



**QUALIDADE DE VIDA DO IDOSO DEPENDENTE SUBMETIDO À
FISIOTERAPIA**

Ana Maria Ferreira Miranda

**Trabalho de Projeto apresentado à Escola Superior de Saúde de Bragança
para a obtenção do Grau de Mestre em Envelhecimento Ativo**

Orientadores: Professora Doutora Adília Maria Pires da Silva Fernandes

Professora Doutora Maria José Almendra Rodrigues Gomes

Bragança, dezembro de 2012

Resumo

Com o envelhecimento, para além das transformações que lhe estão subjacentes, as perdas funcionais tornam-se evidentes e a pessoa idosa vai perdendo a mobilidade e a independência física, refletindo-se na capacidade de realização das atividades da vida diária e na qualidade de vida. Neste contexto a fisioterapia apresenta uma missão primordial, através da aplicação de meios terapêuticos físicos na prevenção, promoção e manutenção da qualidade de vida dos idosos. Assim, com o presente estudo, procuramos analisar a modificação da qualidade de vida de um grupo de idosos dependentes, depois de submetidos a tratamentos de fisioterapia.

Visando compreender em que medida a implementação de um plano de tratamento de fisioterapia interfere na qualidade de vida do idoso dependente, desenvolvemos um estudo de carácter quasi-experimental, com uma abordagem quantitativa. Obteve-se uma amostra não probabilística acidental de 21 indivíduos, dependentes nas atividades de vida diária que se encontravam a realizar tratamento de fisioterapia na Santa Casa da Misericórdia de Bragança, durante os meses de novembro e dezembro de 2011, com idades compreendidas entre os 65 e 87 anos. A maioria dos inquiridos é do sexo masculino (52,4%), residentes em meio urbano (66,7%) e com baixo nível de escolaridade (ensino básico).

Os dados analisados permitiram concluir que as variáveis sexo, estado civil, habilitações literárias, tempo de tratamento e nível de dependência (no primeiro momento de avaliação) não se encontram associadas ao conjunto dos domínios da qualidade de vida. A idade, em ambos os momentos de avaliação, está associada à qualidade de vida, nos domínios relações sociais e ambiente. Ser rural ou urbano aparece associado à qualidade de vida física e psicológica, em ambos os momentos de avaliação. Quanto à variável nível de dependência, apenas está associada à qualidade de vida física.

Palavras-chave: Envelhecimento, qualidade de vida, fisioterapia, dependência.

Abstract

With aging, in addition to changes that underlie the functional losses become evident and the elderly will lose mobility and physical independence, reflected in the ability to perform activities of daily living and quality of life. In this context physiotherapy has a primary mission, through the application of physical therapeutic means in the prevention, promotion and maintenance of quality of life for seniors. Thus, the present study, we analyzed the change in quality of life of a group of elderly dependents, after undergoing physiotherapy treatments.

To understand to what extent the implementation of a plan of physical therapy interferes with the quality of life of the elderly dependent, developed a character study of quasi-experimental, with a quantitative approach. This is a non-probability accidental sample of 21 individuals, dependent in activities of daily living that were to perform physical therapy in Santa Casa da Misericórdia de Bragança, during November and December 2011, aged 65 and 87 years. Most respondents are male (52.4%) living in urban areas (66.7%) and low level of education (elementary education).

The analyzed data showed that gender, marital status, educational attainment, length of treatment and level of dependency (the first moment of evaluation) are not related to all domains of quality of life. The age both the evaluation moments, is associated with quality of life, social relationships and environment. Appears to be rural or urban quality of life associated with physical and psychological in both evaluation periods. Regarding the variable level of dependence, is only associated with physical quality of life.

Key Words: Aging, Quality of life, Physiotherapy, Dependence.

Lista de Abreviaturas e Siglas

ABVD	Atividades Básicas de Vida Diária
ADN	Ácido Desoxirribonucleico
AIVD	Atividades Instrumentais de Vida Diária
ARN	Ácido Ribonucleico
AVC	Acidente Vascular Cerebral
AVD	Atividades de Vida Diária
<i>et al.</i>	e outros
INE	Instituto Nacional de Estatística
M	Média
MTSS	Ministério do Trabalho e da Solidariedade Social
OMS	Organização Mundial de Saúde
p.	página
p	nível de significância
QdV	Qualidade de Vida
QdVRS	Qualidade de Vida Relacionada com a Saúde
SPSS	<i>Statistical Package for the Social Sciences</i>
Sr.º	Senhor
WHOQOL	<i>World Health Organization Quality of Life</i>

Agradecimentos

A consecução deste trabalho só foi possível com a ajuda de algumas pessoas.

Assim, gostaria de agradecer:

- Às Professoras Doutoras Adília Fernandes e Maria José Gomes, pela grata oportunidade de orientação e pela mais-valia das suas orientações.
- Aos colegas e professores, que me acompanharam neste percurso, pela partilha do seu saber que marcaram o meu crescimento pessoal e académico.
- À instituição da Santa Casa da Misericórdia de Bragança pela autorização e interesse no tema de investigação.
- Aos idosos que aceitaram participar neste estudo, sem eles esta investigação não seria possível.
- Ao meu marido pelo apoio, ajuda e encorajamento nos momentos de fraqueza incentivando-me a continuar o caminho.
- Aos meus filhos Mariana e Diogo, pela ausência da mãe em momentos que precisavam de atenção e ajuda.
- Aos meus familiares pelo apoio numa fase difícil da minha vida.
- Às minhas colegas Cândida e Belinha, pelo apoio.
- À Ana Rita, pela amizade, partilha de conhecimentos, apoio, paciência e disponibilidade demonstrada em todas as fases desta minha caminhada.
- À Graciete Henriques, pelo apoio indispensável na concretização deste trabalho.
- A todos aqueles que direta ou indiretamente, contribuíram para que a consecução deste trabalho fosse possível.

A todos, o meu Muito Obrigado!

ÍNDICE GERAL

INTRODUÇÃO	1
I PARTE – ENQUADRAMENTO TEÓRICO	3
1. Envelhecimento Humano	5
1.1. Envelhecimento como um Processo de Velhice	7
1.2. Teorias do Envelhecimento.....	8
1.3. Implicações do Envelhecimento.....	12
1.3.1. <i>Modificações Biológicas</i>	12
1.3.2. <i>Modificações Psicológicas</i>	14
2. Qualidade de Vida	19
2.1. Qualidade de Vida no Idoso.....	22
3. Dependência no Idoso	27
II PARTE – ESTUDO EMPÍRICO	31
1. Metodologia	33
1.1. Formulação do Problema.....	33
1.2. Tipo de Estudo.....	34
1.3. Objetivos do Estudo	36
1.4. População e Amostra.....	37
1.5. Identificação das Variáveis	38
1.6. Instrumentos de Colheita de Dados.....	40
1.7. Procedimentos	42
1.8. Procedimentos de Análise dos Dados	43
2. Apresentação e Análise de Resultados	45
3. Discussão dos Resultados	59
Conclusões, Sugestões e Limitações	65
Referências Bibliográficas	67

ANEXOS	77
ANEXO 1 – Pedido de Autorização.....	79
ANEXO 2 – Autorização Para a Aplicação dos Formulários	83
ANEXO 3 – Autorização dos Autores do Questionário WHOQOL-Bref	87
ANEXO 4 – Formulário	91

ÍNDICE QUADROS

Quadro 1 – Plano de Tratamento para Sequelas de AVC	35
Quadro 2 – Plano de Tratamento para Fraturas	36
Quadro 3- Pontuação do Índice de Barthel	40
Quadro 4 - Questões que compõem os domínios do WHOQOL-Bref.....	41

ÍNDICE TABELAS

Tabela 1 - Distribuição da amostra por sexo.....	45
Tabela 2 - Distribuição da amostra por classes etárias.....	45
Tabela 3 - Distribuição da amostra em função do estado civil	46
Tabela 4 - Distribuição da amostra em função da residência	46
Tabela 5 - Distribuição da amostra em função da profissão	47
Tabela 6 - Distribuição da amostra em função das habilitações literárias.....	47
Tabela 7 - Distribuição da amostra em função da/s pessoa/s com quem vive.	48
Tabela 8 - Distribuição da amostra em função do número de vezes que fez fisioterapia.....	48
Tabela 9- Distribuição da amostra em função da prescrição de exercícios por parte do fisioterapeuta	49
Tabela 10 – Distribuição da amostra em função da realização dos exercícios prescritos.....	49
Tabela 11- Valores da consistência interna do Índice de Barthel.....	50
Tabela 12 - Classificação da amostra em função do Índice de Barthel.....	50
Tabela 13 – Valores da consistência interna do WHOQOL-Bref.....	51
Tabela 14 - Variabilidade da QdV em função do Sexo	52
Tabela 15 - Variabilidade da QdV em função da Idade.....	53
Tabela 16 - Variabilidade da QdV em função do Estado Civil.....	54
Tabela 17 - Variabilidade da QdV em função da Residência.....	55
Tabela 18 - Variabilidade da QdV em função das Habilitações Literárias.....	56
Tabela 19 - Variabilidade da QdV em função do grau de dependência.....	57
Tabela 20 – Valores dos domínios no primeiro e segundo momento de avaliação	58

INTRODUÇÃO

As alterações demográficas em Portugal, com a redução da natalidade e o aumento da esperança média de vida, refletem-se atualmente na existência de uma população cada vez mais idosa e o correspondente acréscimo das situações patológicas derivadas do envelhecimento (Da Silva, 2006).

O aumento da esperança média de vida foi conseguida graças à melhoria das condições económicas da maior parte dos cidadãos permitindo-lhes a aquisição de alimentos com mais facilidade, como consequência do desenvolvimento de técnicas industriais facilitadoras da produção em maior quantidade e armazenamento em boas condições de conservação; aos enormes avanços das ciências médicas, em especial no que se refere ao controlo das doenças infecciosas quer por medidas higiénicas quer com o uso de antibióticos; ao melhor conhecimento de um certo número de doenças que possam ser curadas ou estabilizadas por um sem número de drogas medicamentosas entretanto descobertas (Saldanha, 2009).

Ser idoso é, assim, uma condição plural dos sujeitos que têm o privilégio de experimentar vidas longas. A condição de ser idoso compreende-se na sequência das histórias de vida e corresponde a padrões diversificados de comportamentos e contextos. As diversas formas de envelhecer incluem idosos bem-sucedidos e ativos, mas também idosos incapazes, cuja autonomia está limitada pela doença e pelo contexto onde vivem. A complexidade do processo de envelhecimento e a heterogeneidade dos resultados emergem em termos de qualidade de vida (Paúl & Fonseca, 2005).

O objetivo geral do presente estudo foi analisar a modificação da qualidade de vida de um grupo de idosos dependentes depois de submetidos a tratamentos de fisioterapia. Emergindo, assim, os seguintes objetivos específicos: avaliar a qualidade de vida dos idosos, antes e depois do tratamento de fisioterapia; e avaliar a qualidade de vida dos idosos, antes e depois do tratamento de fisioterapia em função do sexo, idade, estado civil, residência, habilitações literárias e do grau de dependência.

A necessidade e o interesse sentidos para a realização deste estudo, surge do fato de o aumento da proporção da população idosa ser um realidade demográfica e da fisioterapia ter recursos terapêuticos capazes de promover e manter da melhor forma possível a qualidade de vida e bem-estar dos idosos.

É importante que o assunto a investigar, além de satisfazer o interesse da investigadora, seja útil para a população no qual foi detetado o problema em estudo.

Assim, a investigadora decidiu estudar a população referente a todos os idosos dependentes que realizam tratamento de fisioterapia na Santa Casa da Misericórdia de Bragança, durante os meses de novembro e dezembro de 2011. Na escolha da população, foram tidos em conta o conhecimento pessoal e o estabelecimento de relações de trabalho, o que efetivamente facilita todo o processo de recolha de dados para este estudo.

Este trabalho encontra-se dividido em duas partes fundamentais. No primeiro capítulo desenvolve-se o enquadramento teórico do estudo, no qual se aborda o fenómeno do envelhecimento e da velhice, as suas teorias e implicações, quer a nível biológico quer psicológico, a qualidade de vida centrando-nos, posteriormente na qualidade de vida no idoso, terminando com uma referência à dependência no idoso.

Na segunda parte, apresenta-se o enquadramento metodológico. Centrar-se-á na investigação empírica, nomeadamente, na formulação do problema, no tipo de estudo, na formulação dos objetivos de estudo, na identificação das variáveis, na seleção da população e amostra e do instrumento de colheita de dados, procedimentos, estratégias de análises de dados e provas estatísticas. Seguir-se-á a apresentação e análise dos resultados da investigação e a discussão dos resultados, terminando com as principais conclusões.

I PARTE – ENQUADRAMENTO TEÓRICO

1. Envelhecimento Humano

O envelhecimento demográfico define-se pelo aumento da proporção das pessoas idosas na população total (Imaginário, 2004).

Saiz Ruis (2000, citado por Imaginário, 2004, p.27) refere que “a esperança de vida à nascença tem variado ao longo dos tempos e o limite máximo de vida pode variar entre os 120-125 anos. Entre os Romanos era de 18 anos, no século XVI de 25 anos e no século XVIII de 30”.

Nazareth (1998) considera como principal fator responsável pelo envelhecimento da população portuguesa, o forte surto emigratório nas décadas de 60 e 70, nomeadamente de jovens e o retorno destes já como idosos.

Na opinião de Imaginário (2004), existem dois fatores principais responsáveis pelo aumento da população idosa, nomeadamente, a redução da natalidade, devido ao aparecimento e difusão dos métodos contraceptivos o que faz diminuir o número de nascimentos, e a redução da morbilidade e mortalidade. Apesar de parte da população mundial ainda não ter acesso a alimentação e higiene adequadas, o desenvolvimento científico e tecnológico permitem que a sobrevivência de crianças e de adultos seja cada vez maior. Esta opinião, já em 1994, foi partilhada por Nazareth que salientava contrariamente ao que se pensava, que a explosão demográfica da terceira idade não era consequência direta do aumento da esperança de vida mas sim do declínio da natalidade. O fenómeno da diminuição da natalidade encontra-se associado ao casamento tardio, à emancipação feminina e à sua participação no mercado de trabalho. A difusão dos métodos contraceptivos e os encargos sociais acrescidos decorrentes de uma grande família são fatores responsáveis por uma diminuição do número de nascimentos.

O envelhecimento demográfico na União Europeia não é um fenómeno recente, remontando ao século XVIII, no entanto o crescimento da população idosa tornou-se mais evidente no século XXI devido ao *baby-boom*. Em 1960, as pessoas com mais de 60 anos constituíam 46,5 milhões entre os quais 10%

tinham 80 anos ou mais. Em 1990, aumentou em 50% o número de pessoas com 60 anos ou mais entre os quais 17% tinham 80 ou mais anos (Amyot, 1998). Na perspetiva de Imaginário (2004), os estudos desenvolvidos em 120 países, demonstraram que a esperança média de vida será de mais de 60 anos em 2025 e em 26 países a esperança média de vida deverá ser de 80 anos. Em Portugal, segundo o Instituto Nacional de Estatística [INE] (2002), a esperança média de vida, à nascença é de 79,45 anos (de 76,43 anos para os homens e de 82,3 anos para as mulheres).

Marino, Moraes e Santos (1999, citados por Imaginário, 2004, p.27) referem que “o envelhecimento da população mundial é um fato incontestável e vem ocorrendo tanto nos países desenvolvidos como naqueles em desenvolvimento”.

Maia (2002, citado por Imaginário, 2004, p.15) refere que “com o envelhecimento da população, os idosos ultrapassarão os jovens podendo atingir os 37% no conjunto da população europeia, onde já representavam 20%, o que mostra que este fenómeno é mais evidente nas regiões desenvolvidas”. Pelo contrário, nos países menos desenvolvidos, “a percentagem de pessoas com mais de 60 anos é de 8%, devendo atingir os 20% em 2050”.

Em Portugal, segundo o INE (2011), a população idosa aumentou em valores absolutos, sendo que 19% da população tem 65 ou mais anos de idade, contrastando com os 8% verificados, em 1960, e com os 16% da década anterior. O índice de envelhecimento passou de 106 idosos por cada 100 jovens (2004), para 129 idosos por 100 jovens (2011).

Assim, e segundo Sequeira (2010, p.14), Portugal, à semelhança da maioria dos países da União Europeia, vê-se confrontado com um duplo envelhecimento:

1. Mais idosos em função do aumento do índice de envelhecimento associado a um aumento da esperança média de vida;

2. Uma diminuição do número de jovens, em função de um índice sintético de fecundidade, insuficiente para permitir o rejuvenescimento da população.

1.1. Envelhecimento como um Processo de Velhice

Ao longo do ciclo vital, todos os Homens passam por diversas fases, que vão desde o desenvolvimento ao envelhecimento, passando pela puberdade e maturidade ou estabilização (Filho, 1996).

Para o mesmo autor, o envelhecimento é caracterizado por um declínio das funções dos diversos órgãos que tende a ser linear ao longo do tempo.

Para Palma (1999, p.28) o envelhecimento é uma fase na vida do Homem “que se vai instalando progressivamente”. É um processo natural, progressivo e complexo onde intervêm fatores bio-físico-sociais, económicos e culturais ocorrendo diversas alterações que afetam o indivíduo em todo o seu “ser”. A mesma autora acrescenta ainda que as referidas alterações provocam um aumento da probabilidade para a aquisição de doenças, diminuição da capacidade física e mental surgindo “...dificuldades de adaptação e diminuição da capacidade de resposta às solicitações criadas ao nível bio-físico-sociais” (p. 28).

Lidz (1983, citado por Santos, 2000), ao abordar o envelhecimento, caracteriza-o em três fases sucessivas, nas quais os indivíduos podem ou não atingi-las em simultâneo, que são respetivamente: a fase idosa, a fase de senescência e a fase de senilidade.

Na fase idosa, verificam-se alterações na vida da pessoa devido à reforma, porém o indivíduo ainda se sente capaz de satisfazer as suas necessidades. A fase de senescência, é caracterizada pelo aparecimento de alterações físicas ou de outra natureza que levam o indivíduo a depender de alguma forma dos outros. Por último, e relativamente à fase de senilidade, o

cérebro perde a sua função e o indivíduo torna-se totalmente dependente sendo necessária a prestação de cuidados completos.

É comum considerar as pessoas idosas como os homens e as mulheres com idade superior a 65 anos (Spar & La Rue, 2005). Paúl (2005) refere que o critério da idade, 65 anos, apesar de vulgarmente utilizado, deixou de constituir um indicador rigoroso para o início da velhice, privilegiando-se a existência de múltiplas idades passíveis de transição entre a idade adulta e a velhice.

Oberg *et al.* (2004, cit. por Paúl & Fonseca, 2005, p.16) acrescentam, ainda que não é de todo fácil ou mesmo possível "...assinalar uma idade ou um acontecimento que sejam sinónimos absolutos de entrada na velhice...".

Paralelamente, para Sequeira (2010), o envelhecimento encontra-se associado a um conjunto de alterações biológicas, psicológicas e sociais que se processam ao longo da vida, pelo que não é fácil encontrar uma data a partir da qual se possam considerar as pessoas como sendo «velhas». O referido deve-se ao fato de não existir consenso quanto à semântica e uso dos conceitos «idoso» e «velho».

Segundo Murphree e Neighbors (2010), alguns gerontólogos dividem a velhice em três categorias cronológicas, jovem-idosos (idades entre 64 e 74 anos), os meio-idosos (idades entre 75 e 84 anos), e os idosos (85 e mais anos).

1.2. Teorias do Envelhecimento

Berger e Mailloux-Poirier (1995) dizem-nos que, na tentativa de explicar o fenómeno multidimensional, foram elaboradas diversas teorias. Na perspetiva de Fernández-Ballesteros (2000), nenhuma das teorias, individualmente, consegue explicar todo o processo do envelhecimento.

O envelhecimento como fenómeno multidimensional é determinado pela ação de vários fatores como a disfunção do sistema imunológico, programação

genética, lesões celulares, modificações ao nível da molécula de ADN (Ácido Desoxirribonucleico) e controlo-endócrino da atividade genética (Berger & Mailloux-Poirier, 1995).

Iremos, de seguida, fazer uma breve caracterização dos dois grandes grupos de teorias explicativas do envelhecimento biológico, nomeadamente as teorias estocásticas e as teorias deterministas.

As teorias estocásticas, segundo Robert (1994) consideram que os tecidos do organismo têm uma resistência limitada ao desgaste fisiológico. Estas teorias assentam na seguinte expressão “desgaste e rutura”.

Assim as teorias estocásticas que iremos abordar são: teoria do desgaste natural; a teoria do erro catastrófico; a teoria das ligações cruzadas e a teoria dos radicais livres.

A teoria do desgaste natural, esta defende que com o avançar da idade todos os órgãos acabam por se desgastar com o uso. O organismo humano é assim, comparado como uma máquina porque quanto mais se utiliza mais as partes constituintes se deterioram (Berger & Mailloux-Poirier, 1995).

Para Filho e Alencar (1998), as alterações da função celular, na teoria de erro da síntese proteica, seriam resultado de erros nos mecanismos precursores da formação proteica, nomeadamente no ADN e ARN. As roturas da cadeia do ADN e a mudança de posição dos compostos químicos nessa cadeia alteram o código genético. Mazo, Lopes e Benedetti (2001) acrescentam que, as células produziram as proteínas anormais que conseqüentemente levariam à deterioração orgânica. De salientar, que esta teoria embora ainda não tenha sido comprovada é largamente aceite no meio científico (Mazo, Lopes & Benedetti, 2001).

A teoria das ligações cruzadas (*cross-linkage theory*) foi postulada por Fritz Verzar (1886-1979) argumentava que determinados componentes celulares altamente reativos, constituídos por átomos ou moléculas, tinham sítios quimicamente ativos que podiam ligar-se à hélice do ADN dentro da

célula. O mecanismo de defesa do organismo, quando um dos agentes de ligação cruzada se prendia a uma fita do ADN, removia o pedaço de ADN defeituoso, reparando a fita e recorrendo a uma outra fita da hélice como modelo. Todavia, caso o processo de reparação fosse muito lento ou caso o agente de ligação cruzada também se unisse ao sítio correspondente na outra fita do ADN, então esse sítio era removido de ambas as fitas de ADN. Dessa forma, não havia nenhum modelo disponível e o dano não podia ser reparado. À medida que a ligação fosse ocorrendo entre essas moléculas, formavam-se emaranhados maiores, impedindo desta forma o transporte de nutrientes e informações (Spiriduso, 2005).

No que se refere à teoria dos radicais livres, estes são responsáveis pela deterioração dos componentes nucleares provocando uma perda progressiva da capacidade funcional celular (Filho & Alencar, 1998). Assim, segundo Harman (1956, citado por Berger & Mailloux-Poirier, 1995) a principal causa de envelhecimento e da morte celular são os efeitos nefastos dos radicais livres. Os radicais livres oxidam-se e atacam outros componentes celulares, causando alterações e mau funcionamento que se acumulam durante a vida. Por fim, em resultado do dano celular que ocorreu as células morrem (Spiriduso, 2005).

Segundo as teorias deterministas, os mecanismos do envelhecimento são controladas pelo Genoma, da mesma que o são os mecanismos do desenvolvimento e da maturação do óvulo fecundado (Robert, 1994).

No que se refere às teorias deterministas, iremos enfatizar as teorias genética, do relógio biológico, das telomerases, imunológica e neuro-endócrina.

Relativamente à teoria genética, Pfeiffer *et al.* (2000, citados por Magalhães, 2003, p.43) referem que esta é a teoria que recebe maior importância porque “os fenómenos biológicos relacionados com a idade parecem ter a sua base em acontecimentos que se produzem a nível genético”. Isto remete-nos para o fato de que, cada espécie alcança determinada idade pelo padrão genético.

Em relação à teoria do relógio biológico, esta argumentava que todas as células do corpo teriam um número exato de divisões ao longo da vida, após a finalização destas a célula tornar-se-ia inviável e morreria (Carvalho, 2002). Netto (2002) acrescenta que cada espécie de ser vivo apresenta uma duração máxima de vida, que seria determinada pelo seu padrão genético.

A teoria dos telómeros, foi postulada por Aleksei Olovnikov, que considera que “a existência de um tempo de vida finito nas células eucariotas normais, e a capacidade das células cancerosas em superá-lo, pode depender dos telómeros” (Mota, Figueiredo & Duarte, 2004, p.85).

Os telómeros são estruturas da proteína única ADN que constituem a região terminal dos cromossomas das células eucarióticas. A seção telomérica do cromossoma não contém informação genética, ao invés, ela é composta por trechos repetidos de seis nucleótidos que parecem desempenhar uma função estabilizadora ou protetora da extremidade do cromossoma (Mota *et al.*, 2004).

Com o avançar da idade, o organismo já não consegue distinguir as suas células das que lhe são estranhas, atacando as que lhe pertencem, como sendo invasoras, pertencendo este processo à teoria imunitária (Berger & Mailloux-Poirier, 1995).

A teoria neuro-endócrina é considerada, à semelhança da teoria anterior, como uma das teorias mais relevantes do envelhecimento, constituindo uma hipótese alternativa para a explicação da degeneração funcional associada à idade. Segundo esta teoria, o nível de envelhecimento não é mais que o resultado da decadência de inúmeras hormonas do eixo hipotálamo-pituitária-adrenal, que tem como função, controlar o sistema reprodutor, o metabolismo e outros aspetos do funcionamento normal de um organismo (Levin, 2001; Sonntag *et al.*, 1999).

1.3. Implicações do Envelhecimento

O ser humano envelhece gradualmente através de um processo normal que atinge todos os sistemas orgânicos. A adaptação às alterações biológicas, faz com que o ser humano seja capaz de manter o equilíbrio de modo a permanecer saudável, mesmo na velhice, apesar das estruturas orgânicas se deteriorarem. No entanto, nem todas as pessoas envelhecem da mesma maneira, existindo um envelhecimento diferencial que depende de vários fatores externos, como o estilo de vida, atividades e ambiente e fatores externos como a componente genética e o estado de saúde (Berger, 1995).

A maioria dos autores considera que o início do envelhecimento é precoce. As primeiras alterações funcionais e/ou estruturais tem início discreto, aumentam gradualmente e não evidenciam incapacidade total no funcionamento da maioria dos órgãos (Netto & Salles, 2001).

Assim, e segundo Aiken (1989, citado por Agostinho, 2004, p.32) “O processo de uma doença e o declínio da saúde, em geral, são (...) afetados pela ação conjunta de variáveis biológicas e psicológicas”.

1.3.1. Modificações Biológicas

O envelhecimento biológico caracteriza-se pela redução da taxa metabólica, como consequência da diminuição das trocas energéticas do organismo. Denota-se uma redução acentuada da capacidade de regeneração da célula, o que origina o envelhecimento dos tecidos (McArdle, Katch & Katch, 1998).

Mazo *et al.* (2001, p.58) referem que o envelhecimento origina alterações em todo o organismo, o seu processo traduz-se “por um declínio harmónico de todo o organismo orgânico, tornando-se mais acelerado a partir dos 70 anos de idade”.

As alterações corporais inerentes ao envelhecimento biológico, decorrem do fato de as células não serem imortais, da sua substituição não ser ilimitada e devido à morbidade a que ao longo da vida as pessoas se encontram expostas (Hayflick, 1994).

Cantera (1998), refere-se ao sistema locomotor como sendo o primeiro sistema onde se manifestam alterações que atingem os músculos, ossos, articulações e tecidos de suporte e modificam o aspeto, a estrutura física e a funcionalidade do organismo. Relativamente aos músculos, denota-se, nomeadamente nos do tronco e das extremidades, atrofia que se estende com o tempo, originando uma deterioração do tónus muscular, perda da força muscular e perda da elasticidade das articulações (Berger, 1995; Sequeira, 2010).

Nas articulações, os ligamentos calcificam-se, ossificam e devido à erosão nas superfícies articulares tornam-se mais pequenas. No processo de degeneração existem algumas articulações que se tornam menos flexíveis, enquanto que outras se tornam mais flexíveis e hiperelásticas (Berger, 1995).

Quanto aos ossos, estes também sofrem alterações, pese embora conservem a aparência exterior. Verifica-se, no processo de reabsorção do cálcio, um desequilíbrio, tornando-se, o tecido ósseo mais poroso e frágil justificado por uma desmineralização constante da massa e da densidade óssea. Tal fenómeno encontra-se ligado à senescência e é designado de osteoporose, estando frequentemente associado a pessoas idosas (Berger, 1995).

Sequeira (2010) acrescenta que relativamente à pele e tecido subcutâneo, a renovação da epiderme faz-se mais lentamente e a derme torna-se mais fina. As células perdem a capacidade de reter líquidos, o que torna a derme seca, menos resistente e menos elástica.

As principais alterações anatómicas e funcionais dos principais sistemas orgânicos, na perspetiva de Spar e La Rue (2005), associadas ao

envelhecimento, dão-se ao nível dos sistemas cardiovascular, respiratório, renal, gastrointestinal e nervoso.

Relativamente ao sistema cardiovascular e segundo Schulman (1999), ocorre menor eficácia do coração, com o estreitamento e endurecimento das artérias, o que origina um menor rendimento cardíaco.

No sistema gastrointestinal, o processo de digestão e mastigação pode ser alterado devido à dentição, maxilares, cáries e doenças periodontais. O paladar encontra-se modificado, o que pode conduzir a uma perda de apetite. Ocorre perda de tonicidade e do trânsito intestinal e ausência de lubrificação intestinal, o que origina obstipação, que constitui um problema deveras comum nos idosos (Berger, 1995). O sistema renal, torna-se menos eficiente na eliminação das toxinas e outras substâncias, perdendo a capacidade de esvaziamento da bexiga (Davison, 1998). No sistema respiratório, a distensibilidade da parede torácica diminui devido ao endurecimento e à perda da elasticidade dos pulmões, o que resulta no aumento do trabalho respiratório (Stillwell, 2003).

Em relação ao sistema nervoso, ocorrem um conjunto de alterações anatómicas e químicas tanto no sistema nervoso central como no periférico. Sequeira (2010) considera que ao nível do sistema nervoso, ocorre a perda de neurónios e algumas sinapses, diminuição do débito sanguíneo, com progressiva redução do seu metabolismo e do consumo de oxigénio e de glicose, originando uma diminuição da função cognitiva nos diferentes circuitos cerebrais e uma redução de neurotransmissores que interferem na lentificação dos processos mentais, modificações da memória, da atenção, da inteligência, do pensamento e da concentração.

1.3.2. Modificações Psicológicas

Johansson e Zarit (1997, citados por Garcia, 2000) realizaram um estudo com idosos entre os 84 e 90 anos, onde verificaram que a diferente evolução

cognitiva nessas idades é um indicador significativo de demência ou de declínio terminal, pelo que uma diminuição do funcionamento cognitivo pode ser considerado um marcador epidemiológico.

Durante o envelhecimento ocorre uma lentificação e menor eficiência do funcionamento cognitivo. A partir do início da idade adulta, gradualmente, as pessoas demoram mais a responder a estímulos. Isto parece dever-se também a uma lentificação da velocidade de processamento do cérebro e da função motora. Da mesma forma, ao longo do ciclo da vida, ocorre declínio de algumas áreas de funcionamento cognitivo, enquanto que outras permanecem estáveis e podem inclusive melhorar (Fernandez-Ballesteros, Fresneda, Martinez & Zamarron, 1999).

Segundo os mesmos autores, existem idosos que mantêm a sua capacidade de respostas cognitivas e idosos que sofrem uma diminuição das suas capacidades de atenção, percepção e motoras. Isto deve-se a diversos fatores, nomeadamente: a educação, a profissão, a prática e estado de saúde, entre outros.

Assim, as alterações cognitivas associadas ao envelhecimento, quando não compensadas com outros mecanismos, interferem na globalidade das funções do idoso (Park, 1999). Destas alterações, destacam-se a inteligência e a memória. A inteligência, implica a capacidade para se adaptar (ou aprender e adaptar-se) às novas situações através de respostas adequadas. Cattell (1963) e Horn (1968) citados por Garcia (2000), referem que existem dois tipos de inteligência: a inteligência fluída, que é a capacidade de enfrentar novos problemas constituindo a componente biológica ou genética da inteligência relativamente independente dos efeitos da educação e da estimulação ambiental; e a inteligência cristalizada, que é a capacidade para aplicar aprendizagens prévias, que são baseadas em capacidades apreendidas e, adquiridas de forma cumulativa através da experiência fluída.

Na perspetiva de Moragas (1995), a diminuição das alterações cognitivas, não aparece de uma forma geral até aos 70 ou 80 anos, e mesmo

nestas idades pode ser prevenido com um ambiente estimulante e que apoie o idoso para que mantenha as suas aptidões intelectuais.

Hertzog (1989, citado por Sequeira, 2010, p.26) refere que "...a diminuição da eficiência ao nível da velocidade de processamento de informação do Sistema Nervoso Central se reflete no abrandamento cognitivo, o que leva a um declínio da inteligência relacionado com a idade".

Por outro lado, Paúl e Fonseca (2001), referem que o declínio da inteligência com a idade emerge como mais um mito ligado ao envelhecimento, sendo preferível falar num predomínio da importância da inteligência fluída sobre a inteligência cristalizada.

Relativamente à memória, Baddley (1984, citado por Fernández-Ballesteros *et al.*, 1999), afirma que sem memória seríamos incapazes de ver, ouvir ou pensar. Não disporíamos de linguagem para expressar os nossos propósitos e não teríamos nenhum sentido de identidade pessoal.

A memória classifica-se de acordo com a proximidade dos acontecimentos como memória de trabalho, a curto prazo ou imediata e memória a longo prazo ou memória de recordação (Sequeira, 2010). Fernández e Aranz (2005) aos sistemas de memória referidos, acrescenta a memória sensorial. A primeira, está relacionada com a retenção e manipulação da informação registada na memória a curto prazo. Este tipo de memória, segundo Baddeley (1986, citado por Sequeira, 2010), deteriora-se com a idade, nomeadamente quando é necessário efetuar uma manipulação ativa da informação. Já a segunda, mantêm-se estável ou declina muito pouco com a idade. Quanto à memória sensorial, retém os estímulos do exterior, sem análise semântica, durante décimas de segundos (Schaie & Willis, 2002). A sua principal função passa por prolongar a duração dos estímulos muito breves de forma a que os processos percetivos possam ser completados (Fernández & Aranz, 2005). Nela se distinguem a memória icónica ou visual e a memória ecóica ou auditiva (Fontaine, 2000; Schaie & Willis, 2002). A memória sensorial tem sido escassamente estudada, todavia, a maioria dos resultados não revela

diferenças significativas associadas à idade neste sistema mnésico (Schaie & Willis, 2002).

As causas pelas quais ocorre perda de memória são complexas, existindo uma base biológica (mudança ou perda de células cerebrais) e fatores psicossociais (baixo nível de inteligência, falta de hábito de recordar ou falta de motivação) ou profecia que se auto realiza (não aprende porque as pessoas dizem-lhe que se vai esquecer do que aprender) (Moragas, 1995).

As investigações parecem sugerir que o declínio da memória a longo prazo não é um fenómeno característico do envelhecimento, bem pelo contrário, a haver declínio parece ser a memória a curto prazo a que apresenta um défice maior com a idade e, uma vez mais, a principal diferença situa-se ao nível do tempo que é necessário para evocar a informação memorizada (Paúl & Fonseca, 2001).

2. Qualidade de Vida

A Qualidade de Vida (QdV) é um construto recente, tanto na sua utilização genérica como no domínio da saúde e das doenças em geral. Na última década do século XX, a investigação acerca da QdV cresceu substancialmente, ao ponto de ser um dos conceitos mais utilizados.

Historicamente, as raízes do conceito remontam aos anos 60, com o relatório da *Commission National Goals*, da responsabilidade do governo dos Estados Unidos da América, que apontava um conjunto de indicadores sociais e ambientais de bem estar ou de QdV, como objetivos da nação (Ribeiro, 2002).

Sendo este construto popular, Spilker (1990, p.3) explica que uma das maiores causas de confusão quando as pessoas abordam este tema, é que diferentes grupos de autores que escrevem acerca da QdV (e usam os mesmos termos) estão com frequência a falar de tópicos muito diferentes que derivam de diferentes perspetivas.

O conceito de QdV, que se entrecruza com os conceitos de saúde e bem-estar, representa a perceção individual sobre a posição na vida, em que os aspetos culturais e as particularidades do meio ambiente biológico, social e cultural contribuem de modo decisivo (Ribeiro, 1997).

Pese embora a multiplicidade de definições encontradas na bibliografia sobre esta temática, parece que é na multi-dimensionalidade do conceito, envolvendo componentes objetivas (funcionalidade, competência cognitiva e interação com o meio) e subjetivas (sentimentos de satisfação e perceção sobre a sua saúde), que se situa o ponto de concordância. Parece, da mesma forma, unânime que o conceito de QdV é um conceito dinâmico, alterando-se de acordo com o tempo e as situações vivenciais (Lopez, Mejia & Espinar, 1996).

Campbell, Converse e Rodgers (1976) deram um contributo significativo no estudo da qualidade de vida, os seus padrões de referência e ainda na medição das componentes mais subjetivas. Os referidos autores descrevem a QdV como um sentimento de satisfação, um estado de ânimo positivo, determinado por elementos psicológicos e comportamentais. Defenderam que a QdV era influenciada pelas características individuais, mas também pelos padrões de referência avaliados. Perante isto, utilizaram os seguintes padrões de referência: (i) aspirações, aspetos que a pessoa deseja conseguir num dado domínio; (ii) expectativas pessoais, ou seja, o que a pessoa pensa obter num futuro próximo; (iii) nível patrimonial, ganhos justos que o indivíduo investe relativamente aos outros; (iv) referências ao grupo em que se insere e (v) necessidades pessoais. Os mesmos autores, identificaram, ainda, doze domínios específicos da satisfação para com a vida, entre eles a relação conjugal, vida familiar, saúde, vizinhança, rede de amigos, trabalho doméstico, estatuto profissional, educação, atividades recreativas e de lazer, situação financeira, religião, participação social e ainda aspetos mais abrangentes relacionados com a comunidade e com a política de saúde do país.

Flanagan (1978), num outro estudo identificou 15 domínios semelhantes: conforto material, saúde e segurança pessoal, relações familiares, ter e criar filhos, relações de proximidade com a esposa ou parceiro sexual, amizades íntimas, ajudar e encorajar os outros, participação em assuntos de governos locais, aprender, ir à escola, aumentar o conhecimento sobre si próprio e conhecer os seus pontos fortes e limitações, trabalhar em algo que seja interessante, que tenha mérito e que seja recompensador, expressar-se de uma forma ativa, socializar-se com os outros, ler, ouvir música, ver desporto ou outros entretenimentos, participar em recreação ativa. Nos dois estudos a saúde constitui um dos domínios identificados como importantes e, mais, como o domínio que melhor explicava a QdV.

Para Ferrans e Powers (1992), QdV é a sensação de bem-estar pessoal que provem da satisfação ou insatisfação com áreas da vida do dia-a-dia que são importantes para essa pessoa. Cramer (1994) salienta que, a QdV é um

estado de bem-estar mental, físico e social e não somente a ausência de doença ou incapacidade. Esta definição vem de encontro com a definição de saúde proposta pela Organização Mundial de Saúde que define QdV como a “percepção do indivíduo sobre a sua posição na vida, dentro do contexto dos sistemas de cultura e valores nos quais está inserido e em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações” (WHOQOL-Group, 1994, p.28). Portanto, este é, um conceito que traduz a natureza subjetiva da avaliação do indivíduo, contextualizada no meio físico, cultural e social onde vive (WHOQOL-Goup, 1998). Canavarro *et al.* (2006) e Fleck (2006) consideram que é um construto dinâmico e multidimensional, que engloba os domínios físico, psicológico, social, nível de independência, ambiente e espiritualidade.

Os termos saúde e qualidade de vida, apesar de serem conceitos distintos, utilizam-se como sinónimos. Esta confusão de conceitos parece encontrar-se relacionada com a própria definição de saúde, estado completo de bem-estar físico, mental e social e não apenas ausência de doença. A saúde, numa perspetiva holística é considerada como um estado, permitindo que as pessoas sem doença se sintam doentes e que os sujeitos com quadros de doença aguda ou crónica se considerem saudáveis (Ribeiro, 1994; Ribeiro, Meneses, Meneses & Grupo-QDV, 1998).

A Qualidade de Vida Relacionada com a Saúde (QdVRS) é uma parte da QdV geral do sujeito, podendo ser definida de uma forma simples, como constituída pelos componentes que representam parte da QdV de um indivíduo, relacionada com saúde, devendo abranger, no mínimo, os seguintes componentes: sintomas produzidos pela doença ou tratamento, funcionalidade física, aspetos psicológicos, aspetos sociais, familiares, laborais e económicos (Patrick & Bergner, 1990). De salientar que estes itens estão interrelacionados e influenciam-se mutuamente.

Cramer e Spilker (1998) referem que o conceito de QdVRS inclui as seguintes dimensões: estado físico e desempenho, estado psicológico e bem-estar, interações sociais e fatores económicos e/ou vocacionais. Todavia, Cella

(1990) alarga o número de dimensões quando fala de QdVRS e propõe as seguintes: bem-estar emocional, espiritualidade, sexualidade, desempenho social, vida familiar, desempenho ocupacional, comunicação, alimentação, capacidade funcional, estado físico, satisfação com o tratamento, orientações futuras, aspeto geral do estado de saúde e da vida.

Para Secchi e Strepparava (2001) a QdVRS é um construto multidimensional, composto por vários domínios (físico, psicológico, social e espiritual), influenciado pelo tipo de personalidade do indivíduo e pelos aspetos cognitivos. É um construto subjetivo, relacionado com a atribuição que o indivíduo faz em relação à sua doença. Consideram ainda que é um construto dinâmico, que muda ao longo do tempo.

Complementarmente, outros autores acrescentam que a QdVRS traduz o bem-estar subjetivo do indivíduo, nas vertentes físicas, psicológicas e sociais, as quais se podem dividir noutras dimensões. O domínio físico refere-se à perceção que o indivíduo tem da sua capacidade em realizar as suas atividades diárias. O domínio social, refere-se à capacidade do doente se relacionar com membros da família, vizinhos, amigos e outros. Finalmente, o domínio psicológico, incorpora aspetos do bem-estar emocional e mental, como depressão, ansiedade, medo, raiva entre outros (Albert, 2002; Aaronson, 1993; Koller & Lorenz, 1998; Lorenz *et al.*, 1999).

2.1. Qualidade de Vida no Idoso

Com o avançar da idade, para além de todas as transformações que lhe estão subjacentes, o tempo despendido com as atividades físicas vai sendo reduzido, podendo causar dores e desconforto, diminuição da mobilidade e dependência física, influenciando de forma negativa a QdV (Conte & Lopes, 2005).

Os mesmos autores referem, que no final do século passado e início do novo milénio, verificou-se uma crescente preocupação com a QdV das pessoas

de todas as faixas etárias, nomeadamente nos idosos. Esta preocupação encontra-se associada a fatores como a satisfação no trabalho, as relações familiares, a espiritualidade, a dignidade, a disposição, o bem-estar físico, psicológico, social e cognitivo e as relações familiares.

Pese embora o referido, tudo leva a crer que o conceito de QdV para um jovem será diferente quando comparado a um idoso. Se considerarmos que uma boa QdV é caracterizada por um sentimento de bem-estar, por uma emotividade equilibrada, por uma integração social, por um bom estado físico, poderemos colocar a questão se tudo o que foi mencionado fará sentido para as pessoas mais idosas (Cassou, 2001). Verdadeiramente, os idosos estão sujeitos a um processo de envelhecimento que se reflete na sua qualidade de vida, podendo acarretar diversas consequências, nomeadamente: (i) cessação da atividade profissional, implicando a perda dos papéis sociais e levando a uma diminuição da autoestima; (ii) reformas insuficientes para fazer face às necessidades alimentares e de saúde; (iii) solidão a que estão sujeitos, tanto pelos familiares como pela própria sociedade; (iv) o abandono do meio habitacional, sendo com frequência institucionalizados num lar (Rocha, Rodrigues, Coutinho & Monteiro, 2002).

Paschoal (2006) considera que é universalmente aceite que a presença de estereótipos relativamente aos idosos pode condicionar, de alguma forma, a qualidade da sua existência. A pessoa idosa é vista como chata, rabugenta, triste, implicante, demente e incómoda, havendo uma tendência para generalizar as características a todas elas. Esta visão estereotipada associada à dificuldade de discernir entre o envelhecimento normal e o patológico, entre a senescência e a senilidade, leva à negação da velhice, ou negligência das suas necessidades, vontades e desejos.

Ramos (2001, p.228) refere que

quando se aprecia a qualidade de vida dos idosos, tem-se tendência para sobrevalorizar os aspetos relacionados com a saúde. Mas quando se investiga o modo como as pessoas avaliam a sua própria situação,

em termos de aspetos positivos e negativos da sua vida quotidiana, verifica-se que, não obstante a saúde ser um fator importante, o que mais conta são as relações com os outros, o modo como usam o seu tempo e as emoções positivas que podem leva-las a aceitar os lados negativo da sua saúde e a suportar os eventuais molestos dos tratamentos.

O mesmo autor acrescenta ainda, que a QdV do idoso depende fundamentalmente dos seguintes fatores:

- Saúde e capacidade funcional, nomeadamente no seu reflexo sobre as atividades da vida diária e das atividades instrumentais da vida quotidiana;
- Relações interpessoais que o façam sentir acompanhado e querido;
- Independência, entendida como capacidade de organizar o seu dia-a-dia e de escolher as atividades a realizar;
- Ausência de condições económicas asfixiantes (Ramos, 2001, 226).

Schipper, Clinch e Olweny (1996), salientam cinco abordagens que contribuíram para as recentes conceções de QdV do ponto de vista gerontológico: psicológica, utilitarista, centrada na comunidade, funcional e a lacuna de Calman.

A abordagem psicológica, assenta na distinção entre ter uma doença e sentir-se doente. Relativamente à abordagem utilitarista, esta confronta o tempo de vida com viver a vida com qualidade. A abordagem centrada na comunidade, examina as variáveis inerentes ao funcionamento biológico e familiar, considerando o impacto da doença na comunidade. No que concerne à abordagem funcional, esta assenta no conceito de reintegração na vida normal, atribuindo importância aos aspetos funcionais, físicos, psicológicos e

sociais de ajustamento e adaptação à doença. Por último, e relativamente à abordagem de Calman, reflete a lacuna entre as expectativas do doente e o que ele de fato conseguiu realizar. À medida que esta lacuna diminui, aumenta a QdV (Schipper *et al.*, 1996).

Os idosos, por norma, apresentam um comprometimento na capacidade de participar em atividades e também na satisfação que daí advém (Lau & McKenna, 2001).

A perda da capacidade funcional foi a razão principal encontrada na decisão de institucionalização de indivíduos (Paúl, 1997). Segundo Hankey, Jamrozik, Broadhurst, Forbes e Anderson (2002) os maiores preditores da institucionalização dos sujeitos são, designadamente: baixa atividade e episódios recorrentes de doenças.

A perda de autonomia nas ABVD (Atividades Básicas da Vida Diária) correlaciona-se fortemente com a capacidade funcional. Dependendo de outros no auto-cuidado, designadamente no vestir, alimentar-se e tomar banho, encontra-se associado a uma diminuição da QdV (Lau & McKenna, 2001). Por sua vez, as AIVD (Atividades Instrumentais da Vida Diária) referem-se a atividades mais complexas, mas necessárias à sobrevivência, que compreendem a preparação de alimentos, fazer compras, usar o telefone, tomar a medicação, usar meios de transporte, pagar contas, entre outros (Lawton & Brody, 1969). De salientar que as AIVD podem também estar relacionadas com a perda da capacidade funcional, como por exemplo, não poder fazer compras devido a problemas de deambulação. Todavia, outros fatores como o défice na capacidade cognitiva poderão estar na base do comprometimento destas atividades.

3. Dependência no Idoso

Como já verificamos anteriormente, o processo de envelhecimento provoca uma deterioração da capacidade de adaptação e de resposta às diversas necessidades do idoso, o que levará a uma conseqüente instabilidade do equilíbrio homeostático que por sua vez conduz a uma maior facilidade em adoecer levando muitas vezes a dependerem dos outros (Garcia, 1994).

Também Santos (2000), refere que nesta fase da vida emergem situações que impedem os idosos de satisfazer as suas necessidades, nomeadamente: privação de apoio social e familiar; isolamento e solidão devido à perda de pessoas queridas; diminuição de rendimentos económicos devido a situações de reforma; perda de estatuto e de prestígio; passividade, por não terem compromissos e/ou atividades. Estas situações podem originar a perda de autonomia, quer a nível biológico, quer a nível psico-social, levando a que alguns idosos necessitem da assistência de terceiros para desempenhar as suas necessidades (Pavarini & Neri, 2000).

Wilsin (1990, citado por Paschoal, 1999, p.317) define a dependência como “um estado no qual o indivíduo confia em outro (ou em outros), para ajudá-lo a alcançar necessidades previamente reconhecidas”.

Na perspetiva de Pavarini e Neri (2000), a dependência é traduzida pela necessidade de assistência nas atividades quotidianas, que o sujeito já não realiza ou porque não quer ou porque não pode, nomeadamente no que diz respeito às atividades de vida diária.

No entanto, a definição da Comissão dos Ministros acerca de dependência é mais abrangente, considerando dependência como

um estado em que se encontram as pessoas que, por razões ligadas à falta ou perda de autonomia física, psíquica ou intelectual, tem necessidade de uma assistência e/ou de ajudas importantes a fim de

realizar os atos correntes da vida ou atividades de vida diária (Ministério do Trabalho e da Solidariedade Social [MTSS], 2009, p.8).

Fernandes (2000), refere que, a dependência nas pessoas idosas, assume contornos particulares, já que esta é o resultado de fatores como a redução das capacidades físicas ou psicológicas, isolamento, solidão, insegurança económica e dependência de familiares e/ou de outro tipo de suporte social.

Importa ainda acrescentar, que embora ser velho não signifique ser dependente, o aumento do envelhecimento da população implica o aparecimento de diversas situações crónicas e incapacitantes que conduzirão à dependência. Assim, a dependência surge como um problema central da velhice, sendo considerada, por um lado um problema central da velhice e por outro lado, um problema socio-económico da sociedade em que está inserido (Lage, 2005).

A perda e diminuição da força e resistência muscular por parte dos idosos concebem condições de fraqueza, desequilíbrio corporal e falta de coordenação motora repercutindo na diminuição da sua QdV (Rocha, Paixão, Tucher, Botaro & Bruno, 2009).

Amorim e Dantas (2002) salientam que com o avanço da idade verifica-se um declínio funcional de algumas capacidades devido ao estilo de vida sedentário, sendo que o exercício físico orientado compreende uma grande potencialidade de reverter tais fatores. Os mesmos autores, acrescentam ainda, que à medida que o idoso é estimulado a praticar exercício com regularidade nesta fase, este pode melhorar e/ou manter a sua QdV.

A atividade física é considerada, assim, como um recurso importante para minimizar a degeneração provocada pelo envelhecimento, permitindo ao idoso manter uma QdV ativa, uma vez que a atividade física estimula várias funções essenciais do organismo, melhorando o desempenho das AIV e o grau

de independência do idoso (Okuma, 2002, citado por Fibra, Sá, Fontes, Driusso & Prado, 2006).

Kauffman e Jackson (2001, citados por Fibra *et al.*, 2006) referem que os exercícios ajudam os indivíduos a manterem o maior vigor quanto possível, à medida que vão envelhecendo. Com a prática de exercícios, poder-se-á, segundo os mesmos autores, aumentar a QdV e conseqüentemente melhorar a função em diversas atividades.

Atendendo aos inúmeros procedimentos usados ao nível da fisioterapia ao longo da assistência ao indivíduo, os exercícios fisioterapêuticos encontram-se entre os recursos fundamentais, ocupando o centro dos programas elaborados para melhorar ou restaurar as funções de um indivíduo ou prevenir as disfunções. A prática de exercício fisioterapêutico refere-se ao treino sistemático e planeamento de movimentos corporais, atividades ou posturas físicas, com o intuito de possibilitar ao indivíduo meios de tratar ou prevenir comprometimentos, melhorar, restaurar ou aumentar a função física, evitar ou minimizar fatores de risco relacionados com a saúde e otimizar o estado de saúde geral, resistência física ou sensação de bem-estar (Kisner, 2005).

Neste sentido, e na perspectiva de Chiarello (2005), os programas de fisioterapia têm vindo a ser propostos tanto a nível preventivo como de reparação, contribuindo para a manutenção e melhoria da capacidade funcional e da QdV dos idosos.

II PARTE – ESTUDO EMPÍRICO

1. Metodologia

A investigação científica é um método de aquisição de conhecimento com características objetivas, construído através de um método científico. Este tenta explicar de modo racional, aquilo que se observa reproduzindo assim conhecimentos verdadeiros (Fortin, Côté & Vissandjée, 1999).

Citando os mesmos autores (1999, p.17) “a investigação científica é em primeiro lugar um processo, um processo sistemático que permite obter respostas para questões precisas que merecem uma investigação”.

A investigação científica permite a aquisição de novos conhecimentos através da atribuição de respostas a questões previamente formuladas, permitindo assim estabelecer conhecimentos com uma base científica, alargando os campos de conhecimentos de várias disciplinas facilitando o desenvolvimento destas como ciência, conduzindo também ao aumento de saberes específicos. Permite também reforçar as bases de qualquer profissão contribuindo para o desenvolvimento destas (Fortin, Côté & Vissandjée, 1999).

1.1. Formulação do Problema

No que diz respeito à formulação do problema, este traduz a necessidade de compreender e obter uma explicação, através da investigação, de um determinado fato ou situação.

Esta fase pode ser considerada a mais difícil em todo o processo de investigação, uma vez que é necessário que de todo um trabalho lógico e progressivo de várias ideias, argumentos ou fatos, convirja numa só ideia que possa ser desenvolvida no estudo delineado. Esta formulação deve ser o mais clara possível e deve resultar de observação de fatos, de forma a deixar transparecer as necessidades, valores e interesses que na realidade existem (Freixo, 2010).

Em todos os trabalhos de investigação é importante ser-se o mais realista possível, e que este mostre relevância para justificar todo o tempo e os meios necessários à sua execução (Freixo, 2010).

Assim, para este estudo foi delimitado o seguinte problema de investigação:

- Em que medida a implementação de um plano de tratamento de fisioterapia interfere na qualidade de vida do idoso dependente?

1.2. Tipo de Estudo

Neste ponto inicial, cabe a importância da descrição do tipo de estudo a desenvolver. Trata-se de um estudo de carácter quasi-experimental, com uma abordagem quantitativa.

A investigação quasi-experimental, segundo Ribeiro (1999, p.46) é “...uma variação dos estudos verdadeiramente experimentais em que o controlo é menor. A variável independente é controlada, assim como muitos outros aspetos da investigação mas os participantes não são distribuídos de modo aleatório pelos grupos”.

Assim, esta metodologia inclui várias formas de colheita de dados, mas o procedimento que mais se adaptou para este estudo foi a aplicação de formulários, permitindo assim a recolha de informação junto da população de forma rigorosa.

Concordando com Freixo (2010, p.144)

o método de investigação quantitativa constitui assim um processo sistemático de colheita de dados observáveis e quantificáveis. É baseado na observação de fatos objetivos, de acontecimentos e de fenómenos que existem independentemente do investigador. Assim esta

abordagem reflete um processo complexo que conduz a resultados que devem conter o menor enviesamento possível.

Portanto, importa referir que, a tradução de resultados em números, permite uma maior objetividade e precisão, permitindo minorar os falseamentos de resultados (Freixo, 2010).

Este estudo prevê dois momentos de recolha de dados, um antes do tratamento de fisioterapia (avaliação inicial) a um grupo de idosos quanto à sua QdV e nível de dependência, que foram sujeitos a sessões de fisioterapia, e outro após o tratamento (avaliação final) com o mesmo grupo, ou seja, ao fim da vigésima sessão.

Para tal, desenhou-se o plano de tratamento que apresentamos nos quadros que se seguem.

Quadro 1 – Plano de Tratamento para Sequelas de AVC

Patologia	Tratamento	Duração
Sequelas de AVC	<ul style="list-style-type: none"> • Calor húmido; • Estimulação elétrica transcutânea; • Tratar subluxação do ombro; • Alongamentos e mobilização articular passiva dos membros afetados; • Exercícios ativos assistidos; • Exercícios ativos-resistidos, exercícios isométricos; • Fortalecimento muscular; • Exercícios de coordenação motora fina e níveis de preensão; • Exercícios na posição de sentado com desequilíbrios para controlo do tronco; • Transferências posturais; • Dissociação de cintura pélvica na bola de Bobath; • Proprioceção para melhorar o equilíbrio estático e dinâmico; • Treino de equilíbrio e marcha; • Treino de AVDs. 	<ul style="list-style-type: none"> • Sessões com duração de 60 minutos.

Quadro 2 – Plano de Tratamento para Fraturas

Patologia	Tratamento	Duração
Fraturas	<ul style="list-style-type: none"> • Ultrassom; • Calor húmido (ajuda no tratamento da rigidez das contraturas articulares e melhorar a amplitude de movimento); • Correntes elétricas analgésicas; • Massagem para diminuição do edema relaxar a musculatura e diminuir a dor; • Mobilização articular passiva; • Mobilização ativa assistida; • Exercícios ativo assistidas para início do ganho de força muscular; • Exercícios ativos resistidos • Manter ou aumentar força muscular; • Restaurar atividades funcionais. 	<ul style="list-style-type: none"> • Sessões com duração de 45 minutos.

De referir, que o tratamento foi diário, tendo sido desenvolvido em utentes com fraturas e sequelas de AVC.

Não existe idade para aprender novos movimentos, sendo apenas necessário adaptá-los às características e possibilidades de cada um, ao seu grau de patologia, mobilidade e autonomia.

Neste sentido e, para que o plano induza efeitos positivos sobre a qualidade de vida dos idosos, é necessário uma prática contínua e regular baseada em certos princípios quer em termos de programas quer em termos do número de sessões a realizar.

É importante destacar que este plano de tratamento é uma proposta de reabilitação fisioterapêutica e não um protocolo a ser seguido.

1.3. Objetivos do Estudo

A construção de objetivos de estudo permite saber o porquê desse estudo, facilita o encaminhamento do estudo e atua como um fio condutor ao longo do trabalho de investigação para mais facilmente chegar ao fim.

O objetivo possibilita uma visão alargada da temática em estudo, uma vez que indica o que o investigador pretende fazer ao longo do mesmo. Este deve ser formulado tendo em atenção ao número de palavras, que não pode ser extenso (Freixo, 2010).

Neste estudo, como objetivo geral, pretende-se analisar a modificação da qualidade de vida de um grupo de idosos dependentes depois de submetidos a tratamentos de fisioterapia.

De forma a facilitar o cumprimento deste objetivo definiram-se os seguintes objetivos específicos:

1. Avaliar a qualidade de vida dos idosos, antes e depois do tratamento de fisioterapia;
2. Avaliar a qualidade de vida dos idosos, antes e depois do tratamento de fisioterapia em função do sexo, idade, estado civil, residência, habilitações literárias e do grau de dependência.

1.4. População e Amostra

No desenvolver de um trabalho de investigação existe a necessidade de definir o universo ou a população a estudar.

Segundo Freixo (2010, p.181), a população “compreende todos os elementos (pessoas, grupos, objetos) que partilham características comuns, as quais são definidas pelos critérios estabelecidos para o estudo”.

Assim, a população do estudo são todos os idosos dependentes que realizam tratamento de fisioterapia na Santa Casa da Misericórdia de Bragança, durante os meses de outubro e novembro de dezembro de 2011.

A amostra não é mais do que um pequeno conjunto de indivíduos que pertencem à população escolhida para estudo (Freixo, 2010).

Assim, a amostra é constituída por 21 idosos dependentes, com idade igual ou superior a 65 anos e que aceitaram participar no estudo.

A escolha desta amostra deve-se ao fato de a investigadora ser fisioterapeuta da referida instituição, facilitando, assim, a recolha de dados.

Com vista à seleção dos elementos da amostra, cabe ao investigador selecionar o método de amostragem que ache pertinente para o estudo (Freixo, 2010). Assim, a amostra estudada nesta investigação foi obtida através de um processo de amostragem não probabilística, tratando-se de uma amostragem de conveniência.

1.5. Identificação das Variáveis

O conhecimento científico é a base de toda a investigação, considera-se importante entender que, para o desenvolvimento de um trabalho de investigação é necessário descobrir e expor relações entre fenómenos, objetos ou fatos, que se encontram caracterizados através de variáveis. Portanto, é evidente que a identificação de variáveis é crucial para que um trabalho de investigação possa prosseguir.

Como refere Freixo (2010, p.174) uma variável “...pode ser definida como qualquer característica da realidade que pode tomar dois ou mais valores mutuamente exclusivos. Refere-se ainda a qualquer característica que numa experiência é manipulada, medida ou controlada”.

As variáveis podem ser classificadas de diferentes formas, dependendo da utilização que o investigador lhe pretende atribuir, podendo esta ser trabalhada, o que traduz uma variável independente, ou controlada, sendo esta uma variável dependente (Freixo, 2010).

Neste estudo a variável dependente é: a qualidade de vida. A variável dependente foi mensurável com recurso ao questionário WHOQOL-Bref

Por outro lado, as variáveis independentes são:

- Sexo;
- Idade;

- Estado civil;
- Residência;
- Habilitações literárias;
- Grau de dependência.

A variável sexo, foi categorizada em masculino e feminino.

A idade foi agrupada segundo faixas etárias, em classes com amplitude de 6 anos, variando dos 65 aos 87 anos. Foi categorizada em 4 classes: 65-70 anos; 71-76 anos, 77-82 anos e 83-88 anos.

O estado civil foi categorizado em casado(a), solteiro(a), viúvo(a) e divorciado(a).

Quanto à residência, esta variável foi categorizada em rural e urbana.

As habilitações literárias foram categorizadas em não sabe ler/escrever, saber ler/escrever sem habilitações, ensino básico, ensino secundário e ensino universitário.

Por último, quanto à variável nível de dependência foi quantificada com recurso ao Índice de Barthel.

A cotação global oscila entre os 0 e 20, variando de forma inversamente proporcional ao grau de dependência, isto é, quanto menor for a pontuação maior é o grau de dependência, de acordo com o quadro 3.

Quadro 3- Pontuação do Índice de Barthel

Pontuação	Nível de Dependência
0	Totalmente dependente
1-5	Severamente dependente
6-10	Moderadamente dependente
11-15	Ligeiramente dependente
16-20	Totalmente independente

1.6. Instrumentos de Colheita de Dados

A colheita de informação foi realizada através de um instrumento para o efeito, junto dos indivíduos da população ou amostra.

Neste estudo, é utilizado o método por formulário, sendo este um método fácil e rápido, para a colheita de dados junto da amostra que se pretende estudar (Gil, 2002).

Assim, para este estudo, o formulário, encontra-se dividido em três partes distintas. A primeira, é composta por questões que visam a caracterização sócio-demográfica da amostra. A segunda parte, é composta pelo questionário WHOQOL-Bref com o intuito de avaliar a qualidade de vida dos idosos dependentes. Por último, para avaliar a capacidade funcional e mobilidade dos idosos, recorreu-se à aplicação do Índice de Barthel.

O WHOQOL-Bref é um instrumento de auto-avaliação de QdV, tendo sido desenvolvido por um grupo de peritos internacionais, pertencentes a centros de estudo da qualidade de vida da Organização Mundial de Saúde (OMS). É constituído por 26 questões organizadas em quatro domínios: físico, psicológico, relações sociais e ambiente, e uma faceta geral (Faceta Geral de QdV) composta por dois itens que avaliam a QdV geral e a percepção geral de

saúde (Canavarro *et al.*, 2010). Cada domínio é composto por questões com 5 opções de respostas (escala de *likert*), variando entre o 1 e 5. As questões 3, 4 e 26 encontram-se formuladas na negativa, sendo necessário proceder à sua recodificação, para que as pontuações altas reflitam melhor QdV. Este instrumento tem sido utilizado para mensurar a QdVRS em indivíduos doentes, são e idosos (Hwang, Liang, Chiu & Lin, 2003).

Quadro 4 - Questões que compõem dos domínios do WHOQOL-Bref

Domínios	Questões
Domínio 1	3, 4, 10, 15, 16, 17, 18
Domínio 2	5, 6, 7, 11, 19, 26
Domínio 3	20, 21, 22
Domínio 4	8, 9, 12, 13, 14, 23, 24, 25
Faceta Geral	1, 2

De salientar, que os dados são analisados em função das pontuações obtidas em cada um dos domínios, não havendo uma pontuação total do instrumento. Desta forma, o resultado de cada domínio é calculado através da média de cada um. Assim, a média é então multiplicada por 100 de forma a que os resultados sejam comparáveis com os usados no WHOQOL-100, variando entre 0 e 100.

Quanto às suas qualidades psicométricas, Simões, Sousa, Vilar e Paredes (2010) referem ser um instrumento fiável.

O Índice de Barthel, é um instrumento que avalia a capacidade funcional básica do sujeito para realizar as atividades de vida diária (AVD). As atividades incluídas no índice de Barthel são: comer, transferência da cadeira para a cama, higiene pessoal, uso da retrete, tomar banho, deambular, subir e descer escadas, vestir e despir, controlo de fezes e controlo de urina.

Na versão original, as atividades são pontuadas de 0 a 15 pontos, e a pontuação global pode variar entre 0-100 pontos, em que o valor máximo equivale a independência total das AVD avaliadas (Imaginario, 2004).

Em oposição, à versão original, Wade e Collin (1988, cit. in por Araújo, Ribeiro, Oliveira & Pinto, 2007) propõem a atribuição de 0, 1, 2 e 3, obtendo um score total da escala entre 0 (totalmente dependente) e 20 (totalmente independente).

Para este estudo, utilizamos a versão desenvolvida por Wade e Collin (1988).

Esta escala é de fácil aplicabilidade, fácil de interpretar e a sua aplicação não é morosa. Araújo *et al.* (2007, p.65) referem, que relativamente aos estudo das propriedades psicométricas do Índice de Barthel "...revelam que é efetivamente um instrumento fiável, e que facilmente pode constituir uma estratégia de avaliação do grau de autonomia das pessoas idosas..."

1.7. Procedimentos

Para a consecução da presente investigação, para a aplicação dos formulários, foi formulado, por escrito, um pedido de autorização para o Sr.º Provedor da Santa Casa da Misericórdia de Bragança (Anexo 1). Após este ter sido deferido (Anexo 2), a investigadora aplicou os formulários junto dos idosos que aceitaram participar no estudo, no período entre 25 de novembro de 2011 e 27 de dezembro de 2011, coincidindo com o início e o final do tratamento de fisioterapia, num total de 20 sessões.

Foi solicitada, junto dos responsáveis pela versão portuguesa do WHOQOL-Bref, autorização para a aplicação da mesma (Anexo 3).

Foi solicitado o consentimento informado (Anexo 4), aos participantes no estudo. Para isso foram esclarecidos sobre os objetivos da investigação, processo de recolha de dados, acesso aos resultados e confidencialidade.

Da mesma forma, os participantes foram informados do direito à autodeterminação, de recusa de participação, e que estes fatos em nenhum

momento teriam interferência com a assistência normal e habitual do profissional de fisioterapia.

Depois de consentidas as autorizações necessárias, os questionários foram aplicados segundo a seguinte ordem: Parte I, Caracterização Sócio-Demográfica; Parte II, Índice de Barthel; Parte III, WHOQOL-Bref (Anexo 4).

Atendendo ao nível de escolaridade de alguns elementos da população, a investigadora pode ajudar parcialmente no preenchimento do formulário.

1.8. Procedimentos de Análise dos Dados

O conjunto de informação recolhida foi armazenada e posteriormente processada e recodificada. Para o tratamento estatístico dos dados utilizou-se o programa estatístico SPSS (*Statistical Package for the Social Sciences*), versão 20.0. Numa primeira etapa, os dados foram explorados através da estatística descritiva, nomeadamente medidas de tendência central e de dispersão.

Para a análise das diferenças de médias das características sócio-demográficas foram realizados testes não-paramétricos, designadamente o teste de *Mann-Whitney* e o teste de *Kruskall-Wallis*, atendendo ao fato de que o tamanho da amostra ser inferior a 30 sujeitos (Hill & Hill, 2005).

A consistência interna foi determinada através do coeficiente de *alfa de Cronbach*. Este teste varia entre zero e um, considerando-se a consistência interna muito boa se alfa for igual ou superior a 0,9; boa se alfa estiver entre 0,8 e 0,9; razoável se alfa estiver entre 0,7 e 0,8; fraca se alfa estiver entre 0,6 e 0,7 e inadmissível se alfa for inferior a 0,6 (Pestana & Gageiro, 2008).

Para a análise de diferenças entre a performance dos mesmos sujeitos (ou pares de sujeitos emparelhados) submetidos a duas situações experimentais, foi utilizado o teste de Wilcoxon. Este teste é aplicado quando estão em comparação dois grupos relacionados (Vilela, 2009).

No presente estudo, foi estabelecido o nível de significância de 0,05.

2. Apresentação e Análise de Resultados

Neste ponto, pretende-se apresentar os dados obtidos através da aplicação do instrumento de colheita de dados, bem como os resultados da análise estatística.

Numa primeira fase, é efetuada uma análise descritiva quanto às características sócio-demográficas da amostra.

Tabela 1 - Distribuição da amostra por sexo

Sexo	Frequência	Percentagem
Masculino	11	52,4
Feminino	10	47,6
Total	21	100

A análise da tabela 1, permite constatar que a distribuição dos inquiridos segundo o sexo é de 11 do sexo masculino e 10 do sexo feminino.

Tabela 2 - Distribuição da amostra por classes etárias

Classes Etárias	Frequência	Percentagem
65-70	5	23,8
71-76	8	38,1
77-82	4	19,0
83-88	4	19,0
Total	21	100,0
Média	75,05	
Mediana	75,00	
Desvio-padrão	7,025	
Mínimo	65	
Máximo	87	

Em relação à idade (tabela 2), esta variou entre os 65 e 87 anos, sendo a média de 75,05 anos ($\pm 7,025$). A distribuição foi bastante uniforme, sendo que 8 (38,1%) têm idades compreendidas entre os 71 e 76 anos; 5 (23,8%) têm

idades compreendidas entre 65 e 70 anos; 4 (19,0%) têm idades compreendidas entre os 77 e 82 anos; e 4 têm idades compreendidas entre os 83 e 88 ano respetivamente.

Tabela 3 - Distribuição da amostra em função do estado civil

Estado Civil	Frequência	Percentagem
Casado(a)	12	57,1
Solteiro(a)	1	4,8
Viúvo(a)	8	38,1
Total	21	100

No que respeita ao estado civil (tabela 3), 12 (57,1%) dos idosos encontram-se casados seguindo-se 8 (38,1%) pessoas viúvas e 1 (4,8%) solteiros.

Tabela 4 - Distribuição da amostra em função da residência

Residência	Frequência	Percentagem
Rural	7	33,3
Urbana	14	66,7
Total	21	100

Quanto à residência, a maior parte dos inquiridos (66,7%) residem em meio urbano e 7 (33,3%) residem em meio rural (tabela 4).

Tabela 5 - Distribuição da amostra em função da profissão

Profissão	Frequência	Porcentagem
Motorista	1	4,8
Agricultor	4	19,0
Empregada de Limpeza	2	9,5
Doméstica	4	19,0
Empregada de Balcão	3	14,3
Costureira	1	4,8
Pedreiro	1	4,8
Pintor	1	4,8
Eletricista	1	4,8
Professor	1	4,8
Despachante Carga TAP	1	4,8
Alfaiate	1	4,8
Total	21	100

Relativamente à profissão, as respostas obtidas foram bastante díspares, sendo as mais referidas as profissões de agricultor e doméstica, correspondendo a 38% e empregada de balcão, correspondendo a 14,3% (tabela 5).

Tabela 6 - Distribuição da amostra em função das habilitações literárias

Habilitações Literárias	Frequência	Porcentagem
Não sabe ler/escrever	3	14,3
Sabe ler/escrever sem habilitações	2	9,5
Ensino Básico	11	52,4
Ensino Secundário	4	19,0
Ensino Universitário	1	4,8
Total	21	100

Quanto às habilitações literárias (tabela 6), 52,4% dos idosos inquiridos, referiram ter o ensino básico, seguindo-se 19% com o ensino secundário e 14,3% não sabe ler/escrever.

Tabela 7 - Distribuição da amostra em função da/s pessoa/s com quem vive

Com quem vive atualmente	Frequência	Porcentagem
Cônjuge	6	28,6
Filhos	1	4,8
Cônjuge + Filho	3	14,3
Familiares	1	4,8
Sozinho	2	9,5
Lar de Idosos	8	38,1
Total	21	100

Relativamente à coabitação, pode constatar-se, pela análise da tabela 7, que 8 idosos inquiridos (38,1%) residem num lar de idosos, seguindo-se 6 (28,6%) que coabitam com o cônjuge, 3 (14,3%) com o cônjuge e filho, 2 (9,5%) sozinhos e os restantes 2 (9,6%) coabitam com familiares ou filhos.

Tabela 8 - Distribuição da amostra em função do número de vezes que fez fisioterapia

		Frequência	Porcentagem
Esta foi a primeira vez que fez fisioterapia?	Sim	7	33,3
	Não	14	66,7
	Total	21	100
Foi a primeira vez que fez fisioterapia neste serviço?	Sim	14	66,7
	Não	7	33,3
	Total	21	100

Quando questionados se foi a primeira vez que fizeram fisioterapia, 66,7% responderam negativamente.

Perante a questão se foi a primeira vez que fizeram fisioterapia neste serviço, 66,7% responderam afirmativamente (tabela 8).

Relativamente ao motivo que os levaram à fisioterapia, 95,2% referiram que era sempre o mesmo.

Todos os inquiridos, mencionaram fazer tratamento individual.

Tabela 9- Distribuição da amostra em função da prescrição de exercícios por parte do fisioterapeuta

Durante o internamento, ou na “alta”, o fisioterapeuta ensinou-lhe algum tipo de exercício, para fazer em casa?	Frequência	Percentagem
Sim	19	90,5
Não	2	9,5
Total	21	100

Questionados se durante o internamento ou no momento da “alta”, o fisioterapeuta lhes tinha ensinado algum tipo de exercício para realizarem no domicílio, 90,5% responderam afirmativamente (tabela 9).

Tabela 10 – Distribuição da amostra em função da realização dos exercícios prescritos

Fez os exercícios	Frequência	Percentagem	Percentagem Válida
Sempre	8	38,1	42,1
Algumas Vezes	9	42,9	47,4
Raramente	2	9,5	10,5
Total	19	90,5	100,0
Não Responderam	2	9,5	
Total	21	100,0	

Os idosos, quando questionados acerca da frequência da realização dos exercícios, 42,9% referiram fazê-los algumas vezes e 38,1% referiram que realizavam sempre os mesmos (tabela 10).

Tabela 11- Valores da consistência interna do Índice de Barthel

	Alfa Cronbach	
	1º Momento	2º Momento
Barthel	0,929	0,934

Na tabela 11, apresentamos os valores do alfa de Cronbach obtidos através do Índice de Barthel, para cada um dos momentos de avaliação. Os valores obtidos para o total de itens são, de 0,929 para o primeiro momento e 0,934 para o segundo.

Tabela 12 - Classificação da amostra em função do Índice de Barthel

		Frequência	Porcentagem
Índice de Barthel (início)	Totalmente Dependente	6	28,6
	Dependência Grave	2	9,5
	Dependência Moderada	13	61,9
	Total	21	100
Índice de Barthel (fim)	Totalmente Dependente	3	14,3
	Dependência Grave	2	9,5
	Dependência Moderada	10	47,6
	Independência Total	6	28,6
	Total	21	100

Os resultados obtidos mostram que 61,9% da amostra em estudo encontrava-se numa situação de dependência moderada (Barthel entre 13-19), enquanto que 28,6% dos casos encontrava-se numa total dependência (Barthel entre 0-8) para as atividades de vida diária.

No segundo momento de avaliação, 47,6% da amostra em estudo encontrava-se numa situação de dependência moderada (Barthel entre 13-19), enquanto que 28,6% dos casos demonstraram uma independência total (Barthel 20).

No primeiro momento de avaliação, existiam 6 idosos totalmente dependentes, que após a fisioterapia, diminuíram para 3. Em relação aos idosos que antes da fisioterapia eram considerados dependentes moderados, após as sessões de fisioterapia passaram a ser totalmente independentes.

Tabela 13 – Valores da consistência interna do WHOQOL-Bref

Domínios	Alfa Cronbach	
	1º Momento	2º Momento
Domínio I	0,702	0,848
Domínio II	0,877	0,868
Domínio III	0,600	0,600
Domínio IV	0,785	0,785
Faceta Geral de QdV	0,563	0,563
Total dos Itens	0,919	0,927

Na tabela 13 apresentamos os valores de consistência interna dos diferentes domínios do WHOQOL-Bref, avaliados nos idosos dependentes que participaram no estudo.

A consistência interna do WHOQOL-Bref foi avaliada através dos valores do alfa de Cronbach. Tais indicadores, conforme se pode verificar, são muito bons (total dos itens), bons (domínio I, no segundo momento; domínio II, em ambos os momentos), razoáveis (domínio I, no primeiro momento e domínio IV em ambos os momentos) ou fraca (domínio III, em ambos os momentos). De referir, que o valor de alfa de Cronbach da Faceta Geral é considerado

inadmissível (0,563 em ambos os momentos) e por essa razão não vai ser utilizado.

Passamos de seguida à apresentação de resultados que nos permitiram avaliar a variabilidade da Qualidade de Vida dos idosos, antes e depois do tratamento de fisioterapia em função do sexo, idade, estado civil, residência, habilitações literárias e do grau de dependência, correspondendo ao segundo objetivo.

Tabela 14 - Variabilidade da QdV em função do Sexo

		Sexo		z	P
		Masculino (n=11)	Feminino (n=10)		
Domínios		M	M		
Momento 1	D1 (Físico)	10,50	11,55	-0,389	.697
	D2 (Psicológico)	10,32	11,75	-0,530	.596
	D3 (Relações Sociais)	9,14	13,05	-1,461	.144
	D4 (Ambiente)	11,91	10,00	-0,708	.479
Momento 2	D1 (Físico)	10,59	11,45	-0,318	.751
	D2 (Psicológico)	10,36	11,70	-0,495	.620
	D3 (Relações Sociais)	9,14	13,05	-1,461	.144
	D4 (Ambiente)	11,91	10,00	-0,708	.479

No que se refere ao sexo, os resultados do teste de *U Mann-Whitney* indicam a inexistência de diferenças estatisticamente significativas entre homens e mulheres, em ambos os momentos de avaliação, o que nos pode

permitir inferir que este fator sócio-demográfico não se mostra estatisticamente relevante em termos de QdV (tabela 14).

Tabela 15 - Variabilidade da QdV em função da Idade

		Idade				q ²	P
		65-70 (n=5)	71-76 (n=8)	77-82 (n=4)	83-88 (n=4)		
Domínios		M	M	M	M		
Momento 1	D1 (Físico)	13,20	10,38	11,75	8,75	1,305	.728
	D2 (Psicológico)	15,20	11,50	8,88	6,88	4,619	.202
	D3 (Relações Sociais)	12,20	12,31	14,63	3,25	8,351	.039*
	D4 (Ambiente)	15,20	12,81	9,00	4,13	8,381	.039*
Momento 2	D1 (Físico)	14,00	10,00	11,13	9,13	1,755	.625
	D2 (Psicológico)	15,30	11,44	8,88	6,88	4,721	.193
	D3 (Relações Sociais)	12,20	12,31	14,63	3,25	8,351	.039*
	D4 (Ambiente)	15,20	12,81	9,00	4,13	8,381	.039*

* p<0,05 estatisticamente significativa

Em relação à idade, e tendo recorrido ao teste *Kruskal Wallis*, verificamos que os idosos com idades compreendidas entre os 83 e 88 anos obtêm, em média, pontuações inferiores, no primeiro momento de avaliação, nos domínios Relações Sociais (p=0,039) e Ambiente (p=0,039), acontecendo o mesmo no segundo momento de avaliação. Isto é, em ambos os momentos de avaliação, verificamos que existem diferenças estatisticamente significativas nos referidos domínios. Estes resultados mostram uma tendência para a QdV

dos idosos, nos domínios Relações Sociais e ambiente, ser superior nas idades mais baixas (tabela 15).

Tabela 16 - Variabilidade da QdV em função do Estado Civil

		Estado Civil			q ²	p
		Casado(a) (n=12)	Solteiro(a) (n=1)	Viúvo(a) (n=8)		
Domínios		M	M	M		
Momento 1	D1 (Físico)	9,54	14,50	12,75	1,631	.442
	D2 (Psicológico)	11,33	15,00	10,00	0,664	.718
	D3 (Relações Sociais)	12,17	20,50	8,06	4,674	.097
	D4 (Ambiente)	12,67	20,00	7,38	5,756	.056
Momento 2	D1 (Físico)	9,58	14,00	12,75	1,505	.471
	D2 (Psicológico)	11,33	15,00	10,00	0,664	.717
	D3 (Relações Sociais)	12,17	20,50	8,06	4,674	.097
	D4 (Ambiente)	12,67	20,00	7,38	5,756	.056

Pelo estudo da variabilidade da QdV em função do estado civil, e com recurso ao teste *Kruskall Wallis*, não foram encontradas diferenças estatisticamente significativas, o que nos permite inferir que este fator sociodemográfico não se mostra estatisticamente relevante na diferenciação dos idosos em termos da sua QdV (tabela 16).

Tabela 17 - Variabilidade da QdV em função da Residência

		Residência		z	P
		Rural (n=7)	Urbana (n=14)		
Domínios		M	M		
Momento 1	D1 (Físico)	16,57	8,21	-2,922	.003**
	D2 (Psicológico)	15,00	9,00	-2,098	.036*
	D3 (Relações Sociais)	13,64	9,68	-1,397	.162
	D4 (Ambiente)	13,86	9,57	-1,499	.134
Momento 2	D1 (Físico)	17,36	7,82	-3,331	.001**
	D2 (Psicológico)	15,00	9,00	-2,098	.036*
	D3 (Relações Sociais)	13,64	9,68	-1,397	.162
	D4 (Ambiente)	13,86	9,57	-1,499	.134

* p<0,05 estatisticamente significativa

** p<0,01 muito significativa

Quanto à variável residência, através da utilização do teste de *U Mann-Whitney* pudemos verificar que no primeiro momento foram encontradas diferenças estatisticamente significativas nos domínios Físico ($p=.003$) e Psicológico ($p=.036$), apresentando os idosos que residem em meio rural melhor QdV nestes dois domínios. No segundo momento de avaliação, foram, igualmente, encontradas diferenças estatisticamente significativas nos domínios Físico ($p=.001$) e Psicológico ($p=.036$). Tais resultados sugerem uma tendência para a QdV dos idosos ser superior nos que residem em meio rural em relação aos que residem em meio urbano (tabela 17).

Tabela 18 - Variabilidade da QdV em função das Habilitações Literárias

		Habilitações Literárias					q^2	P
		Não sabe/ ler/escrever	Sabe ler/escrever sem habilitações	Ensino Básico	Ensino Secundário	Ensino Universitário		
Domínios		M	M	M	M	M		
Momento 1	D1	13,14	11,25	9,32	13,00	14,50	1,927	.749
	D2	9,67	9,25	9,95	14,75	15,00	2,508	.643
	D3	6,67	15,75	10,18	11,75	20,50	5,358	.253
	D4	7,17	10,25	10,23	14,13	20,00	4,507	.342
Momento 2	D1	12,17	11,25	9,55	13,25	14,00	1,483	.830
	D2	9,67	9,25	9,95	14,75	15,00	2,509	.643
	D3	6,67	15,75	10,18	11,75	20,50	5,358	.253
	D4	7,17	10,25	10,23	14,13	20,00	4,507	.342

Através do teste *Kruskall Wallis*, e no que concerne às habilitações literárias, verificamos que não há diferenças estatisticamente significativas em ambos os momentos de avaliação. Assim, podemos inferir que as habilitações literárias se mostram pouco relevantes para a variabilidade da QdV nos idosos dependentes (tabela 18).

Tabela 19 - Variabilidade da QdV em função do grau de dependência

		Índice de Barthel (Momento 1)			Índice de Barthel (Momento 2)				q^2	p
		Totalmente Dependente	Dependência Grave	Dependência Moderada	Totalmente Dependente	Dependência Grave	Dependência Moderada	Independência Total		
Domínios		M	M	M	M	M	M	M		
Momento 1	D1 (Físico)	6,58	14,00	12,58					4,384	.112
	D2 (Psicológico)	7,67	9,25	12,81					3,020	.221
	D3 (Relações Sociais)	8,92	6,50	12,65					2,717	.257
	D4 (Ambiente)	7,83	12,25	12,27					2,209	.331
Momento 2	D1 (Físico)				6,17	2,75	11,45	15,42	8,504	.037*
	D2 (Psicológico)				10,33	5,75	9,10	16,25	6,761	.080
	D3 (Relações Sociais)				10,17	11,00	8,80	15,08	4,006	.261
	D4 (Ambiente)				11,67	5,00	10,90	12,83	2,455	.483

* $p < 0,05$ estatisticamente significativa

Pudemos constatar, através da utilização do teste de *Kruskal Wallis*, na avaliação do primeiro momento, que não se verificaram nos diferentes domínios diferenças estatisticamente significativas, entre esta variável e a QdV. Quanto ao segundo momento de avaliação, há diferenças estatisticamente significativas no domínio Físico da QdV ($p=.037$), quanto ao nível de dependência, os que revelam melhor QdV são avaliados pelo Índice de Barthel como tendo independência total (tabela 19).

Tabela 20 – Valores dos domínios no primeiro e segundo momento de avaliação

Domínios	Média ± Desvio padrão		p
	Momento 1	Momento 2	
Físico	41,16±13,05	45,41±17,86	0,018*
Psicológico	59,72±18,23	59,92±17,80	0,317
Relações Sociais	64,28±19,92	64,28±19,92	1,000
Meio Ambiente	53,27±12,16	53,27±12,16	1,000

* p<0,05 estatisticamente significativa

Como pudemos constatar na tabela 20, através do teste de Wilcoxon, após 20 sessões de fisioterapia, ocorreram alterações estatisticamente significativas no domínio Físico (p=.018), revelando melhoria da qualidade de vida. Nos restantes domínios as diferenças não se revelaram estatisticamente significativas.

3. Discussão dos Resultados

Após a análise e tratamento dos dados apresentados no ponto anterior, surge agora espaço para se apresentar a discussão e a síntese mais detalhada dos resultados obtidos.

A discussão dos resultados será apresentada de acordo com a sequência adotada na apresentação da análise e tratamento dos dados expostos anteriormente.

Analisando as características dos idosos dependentes, observa-se que 52,4% eram do sexo masculino, considerando-se não ser consentâneo com a realidade do país, em que “a predominância de idosos pertencentes ao sexo feminino refletiu a maior longevidade das mulheres em relação aos homens” (Filho & Ramos, 1999, p.450).

Relativamente à classe etária, 38,1% dos idosos encontram-se entre os 71 e 76 anos e 23,8% entre os 65 e 70 anos. São idosos predominantemente casados (57,1%) e viúvos (38,1%), residentes maioritariamente em contexto urbano (66,7%).

Em relação à profissão, a grande maioria dos idosos enquadravam-se nos grupos de agricultores e trabalhadores qualificados da agricultura (agricultores), da pesca e floresta e trabalhadores qualificados de indústria, construção e artífices (alfaiate, costureiro, pedreiro, pintor e electricista). Quanto às habilitações literárias, a maioria dos idosos (52,4%), possuem o ensino básico.

Dos 21 idosos inquiridos, 38,1% encontram-se em lares de idosos e 28,6% coabitam com o cônjuge.

A consistência interna do índice de Barthel, avaliada através do alfa de Cronbach, demonstra que efetivamente é um instrumento fiável, e que facilmente pode constituir uma estratégia de avaliação do grau de dependência das pessoas idosas (Araújo *et al.*, 2007). No nosso estudo, o valor de alfa de

Cronbach, no primeiro momento de avaliação é de .929 e no segundo é de .934. Estes valores são semelhantes aos observados no estudo de validação de Araújo *et al.* (2007) e com o estudo de Martins (2004, citado por Araújo *et al.*, 2007), em que o coeficiente de alfa de Cronbach verificado pelos mesmos foi de .96 e .94, respectivamente.

No que concerne ao tipo de dependência, e através do Índice de Barthel, em ambos os momentos de avaliação, é a dependência moderada, que mais predomina correspondendo a 61,9% dos idosos no primeiro momento e 47,6% no segundo.

Quanto à avaliação da fiabilidade do WHOQOL-Bref, apresenta valores aceitáveis, quer quando se analisam cada domínio individualmente considerado ou os 26 itens. O valor de alfa de Cronbach varia entre .60 para o Domínio III (Relações Sociais) e .927 para o total de itens. Estes valores são semelhantes aos observados no estudo efetuado por Canavarro *et al.* (2010), em que o coeficiente de alfa de Cronbach é considerado como sendo aceitável, tanto ao nível do total de itens do questionário (0,92), como nos domínios individualmente, variando de 0,64 (domínio III) e 0,87 (domínio I). De forma semelhante aos diversos estudos, o domínio Relações Sociais é o que apresenta menor valor de consistência interna. Tal resultado pode muito bem ser explicado pelo fato de este domínio se basear apenas em três itens (relações pessoais, apoio social e atividade sexual), um número comparativamente menor ao número de itens que compõem os restantes domínios (Vaz Serra *et al.*, 2006).

Os resultados do presente estudo permitem-nos tecer algumas considerações no que respeita à QdV dos idosos dependentes que se encontram em tratamento de fisioterapia, que passamos a apresentar.

Do estudo efetuado para compreender a variabilidade da QdV em função de alguns fatores sociodemográficos, resulta que a idade, em ambos os momentos, contribui de forma significativa para a variabilidade da mesma nos domínios Relações Sociais e Ambiente. A residência, em ambos os momentos,

contribui de forma significativa para a variabilidade da QdV nos domínios Físico e Psicológico. E a avaliação do nível de dependência efetuado no segundo momento de avaliação, contribui de forma significativa para a variabilidade da QdV entre os idosos dependentes que se encontram em tratamento de fisioterapia.

De um modo geral, e quanto ao género, Couto (2008), verificou a existência de diferenças de médias significativas entre os homens e as mulheres. Sendo que os homens têm maiores níveis de QdV em todos os domínios, com exceção do domínio das Relações Sociais, onde é a mulher que obtém melhor resultado. Em relação ao nosso estudo, verificamos a inexistência de diferenças estatisticamente significativas entre ambos os sexos, o que nos pode levar a inferir que este fator sociodemográfico não se mostra estatisticamente relevante em termos de QdV.

A idade parece estar relacionada positivamente com a QdV dos idosos, tendendo esta a ser superior nos idosos mais novos nos domínios Relações Sociais e Ambiente, à exceção dos domínios Físico e Psicológico, em ambos os momentos de avaliação. Estes dados são corroborados pelo referido em alguma literatura, que consideram que a QdV tende a diminuir com a idade (Sprangers *et al.*, 2000; Almeida, 2009; Gameiro *et al.*, 2010). Ferreira (2009), no estudo desenvolvido junto de idosos, verificou a não existência de qualquer associação significativa entre os domínios do WHOQOL-Bref e a idade. Entendendo a idade como um processo evolutivo da existência de qualquer ser vivo, segundo Andrade e Martins (2011) seria de esperar que com o aumento da idade, as complicações crónicas tendessem a ser mais graves e a afetar de forma negativa a QdV.

O estado civil, de uma forma geral, é considerado como fator importantes de variabilidade da QdV dos sujeitos. Assim, o impacto diferencial realça o importante contributo das relações íntimas, e do apoio social na promoção do bom ajustamento e bem-estar dos indivíduos (Almeida, 2009; Gameiro *et al.*, 2010). No nosso estudo, não verificamos diferenças estatisticamente significativas entre o estado civil e a variabilidade da QdV.

Por outro lado, a residência é também um fator de variabilidade da QdV dos idosos, apresentando os idosos do meio rural uma QdV superior nos domínios Físico e Psicológico, relativamente aos idosos residentes em meio urbano, em ambos os momentos de avaliação. Estes dados não são corroborados pelo estudo desenvolvido por Paúl e Fonseca (2005) que referem que a condição rural/urbana não parece introduzir diferenças nos resultados psicossociais (qualidade de vida). Os dados obtidos por estes autores vão de encontro com os obtidos por Fernández-Ballesteros *et al.* (2003) que afirmam que da comparação entre idosos rurais e urbanos resultam poucas diferenças. Também, Ferreira (2009) desenvolveu um estudo junto de 63 idosos com o intuito de avaliar a sua QdV. Verificou que quanto ao local de residência, os idosos em meio rural apresentavam resultados médios de QdV superiores aos obtidos pelos idosos em meio suburbano e urbano, designadamente no domínio Relações Sociais. Os dados obtidos no nosso estudo, não revelam a existência de relação com o local de residência na perceção da QdV ao nível do domínio Relações Sociais. Todavia, existem diversos autores que consideram que o meio pode ter influência na perceção de QdV ao nível do referido domínio. Assim, Paúl e Fonseca (2005) no estudo que desenvolveram com idosos verificaram que a QdV tinha como preditores os amigos, o nível de autonomia, os confidentes e a solidão, sendo que quando estes indicadores eram mais positivos a QdV ao nível do domínio Relações Sociais era também mais positiva.

Já em relação à QdV dos idosos em função de outras variáveis sociodemográficas, contrariamente às expectativas inicialmente referidas não foram encontradas diferenças estatisticamente significativas, designadamente no que respeita ao sexo, ao estado civil, às habilitações literárias e à avaliação inicial do nível de dependência.

As habilitações literárias, de uma forma geral, são consideradas como sendo um fator importantes de variabilidade da QdV dos sujeitos, levando-nos a refletir sobre a importância crescente da educação na sociedade, enquanto fator de diferenciação social (Almeida, 2009; Gameiro *et al.*, 2010).

Assim, e na sua globalidade, os resultados deste estudo não são corroborados pelo referido pela literatura em que a QdV dos sujeitos tende a aumentar com a educação (Sprangers *et al.* 2000; Almeida, 2009; Torres *et al.*, 2009; Gameiro *et al.*, 2010).

Da mesma forma, e no que respeita ao efeito do nível de dependência na variabilidade da QdV, embora se pudesse prever que este quanto maior, mais importantes seriam as repercussões na QdV, no entanto, os resultados deste estudo não evidenciam na grande maioria dos domínios da QdV, indo de encontro ao estudo desenvolvido por Torres, Reis, Reis e Fernandes (2009). Guimarães *et al.* (2004) referem que a manutenção do nível de dependência pode ter implicações na QdV dos idosos, por se encontrar relacionada com a capacidade de se ocupar em desenvolver atividades quotidianas e/ou atividades agradáveis.

Petyk, Guedes e Sebben (2011) desenvolveram um estudo com a finalidade de avaliarem a QdV pré e pós-intervenção fisioterapêutica num grupo de idosas. Verificaram a existência de diferenças estatisticamente significativas após intervenção nos quatro domínios (Psicológico, Meio Ambiente, Físico e Relações pessoais) do WHOQOL-Bref, denotando uma melhora significativa na QdV da amostra estudada. No estudo realizado por Borgolina *et al.* (2005, citados por Petyk *et al.*, 2011) constatou-se que idosos que não são submetidos a nenhuma intervenção têm baixa QdV, contrariamente, verificaram que a QdV melhora em idosos que foram submetidos a cuidados de intervenção específicos. Pereira *et al.* (2006), à semelhança de Petyk *et al.* (2011) também encontraram resultados significativos em todos os domínios do WHOQOL-Bref.

No nosso estudo, e após a avaliação da QdV no início e final do tratamento por fisioterapia, constatamos a existência de diferença estatisticamente significativa, no domínio Físico do WHOQOL-Bref.

Conclusões, Sugestões e Limitações

Pretendeu-se com este estudo analisar a modificação da QdV dos idosos depois de submetidos a tratamento de fisioterapia.

Considerou-se a discussão dos resultados obtidos como a materialização do desenvolvimento do processo de reflexão, adjuvada pela pesquisa bibliográfica, base do enquadramento teórico que nos acompanhou ao longo de todo o processo, ajudando-nos a compreender os resultados.

O retrato dos idosos, a serem submetidos a tratamento de fisioterapia, mostra-nos um conjunto de indivíduos com baixo nível de escolaridade, o que tem um peso na avaliação da qualidade de vida. O nível de dependência, para a maioria dos idosos, em termos de capacidades funcionais básicas, é moderado.

Assim, os resultados obtidos sugerem que:

As variáveis sexo, estado civil, habilitações literárias, tempo de tratamento e nível de dependência (no primeiro momento de avaliação) não se encontram associadas ao conjunto dos domínios da qualidade de vida.

A idade, em ambos os momentos da avaliação, está associada à qualidade de vida relações sociais e ambiente.

Residir em ambiente rural ou urbano aparece associado à qualidade de vida física e psicológica, em ambos os momentos de avaliação.

Quanto à variável nível de dependência, apenas se associa à qualidade de vida física.

Todavia, o reduzido tamanho da amostra implica que não se podem inferir resultados para a população em geral. Assim, este trabalho permitiu também obter uma melhor visão da realidade dos idosos que frequentam o Centro de Medicina Física e Reabilitação da Santa Casa da Misericórdia de Bragança.

A realização deste trabalho foi uma oportunidade de aprendizagem, uma forte motivação para o prosseguimento da nossa carreira profissional com empenho, mais solidariedade e mais consciência do que está feito, mas do muito que ainda há a fazer. É também uma motivação para continuar uma reflexão acerca da problemática.

Uma das limitações deste estudo, encontra-se associado ao número reduzido de sessões para os idosos que tinham sofrido AVC, o que pode ter influenciado os resultados obtidos ao nível da QdV. Assim, seria importante, em trabalhos futuros, ter em conta o fator aumento do número de sessões, futuramente, com a finalidade de suprimir a limitação referida anteriormente, seria importante dar continuidade ao presente trabalho abrangendo um maior número de idosos e aumentando o número de sessões.

Referências Bibliográficas

- Aaronson, N. (1993). The European Organization for Research and Treatment of Cancer QLQ 30: a quality-of-life instrument for use in international clinical trials in oncology. *Journal Natl Cancer Inst*, 85(5), pp. 365-376.
- Agostinho, P. (Janeiro-Junho de 2004). Perspectiva Psicossomática do Envelhecimento. *Revista Portuguesa de Psicossomática*, 6(1), pp. 31-36.
- Albert, U. (2002). Quality of life profile: from measure to clinical application. *The Breast*, 11, pp. 324-334.
- Almeida, M. (2009). Bem-estar, Qualidade de Vida e Apoio Social dos Idosos com mais de 75 Anos. In E. S.-N. Vida, *Saúde e Qualidade de Vida em Análise* (pp. 66-75). Porto: ESEP.
- Amorim, F., & Dantas, E. (2002). Autonomia e Resistência Aeróbica em Idosos. *Fitness e Performance Journal*, 1, pp. 47-59.
- Amyot, J. (1998). *Travailler auprès des personnes âgées*. Paris: Dunod.
- Andrade, A., & Martins, R. (2011). Funcionalidade Familiar e Qualidade de Vida dos Idosos. *Millenium*, 40, pp. 185-199.
- Araújo, F., Ribeiro, J., Oliveira, A., & Pinto, C. (Julho/Dezembro de 2007). Validação do Índice de Barthel numa amostra de idosos não institucionalizados. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, 25(2), pp. 59-66.
- Berger, L. (1995). Aspectos Biológicos do Envelhecimento. In L. Berger, & D. Mailloux-Poirier, *Pessoas idosas: uma abordagem global: processo de enfermagem por necessidades* (pp. 123-155). Lisboa: Lusodidacta.
- Berger, L., & Mailloux-Poirier, D. (1995). *Pessoas Idosas - Uma abordagem global*. Lisboa: Lusodidacta.
- Campbell, A., Converse, P., & Rodgers, W. (1976). *The quality of American life*. Russell Sage Foundation: New York.

- Canavarro, M., Serra, A., Pereira, M., Simões, M., Quartilho, M., Rijo, D., et al. (2010). WHOQOL disponível para Portugal: Desenvolvimento dos Instrumentos de Avaliação da Qualidade de Vida da Organização Mundial de Saúde (WHOQOL-100 e WHOQOL-Bref). In M. Canavarro, & A. Serra, *Qualidade de Vida e Saúde: Uma abordagem na perspectiva da Organização Mundial de Saúde* (pp. 171-190). Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.
- Canavarro, M., Serra, A., Pereira, M., Simões, M., Quintais, L., & Quartilho, M. (2006). Desenvolvimento do Instrumento de Avaliação da Qualidade de Vida da Organização Mundial de Saúde para Português de Portugal. *Psiquiatria Clinica*, 27(1), pp. 15-23.
- Cantera, I. (1998). *Geriatría - guias práticos de enfermagem*. Rio de Janeiro: McGrawhill.
- Carvalho, F. (2002). *Fisiologia do Envelhecimento*. São Paulo: Atheneu.
- Cassou, B. (2001). Medir a qualidade de vida numa idade avançada. *Servir*, 49(5), pp. 237-238.
- Cella, D. (1990). Measuring quality of life today: methodological aspects. *Oncology*, 4(5), pp. 29-38.
- Chiarello, B. (2005). *Manuais de Fisioterapia: Fisioterapia Reumatológica*. Barueri: Manole.
- Conte, E., & Lopes, A. (2005). Qualidade de vida e actividade física em mulheres idosas. *Revista Brasileira de Ciências do Envelhecimento Humano*, pp. 61-75.
- Couto, P. (2008). *Qualidade de Vida dos Idosos Sujeitos a Angioplastia Coronária*. Obtido em 7 de Outubro de 2012, de <http://biblioteca.sinbad.ua.pt/teses/2008001875>
- Cramer, J. (1994). Quality of life for people with epilepsy. *Neurologic Clinics*, 12(1), pp. 1-13.

- Cramer, J., & Spilker, B. (1998). *Quality of Life and Pharmacoeconomics: an introduction*. Philadelphia: Lippincott-Raven Publishers.
- Da Silva, J. (2006). *Quando a vida chegar ao fim: Expectativas do Idoso Hospitalizado e Família*. Lisboa: Lusociência.
- Davison, A. (1998). Renal disease in the elderly. *Nephron*, 80, pp. 6-16.
- Fernandes, P. (2000). *A depressão no idoso*. Coimbra: Quarteto Editora.
- Fernández, M., & Aranz, J. (2005). Envejecimiento y cambio cognitivo. In S. Pinazo, & M. Sánchez, *Gerontologia: Actualizacion Innovacion y Propuestas* (pp. 185-217). Pearson Educación.
- Fernández-Ballesteros, R. (2000). Gerontología Social. Una introduccion. In R. Fernández-Ballesteros, *Gerontologia Social*. Madrid: Ediciones Pirámide.
- Fernández-Ballesteros, R., Fresneda, R., Martinez, J., & Zamarron, M. (1999). La Felicidad. In R. Fernández-Ballesteros, R. Fresneda, J. Martinez, & M. Zamarron, *Que es la psicologia de la vejez* (pp. 189-205). Madrid: Biblioteca Nueva.
- Fernández-Ballesteros, R., Zamarrón, M., Rudinger, G., Shroots, J., Hekkinen, E., Drusini, A., et al. (2003). Assessing competence: The European Survey on Aging Protocol. *Gerontology*, 50, pp. 330-347.
- Ferrans, C., & Powers, M. (1992). Psychometric assessment of the quality of life index. *Research in Nursing Health*, pp. 15-24.
- Ferreira, A. (2009). *A Qualidade de Vida em Idosos em Diferentes Contextos Habitacionais: A Perspectiva do Próprio e do seu Cuidador*. Obtido em 25 de Outubro de 2012, de <http://repositorio.ul.pt/handle/10451/2156>
- Fibra, T., Sá, T., Fontes, S., Driusso, P., & Prado, G. (Outubro/Dezembro de 2006). Avaliação da Qualidade de Vida de Idosos submetidos à Fisioterapia Aquática. *Revista de Neurociências*, 14(4), pp. 182-184.

- Filho, E. (1996). Fisiologia do Envelhecimento. In E. Filho, & M. Netto, *Geriatría, Clínica e Terapêutica*. São Paulo: Editora Atheneu.
- Filho, E., & Alencar, Y. (1998). Teorias do Envelhecimento. In E. Filho, & M. Netto, *Geriatría, Clínica e Terapêutica*. São Paulo: Editora Atheneu.
- Filho, J., & Ramos, L. (1999). Epidemiologia do envelhecimento no Nordeste do Brasil: resultados de inquérito domiciliar. *Revista Saúde Pública*, 33(5), pp.445-453.
- Flanagan, J. (1978). A research approach to improving our quality of life. *American Psychologist*, 33(2), pp. 138-147.
- Fleck, M. (2006). O projecto WHOQOL: desenvolvimentos e aplicações. *Psiquiatria Clínica*, 27(1), pp. 5-13.
- Fontaine, R. (2000). *Psicologia do Envelhecimento*. Lisboa: Climepsi Editores.
- Fortin, M., Côté, J., & Vissandjée, B. (1999). A Investigação Científica. In M. Fortin, *O Processo de Investigação: da concepção à realização* (pp. 15-24). Loures: Lusociência.
- Freixo, M. (2010). *Metodologia Científica: Fundamentos, Métodos e Técnicas* (2ª ed.). Lisboa: Instituto Piaget.
- Gameiro, S., Canavarro, M., Pereira, M., Serra, A., Paredes, T., Carona, C., et al. (2010). Factores Sociais e Demográficos de Variabilidade da Qualidade de Vida na População Geral. In M. Canavarro, & A. Serra, *Qualidade de vida e saúde: Uma abordagem na perspectiva da Organização Mundial de Saúde* (pp. 251-270). Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.
- Garcia, L. (1994). Dependência em Idosos. *Revista Nursing*, 78/79, pp. 8-11.
- Garcia, M. (2000). Apoio social e financeiro na terceira idade. In A. Costa, *O Idoso: Problemas e realidades*. Coimbra: Editora Formasau.
- Gil, A. (2002). *Como elaborar projectos de pesquisa*. São Paulo: Editora Atlas.

- Guimarães, L., Galdino, D., Martins, F., Abreu, S., Lima, M., & Vitoriano, D. (2004). Avaliação da capacidade funcional de idosos em tratamento fisioterapêutico. *Revista de Neurociências*, 12(3), pp. 22-29.
- Hankey, G., Jamrozik, K., Broadhurst, R., Forbes, S., & Anderson, C. (2002). Long-term disability after first-ever stroke and related prognostic factors in the Perth Community Stroke Study. *Stroke*, 33, pp. 103-1040.
- Hayflick, L. (1994). *How and why we age*. New York: Random House.
- Hill, M., & Hill, A. (2005). *Investigação por Questionário (2ª ed.)*. Lisboa: Edições Sílabo.
- Hwang, H., Liang, W., Chiu, Y., & Lin, M. (2003). Suitability of the WHOQOL-Bref for community-dwelling older people in Taiwan. *Age Ageing*, 32(6), pp. 593-600.
- Imaginário, C. (2004). *Idoso dependente: em contexto familiar*. Coimbra: Formasau.
- INE. (2011). *Censos 2011: Resultados Provisórios*. Lisboa: INE, I.P.
- Kisner, C. (2005). *Exercícios Terapêuticos: Fundamentos e Técnicas (4ª ed.)*. Barueri: Manole.
- Koller, M., & Lorenz, W. (1998). Quality of life research in patients with rectal cancer: traditional approaches versus a problem-solving oriented perspective. *Langenbecks arch surg*, 383(6), pp. 427-436.
- Lage, I. (2005). Cuidados familiares a idosos. In P. C., & A. Fonseca, *Envelhecer em Portugal* (pp. 207-234). Lisboa: Climpesi Editores.
- Lau, A., & McKenna, K. (2001). Conceptualizing quality of life for elderly people with stroke. *Disability and Rehabilitation*, 23(6), pp. 227-238.
- Lawton, M., & Brody, E. (1969). Assessment of older people: self-maintaining and instrumental activities of daily living. *The Gerontologist*, 9, pp. 179-186.

- Levin, E. (2001). Invited review: cell localization, physiology and nongenomic actions of estrogen receptors. *J. Appl. Pshysiol*, 91, pp. 1860-1867.
- Lopez, J., Mejia, R., & Espinar, A. (1996). Salud Publica. La calidad de vida, un tema de investigacion necesario. *Medicina Integral*, 27(3), pp. 70-75.
- Lorenz, W., Troidl, H., Solomkin, J., Nies, C., Sitter, H., Koller, M., et al. (1999). Second step: testing-outcome measurements. *World Journal Surg*, 23(8), pp. 768-780.
- Magalhães, C. (2003). *Representação Social da Velhice em Enfermeiros*. Porto: Universidade Fernando Pessoa [Dissertação de Mestrado].
- Mazo, G., Lopes, M., & Benedetti, T. (2001). *Actividade Física e o Idoso*. Porto Alegre: Editora Sulina.
- McArdle, W., Katch, F., & Katch, V. (1998). *Fisiologia do exercício, energia, nutrição e desempenho humano*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan.
- Moragas, R. (1995). *Gerontologia Social: Envelhecimento e Qualidade de Vida*. São Paulo: Edições Paulinas.
- Mota, M., Figueiredo, P., & Duarte, J. (2004). Teorias biológicas do envelhecimento. *Revista Portuguesa de Ciências do Desporto*, 4(1), pp. 81-110.
- MTSS. (2009). *A Dependência: o apoio informal, a rede de serviços e equipamentos e os cuidados continuados integrados*. Lisboa: Editorial do Ministério da Educação.
- Murphree, J., & Neighbors, M. (2010). A População Idosa. In F. Monahan, J. Sands, M. Neighbors, J. Marek, & C. Green, *Enfermagem Médico-Cirúrgica* (8ª ed., pp. 11-30). Loures: Lusodidacta.
- Nazareth, J. (1998). *Portugal os próximos 20 anos: unidade e diversidade da demografia portuguesa no final do século XX*. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.

- Nazareth, M. (1994). O envelhecimento demográfico da população portuguesa no início dos anos noventa. *Revista Geriatria*, 64, pp. 5-17.
- Netto, M. (2002). *Gerontologia: a velhice e o envelhecimento em visão globalizada*. São Paulo: Atheneu.
- Netto, M., & Salles, R. (2001). Fisiologia do Envelhecimento: aspectos fundamentais. In M. Netto, & F. Brito, *Urgência em Psiquiatria*. São Paulo: Editora Atheneu.
- Palma, E. (1999). A Família com Idosos Dependentes - Que Expectativas? *Revista de Enfermagem*, 15(2), pp. 27-40.
- Park, D. (1999). The basic mechanisms accounting for age-related decline in cognitive function. In D. Park, & H. Schwarz, *Cognitive aging*. Philadelphia: Psychology Press.
- Paschoal, S. (1999). Autonomia e Independência. In M. Netto, *Gerontologia: A velhice e o envelhecimento em visão globalizada*. São Paulo: Atheneu.
- Paschoal, S. (2006). Qualidade de vida na Velhice. In E. Freitas, *Tratado de Geriatria e Gerontologia* (2ª ed.). Rio de Janeiro: Guanabara Koogan.
- Patrick, D., & Bergner, M. (1990). Measurement of health status in the 1990s. *Annual Revision Public Health*, 11, pp. 165-183.
- Paúl, C. (1997). *Lá para o fim da vida*. Coimbra: Livraria Almedina.
- Paúl, C. (2005). A construção de um modelo de envelhecimento humano. In C. Paúl, & M. Fonseca, *Envelhecer em Portugal*. Lisboa: Climepsi Editores.
- Paúl, C., & Fonseca, A. (2001). *Psicossociologia da Saúde*. Lisboa: Climepsi Editores.
- Paúl, C., & Fonseca, A. (2005). *Envelhecer em Portugal*. Lisboa: Climepsi.
- Pavarini, S., & Neri, A. (2000). Compreendendo dependência, independência e autonomia no contexto domiciliar: conceitos, atitude e comportamentos.

- In Y. Duarte, & M. Diogo, *Atendimento domiciliar: um enfoque gerontológico* (pp. 49-70). São Paulo: Atheneu.
- Pereira, R., Cotta, R., Franceschini, S., Ribeiro, R., Sampaio, R., Priore, S., et al. (2006). Contribuição dos domínios físico, social, psicológico e ambiental para a qualidade de vida global de idosos. *Revista de Psiquiatria*, 28(1), pp. 27-38.
- Pestana, M., & Gageiro, J. (2008). *Análise de Dados para Ciências Sociais: A complementaridade do SPSS*. Lisboa: Edições Sílabo.
- Petyk, J., Guedes, J., & Sebben, V. (Março de 2011). Os efeitos de um Programa de Fisioterapia em Idosos. *Perspectiva*, 35(129), pp. 103-112.
- Ramos, H. (2001). Qualidade de vida e envelhecimento. In L. Archer, J. Biscaia, W. Osswald, & M. Renaud, *Novos desafios a bioética* (pp. 225-231). Porto: Porto Editora.
- Ribeiro, J. (1994). A importância da qualidade de vida para a psicologia da saúde. *Análise Psicológica*, 2(12), pp. 179-181.
- Ribeiro, J. (1997). A promoção da saúde e da qualidade de vida em pessoas com doenças crónicas. In J. Ribeiro, *Actas do 2º Congresso Nacional de Psicologia e Saude* (pp. 253-282). Braga: Instituto Superior de Psicologia Aplicada.
- Ribeiro, J. (1999). *Investigação e Avaliação em Psicologia e Saúde*. Lisboa: Climepsi Editores.
- Ribeiro, J. (2002). Qualidade de Vida e Doença Oncológica. In M. Dias, & E. Durá, *Territórios da Psicologia Oncológica*. Lisboa: Climepsi Editores.
- Ribeiro, J., Meneses, R., Meneses, I., & Grupo-QDV. (1998). Avaliação da qualidade de vida em crianças com diabetes tipo 1. *Análise Psicológica*, 16, pp. 91-100.
- Robert, L. (1994). *O envelhecimento*. Lisboa: Instituto Piaget.

- Rocha, A., Rodrigues, M., Coutinho, A., & Monteiro, C. (2002). Qualidade de Vida do Idoso: Área de abrangência do Centro de Saúde de Eiras. *Revista Sinais Vitais*, 43, pp. 47-50.
- Rocha, C., Paixão, J., Tucher, G., Botaro, C., & Bruno, R. (2009). Efeitos de um Programa de Força e Resistência Muscular na Qualidade de Vida de Idosos. *Brazilian Journal of Biomotricity*, 3(3), pp. 271-280.
- Saldanha, H. (2009). *Bem Viver para Bem Envelhecer: Um desafio à Gerontologia e à Geriatria*. Lisboa: LIDEL.
- Santos, P. (2000). *A depressão no Idoso*. Coimbra: Quarteto Editora.
- Schaie, K., & Willis, S. (2002). *Adult Development and Aging* (5ª ed.). Upper Saddle River: Prentice Hall.
- Schipper, H., Clinch, J., & Olweny, C. (1996). Quality of life studies: Definitions and conceptual issues. In B. Spilker, *Quality of Life and Pharmacoeconomics in Clinical Trials* (pp. 11-23). New York: Lippincott Raven.
- Schulman, S. (1999). Cardiovascular consequences of the aging process. *Cardiology Clinic*, 17, pp. 35-49.
- Secchi, G., & Strepparava, M. (2001). The quality of life in cancer patients: a cognitive approach. *Eur Journal Internatioal Medicine*, 12(1), pp. 35-42.
- Sequeira, C. (2010). *Cuidar de Idosos: com dependência física e mental*. Lisboa: LIDEL.
- Simões, M., Sousa, L., Vilar, M., & Paredes, T. (2010). Avaliação da Qualidade de Vida: Uma Breve Revisão de Estudos Psicométricos com WHOQOL-100 e WHOQOL-Bref. In M. Canavarro, & A. Serra, *Qualidade de Vida e Saúde: Uma abordagem na perpspectiva da Organização Mundial de Saúde* (pp. 129-170). Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.
- Sonntag, W., Lynch, C., Cefalu, W., Ingram, R., Bennett, S., Thornton, P., et al. (1999). Pleiotropic effects of Growth hormone and insulin-like growth

- factor (IGF) - 1 on biological aging: Inferences from moderate caloric-restricted animals. *Journal Gerontology*, p. 54.
- Spar, J., & La Rue, A. (2005). *Guia Prático de Psiquiatria Geriátrica*. Lisboa: Climepsi Editores.
- Spilker, B. (1990). *Quality of life assessments in clinical trials*. New York: Raven Press.
- Spiriduso, W. (2005). *Dimensões Físicas do Envelhecimento*. Barueri: Editora Manole.
- Sprangers, M., de Regt, E., Andries, F., van Agt, H., Bijl, R., & de Boer, J. (2000). Which chronic conditions are associated with better or poorer quality of life? *J. Clin Epidemiol*, 53(9), pp. 895-907.
- Stillwell, S. (2003). Avaliação do Sistema Respiratório. In W. Phipps, J. Sands, & J. Marek, *Enfermagem Médico-Cirúrgica: Conceitos e Prática Clínica* (pp. 955-983). Loures: Lusociência.
- Torres, G., Reis, L., Reis, L., & Fernandes, M. (2009). Qualidade de vida e fatores associados em idosos dependentes em uma cidade do interior do Nordeste. *Jornal Brasileiro Psiquiatria*, 58(1), pp. 39-44.
- Vaz Serra, A., Canavarro, M., Simões, M., Pereira, M., Gameiro, S., Quartilho, M., et al. (2006). Estudos psicométricos do instrumento de avaliação da qualidade de vida da Organização Mundial de Saúde (WHOQOL-Bref) para Português de Portugal. *Psiquiatria Clínica*, 27(1), pp. 41-49.
- Vilela, J. (2009). *Investigação: O Processo de Construção do Conhecimento*. Lisboa: Sílabo.
- WHOQOL-Group (1994). Development of the WHOQOL: Rationale and Current Status. *International Journal of Mental Health*, 23(3), pp. 24-56.
- WHOQOL-Group (1998). The World Health Organization Quality of Life Assessment (WHOQOL): Development and General Psychometric Properties. *Social Science & Medicine*, 46(12), pp. 1569-1585.

ANEXOS

ANEXO 1 – Pedido de Autorização

Exmo. Senhor

Provedor da Santa Casa da Misericórdia de Bragança

Centro de Medicina Física e Reabilitação

Assunto: Pedido de autorização de recolha de dados, no âmbito do trabalho de investigação subordinado ao tema “Qualidade de vida do idoso dependente submetido à Fisioterapia”.

Eu, Ana Maria Ferreira Miranda, Fisioterapeuta no Centro de Medicina Física e Reabilitação da Santa Casa da Misericórdia de Bragança, aluna do Mestrado em Envelhecimento Ativo, venho junto de V.^a Ex. solicitar, se digne autorizar à recolha de dados através da aplicação de questionários aos idosos.

Pretende-se que a recolha possa ser realizada durante os meses de novembro e dezembro de 2011. Esta informação destina-se à realização da Tese de Mestrado com o tema “Qualidade de vida do idoso dependente submetido à Fisioterapia”, sob a orientação da Professora Adília Fernandes e, co-orientação da Professora Maria José Gomes.

Com os melhores cumprimentos,

Agradeço as melhores diligências.

A Aluna

Orientador e co-orientador

Anexo: exemplar dos questionários a aplicar

ANEXO 2 – Autorização Para a Aplicação dos Formulários



Exm Senhor:

Ana Maria Ferreira Miranda

Centro de Medicina Física e Reabilitação - SCMB

5300 – 210 Bragança

Pº

OFICIO Nº

0830

Data: 2011-11-24

ASSUNTO: **Pedido de recolha de dados, no âmbito do trabalho de investigação subordinado ao tema "Qualidade de vida do idoso dependente submetido à Fisioterapia"**

Em resposta ao solicitado, informo que a recolha de dados referenciada em epigrafe, informo que a mesma foi autorizada.

Com os melhores cumprimentos,

○ Provedor da Mesa Administrativa,

Dr. Eleutério Manuel Alves

SS/SS

ANEXO 3 – Autorização dos Autores do Questionário WHOQOL-Bref

From: mccanavarro@netcabo.pt

To: amfm62@hotmail.com

Subject: Re: pedido de autorização para utilizar a escala da Qdv Whoqol-Bref

Date: Wed, 9 Nov 2011 21:56:38 +0000

Cara Dra. Ana Maria Miranda,

Convido-a a visitar a nossa página (<http://www.fpce.uc.pt/saude/qv.htm>) e a preencher o formulário que nela pode encontrar, relativos à utilização das versão portuguesa dos instrumento que pretende para lho possa enviar, bem como as respectivas informações.

Aguardando o seu contacto, envio os meus cumprimentos,
MCristina Canavarro

Maria Cristina Canavarro

mccanavarro@fpce.uc.pt

<http://www.fpce.uc.pt/saude/index.htm>

<http://www.huc.min-saude.pt/unipmaternidade>

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

Rua do Colégio Novo, Apartado 6153 3001-802 Coimbra Portugal

Tel. (+351 239851450) Fax (+351 239 851465)

Unidade de Intervenção Psicológica (UnIP)

Maternidade Doutor Daniel de Matos

Avenida Miguel Torga

3030-165 Coimbra Portugal

Tel. (+351 239403060) Fax (+351 239 403062)

ANEXO 4 – Formulário

Ex. mos Srs. Clientes

Centro de Medicina Física e
Reabilitação da Santa Casa da
Misericórdia de Bragança

Eu, Ana Maria Ferreira Miranda, Fisioterapeuta do Centro de Medicina Física e Reabilitação da Santa Casa da Misericórdia de Bragança, aluna do Mestrado em Envelhecimento Ativo, na Escola Superior de Saúde de Bragança, a realizar um trabalho de investigação, cujo tema é “Qualidade de Vida do Idoso Dependente Submetido à Fisioterapia”, venho por este meio solicitar a sua colaboração, que é imprescindível para a realização deste estudo, alcançando, assim o grau de Mestre.

O questionário é anónimo e as suas respostas permanecerão confidenciais, sendo utilizadas unicamente para fins do presente estudo.

Eu,, fui esclarecido sobre a investigação “Qualidade de Vida do Idoso Dependente Submetido à Fisioterapia” e concordo participar nela e que os meus dados sejam utilizados na realização da mesma.

Desde já os meus agradecimentos pela sua disponibilidade e colaboração.

PARTE I – CARATERIZAÇÃO SÓCIO-DEMOGRÁFICA

1. Sexo

Masculino

Feminino

2. Idade

_____ Anos

3. Estado Civil

Casado(a)

Solteiro(a)

Viúvo(a)

Divorciado(a)

4. Residência

Rural

Urbana

5. Profissão exercida

6. Habilitações literárias?

- Não sabe ler/escrever
- Sabe ler/escrever sem habilitações
- Ensino básico
- Ensino secundário
- Ensino universitário

7. Com quem vive a atualmente?

- Cônjuge
- Filhos
- Cônjuge + Filho
- Irmãos
- Familiares
- Amigos ou vizinhos
- Sozinho(a)
- Lar de idosos

8. Esta foi a primeira vez que fez fisioterapia?

- Sim
- Não

9. Foi a primeira vez que fez fisioterapia neste serviço?

- Sim
- Não

10. Qual a data de início de tratamentos de fisioterapia?

11. Se faz tratamento de fisioterapia com regularidade, foi sempre o mesmo motivo que o/a levou à fisioterapia?

Sim

Não

12. Se faz tratamento de fisioterapia com regularidade, há quanto tempo os faz?

_____ anos

_____ meses

13. Que tipo de tratamento fazia?

Predominante com aparelhos elétricos (eletroterapia)

Massagem e/ou outras terapias manuais

Exercícios sob supervisão direta do fisioterapeuta

Exercícios sem supervisão do fisioterapeuta

Piscina (hidroterapia)

Outro. Qual? _____

14. Qual o tratamento, predominantemente, efetuado?

Tratamento individual

Tratamento em grupo (classes)

Ambos

15. Durante o internamento, ou na “alta”, o fisioterapeuta ensinou-lhe algum tipo de exercícios, para fazer em casa?

Sim

Não

16. Fez os exercícios?

Sempre

Algumas vezes

Raramente

Nunca

PARTE II – ÍNDICE DE BARTHEL

1-Alimentar-se	Incapaz	0
	Precisa de ajuda para cortar, barrar manteiga, etc.	1
	Independente (a comida era providenciada)	2
2-Vestir-se	Dependente	0
	Precisa de ajuda, mas fazia cerca de metade sem ajuda	1
	Independente (incluindo botões, fechos e atacadores)	2
3-Tomar Banho	Dependente	0
	Independente (ou no chuveiro)	1
4-Higiene Pessoal	Necessitava de ajuda com o cuidado pessoal	0
	Independente no barbear, dentes, rosto e cabelo (utensílios fornecidos)	1
5-Ir à Casa de Banho	Dependente	0
	Precisa de ajuda mas conseguia fazer algumas coisas sozinho	1
	Independente	2
6-Evacuar	Incontinente (ou precisa que lhe fizessem um enema)	0
	Acidente Ocasional (uma vez por semana)	1
	Continente	2
7-Urinar	Incontinente ou cateterizado e incapacitado para o fazer	0
	Acidente ocasional (máximo uma vez em 24 horas)	1
	Continente (por mais de 7 dias)	2
8-Mobilidade	Imobilizado	0
	Independente na cadeira de rodas incluindo cantos, etc	1
	Andava com ajuda de uma pessoa (verbal ou física)	2
	Independente (alguns têm ajuda de uma bengala)	3
9-Deslocações	Incapaz (não tinha equilíbrio ao sentar-se)	0
	Grande ajuda (uma ou duas pessoas) física, conseguia sentar-se	1
	Pequena ajuda (verbal ou física)	2
	Independente	3
10-Escadas	Incapaz	0
	Precisa de ajuda (verbal, física, ajuda carregando)	1
	Independente para subir e descer	2

PARTE III – WHOQOL-BREF

Este questionário procura conhecer a sua qualidade de vida, saúde, e outras áreas da sua vida.

Por favor, responda a todas as perguntas. Se não tiver a certeza da resposta a dar a uma pergunta, escolha a que lhe parece mais apropriada. Esta pode muitas vezes ser a resposta que lhe vier primeiro à cabeça.

Por favor, tenha presente os seus padrões, expectativas, alegrias e preocupações. Pedimos-lhe que tenha em conta a sua vida nas duas últimas semanas.

Por favor, leia cada pergunta, veja como se sente a respeito da qualidade de vida, e ponha um círculo à volta do número da escala para cada pergunta que lhe parece que dá a melhor resposta.

		Muito Má	Má	Nem Boa Nem Má	Boa	Muito Boa
1	Como avalia a sua qualidade de vida	1	2	3	4	5

		Muito Satisfeito	Insatisfeito	Nem satisfeito Nem insatisfeito	Satisfeito	Muito Satisfeito
2	Até que ponto está satisfeito(a) com a sua saúde?	1	2	3	4	5

As perguntas seguintes são para ver até que ponto sentiu certas coisas nas duas últimas semanas.

		Nada	Pouco	Nem muito nem pouco	Muito	Muitíssimo
3	Em que medida as suas dores (físicas) o(a) impedem de fazer o que precisa de fazer?	1	2	3	4	5

4	Em que medida precisa de cuidados médicos para fazer a sua vida diária?	1	2	3	4	5
5	Até que ponto gosta da sua vida?	1	2	3	4	5
6	Em que medida sente que a sua vida tem sentido?	1	2	3	4	5
7	Até que ponto se consegue concentrar?	1	2	3	4	5
8	Em que medida se sente em segurança no seu dia-a-dia?	1	2	3	4	5
9	Em que medida é saudável o seu ambiente físico?	1	2	3	4	5

As seguintes perguntas são para ver até que ponto experimentou ou foi capaz de fazer certas actividades nas duas últimas semanas.

		Nada	Pouco	Moderadamente	Bastante	Completamente
10	Tem energia suficiente para a sua vida diária?	1	2	3	4	5
11	É capaz de aceitar a sua aparência física?	1	2	3	4	5
12	Tem dinheiro suficiente para satisfazer as suas necessidades?	1	2	3	4	5
13	Até que ponto tem fácil acesso às informações necessárias para organizar a sua vida diária?	1	2	3	4	5

14	Em que medida tem oportunidade para realizar actividades de lazer?	1	2	3	4	5
-----------	--------------------------------------------------------------------	---	---	---	---	---

		Muito Má	Má	Nem Boa Nem Má	Boa	Muito Boa
15	Como avaliaria a sua mobilidade [capacidade para se movimentar e deslocar por si próprio(a)]?	1	2	3	4	5

As perguntas que se seguem destinam-se a avaliar se se sentiu bem ou satisfeito(a) em relação a vários aspectos da sua vida nas duas últimas semanas.

		Muito Insatisfeito	Insatisfeito	Nem satisfeito nem insatisfeito	Satisfeito	Muito Satisfeito
16	Até que ponto está satisfeito(a) com o seu sono?	1	2	3	4	5
17	Até que ponto está satisfeito(a) com a sua capacidade para desempenhar as actividades do seu dia-a-dia?	1	2	3	4	5
18	Até que ponto está satisfeito(a) com a sua capacidade de trabalho?	1	2	3	4	5
19	Até que ponto está satisfeito(a) consigo próprio(a)?	1	2	3	4	5

20	Até que ponto está satisfeito(a) com as suas relações pessoais?	1	2	3	4	5
21	Até que ponto está satisfeito(a) com a sua vida sexual?	1	2	3	4	5
22	Até que ponto está satisfeito(a) com o apoio que recebe dos seus amigos?	1	2	3	4	5
23	Até que ponto está satisfeito(a) com as condições do lugar em que vive?	1	2	3	4	5
24	Até que ponto está satisfeito(a) com o acesso que tem aos serviços de saúde?	1	2	3	4	5
25	Até que ponto está satisfeito(a) com os transportes que utiliza?	1	2	3	4	5

As perguntas que se seguem referem-se à frequência com que sentiu ou experimentou certos sentimentos nas duas últimas semanas.

		Nunca	Poucas vezes	Algumas vezes	Frequentemente	Sempre
26	Com que frequência tem sentimentos negativos, tais como tristeza, desespero, ansiedade ou depressão?	1	2	3	4	5

