunidade, organismos e organizações de serviços, afectam diretamente o funcionamento do microsistema.
- O macrosistema ou os padrões mais amplos de cultura, tendências sociopolíticas, sistemas económicos e factores relacionados com a sociedade afectam diretamente os valores e crenças pessoais, assim como o significado de palavras e conceitos.

Zotikos & Castillo (2011) referem que o modelo de qualidade de vida acima rederido acenta em 8 dimensões de qualidade de vida contendo estas os indicadores para a sua avaliação:

1. Bem-estar emocional - esta dimensão tem em conta os sentimentos de satisfação (satisfação pessoal e do percurso de vida), autoconceito, os sentimentos de segurança ou insegurança, de capacidade ou incapacidade, ausência de stress relacionada com a motivação, o humor, o comportamento, a ansiedade e a depressão.
2. Relações pessoais - nesta dimensão factores como a manutenção de relações próximas (participação em atividades, estabilidade no grupo de amigos, boa relação com a família).
3. Bem-estar material - esta dimensão contempla o status económico, os rendimentos pessoais materiais que proporcionam uma vida confortável, saudável e satisfatória.
4. Desenvolvimento pessoal - aqui as competências, habilidades sociais, os papéis sociais, e a própria participação na organização do projeto de vida na instituição, são a base desta dimensão. Assim a capacidade para o aproveitamento de atividades de desenvolvimento pessoal ou de novas aprendizagens, a possibilidade de se integrar no mundo do trabalho, uma conduta adaptativa e capacidade de encontrar estratégias de comunicação são uma forma de desenvolvimento pessoal.
5. Bem-estar físico- aqui são considerados os cuidados de saúde (preventivos, gerais, no domicílio, hospitalares, etc.) são considerados aspectos como a dor, medicação e de que modo estes incidem no estado de saúde permitindo ou não fazer uma vida normal.

6. Autodeterminação- esta dimensão tem com fundamento o projeto pessoal, ou seja, a possibilidade de tomar decisões. Aqui aparecem factores como metas e valores, gostos interesses e objetivos pessoais. Também aqui é considerada a autonomia pessoal, ou seja o direito individual de cada pessoa a tomar decisões sobre a própria vida.
7. Inclusão social- aqui são consideradas as rejeições e discriminações por parte da sociedade, isto é avaliado considerando a amplitude da rede de amigos, assim como a interação em atividades de ócio comunitárias. A inclusão social pode ainda ser medida através da participação e acessibilidade, permitindo romper barreiras físicas que possam dificultar a participação social.
8. Defesa dos direitos- aqui é contemplado, o direitos a intimidade, o direito ao respeito no trato recebido. Também é verificado o grau de conhecimento individual em relação ao direitos de cidadania.

PARTE II – PESQUISA EMPÍRICA

PARTE II - PESQUISA EMPÍRICA

3- METODOLOGIA

Uma pesquisa empírica ou investigação empírica “é uma investigação em que se fazem observações para compreender melhor o fenómeno a estudar” (Hill & Hill, 2005, p. 19), ainda este autores referem que todas as ciências, quer nas naturais quer nas sociais, baseiam-se em investigações empíricas, ou seja, as observações deste tipo de investigação podem ser utilizadas como explicações ou teorias mais adequadas. Este capítulo começa com a contextualização do problema, apresenta os objectivos de estudo. Em seguida será abordada a metodologia para a concretização desses objectivos. O capítulo finaliza com a apresentação e discussão dos resultados.

3.1- Contextualização e Objectivos do Estudo

Acerca da problemática de uma sociedade institucionalizada pode afirmar-se que, “os fenómenos da pós modernidade vieram revolucionar a gestão do tempo e das atividades quotidianas da maioria das pessoas. A educação das crianças e jovens, o cuidado prestado a doentes, o acompanhamento dos idosos e outras pessoas desfavorecidas são exemplos de práticas que são cada vez mais institucionalizadas. Ironizando, a via sacra da institucionalização passa, sucessivamente, pelas seguintes etapas: Berçário, infantário, pré-escola, escola, universidade e, mais tarde, lar de idosos” (Pereira, 2012, p. 20).

Considerando este modelo de sociedade vemos que este tem prós e contras, ora se por uma lado se democratiza o acesso das pessoas aos benefícios destas instituições sociais, há um acesso generalizado à ciência e à técnica, por outro lado vemos que há uma tendência destas Instituições se substituírem em demasia, ou completamente aos contextos tradicionais de socialização como a família, grupos de amigos quer na infância ou terceira idade, o convívio inter-geracional espontâneo, as formas de educação não-formal, etc.

Este estudo foi desenvolvido num equipamento social vocacionado para pessoas idosas, o Centro Terapêutico Xerontolóxico - A Veiga, este centro localiza-se em Espanha na província da Galiza num ambiente rural do município de Lánara. Este centro tem como missão a necessidade de responder aos desafios do envelhecimento e de dependência.

Este equipamento moderno tem como objectivo um serviço de qualidade onde a satisfação plena do cliente é tido como o alvo atingir, são mantidos altos padrões no que respeita aos cuidados geriátricos, e a qualidade de vida é um factor preponderante para a obtenção de uma boa prestação de serviços.

O CTX- A Veiga dispõe de uma capacidade máxima de 178 residentes, estes dispõem de um plano de cuidados estruturados que complementa:

- Plano de atenção individual (cuidados básicos, médicos e de enfermagem)
- Plano de desenvolvimento pessoal, onde se incluem todos os serviços de fisioterapia, terapia ocupacional, estimulação cognitiva, ginástica gerontológica, atividades de animação sócio cultural etc.

Todos os residentes do centro são submetidos a uma extensa avaliação multidisciplinar. Esta avaliação pretende um conhecimento geral dos residentes, bem como detectar as necessidades e potencialidades destes, assim como garantir que são colocados na unidade que melhor pode responder às suas necessidades.

O centro dispõe de 6 unidades, que pretendem satisfazer as necessidades dos residentes:

- Unidade de Valoración- Esta é a primeira unidade que os residentes habitam, tem como objectivo alojar os residentes novos do centro até que estes sejam devidamente avaliados e distribuídos pela unidade que melhor se adequa às suas necessidades e potencialidades.
- Unidade de Cuidados Especiais- Unidade responsável por receber os residentes em dependência profunda e com necessidade de cuidados de saúde especiais.
- “Planta Azul”- Esta unidade recebe os residentes em situação de dependência funcional e com perdas cognitivas acentuadas.
- “Planta Verde”- Nesta unidade integram os residentes numa situação intermédia de dependência funcional e cognitiva.

- “Planta Roja”- Este serviço recebe os residentes independentes ao nível funcional e cognitivo.

Com o objetivo de manter os seus clientes num ambiente estimulante e fomentador de um envelhecimento ativo o CTX- A Veiga proporciona aos seus residentes um conjunto de ateliers temáticos. Este ateliers são pensados e direcionados para um envelhecimento o mais ativo e estimulante possível, estes abrangem temáticas como, estimulação cognitiva, atividades de animação cultural, saídas ao exterior, ginástica geriátrica.

Partindo deste principio dos ateliers temáticos desenvolvidos no centro, foi criado um plano de envelhecimento ativo, este plano é desenvolvido em sessões de até 45 minutos, diariamente respeitando as cronologia acordada com a direção do CTX- A Veiga (Anexo IX).

Para o desenvolvimento deste plano foi tido em conta o próprio processo de envelhecimento, ou seja, ao envelhecer podem-se perder capacidades intelectuais, essas perdas podem ser compensadas, através da pratica de conhecimentos adquiridos. A manutenção de uma vida intelectual ativa vai motivar, dar confiança e autoestima, provocando uma diminuição do isolamento e de depressões. As atividades sociais e intelectuais podem levar a uma melhora global no percurso de vida levando a um envelhecimento com êxito (Tárraga & Boada, 2004). No anexo X apresenta o modo como foi desenvolvido o processo de preparação adequação e implementação das atividades de estimulação cognitiva do plano de envelhecimento ativo. O anexo XI mostra as atividades desenvolvidas, estas abrangem temáticas como, treino de memoria, percepção, atenção, motricidade fina, exercícios de interação grupal.

De salientar que todas as atividades eram adequadas a cada grupo de trabalho, estas dividem-se em até três graus de dificuldade para que possam abranger o maior numero de residentes.

O CTX-A Veiga tem como objectivo combinar o conforto com uma cuidada hospitalidade, onde todos os cuidados e serviços têm a maior qualidade possível, neste sentido anualmente é feita uma avaliação de qualidade do serviço prestado, da satisfação dos residentes e familiares bem como a avaliação e da satisfação por parte dos trabalhadores da organização. Neste ano foi proposto o desenvolvimento de novos questionários para residentes, familiares e trabalhadores (Anexos VI,VII,VIII), assim como a sua implementação.

Partindo deste padrão alto de tratamento neste centro, focando-se este estudo em idosos institucionalizados, advém o interesse em saber com que qualidade de vida se vive nestas instituições, que se baseiam na criação de uma ambiente estimulante, onde é fomentado o envelhecimento ativo, onde se pretende um envelhecimento bem sucedido inspirado nos três pilares da OMS (2005), Participação, saúde, Segurança.

Com o estudo pretende-se:

- Conhecer sócio demograficamente os residentes participantes no estudo;
- Avaliar o estado cognitivo e o nível de independência dos residentes participantes no estudo
- Avaliar a qualidade de vida dos residentes participantes no estudo.

3.2- Tipo de Estudo

Fortin (2009), apresenta o desenho de investigação como o plano lógico criado pelo investigador com vista a obter repostas válidas às questões de investigação ou às hipóteses formuladas.

Em termos metodológicos as investigações podem ser classificadas como quantitativas ou qualitativas, Assim o desenho de investigação refere-se à estrutura geral ou plano de investigação de um estudo, que permite, ou não, responder à grande questão de investigação colocada inicialmente, permite também a recolha da informação do modo apropriado, com os procedimentos adequados, que por sua vez vai permitir exaltar os aspetos importantes da investigação (Ribeiro, 2007).

Ainda o mesmo autor referindo Aday (1989) indica dois tipos de desenho de investigação: experimental ou observacional. Num estudo onde seja implementado um desenho de estudo experimental o investigador introduz ou intervém no ambiente, pretende com isto verificar o impacto da sua intervenção, em seguida faz uma comparação com um grupo não sujeito à mesma intervenção, isto permite conclusões de causalidade da sua intervenção. O segundo desenho de estudo proposto por este autor, o estudo observacional, diz respeito aos estudos onde o investigador não intervém diretamente, este desenvolve métodos que permitam descrever eventos que ocorrem de uma forma natural. Ainda os estudos observacionais, podem dividir-se em descritivos ou analíticos, onde os primeiros apenas fornecem informação referente à população em estudo, os analíticos implicam uma análise e explicação de resultados através do exame

de relações estatísticas existentes entre variáveis, no entanto estes não mostram causalidade. Finalmente os estudos observacionais analíticos ainda podem ser denominados de transversais, quando a recolha da informação é feito num único período de tempo.

Tendo por base o que foi referido e os objectivos propostos neste trabalho o desenho de estudo mais apropriado é quantitativo, observacional analítico-transversal.

3.3- Participantes

Uma investigação empírica implica normalmente uma recolha de dados, estes são a representação das observações, medidas, ou valores de uma ou mais variáveis obtidas por um conjunto de indivíduos. O conjunto total de indivíduos sobre os quais se pretende retirar conclusões chama-se população. Perante a impossibilidade da utilização do total da população o investigador tem a necessidade de considerar uma parte dessa população total, a amostra (Hill & Hill, 2005).

Ainda este autor indica dois métodos de amostragem: amostragem causal (também chamados métodos probabilísticos, onde cada individuo tem igual probabilidade de formar a amostra) e amostragem não causal (também chamada dirigidas ou método não-probabilístico, aqui não há igual probabilidade dos indivíduos em incorporar a amostra). Dentro da amostragem não causal aparece a amostragem por conveniência, neste método são escolhidos os indivíduos facilmente disponíveis, sendo um método mais rápido e com menores custos associados.

Neste estudo foi utilizado o método de amostragem não-causal, por conveniência, pois participaram na amostra 35 residentes numa instituição (CTX-AVeiga) que participam nas atividades de estimulação cognitiva.

3.4- Instrumentos de Medida

Na investigação em saúde há uma interesse generalizado para avaliar os impactos dos problemas de saúde e a influencia destes, quer a qualidade de vida, quer a capacidade da utilização por parte dos indivíduos dos serviços de saúde.

Assim a avaliação da capacidade funcional adquire uma importância cada vez maior, o Índice de Barthel (Anexo IV) aparece como “um instrumento amplamente

utilizado para este propósito este mede a capacidade do indivíduo para a realização de dez atividades básicas da vida diária, obtendo-se uma estimativa quantiaviva do grau de dependência do sujeito” (Cid-Ruzada & Damián-Moreno, 1997, p. 127) .

Na avaliação do estado cognitivo vai ser utilizado o MEC (Anexo V), este teste que aborda o estado mental foi criado por Folstein e Col em 1975. É um teste simples e rápido onde se podem obter dados fiáveis em relação ao estado cognitivo, é amplamente usado em estudos (Hervás & Jalón, 2005).

Para a avaliação da qualidade de vida, tendo em conta a população e o local de desenvolvimento do estudo, o instrumento de recolha de dados para este parâmetro como foi referido anteriormente a escala de FUMAT (Anexo I) desenvolvido por Alonso, Sánchez e Martínez (2009), esta ferramenta é uma forma simples de analisar a qualidade de vida de pessoas que frequentam ou são clientes de serviços sociais ou de serviços que pretendam objectivamente melhorar a qualidade de vida aos seus usuários (Gómez, Verdugo, Arias, & Navas, 2008).

Esta escala é constituído por 57 perguntas divididas em oito dimensões: Autodeterminação; Direitos; Bem-estar Emocional, Inclusão social, Desenvolvimento Pessoal, Relações Interpessoais, Bem-estar Material e Bem-estar Físico. As perguntas são respondidas através de uma escala ordinal de dois tipos no primeiro: Sempre ou quase sempre= 4; Frequentemente=3; Algumas vezes=2; Nunca ou quase nunca=1. O segundo modo apresenta: Sempre ou quase sempre= 1; Frequentemente=2; Algumas vezes=3; Nunca ou quase nunca=4. Nesta escala das somas das pontuações diretas é calculada uma pontuação standard, que por sua vez corresponde a uma pontuação no índice de qualidade de vida. É este índice que nos indica a qualidade de vida do indivíduo avaliado, esta pode variar de um valor mínimo de 62 até um valor máximo de 123, sendo que quanto mais alto o valor mais alta é a qualidade de vida.

Para a avaliação da consistência interna da escala calculou-se o valor de alfa de Cronbach. O valor obtido para a totalidade da escala foi de 0,953, o que indica uma consistência interna boa.

Foi realizada também uma análise a consistência interna de cada dimensão, calculou-se o valor de alfa de Cronbach para cada uma delas como se pode ver na tabela 1.

Tabela 1- Análise da consistência interna de cada dimensão

Dimensão	Alpha Cronbach's	Nº Itens
Bem-estar Emocional	,800	8
Relações interpessoais	,439	6
Bem-estar material	,649	7
Desenvolvimento Pessoal	,923	8
Bem-estar Físico	,754	6
Auto determinação	,924	8
Inclusão social	,882	9
Direitos	,561	5

Na análise da convergência interna da escala verifica-se que as dimensões se correlacionam com o global da escala, ou seja, o índice de qualidade de vida. A não correlação acontece entre as dimensões relações interpessoais e desenvolvimento pessoal, relações interpessoais e bem-estar físico, relações interpessoais e autodeterminação, relações interpessoais e direitos, bem-estar material e desenvolvimento pessoal, bem-estar material e bem estar físico e bem-estar material e direitos como está assinalado na tabela 2.

Tabela 2-Análise de convergência interna da escala

	BE	RI	BM	DP	BF	AU	IS	DR	IQV
BE	1,000								
RI	,329	1,000							
BM	,466**	,337*	1,000						
DP	,659**	,301	,283	1,000					
BF	,508**	,181	,175	,750**	1,000				
AU	,492**	,213	,397*	,832**	,687**	1,000			
IS	,603**	,451**	,428*	,643**	,355*	,555**	1,000		
DR	,428*	,308	,148	,723**	,584**	,639**	,411*	1,000	
IQV	,747**	,430**	,534**	,900**	,752**	,846**	,713**	,704**	1,000

*Correlação significativa ao nível de 0,05; ** Correlação significativa ao nível de 0,01

3.5- Procedimentos

Fortin (2009) refere que em investigação qualquer que seja a disciplina, onde de uma forma ou de outra sejam abordados aspectos da vida humana, deve ser sempre direccionada ao respeito dos direitos da pessoa. Assim define a ética como um conjunto de permissões e de interdições com um enorme valor na vida do individuo, sendo esta a inspiração para a sua conduta.

Depois de seleccionadas as ferramentas de recolha de dados, solicitada uma autorização à direção do CTX- A Veiga (Anexo XII) para a realização de uma recolha de dados dos seus residentes com vista ao estudo da qualidade de vida, este pedido obteve deferimento e deste modo pode ser desenvolvida a investigação.

Após a autorização foi acordado que a recolha de dados ocorreria ao longo do período de estágio aquando da avaliação semanal planeada para os residentes da residência CTX-A Veiga.

Assim a aplicação das ferramentas de recolha de dados ocorreu entre Maio e Julho de 2012. O tempo despendido para a recolha de dados foi de cerca de 30 minutos.

Os participantes deste estudo foram voluntários, antes do inicio da recolha de dados foi feito um esclarecimento, informando acerca dos objectivos do estudo e da confidencialidade dos dados.

3.6- Metodologia de Tratamento de Dados

O tratamento de dados foi efectuado no programa informático Statistical Program for Social Sciences (SPSS versão 20), recorrendo-se a seguinte metodologia estatística:

- Estatísticas descritiva, onde foram realizados os cálculos de frequências absolutas e relativas, assim como médias de tendência central e a dispersão, visando estes factores a classificação dos residentes participantes no estudo.
- Teste de Shappiro-wilk para verificar a normalidade das variáveis;
- Teste t de Student para comparação de médias de amostras independentes, ou em alternativa, teste U de Mann-Whitney;

- Teste One-Way Anova ou em alternativa o teste de Kruskal-Wallis, aquando de mais de duas amostras independentes;
- Teste do Qui-quadrado para a comparação de proporções.
- A fiabilidade interna das escala foi obtida através do cálculo do Alfa de cronbach.

3.6.1- Operacionalização das variáveis

Na análise estatística é necessário a operacionalização de variáveis, neste caso as variáveis operacionalizadas foram:

- Idade – variável quantitativa continua a quando da recolha dos dados usada como tal nos testes de correlação, transformada à posteriori em variável nominal (grupo etário) estabelecendo classes de idade da seguinte forma:
 - <75 anos;
 - 75-84 anos;
 - \geq 85 anos.
- O sexo – Pela sua dicotomia possui duas categorias, masculino e feminino.
- Estado civil – variável foi operacionalizada em:
 - Casado,
 - Solteiro;
 - Divorciado;
 - União de Facto;
 - Viúvo.
- Habilitações literárias – variável operacionalizada em 5 grupos:
 - Sem estudos;
 - Estudos básicos;
 - Estudos médios;
 - Estudos altos;
 - Estudos universitários.
- Mini Exame Cognitivo, esta variável foi operacionalizada segundo a classificação obtida neste exame e dividida em cinco categorias:

- Normal,
 - Deterioro cognitivo leve;
 - Borderline;
 - Deterioro cognitivo moderado;
 - Deterioro cognitivo grave.
- Índice de Barthel,- operacionalizada pelo resultado óbito no índice, dividida em cinco categorias:
 - Independente;
 - Dependente Leve;
 - Dependente moderado;
 - Dependente grave;
 - Dependente total.
 - Índice de qualidade de vida- obtido pela pontuação resultante da aplicação da escala de FUMAT, em que a pontuação mínima é de 62 e a máxima de 123, sendo que quanto maior o valo obtido mais será a qualidade de vida.

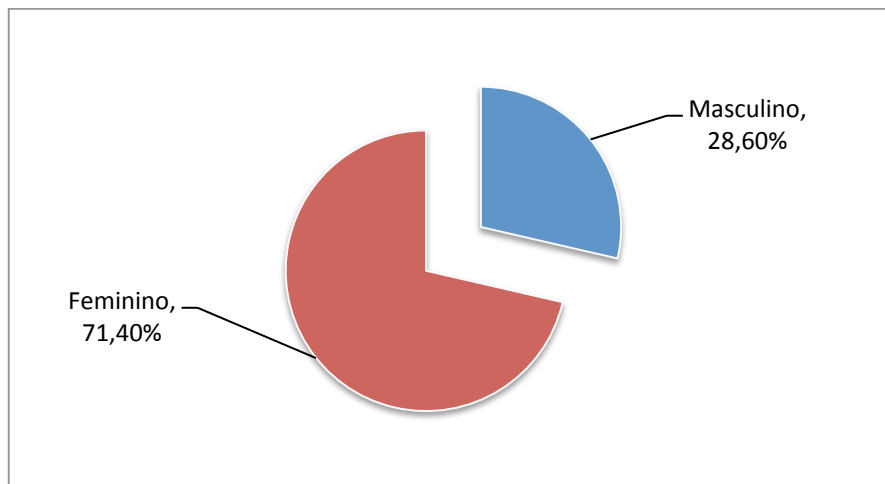
4- APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DE DADOS

Nesta parte do trabalho pretende-se apresentar os dados obtidos através da aplicação dos instrumentos de recolha de dados, bem como os resultados da análise estatística dos testes descritos anteriormente.

4.1- Objetivo 1 – Conhecer sócio demograficamente os residentes participantes no estudo

Na análise sócio demográfica dos participantes no estudo, 28,6% pertencem ao sexo masculino e 71,4% ao sexo feminino (gráfico 2).

Gráfico 2- Distribuição da amostra por sexo



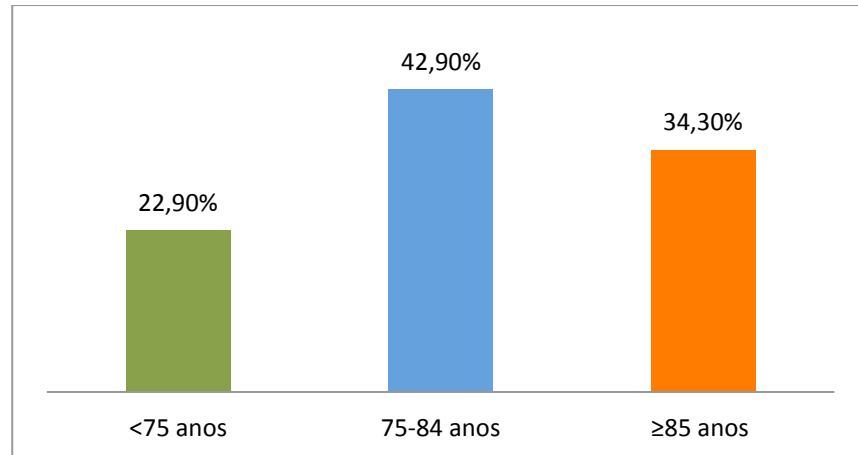
Os participantes têm uma idade média de 79,6 anos (min:58 anos; max:93 anos), com um desvio padrão de ± 9 anos. A maior representatividade recai nas pessoas com 78 anos (tabela 3).

Tabela 3- caracterização da idade da amostra

	n	Mínimo	Máximo	Amplitude	Média	Desvio Padrão
Idade dos residentes	35	58	93	35	79,6	9,004

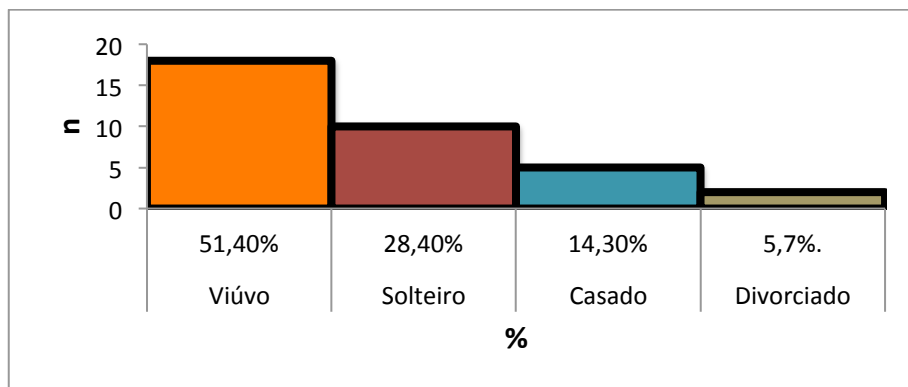
A maioria dos residentes 42,9% têm entre 75-84 anos. O grupo etário < de 75 anos inclui 22,9% do total do residentes, sendo que o grupo etário de ≥ 85 anos representa os restantes 34,3%, como se pode ver no gráfico 3.

Gráfico 3- Distribuição da amostra segundo os grupos etários



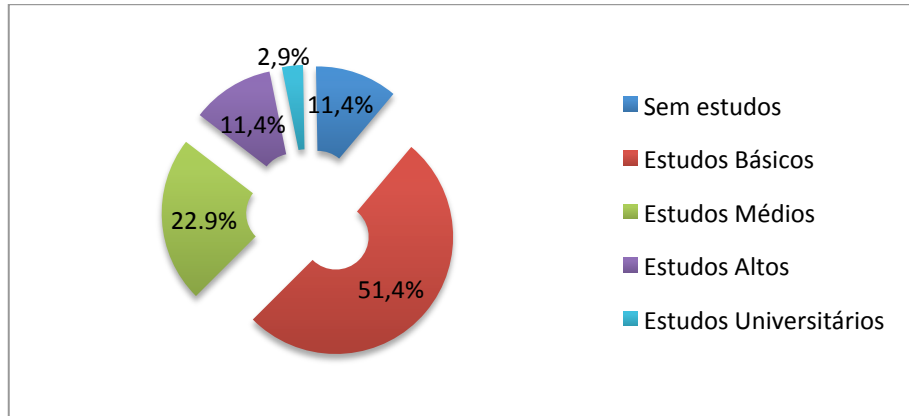
Analisando os estado civil dos residentes vê-se que estes são na sua maioria viúvos (51,4%), 28,4% solteiros e 14,3% casados, os divorciados apenas representam 5,7% do residentes em estudo (gráfico 4).

Gráfico 4- Distribuição da amostra segundo o estado civil



Analisando o nível de literacia, vê-se que 51,4% dos indivíduos têm estudos básicos, 22,9% apresentam estudos médios, as categorias estudos altos e sem estudos apresentam a mesma percentagem de 11,4%, sendo que apenas 2,9% dos indivíduos efetuaram estudos até à categoria de estudos superiores (gráfico 5).

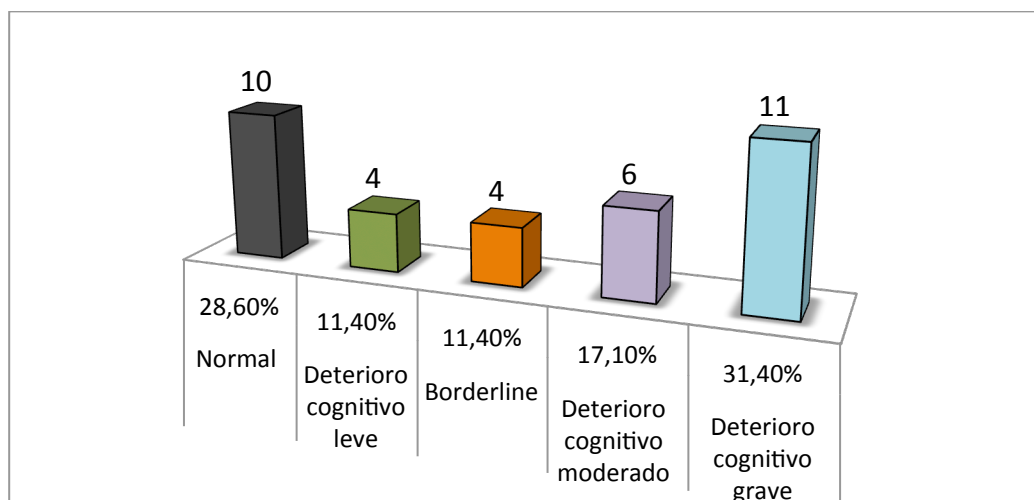
Gráfico 5- Distribuição da amostra segundo as habilitações literárias



4.2- Objetivo 2 – Avaliar o estado cognitivo e o nível de dependência dos residentes participantes no estudo

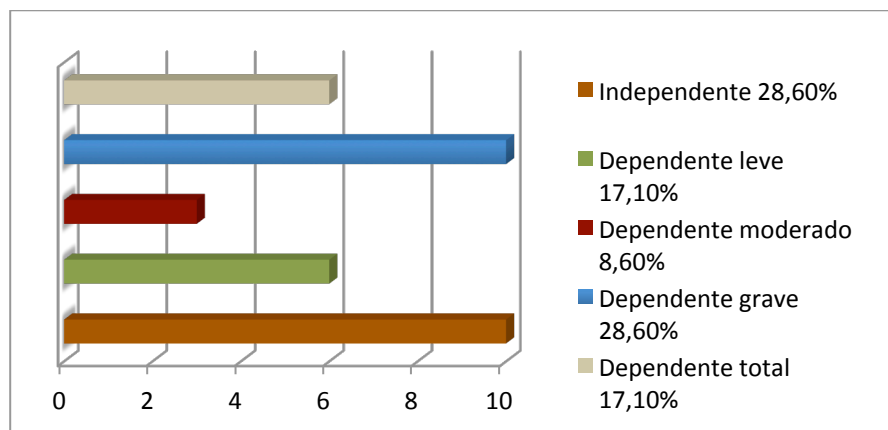
Para a avaliação do estado cognitivo através do MEC vemos que 31,4% da amostra em estudo apresenta um deterioro cognitivo grave, 28,6% dos indivíduos apresentam-se sem deterioro cognitivo sendo esta a segunda categoria mais representativa, a categoria de deterioro cognitivo moderado apresenta uma percentagem de 17,1%, finalmente as categorias de deterioro cognitivo leve e de Borderline tem a mesma representatividade de 11,4%, como se observa no gráfico 6.

Gráfico 6- Distribuição da amostra segundo o estado cognitivo



Com base no índice de Barthel, no que concerne à avaliação do nível de dependência, o grupo de residentes classificados como independentes e dependentes graves apresentam a maior representatividade com uma percentagem de 28,6%, seguidas pelas categorias de dependente leve e dependente total (com 17,1%), a categoria menos representada foi a de dependente moderado com 8,6% (gráfico 7).

Gráfico 7- Distribuição da amostra segundo o nível de dependência dos residentes



4.3- Objetivo 3 – Avaliar a qualidade de vida dos residentes participantes no estudo

Para a avaliação da qualidade de vida foi utilizada a escala de FUMAT, este instrumento está dividido em oito dimensões. Estas dimensões são cotadas como foi referido anteriormente numa escala de 1 a 4, a tabela 4 indica o score máximo que cada indivíduo pode obter em cada uma das dimensões.

Tabela 4- Scores das Dimensões da escala de FUMAT

Dimensão	Score Máximo
Bienestar Emocional	32
Relaciones interpersonales	24
Bienestar Material	28
Desarrollo Personal	32
Bienestar Fisico	24
Autodeterminación	32
Inclusión Social	36
Derechos	20

Foi feita a análise da normalidade das dimensões e do índice de qualidade de vida, apenas as dimensões de bem-estar emocional, bem-estar físico e o índice de qualidade de vida obedeceram à normalidade, razão pela qual se utilizarão os testes paramétricos.

Assim na comparação de médias entre do bem estar emocional com o sexo, verifica-se numa análise descritiva que os homens obtêm médias superiores relativamente às mulheres, mas a aplicação do teste t de Student para amostras independentes não mostra diferenças significativas.

Para a comparação das médias do bem estar emocional com os grupos etários, vê-se que os indivíduos mais novos (<75 anos) obtêm as médias mais altas, seguem-se os indivíduos do grupo intermedio (75-84 anos), os indivíduos com idade superior a 85 anos obtêm médias mais baixas de bem estar emocional. Na aplicação do teste One-Way ANOVA conclui-se que os resultados não evidenciam diferenças significativas.

No bem-estar emocional em relação ao estado civil dos indivíduos verifica-se que são os indivíduos casados os que têm médias mais altas, nos valores intermédios aparecem os indivíduos divorciados e solteiros. As médias mais baixas aparecem nos viúvos. O teste One-Way ANOVA não mostra diferenças significativas.

Para a habilitações literárias, vê-se que as médias são mais altas consoante o grau de literacia, ou seja, as médias mais altas vão para os indivíduos com grau mais alto de estudos e estas vão descendo aos indivíduos sem estudos. O teste One-Way ANOVA mostra diferenças significativas, o teste de Scheffé não pode ser aplicado, pois o grupo de pessoas com estudos universitários apenas contém um individuo.

Quando comparadas as médias do bem-estar emocional com o estado cognitivo, verifica-se que os indivíduos classificados como em estado cognitivo normal obtêm as médias mais altas, as médias vão descendo nas categorias até ao indivíduos com deterioro cognitivo grave. O teste One-Way ANOVA mostra diferenças significativas, da aplicação do teste de Scheffé este não indica os grupos que evidenciam estas diferenças.

Na comparação entre o nível de dependência e o bem-estar emocional, os indivíduos independentes obtêm melhores médias, seguem-se os dependentes graves e dependentes leves, os indivíduos em estado de dependência moderada e dependência total apresentam médias mais baixas. O teste One-Way ANOVA mostra a existência

de diferenças significativas e na aplicação do teste de Scheffé conclui-se que as diferenças são obtidas pelas diferenças entre as médias dos indivíduos em dependência total por oposição aos restantes.

Todos os dados referidos anteriormente podem ser observados na tabela 5.

Tabela 5- Comparação das médias da dimensão de bem-estar emocional e as variáveis em estudo

Bem estar Emocional	Média	<i>t</i> de Student	<i>p</i>	Diferenças entre grupos
Sexo (n=35)				
Masculino	23,90	0,829	0,422	
Feminino	22,24			
Bem estar Emocional	Média do Rank	One-Way ANOVA	<i>p</i>	
Grupo etário (n=35)				
<75 anos	25,00	1,323	0,281	
75-84 anos	22,47			
≥85 anos	21,50			
Estado Civil (n=35)				
Casado	23,00	1,019	0,397	
Solteiro	21,50			
Divorciado	22,72			
Viúvo	18,03			
Habilitações Literárias (n=35)				
Sem estudos	16,50	3,130	0,029	
Estudos Básicos	22,56			
Estudos Médios	24,00			
Estudos Altos	25,75			
Estudos universitários	28,00			
MEC (n=35)				
Normal	26,70	3,374	0,021	
Deterioro Cognitivo Leve	23,25			
Borderline	21,25			
Deterioro Cognitivo Moderado	20,67			
Deterioro Cognitivo Grave	20,55			
Índice de Barthel (n=35)				
Independente	26,40	5,357	0,002	1) DT< DM, DL, DG, Independente
Dependente Leve	21,17			
Dependente Moderado	19,33			
Dependente Grave	23,80			
Dependente Total	18,00			

Na análise das dimensão referente às relações interpessoais, analisando a comparação de médias entre esta dimensão e o sexo, verifica-se que são os homens que apresentam médias mais altas. O teste U Mann-Whitney mostra que não foram obtidas diferenças significativas.

Já na comparação entre os grupos etários e as médias obtidas na dimensão relações interpessoais vê-se que, as médias decrescem à medida que a idade dos indivíduos aumenta. O aplicação do teste Kruskal-Wallis não evidencia diferenças significativas para os resultados.

No estado civil os indivíduos casados obtêm as melhores médias para as relações interpessoais, seguem-se os solteiros, viúvos e divorciados respectivamente. Não se obtiveram resultados com diferenças significativas como mostra o teste de Kruskal-Wallis.

Comparando as habilitações literárias com as médias das relações interpessoais, são os indivíduos com estudos altos os que apresentam as médias mais altas seguidos dos indivíduos com estudos médios, baixos e básicos, destacadamente com uma médias ainda baixa aparecem os indivíduos com estudos universitários. O teste de Kruskal-Wallis não revelou diferenças estatisticamente significativas.

Da análise do estado cognitivo em comparação com as relações interpessoais verifica-se que os indivíduos classificados em Borderline apresentam as médias mais altas, seguem-se com médias semelhantes os indivíduos com deterioro cognitivo leve e normal, as médias mais baixas vão para os indivíduos com deterioro cognitivo moderado e deterioro cognitivo grave. O teste de Kruskal-Wallis não revelou diferenças estatisticamente significativas.

No estado funcional são os indivíduos em classificados como dependentes leves os que apresentam médias mais altas em relação às relações interpessoais seguindo-se os independentes, dependentes moderados e dependentes graves, os indivíduos em situação de dependência total obtiveram as médias mais baixas. Os resultados não apresentam diferenças estatisticamente significativas como se pode observar através do teste Kruskal-Wallis.

Os resultados podem ser visualizados na tabela 6.

Tabela 6- Comparação das médias da dimensão de relações interpessoais e as variáveis em estudo

Relações Interpessoais	Média	U Mann-Whitney	<i>p</i>
Sexo (n=35)			
Masculino	20,50	100,000	0,377
Feminino	17,00		
Relações Interpessoais	Média do Rank	Kruskal-Wallis	<i>p</i>
Grupo etário (n=35)			
<75 anos	18,00	2,522	0,283
75-84 anos	16,20		
≥85 anos	15,88		
Estado Civil (n=35)			
Casado	23,90	4,383	0,223
Solteiro	19,75		
Divorciado	5,25		
Viúvo	16,81		
Habilitações Literárias (n=35)			
Sem estudos	10,75	4,621	0,328
Estudos Básicos	19,11		
Estudos Médios	19,94		
Estudos Altos	19,88		
Estudos universitários	4,00		
MEC (n=35)			
Normal	19,95	4,609	0,330
Deterioro Cognitivo Leve	21,63		
Borderline	24,50		
Deterioro Cognitivo Moderado	14,50		
Deterioro Cognitivo Grave	14,45		
Índice de Barthel (n=35)			
Independente	19,90	5,360	0,252
Dependente Leve	20,42		
Dependente Moderado	19,50		
Dependente Grave	19,40		
Dependente Total	9,33		

Para a dimensão de bem-estar material verifica-se que são os homens que obtêm melhores médias em relação às mulheres. Estes resultados não mostra diferenças significativas como indica o teste e U Mann-Whitney.

Na dimensão de bem-estar material na comparação de médias com os grupos etários verifica-se que são os indivíduos com idade compreendida entre os 74 e 84 anos que obtêm médias mais baixas, os indivíduos com idade inferior a 75 anos ocupam a posição intermédia sendo os indivíduos de idade igual ou superior a 85 anos os que apresentam valores de bem-estar material mais altos. Da aplicação do teste Kruskal-Wallis verificou-se a não ocorrência de diferenças estatisticamente significativas.

Para a comparação entre o bem-estar material e o estado civil, verifica-se que as médias mais altas aparecem nos indivíduos viúvos, seguindo-se os casados e solteiros respectivamente, a média mais baixa vai para os indivíduos divorciados. O teste de Kruskal-Wallis não revelou diferenças estatisticamente significativas.

Comparando as habilitações literárias com o bem-estar material mostra que são os indivíduos com estudos altos os que maior média obtêm, seguindo-se os de estudos médios e básicos, as médias mais baixas aparecem nos indivíduos sem estudos e com habilitações de carácter universitário. Não se obtiveram diferenças estatisticamente significativas nos resultados, como revelou o teste Kruskal-Wallis.

Para a comparação entre o bem-estar material e estado cognitivo os indivíduos com média mais alta foram os que obtiveram classificação de normal no MEC, seguindo-se com uma diferença pequena os classificados em borderline e deterioro cognitivo leve respectivamente, com as médias mais baixas aparecem nos indivíduos com deterioro cognitivo grave seguido dos indivíduos com deterioro cognitivo moderado. O teste de Kruskal-Wallis revelou a não existência diferenças estatisticamente significativas.

Finalizando na comparação entre o bem-estar material e os estado funcional, são os indivíduos em situação dependência grave que evidenciam a média mais alta, seguem-se os indivíduos dependentes leves, dependentes moderados e as médias destacadamente mais baixas para os indivíduos em situação de dependência total. O teste Kruskal-Wallis não revelou diferenças que possam ser consideradas como estatisticamente significativas.

Os resultados anteriormente descritos podem ser observados na tabela 7.

Tabela 7- Comparação das médias da dimensão de bem-estar material e as variáveis em estudo

Bem-estar Material	Média	U Mann-Whitney	<i>p</i>
Sexo (n=35)			
Masculino	22,40	81,000	0,113
Feminino	16,24		
Bem-estar Material	Média do Rank	Kruskal-Wallis	<i>p</i>
Grupo etário (n=35)			
<75 anos	16,50	1,143	0,586
75-84 anos	16,77		
≥85 anos	20,25		
Estado Civil (n=35)			
Casado	18,50	0,573	0,903
Solteiro	17,40		
Divorciado	13,25		
Viúvo	18,72		
Habilitações Literárias (n=35)			
Sem estudos	12,50	8,050	0,090
Estudos Básicos	16,58		
Estudos Médios	18,56		
Estudos Altos	30,50		
Estudos universitários	11,00		
MEC (n=35)			
Normal	21,80	4,401	0,354
Deterioro Cognitivo Leve	19,50		
Borderline	21,75		
Deterioro Cognitivo Moderado	12,42		
Deterioro Cognitivo Grave	15,68		
Índice de Barthel (n=35)			
Independente	19,60	8,853	0,065
Dependente Leve	19,42		
Dependente Moderado	18,17		
Dependente Grave	22,05		
Dependente Total	7,08		

Na dimensão de desenvolvimento pessoal os homens obtêm melhores médias que as mulheres, após a aplicação do teste U Mann-Whitney, este revelou que não se verificaram diferenças estatisticamente significativas.

Comparando a dimensão de desenvolvimento pessoal com os grupos etários, a média mais alta aparecem destacadamente para os indivíduos com menos de 75 anos, a segunda média mais alta vai para o grupo etário com idade igual ou superior a 85 anos, os indivíduos com idade entre 75 e 84 anos são os que obtêm médias mais baixa. Nesta comparação o teste Kruskal-Wallis mostra que existem diferenças estatisticamente significativas.

Na comparação entre o estado civil e o desenvolvimento pessoal são os indivíduos divorciados os que apresentam médias superiores, seguem-se respectivamente os solteiros e viúvos, os casados apresentam a média mais baixa para esta comparação. Após a realização do teste Kruskal-Wallis verifica-se que os resultados não apresentam diferenças estatisticamente significativas.

Quando comparadas as médias do desenvolvimento pessoal e as habilitações literárias pode verificar-se que os indivíduos sem estudos apresentam destacadamente a média mais baixa, as médias mais altas são obtidas nos indivíduos com estudos médios, nos valores intermédios aparecem respectivamente estudos universitários, estudos altos e estudos básicos. O teste Kruskal-Wallis mostra que os resultados apresentam diferenças estatisticamente significativas.

Para o estado cognitivo são os indivíduos com classificação de normal os que apresentam médias mais altas relativas ao nível do desenvolvimento pessoal, seguindo-se os classificados como borderline e deterioro cognitivo leve, as médias mais baixas vão para os indivíduos com deterioro cognitivo grave e moderado. A utilização do teste Kruskal-Wallis revela que os resultados apresentam diferenças estatisticamente significativas.

Na capacidade funcional os indivíduos independentes aparecem com uma média destacadamente superior para a dimensão de desenvolvimento pessoal, seguidos pelos dependentes leves, dependentes graves e dependentes moderados respectivamente, as médias mais baixas foram para os indivíduos totalmente dependentes. O teste Kruskal-Wallis revela diferenças estatisticamente significativas.

Estes resultados podem ser consultados ao pormenor na tabela 8.

Tabela 8- Comparação das médias da dimensão de desenvolvimento pessoal e as variáveis em estudo

Desenvolvimento Pessoal	Média	U Mann-Whitney	<i>p</i>
Sexo (n=35)			
Masculino	18,20	123,000	0,957
Feminino	17,92		
Desenvolvimento Pessoal	Média do Rank	Kruskal-Wallis	<i>p</i>
Grupo etário (n=35)			
<75 anos	27,60	8,809	0,012
75-84 anos	13,80		
≥85 anos	17,21		
Estado Civil (n=35)			
Casado	16,90	2,720	0,437
Solteiro	17,75		
Divorciado	29,50		
Viúvo	17,17		
Habilitações Literárias (n=35)			
Sem estudos	5,38	14,289	0,006
Estudos Básicos	15,42		
Estudos Médios	26,06		
Estudos Altos	24,25		
Estudos universitários	25,50		
MEC (n=35)			
Normal	27,20	20,450	<0,001
Deterioro Cognitivo Leve	19,50		
Borderline	21,75		
Deterioro Cognitivo Moderado	12,42		
Deterioro Cognitivo Grave	15,68		
Índice de Barthel (n=35)			
Independente	25,65	11,332	0,023
Dependente Leve	18,25		
Dependente Moderado	10,50		
Dependente Grave	17,50		
Dependente Total	9,58		

Quando analisada a comparação das médias da dimensão de bem-estar físico e o sexo vê-se que os homens apresentam com as médias mais altas em relação as mulheres. Da aplicação do teste T de Student verifica-se que os resultados não apresentam diferenças estatisticamente significativas.

A dimensão do bem-estar físico quando comparadas as suas médias com os grupos etários, verifica-se que é o grupo etário com menos de 75 anos os que obtém médias mais altas, seguido pelo grupo com idades entre 75 e 84 anos, as médias mais baixas aparecem para o grupo etário de indivíduos com 85 ou mais anos. A aplicação do teste One-Way ANOVA mostra que os resultados diferenças estatisticamente significativas. O teste de Scheffe mostra que estas diferenças aparecem pelas médias obtidas nos indivíduos com menos de 75 anos em relação às médias dos restantes grupos etários.

Na comparação com o estado civil são os indivíduos divorciados os que obtém melhores médias seguidos dos casados e solteiros, as médias mais baixas são dos indivíduos em situação de viuvez. O teste One-Way ANOVA não revelou diferenças estatisticamente significativas.

Para as habilitações literárias os indivíduos com habilitações universitárias são os que apresentam melhores médias ao nível do bem estar físico, os valores das médias decrescem sucessivamente até aos indivíduos sem habilitações literárias. O teste One-Way ANOVA mostra os resultados como apresentando diferenças estatisticamente significativas, no entanto o teste de Scheffe não pode ser aplicado, pois só existe um indivíduo na categoria de Estudos Universitários.

No estado cognitivo os indivíduos classificados como normal e borderline respectivamente são os que apresentam melhores médias, nos valores intermédios aparecem o deterioro cognitivo leve e moderado, os valores mais baixos vão para os indivíduos com deterioro cognitivo grave. A aplicação do teste One-Way ANOVA revelou diferenças estatisticamente significativas, e segundo o teste de Scheffe estas ocorrem pela diferenças entre os indivíduos em situação de deterioro cognitivo grave em comparação com os restantes categorias.

Quanto ao estado funcional os indivíduos independentes são os que apresentam médias mais altas seguidos pelos dependentes graves e leves, os dependentes totais e moderados apresentam as médias mais baixas de bem-estar físico. Mais uma vez da aplicação do teste One-Way ANOVA verificam-se diferenças significativas nos

resultados, o teste de Scheffé revelou que estas diferenças são obtidas pelas diferenças nas médias dos indivíduos com deterioro cognitivo moderado e dependentes totais em comparação com as médias obtidas pelos restantes grupos.

Na tabela 9 apresentam-se os dados em acima descritos .

Tabela 9- Comparação das médias da dimensão de bem-estar físico e as variáveis em estudo

Bem estar Físico	Média	t de Student	<i>p</i>	Diferenças entre grupos
Sexo (n=35)				
Masculino	16,90	0,941	0,353	
Feminino	15,36			
Bem estar Físico				
	Média do Rank	One-Way ANOVA	<i>p</i>	
Grupo etário (n=35)				
<75 anos	19,38	4,166	0,025	1) ≥85 anos, 75-84 anos <,<75 anos
75-84 anos	14,93			
≥85 anos	14,50			
Estado Civil (n=35)				
Casado	16,60	2,442	0,083	
Solteiro	15,70			
Divorciado	23,00			
Viúvo	14,83			
Habilitações Literárias (n=35)				
Sem estudos	11,25	2,970	0,035	
Estudos Básicos	15,17			
Estudos Médios	17,63			
Estudos Altos	17,75			
Estudos universitários	23,00			
MEC (n=35)				
Normal	19,90	7,069	<0,001	1) DCG< DCL, DCM, Borderline, Normal
Deterioro Cognitivo Leve	14,00			
Borderline	18,00			
Deterioro Cognitivo Moderado	14,17			
Deterioro Cognitivo Grave	12,82			
Índice de Barthel (n=35)				
Independente	20,60	10,272	<0,001	1) DM, DT< DG, DL e independente
Dependente Leve	15,00			
Dependente Moderado	11,33			
Dependente Grave	14,90			
Dependente Total	12,33			

Na dimensão de auto-determinação os homens obtêm médias mais altas em relação às mulheres. O Teste U Mann-Whitney não apresentou diferenças estatisticamente significativas.

Os indivíduos que apresentam médias de autodeterminação mais elevadas são os indivíduos com menos de 75 anos, seguindo-se os com idade superior ou igual a 85 anos, a média mais baixa vai para o grupo com idades entre 75 e 84 anos. O teste de Kruskal-Wallis não revelou diferenças estatisticamente significativas.

Já para o estado civil, são os indivíduos divorciados os que apresentam valores mais altos nas médias de autodeterminação, seguem-se com médias semelhantes os indivíduos casados e solteiros, sendo os viúvos os que apresentam médias mais baixas. Pelo teste Kruskal-Wallis verificou-se que os resultados não apresentam diferenças estatisticamente significativas.

Os indivíduos com habilitações literárias altas e médias são os que apresentam médias mais altas de autodeterminação seguem-se os indivíduos com estudos de nível universitário, as médias mais baixas aparecem nos indivíduos com estudos básicos e sem habilitações literárias respectivamente. O teste Kruskal-Wallis indica diferenças estatisticamente significativas.

As médias mais altas no estado cognitivo são obtidas pelos indivíduos classificados no MEC como normais seguidos pelos indivíduos em situação de borderline e deterioro cognitivo leve e deterioro cognitivo moderado, as médias mais baixas aparecem nos indivíduos em situação deterioro cognitivo grave. A utilização do teste Kruskal-Wallis indicou diferenças consideradas estatisticamente significativas.

No estado funcional são os indivíduos independentes, dependentes leves e dependentes graves que apresentam as melhores médias respectivamente, os valores mais baixos são para os indivíduos em dependência total e moderada. Os resultados apresentam diferenças estatisticamente significativas como revelou o teste Kruskal-Wallis.

Estes resultados podem ser constatados na tabela 10.

Tabela 10- Comparação das médias da autodeterminação e as variáveis em estudo

Autodeterminação	Média	U Mann-Whitney	<i>p</i>
Sexo (n=35)			
Masculino	20,70	98,000	0,339
Feminino	16,92		
Autodeterminação	Média do Rank	Kruskal-Wallis	<i>p</i>
Grupo etário (n=35)			
<75 anos	23,38	3,643	0,162
75-84 anos	14,87		
≥85 anos	18,33		
Estado Civil (n=35)			
Casado	18,80	2,366	0,500
Solteiro	18,00		
Divorciado	28,25		
Viúvo	16,64		
Habilitações Literárias (n=35)			
Sem estudos	5,63	19,031	0,001
Estudos Básicos	14,17		
Estudos Médios	26,88		
Estudos Altos	28,63		
Estudos universitários	23,00		
MEC (n=35)			
Normal	27,55	20,341	<0,001
Deterioro Cognitivo Leve	19,63		
Borderline	24,38		
Deterioro Cognitivo Moderado	13,42		
Deterioro Cognitivo Grave	8,91		
Índice de Barthel (n=35)			
Independente	24,20	11,517	0,021
Dependente Leve	21,17		
Dependente Moderado	7,50		
Dependente Grave	18,10		
Dependente Total	9,58		

A análise da comparação de médias da dimensão de inclusão social com o sexo mostra que são os homens os que obtêm médias mais altas em comparação com as mulheres. O teste U Mann-Whitney não revelou diferenças estatisticamente significativas.

Na análise da comparação de médias entre a inclusão social e os grupos etários, as médias mais altas aparecem para os indivíduos com idade inferior a 75 anos, segue-se o grupo idade igual ou superior a 85 anos o grupo com idades compreendidas entre os 75 e 84 anos obteve as médias mais baixas. Os resultados não apresentam diferenças estatisticamente significativas como demonstrou o teste Kruskal-Wallis.

Para a comparação de médias entre a inclusão social e o estado civil, são os indivíduos casados os que obtêm as melhores médias seguindo-se os solteiros, as médias mais baixas aparecem para os viúvos e divorciados respectivamente. O teste Kruskal-Wallis mostra estes resultados como não apresentando diferenças estatisticamente significativas.

Nas habilitações literárias os indivíduos com estudos médios, estudos altos e estudos básicos obtêm as melhores médias respectivamente, nas médias mais baixas a parecem os indivíduos sem estudos e com estudos universitários. Os resultados obtidos apresentam diferenças estatisticamente significativas como demonstra o resultado da aplicação do teste Kruskal-Wallis.

Para o estado cognitivo as médias mais altas vão para os indivíduos com classificação de normal, seguem-se os classificados com deterioro cognitivo leve, borderline e deterioro cognitivo grave, a média mais baixa vai para os indivíduos em situação de deterioro cognitivo moderado. Os resultados obtidos não demonstram diferenças estatisticamente significativas como indica o teste Kruskal-Wallis.

Na comparação entre a inclusão social e o estado funcional, os independentes aparecem com as médias mais elevadas, seguidos dos dependentes graves, nos valores intermédios aparecem os dependentes moderados e dependentes leves, as médias mais baixas são dos dependentes totais. Estes resultados não revelaram diferenças estatisticamente significativas (teste Kruskal-Wallis).

Na tabela 11 apresentam-se os dados das acima referidos.

Tabela 11- Comparação das médias da dimensão de inclusão social e as variáveis em estudo

Inclusão Social	Média	U Mann-Whitney	<i>p</i>
Sexo (n=35)			
Masculino	20,20	103,000	0,439
Feminino	17,12		
Inclusão Social	Média do Rank	Kruskal-Wallis	<i>p</i>
Grupo etário (n=35)			
<75 anos	22,69	2,251	0,325
75-84 anos	16,20		
≥85 anos	17,13		
Estado Civil (n=35)			
Casado	20,70	0,749	0,862
Solteiro	19,05		
Divorciado	16,00		
Viúvo	16,89		
Habilitações Literárias (n=35)			
Sem estudos	7,50	9,780	0,044
Estudos Básicos	17,44		
Estudos Médios	24,13		
Estudos Altos	22,25		
Estudos universitários	4,00		
MEC (n=35)			
Normal	22,70	6,371	0,173
Deterioro Cognitivo Leve	22,13		
Borderline	21,00		
Deterioro Cognitivo Moderado	13,25		
Deterioro Cognitivo Grave	13,73		
Índice de Barthel (n=35)			
Independente	22,70	9,357	0,053
Dependente Leve	13,92		
Dependente Moderado	14,17		
Dependente Grave	22,05		
Dependente Total	9,42		

Em relação a dimensão de direitos os homens apresentam médias mais altas em relação às mulheres. Estes resultados não apresentam diferenças significativas como demonstram os resultados da aplicação do teste U Mann-Whitney.

Na dimensão referente aos direitos, quando comparadas as médias desta com os grupos etários, são os indivíduos mais novos, o grupo com idade inferior a 75 anos, os que apresentam médias mais elevadas, seguem-se os indivíduos mais velhos de idade igual ou superior a 85anos, as médias mais baixas vão para os indivíduos com idade entre os 75 e 84 anos. Na utilização do teste Kruskal-Wallis não se verificam resultados significativamente estatísticos.

Para o estado civil são os indivíduos divorciados os que apresentam médias mais altas em relação à dimensão de direitos, seguidos pelos solteiros e casados, os viúvos são os que apresentam as médias mais baixas nesta comparação. O teste Kruskal-Wallis indica resultados não apresentam diferenças estatisticamente significativas.

Para as habilitações literárias observa-se que quanto mais alto é o nível de habilitações maiores vão ser as médias dos direitos. Através do teste Kruskal-Wallis verifica-se existirem diferenças estatisticamente significativas.

Já na comparação com o estado cognitivo, os indivíduos classificados como em estado normal e em deterioro cognitivo leve são os que apresentam as melhores médias, seguindo-se os indivíduos com deterioro cognitivo moderado e em estado de borderline, com a média mais baixa destacadamente aparecem os indivíduos em situação de deterioro cognitivo grave. No teste Kruskal-Wallis verificou-se que as diferenças são estatisticamente significativas.

Quando analisado a comparação de médias entre a dimensão de direitos e o estado funcional, verifica-se que os indivíduos independentes são os que melhores médias obtêm, seguem-se os dependentes graves, leves e total respectivamente, as médias mais baixas ficam nos indivíduos dependentes moderados. O teste Kruskal-Wallis não revelou a existência de diferenças estatisticamente significativas.

Estes dados podem ser visualizados na tabela 12.

Tabela 12- Comparação das médias da dimensão de direitos e as variáveis em estudo

Direitos	Média	U Mann-Whitney	<i>p</i>
Sexo (n=35)			
Masculino	19,00	115,000	0,733
Feminino	17,60		
Direitos	Média do Rank	Kruskal-Wallis	<i>p</i>
Grupo etário (n=35)			
<75 anos	23,31	3,348	0,187
75-84 anos	16,27		
≥85 anos	16,63		
Estado Civil (n=35)			
Casado	18,20	2,445	0,485
Solteiro	19,60		
Divorciado	26,00		
Viúvo	16,17		
Habilitações Literárias (n=35)			
Sem estudos	7,13	10,088	0,039
Estudos Básicos	16,58		
Estudos Médios	22,88		
Estudos Altos	23,50		
Estudos universitários	26,00		
MEC (n=35)			
Normal	26,00	27,820	<0,001
Deterioro Cognitivo Leve	23,50		
Borderline	20,25		
Deterioro Cognitivo Moderado	21,50		
Deterioro Cognitivo Grave	6,00		
Índice de Barthel (n=35)			
Independente	23,85	6,227	0,183
Dependente Leve	15,33		
Dependente Moderado	12,50		
Dependente Grave	17,40		
Dependente Total	14,67		

Na avaliação geral da qualidade de vida, ou seja no índice de qualidade de vida, os homens obtêm médias mais altas em relação às mulheres. A aplicação do teste T de Student para amostras independentes não revelou diferenças significativas.

Comparando as médias do índice de qualidade de vida e os grupo etários pode-se ver que o grupo com as médias mais altas vai ser o dos indivíduos com idade inferior a 75 anos, seguindo-se o grupo com idade igual ou superior a 85 anos, ficando o sector etário de idade compreendida entre os 75 e 84 anos com as médias mais baixas. O teste One-Way ANOVA não indica diferenças estatisticamente significativas.

Quando comparado o índice de qualidade de vida e o estado civil, verifica-se que os indivíduos divorciados apresentam valores médios superiores de qualidade de vida, seguem-se os casados e os solteiros, os viúvos apresentam as médias mais baixas de qualidade de vida. Na aplicação do teste One-Way ANOVA conclui-se que os resultados não apresentam diferenças estatisticamente significativas.

Na comparação entre a qualidade de vida e as habilitações literárias os indivíduos com estudos altos obtêm as médias mais altas seguindo-se os com estudos médios e universitários, destacado com médias mais baixas aparecem os indivíduos sem estudos. O teste One-Way ANOVA revelou diferenças estatisticamente significativas. O teste de Scheffé não se pode aplicar neste caso pois a categoria de indivíduos com estudos universitários apenas contempla um elemento.

Ao comparar as médias da qualidade de vida e o estado funcional, os indivíduos normais são os que apresentam médias mais altas seguidos pelos indivíduos em situação de borderline e deterioro cognitivo leve, os indivíduos em estado de deterioro cognitivo moderado e grave apresentam as médias mais baixas. O teste One-Way ANOVA revelou diferenças estatisticamente significativas, a aplicação do teste de Scheffé mostra que as diferenças são obtidas pelas médias dos indivíduos com deterioro cognitivo grave em relação aos indivíduos em estado de deterioro cognitivo moderado, que por sua vez contrasta com as médias obtidas pelos indivíduos com deterioro cognitivo leve, borderline e normal.

Na comparação com o estado funcional são os indivíduos sem alterações funcionais que obtêm as médias mais altas seguem-se os indivíduos dependentes graves, dependentes leves, as médias mais baixas ficam para indivíduos em situação de dependência total e moderada respectivamente. A utilização do teste One-Way

ANOVA mostra diferenças estatisticamente significativas, o teste de Scheffe mostra que estas diferenças acontecem devido às médias obtidas pelos indivíduos em situação de dependência moderada e dependência total em relação às restantes categorias.

Os dados acima descritos podem ser observados em pormenor na tabela 13.

Tabela 13- Comparação das médias do índice de qualidade de vida e as variáveis em estudo

Índice de Qualidade de Vida	Média	t de Student	p	Diferenças entre grupos
Género (n=35)				
Masculino	107,90	1,339	0,201	
Feminino	102,00			
Índice de Qualidade de Vida				
	Média do Rank	One-Way ANOVA	p	
Grupo etário (n=35)				
<75 anos	110,88			
75-84 anos	100,80	2,370	0,110	
≥85 anos	102,50			
Estado Civil (n=35)				
Casado	105,20			
Solteiro	104,50	0,657	0,585	
Divorciado	113,00			
Viúvo	101,78			
Habilitações Literárias (n=35)				
Sem estudos	89,25			
Estudos Básicos	101,17			
Estudos Médios	110,50	5,472	0,002	
Estudos Altos	114,50			
Estudos universitários	109,00			
MEC (n=35)				
Normal	114,60			
Deterioro Cognitivo Leve	105,75			1) DCG< DCM
Borderline	110,00	12,531	<0,001	2)DCL<Borderline, Normal
Deterioro Cognitivo Moderado	99,00			
Deterioro Cognitivo Grave	93,27			
Índice de Barthel (n=35)				
Independente	112,30			
Dependente Leve	103,67			
Dependente Moderado	92,00	6,396	0,001	
Dependente Grave	105,50			
Dependente Total	92,17			

5- Discussão dos Resultados

A Galiza, local onde foi realizado este trabalho, é a terceira comunidade mais envelhecida de Espanha com uma população idosa representando quase 22,5% da sua população, em 2007 esta comunidade espanhola tinha 602986 habitantes com idade superior a 65 anos, dentro dessa população 14903 está institucionalizada com uma idade média de 83 anos, sendo que 10581 são mulheres, ou seja, 70,9 % (Instituto de Mayores y Servicios Sociales -IMSERSO, 2009). Estes dados vão de encontro ao descrito neste estudo, residentes são maioritariamente mulheres (71,4%), com uma idade média de 79,6 anos.

Um estudo de García e García (2012) indica que 62,2% da população espanhola com mais de 65 anos é casada, neste estudo a percentagem de casados é de 14,30%, a percentagem nacional para os solteiros é de 6,2% enquanto que neste estudo esta percentagem sobe até aos 28,4%, os viúvos representam 29,2% da população espanhola com mais de 65 anos enquanto que neste estudo a percentagem foi de 51,4%, tal como nas estatísticas nacionais a os divorciados apresentam a percentagem mais baixa, 2,4% da população a nível nacional e neste estudo de 5,7%.

Em 2001 72,2% da população espanhola com mais de 65 anos não tinha estudado ou apresentava uma escolaridade básica, 15,8% apresentava um grau de habilitações de grau médio, enquanto que apenas 3,9 tinha frequentado o nível avançado de estudos e ensino universitário (García & García, 2012). Neste estudo vemos que 63% dos indivíduos não estudou ou frequentou uma instrução básica, 23% tinha habilitações referentes a estudos médios e 14% apresentava estudos avançados ou de carácter universitário, o que são percentagens que se aproximam das médias nacionais.

Voltando às estatísticas regionais dos idosos institucionalizados na Galiza em 2008, 35,8% têm demência ou alterações cognitivas (Instituto de Mayores y Servicios Sociales -IMSERSO, 2009), neste estudo apenas 28,6% dos indivíduos não apresentam qualquer alteração cognitiva, ou seja, 71,4% têm alterações do seu estado cognitivo.

Neste estudo apenas 28,60% dos indivíduos são considerados independentes, todos os restantes (71,4%) apresentam graus variados de dependência, a percentagem da Galiza para a dependência da sua população institucionalizada é de 54,4% abaixo do encontrado neste trabalho (Instituto de Mayores y Servicios Sociales -IMSERSO, 2009).

Da análise da qualidade de vida nas suas 8 dimensões, na primeira dimensão referente ao bem-estar emocional obtiveram-se diferenças significativas ao nível das habilitações literárias, do estado cognitivo e da dependência, como foi analisado anteriormente esta dimensão tem em conta factores como ansiedade, ausência de stress. Analisando as médias obtidas pelo indivíduos no bem-estar emocional em relação às habilitações literárias os indivíduos sem estudos têm médias mais baixas e estas vão aumentando consoante o grau de estudos, isto corrobora com os estudos de Lezaun (2006), estes mostram que os indivíduos com maior grau de habilitações apresentam-se menos deprimidos e apresentam menores níveis de ansiedade.

Em relação ao MEC as médias distribuem-se de modo decrescente em relação ao bem-estar emocional, ou seja, os indivíduos normais obtêm melhores médias que os indivíduos com deterioro cognitivo leve e sucessivamente até aos indivíduos em deterioro cognitivo grave. Podendo ser a cognição descrita como o funcionamento mental do individuo, onde se inclui a percepção, a memória, a tomada de decisões, o planeamento e produção de respostas adequadas as situações e estímulos internos (Manfin & Schmidt, 2006), ou seja, Ensel e Lin (1991) citados por Lezaun (2006) referem que alterações ao nível dos recursos psicossociais e cognitivos podem interagir nas relações de stress e bem-estar, alterando a forma e significado dos estímulos externos, modificando a sua natureza stressante levando a alterações das respostas emocionais, logo durante o processo de deterioração cognitiva os indivíduos vão produzir uma crescente instabilidade emocional. Na comparação do bem-estar emocional com a capacidade funcional verificou-se que a diferença aconteceu pois os indivíduos dependentes têm médias mais baixas que os restantes, um estudo de Campos e Navarro (2004) demonstrou que a dependência funcional pode levar os idosos a desenvolverem quadros depressivos e a passagem à dependência induz alterações emocionais.

A análise da dimensão de relações interpessoais não apresentou resultados com diferenças significativas em relação às variáveis em estudo, no entanto é de salientar

alguns resultados, nomeadamente a distribuição das médias das relações interpessoais em relação ao estado cognitivo, onde se denota que o deterioro do estado cognitivo vai provocar uma diminuição de relações interpessoais, o mesmo acontece para as situações de dependência. Uma revisão de literatura de Diener e Suh (1998) referida por Paschoal (2006) mostra que o ter incapacidade para ter oportunidades de estimulação quer prazerosa quer de envolvimento social relacionam-se com a depressão e com afectos negativos o que pode provocar a perda de papéis sociais e de relacionamento.

Analisando a dimensão de bem-estar material não se obtiveram diferenças nos resultados, isto pode ser justificado com o facto de Espanha proporcionar um apoio social aos seus idosos, pois mesmo o CTX- A Veiga sendo uma residência de carácter lucrativo privado, o estado permite a celebração de acordos e a acomodação de residentes que de outra forma não poderiam usufruir deste tipo de equipamento. De salientar o esforço desenvolvido pela direcção da CTX-A Veiga, pois permite que os cuidados prestados e as necessidades que os seus residentes desenvolvem ao longo do período de vida passado nesta instituição nunca sejam afetadas pela capacidade material dos seus clientes.

A base tórica da dimensão de desenvolvimento pessoal assenta na capacidade do indivíduo participar no desenvolvimento do seu plano pessoal, ou seja, participação em atividades de desenvolvimento de novas aprendizagens, numa conduta adaptativa assim como no poder praticar as suas competências pessoais, assim os resultados com diferenças significativas nesta dimensão aparecem em relação aos grupos etários, nas habilitações literárias, no estado cognitivo e na dependência. Nos grupos etários são os indivíduos mais novos os que apresentam médias de desenvolvimento pessoal, destacadamente mais altas, isto é inerente ao próprio processo de envelhecimento, como vimos na primeira parte do trabalho com a explicação do processo de envelhecimento pois mesmo o individuo desenvolvendo plasticidade comportamental, fazendo uma gestão interna dos seus recursos internos, o processo de envelhecer é um processo de perdas que embora possam ser minimizadas não podem ser contrariadas.

O desenvolvimento pessoal apresenta um crescendo nas médias em relação ao grau de escolaridade, ou seja, quanto maior o grau literário, melhor é a média de desenvolvimento pessoal, isto vai de encontro ao estudo de Lezaun (2006) onde foi analisada a dificuldade nas atividades quotidianas, concluiu-se que quanto menores as

habilitações literárias, maior a dificuldade no desenvolvimento das atividades do quotidiano. A relação entre a dependência e o desenvolvimento pessoal indica que quanto maior o grau de dependência menor a média de desenvolvimento pessoal, estes resultados são justificados mais uma vez pela base teórica desta dimensão, ou seja, se o índice de Barthel analisa a capacidade de realização das atividades da vida diária e esta dimensão avalia a capacidade do indivíduo realizar as tarefas da vida diária. Assim os indivíduos que apresentem índices de dependência apresentam igualmente médias baixas de desenvolvimento pessoal.

A dimensão de bem-estar físico contempla a assistência de saúde, aspectos como a dor, medicação e como estas incidem no estado de saúde. Obtiveram-se resultados com diferenças significativas nos grupos etários, esta diferença foi obtida pela diferença nas médias dos grupo com menos de 75 anos de idade em relação aos restantes grupos, ou seja, os indivíduos mais novos apresentam melhor bem-estar físico, isto corrobora com o padrão para o envelhecimento biológico de Fernandez-Ballesteros (2004), que refere um decréscimo acentuado na componente biológica/física durante o processo de envelhecimento. Lawton (2001) diz que fatores como dor, limitações funcionais e cognitivas não devem estar presentes num indivíduo com uma boa qualidade de vida física, isto também justifica o facto de os indivíduos com deterioro cognitivo obterem piores médias de bem-estar físico, assim como os indivíduos dependentes. Ainda reportando-nos às perdas no processo de envelhecimento, com o desenvolvimento de doenças crónicas na velhice diminui-se também o índice de capacidade funcional, bem como de autoapreciação em relação à saúde como refere Lezaun (2006) citando dois estudos desenvolvidos por Kaplan, Strawbridge, Camacho y Cohen (1993) e Mor, Wilcox, Rakowsky y Hiris (1994).

Em relação às habilitações literárias um estudo de Lezaun (2006) indica os indivíduos sem estudos como tendo pior saúde que os indivíduos que durante a sua vida obtiveram algum grau literário, o que corrobora com o encontrado neste trabalho, onde as médias mais baixas de bem-estar físico vão exatamente para os indivíduos sem estudos aumentando até aos indivíduos com grau universitário.

Para a dimensão de autodeterminação, a capacidade do indivíduo defender opiniões, a autonomia para tomada de decisões são essenciais para a qualidade de vida nesta dimensão, aqui os resultados obtidos indicam que os indivíduos com mais habilitações literárias têm médias mais altas de autodeterminação, isto pode ser

explicado por vivermos numa sociedade de informação e tendencialmente burocrática, o que dificulta o entendimento e possibilidade de expressão de opinião por parte de quem não pode aceder de um modo direto à informação. Nesta dimensão obtiveram-se diferenças em relação ao estado cognitivo, a autodeterminação é mais baixa para os estados de deterioro cognitivo mais acentuados, Fernández-Ballesteros (2004) refere que perdas ao nível cognitivo, mais concretamente ao nível da percepção e memória podem fazer com que os indivíduos percam motivação levando a uma diminuição da sua autodeterminação. Em relação à dependência os resultados revelaram diferenças estatisticamente significativas, estas salientam-se nas situações de dependência funcional mais acentuadas, apresentando médias mais baixas de autodeterminação, isto pode ser explicado pelo próprio modelo assistencial, que tem tendência a sobrepor-se em demasia ao indivíduo, fazendo-o perder autonomia (Jacob, 2012).

A dimensão referente à inclusão social não obteve diferenças significativas em relação às variáveis em estudo, isto pode ser explicado pelo facto do CTX-A Veiga ter uma acessibilidade completa ao nível do meio físico, desenvolver vertentes como a animação sócio cultural, estimulação de atividades em grupo, bem como estando sempre aberta à comunidade, evitando assim ao máximo o isolamento dos seus residentes.

A última dimensão diz respeito aos direitos, como foi referido na primeira parte do trabalho esta dimensão contempla a capacidade de defesa dos direitos bem como do seu conhecimentos por parte dos idosos, aqui foram obtidas diferenças significativas em relação às habilitações literárias e ao nível do estado cognitivo. Nas habilitações literárias os resultados revelam que as médias mais baixas vão para os residentes sem estudos e estas crescem à medida que o grau de literacia aumenta, isto advém do crescimento da própria sociedade, hoje em dia vivemos numa sociedade de informação moderna e dedicada às novas tecnologias, o indivíduo para se adaptar a uma sociedade moderna depende de uma plasticidade de pensamento mas também de ter à-vontade em relação a certas ferramentas que necessitam de conhecimentos ao nível intelectual e literários, Fernández-Ballesteros (2004) refere que as sociedades modernas tendem a ignorar as tradições passadas, introduzindo novas nomenclaturas e efetuando reorganizações à sociedade que retiram status às pessoas mais velhas, um estudo de García e García (2012) revela que apenas 16,9% das pessoas em Espanha com mais de 65 anos tinha utilizado um computador num espaço de três meses,

quando a percentagem nos jovens era de mais de 95%. Em relação ao estado cognitivo a distribuição de médias deste estudo mostra que a capacidade de conhecimento e defesa dos direitos diminui com o aumento do deterioro cognitivo, acentuando-se muito para o deterioro cognitivo grave. Num estudo com idosos com deterioro cognitivo 66% afirmam não conhecer os seus direitos e por exemplo apenas 44% sabiam da possibilidade de apresentarem queixas com o cuidado que recebem (Arrazola, 2011).

No índice de qualidade de vida não se obteve diferenças estatisticamente significativas em função do sexo. Um estudo acerca da qualidade de vida efectuado por Sánchez *et al* (2011) também não havia encontrado diferenças. Um estudo de Lima, Lima, & Ribeiro (2010) revelou que os elementos do sexo masculino possuíam uma melhor qualidade de vida que os do feminino, explicando as razões destes resultados estarem na maior obtenção de satisfação com a vida e menor presença de quadros depressivos para a população masculina. Em relação à idade este estudo também não se encontraram diferenças significativas quando comparada com a qualidade de vida, de denotar que os indivíduos do grupo etário de menos de 75 anos obtiveram médias mais altas, avaliando os resultados de todas as dimensões vê-se que só para a dimensão de bem estar material é que os indivíduos mais novos não obtiveram as médias mais altas, ou seja, a única dimensão que não se reporta ao envelhecimento, à perda de papéis, ao próprio envelhecimento biológico e psicológico é que revela que os indivíduos mais velhos podem ter as médias mais altas.

Nas habilitações literárias vemos que os indivíduos com formação superior apresentam as melhores médias de qualidade de vida, com o foi descrito durante esta discussão de resultados, a plasticidade de pensamento, o ter adquirido ao longo da vida um conjunto de ferramentas que facilitam por uma lado a adaptação ao mundo de mudanças na velhice mas por outro que ajudam à abertura de novas aprendizagens, mostram-se de primordial importância para a qualidade de vida, um indivíduo capacitado literariamente tem mais possibilidade de ter qualidade de vida.

Em relação ao estado cognitivo este estudo também mostra diferenças significativas, analisando as médias denota-se que os indivíduos com deterioro cognitivo mais acentuado apresentam médias de índice de qualidade de vida mais baixas, sendo o índice de qualidade de vida o cúmulo de todas as dimensões atrás referidas mostrou que o deterioro cognitivo tem uma influencia importante na

qualidade de vida, em todas as dimensões os indivíduos nos estados mais acentuados de deterioro cognitivo apresentaram médias mais baixas, Fernández-Ballesteros (2004) referindo um estudo em residentes com demência de Becker, Kaspar e Kruse (2006) conclui que os indivíduos que perdem capacidades cognitivas, como habilidades em relação ao meio ambiente, capacidade de vida individual, utilidade externa da vida e valorização interna da mesma, vão ter menos qualidade de vida.

Na qualidade de vida relacionada com a dependência, observa-se uma qualidade de vida maior em indivíduos independentes, com o aparecimento dos graus de dependência diminui a qualidade de vida, sendo o índice de qualidade de vida a aglomeração das dimensões anteriormente descritas, só na dimensão que não diz respeito as perdas de envelhecimento, quer na saúde que nas componentes sociais é que os indivíduos em situação de dependência não obtiveram as médias mais baixas.

Conclusões, Limitações e Sugestões

O CTX- A Veiga é um centro vocacionado para uma prestação de cuidados e de atenção de elevada qualidade, onde se pretende que os indivíduos possam ter uma qualidade de vida alta, com parâmetros altos em toda a componente bio-psico-social do indivíduo.

Avaliar a qualidade de vida neste tipo de população é uma mais valia, pois pode detectar deficits nos serviços prestados bem com apresentar dados importantes acerca do estado global do indivíduos nas suas componentes biológicas, psicológicas e sociais. Portanto avaliar a qualidade de vida é um factor de extrema importância para quem pretende desenvolver uma qualidade alta de atenção e cuidados.

Os sujeitos do estudo foram 35 residentes, sendo 71,4% do sexo feminino, com uma idade média de 79,6 anos, na sua maioria viúvos, com habilitações literárias básicas, tendo maioritariamente deterioro cognitivo e dependências funcionais.

Os resultados obtidos em relação à qualidade de vida revelam que, o sexo não é um factor diferenciador para uma melhor qualidade de vida. Apesar de não existirem diferenças estatisticamente significativas os indivíduos mais jovens apresentam pontuações mais elevadas no índice de qualidade de vida. O estado civil também não mostra diferenças ao nível da qualidade de vida.

O facto de o indivíduo poder ao longo da sua vida ter adquirido conhecimentos através da aquisição de habilitações literárias, revela ser uma variável que possui relação estatisticamente significativa com a qualidade de vida, sendo que os indivíduos mais instruídos são os que apresentam pontuações mais elevadas no índice de qualidade de vida.

Em relação ao estado cognitivo e a qualidade de vida, conclui-se uma estreita relação entre estes, ou seja, os estados de deterioro cognitivo afectam a qualidade de vida na razão em que com o aumento do deterioro cognitivo há uma diminuição da qualidade de vida.

Tal como o estado cognitivo, o estado de dependência funcional, possui relação com a qualidade de vida, assim quanto menor for o nível de dependência maior será esta.

O desenvolvimento deste estudo, no âmbito do programa Erasmus, foi possível pela proximidade criada no desenrolar do estagio no CTX-A Veiga com a equipe multidisciplinar. A execução em conjunto de múltiplas atividades e o envolvimento com os residentes permitiram um contacto próximo à realidade da instituição. Conviver, trabalhar diariamente e diretamente com esta população permitiu desenvolver competências facilitadoras na identificação das suas necessidades, bem como potencialidades, por forma a minimizar as consequências decorrentes de um processo de envelhecimento primário e secundário, com o intuito de se conferir uma melhor qualidade de vida. De salientar aqui, a promoção de um envelhecimento ativo, participativo e bem sucedido, como fulcral para este processo.

Esta investigação permitiu perceber a relação da qualidade de vida com determinadas variáveis, contudo é de salientar que estes resultados não podem ser extrapolados, uma vez que a amostra estudada é de pequena dimensão e reporta-se a um determinado contexto espaço-temporal e cultural. Uma outra limitação prende-se com o facto do estagio ter decorrido num limitado período de tempo, bem como para a elaboração deste relatório.

Seria pertinente prosseguir este tipo de estudo com uma amostra de dimensão mais elevada e num período de tempo mais alargado. A comparação do índice de qualidade de vida entre regiões transfronteiriças poderia trazer mais valias como agentes integrantes de um mesmo espaço europeu.

Referencias Bibliográficas

- Alonso, M. Á., Martínez, B. A., Sánchez, L. E., & Robert, S. L. (2009). *Manual de Aplicación de la escla de GENCAT de calidad de vida* (1ª ed.). Barcelona: Departamento de Acción Social y Ciudadanía de la Generalitat de Catalunya.
- Alonso, M. A., Sánchez, L. E., & Martinez, B. A. (2009). *Evaluación de la calidad de vida en personas mayores: La Escala FUMAT* (1ª ed.). Salamanca: ublicaciones del INICO.
- Arrazola, F. (2011). Los derechos de las personas mayores. *Oñati Socio-Legal Series* , 1, 2-24.
- Aznar , F. C., & Andreu, M. A. (2005). Calidad de Vida de las Personas Mayores. In S. Hernandez , & S. Martinez, *Gerontologia- Actualización, innovación y propuestas* (1ª ed., pp. 117-144). Madrid: Dykinson.
- Baltes , M. M., & Cartensen, L. L. (2003). The Process of Succesfull Aging: Seleccion, Optimization, and Compesation. In M. U. Staudinger, & U. Linderberger , *Understanding Human Develepment: Dialogues with Lifspam Psychology* (1ª ed., pp. 81-104). Dordrecht : Kluer Academic Publishers Group .
- Baltes , P. B., & Smith, J. (1999). Multilevel and Systemic Analyses of Old Age. In V. L. Bengston , & K. W. Schai , *Handbook of Theories Of Aging* (pp. 153-173). New York : Springer .
- Baltes, P. B., & Mayer, K. U. (2001). *The Berlin Aging Study : Aging From 70 to 100* (1ª ed.). New York : Cambridge.
- Berger-Schmitt, R. (2000). Social Cohesion as an Aspect of Quality of Societies: Concept and Maessurement. *EuReporting Working Paper N°14* , 2-31.
- Berger-Schmitt, R., & Noll, H.-H. (2000). Conceptual FrameWork And Structure of an European System of Social Indicators . *EuReporting WorkshopPaper N° 9* , 8-73.
- Campos, j., & Navarro, A. (9 de fevereiro de 2004). Depresión en pacientes de edad avanzada. Dos ámbitos: un centro sociosanitario y un programa de soporte domiciliario . *Revista Espanhola de Geriatria Gerontologia* , pp. 232-239.

- Canavarro, M. C. (2010). Qualidade de vida: Significados e Níveis de Análise. In M. C. Canavarro, & A. V. Serra, *Qualidade de Vida e Saúde: Uma abordagem na perspectiva da Organização Mundial de Saúde* (1ª ed., pp. 3-23). Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.
- Cid-Ruzada, J., & Damián-Moreno, J. (Março de 1997). Valoración de la discapacidad física: El Índice de Barthel. *Rev. Esp. Salud Pública*, 2º, pp. 127-137.
- Cummins, R. A. (1997). *Comprehensive Quality of Life Scale School Version* (1ª ed.). Melbourne: School of Psychology Deakin University.
- Daatland, S. O., & Hansen, T. (2007). Well-being, Control, And Aging. In H. Mollenkopf, & A. Walker, *Quality of Life in Old Age* (Vol. 31, pp. 33-48). Dordrech : Springer.
- Diener, E., & Sush, E. (1997). Measuring Quality of Life: Economic, Social and Subjectives Indicators. *Social Indicators Research*, 40, 189-216.
- Estrada, A., Cardona, D., Segura, Á. M., Chavarriaga, L. M., Ordóñez, J., & Osorio, J. J. (2011). Calidad de vida de los adultos mayores de Medellín. *Biomédica*, 492-502.
- Felce, D., & Perry, J. (1997). Quality of Life: the scope of the term and his breadth of measurement. In I. R. Brown, *Quality of Life for people with disabilities* (2ª ed., pp. 56-71). Cheltenham : Stanley Thornes.
- Fernández-Ballesteros, R., Kruse, A., Zamarrón, M. D., & Caprara, M. (2009). Calidade de vida, satisfacion con la vida y envejecimiento positivo. In R. Fernández-ballesteros, *PsicoGerontologia* (1ª ed., pp. 261-291). Madrid: Pirámide .
- Fernández-Ballesteros, R. (2004). Gerontología social. Una introducción. In R. Fernandez-Ballesteros, *Gerontologia Social* (p. 39). Madrid: Psicología Pirámide .
- Fernández-Ballesteros, R. (1998). Quality Of Life: Concept and Assessment. In J. G. Adair, D. Bélanger, & K. L. Dion, *Advances in Psychological Science* (1ª ed., Vol. 1, pp. 387-428). Est Sussex, UK: Psychology Press.
- Fleck, M. P., Leal, O. F., Louzada, S., Xavier, M., Chachamovich, E., Vieira, G., et al. (1999). Desenvolvimento da versão em português do instrumento de avaliação de qualidade de vida da OMS (WHOQOL-100). *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 1, 19-28.

- Fortin, M.-F. (2009). *Fundamentos e Etapas do Processo de Investigação* (1ª ed.). Loures: Lusodidata.
- Fortin, M.-F. (2009). Perspectivas em Ética da Investigação. In M.-F. Fortin, *Fundamentos e Etapas de Investigação* (1ª ed.). Loures.
- Fortin, M.-F., Prud'homme-Brisson, D., & Coutu-Wakulczk. (1999). Noções de Ética em Investigação. In M.-F. Fortin, *O Processo de Investigação* (1ª ed., pp. 113-129). Loures: Lusociência.
- García, A. A., & García, A. A. (1 de Junho de 2012). *Un perfil de las personas mayores en España, 2012*. Obtido de Informes Portal Mayores : <<http://www.imsersomayores.csic.es/documentos/documentos/pm-indicadoresbasicos12.pdf>>
- González , J. T. (2006). El Envejecimiento Desde La Perspectiva Biológica. In L. A. Ortiz, J. C. Ballesteros , M. M. Carrasco , & S. Masson (Ed.), *Psiquiatria Geriátrica* (2ª ed., pp. 3-25). Barcelona .
- Gómez, E. L., Verdugo, A. M., Arias, B., & Navas, P. (2008). Evaluación de la calidad de vida en personas mayores y con discapacidad: la Escala Fumat . *Intervención Psicosocial* , 189-199.
- Hernandis, S. P., & Martínez, S. M. (2005). Claves para Comprender La Posición Actual de la Gerontología. In S. P. Hernandis , & M. S. Martínez, *Gerontología* (1ª ed., pp. 3-34). Madrid : Pearson .
- Hervás, A., & Jalón, E. G. (Janeiro de 2005). Situación Cognitiva como condicionante de fragilidad en el anciano. . *An. Sist. Sanit. Navar.* , pp. 35-47.
- Hill, M. M., & Hill, A. (2005). *Investigação por Questionário* (2ª ed.). Lisboa: Edições Sílabo, LDA.
- IMSERSO. (2011). *Envejecimiento Activo- Livro Branco* (1ª ed.). Madrid: Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad Secretaría General de Política Social y Consumo Instituto de Mayores y Servicios Sociales (IMSERSO) .
- Instituto de Mayores y Servicios Sociales -IMSERSO. (2009). *Las Personas Mayores en España* (1ª ed.). Madrid: Ministerio de Sanidad y Política Social.
- Jacob, L. (2012). Respostas Sociais para Idosos em Portugal. In F. Pereira, *Teoria e Prática da Gerontologia* (pp. 129-148). Viseu: Psicossoma.

- Lawton, M. P. (2001). Quality of life and the end of life. In J. E. Birren, & K. W. Schaie, *Handbook of Psychology of Aging* (5ª ed., pp. 593-612). San Diego: Elseiver.
- Lehr, U., Re, S., & Wilbers, J. (2009). El cambio demográfico, la necesidad de cuidados y el papel de los mayres. In R. Fernández-Ballesteros, *PsicoGerontologia* (1ª ed., pp. 243-256). Madride: Pirámide.
- Lezaun, J. Y. (2006). *Análisis de la calidad de vida relacionada con la salud en la vejez desde una perspectiva multidimensional* (1ª ed.). Madride: Instituto de Mayores y Servicios Sociales (IMSERSO) .
- Lima , D. L., Lima, A., & Ribeiro, C. (2010). Envelhecimento e qualidade de vida de idosos institucionalizados . *Revista Brasileira de Ciências do Envelhecimento Humano* , 346-356.
- Lobo, A., Santos, M. P., & Carvalho, J. (2007). Anciano institucionalizado: calidad de vida y funcionalidad. *Revista Espanhola de Geriatria Gerontologia* , pp. 22-26.
- Lundkvist, J. (2005). *The Role of Economic Evaluations in Heath Care Decision Making*. Obtido em 15 de 9 de 2012, de <http://diss.kib.ki.se/2005/91-7140-423-6/thesis.pdf>.
- Magalhães , E. (2011). O Envelhecimento Activo: Uma Perspectiva Psicossocial. In L. Jacob , & H. Fernandes , *Ideias para um Envelhecimento Activo* (1ª ed., pp. 11-39). Almeirim .
- Manfin, A., & Schmidt, S. (2006). Diagnóstico diferencial das demências. In E. Freitas, L. Cançado, J. Doll, & M. Gorzoni, *Tratado de Geriatria e Gerontologia* (2ª ed., pp. 242-252). Rio De Janeiro: Guanabara Koogan.
- Martín , M. C. (2006). El Envejecimiento desde La Perspetiva Psicológica. In L. A. Ortiz, J. C. Ballesteros, M. M. Carrasco, & Masson (Ed.), *Psiquiatria Geriátrica* (2ª ed., pp. 26-81). Barcelona : Masson .
- Martin, I., & Brandão, D. (2012). Políticas para a Terceira Idade. In C. Paúl, & O. Ribeiro, *Manual de Gerontologia* (pp. 273-288). Lisboa: Lidel.
- Mayer, K. U., Baltes, P. B., Baltes , M. M., Borchelt, M., Delius, J., Helmchen, H., et al. (1999). What Do We Know about Old Age and Aging? Conclusions from the Berlin Aging Study. In P. B. Baltes , & K. U. Mayer , *The Berlin Aging Study* (pp. 475-545). Berlin.

- Naughton, M. J., & Shumaker, S. A. (2003). The case for domains of function in quality of life assessment. *Quality of Life Research* , pp. 73-80.
- Neri, A. L. (2006). O Legado de Paul B. Baltes à Psicologia do Desenvolvimento e do Envelhecimento. *Temas em Psicologia* , 14, 17-34.
- Netto, M. P. (2006). O estudo da velhice: Histórico, Definição do Campo e Termos Básicos. In E. V. Freitas, L. P. Cançado, J. Doll, & M. L. Gorzoni, *Tratado de Geriatria e Gerontologia* (pp. 2-12). Rio de Janeiro: Guanabara.
- Oliveira, J. H. (2005). *Psicologia do Envelhecimento e do idoso* (2ª ed.). Porto: Livpsic.
- OMS. (2005). *Envelhecimento Activo: Uma política de saúde* (1ª ed.). Brasília: Organização Pan-americana de Saúde.
- OMS: WHOQOL Group. (1993). Study protocol for the World Health Organization project to develop a Quality of Life assessment instrument (WHOQOL). *Quality of Life Research* , 153-159.
- Organização Mundial de Saúde. (17 de 10 de 2010). Constituição da Organização Mundial de Saúde . Obtido de FDUC: <http://www.uc.pt/fduc>
- Paúl, C. (2005). A construção De Um Modelo De Envelhecimento Humano. In C. Paúl, & A. M. Fonseca , *Envelhecer Em Portugal* (1ª ed., pp. 21-46). Lisboa : Climepsi Editores .
- Paúl, C., & Ribeiro , O. (2012). *Manual de Gerontologia* (1ª ed.). Lisboa : Lidel .
- Paschoal, S. (2006). Qualidade de vida na velhice. In E. Freitas, L. Cançado, J. Doll, & M. Gorzoni, *Tratado de Geriatria e Gerontologia* (2ª ed., pp. 147-153). Rio de Janeiro: Guanabara Koogan.
- Pereira, F. (2012). Fenómenos Estruturantes da Pós-Modernidade. In F. (. Pereira, *Teoria e Prática da Gerontologia* (1ª ed., pp. 17-23). Viséu: Psicossoma.
- Phillips, D. (2005). Health-related quality of Life. In D. Phillips, *Quality of life: concept, policy and practice* (2ª ed., pp. 40-62). New York: Taylor & Francis e-Library .
- Pinazo , S., Lorente , X., Limón, R., Fernández, S., & Bermejo, L. (2010). Envejecimiento Y Aprendizaje a lo Largo De La Vida. In L. B. García , *Envejecimiento Activo Y Actividades Socioeducativas con Personas Mayores* (1ª ed., pp. 3-10). Madrid: Editorial Medica Pan-Americana.

- Pordata. (s.d.). *Pordata- Base de dados Portugal Contemporâneo* . Obtido em 5 de Dezembro de 2012, de Pordata : <http://www.pordata.pt/Europa/Ambiente+de+Consulta/Tabela>
- Rapley, M. (2003). *Quality of Life research: A Critical Introduction* (1ª ed.). London: Sage Publications.
- Ribeiro, J. L. (2007). *Metodologia De Investigação em psicologia e saúde* (1ª ed.). Porto: Livpsic.
- Ribeiro, L. J. (1994). A Importancia da Qualidade de Vida para a Psicologia da Saúde. *Análise Psicológica* , 179-191.
- Sánchez , R. O., Cossío , A. R., Morena , J. C., Álvarez-Vijande , A. M., López, A. G., & Córdoba , C. P. (2011). Anciano Frágil y Calidad de Vida. *Revista Clínica de Medicina de Familia* , 101-105.
- Santiago , D. C. (2006). El Envejecimiento Defeniciones Y Teorías. In D. C. Santiago, *Biogerontología* (pp. 13-34). Sanatander: Universidad de Cantabria.
- Schaie, K. W., & Willis , S. L. (1999). Theories of Everyday Competence and Aging. In V. L. Bengston, & K. W. Schaie , *Handbook of Theories of Aging* (1ª ed., pp. 174-195). New York: Springer.
- Schalock, R. L., & Verdugo, M. Á. (2007). *Repositorio Documental de la Universidad de Salamanca*. Obtido em 18 de Outubro de 2012, de GREDOS: <http://hdl.handle.net/10366/55873>
- Sen, A. (1993). Capability and Well-Being. In M. Nussbaum, & A. Sen, *The Quality Of Life* (1ª ed., pp. 30-53). Oxford: Oxford University Press.
- Sequeira , C. (2010). *Cuidar de Idosos Com Dependencia Física e Mental* (1ª ed.). Lisboa : Lidel .
- Serra, A. V. (2010). Qualidade de Vida e Saúde. In M. C. Canavarro, & A. V. Serra, *Qualidade de Vida: Uma Abordagem na Perspectiva da Organização Mundial de Saúde* (1ª ed., pp. 23-54). Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.
- Serrano, G. P. (2006). *Calidad de Vida en Personas Mayores* (1ª ed.). Madrid: Dykinson.
- Tárraga, L., & Boada, M. (2004). *Ejercicios prácticos de estimulación cognitiva para enfermos de Alzheimer en fase leve* . Barcelona: Editorial Glosa .

- Wolfensberger, W. (1994). Let's hang up "quality of life" as a hopeless term. In D. A. Goode, *Quality of life for persons with disabilities: International perspectives and issues* (1ª ed., pp. 285-321). Cambridge: Brookline Books.
- Wood-Dauphinee, S. (1999). Assessing Quality of Life in Clinical Research: From Where Have We Come and Where Are We Going? *Journal of Clinical Epidemiology* , 355 - 363.
- Zotikos , F. M., & Castillo , M. (2011). *Modelo de calidad de vida aplicado a la atención residencial de personas con necesidades complejas de apoyo* (1ª ed.). Madride: Instituto de Mayores y Servicios Sociales (IMSERSO) .

Anexo I

Anexo I- Escala de FUMAT



AVEIGA
Complexo Terapéutico Xerontolóxico

Número de Identificación: _____

Nombre: _____

Apellidos: _____

Sexo: Varón Mujer

	Día	Mes	Año
Fecha de aplicación	_____	_____	_____
Fecha de Nacimiento	_____	_____	_____
Edad cronológica	_____	_____	_____

Dirección : _____

Localidad/Provincia/CP: _____

Teléfono: _____ Lengua hablada en casa: _____

Nombre de la persona que completa el cuestionario: _____

Puesto de Trabajo: _____

Agencia/Afiliación: _____

Dirección: _____

Correo electrónico: _____ Teléfono: _____

Nombre de otros informantes	Relación con la persona	Idioma
_____	_____	_____
_____	_____	_____

INSTRUCCIONES: A continuación se presentan una serie de afirmaciones relativas a la calidad de vida de la persona que está evaluando. Por favor, marque la opción de respuesta que MEJOR describe a dicha persona y no deje ninguna cuestión en blanco.

Bienestar emocional		Siempre O Casi Siempre	Frecuen temente	Algunas Veces	Nunca O Casi Nunca
1	En general, se muestra satisfecho con su vida presente	4	3	2	1
2	Manifiesta sentirse inútil	1	2	3	4
3	Se muestra intranquilo o nervioso	1	2	3	4
4	Se muestra satisfecho consigo mismo	4	3	2	1
5	Tiene problemas de comportamiento	1	2	3	4
6	Se muestra satisfecho con los servicios y los apoyos que recibe	4	3	2	1
7	Manifiesta sentirse triste o deprimido	1	2	3	4
8	Muestra sentimientos de incapacidad e inseguridad	1	2	3	4
		Puntuación directa TOTAL			

Relaciones Interpersonales		Siempre O Casi Siempre	Frecuen temente	Algunas Veces	Nunca O Casi Nunca
9	Realiza actividades que la gustan con otras personas	4	3	2	1
10	Mantiene una buena relación con los profesionales del servicio al que acude	4	3	2	1
11	Mantiene una buena relación con sus compañeros del servicio al que acude	4	3	2	1
12	Carece de familiares cercanos	1	2	3	4
13	Valora negativamente sus relaciones de amistad	1	2	3	4
14	Manifiesta sentirse querido por las personas importantes para él	4	3	2	1
		Puntuación directa TOTAL			

Bienestar Material		Siempre O Casi Siempre	Frecuen temente	Algunas Veces	Nunca O Casi Nunca
15	El lugar donde vive es confortable	4	3	2	1
16	Manifiesta no estar satisfecho con su jubilación (o situación laboral actual)	1	2	3	4
17	Se queja de su salario (o pensión)	1	2	3	4
18	El lugar donde vive tiene barreras arquitectónicas que impiden o dificultan alguna de sus actividades	1	2	3	4
19	El servicio al que acude tiene barreras arquitectónicas que impiden o dificultan alguna de sus actividades	1	2	3	4
20	Dispone de las cosas materiales que necesita	4	3	2	1
21	El lugar donde vive necesita reformas para adaptarse a sus necesidades	1	2	3	4
		Puntuación directa TOTAL			

Desarrollo Personal		Siempre O Casi Siempre	Frecuen temente	Algunas Veces	Nunca O Casi Nunca
22	Puede leer información básica para la vida cotidiana (carteles, periódico, etc.)	4	3	2	1
23	Muestra dificultad para resolver con eficacia los problemas que se le plantean	1	2	3	4
24	Tiene dificultades para expresar información	1	2	3	4
25	En el servicio al que acude le proporcionan información sobre cuestiones que le interesan	4	3	2	1
26	Muestra dificultades para manejar conceptos matemáticos básicos, útiles para la vida cotidiana (sumar, restar, etc.)	1	2	3	4
27	Tiene dificultades para comprender la información que recibe	1	2	3	4
28	Es responsable de toma de su medicación	4	3	2	1
29	Muestra escasa flexibilidad mental	1	2	3	4
Puntuación directa TOTAL					

Bienestar Físico		Siempre O Casi Siempre	Frecuen temente	Algunas Veces	Nunca O Casi Nunca
30	Tiene problemas de movilidad	1	2	3	4
31	Tiene problemas de continencia	1	2	3	4
32	Tiene dificultad para seguir una conversación porque oye mal	1	2	3	4
33	Su estado de salud le permite salir a la calle	4	3	2	1
34	Tiene problemas para recordar información importante para la vida cotidiana (caras familiares, nombres, etc.)	1	2	3	4
35	Tiene dificultades de visión que le impiden realizar sus tareas habituales	1	2	3	4
Puntuación directa TOTAL					

Autodeterminación		Siempre O Casi Siempre	Frecuen temente	Algunas Veces	Nunca O Casi Nunca
36	Hace planes sobre su futuro	4	3	2	1
37	Muestra dificultades para manejar el dinero de forma autónoma (cheques, alquiler, facturas, ir al banco, etc.)	1	2	3	4
38	Otras personas organizan su vida	1	2	3	4
39	Elige cómo pasar su tiempo libre	4	3	2	1
40	Ha elegido el lugar donde vive actualmente	4	3	2	1
41	Su familia respeta sus decisiones	4	3	2	1
42	Toma decisiones sobre cuestiones cotidianas	4	3	2	1
43	Otras personas toman las decisiones que son importantes para su vida	1	2	3	4
Puntuación directa TOTAL					

Inclusión Social		Siempre O Casi Siempre	Frecuen temente	Algunas Veces	Nunca O Casi Nunca
44	Participa en diversas actividades de ocio que le interesan	4	3	2	1
45	Está excluido en su comunidad	1	2	3	4
46	En el servicio al que acude, tiene dificultad para encontrar apoyos cuando los necesita	1	2	3	4
47	Tiene amigos que le apoyan cuando lo necesita	4	3	2	1
48	Tiene dificultades para relacionarse con otras personas del centro al que acude	1	2	3	4
49	Está integrado con los compañeros del servicio al que acude	4	3	2	1
50	Participa de forma voluntaria en algún programa o actividad del servicio al que acude	4	3	2	1
51	Su red de apoyos no satisface sus necesidades	1	2	3	4
52	Tiene dificultades para participar en su comunidad	1	2	3	4
Puntuación directa TOTAL					

Derechos		Siempre O Casi Siempre	Frecuen temente	Algunas Veces	Nunca O Casi Nunca
53	En el servicio al que acude se respetan y defienden sus derechos	4	3	2	1
54	Recibe información adecuada y suficiente sobre los tratamientos e intervenciones que recibe	4	3	2	1
55	Muestra dificultad para defender sus derechos cuando no son respetados	1	2	3	4
56	Cuenta con asistencia legal y/o acceso a servicios de asesoría legal	4	3	2	1
57	Disfruta de todos sus derechos legales (ciudadanía, voto, procesos legales, etc.)	4	3	2	1
Puntuación directa TOTAL					

Número de identificación: _____
 Nombre y Apellidos: _____
 Informante: _____
 Fecha de aplicación: _____

Sección 1ª. Escala de Calidad de Vida FUMAT			
1.	Introducir las puntuaciones directas totales de cada una de las dimensiones		
2.	Introducir las puntuaciones estándar y los percentiles		
3.	Introducir el Índice de Calidad de Vida		
Dimensiones de calidad de vida	Puntuaciones directas totales	Puntuaciones estándar	Percentiles de las dimensiones
Bienestar Emocional			
Relaciones Interpersonales			
Bienestar Material			
Desarrollo Personal			
Bienestar Físico			
Autodeterminación			
Inclusión social			
Derechos			
Puntuación Estándar TOTAL (suma)			
ÍNDICE DE CALIDAD DE VIDA (Puntuación estándar compuesta)			
Percentil Del Índice De Calidad De Vida			

Anexo II

Anexo II- Tabelas para a obtenção do índice de qualidade de vida

Puntuación estándar	BE	RI	BM	DP	BF	AU	IS	DE	Percentil
20									>99
19									>99
18									>99
17									99
16									98
15				32		31-32	36		95
14	32			30-31	24	29-30	34-35	20	91
13	30-31	23-24		27-29	22-23	26-28	31-33	18-19	84
12	27-29	21-22	28	25-26	21	23-25	29-30	17	75
11	25-26	20	27	22-24	19-20	21-22	26-28	15-16	63
10	23-24	18-19	25-26	20-21	18	18-20	24-25	13-14	50
9	21-22	16-17	24	17-19	16-17	16-17	22-23	12	37
8	19-20	14-15	23	15-16	15	13-15	19-21	10-11	25
7	16-18	13	22	12-14	13-14	10-12	17-18	9	16
6	14-15	11-12	21	10-11	12	8-9	14-16	7-8	9
5	12-13	9-10	20	8-9	10-11		13	6	5
4	10-11	8	18-19		9		9-12	5	2
3	8-9	6-7	17		6-8				1
2			16						<1
1			7-15						<1

Total (suma de las PE)	Índice CV	Percentil	Total (suma de las PE)	Índice CV	Percentil	Total (suma de las PE)	Índice CV	Percentil
109	123	94	83	102	56	57	82	11
108	122	93	82	102	54	56	81	10
107	122	92	81	101	52	55	80	9
106	121	92	80	100	50	54	79	8
105	120	91	79	99	48	53	78	8
104	119	90	78	98	46	52	78	7
103	118	89	77	98	44	51	77	6
102	118	88	76	97	42	50	76	6
101	117	87	75	96	40	49	75	5
100	116	86	74	95	37	48	74	4
99	115	84	73	94	35	47	74	4
98	114	83	72	94	34	46	73	4
97	114	82	71	93	32	45	72	3
96	113	80	70	92	30	44	71	3
95	112	79	69	91	28	43	71	2
94	111	77	68	90	26	42	70	2
93	110	76	67	90	24	41	69	2
92	110	74	66	89	23	40	68	2
91	109	72	65	88	21	39	67	1
90	108	70	64	87	20	38	67	1
89	107	68	63	86	18	37	66	1
88	106	66	62	86	17	36	65	1
87	106	65	61	85	16	35	64	1
86	105	63	60	84	14	34	63	1
85	104	60	59	83	13	33	63	1
84	103	58	58	82	12	32	62	1

Anexo III

Anexo III- Tabela de representação da qualidade de vida segundo a escala de FUMAT

Sección 1b. Perfil De Calidad De Vida												
Rodea la puntuación estándar de cada dimensión y del Índice de Calidad de Vida. Después una los círculos de la dimensiones con una línea para obtener el perfil												
Percentil	BE	RI	BM	DP	BF	AU	IS	DR	Indice de CV	Pe		
99	16-20	16-20	16-20	16-20	16-20	16-20	16-20	16-20		99		
95	15	15	15	15	15	15	15	15	>122	95		
90	14	14	14	14	14	14	14	14	118-122	90		
85	13	13	13	13	13	13	13	13	115-117	85		
80									112-114	80		
75	12	12	12	12	12	12	12	12	110-111	75		
70									107-109	70		
65	11	11	11	11	11	11	11	11	105-106	65		
60									103-104	60		
55									102	55		
50	10	10	10	10	10	10	10	10	99-101	50		
45									98	45		
40									95-97	40		
35	9	9	9	9	9	9	9	9	94	35		
30									92-93	30		
25	8	8	8	8	8	8	8	8	90-91	25		
20									87-89	20		
15	7	7	7	7	7	7	7	7	83-86	15		
10	6	6	6	6	6	6	6	6	78-82	10		
5	5	5	5	5	5	5	5	5	71-77	5		
1	1-4	1-4	1-4	1-4	1-4	1-4	1-4	1-4	<71	1		

Anexo IV

Anexo IV- Escala de Barthel

ESCALA DE BARTHEL.

COMER:

- (10) Independiente. Capaz de comer por sí solo y en un tiempo razonable. La comida puede ser cocinada y servida por otra persona.
- (5) Necesita ayuda. Para cortar la carne o el pan, extender la mantequilla, etc., pero es capaz de comer solo.
- (0) Dependiente. Necesita ser alimentado por otra persona.

LAVARSE (BAÑARSE):

- (5) Independiente. Capaz de lavarse entero. Incluye entrar y salir del baño. Puede realizarlo todo sin estar una persona presente.
- (0) Dependiente. Necesita alguna ayuda o supervisión.

VESTIRSE:

- (10) Independiente. Capaz de ponerse y quitarse la ropa sin ayuda.
- (5) Necesita ayuda. Realiza solo al menos la mitad de las tareas en un tiempo razonable.
- (0) Dependiente.

ARREGLARSE:

- (5) Independiente. Realiza todas las actividades personales sin ninguna ayuda. Los complementos necesarios pueden ser provistos por otra persona.
- (0) Dependiente. Necesita alguna ayuda.

DEPOSICIÓN:

- (10) Continente. Ningún episodio de incontinencia.
- (5) Accidente ocasional. Menos de una vez por semana o necesita ayuda para enemas y supositorios.
- (0) Incontinente.

MICCIÓN (Valorar la semana previa):

- (10) Continente. Ningún episodio de incontinencia. Capaz de usar cualquier dispositivo por sí solo.

- (5) Accidente ocasional. Máximo un episodio de incontinencia en 24 horas. Incluye necesitar ayuda en la manipulación de sondas y otros dispositivos.
- (0) Incontinente..

USAR EL RETRETE:

- (10) Independiente. Entra y sale solo y no necesita ningún tipo de ayuda por parte de otra persona.
- (5) Necesita ayuda. Capaz de manejarse con pequeña ayuda: es capaz de usar el cuarto de baño. Puede limpiarse solo.
- (0) Dependiente. Incapaz de manejarse sin ayuda mayor.
- (1)

TRASLADO AL SILLON/CAMA:

- (15) Independiente. No precisa ayuda.
- (10) Mínima ayuda. Incluye supervisión verbal o pequeña ayuda física.
- (5) Gran ayuda. Precisa la ayuda de una persona fuerte o entrenada.
- (0) Dependiente. Necesita grúa o alzamiento por dos personas. Incapaz de permanecer sentado.

DEAMBULACION:

- (15) Independiente. Puede andar 50 m, o su equivalente en casa, sin ayuda o supervisión de otra persona. Puede usar ayudas instrumentales (bastón, muleta), excepto andador. Si utiliza prótesis, debe ser capaz de ponérsela y quitársela solo.
- (10) Necesita ayuda. Necesita supervisión o una pequeña ayuda física por parte de otra persona. Precisa utilizar andador.
- (5) Independiente. (En silla de ruedas) en 50 m. No requiere ayuda o supervisión.
- (0) Dependiente.

SUBIR / BAJAR ESCALERAS:

- (10) Independiente. Capaz de subir y bajar un piso sin la ayuda ni supervisión de otra persona.
- (5) Necesita ayuda. Precisa ayuda o supervisión.
- (0) Dependiente. Incapaz de salvar escalones

Evalúa diez actividades básicas de la vida diaria, y según estas puntuaciones clasifica a los pacientes en:

- 1- Independiente: 100 ptos (95 sí permanece en silla de ruedas).
- 2- Dependiente leve: >60 ptos.
- 3- Dependiente moderado: 40-55 ptos.
- 4- Dependiente grave: 20-35 ptos.
- 5- Dependiente total: <20 ptos.

Anexo V

Anexo V- Mini Exame Cognitivo

MINI EXAMEN COGNITIVO o MEC -de Lobo et al- (1979)

Nombre _____ Fecha _____

1. ORIENTACIÓN

-¿En qué día de la semana estamos?	1
-¿Qué día (de número) es hoy?	1
-¿En qué mes estamos?	1
-¿En qué año estamos?	1
-¿En qué estación del año estamos?	1
-¿En qué lugar estamos en este momento?	1
-¿En qué pueblo estamos?	1
-¿En qué provincia estamos?	1
-¿En qué país estamos?	1
-¿Cuál es el número de tu habitación?	1

2. FIJACIÓN

-Repita estas tres palabras hasta aprenderlas : PESETA-CABALLO-MANZANA (3 ptos.máx)	
---	--

3. CONCENTRACIÓN Y CÁLCULO

-Si tiene 30 pesetas y me da 3, ¿cuántas le quedan?¿y si me da otras 3?(Hasta 5 restas)	
-Repita estos tres números: 5-9-2. Ahora repítalos al revés	

4. MEMORIA

-¿Recuerda las 3 palabras que le he dicho antes?	
--	--

5. LENGUAJE Y CONSTRUCCIÓN

-Mostrar un bolígrafo	1
-Mostrar un reloj	1
-Repita: "EN UN TRIGAL HABÍA 5 PERROS"	
-Categorías:	
- Una manzana y una pera son frutas, ¿verdad?	
- ¿Qué son un gato y un perro?	1
- ¿Y el rojo y el verde?	1
-Haga lo que se le diga: COJA ESTE PAPEL CON LA MANO DERECHA, DÓBLELO POR LA MITAD Y PÓNGALO ENCIMA DE LA MESA (1pto. cada acción)	
-Lea y haga lo que el pape dice	1
-Escriba una frase	1
-Copie el dibujo (se puntúa si se marcan los vértices y se entrelazan los polígonos)	1

Observaciones:

TOTAL: _____

Anexo VI

Anexo VI- Questionário de satisfação dos trabalhadores

Para responder a sus necesidades y perspectivas como trabajador/a del equipo del C.T.X. A Veiga, conocer sus opiniones y poder mejorar nuestros procesos de competencia como organización, a continuación se le plantean una serie de cuestiones que nos gustaría que respondiese con la mayor sinceridad posible.

Antes del 15/07/2012, los formatos deberán ser entregados en el Buzón de Sugerencias para garantizar el anonimato de los mismos.

	1	2	3	4	NS/NC
Cuál es su grado de satisfacción con:					
1- Prestigio, solidez y sostenibilidad futura de la organización.					
2- Flexibilidad de su puesto de trabajo.					
3- Forma y participación de los trabajadores en la toma de decisiones.					
4- El trato que usted recibe de la organización.					
5- El conocimiento de su función y lo que la organización espera de usted .					
6- El conocimiento de su función y lo que la organización espera de usted .					
7- Reconocimiento de la dedicación, esfuerzo y del trabajo realizado					
8- Comunicación y respuesta de los resultados del desempeño de su actividad.					
9- Remuneración y otros beneficios otorgados por su desempeño en la organización.					
10- Ayuda, colaboración y cooperación entre todos los empleados.					
11- Ambiente de trabajo (Conflictos).					
12- Capacidad de liderazgo, dirección y coordinación de sus superiores en la organización					
13- Instalaciones y equipos disponibles para el ejercicio de su función.					
14- Medio ambiente, la comodidad y el bienestar físico del trabajo.					
15- Horarios, turnos y distribución del tiempo					
16- Carga de trabajo .					
17- Información, comunicación y difusión de los objetivos de la Política de Calidad.					

18- La formación que posee para el desarrollo de sus funciones en su actual puesto de trabajo.					
19- las propuestas de formación que el Centro le plantea para cubrir sus necesidades formativas.					
20- ¿En general, cuál es su nivel de satisfacción con la organización?					

1- Nada Satisfecho; 2- Poco satisfecho; 3- Satisfecho; 4- Muy satisfecho; NS/NC- No sabe y/o no contesta

	Si	No	NS/NC
¿Su grado de satisfacción con la organización ha aumentado con respecto al año anterior?			
¿Siente que trabaja en una organización innovadora y que mejora continuamente?			
¿ Está disponible para aceptar nuevos retos y/o funciones?			
¿ Recomendaría a un(a) amigo(a) que viniese a trabajar en esta organización?			

Solo dejaría esta organización: (marque solo una opción)

- Para ganar más dinero
- Su tuviese menos trabajo y más tiempo libre
- Si me proponen un cambio de profesión
- Si me viese en la obligación por otra razón

Sugerencias y comentarios

Gracias por la colaboración

Anexo VII




Anexo VII- Questionários de avaliação da satisfação de clientes



Cuestionario de satisfacción de los Residentes

___/___/___

Con el único objetivo de mejorar nuestros servicios, a continuación le presentamos algunos aspectos relacionados con el funcionamiento diario del C.T.X A Veiga que nos gustaría que valorase sinceramente de forma anónima.

Aspectos a evaluar	Mal 	Regular 	Bien 	NS/NC
1. ¿Cómo considera la comida y el servicio de comedor?				
2. ¿Cómo considera la limpieza de las habitaciones?				
3. ¿Cómo considera la limpieza de las zonas comunes? (salas, comedor, pasillos, etc.)				
4. ¿Cómo valora el servicio de lavandería?				
5. ¿Qué opinión le merecen las actividades llevadas a cabo en el centro?				
6. ¿Cómo valora el trabajo de las/os trabajadoras/es que le levantan, le asean, le atienden en el comedor e le acuestan?				
7. ¿Cómo valora el trabajo de los demás profesionales? (Médicos, enfermeras, fisioterapeuta, psicólogos, supervisoras, trabajadora social, terapeuta ocupacional...)				
8. ¿Cómo considera las instalaciones del centro? (Repartición y aprovechamiento de los espacios, materiales, etc.)				
9. ¿Qué opinión le merecen los horarios establecidos para las rutinas diarias del centro?				
10. Haga una valoración del centro.				
Otras observaciones que considere de interés para su complementa satisfacción con nuestros servicios:				

Anexo VIII

Anexo VIII- Questionários de avaliação da satisfação dos familiares

Cuestionario de satisfacción de las familias

Con el único objetivo de mejorar nuestros servicios, a continuación le presentamos algunos aspectos relacionados con el funcionamiento diario del C.T.X A Veiga que nos gustaría que valorase sinceramente de forma anónima.

	1	2	3	4	NS/NC
Cuál es su grado de satisfacción con:					
1- La limpieza y el orden de las instalaciones.					
2- El cuidado asistencial que el residente necesita.					
3- La atención sanitaria que el residente necesita.					
4- El trato que usted recibe de la organización.					
5- El horario de visitas.					
6- El Servicio de Lavandería.					
7- El Servicio de Comedor.					
8- Los Servicios Externos (podología, peluquería, etc). <i>Responder únicamente si el residente se ha beneficiado de estos servicios</i>					

1- Nada Satisfecho; 2- Poco satisfecho; 3- Satisfecho; 4- Muy satisfecho; NS/NC- No sabe y/o no contesta

	Si	No	NS/NC
Conozco las reglas de procedimiento y las normas de funcionamiento del C.T.X. A Veiga.			
La organización dispone de soluciones cuando se me plantea algún problema.			
Recomendaría el C.T.X. A Veiga a un amigo.			

NS/NC- No sabe y/o no contesta

	1	2	3	4	NS/NC
Nivel general de satisfacción.					

1- Nada Satisfecho; 2- Poco satisfecho; 3- Satisfecho; 4- Muy satisfecho; NS/NC- No sabe y/o no contesta

Comentarios/Observaciones

Anexo IX

Anexo IX- Cronograma semanal de Atividades Acordado com a Direção Técnica DA CTX- A Veiga.

	Lunes	Martes	Miercoles	Jueves	Viernes
Residentes com deterioro cognitivo grave e dependências acentuadas					
Residentes sem deterioro cognitivo ou leve grave e dependências leves					

	Lunes	Martes	Miercoles	Jueves	Viernes
Manhã	Estimulação cognitiva	Estimulação cognitiva	Estimulação cognitiva	Estimulação cognitiva	Leituras de atualidades
Tarde	Acompanhamento das atividades de animação sócio cultural	Acompanhamento das atividades de animação sócio cultural	Missa semanal	Acompanhamento das atividades de animação sócio cultural	Tardes gerontológica

Anexo X

Anexo X- Atividades do Plano de Envelhecimento Ativo

Descrição Das Atividades Realizadas No Plano De Envelhecimento Ativo

Na realização do estágio foi acordado com a direção do CTX- A Veiga a realização de “talleres Cognitivos” com os residentes da referida organização, neste âmbito foi desenvolvido um plano de exercícios variados com o objectivo de fomentar a atividade física, intelectual e cognitiva dos participantes nestas atividades.

Este plano tem dois grupos de participantes previamente divididos pela organização, assim vamos ter o grupo A composto pelos residentes da “planta Azul “, um grupo com deterioro cognitivo de moderado a grave e apresentado déficits funcionais moderados a graves. O segundo grupo, grupo B, é referente a residentes com deterioro cognitivo leve ou sem deterioro cognitivo e com as capacidades funcionais pouco alteradas ou sem alteração, este vai ser denominado com o grupo de residentes do “centro de Día”.

Para a organização destes grupos de trabalho o CTX- A Veiga realiza uma avaliação multidimensional, para as atividades cognitivas são realçadas duas avaliações, a avaliação do *mini-exame cognoscitivo* de Lobo y cols. 1979 (MEC) e a avaliação do índice de Barthel.

Este plano será desenvolvido segundo o cronograma apresentado no *Anexo VI*, em sessões de até 45 minutos, as atividades com o grupo A serão desenvolvidas na sala de estimulação cognitiva da “Planta Verde”, o grupo B desenvolverá as suas atividades no “Centro de Día” ou na Biblioteca do CTX – A VEIGA.

Antes do início da implementação das atividades foi feito um período de apresentação aos grupos de trabalho, bem como de habituação à língua local. Este período foi de quatro semanas, onde houve um acompanhamento das atividades desenvolvidas pela técnica responsável pelos “Talleres Cognitivos”, a psicóloga da residência.

Passado o período de apresentação e de conhecimentos da língua iniciou-se a implementação do plano de envelhecimento ativo. Neste plano seriam desenvolvidas variadas atividades divididas em:

- Atividades de atenção;
- Atividades de percepção;
- Atividades de memória;
- Atividade física – Componente de motricidade fina e motricidade grossa;
- Compreensão;
- Linguagem.

O horário de desenvolvimento destas atividade seria diariamente às 10h da manhã, com a alternância de grupos referida no cronograma do Anexo VI, o tipo de exercício a implementar era acordado com a psicóloga, evitando assim o cansaço excessivo por exercícios de tipologia semelhante.

Anexo XI

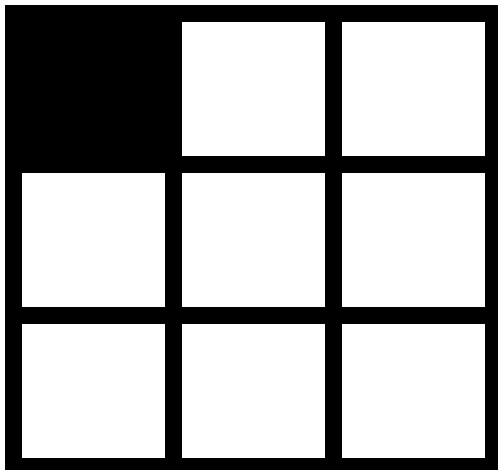
Anexo XI- Atividades desenvolvidas

“Matriz de Memoria”

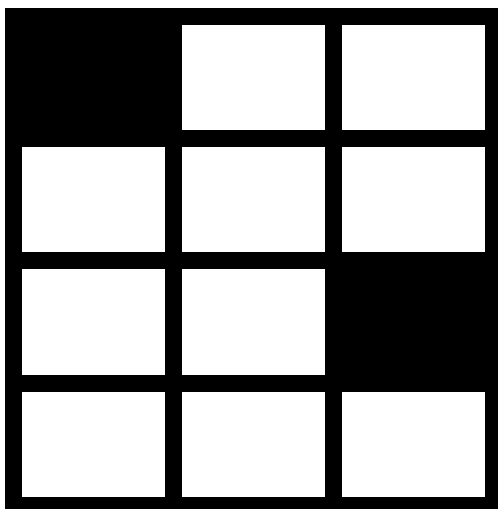
Esta atividade consiste na visualização de uma matriz onde estão preenchidos certos espaços, o residente terá que visualizar a matriz e reproduzi-la, aqui podem ser feitas duas versões diferentes, uma onde é mostrado num curto espaço de tempo a matriz, e noutra a matriz está sempre visível tendo apenas de ser reproduzida.

Está dividida em três graus de dificuldade.

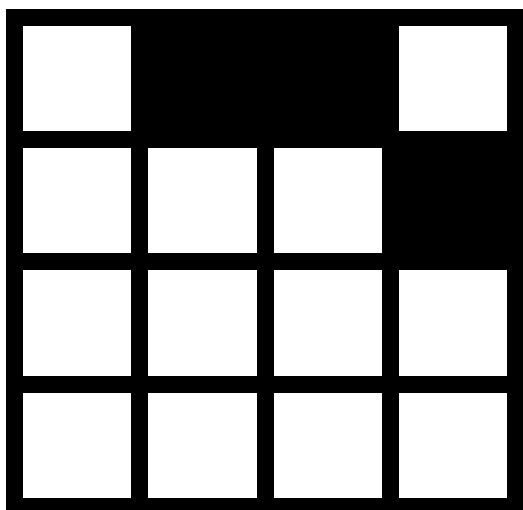
Tem como objectivo treinar a memória, percepção e atenção.



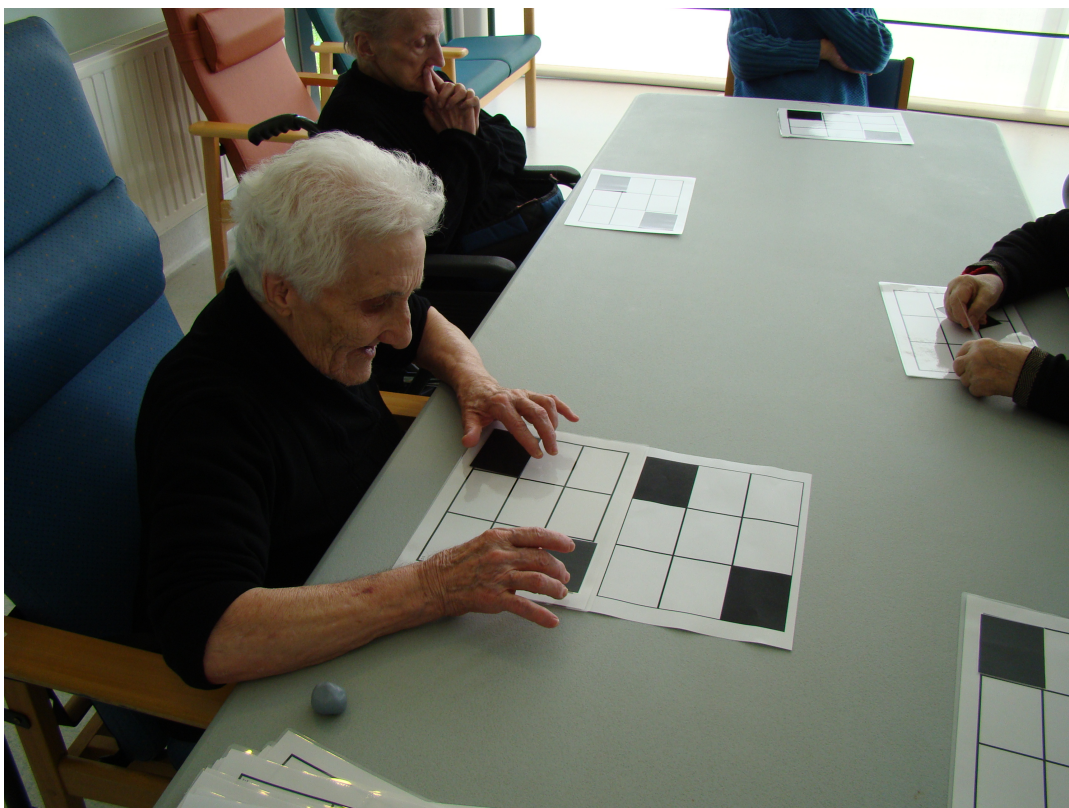
Grau de Dificuldade - Fácil



Grau de Dificuldade - Médio



Grau de Dificuldade - Difícil



“Encontre a borboleta”

Nesta atividade é pedido aos participantes que encontrem a imagens que sejam iguais às pedidas, estas estarão numa folha misturadas com mais imagens aleatoriamente.

Esta atividade tem como objectivo treinar a atenção.


Rodea con círculos todos las mariposas que encuentres como esta

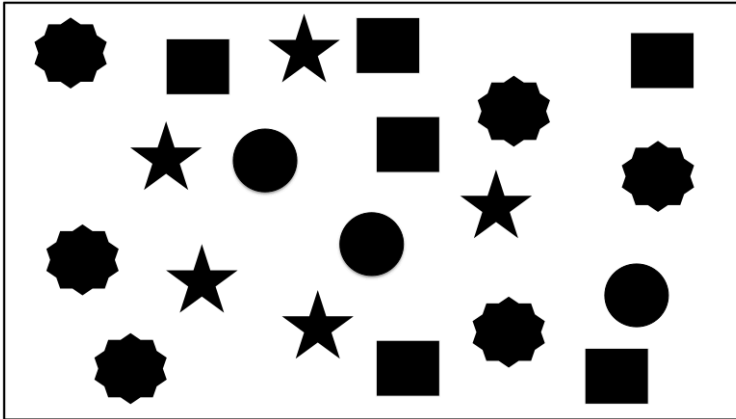



“Encontre os símbolos”

Nesta atividade é pedido aos participantes que encontrem símbolos que sejam iguais ao pedido, estes estarão numa folha misturadas com mais símbolos aleatoriamente.


Esta atividade tem três níveis de dificuldade e tem como objectivo treinar a atenção.


Rodea con círculos todos os símbolos que encuentres como este: 

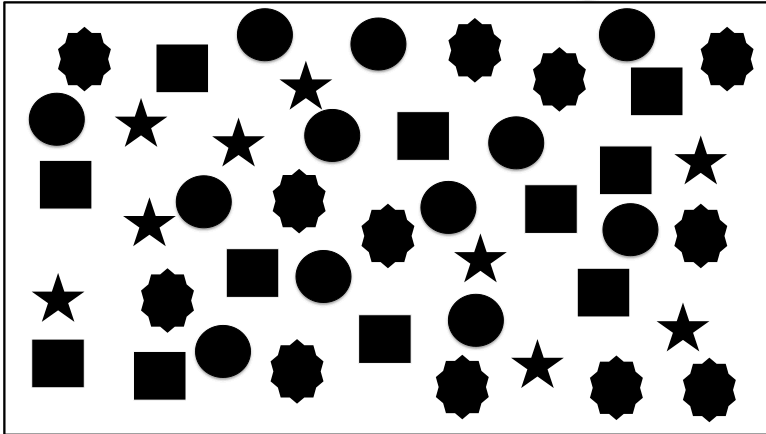



Diogo Tristão  INSTITUTO POLITÉCNICO DE BRAGANÇA Escola Superior de Saúde

Fácil


 AVEIGA Complexo Hospitalar Universitário

Rodea con círculos todos os símbolos que encuentres como este: 

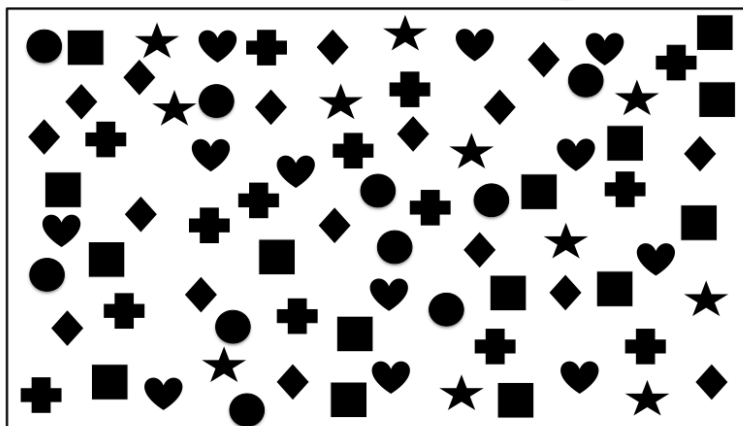


Diogo Tristão  INSTITUTO POLITÉCNICO DE BRAGANÇA Escola Superior de Saúde

Medio

 AVEIGA Complexo Hospitalar Universitário

Rodea con círculos todos os símbolos que encuentres como este: ●◆



“Sombras”

Nesta atividade é pedido aos participantes que observem um sombra e através da percepção desta consigam encontrar numa coluna de imagens.

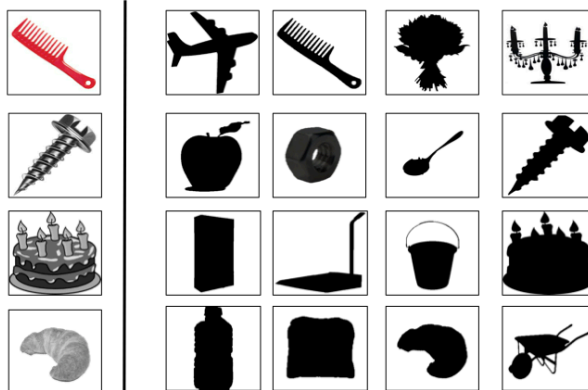
Esta atividade tem três níveis de dificuldade e tem como objectivo treinar a atenção.

Señala cuál de las dos sombras de abajo pertenece al objeto de arriba.



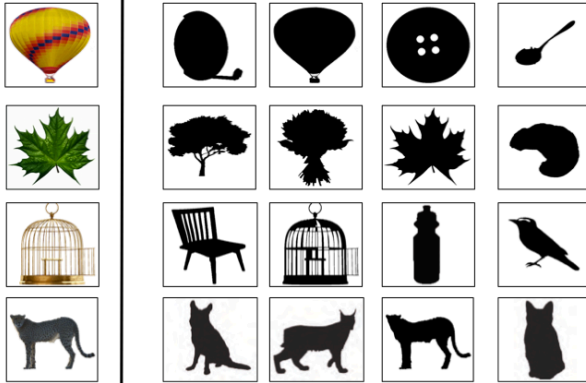
Fácil

Señala cuál de las dos sombras de abajo pertenece al objeto de arriba.



Médio

Señala cuál de las dos sombras de abajo pertenece al objeto de arriba.



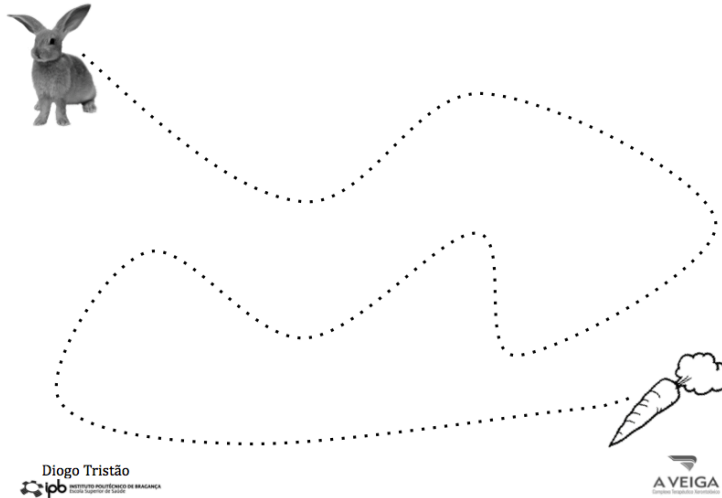
Di!ci!

“Motricidade Fina- 1”

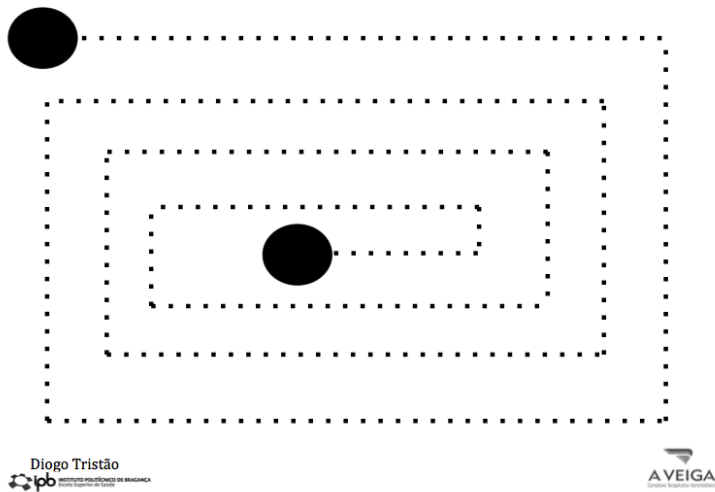
Nesta atividade é pedido aos participantes que decalquem uma linha a tracejado.

O desenvolver desta atividade visa treinar a motricidade fina da mão dos participantes.

Repase las rayas discontinuas hasta que el conejo llegue hasta la zanahoria.



Repase las rayas discontinuas



“Motricidade Fina- 2”


Nesta atividade é pedido aos participantes que unindo os pontos numerados desenhem uma figura.

O desenvolver desta atividade visa treinar a motricidade fina da mão dos participantes, por outro lado treina a contagem bem como a percepção através da identificação do objecto ou figura obtido.

Con un lápiz de color, una todos los puntos siguiendo la numeración hasta conseguir que aparezca una figura.

De 1 asta 24
De 25 asta 32
De 33 asta 40

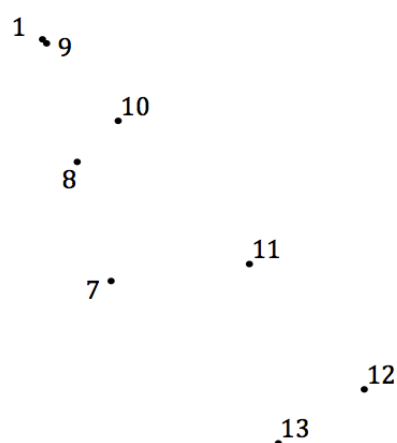
¿Cuál es la letra que ve en la imagen?



Diogo Tristão
INSTITUTO POLITÉCNICO DE BRAGANÇA
Escola Superior de Saúde

AVEIGA
Centro Tecnológico de Inovação

Con un lápiz de color, una todos los puntos siguiendo la numeración hasta conseguir que aparezca una figura.



Diogo Tristão
INSTITUTO POLITÉCNICO DE BRAGANÇA
Escola Superior de Saúde

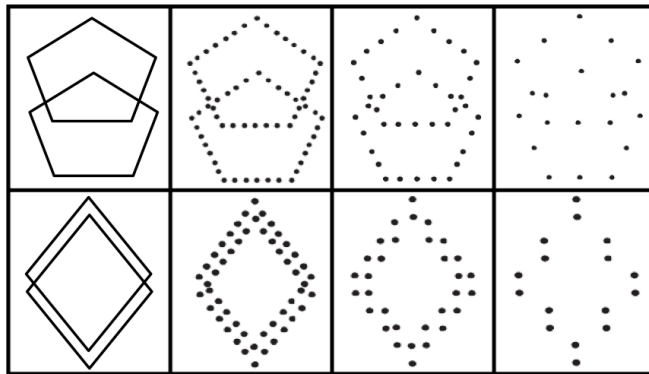
AVEIGA
Centro Tecnológico de Inovação

“Motricidade Fina- 3”

Nesta atividade é pedido aos participantes que decalcando os pontos reproduzam a figura pedida no exercício.

O desenvolver desta atividade visa treinar a motricidade fina da mão dos participantes e a percepção através da identificação do objecto ou figura obtido.

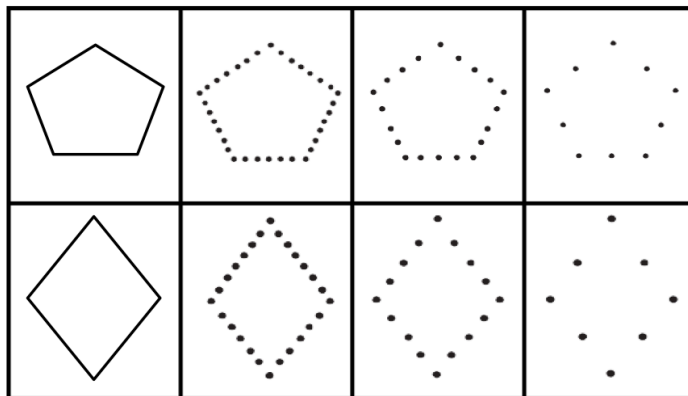
Copie la figura de cada columna siguiendo los puntos de los cuadros



Diogo Tristão
ipb INSTITUTO PORTUGUÊS DE BALSANICA
CENTRO TECNOLÓGICO DE GALIZA

AVEIGA
CENTRO TECNOLÓGICO DE GALIZA

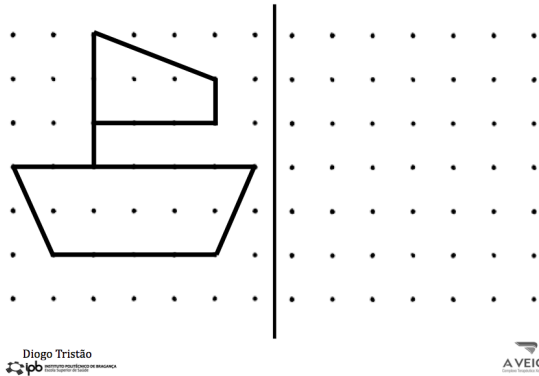
Copie la figura de cada columna siguiendo los puntos de los cuadros



Diogo Tristão
ipb INSTITUTO PORTUGUÊS DE BALSANICA
CENTRO TECNOLÓGICO DE GALIZA

AVEIGA
CENTRO TECNOLÓGICO DE GALIZA

Reproduzca la figura izquierda en el conjunto de puntos a la derecha



Diogo Tristão
ipb

AVEIGA

“Exercícios de atenção- Números e letras ”

Nesta atividade é pedido aos participantes que de um conjunto aleatório de número ou letras, ou de números e letras assinalem os que são pedidos.

O desenvolver desta atividade visa treinar a atenção dos participantes.

Rodea con círculos todos los números que encuentres como este



6	1	7	5	0	4	9	8	0	7	6	8	9	8	0
4	9	0	3	2	1	7	5	2	8	4	3	5	7	3
7	5	2	8	6	8	5	1	4	5	1	0	2	3	9
9	2	8	1	7	3	4	6	9	2	9	7	4	6	4
3	0	3	9	8	9	2	3	7	6	3	6	0	2	1
8	7	6	2	3	7	6	9	8	3	5	2	1	5	8
1	6	1	0	4	0	1	2	1	9	7	9	8	1	5
0	3	4	7	9	5	8	0	5	4	0	4	7	9	2
5	8	5	6	1	2	3	7	3	1	2	1	6	4	6
2	4	9	4	5	6	0	4	6	0	8	5	3	0	7

Diogo Tristão
ipb INSTITUTO POLITECNICO DE BRANCA
Centro Superior de Saúde

Estimulación Cognitiva para Adultos

AVEIGA
Complexo Hospitalar Neurologico

Rodea con círculos sólo los números que encuentres

0 b 7 j 6 r z j e 7 q 5 8 i k
w 7 k 7 d s 9 d 0 l 8 ñ 9 o 9 1
s 7 5 c 8 0 y 0 5 9 x 3 4 p 2 y h 6
3 q v 1 4 9 e 3 f x 1 4 p 6 y j 6
6 a 2 6 1 c 9 0 z 1 i n 2 8 g 7 j p
4 2 f 8 6 0 m 2 5 3 5 w 5 u 4 2 3
k r 8 a 0 b 2 8 g t 8 5 7 o 8 b 6
7 4 5 6 3 s h 9 v r h f 8 q 7 o
l 3 l 1 g 9 4 7 d 3 4 0 1 v w 9 1
9 t 5 u 2 n 3 1 3 4 m y 6 a 0 t i
z 0 m n 5 6 u 4 ñ 1 e 2 7 ñ 0 x

“Exercícios de atenção- imagens ou letras repetidas ”

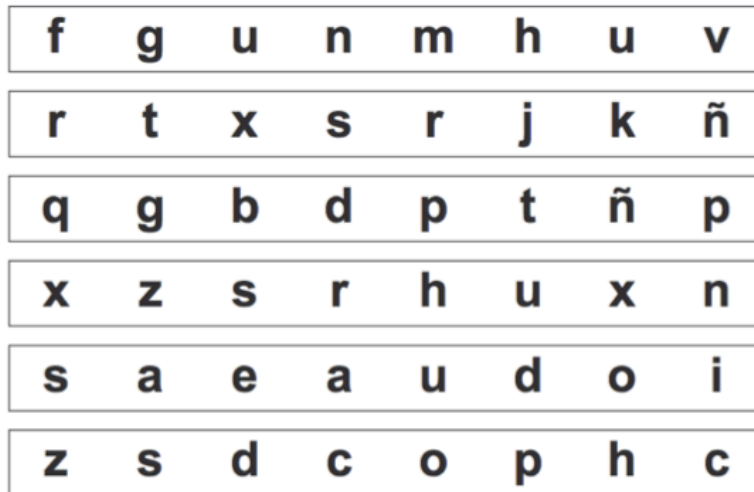
Nesta atividade é pedido aos participantes que de um conjunto aleatório de número ou letras, este encontre a que lhe é pedida.

O desenvolver desta atividade visa treinar a atenção dos participantes.

Rodea con círculos las imágenes que se repiten en cada fila



Rodea con círculos las letras que se repiten en cada fila



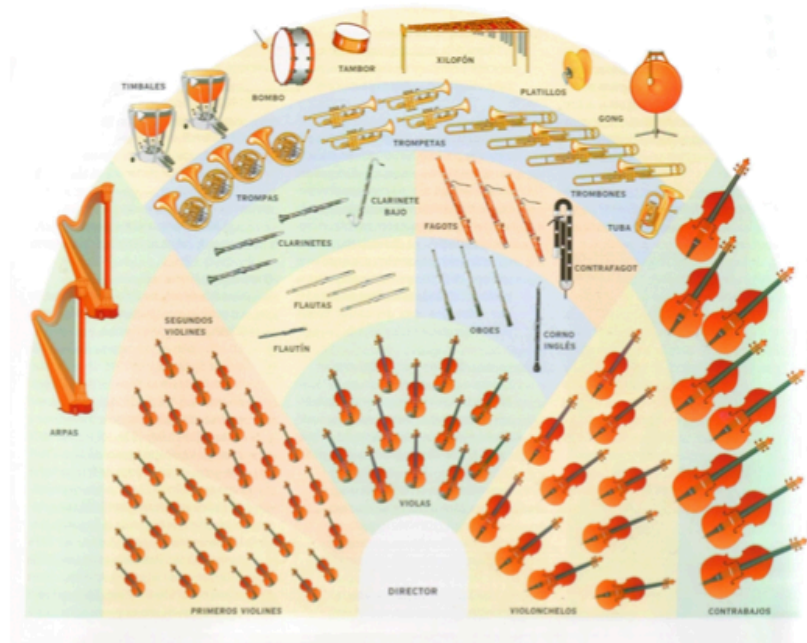
“Exercícios estimulação de interação de grupo ”

Neste exercício foi contada uma história onde um acontecimento dramático onde todas as personagens tinha responsabilidade, o grupo tinha de organizar em crescendo de culpas as personagens.



“Exercício- identificação de instrumentos musicais”

Foram colocados variados sons de instrumentos musicais perante um grupo de residentes e estes teriam de os identificar através de sons e pistas apresentadas.



Instrumentos Musicales

Anexo XII

Anexo XII- Consentimento da Investigação

CONSENTIMIENTO DE LA INVESTIGACIÓN

Diogo Manuel Nunes Tristão alumno del Instituto Politécnico de Bragança, realiza este estudio, para la obtención del Máster Envejecimiento activo.

Pretende la calidad de vida en mayores insitucionalozados, y de este modo, solicita vuestra colaboración para a realización del mismo.

Título del estudio

Qualidade de Vida em Idosos Institucionalizados Submetidos a um Plano de Envelhecimento Ativo

Objetivos da investigación


Con esta investigación se pretende conocer la calidade de vida de los residentes da CTX- A Veiga

Descripción de la investigación

Las informaciones serán recogidas a partir de un cuestionario y de instrumentos de evaluación no invasivas. Toda la información recogida es confidencial, su objetivo es desarrollar el estudio mencionado anteriormente, cuyos resultados se utilizarán en un informe de practicas . Este estudio no traerá ningún gasto o riesgo para los residentes.

La participación de los residente en este estudio es voluntaria, y anónima.

Firma:



Fecha: 27/02/2012