

**SUSANA ISABEL ANTUNES CHAMUSCA DA CUNHA E
SANTOS**

**A QUALIDADE DE VIDA NA POPULAÇÃO IDOSA DO
CONCELHO DA SERTÃ
- ESTUDO EXPLORATÓRIO -**

Orientador: Jorge Serrano

**Universidade Lusófona de Humanidades e Tecnologias
Escola de Comunicação e Arquitectura, Artes e Tecnologias da Informação**

**Lisboa
2011**

**SUSANA ISABEL ANTUNES CHAMUSCA DA CUNHA E
SANTOS**

**A QUALIDADE DE VIDA NA POPULAÇÃO IDOSA DO
CONCELHO DA SERTÃ
- ESTUDO EXPLORATÓRIO -**

Dissertação apresentada para a obtenção do Grau de Mestre em Comunicação Alternativa e Tecnologias de Apoio no Curso de Mestrado em Comunicação Alternativa e Tecnologias de Apoio, conferido pela Universidade Lusófona de Humanidades e Tecnologias

Orientador: Professor Doutor Jorge Serrano

**Universidade Lusófona de Humanidades e Tecnologias
Escola de Comunicação e Arquitectura, Artes e Tecnologias da Informação**

**Lisboa
2011**

À minha avó e amigas do chá das 16h.....

AGRADECIMENTOS

Chegando ao fim de mais uma etapa académica quero dar o meu bem-haja a todas as pessoas que sempre acreditaram em mim e me apoiaram:

- Ao Professor Doutor Jorge Serrano, pela atenção profissional e apoio incondicional, expresso o meu reconhecimento.
- Um especial agradecimento a todos os participantes do presente estudo, pela amável disponibilidade e carinho que demonstraram na aceitação da realização do questionário; bem como ao Presidente da Instituição “Casa da Poesia” de Cernache do Bonjardim e ao Provedor da Santa Casa da Misericórdia da Sertã, por terem autorizado a participação dos seus utentes neste estudo.
- Muito especialmente e com carinho ao meu marido Diogo e à minha filha Mariana, que sempre com um sorriso estiveram ao meu lado e que foram compreensivos a uma nova gestão do tempo.
- Á minha querida avó Otilia que sempre me transmitiu valores e ao meu pai que monetariamente, ajudou-me a concretizar esta etapa.
- Aos Colegas e Professores do Curso Comunicação Aumentativa e Tecnologias de Apoio, que me acompanharam neste percurso académico, pela partilha de todos os momentos que marcaram o meu enriquecimento pessoal e académico.
- A todos aqueles que, de alguma forma, contribuíram para a realização deste trabalho.

RESUMO

O presente estudo debruçou-se sobre a Qualidade de Vida na População Idosa do Concelho da Sertã, em diferentes contextos habitacionais: em regime de instituição (lar ou centro de dia) e em regime de residência própria sem estarem associados a qualquer instituição.

Trata-se de um estudo exploratório, com dois objectivos principais: 1) conhecer e comparar a qualidade de vida dos idosos do concelho da Sertã em diferentes regimes habitacionais; 2) construir um questionário de avaliação da qualidade de vida no idosos, que englobe as 8 grandes dimensões da qualidade de vida no idoso: 1) *Bem Estar Emocional*, 2) *Relações Interpessoais*, 3) *Bem Estar Material* 4) *Desenvolvimento Pessoal*, 5) *Bem Estar Físico*, 6) *Auto-determinação* 7) *Inclusão Social*, 8) *Direitos* e, a avaliação global da qualidade de vida.

Foi utilizada uma amostra de 60 idosos do concelho da Sertã, escolhidos aleatoriamente, com idade superior a 65 anos. Foram entrevistados, através do questionário construído pela investigadora, 30 idosos institucionalizados (idade média: 82; 40% mulheres) e 30 idosos sem estarem associados a qualquer instituição (idade média: 75,23; 33,3% mulheres). Os primeiros revelam maior percepção de boa qualidade de vida, atribuindo à Instituição um contributo positivo e fundamental no seu “bem-estar físico” e nas “relações interpessoais”. Os idosos que se encontram sem qualquer apoio institucional, revelam menor satisfação na sua qualidade de vida, principalmente no âmbito do “bem-estar físico”, do “bem-estar emocional”, da “inclusão social” e das “relações interpessoais”.

Palavras-chave: População Idosa; Qualidade de Vida; Instrumentos de Medida; Institucionalização

ABSTRACT

This study focused on the Quality of Life in the Elderly Population of Sertã County, housing in different contexts: under the institution (home or day care) and system of their own home without being associated with any institution.

It is an exploratory study with two main objectives: 1) understand and compare the quality of life of elderly in the municipality of Sertã in different housing schemes, 2) construct a questionnaire to evaluate the quality of life in older people, encompassing the 8 major dimensions of quality of life in the elderly: 1) emotional well-being, 2) Interpersonal Relations, 3) Material Welfare 4) Personal Development, 5) physical well-being, 6) Self-determination 7) Social Inclusion, 8) Rights and the overall assessment of quality of life.

A sample of 60 elderly in the municipality of Sertã, chosen randomly, with over 65 years. Were interviewed through the questionnaire constructed by the researcher, 30 institutionalized elderly people (average age: 82, 40% women) and 30 elderly people without being associated with any institution (mean age: 75.23, 33.3% women). The first showed a higher perception of quality of life, giving the institution a positive and instrumental in his "physical well-being," and "interpersonal relationships". The elderly who are without institutional support, show less satisfaction in their quality of life, especially in the "physical well-being", the "emotional well-being" of "social inclusion" and "interpersonal relationships".

Keywords: *Elderly, Quality of Life; Measuring Instruments; Institutionalization*

ÍNDICE GERAL

ÍNDICE GERAL.....	8
INTRODUÇÃO.....	13
CAPÍTULO I: ENQUADRAMENTO TEÓRICO.....	16
1.1. Fundamentação Teórica	16
1.1.1. População Idosa.....	16
1.1.1.1. O envelhecimento produtivo em contexto português	21
1.1.2. Envelhecimento demográfico.....	23
1.1.2.1. Envelhecimento demográfico: Passado e Futuro	24
1.1.3. Qualidade de Vida	27
1.1.4. Envelhecimento e Qualidade de Vida.....	33
1.1.4.1. Consequências do Envelhecer	33
1.1.4.2. Variáveis que influenciam a Qualidade de Vida das Pessoas mais velhas	37
1.1.5. Idosos Institucionalizados.....	39
1.1.6. Idosos em Meio Rural e em Meio Urbano.....	44
1.1.7. Qualidade de vida: instrumentos de medida	45
1.1.8. Medir qualidade de vida na velhice.....	49
CAPÍTULO II: METODOLOGIA	50
2.1. A Natureza do Estudo	50
2.2. Objetivo Geral do Trabalho	51
2.3. Contextualização da Situação – Problema.....	52
2.4. População – Alvo	55
2.4.1. Caracterização genérica	55
2.4.2. Amostra dos Idosos	56
2.4.3. Caracterização Sócio-demográfica da Amostra de Idosos.....	56
2.5. Instrumentos de avaliação	60
2.6. Criação do Questionário de Avaliação da Qualidade de Vida na População Idosa.....	64
2.6.1. Princípios Orientadores	64
2.6.2. Estrutura do Instrumento	65
2.7. Plano Metodológico.....	66
2.8. Procedimentos	66
CAPÍTULO III – APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DA INFORMAÇÃO EMPÍRICA.....	68
DISCUSSÃO DOS RESULTADOS	87
CONCLUSÕES.....	89
CONTRIBUTOS E IMPLICAÇÕES FUTURAS	91
BIBLIOGRAFIA	92
APÊNDICES	I
Apêndice I	II
Apêndice II	IV

ANEXOS	XIV
ANEXO I – Easycare: um instrumento de avaliação da qualidade de vida e bem-estar do idoso..	XV
ANEXO II – Escala de Indicadores Transculturales de Calidad de Vida	XVI
ANEXO III - La Escala FUMAT.....	XIX
ANEXO IV – WHOQOL - BREF	XXIV

ÍNDICE DE GRÁFICOS

Gráfico 1- Evolução da população residente no Concelho da Sertã entre 1960 e 2000	53
Gráfico 2- Contexto habitacional da amostra de idosos	56
Gráfico 3 - Sexo da Amostra.....	57
Gráfico 4 - Dados por grupo de estudo	57
Gráfico 5 - Estado Civil	58
Gráfico 6 - Dados por grupo de estudo	58
Gráfico 7 - Dados Totais: Escolaridade.....	59
Gráfico 8 - Dados por grupo de estudo: Escolaridade.....	59
Gráfico 9 - Bem-Estar Emocional: Idosos Institucionalizados/Idosos Não Institucionalizados	70
Gráfico 10 - Relações Interpessoais: Idosos Institucionalizados/Idosos Não Institucionalizados	72
Gráfico 11 - Bem-Estar Material: Idosos Institucionalizados/Idosos Não Institucionalizados	74
Gráfico 12 - Desenvolvimento Pessoal: Idosos Institucionalizados/Idosos Não Institucionalizados	76
Gráfico 13 - Bem-Estar Físico: Idosos Institucionalizados/Idosos Não Institucionalizados ...	78
Gráfico 14 - Autodeterminação: Idosos Institucionalizados/Idosos Não Institucionalizados .	80
Gráfico 15 - Inclusão Social: Idosos Institucionalizados/Idosos Não Institucionalizados	82
Gráfico 16 - Direitos: Idosos Institucionalizados/Idosos Não Institucionalizados	84

ÍNDICE DE QUADROS

Quadro 1 - Dimensões e Indicadores de Qualidade de Vida.....	65
Quadro 2 - Estatísticas de Ordem – Dados Globais.....	69
Quadro 3 - Estatísticas de Ordem – “Idosos Institucionalizados”	69
Quadro 4 - Estatísticas de Ordem – “Idosos Não Institucionalizados”	70
Quadro 5 - Estatísticas de Ordem.....	71
Quadro 6 - Estatísticas de Ordem – “Idosos Institucionalizados”	71
Quadro 7 - Estatísticas de Ordem – “Idosos Não Institucionalizados”	72
Quadro 8 - Estatísticas de Ordem.....	73
Quadro 9 - Estatísticas de Ordem – “Idosos Institucionalizados”	73
Quadro 10 - Estatísticas de Ordem – “Idosos Não Institucionalizados”	74
Quadro 11 - Estatísticas de Ordem.....	75
Quadro 12 - Estatísticas de Ordem – “Idosos Institucionalizados”	75
Quadro 13 - Estatísticas de Ordem – “Idosos Não Institucionalizados”	76
Quadro 14 - Estatísticas de Ordem.....	77
Quadro 15 - Estatísticas de Ordem – “Idosos Institucionalizados”	77
Quadro 16 - Estatísticas de Ordem – “Idosos Não Institucionalizados”	78
Quadro 17 - Estatísticas de Ordem.....	79
Quadro 18 - Estatísticas de Ordem – “Idosos Institucionalizados”	79
Quadro 19 - Estatísticas de Ordem – “Idosos Não Institucionalizados”	79
Quadro 20 - Estatísticas de Ordem.....	80
Quadro 21 - Estatísticas de Ordem – “Idosos Institucionalizados”	81
Quadro 22 - Estatísticas de Ordem – “Idosos Não Institucionalizados”	81
Quadro 23 - Estatísticas de Ordem.....	82
Quadro 24 - Estatísticas de Ordem – “Idosos Institucionalizados”	83
Quadro 25 - Estatísticas de Ordem – “Idosos Não Institucionalizados”	83
Quadro 26 - Estatísticas de Ordem.....	84
Quadro 27 - Estatísticas de Ordem – “Idosos Institucionalizados”	85
Quadro 28 - Estatísticas de Ordem – “Idosos não Institucionalizados”	85

INDICE DE FIGURAS

Figura 1 - Mapa do concelho da Sertã	52
--	----

INTRODUÇÃO

A velhice é...

Aos 14 anos

“...ter avós que podem contar muitas histórias aos netos e às outras pessoas mais novas!”

Aos 27 anos

“...um momento para aproveitar a vida de uma forma que em novos não temos tempo e nem queremos fazer!”

Aos 36 anos

“...um período que todos queremos que demore muito a chegar, mas ao qual todos queremos também chegar!”

Aos 48 anos

“...um período em que se vive de recordações!”

Aos 54 anos

“...uma tristeza, não há nada que chegue a ser um pouco mais novo, para não dependermos dos outros!”

Aos 78 anos

“...uma ironia! Quando após ter passado por vários estádios da vida se atinge a plenitude, deveria ter-se direito a desfrutar do tempo sem preocupação, o que raramente é possível devido aos problemas de saúde!”

Sabe-se que um envelhecimento bem-sucedido relaciona-se com o estilo de vida adotado anteriormente; assim, a velhice terá mais qualidade para pessoas que promovem relações positivas com familiares e amigos que têm uma rede social pessoal mais funcional e alargada, que fizeram exercício físico... (Sousa; Figueiredo; Cerqueira; 2004)

A modernidade tirou ao idoso este lugar privilegiado, pois os conhecimentos hoje mudam constantemente, acabando este por ficar confinado a um papel secundário ou mesmo desvalorizado. Ele já não sabe tudo e por vezes já não sabe nada deste mundo em mudança constante.

Se por um lado vive mais tempo com maior saúde e pode em muitos casos ter uma pós-reforma muito agradável, por outro a falta de saúde, a dependência provoca muitas angústias, onde cada um se projeta neste sentimento insuportável da morte que se aproxima e da vida que chega ao fim. Valoriza-se a juventude e cada um tenta recuar as portas do envelhecimento com tudo o que tem à sua disposição para rejuvenescer.

Diante da realidade inquestionável das transformações demográficas iniciadas no último século e que nos fazem observar uma população cada vez mais envelhecida, evidencia-se a importância de garantir aos idosos não só uma sobrevivência maior, mas também uma boa qualidade de vida.

O conceito de qualidade de vida está relacionado à auto-estima e ao bem-estar pessoal e abrange uma série de aspectos como a capacidade funcional, o nível socioeconómico, o estado emocional, a interação social, a actividade intelectual, o autocuidado, o suporte familiar, o próprio estado de saúde, os valores culturais, éticos e a religiosidade, o estilo de vida, a satisfação com o emprego e/ou com actividades diárias e o ambiente em que se vive. O conceito de qualidade de vida, portanto, varia de autor para autor e, além disso, é um conceito subjectivo dependente do nível sociocultural, da faixa etária e das aspirações pessoais do indivíduo.

A literatura reflecte que os instrumentos utilizados para análise da qualidade de vida de um modo geral não se adaptam aos idosos, seja porque têm uma abordagem unidimensional ou porque os idosos que se auto-denominaram com boa qualidade de vida não a teriam segundo a interpretação dos instrumentos mencionados. Parece, portanto, que existem aspectos característicos e multidimensionais que definem a qualidade de vida na faixa etária idosa.

Tendo em vista a variabilidade do conceito de qualidade de vida e sua subjectividade, com o propósito de se conseguir orientar as políticas para um envelhecimento bem-sucedido, parece-nos imprescindível conhecer o que, para a maioria dos idosos, está relacionado ao bem-estar, à felicidade, à realização pessoal, enfim, à qualidade de vida das pessoas nessa faixa etária.

Desta forma, este trabalho tem como principal finalidade, o estudo da qualidade de vida na população idosa no concelho da Sertã. Para tal foi elaborado e adaptado pela investigadora, um questionário destinado a caracterizar a forma como a população em estudo usufrui, na sua existência quotidiana, o bem-estar emocional, físico, social e material.

O presente relatório de investigação é constituído pelas seguintes componentes. Em primeiro lugar apresenta-se a revisão da literatura na qual se abordam sucessivamente os seguintes tópicos: “População Idosa”, “Envelhecimento Demográfico”; “Qualidade de vida”; “Envelhecimento e Qualidade de Vida”; “Idosos Institucionalizados”; “Idosos em Meio Rural e em Meio Urbano”; “Qualidade de vida: Instrumentos de Medida” e “Medir Qualidade de Vida na Velhice”.

Seguidamente descreve-se o estudo empírico realizado no qual constam os seguintes tópicos: “A Natureza do Estudo”; “Objectivo Geral do Trabalho”; “Contextualização da Situação-Problema”; “População-Alvo”; “Instrumentos de avaliação”; “Criação de um Questio-

onário de avaliação da Qualidade de Vida na População Idosa”; o “Plano Metodológico” e os “Procedimentos”.

Por fim, foi realizada a “Apresentação e Análise da Informação Empírica”, seguida da “Discussão dos Resultados” e das “Conclusões”.

A norma adotada para a realização de citações e referências bibliográficas é a Norma American Psychological Association (APA) (2001).

CAPÍTULO I: ENQUADRAMENTO TEÓRICO

1.1. Fundamentação Teórica

1.1.1. População Idosa

“Há uma idade na vida em que os anos passam demasiado depressa e os dias são uma eternidade”

Virginia Wolf

Hoje em dia torna-se difícil designar onde começa e acaba a terceira idade, uma vez que se antigamente o que se tinha em conta era a idade de reforma (65 anos), atualmente isso não acontece porque as pessoas reformam-se cada vez mais cedo por motivos que não se prendem com a idade, mas sim pelo desemprego, situações incapacitantes e reformas antecipadas, o que torna difícil distinguir quem é e não é uma pessoa idosa (Duarte et al., 2005)

Para Agree e Fredman (2001), o envelhecimento é um processo individual e coletivo, uma vez que cada ano de existência de vida de cada indivíduo marca o envelhecimento, assim como o aumento da porção da população considerada idosa.

Deste modo, o envelhecimento envolve inúmeras variáveis (fisiológicas, estilo de vida e doenças crónicas) que se relacionam entre si e influenciam a forma como se envelhece, pois o envelhecimento é um processo insidioso e linear que varia na forma e intensidade de indivíduo para indivíduo (Mazzeo et al., 1998, citado por Faria & Marinho, 2003). Além disso, o envelhecimento tem implicações na funcionalidade, na autonomia, na mobilidade e consequentemente na qualidade de vida da população idosa (Carvalho, 1999).

Para melhor se definir o envelhecimento humano, é preciso considerar que este é um fenómeno biológico, psicológico e social que atinge o ser humano na plenitude da sua existência, modifica a sua relação com o tempo, o seu relacionamento com o mundo e a sua própria história (Teixeira, 2006)

Walsh (1989, citado por Sousa & Figueiredo 2003, p. 109) define de modo curioso, contudo realista, a forma como a aproximação da velhice é sentida: “a velhice é temida quase tanto como se teme não viver suficiente para a atingir”. Para este sentir contribui substancialmente, a forma como a sociedade ocidental estereotipa e, consequentemente, desqualifica os idosos (antiquados, rígidos, senis, aborrecidos, inúteis e dependentes).

O envelhecimento é um processo que acompanha toda a vida humana, de deterioração endógena e irreversível da estrutura e funcionalidade de vários órgãos e tecidos. É, igualmente, reconhecida a contribuição de factores extrínsecos para o envelhecimento e para o modo como se envelhece. Trata-se de um fenómeno inevitável, inerente à própria vida, equivalente à fase final de um programa de desenvolvimento e diferenciação (Martins, 1999).

Traduz-se no declínio de capacidades e funções, conduzindo à diminuição da aptidão de adaptação a factores de *stress* internos e externos. A velhice constitui a última etapa da vida, sendo, por isso, um momento em que o declínio se torna mais visível e acentuado, agravando-se a vulnerabilidade ao aparecimento de doenças (Rowe, 1985, citado por Sousa & Figueiredo, 2003).

Falar de envelhecimento implica falar no envelhecimento populacional!

O “envelhecimento populacional” é uma realidade contemporânea que surge como fator relevante na nossa sociedade, traduzindo-se pelo aumento da importância dada aos idosos. Não se trata só do aumento de indivíduos com idades avançadas, mas também a ocorrência deste fenómeno numa sociedade que segundo Brito (1993, citado por Faria & Marinho, 2003), a velhice é perspectivada como algo sem interesse social, pois tem pouco para dar e muito para receber.

Desde há muitos anos que o chamado “envelhecimento populacional” tem vindo a assumir importância. A tomada de consciência desta problemática motivou a sociedade para a implementação de ações na área da saúde e da ação social, de modo a proporcionar uma vivência mais positiva da terceira idade (Vieira, 2003).

O documento do Instituto de estatística (INE), (2002) – “O Envelhecimento em Portugal” alerta para as novas questões ligadas ao envelhecimento. A problemática do envelhecimento e das pessoas idosas, exige uma nova reforma da gestão da idade. O envelhecimento da população é um fator constatado pela sociedade. Cerca de 16% da população portuguesa possui uma idade igual ou superior a sessenta anos e em 2020 o número de idosos ascenderá aos cem mil de acordo com o Instituto Nacional de Estatística (INE, 2002).

Nos países desenvolvidos, a melhoria das condições de vida tem aumentado a esperança de vida dos indivíduos (Oliveira, 2005).

Contudo, este crescimento é acompanhado por um aumento da prevalência de doenças crónicas, sobrecarregando os sistemas de saúde e de segurança social (Fernández-Ballesteros, 2002).

Atendendo a que o envelhecimento é um processo que acompanha a vida humana e que a velhice constitui a última etapa da vida, sendo por isso, caracterizada como um

momento em que o declínio se torna mais visível e acentuado, agravando-se a vulnerabilidade ao aparecimento de doenças (Rowe, 1985, citado por Sousa & Figueiredo, 2003).

Deste modo, a temática do envelhecimento bem-sucedido tem sido muito abordada e considerada de enorme importância nesta etapa de vida.

Segundo Freire (2000), o envelhecimento bem-sucedido caracteriza-se como sendo uma competência adaptativa generalizada para responder com flexibilidade aos desafios. Esta capacidade envolve várias dimensões: emocional (capacidade para lidar com acontecimentos de vida stressantes, por exemplo, saúde e funcionamento físico, problemas pessoais); cognitiva (capacidade para resolver problemas); comportamental (capacidade de resolução de problemas).

Segundo Fernandes (1999, p.21), “o envelhecimento bem-sucedido é uma competência adaptativa, trata-se da capacidade generalizada para responder com flexibilidade aos desafios. Esta capacidade envolve várias dimensões: emocional (estratégia para lidar com factores de stress), cognitiva (capacidade de resolução de problemas) e comportamental (desempenho e competência social)”.

Em suma, as teorias do envelhecimento bem-sucedido “vêem o sujeito como pró-ativo, regulando a sua qualidade de vida através da definição de objetivos e lutando para os alcançar, acumulando recursos que são úteis na adaptação à mudança e ativamente envolvidos na manutenção do bem-estar” (Seabra, 1995, p. 183).

Deste modo, é primordial ajudar o idoso a adaptar-se à nova realidade, pois a sua capacidade de adaptação influencia o sucesso ou insucesso do idoso. Esta adaptação vai desde a promoção de uma vida saudável, manutenção das actividades na terceira idade, sentimento de satisfação com as suas actividades e com a vida em geral. Tudo isto pressupõe que o idoso envelheça num ambiente ativo e saudável, promovendo um contínuo investimento (Simões, 1982, citado por Oliveira, 2005).

Para Cordeiro (1982), o envelhecimento é como um processo geral de matéria viva no homem que se manifesta a todos os escalões do seu organismo, vai desde o molecular até ao nível psicológico. A terceira idade leva a um estatuto marcado pela limitação senil. Daí que alguns autores considerem a delimitação entre o normal e o patológico existente na terceira idade como sendo um problema artificial. A senilidade é vista como um fenómeno patológico, não seria mais do que um simples exagero da evolução ou da aceleração do processo normal de senescência. A senescência é o processo natural do envelhecimento, o qual compromete progressivamente aspetos físicos e cognitivos.

Segundo a OMS (Organização Mundial de Saúde) a terceira idade tem início entre os 60 e os 65 anos. Esta idade é percebida como um marco do início da velhice, porém a

idade cronológica e biológica difere de indivíduo para indivíduo, logo não deve ser padronizada (Duarte, et al., 2005).

De acordo com Oliveira (1999), o mais importante na definição de idoso não tem a ver com a idade cronológica, mas sim com o estado de saúde. Mesmo assim, o autor divide o grupo etário dos idosos em três partes: os idosos jovens, entre os 65 anos até aos 75 ou 80 anos de idade; os idosos velhos, a partir dos 75 ou 80 anos até aos 90 anos e por último os idosos muito velhos que se enquadram na faixa etária acima dos 90 anos.

No entanto, a questão de classificar os idosos e dentro deste grupo proceder a desagregações em classes pode não corresponder à realidade, se não, veja-se o que diz Santos (1999), em relação à existência de divergências a nível teórico quanto à delimitação do início do envelhecimento. Estas discordâncias, conforme refere a autora, vão muito além da ciência, passando pela legislação até chegar aos indivíduos. Aliás conforme referem Cunha, et al. (1986, citados por Santos, 1999), por norma, os indivíduos quando questionados sobre envelhecimento costumam situa-lo dez anos à frente da sua idade atual, o que sugere a existência de outros critérios que concorrem na definição do conceito.

Sendo assim, as pessoas de idade apresentam, por vezes, uma certa rigidez e inflexibilidade de ideias, com desconfiança, com uma certa tendência à projeção, falta de mobilidade do pensamento, labilidade afetiva, retraimento e, não obstante, passividade (Cordeiro, 1982).

Várias propostas para definir envelhecimento têm sido apresentadas, apesar das divergências de opinião sobre este assunto. No entanto, parece existir consenso no que respeita à universalidade deste fenómeno.

De seguida serão apresentadas algumas propostas de definição de envelhecimento para melhor compreensão da temática.

Como nos refere Berger (1995a), o envelhecimento refere-se à senescência como um processo multifatorial que arrasta uma deterioração fisiológica do organismo, podendo levar a uma quantidade de afeções, resultantes do desequilíbrio homeostático instalado pela redução das reservas necessárias para resistir às agressões e manter as funções vitais.

Para Zimerman (2000), envelhecer pressupõe alterações físicas, psicológicas e sociais do indivíduo. A forma natural e gradual das transformações que ocorrem ao longo da vida, poderão estar associadas às características genéticas individuais, e principalmente do modo de vida de cada um.

Segundo Brink (2001), o envelhecimento é “...um fenómeno biológico e psicológico universal, associado a conotações positivas e negativas, determinadas pelo ambiente cultural”. Nesta perspectiva, e em termos físicos, o envelhecimento normal pode ser considerado um declínio diferencial relacionado com as funções biológicas, resultando

finalmente a morte. Em termos psicológicos, o envelhecimento normal considera o desenvolvimento do indivíduo dentro dos papéis e expectativas específicas de cada idade para os quais está culturalmente determinado (Brink, 2001).

Na perspectiva de Lidz (1983), o envelhecimento compreende três fases: o idoso (sem alterações psicossomáticas, isto é apesar da reforma do indivíduo é válido); a senescência (ocorrem transformações significativas ao nível orgânico e psicológico), e, por fim, a senilidade, em que o idoso se torna quase completamente dependente.

De acordo com a psicossomática, o envelhecimento reveste-se de enorme complexidade, na qual está em causa o disfuncionamento do organismo e envolve fatores biológicos, psicológicos e relacionais, sendo importante tentar apreendê-lo na sua globalidade, pois é necessário relacionar as situações de vida e o funcionamento do organismo, a nível biológico e relacional (Agostinho, 2004).

Na teoria psicanalítica de Belsky (1990, citado por Agostinho, 2004), o envelhecimento está associado à ocorrência de eventos stressantes, por exemplo adoecer, morte do cônjuge, entrar na reforma. Tais eventos apresentam-se como testes funcionais psicológicos, demonstrando a capacidade do ego em se adaptar, na medida em que é provável o indivíduo desenvolver mecanismos de defesa para enfrentar esses eventos, quando as experiências vividas por ele na infância não foram boas. Daí que o mesmo autor considere a idade avançada como sendo um período de *stress* propício a distúrbios psicológicos (Agostinho, 2004).

Em oposição, a teoria de Yung considera a última metade da vida mais importante que a primeira, defendendo que esta transição tem como objectivo preparar o sujeito para a morte, considerando o culminar da vida (Agostinho, 2004).

Deste modo, os diferentes conceitos apresentados sobre o envelhecimento, refletem que o envelhecer é uma realidade a que todo o ser humano fica sujeito quando atinge esta etapa de desenvolvimento do seu ciclo vital.

O envelhecimento tem causas desconhecidas, tratando-se, segundo Fernandes da Fonseca (2001), de um fenómeno meramente fisiológico, consequência da exaustão da própria vitalidade celular e aparecendo como consequência de várias manifestações patológicas (infecciosas, tóxicas, entre outras), sustentadas pelo cérebro.

Todavia, além das alterações físicas, o envelhecimento é acompanhado por alterações psicológicas e sociais que podem ser melhoradas ou reduzidas, considerando o contexto em que o idoso está inserido (Martins & Valente, 2004; Sequeira & Silva, 2002).

O envelhecimento é um processo complexo cujo funcionamento não se reconhece em pormenor, diferencial (específico de cada pessoa), universal (inerente a todo o ser vivo) e contínuo (embora com movimentos diferentes) (Fernandes, 1999; Oliveira, 2005).

Deste modo, não ocorre de forma idêntica em todos os indivíduos, pois enquanto uns tendem a apresentar padrões habituais de envelhecimento, outros tendem a alcançar um elevado nível de funcionamento nos domínios físicos, psicológicos e sócias (Sequeira & Silva, 2002).

Envolve inúmeras variáveis (genéticas, estilo de vida e doenças crónicas) que interagem entre si e influenciam a forma como se envelhece (Mazzeo, 1998, citado por Faria & Marinho, 2004).

Para Schroots e Birren (1980, citados por Fonseca, 2006), o processo de envelhecimento está associado a diferentes factores. Para estes autores, este processo está relacionado com uma componente biológica (senescência), que reflecte uma vulnerabilidade crescente e de onde resulta uma maior probabilidade de morrer; uma componente social, relativa a papéis sociais apropriados às expectativas da sociedade para este nível etário; e uma componente psicológica, definida pela capacidade de auto-regulação do indivíduo face ao processo de senescência (Fonseca, 2005).

1.1.1.1. O envelhecimento produtivo em contexto português

Como em alguns estudos académicos se defende, só há pouco tempo o envelhecimento passou a ser “apontado, com relativa frequência, como um dos aspectos a ter em conta na definição das políticas de médio e longo prazo”, sendo que, na sociedade ocidental, a maior parte dos idosos não tem “lugar nem papel na vida social” (Costa, 1998: 87-89).

O autor Paúl (1997:83) explica que o facto de existir pouca consideração de que “a situação de solidão/isolamento, como de inexistência ou não funcionamento das redes sociais de apoio tem consequências em termos de saúde física e psicológica dos sujeitos”, potencializou a defesa de um outro conceito – o de envelhecimento activo ou envelhecimento produtivo.

Como reportam alguns autores: “O conceito de envelhecimento produtivo (EP) surgiu na década de 70, entre profissionais de contextos políticos, sociais e académicos, com o objectivo de combater a imagem vigente dos idosos, que os apresentava como pessoas frágeis, dependentes e não produtivos, um fardo para a sociedade e para as gerações mais jovens [...]. Conquanto não exista uma definição consensual em torno do conceito, existem características subjacentes ao mesmo. Deste modo, considera-se a existência de uma actividade significativa e satisfatória, em que o idoso está envolvido de forma estruturada e continuada e que tem impacto positivo na sua vida” (Gonçalves *et. al.*, 2006: 139).

Esta definição de envelhecimento ativo que assenta na ideia de que as pessoas idosas devem estar envolvidas em actividades que tenham “impacto positivo na sua vida” depreessa adquiriu os seguintes contornos:

“A more flexible work-retirement transition is one exemple of "active ageing" – the capacity of people, as they grow older, to lead productive lives in the society and economy. Active ageing implies a high degree of flexibility in how individuals and families choose to spend their time over life – in work, in learning, in leisure and in caregiving.” (OECD, 1998) – “A transição mais flexível de trabalho-aposentadoria é um exemplo de "envelhecimento activo" - a capacidade das pessoas, à medida que envelhecem, para levar uma vida produtiva na sociedade e economia. Envelhecimento activo implica um alto grau de flexibilidade na forma como os indivíduos e as famílias optam por gastar seu tempo sobre a vida - no trabalho, na aprendizagem, no lazer e no cuidado.”(OECD, 1998)

No âmbito de discussão sobre a problemática do “envelhecimento ativo”, a afirmação de que os Estados têm vindo a tornar-se altamente permeáveis à adoção de lógicas e valores de mercado, adotando, não raras vezes, configurações de um “Estado mínimo” (Afonso, 1999) é confirmada, por exemplo, com os dados constantes na Comunicação da Comissão: Uma Europa para todas as idades - Promover a Prosperidade e a Solidariedade entre as Gerações (1999) na qual se explicita que:

“Ao longo dos próximos 20 anos, a população de idade superior à idade de reforma normal (ou seja, 65 anos) registará um aumento de 17 milhões. Dentro deste grupo, as pessoas muito idosas (com mais de 80 anos) aumentarão 5,5 milhões. A equidade intergerações requer que seja dada a devida atenção à sustentabilidade a longo prazo das finanças públicas. Deve ser assegurada uma base mais alargada para os sistemas de protecção social através de uma taxa de emprego da população activa mais elevada [...]”.

Também na Comunicação da Comissão – Livro Verde – Uma nova solidariedade entre gerações face às mutações demográficas (2005) se refere que, devido ao aumento da esperança média de vida, devido à incapacidade do sistema de protecção social abarcar as despesas que a longevidade acarreta, será necessário o empenho solidário de todas as gerações e comunidades para superar os problemas sociais que o Estado não consegue resolver.

É assim que se pode argumentar que dos direitos humanos das pessoas idosas faz parte o direito ao trabalho ou, melhor dizendo, o dever de trabalhar. Esta é, aliás, uma preocupação que integra a agenda política do Conselho Europeu Extraordinário de Lisboa (2000) em que se assinala que:

“[...] é favorecendo o trabalho, garantindo o regime de pensões viáveis – visto que a população europeia é descrita como ‘em envelhecimento’ – assim como garantindo estabilidade social, que se pode fomentar a integração social [...]”.

Trata-se, então, de uma integração social favorecida pelo trabalho das pessoas idosas, uma ideologia de mercado que é apoiada pelo argumento de que esta é a forma

mais viável para se combater as formas de discriminação a que estas pessoas estão sujeitas.

1.1.2. Envelhecimento demográfico

Conforme referiu Alfred Sauvey, o século XXI é o Século do Envelhecimento!

O envelhecimento demográfico é o fenómeno mais relevante do século XXI nas sociedades desenvolvidas devido às suas implicações na esfera socio-económica, para além das modificações que se reflectem a nível individual e em novos estilos de vida.

Segundo um estudo do Instituto Nacional de Estatística (INE) (2002), no âmbito da **II Assembleia Mundial sobre o Envelhecimento**, sobre a situação das pessoas idosas e sobre a forma como o fenómeno do envelhecimento demográfico se tem processado nos últimos anos, destacam-se as seguintes conclusões:

- O **envelhecimento demográfico**, definido pelo aumento da proporção das pessoas idosas na população total, em detrimento da população jovem, e/ou da população em idade activa, tem vindo a aumentar em Portugal.
- Entre 1960 e 2001 o fenómeno do envelhecimento demográfico traduziu-se por um decréscimo de cerca de 36% na população jovem (0-14 anos) e um incremento de 140% da população idosa (65 e mais anos).
- Em 2001 foram recenseados 1 702 120 indivíduos idosos. A **proporção da população idosa**, que representava 8,0% do total da população em 1960, mais que duplicou, passando para 16,4% em 2001.
- O **índice de envelhecimento** ultrapassou pela primeira vez os 100 idosos por cada 100 jovens em 1999. Este indicador registou um aumento contínuo nos últimos 40 anos, aumentando de 27 indivíduos idosos por cada 100 jovens, em 1960, para 103, em 2001 (à data dos Censos). O envelhecimento da população idosa é evidenciado pelo **índice de longevidade** (número de indivíduos com 75 e mais anos no total da população idosa) que aumenta de 34 para 42 indivíduos entre 1960 e 2001.
- O **índice de dependência total** (número de jovens e idosos por cada 100 indivíduos em idade activa, 15 aos 64 anos) tem vindo a baixar (59 em 1960 e 48 em 2001), devido exclusivamente à diminuição do número de jovens. O índice de sustentabilidade potencial (número de indivíduos em idade activa por cada idoso) reduziu-se para metade entre 1960 (8) e 2001 (4).

- Em 2000 a **esperança média de vida à nascença** situava-se nos 72,4 anos para os homens e nos 79,4 anos para as mulheres. A diferença reduz a metade com o avançar na idade sendo de apenas 3,5 anos aos 65 anos.
- Estimativas com base nos resultados provisórios dos Censos 2001, revelam que em 32,5% das famílias clássicas residia pelo menos um idoso e as famílias constituídas apenas por idosos representavam 17,5% do total das famílias. Destas, a grande maioria é constituída por apenas um idoso (50,5%) e por dois idosos (48,1%).

Ainda de acordo com o estudo do INE, o grau do envelhecimento demográfico do país enquadra-se no padrão da média comunitária. Em 1 de Janeiro de 2002 a população da Europa do Sul, e em particular a Itália, apresentava-se como a mais envelhecida dentro da União Europeia, então com 15 Estados membros, e Portugal inseria-se na média comunitária (16,8%). De destacar a posição da Irlanda, com uma diferença de 5,7 p.p. inferior à média europeia.

Considerando o conjunto do país, observam-se no entanto ritmos diferenciados entre as regiões. Desde há muito que as regiões do interior do continente se pautam por elevados níveis de envelhecimento da sua população, devido sobretudo aos surtos emigratórios, internos e externos, especialmente de população em idade activa, com perda de efectivos populacionais desta faixa etária que provocaram transferência de nascimentos, e conduziram à desertificação daqueles espaços.

1.1.2.1. Envelhecimento demográfico: Passado e Futuro

O Instituto Nacional de Estatística disponibiliza em formato digital no seu portal (www.ine.pt) a publicação “Projecções de população residente em Portugal, 2008-2060”. Este exercício de projecções de população foi executado de acordo com o método das componentes por coortes (“conjunto de pessoas que tem em comum um evento que se deu no mesmo período, neste caso refere-se aos indivíduos que nasceram no mesmo ano civil”), método que permite a elaboração de diferentes cenários de evolução demográfica das componentes fecundidade, mortalidade e migrações. Partindo da população residente em Portugal em 1 de Janeiro de 2008, os resultados são apresentados em quatro cenários que evidenciam a incerteza associada ao futuro comportamento demográfico: o cenário central, que conjuga um conjunto de hipóteses consideradas como mais prováveis face aos recentes desenvolvimentos demográficos, o cenário baixo, o cenário elevado e o cenário sem

migrações. Sublinha-se o carácter condicional dos resultados por decorrerem da aplicação de um método de cenários do tipo "se...então...".

- Em 2060, Portugal poderá continuar com cerca de 10 milhões de residentes

De acordo com os resultados obtidos no cenário central, a população residente em Portugal continuará a aumentar até 2034, atingindo 10 898,7 milhares de indivíduos, ano a partir do qual os efectivos populacionais diminuirão. A população atingirá valores abaixo dos de partida (2008) em 2053, projectando-se para 2060 uma população total de 10 364,2 milhares de indivíduos, valor ainda assim superior aos obtidos pelas estimativas de população residente em Portugal para o período entre 1980 e 2002.

Na ausência de fluxos migratórios externos (hipótese que apesar de improvável se revela útil na percepção dos impactos da componente migratória) e mantendo as hipóteses do cenário central nas componentes fecundidade e mortalidade – cenário sem migrações – Portugal perderia efectivos populacionais ao longo de todo o período de projecção, podendo o total reduzir-se para 8 105,1 milhares de indivíduos até 2060, o que representaria um decréscimo de cerca de 25% dos efectivos populacionais nos próximos 50 anos.

No cenário elevado, a população residente em Portugal aumentará continuamente até 2060 (sobretudo como resultado de maiores volumes migratórios anuais, em conjunção com níveis de fecundidade mais elevados, comparativamente com o cenário central).

Em sentido oposto, no cenário baixo (menores volumes migratórios, níveis de fecundidade mais reduzidos e esperanças de vida inferiores comparativamente com o cenário central) poderá verificar-se um decréscimo populacional a partir de 2016, mantendo-se esta tendência de decréscimo até 2060, ano em que os efectivos populacionais atingiriam os 8 910,7 milhares de indivíduos.

- Resultados apontam para a diminuição das percentagens de jovens (menos de 15 anos) e de adultos (dos 15 aos 64 anos), a par do aumento da percentagem de idosos

Ainda de acordo com o estudo do INE, para além do volume populacional, as implicações de diferentes saldos naturais e migratórios, a par do envelhecimento natural das populações, traduzem-se em diferentes estruturas etárias da população.

Em qualquer dos cenários considerados, a proporção de jovens (menos de 15 anos) reduzir-se-á (de 15,3% em 2008 para 11,9% em 2060, no cenário central), tal como a percentagem da população em idade activa (de 67,2% em 2008 para 55,7%, no cenário central). Tal sucede em oposição ao aumento considerável do peso relativo da população

com 65 ou mais anos de idade, que no cenário central quase duplicará (passando de 17,4% em 2008 para 32,3% em 2060).

Ainda relativamente à população em idade activa, em qualquer dos cenários considerados, os resultados indicam a redução das proporções relativas aos subgrupos etários “15 a 24”, “25 a 39” e “40 a 54”, em oposição ao aumento da proporção do grupo etário “55 a 64”. Estes resultados evidenciam o expectável envelhecimento da população em idade activa, para além do seu previsível decréscimo, tendências que se atenuarão apenas no cenário elevado, face à possibilidade de conjugar os efeitos directos e indirectos dos saldos migratórios anuais, a par de níveis de fecundidade mais favoráveis do que os considerados no cenário central.

Para o aumento esperado da percentagem da população idosa contribuirá sobretudo a tendência de evolução da população mais idosa, com 80 e mais anos de idade, que poderá passar de 4,2% do total de efectivos em 2008 para valores entre 12,7% e 15,8% em 2060, consoante o cenário analisado, evolução que resulta sobretudo do aumento da esperança média de vida.

- O índice de envelhecimento da população continuará a aumentar

O estudo INE revela ainda que com o decréscimo da população jovem, em simultâneo com o aumento da população idosa, o índice de envelhecimento da população aumentará. No cenário central, em 2060 residirão em Portugal 271 idosos por cada 100 jovens, mais do dobro do valor projectado para 2009 (116 idosos por cada 100 jovens). Este aumento será menos acentuado no cenário elevado, em contraste com um aumento mais significativo no cenário baixo.

A verificação de saldos migratórios positivos não será suficiente para atenuar o envelhecimento demográfico, nem mesmo se se verificar simultaneamente uma maior contribuição da componente da fecundidade. A conjugação de saldos migratórios e de níveis de fecundidade mais elevados, tal como preconizado no cenário elevado, que contempla ainda uma maior esperança média de vida, permitirá apenas a atenuação do ritmo de envelhecimento populacional.

O processo do envelhecimento demográfico estende-se a todo o território nacional persistindo, no entanto, alguma heterogeneidade na geografia do fenómeno. As assimetrias entre o litoral, com uma população mais jovem, e o interior, com a população mais idosa, mantêm-se. O expressivo ritmo de crescimento da população idosa, e em particular da muito idosa, embora com tendência para abrandar, caracteriza a evolução da dinâmica

populacional nos próximos cinquenta anos e representa um grande desafio para a sociedade portuguesa.

Em termos de proporção de pessoas idosas, Portugal acompanha o padrão comunitário.

1.1.3. Qualidade de Vida

O conceito de qualidade de vida no decorrer dos tempos.

O conceito de qualidade de vida tem merecido atenção cada vez maior não apenas na literatura científica, como também em vários outros campos como na reabilitação, sociologia, educação, medicina, enfermagem, psicologia e demais especialidades, além dos meios de comunicação, campanhas publicitárias e até em discursos políticos, tornando-se assim um tema em destaque na sociedade actual.

Segundo a literatura específica, trata-se de um fenómeno complexo, com uma gama variada de significados, com diversas possibilidades de enfoque e inúmeras controvérsias teóricas e metodológicas.

A busca pelo significado da expressão Qualidade de Vida (QV) parece ser tão antiga quanto a civilização. Diferentes referenciais filosóficos, desde a Antiguidade, conceituam o que seja vida com qualidade. O desenvolvimento histórico-cultural da humanidade traz referências às tentativas de se definir a qualidade de vida, mesmo antes da Era Cristã. Em escritos como *Nicomachean Ethics*, Aristóteles (384-322 a. C) mencionava que as pessoas distintas concebem boa vida ou bem-estar como sendo a mesma coisa que felicidade, e que o significado de felicidade torna-se uma questão de contestação, pois alguns afirmam ser uma coisa, outros dizem ser outra e, de facto muito frequentemente o mesmo homem lhe dá atribuições diferentes, de acordo com a situação que vivencia: quando adoece concebe saúde como sendo felicidade, quando empobrece, como riqueza e prosperidade (Painter, 1994).

Sócrates já se referia à Qualidade de Vida, quando ao encarar a pena de morte na corte ateniense, afirmou temer coisas piores além da morte, porque não era a vida que contava e sim a qualidade de vida. Para o filósofo, o mérito moral determinava essa qualidade (Cohen, 1982).

Portanto, nota-se que a Qualidade de Vida, desde as épocas mais remotas, já era compreendida como resultado de percepções individuais, podendo variar de acordo com a experiência da pessoa em um dado momento.

O termo qualidade de vida foi mencionado pela primeira vez em 1920 por Pigou, em um livro sobre economia e bem-estar. Ele discutiu o suporte governamental para pessoas de classes sociais menos favorecidas e o impacto sobre suas vidas e sobre o orçamento do Estado. O termo não foi valorizado e foi esquecido. Contudo, para outro autor, o termo qualidade de vida foi utilizado pela primeira vez por Lyndon Johnson, em 1964, então presidente dos Estados Unidos, que declarou: “...os objetivos não podem ser medidos através do balanço dos bancos. Eles só podem ser medidos através da qualidade de vida que proporcionam às pessoas” (Fleck; Leal; Louzada; Xavier; Chachamovich; Vieira; Santos; Pinzon, 1999).

Há indícios de que, na literatura médica, o termo surgiu pela primeira vez na década de 30, em um levantamento baseado em estudos cujo objectivo era definir o termo ou referenciá-lo na avaliação da Qualidade de Vida (Seidl; Zannon, 2004).

Nos Estados Unidos, por exemplo, após a Segunda Guerra Mundial o conceito de “boa vida” foi usado para descrever a posse de bens materiais como casa própria, carros e outros bens de consumo. Com o passar do tempo, o crescimento económico e industrial ampliou esse conceito, integrando as áreas da saúde, educação, moradia, transporte, lazer, trabalho, crescimento individual, segurança, diminuição da morbimortalidade infantil (Seidl; Zannon, 2004).

Assim sendo, a discussão sobre o referido tema vem ganhando destaque mas, embora o questionamento sobre seu verdadeiro conceito tenha sido intenso nas últimas décadas, nota-se que não se chegou a um consenso definitivo acerca do assunto, por se tratar de um conceito evasivo e abstracto, subjectivo, complexo, indirectamente medido e que admite inúmeras tendências levando, portanto, a distintas definições (Setién, 1993).

Quanto à relatividade da noção de qualidade de vida, pode-se descrevê-la sob três referências. A histórica, na qual em um determinado tempo de uma sociedade, existe um parâmetro de qualidade de vida, que pode ser diferente de uma outra época, da mesma sociedade. A cultural, na qual os valores e necessidades são diferentes nos diferentes povos. E padrões de bem-estar estratificados entre as classes sociais, com desigualdades muito fortes, onde a ideia de qualidade de vida relaciona-se ao bem-estar das camadas superiores (Minayo; Hartz; Buss, 2000).

Em meados da década de 70, Campbell tentou mostrar as dificuldades que envolviam a conceituação do termo Qualidade de Vida definindo-o como algo que muita gente verbaliza, mas não sabe ao certo o que é (Seidl; Zannon, 2004). A citação feita há cerca de 30 anos ilustra a ênfase dada, na literatura mais recente, às controvérsias sobre o conceito desde que começou a ser utilizado, associado a trabalhos empíricos.

A definição de Qualidade de Vida, de seus conceitos e de suas propostas baseou-se em diferentes fundamentações teóricas e práticas, até que após a II Guerra Mundial, a Organização Mundial de Saúde redefiniu saúde, incorporando a noção de bem-estar físico, emocional e social e desencadeou uma discussão considerável a respeito da possibilidade de medir o bem-estar. Sendo assim, o termo Qualidade de Vida ressurgiu, iniciando um ciclo de formação do seu conceito que, apesar de parecer difícil de ser completado, já permite reciclagem técnico-científica de acordo com a área profissional (Diniz; Schor, 2006).

Vale salientar os estudos de Gill e Feisnstein (Gill; Feisnstein, 1994), que encontraram 75 artigos que continham o termo QV em seus títulos, publicados em revistas médicas. Procuraram então, identificar como QV estava sendo definida e mensurada na área da saúde. A pesquisa mostrou que apenas 15% dos trabalhos apresentavam uma definição conceitual do termo e 36% explicitavam as razões para a escolha de determinado instrumento de avaliação, concluindo assim que havia falta de clareza e de consistência quanto ao significado do termo e à sua mensuração.

Farquhar (1995), realizou outro estudo importante sobre a taxonomia para as definições sobre Qualidade de Vida então existentes, embaçada na revisão da literatura até o início da década de 90. Esse estudo apresentou os seguintes dados:

I – definição global – são as primeiras referências que aparecem na literatura, em meados da década de 80, e são muito gerais, não abordam dimensões e operacionalização do construto e centram-se na avaliação de satisfação/insatisfação com a vida.

II – definição com base em componentes surge nos anos 80, fraccionando o conceito global em componentes e dimensões e prioriza estudos empíricos e a operacionalização do conceito.

III – definição focalizada valoriza componentes específicos, em geral voltados para habilidades funcionais e de saúde, dando ênfase a aspectos empíricos e operacionais. Apresentam instrumentos de avaliação da QV para pessoas acometidas por diferentes agravos.

IV – definição combinada, que incorporava aspectos do tipo II e III, desenvolve instrumentos de avaliação global e factorial.

Actualmente, Qualidade de Vida (QV) é definida de acordo com a área de aplicação, englobando duas tendências: a primeira como um conceito genérico, que enfatiza de forma ampla os estudos sociológicos, sem fazer referência à disfunção ou agravos. Ilustra, com excelência, essa conceituação a adoptada pela Organização Mundial de Saúde (OMS), ou seja, a percepção do indivíduo, da sua posição na vida, no contexto da cultura e

dos sistemas de valores nos quais ele vive e em relação a seus objectivos, expectativas, padrões e preocupações (The WHOQOL group., 1995), definindo qualidade de vida como:

“A percepção que o indivíduo tem da sua posição na vida dentro do contexto da sua cultura e do sistema de valores de onde vive, e em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações. É um conceito muito amplo que incorpora de uma maneira complexa a saúde física de uma pessoa, o seu estado psicológico, o seu nível de dependência, as suas relações sociais, as suas crenças e a sua relação com as características proeminentes no ambiente” (OMS, 1994).

A partir desta definição, percebe-se que o termo qualidade de vida engloba o conceito amplo de bem-estar, o que depende do auto-julgamento do próprio indivíduo, ou seja, o quanto ele está ou não satisfeito com a qualidade subjectiva da sua vida.

É um conceito subjectivo, dependente de padrões históricos, culturais, sociais e até mesmo individuais. A avaliação da qualidade de vida de determinado indivíduo varia em função das três dimensões, nas quais o sujeito encontra-se inserido: física, psicológica e social.

Na mesma linha de pensamento, QV é definida como noção eminentemente humana, que tem sido aproximada ao grau de satisfação encontrado na vida familiar, amorosa, social e ambiental e à própria estética existencial e pressupõe a capacidade de efectuar uma síntese cultural de todos os elementos que determinada sociedade considera seu padrão de conforto e bem-estar (Minayo; Hartz; Buss, 2000). A mesma autora ainda coloca que o termo abrange muitos significados, que reflectem conhecimentos, experiências e valores de indivíduos e colectividades, que a ele se reportam em variadas épocas, espaços e histórias diferentes sendo, portanto uma construção social com a marca da relatividade cultural.

Flanagan (1982), conceitua QV de forma muito semelhante aos autores citados englobando, também, os recursos económicos, o tempo para o trabalho, o lazer e o estado de saúde.

Embora não haja consenso sobre o conceito de qualidade de vida, um grupo de especialistas da Organização Mundial da Saúde, de diferentes culturas, num projeto colaborativo multicêntrico, obteve três aspectos fundamentais referentes ao construto qualidade de vida: a subjetividade, a multidimensionalidade (inclui, pelo menos, as dimensões física, psicológica e social) e a bipolaridade (presença de dimensões positivas e negativas) (Fleck; Leal; Louzada; Xavier; Chachamovich; Vieira; Santos; Pinzon, 1999).

A mutabilidade, também, foi considerada, partindo do pressuposto que a avaliação da qualidade de vida pode mudar, em função do tempo, local, pessoa e contexto cultural (Paschoal, 2001).

Um novo termo, qualidade de vida relacionada à saúde (QVRS), tradução da expressão inglesa Health-related Quality of Life, de variada aplicação e significado impreciso, tem sido utilizada pelos pesquisadores dessa área (Paschoal, 2001), atribuindo valor à duração da vida quando modificada pela percepção de limitações físicas, psicológicas, funções sociais e oportunidades influenciadas pela doença, tratamento e outros agravos, tornando-se o principal indicador para a pesquisa avaliativa sobre o resultado de intervenções (Gianchello, 1996).

Dentro desta discussão, surge uma dificuldade de entendimento: seria a qualidade de vida um domínio ou dimensão da saúde, ou saúde seria uma dimensão ou domínio de qualidade de vida? Estas dúvidas estão presentes inclusive em trabalhos de ensaios clínicos, e, em grande número de artigos da literatura médica, não se encontra uma clarificação do conceito e a definição do tema, não ficando claro sobre o que os autores estão a considerar como qualidade de vida, o que seria muito importante e necessário nas investigações científicas, inclusive para fins de comparação (Paschoal, 2001).

Apesar das dificuldades conceituais, parece claro que qualidade de vida é eminentemente interdisciplinar, sendo necessária a contribuição de diferentes áreas do conhecimento para o aprimoramento metodológico e conceitual (Seidl; Zannon, 2004).

Outra definição para QVRS é o valor atribuído à vida, ponderado pelas deteriorizações funcionais, as percepções e condições sociais que são induzidas pela doença, agravos, tratamento e a organização política e económica do sistema (Minayo; Hartz; Buss, 2000)

Ambas as definições oferecem uma visão holística, englobando aspectos sociais, emocionais e de bem-estar físico de pacientes, durante e após o tratamento, e o impacto da saúde do indivíduo na sua habilidade para conduzir sua própria vida.

O termo QVRS é frequentemente utilizado para se distinguir do termo QV no sentido mais geral e dos parâmetros médicos e clínicos.

As afirmações acerca das definições de Qualidade de Vida têm incluído indicadores subjectivos e objectivos de fenómenos físicos e psicológicos. Identificam como indicadores objectivos: salário, moradia e funções físicas, comumente utilizados como medida de qualidade de vida. Consideram como indicadores subjectivos mais precisamente a experiência de vida, ou melhor, a percepção do significado das experiências individuais (Oleson, 1994) referem-se às situações externas, assim como o estado emocional e o ânimo geral (Bowling, 1994).

Há necessidade de parâmetros objectivos e subjectivos para se medir adequadamente qualidade de vida de um indivíduo, por serem dados diferentes que possibilitam medir a mesma coisa.

Nota-se que na trajectória conceitual do tema qualidade de vida, o constructo é abrangente, pois interliga diversas abordagens e problemáticas. No domínio da produção técnica, destacam-se três âmbitos complementares que são fundamentais para a análise da Qualidade de Vida (Diniz; Schor, 2006).

O primeiro âmbito, conforme os mesmos autores, trata da distinção entre os aspectos materiais e imateriais da QV. Os materiais dizem respeito às necessidades humanas básicas, como condições de habitação, abastecimento de água e sistema de saúde, ou seja, os aspectos de natureza física e infra-estrutural. Historicamente, para sociedades menos desenvolvidas, essas questões materiais eram decisivas ou pelo menos tinham uma focalização muito grande. Actualmente, as questões imateriais, mais ligadas ao ambiente, ao património cultural e ao bem-estar, tornaram-se centrais.

Um segundo âmbito faz a distinção entre os aspectos individuais e os colectivos. Os individuais relacionam-se principalmente à condição económica, pessoal e familiar; já os colectivos estão directamente ligados aos serviços básicos e públicos.

O terceiro âmbito baseia-se na diferença entre os aspectos objectivos da QV, que são facilmente apreendidos por meio da definição de indicadores de natureza quantitativa, e os aspectos subjectivos, que remetem à percepção subjectiva que os indivíduos têm sobre QV, o que varia conforme a pessoa e o estrato social (Diniz; Schor, 2006).

Desta forma percebe-se que não existe um consenso claro sobre a definição de qualidade de vida dada a sua grande subjectividade na concepção individual do que significa ter uma boa vida.

Um ponto deste conceito que merece destaque é a importância da auto-avaliação do indivíduo acerca de sua QV: um padrão de vida que é considerado como de qualidade para determinada pessoa, pode não o ser para uma outra e, além disto, faz-se necessário levar em conta as condições actuais de cada indivíduo.

Por exemplo, para um adulto saudável ter boa QV pode ser ter oportunidades no campo da saúde, da segurança, do lazer, boas condições financeiras, de moradia e de educação. Um adulto portador de necessidades especiais, que se desloca com o auxílio de uma cadeira de rodas, pode achar que tem boa QV por gozar das questões anteriormente citadas, além de residir numa casa adaptada para as suas limitações e morar numa cidade que possibilita a acessibilidade do deficiente motor.

Já para um idoso saudável ter boa QV, envolve as questões anteriormente citadas, além de ter bom suporte social, contacto com a família, se tiver alguma doença que ela esteja sob controlo, e dispor de políticas públicas elaboradas pelo governo em benefício da pessoa idosa. Porém, para um idoso acamado e com demência, o seu cuidador pode considerar que, para ele, naquele momento, ter qualidade de vida é ter uma equipa

multidisciplinar, que lhe preste a assistência adequada, ter medicação para alívio das dores, estar próximo da família, com boas condições de nutrição, higiene e de segurança.

Através destes exemplos, conseguimos perceber como a definição de qualidade de vida é tão ambivalente; que pode variar de individuo para individuo, dependendo das suas condições físicas, mentais, emocionais, económicas e/ou do contexto onde este reside.

Segundo Vieira (1996), alguns factores favoráveis como aceitar mudanças, prevenir doenças, estabelecer relações sociais e familiares positivas e consistentes, manter um senso de humor elevado, ter autonomia e um efectivo suporte social contribuem para a promoção do bem-estar geral do idoso e consequentemente, influenciam directamente numa melhor qualidade de vida.

A pirâmide de necessidades elaborada por Maslow poderá, contudo constituir um ponto de referência para definir o que se entende por qualidade de vida. Segundo este modelo é possível estabelecer uma hierarquia das necessidades de cada indivíduo em cinco escalões, situando-se as necessidades fisiológicas no escalão inferior e a auto-realização no escalão superior na escala de necessidades. Só depois de satisfeitas as necessidades básicas (alimentação, sono, habitação, etc.), é que o individuo se dedica à satisfação das necessidades mais elevadas. A satisfação das diversas necessidades poderá ser utilizada como indicador da qualidade de vida.

Independente da nossa idade, é importante procurar sempre melhorar a nossa QV, procurando saúde – não somente a ausência de doenças, mas de acordo com a definição da OMS um estado de bem-estar físico, mental, psicológico e espiritual. Alguns factores podem dificultar ou prejudicar a QV, tais como dificuldades financeiras, problemas de saúde e outras limitações, porém, é importante procurar alternativas possíveis, sempre respeitando as potencialidades e limitações de cada um, seja ele criança, adolescente, adulto ou idoso.

1.1.4. Envelhecimento e Qualidade de Vida

1.1.4.1. Consequências do Envelhecer

O conceito de qualidade de vida é difícil de definir, na medida em que abarca inúmeros aspectos diferentes e, em termos subjectivos é sentido de forma diferente por cada indivíduo. Não é pois, surpreendente que a ciência não tenha conseguido chegar a acordo quanto a uma definição uniforme do conceito de qualidade de vida.

Envelhecer é um processo inevitável e irreversível. Envelhece-se dia a dia sem outra alternativa. Assim, preparar uma velhice serena e saudável de todos os pontos de vista (físico, psíquico e social) deve ser a preocupação dos indivíduos e das sociedades.

A última etapa da vida é a continuação do que foi a existência da pessoa, das suas realizações e frustrações, dos seus trabalhos e lazeres, das suas riquezas e carências.

O Homem, Ser inteligente deve encarar esse facto racionalmente e nessa fase da vida tirar o maior partido da experiência, disponibilidade e compreensão que foi acumulando ao longo dos anos. No decorrer da sua existência está pois, exposto a variadíssimas condicionantes sociais que o sujeita, muitas vezes, a um sentimento de inutilidade, de esvaziamento, isto devido ao facto do estatuto social se ligar ao estatuto produtivo.

O idoso pode perder conjuntamente com o seu trabalho a pertença a um grupo, sentimento que a vida chegou ao fim, originando uma ruptura na sua continuidade histórica. Contudo, se existir um objectivo, um projecto por mais simples que seja, poderá levar ao bem-estar psicológico à percepção de auto-confiança e auto-controle.

A existência de um projecto de vida significa que o idoso pode continuar a ser útil, que pode fazer o que gosta e que é possível investir em actividades que lhe dão prazer.

A satisfação de vida dos idosos está intimamente relacionada com um envolvimento e uma motivação para algo que pode ser traduzido como um projecto de vida. A fonte de satisfação pessoal pode ser simples, tal como, cuidar dos netos, contar histórias a crianças ou ajudar numa instituição de solidariedade, pintar ou continuar a manter-se activo e em forma.

Como alguém disse, o bom envelhecer inscreve-se na capacidade infinita do Homem em aprender a adaptar-se ao longo da vida a situações novas, decorrente certamente também, das condições reais que cada comunidade cria no sentido de contribuir efectivamente para que cada pessoa seja sujeito da sua própria vida.

Envelhecer bem, é pois indissociável do poder de desenvolver o potencial humano que existe em cada um de nós, o que exige como condição preliminar satisfazer as necessidades humanas básicas entre as quais amar e ser amado, comunicar, estar em relação com os outros, ser reconhecido, são essenciais ao reforço do sentido de identidade fragilizado, por vezes, não só com o avanço da idade, mas também com o esforço necessário à gestão no dia-a-dia de imagens contraditórias. Assim sendo, as relações de proximidade, familiares e outras, bem como, o desempenho de papéis sociais, cultural e economicamente úteis, constituem um eixo para uma maior integração das pessoas idosas na comunidade.

Criar condições, espaços, “lugares”, onde os idosos possam conhecer outros, serem conhecidos e reconhecidos, conciliar sentimentos de pertença e solidariedade, é

certamente um desafio à comunidade, ao local e a todos os que nele se empenham pelo desenvolvimento humano e coesão social.

As linhas orientadoras para a intervenção junto da população idosa, devem ter como objectivo a promoção da qualidade de vida, devendo focar os aspectos positivos e não os negativos, as potencialidades e não as disfunções. Qualidade de vida significa estruturar recursos, cuidados e apoios em função do idoso, com suficiente flexibilidade que permita a cada idoso encontrar-se nesse espaço.

Assim, torna-se urgente, intervir na promoção da qualidade de vida das pessoas idosas, em particular no que concerne a explorar as suas potencialidades, respondendo-lhes e fazendo o possível para que a satisfação na vida do idoso seja uma realidade, para que ele tome consciência da sua existência e importância para que invista em si mesmo como fonte de satisfação em relação com a sociedade, desenvolvendo e valorizando a sua história.

Como um largo segmento da população atingirá a terceira idade na próxima década, existe uma grande necessidade em compreender melhor quais as funções que permanecem melhor nesta fase de vida, quais não permanecem e como promover a qualidade de vida neste período da vida (James e Wink, 2006).

Na área da geriatria, a questão da qualidade de vida emerge com peculiar importância, uma vez que surgem questões de ordem ética e prática, em que está muitas vezes envolvida a legitimidade e oportunidade de prolongamento da vida dos idosos. Estes, de certa forma mais frágeis do ponto de vista físico e mental, o que demanda cuidados de equipas multi-profissionais (Zagher e col., 2009). A nível biológico, os idosos estão mais susceptíveis a potenciais problemas de saúde que poderão influir no seu bem-estar e, por consequência, na sua qualidade de vida (Fernandes, 1996). As investigações que se focam nas condições que poderão propiciar uma melhor qualidade de vida na velhice revestem-se de particular importância, tanto em termos científicos como sociais, uma vez que poderão facultar a produção de alternativas de intervenção para os idosos mais adequadas ao seu bemestar (Fleck, Chachamovich, e Trentini, 2003; Hickey, 2004, cit. por Paúl, Fonseca, Martín, e Amado, 2005).

Fernandes (1996) refere que a qualidade de vida em gerontologia está relacionada com a maneira como o sujeito experiencia o seu próprio envelhecimento e vive a sua velhice.

Hortelão (2003) menciona que a qualidade de vida dos idosos está relacionada à conjugação entre a ausência de doença, o suporte social e o bom funcionamento físico e cognitivo.

Silva (2003), realizou um estudo qualitativo, que teve como propósito identificar as representações de idosos sobre os significados de “ser uma pessoa idosa” e as suas representações sobre a expressão “qualidade de vida”. Sobre o significado “ser uma pessoa idosa”, identificaram-se as seguintes representações: ‘pessoa com incapacidade funcional’; ‘com bastante idade mas com bastante saúde para trabalhar’; ‘com muita experiência de vida’; ‘que já viveu muitos anos e cumpriu os seus objectivos de vida’. Relativamente às representações sobre “qualidade de vida”, estas encontraram-se estruturadas nas seguintes dimensões: saúde física, independência física, autonomia, psicológica, social, económica, família, religiosidade e transcendência, meio ambiente e cidadania.

Bowling (1995, cit. por Fleck e col., 2003) tendo como propósito questionar os idosos acerca do que estes julgam importante na determinação da sua qualidade de vida, entrevistou um conjunto de sujeitos da comunidade, com idades distintas e com e sem doenças. Desta forma, verificou que, os idosos distinguem-se das demais faixas etárias somente por atribuírem menor relevância às actividades laborais e maior importância à saúde que os jovens. Deve-se, no entanto, considerar que o não referirem espontaneamente determinados aspectos não quer dizer que não os considerem. Num estudo realizado por Reis e Fradique (2004), os autores acederam às significações leigas sobre saúde e doença numa amostra de adultos e verificaram que existiam determinados aspectos, nomeadamente psicossociais que embora as pessoas não os referissem espontaneamente, a maioria incluía-nos nas suas concepções de saúde e doença, após exposição a narrativas representativas de uma sequência de outros níveis de desenvolvimento sociocognitivo (Reis e Fradique, 2004), sugerindo desta forma que a exposição dos sujeitos a outras concepções de saúde e doença promove o enriquecimento conceptual que aparenta já fazer parte do seu nível de conhecimento. Num estudo de Fleck e col. (2003), no âmbito da temática sobre a avaliação da qualidade de vida do idoso, foram entrevistados um grupo de cuidadores de idosos e quatro grupos de idosos: saudáveis com idades compreendidas entre os 60 e os 80 anos, doentes com essas mesmas idades, saudáveis com mais de 80 anos e doentes com mais de 80 anos. Nesse estudo, os cuidadores dos idosos, referindo-se à qualidade de vida dos idosos, mencionaram como condições que prejudicam o seu bem-estar, a falta de atenção e amor, e dificuldades em acompanhar os avanços tecnológicos. No que diz respeito ao que poderia melhorar a sua qualidade de vida, referiram a valorização, preparação dos jovens para lidar com a velhice, amor e contacto por parte da família, e motivação para aprender. O estudo de Fleck e col. (2003) identificou nos diferentes grupos de idosos, alguns factores associados à qualidade de vida que eram considerados por todos, tais como: saúde, sociabilidade, suporte social, actividade física, possibilidade de dar suporte e apoio e sentimento de utilidade. Através das

diversas respostas dadas, em que foram mencionados variados aspectos pode-se verificar a multidimensionalidade do conceito qualidade de vida.

Fernandes (1996) num estudo intitulado ‘Conceito de Qualidade de Vida para o Idoso’, mencionou que, os idosos entrevistados referiram, entre outros aspectos, o risco de dependência por perda de autonomia, o internamento em lares, a inabilidade dos serviços de saúde em dar resposta às suas necessidades, sentimentos de perda (e.g. viuvez, morte de familiares e amigos, ou afastamento de entes queridos) e o viver só, como condições que dificultam a sua qualidade de vida. Como meios de suporte que podem facilitar a sua qualidade de vida referiram o apoio familiar, dos serviços de saúde, sócio-religiosos e recursos económicos. Referiram ainda, como recursos neste sentido, o bem-estar psico-espiritual, a autonomia e auto-estima. Mencionaram também que a preparação para a idade adulta avançada, as relações de inter-ajuda e o permanecer no seu lar como condições que podem facultar a sua qualidade de vida.

Pimentel (1995), realizou um estudo sobre o lugar que o idoso ocupa nas redes de solidariedade e interações primárias, com idosos institucionalizados e não institucionalizados. Ao basear-se nas informações construídas a partir do discurso dos próprios idosos, verificou que a maioria dos idosos que se encontravam a residir em suas casas, revelaram vontade de manter a sua independência em relação aos seus familiares e continuar em suas casas o mais tempo possível. Paúl e col. (2005) também notaram no seu estudo, realizado com idosos na comunidade, que todos os idosos manifestaram o desejo de continuar a residir em suas próprias casas.

1.1.4.2. Variáveis que influenciam a Qualidade de Vida das Pessoas mais velhas

A qualidade de vida depende de vários factores ambientais e pessoais, portanto, é analisada usando certos indicadores que incluam a saúde, as habilidades funcionais - tais como a capacidade de cuidar de si mesmo - a situação financeira - por exemplo, se têm uma pensão ou renda — a família e os amigos, as relações sociais, a actividade física, a saúde e os serviços de assistência social, o conforto em casa e na proximidade imediata, a satisfação com a vida e as oportunidades de aprendizagem e culturais. As variáveis sócio-demográficas e de personalidade são usadas com mais frequência para avaliar o bem-estar subjectivo. As diferenças de género, idade, estado civil e residência parecem ser de importância decisiva. No entanto, a qualidade de vida dos idosos parece não depender tanto do

contexto em que se encontram (por exemplo, se vivem em casa ou numa instituição), mas sim de outras variáveis, tais como a idade (maior satisfação nos mais jovens), se é homem ou mulher (os homens tendem a ser mais felizes do que as mulheres) e quanto à sociabilidade (maior status maior qualidade de vida) (Moreno e Ximénez, 1996).

Por outro lado, Newson e Shutz (1996) constataram que o funcionamento físico é um preditor de apoio social e ele prevê significativos sintomas depressivos e satisfação com a vida. Viersen, Jelacic e Ormel (1997) concluíram essa personalidade de recursos como o neuroticismo e a influência de auto-eficácia significativamente em níveis de qualidade de vida relacionados com a saúde ou a percepção da pessoa sobre os mesmos.

Apoio social recebido e percebido também é uma das variáveis críticas para a qualidade de vida dos idosos. Falta de apoio familiar ou marital reduz a motivação das pessoas mais velhas para cuidar e prejudica a saúde do seu estado de saúde. Quando não houver suficiente suporte natural, os idosos necessitam de apoio específico para evitar a institucionalização. Suporte mais social, é inferior ao que é a probabilidade nestas idades. Por conseguinte, é importante a execução da intervenção de programas famílias e de grupos de auto-ajuda, dos vizinhos e de voluntariado (Fernández-Ballesteros, Zamarrón Maciá, 1996).

De acordo com a revisão exaustiva da literatura científica, Schalock e Verdugo (2002 / 2003), referem como principais indicadores da qualidade de vida na população idosa: o **Bem-Estar Físico** (saúde, bem-estar físico global e cuidados de saúde; a **Inclusão Social** (ambiente residencial e suporte); o **Bem-Estar Emocional** (bem-estar psicológico e satisfação); o **Desenvolvimento Pessoal** (competência pessoal); as **Relações Interpessoais** (suporte) e os **Direitos**.

Já as teorias do envelhecimento bem sucedido (Stevens, 2001) vêem o sujeito como pro-activo, regulando a sua qualidade de vida através da definição de objectivos e lutando para os alcançar, acumulando recursos que são úteis na adaptação à mudança e activamente envolvidos na manutenção do bem-estar. Sendo assim, um envelhecimento bem sucedido é acompanhado de qualidade de vida e bem estar e deve ser fomentado ao longo dos estados anteriores de desenvolvimento.

De acordo com Victor et al (2000), a qualidade de vida inclui um alargado espectro de áreas da vida. Os modelos de qualidade de vida vão desde a satisfação com a vida ou bem-estar social, a modelos baseados em conceitos de independência, controle, competências sociais e cognitivas. Smith (2001) considera que o conceito de bem-estar mudou a partir de meados do século XX. Até aí significava, apenas, disponibilidade de bens materiais (comida, casa de banho, casa aceitável, acesso a serviços de saúde e de acção social, dinheiro suficiente). Actualmente relaciona-se, também, com dimensões menos tangíveis (sentido de segurança, dignidade pessoal, oportunidades de atingir objectivos pessoais,

satisfação com a vida, alegria, sentido positivo de si). A noção de qualidade de vida também passa pela mesma alteração, engloba os recursos e o direito a gozar a vida.

A qualidade de vida na velhice tem sido, muitas vezes, associada a questões de dependência-autonomia (Duarte; Pavarini, 1997). As dependências observadas nos idosos resultam tanto de alterações biológicas (deficiências ou incapacidade) como de mudanças nas exigências sociais (desvantagens) e, frequentemente, as últimas parecem determinar as primeiras. Baltes & Silvenberg (1995) descrevem três tipos de dependência:

- Estruturada, onde o significado do valor do ser humano é determinado, em primeiro lugar, pela participação no processo produtivo (na velhice salienta-se a dependência gerada pela perda do emprego).
- Física, incapacidade funcional individual para realizar actividades de vida diária.
- Comportamental, com frequência antecedida pela dependência física, é socialmente induzida independentemente do nível de competência do idoso, o meio espera incompetência.

É importante distinguir os efeitos da idade de patologia. Algumas pessoas mostram declínio no estado de saúde e nas competências cognitivas precoces, enquanto outras vivem saudáveis até aos 80 anos e mesmo 90 anos. Começa a ser aceite que qualquer declínio precoce provavelmente reflecte patologia e não os efeitos da idade (Hansson; Carpenter, 1994). Ou seja, a dependência não é um elemento que caracteriza apenas esta fase da vida.

Em Portugal não existem estudos de caracterização da (in) dependência nos idosos, aliás esta população tem tido pouca atenção por parte dos investigadores.

1.1.5. Idosos Institucionalizados

O processo de institucionalização da pessoa idosa, é uma realidade situacional e ambiental para algumas pessoas que, por motivos de vária ordem, não encontraram dentro da comunidade uma resposta satisfatória às suas necessidades existenciais.

Ou porque a família não tem tempo ou capacidade para se ocupar do idoso que se tornou dependente e/ou cronicamente doente; ou porque a viuvez, ou a perda de companheiros de uma vida, a acrescer à falta de uma actividade válida, o coloca numa situação solitária e fragilizante.

Depois, ao nível secundário, são poucos ou raros os «programas comunitários de atendimento ao idoso», principalmente quando se encontram dependentes ou dementes, o que deixa as suas famílias sem outras alternativas à institucionalização (Born, 2002, p. 406).

Estes vários motivos, que até se poderão sobrepor, caracterizam em última análise a questão da independência da pessoa idosa, entendida como a capacidade de realizar por si mesma a satisfação das suas necessidades e de concretizar as actividades da vida diária sem que dependa da ajuda de outras pessoas (Belsky, 1996; Imaginário, 2004).

Nesta perspectiva, a institucionalização é a alternativa de último recurso à vida familiar para os mais frágeis e dependentes (Berger & Mailloux-Poirier, 1995; Netto, 2002).

Assim, a institucionalização, quer por vontade própria quer por sugestão de familiares ou outros (amigos, vizinhos), pode ser vista como um ganho, pelo recurso à oferta paga de acompanhamento e de cuidados, principalmente se a doença lhe impõe, ou vier a impor, limites sérios à sua funcionalidade.

No fundo, do ponto de vista psicológico, trata-se da procura de vínculos alternativos, numa outra relação de apoio e de protecção, a fim de que o resto das suas vidas possa ser vivido em segurança, para o que muito contribui «a própria qualidade de vida oferecida pelas instituições» (Santos, Sobral, Ribeiro & Costa, 2003, p.12).

Ora, a instituição, rede de suporte formal, substitui-se à rede de cuidados informais e familiares. De acordo com Born, a qualidade das instituições depende de todo um conjunto que engloba o ambiente humano e espacial, «onde a vida é valorizada e a dignidade do idoso é reconhecida até no leito da morte» (2002, p.406).

Assim é quando a instituição representa metaforicamente um prolongamento do que Winnicott (2002) denominou por mãe suficientemente boa, juntamente com a sua capacidade de *holding*, para lembrar um ambiente de confiança capaz de ajudar as pessoas a estabelecer uma relação feliz com o mundo externo e o interno.

O ambiente institucional que oferece uma base segura, adapta-se às necessidades emocionais da pessoa idosa e deixa margem para que esta possa manifestar a sua própria personalidade. A preservação e a potencialização das capacidades individuais tornam-se fundamentais para a continuidade e bem-estar do idoso, de forma a evitar interacções insatisfatórias e experiências de frustração intolerável.

É um ambiente que se centra na pessoa, onde paralelamente se desenvolvem cuidados gerontológicos adequados como os que, nomeadamente, são sugeridos por Berger & Mailloux-Poirier: (a) desenvolvimento de planos que visam a promoção e a manutenção da saúde, logo, o bem-estar; (b) aperfeiçoamento de cuidados em conjunto com outras equipas de cuidadores, que tenham em conta a pessoa e a sua história de vida; (c) promoção de

modelos de cuidados que sejam mais convenientes à readaptação e autonomia da pessoa idosa.

Pelo contrário, se o ambiente institucional antes privilegia as tarefas da rotina diária e a impessoalidade dos cuidados a desenvolver (e.g., controlo de medicações, higiene e alimentação das pessoas dependentes, limpeza e arrumação dos espaços institucionais), tenderá a privar o residente de estimulação, de atenção emocional e de vínculos afectivos. Cuidados desenvolvidos de forma impessoal terão um efeito negativo na vivência da pessoa institucionalizada (Fernandes, 2002).

A literatura nesta área sugere-nos que a saúde de idosos institucionalizados requer uma grande atenção às suas necessidades multi-dimensionais, incluindo aspectos físicos, psicológicos e sociais, que por sua vez são influenciados pelo ambiente (Breslow, 1972, OMS, 1978, cit. por Lai, e col., 2005), de forma a se obter uma melhor compreensão dos aspectos que contribuem para o detrimento da sua qualidade de vida. A compreensão dos seus aspectos psicológicos, sociais, ocupacionais e físicos (qualidade de vida nas suas várias dimensões), torna-se importante para sugerir acções que, de algum modo, possam promover a qualidade de vida dos idosos institucionalizados.

Tendo em conta que a institucionalização ocorre, usualmente, como consequência da incapacidade funcional do idoso, associada à ausência ou insuficiência de apoios sociais (Paúl, 1997, cit. por Pinho, 2005; Veras, Ramos, Kalache, 1987, Chaimowicz, e Greco, 1999, Rezende, 2001, Heredia, Casara, Cortelletti, Ramalho, Sassi, e Borges, 2004, citados por Silva e Rezende, 2005) e considerando a previsão que existe, actualmente, acerca do aumento da população idosa, bem como as dificuldades com que a sociedade se depara nos dias de hoje, torna-se deveras importante aprofundar o estudo da qualidade de vida em idosos institucionalizados de modo a promover uma melhor compreensão desta temática e, consequentemente, encontrar maneiras para prevenir algumas consequências menos positivas do envelhecimento em condições de institucionalização, e proporcionar dados para a melhoria da saúde e qualidade de vida das pessoas neste escalão etário.

Sabe-se que, os contextos sociais em que o sujeito vive surgem como fundamentais para compreensão dos diferentes processos de envelhecimento (Rebelo, 2007).

Alguns autores, como Lai e col. (2005), mencionam que as investigações têm revelado que os idosos institucionalizados que manifestam níveis mais elevados de qualidade de vida relacionada com a saúde, são aqueles com mais educação, menos doenças crónicas, boa performance física, mais contacto com os cuidadores. Estes autores ao estudarem a qualidade de vida relacionada com a saúde, numa população de idosos institucionalizados em Taiwan, verificaram que a prevenção da incapacidade funcional (associada ao auto-cuidado) é a questão mais importante em idosos que vivem em instituições. Outros autores

têm também enfatizado a importância da funcionalidade na qualidade de vida da população de idosos (Bowling, Banister e Sutton, 2003, cit. por Paúl e col., 2005).

Savonitti (2000) estudou a qualidade de vida em idosos institucionalizados, e verificou que, entre as variáveis sócio-demográficas estudadas e os domínios da qualidade de vida analisados, apenas a situação conjugal apresentou uma influência considerável, nomeadamente, sobre os domínios: estado geral de saúde e saúde mental. A autora verificou também que um aumento do grau de dependência em algumas das actividades de vida diárias estava associado a uma avaliação menos positiva do idoso no que diz respeito ao domínio capacidade funcional. Ao dividir a amostra em dois grupos – com ‘melhor qualidade de vida’ e com ‘pior qualidade de vida’ – a autora observou que, na diferenciação entre estes, apenas a dependência da mobilidade e no cuidado corporal eram estatisticamente significativas.

É conveniente referir que o estudo de Savonitti (2000) e o de Lai e col. (2005), foram realizados em diferentes contextos, Brasil e Taiwan respectivamente que não o português, pelo que deve-se ter em conta que os contextos culturais são diferentes.

Num estudo comparativo realizado por Pinho (2005), em Portugal, sobre uma amostra de idosos institucionalizados e outra de idosos não institucionalizados, a autora observou, no que diz respeito a expectativas face à saúde, que os idosos institucionalizados relataram, na sua maioria, uma “melhor” saúde relativamente ao ano anterior, ao passo que os não institucionalizados, a referiam como “pior”. Eram também estes que, considerando as suas doenças, mencionavam mais a necessidade de serem consultados por uma entidade médica como sendo importante para uma melhor qualidade de vida.

Num estudo realizado por Fernandes (2000), também em Portugal, em que o autor comparou uma amostra de idosos institucionalizados há menos de seis meses com uma outra de idosos institucionalizados mas com um tempo superior a seis meses, verificou que quanto mais tempo estava o idoso na instituição, menores eram os seus sentimentos de auto-eficácia e os seus índices de qualidade de vida.

Lang (2001, cit. por Lopes, 2004) menciona os relacionamentos sociais como importante recurso na qualidade de vida, referindo que a interacção social possibilita os indivíduos de regularem a qualidade, estrutura e função das redes sociais de modo a aumentarem seus próprios recursos sociais, e podendo contribuir para a adaptação ao envelhecimento. Lowenthal e Haven (1968, cit. por Lopes, 2004) já tinham enfatizado a importância das relações sociais próximas na adaptação ao envelhecimento. A importância do suporte social neste sentido tem sido corroborado por vários autores na literatura (Krause, 2001, Bosworth e Schaie, 1997, Krause, 1997, Bowling, Banister e Sutton, 2003, citados por Paúl e col., 2005). Heller e col. (1991, cit. por Lopes, 2004) referem que as investigações com

idosos têm evidenciado uma interacção entre as variáveis redes sociais e saúde física e mental.

Christensen, e col. (1996, cit. por Lopes, 2004) salientam que uma vida social estimulante pode influenciar as capacidades cognitivas dos idosos, quer estejam institucionalizados ou não.

No estudo de Pimentel (1995), realizado em Portugal, a autora verificou que a maior parte dos idosos perspectivava o ingresso na instituição de forma angustiante, envolvendo mudanças de hábitos e contextos de vida mas que, contudo, a possibilidade que a instituição oferecia de abertura ao exterior e de estimulação das relações sociais, ajudava a que os idosos institucionalizados fossem integrados com mais facilidade e os que não se encontravam institucionalizados representassem a possibilidade de virem a ser institucionalizados de uma maneira mais positiva.

Lai e col. (2005) referem que as pessoas idosas que vivem em instituições, têm poucas oportunidades para participar em actividades recreativas ou de lazer, têm menor mobilidade e menos sentimentos positivos. No entanto, deve-se salvaguardar que estes resultados apesar de apresentarem algumas diferenças relativamente aos anteriormente referidos, foram obtidos num contexto sócio-cultural diferente, que não o português.

No estudo de Pimentel (1995) os idosos que não se encontravam institucionalizados revelaram ter mais oportunidade para realizarem actividades do quotidiano, ao passo que os institucionalizados tinham esse envolvimento mais limitado pelas normas de funcionamento, embora a instituição tenha revelado investimento em espaços e momentos de realização pessoal (Pimentel, 1995). Contrariamente, no estudo de Pinho (2005), foram os idosos não institucionalizados que revelaram mais condicionalismos na normal vida social associado à saúde física ou problemas emocionais, e também mais dores físicas, muitas das quais com repercussões nas actividades de vida diária e na sua vida social e emocional.

Numa investigação conduzida por Humphries e Van (2000, cit. por Lai, e col., 2005), os autores notaram que a maioria dos idosos institucionalizados revelavam não aproveitar a vida e não acreditar que a mesma tivesse sentido. Estas atitudes sugerem um humor depressivo, que é um forte preditor do declínio da saúde e de pior percepção de bem-estar (Parmelee, Lawton, e Katz, 1998, cit. por Lai, e col., 2005).

Estes resultados devem, no entanto, ser aqui considerados com especial cautela na medida em que foram obtidos num contexto sócio-cultural diferente do português.

No estudo de Pinho (2005), realizado em Portugal, foram os idosos institucionalizados que revelaram, com uma diferença significativa relativamente aos não institucionalizados, possuírem índices de depressão menor, mais perturbações cognitivas, uma idade cronológica superior mas também uma melhor qualidade de vida.

Pode-se constatar que, os estudos que se debruçam sobre o tema da institucionalização dos idosos têm revelado alguns resultados contraditórios entre si. No entanto, neste âmbito, importa ter em atenção o contexto cultural e social em que foram realizadas as investigações. Sendo que, torna-se aqui importante considerar alguns resultados diferentes entre si, supracitados, que foram encontrados, em contexto português, através de revisão da literatura efectuada. No que diz respeito ao envolvimento dos idosos em actividades de vida diárias, Pimentel (1995) verificou que eram os institucionalizados que tinham esse envolvimento mais condicionado, enquanto que, Pinho (2005) notou na sua investigação que eram os não institucionalizados que tinham mais condicionamentos a este nível. Relativamente aos índices de qualidade de vida, encontraram-se também dois estudos com descobertas, de certa forma, contraditórias, designadamente o estudo de Fernandes (2000) e Pinho (2005). Este último, notou que os idosos institucionalizados manifestaram índices mais elevados de qualidade de vida, a comparar idosos institucionalizados e idosos a residir na comunidade. Fernandes (2000), por sua vez, comparou dois grupos de idosos institucionalizados mas com tempos diferentes de institucionalização, tendo verificado que a um maior tempo de institucionalização estava associada uma diminuição da qualidade de vida.

A propósito da influência cultural e social neste contexto, alguns autores, como Pimentel (2001, cit. por Pinho, 2005) enfatizam que a forma como se envelhece bem como a maior ou menor valorização que é dada a este processo são mais influenciadas pelas sociedades humanas do que pela natureza. O autor faz alusão à influência das épocas, culturas, modo de vida, meio científico, médico e tecnológico, no modo como se envelhece com reflexões também na qualidade de vida.

1.1.6. Idosos em Meio Rural e em Meio Urbano

O processo de envelhecimento, ser uma experiência positiva ou não, é em parte determinado pelo contexto social em que o sujeito envelhece, contudo, o envelhecimento também influencia o contexto social, uma vez que o idoso com as suas características e experiências leva a uma determinada actuação da sociedade (Pinho, 2005).

Lopes (2004) realizou um estudo comparativo com idosos do meio rural e do meio urbano sobre a qualidade de vida e suporte social, e verificou diferenças significativas entre as amostras, tendo observado níveis mais elevados, nos idosos do meio rural, nas dimensões 'funcionamento físico' e 'papel físico' relativas à qualidade de vida. No que diz respeito ao suporte social, o autor observou que era na amostra rural que existia uma maior percep-

ção de suporte social recebido. Nesse estudo, o autor observou ainda correlações positivas entre a qualidade de vida e a satisfação com o suporte social. Também Paúl e col. (2005) ao estudarem uma amostra de idosos de meio rural e outra amostra de idosos de meio urbano notaram que existiam diferenças significativas entre as amostras, com os idosos de meio rural a apresentar maior percepção de suporte social recebido e maior nível de autonomia.

Hespanha (1990, cit. por Lopes, 2004) menciona como a grande diferença entre o meio rural e urbano, a actividade agrícola que, pela sua organização laboral com características particulares relativas às práticas sociais, leva a que sejam reforçados os laços de vizinhança e sociabilidade e também a importância do núcleo familiar. Paúl e col. (2005) para além de terem referido que os idosos rurais têm uma rede mais alargada de familiares e amigos, fizeram referência ao seu maior nível de autonomia provavelmente associado à vida mais activa que levam na pequena agricultura e criação de animais.

1.1.7. Qualidade de vida: instrumentos de medida

Houve na última década uma proliferação de instrumentos de avaliação de qualidade de vida e afins, a maioria desenvolvidos nos Estados Unidos com um crescente interesse em traduzi-los para aplicação em outras culturas. A aplicação transcultural através da tradução de qualquer instrumento de avaliação é um tema controverso. Alguns autores criticam a possibilidade de que o conceito de qualidade de vida possa ser não-ligado a cultura (Fox-Rushby e Parker, 1995). Por outro lado, em um nível abstracto, alguns autores têm considerado que existe um "universal cultural" de qualidade de vida, isto é, que independente de nação, cultura ou época, é importante que as pessoas se sintam bem psicologicamente, possuam boas condições físicas e sintam-se socialmente integradas e funcionalmente competentes (Bullinger, 1993).

Os primeiros instrumentos destinados a medir a QV apareceram na literatura na década de 1970 e, desde então, têm mostrado um desenvolvimento considerável.

A medida da qualidade de vida é um fato irreversível que vai, provavelmente, pertencer ao nosso universo, trata-se de um instrumento recente, vindo de uma tradição estrangeira, anglo-saxônica, empirista e utilitarista (Gianchello, 1996).

A literatura apresenta diferentes instrumentos de mensuração da qualidade de vida, Bowling (1994) faz uma revisão sobre as escalas de qualidade de vida relacionadas à saúde, incluindo medidas de capacidade funcional, do estado de saúde, de bem-estar psicológico, de redes de apoio social, de satisfação e estado de ânimo de pacientes. Em geral, con-

clui que, de forma explícita ou implícita, toda a medida repousa sobre teorias que guiam a seleção de procedimentos de mensuração.

Três correntes orientam a construção dos instrumentos hoje disponíveis: o funcionalismo, que define um estado normal para certa idade e a função social e o seu desvio, ou morbidade, caracterizado por indicadores individuais de capacidades de execução de atividades; a teoria do bem-estar, que explora as reações subjetivas das experiências de vida, procurando a competência do indivíduo para minimizar os sofrimentos e aumentar a satisfação pessoal e do seu entorno, e a teoria da utilidade, de base económica, que pressupõe a escolha dos indivíduos ao compararem um determinado estado de saúde a outro (Minayo ; Hartz; Buss, 2000).

Os instrumentos de medida de QV consistem em questionários que medem sentimentos, auto-valorização ou condutas, por meio de interrogatório direto com o paciente (entrevista) ou questionário auto-aplicável.

Em relação ao campo de aplicação, autores citam (Minayo; Hartz; Buss, 2000), que as medidas podem ser classificadas como genéricas, as quais utilizam questionários de base populacional sem especificar patologias, sendo mais apropriadas para estudos epidemiológicos, planeamento e avaliação dos sistemas de saúde.

As específicas são utilizadas para situações relacionadas à qualidade de vida quotidiana dos indivíduos, subsequentes à experiência de doenças, agravos ou intervenções médicas; refere-se a doenças crónicas ou a consequências crónicas de doenças ou agravos agudos.

Os instrumentos genéricos têm sido citados nos últimos 20 anos em diversas publicações, sendo que uma das suas características fundamentais é avaliar também a população geral, podendo ser utilizados como referência para interpretar as pontuações. Já os instrumentos específicos, que não são poucos, facilitam a padronização e a quantificação da medida dos sintomas e seu impacto como a precisão das medidas no momento de valorizar os efeitos dos tratamentos (Diniz; Schor, 2006).

Na obra *Directory of instruments to measure quality of life and correlate áreas*, publicado em 1998, o autor (Costa Neto, 2002) identifica 446 instrumentos utilizados para avaliação da QV, num período de 60 anos, sendo que 322 destes apareceram na literatura a partir dos anos 80, e destaca que esse acentuado crescimento nas duas últimas décadas atesta os esforços voltados para o amadurecimento conceitual e metodológico do uso do termo na linguagem científica.

Alguns instrumentos podem ser mencionados como: SF- 36 (The Medical Outcomes Study 36 itens) atualmente um dos mais utilizados internacionalmente, aplicável a diversos tipos de doenças. Por ser composto de questões gerais que incluem o funcionamen-

to físico, as limitações causadas por problemas de saúde física e emocional, o funcionamento social, a saúde mental, a dor, a vitalidade (energia/fadiga) e as percepções da saúde geral avaliam, portanto, a qualidade de vida relacionada à saúde. Foi adaptado para o português por Ciconelli (1997) e aplicado a pacientes portadores de artrite reumatóide.

A Organização Mundial de Saúde desenvolveu o instrumento “The World Health Organization Quality of Life Assessment” (WHOQOL, 1995) composto por 100 itens, cuja versão em português foi traduzida e validada por pesquisadores da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (Fleck et al., 1999) para avaliar Qualidade de Vida numa perspectiva transcultural. Considera o conceito de qualidade de vida subjetivo, multidimensional, incluindo facetas da vida positivas, como mobilidade, desempenho de papel, contentamento, e negativas, como fadiga, dor, dependência de medicação e sentimentos negativos.

Seis domínios fazem parte da abordagem proposta pelo WHOQOL (1995) Group: psicológico, físico, nível de independência, relações sociais, ambiente, espiritualidade/ religião/ crenças pessoais. Cada domínio é sintetizado por vários sub-domínios que são avaliados por quatro questões. Assim, o instrumento é composto por 24 sub-domínios específicos e um domínio geral que inclui questões de avaliação global de qualidade de vida.

No âmbito médico, desenvolveram-se também instrumentos de avaliação de qualidade de vida, focalizados, primeiramente, na ideia de complementar as análises de sobrevivência. Com a evolução dos estudos, estes instrumentos integraram análises de custo-utilidade, ou seja, a qualidade de vida dos pacientes deveria avançar um patamar melhor do que o anterior à intervenção (Minayo; Hartz; Buss, 2000).

Os pesquisadores na enfermagem têm vindo a desenvolver trabalhos sobre a qualidade de vida e têm utilizado diferentes instrumentos, sendo importante destacar que no âmbito específico da enfermagem, as enfermeiras americanas Ferrans e Powers criaram um instrumento para medir o índice de qualidade de vida tanto de pessoas saudáveis como daquelas que apresentam algum tipo de problema de saúde e que tem sido utilizado em estudos sobre qualidade de vida, voltados para a área da saúde. Até o momento já foram contabilizados mais de 100 (cem) publicações que utilizaram o índice de Qualidade de Vida (IQV) proposto por estas autoras (Ferrans; Powers, 1992). No Brasil este instrumento foi traduzido e validado por Kimura (Kimura, 1999).

A Dra. Carol Estwing Ferrans, pesquisadora do Departamento de Enfermagem Médico-Cirúrgica da Escola de Enfermagem da Universidade de Illinois, Chicago, desde 1982, tem desenvolvido estudos sobre qualidade de vida, em colaboração com outros pesquisadores.

Ferrans faz uma crítica às abordagens tradicionais de desenvolvimento de conceitos, porque considera que os resultados produzidos carecem de coesão e poder explicativo.

Por isso desenvolveu um modelo conceitual de qualidade de vida baseado numa variedade de abordagens metodológicas, cujo objetivo foi subsidiar a criação de um instrumento de medida deste conceito (Kimura,1999).

Optou por uma abordagem individualista, ou seja, uma visão ideológica em que os próprios sujeitos pudessem definir o que representa qualidade de vida para eles. O sujeito é questionado sobre a avaliação que faz de sua própria qualidade de vida em relação a domínios específicos da vida (Kimura, 1999).

A essência da qualidade de vida baseia-se na experiência de vida de cada pessoa e só a ela cabe julgá-la, de acordo com seus valores e preferências (Oleson, 1990).

Após uma ampla revisão da literatura, Ferrans e Powers (1992) destacaram seis grandes núcleos intrínsecos ao conceito de qualidade de vida: capacidade de viver uma vida normal, capacidade de viver uma vida socialmente útil (utilidade social), capacidade natural (física e mental), alcance de objetivos pessoais, felicidade/afeto e satisfação com a vida.

Dentre eles, a satisfação com a vida foi considerada pela autora como o núcleo que converge para a abordagem individualista, uma vez que os outros aspectos como vida normal, utilidade social, capacidade natural e alcance de objetivos não necessitam obrigatoriamente de avaliação pessoal, podendo acontecer por outrem (Ferrans; Powers, 1992).

A percepção subjetiva do nível de felicidade e de satisfação quanto aos diferentes aspectos da vida é o principal determinante no julgamento positivo ou negativo da qualidade de vida (Oleson,1990).

O instrumento desenvolvido por Ferrans; Powers é composto por duas partes: a primeira permite a mensuração da satisfação com vários domínios e a segunda, a importância de cada um desses domínios para o respondente. Quatro são os domínios propostos neste instrumento: Saúde / Funcionamento, Psicológico / Espiritual, Sócio / Económico e Família (Kimura,1999).

Na mensuração da Qualidade de Vida a escolha do instrumento a ser utilizado é fundamental, para a viabilização do estudo.

Inicialmente esta escolha deve estar baseada no propósito da pesquisa e em seguida garantir que o instrumento contenha domínios necessários para que sejam medidos na população em questão. Importante ainda é saber se o instrumento escolhido tem sido testado em uma mesma população ou em uma similar ao de interesse, se foram divulgados os resultados estatísticos de sua propriedade de medida e se o mesmo foi traduzido e adaptado culturalmente e como foi conduzido esse processo.

Outro fator relevante na escolha do instrumento é quanto a sua aplicabilidade; ou seja, tempo gasto para a sua aplicação além de ser de fácil compreensão aos indivíduos que farão parte deste estudo, garantindo assim a fidedignidade dos resultados.

1.1.8. Medir qualidade de vida na velhice

O significado do termo qualidade de vida do ponto de vista estritamente semântico faz-nos pensar em um nível de excelência que se refere aos aspectos essenciais da existência humana. Historicamente tem tomado a avaliação da satisfação pessoal com os aspectos da vida em si como uma medida da qualidade de vida. No entanto, da evolução que tem experimentado o conceito das últimas décadas, os pesquisadores concordam que também é necessário compreender e avaliar os factores contextuais, especialmente quando definimos a deficiência, deficiência física ou envelhecimento como ajustes problemáticos entre o indivíduo e seu ambiente (Schalock, 2000).

Medição da qualidade de vida não é uma tarefa simples, uma vez que estamos a falar de um conceito difícil de definir. No entanto, o crescente interesse em compreender o conceito também aumentou esforços para avaliar a qualidade de vida.

A vida das pessoas idosas é frequentemente associada com a doença e a perda de muito diversificado e cheio de mudanças. No entanto, isso não impede os idosos para atingir níveis aceitáveis de bem-estar físico, psicológico e social. As primeiras tentativas de melhorar as condições de vida destas pessoas foram direccionadas para analisar suas habilidades, memória e aprendizagem. Da mesma forma, investigação inicial centrou-se na obtenção de adaptação à velhice e aposentadoria. Posteriormente começou a examinar o nível de actividade e satisfação com a vida, começando com isso o verdadeiro objectivo da melhoria da qualidade de vida, nessa fase da vida.

Actualmente, estudos da qualidade de vida são direccionados para conhecer e trabalhar indicadores objectivos de qualidade de vida dos indivíduos que afectam seu bem-estar. Ao lado deste tipo de investigação, desenvolver muitos outros para examinar os serviços prestados e apoio social recebido.

Medir QV é um processo difícil, não só por causa da complexidade e subjetividade do constructo Qualidade de Vida, mas, também, por causa da heterogeneidade da Velhice. Além disso, a dificuldade é ainda maior, pois há paucidade de instrumentos construídos especificamente para essa faixa etária, nenhum deles é adaptado ao nosso contexto sócio-cultural.

CAPITULO II: METODOLOGIA

2.1. A Natureza do Estudo

Ruta e Garrat (1994, cit. por Hortelão, 2003) mencionam que a qualidade de vida para ter significado deve ser definida em termos individuais. Também Pereira (1993, cit. por Hortelão, 2003) faz alusão a que a qualidade de vida só tem a possibilidade de ser descrita em termos individuais, sendo específica ao sujeito. Considerando os domínios que determinam a qualidade de vida do sujeito, Hortelão (2003) refere que a avaliação que o sujeito faz acerca das características de um dado domínio, vai depender da percepção que o sujeito tem desse atributo em que faz comparação com os seus padrões pessoais. Este mesmo autor faz referência a que quando um dado indivíduo percebe um determinado bem-estar e qualidade de vida, a ambiguidade acerca dessa percepção é geralmente significativa.

Não obstante e tendo em conta a subjectividade do conceito qualidade de vida, no presente estudo, um dos desafios colocados trata-se de investigar eventuais diferenças entre a perspectiva do idoso acerca da sua qualidade de vida em diferentes contextos habitacionais.

Como já foi referido, o presente estudo debruça-se sobre avaliar a qualidade de vida da população idosa do concelho da Sertã e ainda se o contexto habitacional tem influência na sua percepção acerca da própria qualidade de vida.

Pretendemos contribuir para a caracterização da qualidade de vida da população em estudo, através de um estudo exploratório que identificará os aspectos que estão relacionados à sua qualidade de vida. O conhecimento das realidades diversas em que os idosos se encontram inseridos permite definir objectivos de qualidade de vida e ajustar políticas sectoriais de modo a otimizar recursos (Paúl, e col. 2005; Fonseca, Paúl, Martín, e Amado, 2005).

Através da constituição de duas amostras, uma de idosos institucionalizados e outra de idosos não institucionalizados, optou-se por desenvolver a presente investigação com os seguintes objectivos específicos:

- 1) Avaliar, através do questionário construído pela investigadora, duas perspectivas da QV:
 - a do idoso institucionalizado e a do idoso não institucionalizado;
- 2) Análise dos resultados numa perspectiva diferencial de comparação intergrupos:

- perspectiva do idoso institucionalizado versus perspectiva do idoso não institucionalizado;
- 3) Análise dos resultados numa perspectiva diferencial de comparação intergrupos, considerando as perspetivas dos idosos sobre a sua qualidade de vida, em diferentes contextos habitacionais, isto é, considerando os idosos divididos em institucionalizados (lar e centro de dia) e residentes na comunidade sem estarem associados a qualquer instituição.

Desta forma, pretende-se contribuir para um melhor conhecimento da população de idosos e contexto de situação de apoio, permitindo uma melhor compreensão da qualidade de vida dos idosos através da análise dos factores associados a esta. Espera-se que os dados obtidos ao longo desta investigação possam ajudar a promover a compreensão da temática em estudo e contribuir para a implementação de estratégias e programas mais eficazes, no sentido de uma actuação conjunta dos profissionais e cuidadores envolvidos nos cuidados aos idosos, tendo em vista a promoção de uma melhor qualidade de vida destes idosos.

2.2. Objectivo Geral do Trabalho

Cada vez mais, o idoso é encarado como uma pessoa, que tem direito a viver num ambiente favorável, devendo assumir responsabilidades no decorrer da sua própria velhice. Aliás, as capacidades dos idosos deveriam ser devidamente reconhecidas e estimuladas, aproveitando o seu manancial de conhecimentos, de experiências e de vivências, possibilitando-lhes mesmo uma intervenção na dinâmica da comunidade (Soczka, 2005). A importância da qualidade do processo de envelhecimento, que é proporcionado a esta faixa etária da nossa população, deverá necessariamente corresponder às exigências e solicitações, de modo a atuar como processo facilitador do envelhecimento (Carrus, Fornar, Bonnes, 2005).

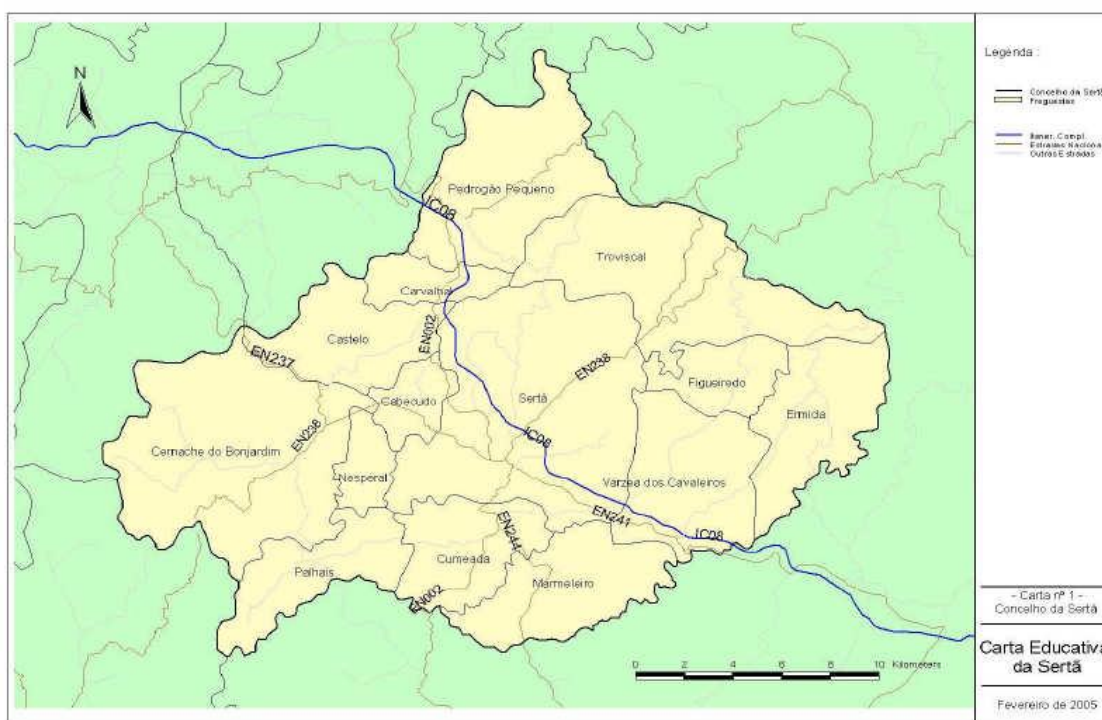
Sendo sensível ao aumento da longevidade populacional no nosso país e à falta de recursos que proporcionem uma melhor qualidade de vida à população idosa e à relevância da existência de maior número de estudos sobre esta temática em Portugal, este trabalho tem como principal objectivo contribuir para a produção de conhecimentos sobre a qualidade de vida da população de idosos do concelho da Sertã.

2.3. Contextualização da Situação – Problema

O Concelho da Sertã situa-se numa posição periférica do Distrito de Castelo Branco; encontra-se a pouco quilómetros do centro geodésico de Portugal, no coração da zona denominada por Zona do Pinhal (Figura 1).

Faz fronteira com os distritos de Coimbra, Leiria e Santarém e é constituído por catorze freguesias: Cabeçudo, Carvalhal, Castelo, Cernache do Bonjardim, Cumeada, Ermida, Figueiredo, Marmeleiro, Nespéral, Palhais, Pedrogão Pequeno, Sertã, Troviscal e Várzea dos Cavaleiros.

Figura 1 - Mapa do concelho da Sertã



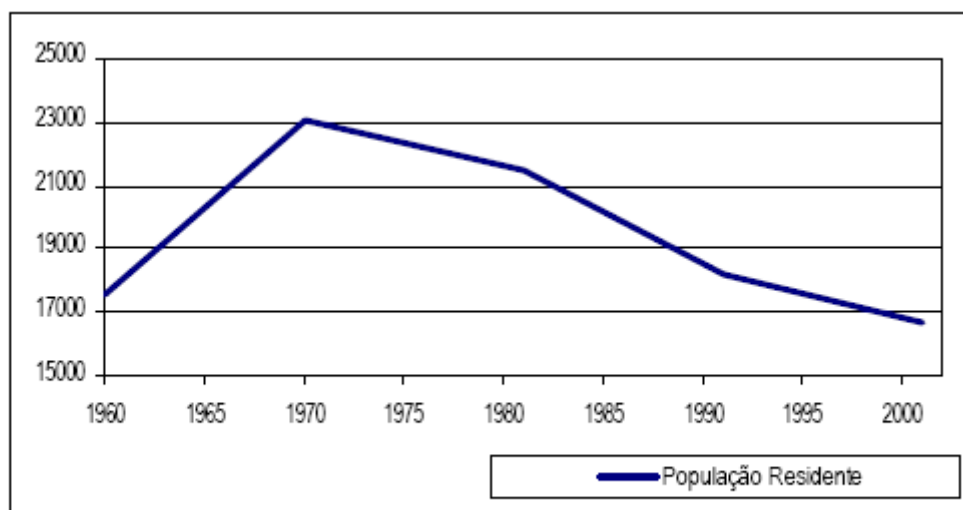
Apresenta assimetrias culturais e sociais, com um *modus vivendi* de características urbanas que contrasta com aglomerados populacionais dispersos e com fraca dinâmica demográfica. Em termos concretos, tais assimetrias revelam-se ao nível de mentalidades, padrões familiares e na forma de encarar o quotidiano numa perspectiva integrada e conjuntural.

A Sertã é um Concelho que se destaca pelo número de habitantes que possui, cerca de 16720 habitantes, embora tenha sofrido alguma diminuição, avaliada em cerca de 22%, num período de vinte anos (de 1981 a 2001).

Sendo um Concelho com uma área e um número de habitantes considerável, caracteriza-se ainda assim por uma baixa densidade populacional, que tem vindo a diminuir ao longo dos tempos, num processo de desertificação contínuo, fenómeno comum aos Concelhos vizinhos.

Relativamente à evolução populacional, verifica-se que nas últimas décadas tem havido um gradual decréscimo de efectivos, consequência do surto migratório, quer para o exterior, quer para os centros urbanos do litoral, assumindo um papel importante no despovoamento do Concelho. O aumento da esperança média de vida e a quebra de natalidade são igualmente factores que justificam a menor densidade populacional (Gráfico 1).

Gráfico 1- Evolução da população residente no Concelho da Sertã entre 1960 e 2000



Fonte: INE

A população apresenta um acentuado índice de envelhecimento (192,2 em 2002), com tendência de crescimento, sendo este facto mais evidente nas freguesias de menores dimensões.

Após a emigração para a Europa na década de 60 do séc. XX, o êxodo de jovens adultos em busca de emprego noutros concelhos do Distrito de Castelo Branco, ou noutros locais, aumentou o peso relativo da população idosa, agravado pelo regresso dos naturais da terra, muitos deles já reformados.

Poucos são os jovens que permanecem nas freguesias do Concelho, preferindo na sua maioria instalar-se em centros urbanos. Aqueles que ficam elegem a sede como destino privilegiado.

Uma vez que o número de adultos com mais de 65 anos perfaz entre o dobro e o triplo do número de jovens com menos de 15 anos de idade, a população do Concelho parece não ter condições para inverter a tendência de acentuado envelhecimento. São apresentadas sucessivas taxas de natalidade baixas e taxas de excedente de vida negativas, o que implica a inexistência de nascimentos suficientes para compensar os óbitos verificados (o denominado fenómeno do “*duplo envelhecimento*”).

A freguesia da Sertã é a mais populosa do Concelho, possuindo cerca de 32% do total da população residente, logo seguida pela freguesia de Cernache do Bonjardim, com 20%. Nasquelas duas freguesias reside, portanto, mais de metade da população do Concelho da Sertã.

A generalidade das freguesias tem vindo a apresentar uma diminuição da população residente, mantendo-se a tendência negativa nas projecções apresentadas, com excepção da Sede de Concelho. Prevê-se que em 2016, quatro das catorze freguesias tenham uma população residente inferior a 200 habitantes.

No Concelho da Sertã, predominam os agregados familiares constituídos por um único núcleo familiar, que representam mais de três quartos do total de famílias residentes. A dimensão média dos agregados familiares é de três elementos, predominado as famílias constituídas por um casal de direito com filhos.

De salientar que 48,5% dessas famílias são constituídas por idosos, com tendência natural de aumento deste número, face ao progressivo envelhecimento populacional.

Assim se percebe a evolução significativa do índice de dependência da população idosa nos últimos anos. Se tomarmos como referência o ano de 2002, para cada 100 residentes com idade compreendida entre 15 e 64 anos, existem 42 idosos (população com mais de 65 anos) e apenas 22 jovens (população com menos de 15 anos).

Como consequência das tendências demográficas expostas, o Concelho apresenta índices de mortalidade elevados em contraponto com uma taxa de natalidade inferior à média nacional (10,9 nascimentos por mil habitantes). Ainda assim, é de registar uma subida deste índice entre 1996 e 2002.

2.4. População – Alvo

2.4.1. Caracterização genérica

Este estudo realizou-se recorrendo a duas amostras emparelhadas, uma constituída por idosos institucionalizados (N = 30) e outra constituída por idosos não institucionalizados (N = 30).

A amostra de idosos foi constituída por sujeitos de ambos os sexos, tendo-se seguido os seguintes critérios de inclusão: a) idade igual ou superior a 65 anos; b) condições cognitivas que possibilitassem responder de forma autónoma e consciente aos instrumentos. Idosos que apresentassem situações de surdez e demência não foram incluídos na amostra. Cada idoso foi contactado pessoalmente e solicitada a colaboração no estudo. Nenhum recusou essa participação.

As amostras foram constituídas de uma forma não probabilística e de conveniência, tendo seguido critérios de selecção que abrangeram diferentes subgrupos de idosos (idosos institucionalizados, idosos frequentadores de Centro de Dia e idosos residindo na comunidade sem estarem associados a qualquer instituição; residentes em meio rural e suburbano). A escolha dos locais de selecção esteve dependente da autorização concedida pelos responsáveis das instituições contactadas e pelos próprios idosos.

A recolha dos dados relativos aos idosos que frequentam Centro de Dia teve efeito numa Instituição Particular de Solidariedade Social (IPSS), situada em Cernache do Bonjardim. Esta IPSS tem como uma das suas valências o Centro de Dia, onde são prestados cuidados variados, como refeições, cuidados de higiene, tratamento de roupa, transporte para e do Centro de Dia e actividades de convívio e ocupacionais. Funciona das 9h00 às 18h30, pelo que estes idosos passam o dia no Centro de Dia mas continuam a residir nas suas casas ou nas de familiares. Nesta Associação, a mensalidade é cobrada consoante os rendimentos da pessoa idosa.

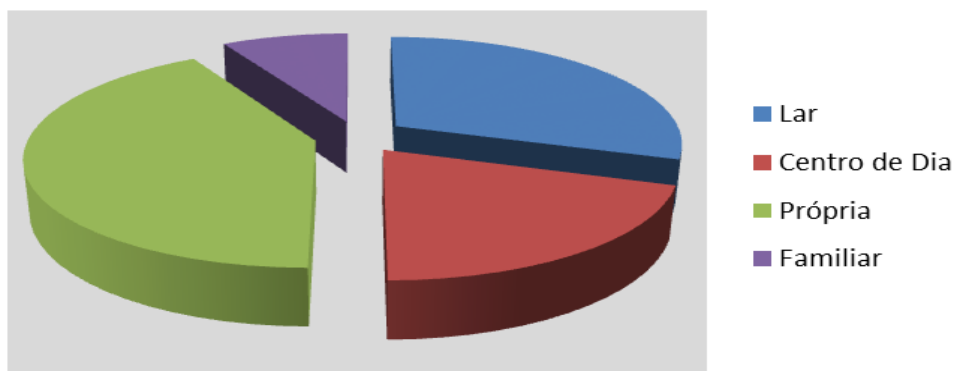
Os dois Lares de Terceira Idade onde também se concretizou a recolha de dados, trata-se de Instituições particulares. Uma delas situada no concelho da Sertã e a outra em Cernache do Bonjardim, sendo a mensalidade, de ambas, atribuída consoante os rendimentos de cada utente.

Os idosos com os quais foi efectuada a recolha de dados em casa própria ou de familiares tratam-se de idosos que residem na comunidade, não se encontrando associados a qualquer tipo de Instituições de prestação de cuidados.

2.4.2. Amostra dos Idosos

No presente estudo 25 dos participantes (41,7%) da amostra de idosos encontram-se em regime de residência própria sem apoio de qualquer instituição; cinco (8,3%) idosos em regime de residência de um familiar sem apoio de qualquer tipo de instituição; doze (20%) em regime de lar e os restantes 25 (41,7%) idosos encontram-se em regime de Centro de dia. No Gráfico II apresentam-se os diferentes locais de recolha, considerando as variáveis que dizem respeito ao contexto habitacional dos idosos.

Gráfico 2- Contexto habitacional da amostra de idosos



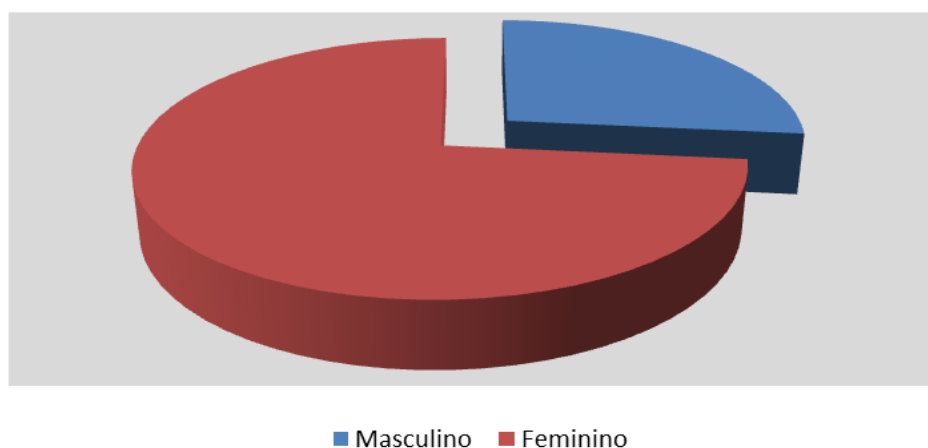
De salientar o baixo número de idosos que se encontram na residência de um familiar.

Verifica-se a existência de 50% de idosos institucionalizados, 12 no Centro de dia e 18 no Lar, e 50% de idosos não institucionalizados, 5 em residência de um familiar e 25 em residência própria.

2.4.3. Caracterização Sócio-demográfica da Amostra de Idosos

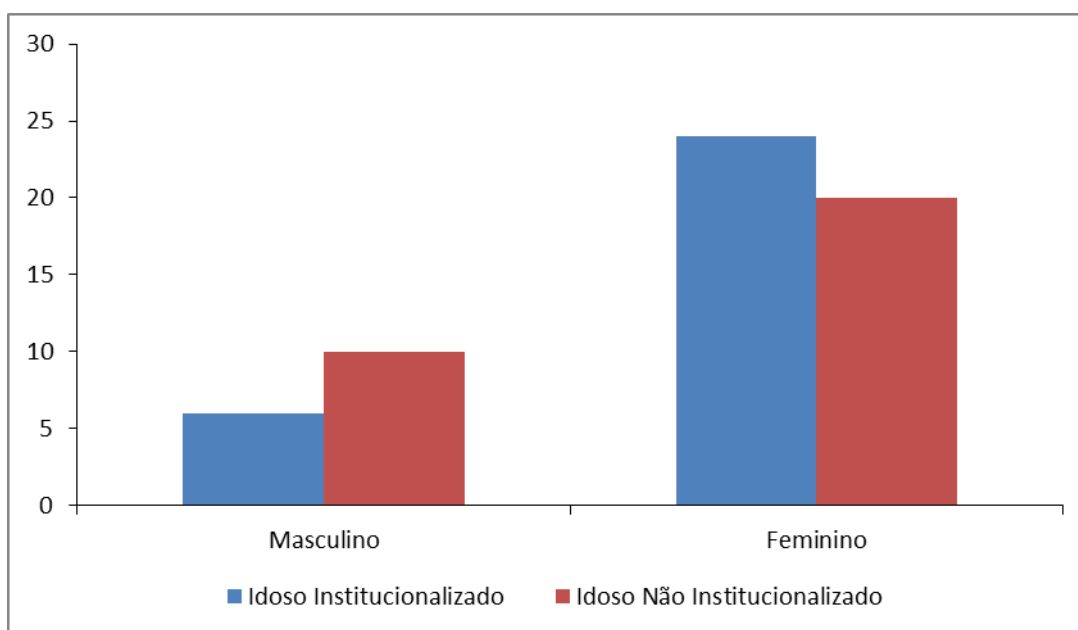
No que diz respeito ao sexo dos idosos, estes são na sua maioria do sexo feminino, correspondendo a 73,3% (n = 44) da amostra e 26,7% (n = 16) são do sexo masculino (Gráfico 3).

Gráfico 3 - Sexo da Amostra



O mesmo se verifica dentro de cada grupo de estudo, sendo a diferença entre sexos menores no grupo dos “Idosos Não Institucionalizados” (Gráfico 4).

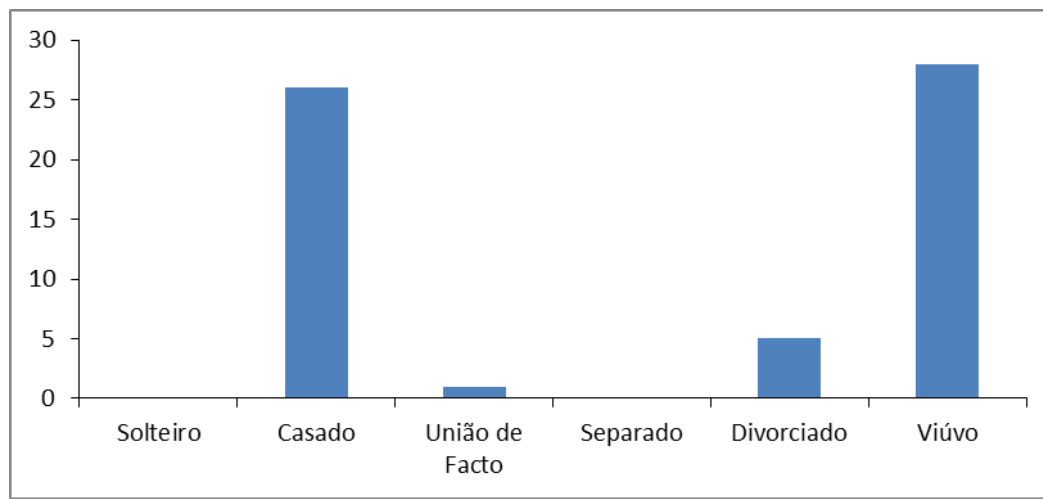
Gráfico 4 - Dados por grupo de estudo



Relativamente às idades, os idosos da amostra apresentam uma variação de idades entre os 66 e os 96 anos, com uma média de idades de 78,77 anos ($\sigma = 6,975$).

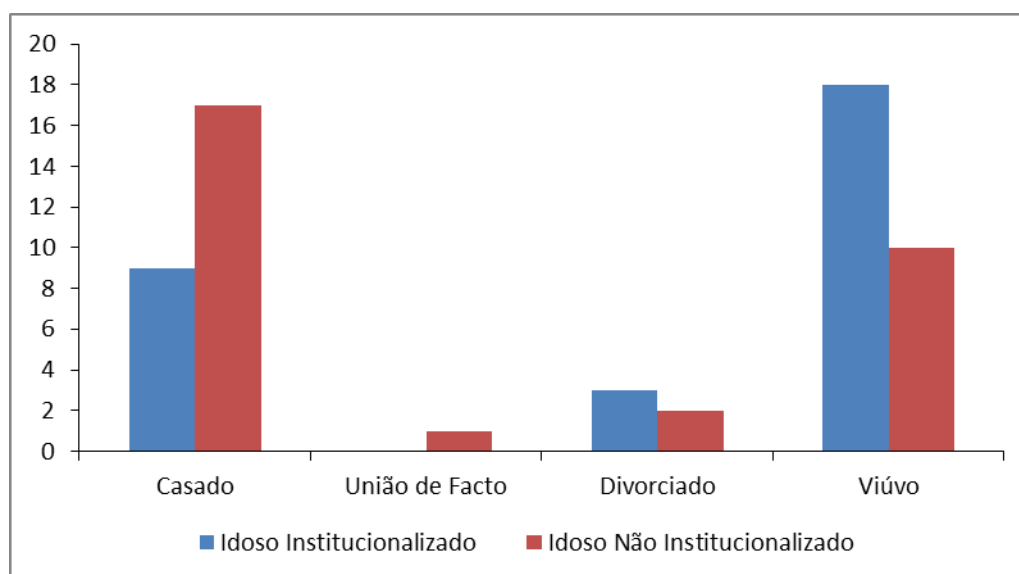
No que diz respeito ao estado civil, pode-se verificar através do Gráfico 5 que 46,7,% da amostra de idosos é constituída por viúvos e a outra metade apresenta participantes com outros estados civis (solteiro, casado, união de facto, separado e divorciado).

Gráfico 5 - Estado Civil



Fazendo uma análise por grupo de estudo, verifica-se que o grupo dos “Idosos Institucionalizados” é constituído maioritariamente por “Viúvos”, 30%, enquanto os “Idosos Não Institucionalizados” revelam como maior número a situação de “Casado”, 28,3% (Gráfico 6).

Gráfico 6 - Dados por grupo de estudo



Não aparecem as opções “Solteiro” e “Separado”, pois não apresentam nenhum resultado.

No que diz respeito escolaridade, o Gráfico 7 (dados totais) permite verificar que, um pouco mais de metade dos idosos da amostra (51,7%), frequentou até entre o 1º e o 4º ano de escolaridade (n = 31). Maioritariamente observa-se que os elementos da amostra apresentam uma escolaridade baixa, sendo de referir que três elementos quiseram referir que tinham o Magistério Primário, situação que não se reviram em nenhuma das classes apresentadas.

Gráfico 7 - Dados Totais: Escolaridade

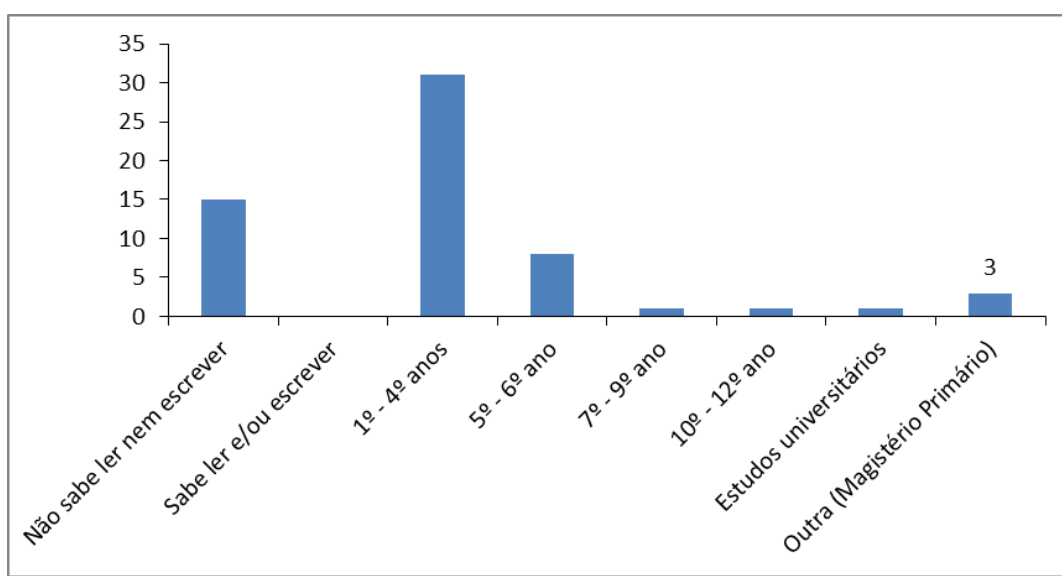
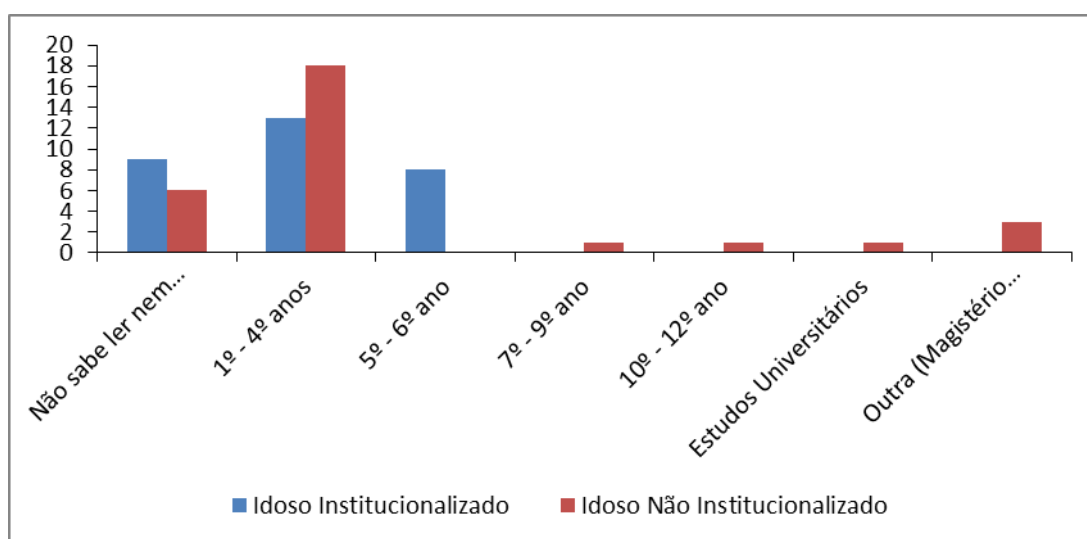


Gráfico 8 - Dados por grupo de estudo: Escolaridade



Não aparece a opção “Sabe ler e/ou escrever”, pois não apresenta nenhum elemento.

Pode-se verificar que apenas os idosos não institucionalizados fizeram estudos mais avançados (Gráfico 8).

2.5. Instrumentos de avaliação

A mensuração da qualidade de vida (QV) vem assumindo uma importância cada vez maior nos últimos anos, sob vários aspectos. Motivados não somente pelo aumento da expectativa de vida da população, mas também pelo envelhecimento populacional, muitos pesquisadores estão empenhados em avaliá-la quer individualmente quer colectivamente.

A escolha dos instrumentos de recolha dos dados tem que ter em conta vários aspectos, nomeadamente, os objectivos do estudo, questões de investigação e hipóteses formuladas (Fortin, Grenier & Nadeau, 1999).

Podem, assim, ser utilizados vários instrumentos de pesquisa como por exemplo: questionários, formulários, entrevista, grelhas de observação, etc.

Através de exaustivas pesquisas bibliográficas na literatura portuguesa e estrangeira, identificamos os instrumentos mais utilizados para medir QV. Considerando a natureza das variáveis, optámos por recolher vários dados e basearmo-nos neles para a construção de um questionário que medisse a QV na população Idosa.

Tendo em conta todos estes aspectos foram utilizados os seguintes instrumentos de recolha de dados:

- a) **EASYcare**: Um instrumento de avaliação da qualidade de vida e bem-estar do idoso, de Sousa e Figueiredo (versão portuguesa 1999-2002), (Anexo I);
- b) **Escala de Indicadores Transculturales de Calidad de Vida**. Verdugo; Schallock; Wehmeyer; Caballo y Jenaro (2001), (Anexo II);
- c) Evaluación de la calidad de vida en personas mayores: **La Escala FUMAT**, de Alonso; Sánchez; Martínez (2009). Publicaciones del INICO, Salamanca, (Anexo III);
- d) **WHOQOL-BREF** (*brief version of World Health Organization Quality of Life questionnaire*). Fleck; Louzada; Xavier; Chachamovich; Vieira; Santos e Pinzon (2000), (Anexo IV);

a) EASYcare: Um instrumento de avaliação da qualidade de vida e bem estar do idoso

Tem como intuito caracterizar a qualidade de vida e bem-estar da população idosa, com 75 anos ou mais. Este instrumento avalia a percepção dos idosos em relação às suas capacidades (se se sentem capazes de.). Trata-se de um instrumento de avaliação multidimensional, desenvolvido para avaliar as necessidades dos idosos em nível social e de saúde (Philp, 1997).

O EASYcare (Elderly Assessment System /Sistema de Avaliação de Idosos) foi inicialmente desenvolvido no âmbito de um projecto financiado pela União Europeia (*European Prototype for Integrated Care. EPIC*). A construção da escala realizou-se a partir de outros instrumentos que avaliavam apenas algumas das dimensões. A inovação do EASYcare está no facto de acumular, numa só escala, itens relativos às várias dimensões de qualidade de vida e bem-estar do idoso. Esta escala está disponível em 15 países da União Europeia.

O EASYcare foi inicialmente desenvolvido na língua inglesa e, posteriormente, sujeito a um processo de validação linguística para as línguas dos outros países envolvidos. Este processo definido de forma *standardizada* envolve seis fases: Primeira, tradução do inglês para o português (o tradutor tem bons conhecimentos de inglês mas a sua língua materna é o português); segunda, retroversão (tradução da anterior versão em português para inglês, a língua materna deste tradutor é o inglês); terceira fase, reunião entre os investigadores e os tradutores para comparar as versões e acertar pormenores da tradução; quarta fase, reunião com um grupo de técnicos ligados aos cuidados primários aos idosos, para análise da correcção dos termos utilizados; quinta fase, reunião com idosos para análise de possíveis dificuldades no entendimento da escala; sexta fase, revisão do texto por um especialista em língua portuguesa para eventuais correcções ortográficas e gramaticais.

Para o EASYcare foi concebido um sistema de pontuação da incapacidade. Os valores para cada item foram acordados através da combinação de pontos de vistas de profissionais na área da saúde, pessoas idosas e prestadores de cuidados informais, em relação à sua importância relativa (Bath; Philp, 1988). Pode-se obter uma pontuação máxima de 127 e mínima de 3, sendo que pontuações mais elevadas indicam maior incapacidade. Este instrumento não substitui o juízo clínico, pelo que não há um valor a partir do qual se identifica incapacidade.

Esta escala pretende ajudar os técnicos a melhorar os cuidados que prestam ao idoso, todavia os dados obtidos podem, ainda, ser utilizados para avaliar problemas diversificados na população, necessidades objectivos, que auxiliam a gestão dos serviços, a investigação e a formulação de políticas.

b) Escala de Indicadores Transculturales de Calidad de Vida

Um dos objectivos deste estudo transcultural foi a ratificação das dimensões e indicadores básicos de qualidade de vida encontrados no estudo realizado para a extração de indicadores da qualidade de vida. Pessoas de cinco grupos geográficos (Espanha, América Latina, Canadá, China e Estados Unidos) e três grupos de respondentes participaram do estudo (pessoas com deficiência intelectual, familiares e profissionais). O instrumento desenvolvido e utilizado para conduzir a investigação foi a pesquisa chamada “transculturais indicadores da qualidade de vida: sua importância e uso de avaliação”, construído pelo Verdugo e Schalock (2001).

O presente estudo ter-se-á realizado num contexto de estudos transculturais, com base nas dimensões e indicadores propostos por Schalock y Verdugo (2002/2003), numa recente síntese da literatura internacional sobre qualidade de vida nas áreas da educação, da saúde, das incapacidades intelectuais e do envelhecimento. Dita revisão sugere que uma vida com qualidade é composta por oito dimensões centrais de qualidade de vida: Bem Estar Emocional; Relações Interpessoais; Bem Estar Material; Desenvolvimento Pessoal; Bem Estar Físico; Auto-determinação; Inclusão Social e Direitos.

c) La Escala FUMAT

De um modelo teórico sólido foi desenvolvida uma escala para avaliar objetivamente a qualidade de vida das pessoas mais velhas que são usuários dos serviços sociais. Esta medição de indicadores objectivos é útil na avaliação dos ambientes de design ou serviços aos programas de proporção significativa (Schalock 2006). A importância do instrumento é, principalmente que não existe actualmente muitos instrumentos apropriados para medir a qualidade de vida desta população.

Permite a escala FUMAT: (a) obter dados objectivos relacionados com a qualidade de vida dos usuários e condições que afetam o seu funcionamento; b) avaliar o mesmo instrumento em todos os serviços fornecidos (por exemplo, reabilitação, memória e doença de Alzheimer, serviço de orientação gerontológico, consultas externas, unidade de atendimento ao cliente); e (c) fornece detalhes de todas elas em relação a cada uma das oito dimensões da qualidade de vida (Bem Estar Emocional; Relações Interpessoais; Bem Estar Material; Desenvolvimento Pessoal; Bem Estar Físico; Auto-determinação; Inclusão Social e Direitos).

Por outro lado, não deve ser usado como uma estratégia para classificar as pessoas avaliadas, mas como uma escala guia ou de orientação para orientar a prática quotidiana, os serviços envolvidos ou as propostas de políticas sobre a organização da instituição,

que contribuem significativamente para melhorar a qualidade de vida dos idosos e das pessoas com deficiência.

d) WHOQOL-BREF

A necessidade de um instrumento para avaliar a qualidade de vida, de rápida aplicação, mas com características psicométricas aceitáveis, levou ao desenvolvimento do *WHOQOL-BREF*, versão abreviada do *WHOQOL-100* (*WHOQOL-BREF*, cit. por Fleck; Louzada; Xavier; Chachamovich; Vieira; Santos e Pinzon, 2000; Zagher e col., 2009). Desta forma, foi elaborado de modo a manter-se, conceptualmente, o carácter abrangente do instrumento original e também psicométrico (Fleck e col., 2000).

O *WHOQOL-BREF* integra na sua estrutura quatro domínios de qualidade de vida: 1) *físico*, 2) *psicológico*, 3) *relações sociais*, e 4) *ambiente*. O *WHOQOL-BREF* é constituído por 24 facetas da qualidade de vida, que compõem os domínios, sendo que cada um destes é representado pelas facetas que o sumariam. O instrumento fornece ainda um indicador global, designadamente a *faceta geral de qualidade de vida* (Canavarro e col., 2006; *WHOQOL-BREF*, 2009). O *WHOQOL-BREF* é, então, composto por 26 itens, sendo 24 itens que avaliam cada um, uma faceta específica da qualidade de vida e 2 questões gerais, não contabilizadas nos domínios, uma respeitante à avaliação global da qualidade de vida e outra à satisfação com a saúde (Paúl e col., 2005). Tendo um total de vinte e quatro facetas específicas e uma de qualidade de vida geral, sendo que cada uma das facetas consta numa descrição de um estado, comportamento, capacidade ou uma percepção ou experiência subjetiva (Canavarro e col., 2005).

As respostas ao questionário são obtidas através de escalas de tipo Likert, em que relativamente a cada afirmação, o participante indica a sua concordância ou discordância numa escala ordinal de intensidade (Ribeiro, 1999), pontuada de 1 a 5. O resultado de cada domínio é calculado através da média dos resultados das questões que o constituem. Seguidamente, a média dos resultados é multiplicada por 100, variando os resultados entre 0 e 100, de modo a que os resultados dos domínios sejam comparáveis com os do *WHOQOL-100*. Os resultados nos domínios representam a percepção individual da qualidade de vida em cada domínio em particular. As pontuações mais elevadas caracterizam uma melhor qualidade de vida, visto que os resultados dos domínios estão dispostos num sentido positivo, no entanto, como 3 das facetas não estão dispostas em sentido positivo, devem ser recodificadas antes da cotação do instrumento para que resultados mais elevados sejam reflexo de melhor qualidade de vida.

O *WHOQOL-BREF* revelou confiabilidade, validade e responsividade a níveis aceitáveis para a aplicação tanto em idosos na comunidade como institucionalizados (Hwang e col., cit. por Silva e Rezende, 2005; Lai e col., 2005). Lai e col. (2005) salientam que, o uso do *WHOQOL-BREF* pode ajudar a identificar as fraquezas/debilidades nas facetas da qualidade de vida relacionada com saúde em idosos, ajudar a identificar as necessidades, encontrar maneiras para prevenir algumas consequências piores do envelhecimento em condições de institucionalização, e proporcionar dados para a melhoria da saúde neste tipo de população.

2.6. Criação do Questionário de Avaliação da Qualidade de Vida na População Idosa

2.6.1. Princípios Orientadores

A utilização do instrumento apropriado é fundamental para que os resultados sejam válidos e clinicamente significativos. A construção de um instrumento de medida é algo complexo e que requer um contínuo processo de interação com a realidade e a teoria.

O pesquisador deve atentar para dois pré-requisitos, como a confiabilidade entendida como a capacidade de produzir os mesmos resultados quando aplicados nas mesmas condições, e a validade que se refere à capacidade que as perguntas têm de alcançar amplamente os temas pertinentes.

Tendo definidas as dimensões e subdimensões para a avaliação da Qualidade de Vida no Idoso, nesta etapa constrói-se o instrumento de pesquisa. Por se tratar de um levantamento amostral, utilizou-se um instrumento estruturado não disfarçado: o questionário.

Mattar (1996) define como instrumento estruturado não disfarçado aquele que apresenta perguntas padronizadas, numa mesma sequência e com as mesmas opções de respostas a todos os inquiridos.

2.6.2. Estrutura do Instrumento

Quadro 1 - Dimensões e Indicadores de Qualidade de Vida

DIMENSÕES	INDICADORES
❖ Bem-Estar Emocional	Satisfação; Auto-conceito; Ausência de stress
❖ Relações Interpessoais	Interacções; Relações; Apoios
❖ Bem-Estar Material	Estatuto Económico; Residência
❖ Desenvolvimento Pessoal	Educação; Competência Pessoal; Desempenho
❖ Bem-Estar Físico	Saúde; Actividades da Vida Diária; Sistema de Saúde
❖ Autodeterminação	Autonomia; Controlo Pessoal; Objectivos; Valores
❖ Inclusão Social	Integração; Lazer; Participação em Actividades sociais
❖ Direitos	Igualdade; Respeito; Cidadania

O instrumento de avaliação “Questionário de Avaliação da Qualidade de Vida na População Idosa (QAQVPI) (Apêndice B), é constituído por 93 itens e para cada um é solicitado a opinião, tendo presente os padrões culturais, as expectativas, as alegrias e as preocupações de cada idoso. Possui ainda um formato de resposta segundo uma Escala de Likert de 4 pontos: 1 = Nunca ou quase nunca; 2 = Algumas vezes; 3 = Bastantes Vezes e 4 = Sempre ou quase sempre.

2.7. Plano Metodológico

Este é um estudo exploratório e correlacional com comparação entre grupos; os dados foram recolhidos num determinado momento e com diferentes grupos, tendo como propósito explorar as relações entre as variáveis em causa.

De acordo com os objectivos, anteriormente apresentados, avaliou-se a qualidade de vida em idosos, em diferentes contextos habitacionais, designadamente idosos institucionalizados em Lares da 3ª Idade, idosos que não se encontram institucionalizados mas frequentam o Centro de Dia e idosos que residem na comunidade sem estarem associados a qualquer Instituição.

A recolha dos dados teve efeito nos lugares supracitados, para os dados serem analisados numa perspectiva diferencial de comparação inter-grupos.

A investigação foi realizada em diferentes contextos habitacionais, mais especificamente num Lar de Terceira Idade localizado na Sertã e num Lar de Terceira Idade e num Centro de Dia, ambos localizados em Cernache do Bonjardim (freguesia da Sertã). Também foram recolhidos dados fora de contextos institucionais, ou seja, em casas particulares (concelho da Sertã).

2.8. Procedimentos

Antes de iniciar a recolha dos dados, as diferentes entidades e colaboradores da comunidade foram previamente contactados pela investigadora, tendo-se marcado dia e hora para apresentação pessoal e do respectivo estudo. Num primeiro contacto, foi fornecido aos responsáveis uma carta de apresentação do estudo e os seus objectivos (Apêndice I). Neste contacto, era também avaliado o possível tempo que poderia durar a aplicação dos questionários, bem como os horários mais convenientes. Por fim, era definido o local onde a recolha dos dados teria efeito, dia e horários.

No presente estudo, foi sempre possibilitado em primeiro lugar uma abordagem mais informal, através da apresentação da investigadora aos participantes, e de uma breve explicação sobre o estudo e seus objectivos, o que contribuiu de modo satisfatório para a criação de empatia, facilitando a execução da tarefa. Para além de ter sido fundamental para o esclarecimento de dúvidas.

A recolha dos dados junto dos idosos foi efectuada individualmente, num gabinete disponibilizado para o efeito e sempre na presença do autor do estudo.

No presente estudo, com todos os participantes, o modo de administração do instrumento foi o administrado pelo entrevistador. Nesta modalidade de aplicação, o entrevistador lê as instruções, as questões, os descritores da escala de resposta e assinala a resposta dada pelo inquirido. A razão desta escolha reside por alguns dos idosos da amostra não saberem ler e outros terem problemas visuais impossibilitando a leitura do questionário e para evitar a influência de variáveis estranhas e para que todos tivessem as mesmas condições de aplicação, optou-se por usar o mesmo modo de administração com todos os participantes. Desta forma, a investigadora reproduziu oralmente os itens, tendo registado a opção indicada por cada participante para cada um dos itens.

Posteriormente, os dados foram submetidos a uma análise quantitativa.

CAPITULO III – APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DA INFORMAÇÃO EMPÍRICA

O estudo incidiu sobre os domínios da qualidade de vida fornecidos pelo questionário criado pelo autor do estudo: “Questionário de Avaliação da Qualidade de Vida na População Idosa (QAQVPI) ”.

O procedimento de pontuação do QAQVPI e a análise de dados foram realizados através do programa estatístico computadorizado Statistical Package for the Social Sciences (SPSS), versão 17.

O estudo realizado tem por base uma amostra de 60 idosos residentes no concelho da Vila da Sertã seleccionados aleatoriamente.

Foi efectuada uma análise descritiva de todas as variáveis, sendo apresentada a frequência absoluta e relativa, em percentagem, para variáveis qualitativas e a média, moda, mediana, desvio-padrão, máximos e mínimos para as variáveis quantitativas. Para as variáveis ordinais a informação descritiva relevante apresentada é a frequência absoluta e relativa, a moda e as estatísticas de ordem, isto é, primeiro quartil, mediana e terceiro quartil.

Tendo como objectivo analisar as diferenças entre a qualidade de vida dos “idosos institucionalizados” e dos “idosos não institucionalizados”, como metodologia para o desenvolvimento do estudo apresentamos inicialmente os dados globais de cada variável em estudo e seguidamente os dados separados por grupos de estudo.

Os resultados vão ser analisados, por grupo de questões, tendo em conta as oito áreas principais da qualidade de vida e de acordo com as características que tiveram por base a elaboração do questionário. Nesta análise fazemos para todos os dados, e em seguida apresentamos as comparações por grupo de estudo (idosos institucionalizados e idosos não institucionalizados) para cada uma das 93 perguntas.

As perguntas efectuadas têm como referência a Escala de Likert de 4 pontos: 1 = Nunca ou quase nunca; 2 = Algumas vezes; 3 = Bastantes Vezes e 4 = Sempre ou quase sempre.

❖ **Bem-Estar Emocional** (Satisfação; Auto-Conceito; Ausência de Stress)

Quadro 2 - Estatísticas de Ordem – Dados Globais

	P1	P2	P3	P4	P5	P6	P7	P8	P9	P10	P11	P12
N	60	60	60	60	60	60	60	60	60	60	60	60
Moda	2	3	2	2	2	3	2	2	2	a)	2	1
Quartis Q1 (25%)	2,00	2,00	2,00	2,00	2,00	2,00	2,00	1,00	2,00	2,00	2,00	1,00
Me (50%)	2,00	3,00	3,00	3,00	2,00	3,00	2,00	2,00	2,50	3,00	2,00	1,00
Q3 (75%)	3,00	3,75	3,75	3,00	3,00	3,00	3,00	3,00	3,00	4,00	3,00	2,00

. a) Distribuição bimodal – Algumas vezes e Bastantes vezes aparecem em igual número

Neste grupo de questões a resposta 2 (Algumas Vezes) é a Moda para a maioria das perguntas, e que apenas a questão P10 (“*Sente-se satisfeito com os serviços e apoios que recebe?*”) tem como terceiro quartil a resposta 4 (Sempre ou Quase Sempre), isto é, só nesta pergunta é que 75% dos inquiridos chegam á resposta 4, em todas as outras perguntas temos que 75% dos inquiridos respondem no máximo “Bastantes Vezes”.

De notar ainda a questão P12 (“*O contexto em que vive produz-lhe stress?*”) que apresenta estatísticas de ordem mais baixas que as restantes.

- Estatística de ordem por grupo de estudo:

Quadro 3 - Estatísticas de Ordem – “Idosos Institucionalizados”

	P1	P2	P3	P4	P5	P6	P7	P8	P9	P10	P11	P12
N	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30
Moda	2	a)	2	2	2	3	2	3	2	4	2	1
Quartis Q1 (25%)	1,75	1,00	2,00	2,00	2,00	2,00	2,00	1,75	2,00	3,00	2,00	1,00
Me (50%)	2,00	2,00	2,00	2,00	2,00	3,00	2,00	3,00	2,00	3,00	2,00	1,00
Q3 (75%)	3,00	3,25	3,00	3,00	3,00	3,00	4,00	3,00	3,00	4,00	3,00	3,00

a) Distribuição bimodal – Bastantes Vezes e Sempre ou Quase Sempre aparecem em igual número.

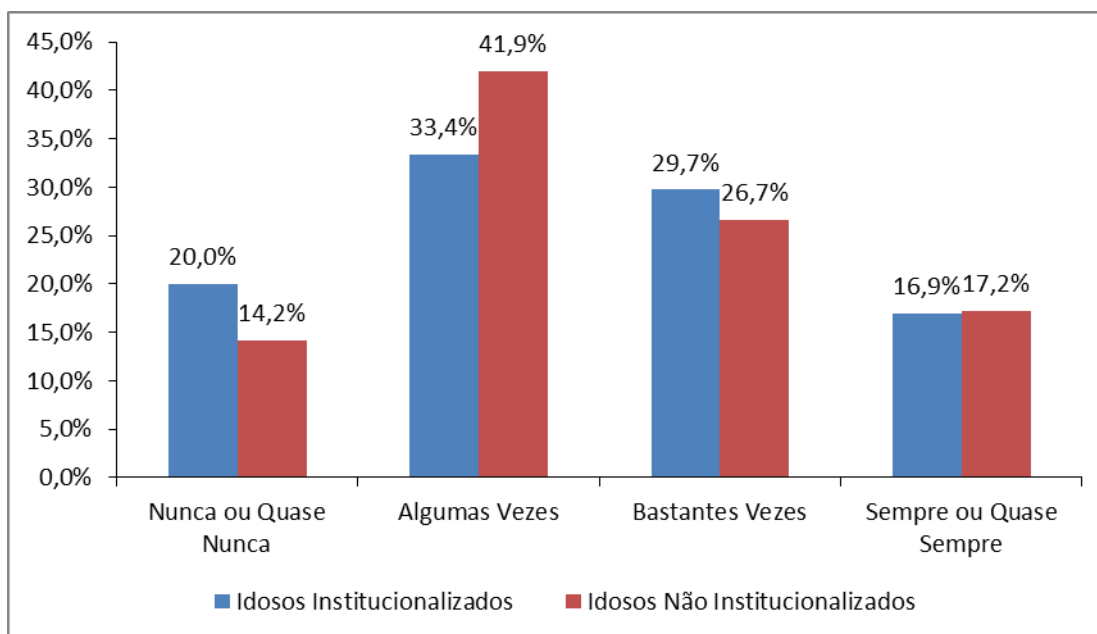
Quadro 4 - Estatísticas de Ordem – “Idosos Não Institucionalizados”

	P1	P2	P3	P4	P5	P6	P7	P8	P9	P10	P11	P12
N	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30
Moda	3	3	4	3	2	3	2	2	2	2	a)	1
Quartis												
Q1 (25%)	2,00	2,00	2,00	2,00	2,00	2,00	1,00	1,00	2,00	2,00	2,00	1,00
Me (50%)	3,00	3,00	3,00	3,00	2,00	3,00	2,00	2,00	3,00	2,00	3,00	1,00
Q3 (75%)	4,00	4,00	4,00	3,00	2,00	3,00	2,00	2,00	3,00	3,00	4,00	2,00

a) Distribuição bimodal – Algumas Vezes e Sempre ou Quase Sempre aparecem em igual número

Deve-se salientar que no grupo dos “Idosos Institucionalizados” o valor mais frequente para a Moda é “Algumas Vezes”, aparece sete vezes nas doze perguntas, enquanto no grupo dos “Idosos Não Institucionalizados” não se tem um valor que seja assim tão frequente.

Gráfico 9 - Bem-Estar Emocional: Idosos Institucionalizados/Idosos Não Institucionalizados



❖ **Relações Interpessoais** (Interacções; Relações; Apoios)

Quadro 5 - Estatísticas de Ordem

	P13	P14	P15	P16	P17	P18	P19
N	60	60	60	60	60	60	60
Moda	2	3	3	a)	4	1	2
Quartis							
Q1 (25%)	2,00	3,00	3,00	2,00	3,00	1,00	2,00
Me (50%)	2,50	3,00	3,00	2,50	4,00	2,00	3,00
Q3 (75%)	3,00	4,00	4,00	3,00	4,00	3,00	3,00

a) Distribuição bimodal – Algumas vezes e Bastantes vezes aparecem em igual número.

Não existe um valor para a moda que apareça mais vezes de uma forma consistente, isto é, este grupo de questões apresenta uma menor homogeneidade nas respostas que o anterior.

- Estatística de ordem por grupo de estudo:

Quadro 6 - Estatísticas de Ordem – “Idosos Institucionalizados”

	P13	P14	P15	P16	P17	P18	P19
N	30	30	30	30	30	30	30
Moda	2	3	3	2	4	2	2
Quartis							
Q1 (25%)	2,00	2,75	3,00	2,00	2,75	1,00	2,00
Me (50%)	2,00	3,00	3,00	2,00	3,00	2,00	2,00
Q3 (75%)	3,00	3,00	3,25	3,00	4,00	3,00	3,00

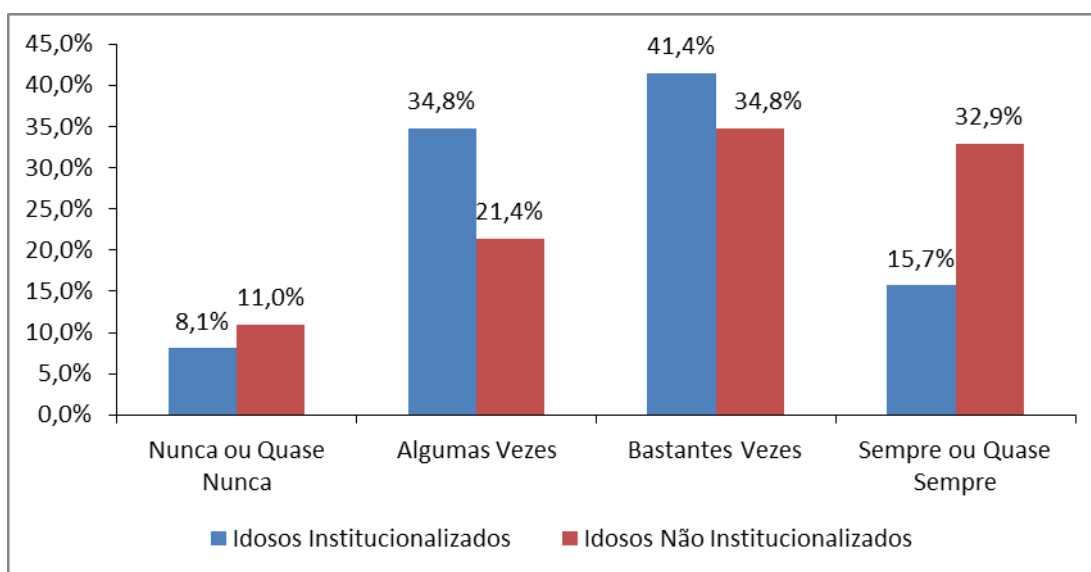
Quadro 7 - Estatísticas de Ordem – “Idosos Não Institucionalizados”

		P13	P14	P15	P16	P17	P18	P19
N		30	30	30	30	30	30	30
Moda		a)	4	4	3	4	1	2
Quartis	Q1 (25%)	2,00	3,00	3,00	2,00	3,00	1,00	2,00
	Me (50%)	3,00	3,00	4,00	3,00	4,00	1,00	3,00
	Q3 (75%)	3,00	4,00	4,00	3,00	4,00	2,00	4,00

a) Distribuição bimodal – Algumas vezes e Bastantes vezes aparecem em igual número

O valor da Moda do grupo dos “Idosos Não Institucionalizados” é globalmente superior ao do grupo dos “Idosos Institucionalizados”.

Gráfico 10 - Relações Interpessoais: Idosos Institucionalizados/Idosos Não Institucionalizados



❖ **Bem-Estar Material** (Estatuto Económico; Residência)

Quadro 8 - Estatísticas de Ordem

	P20	P21	P22	P23	P24	P25	P26	P27	P28	P29
N	60	60	60	60	60	60	60	60	60	60
Moda	a)	4	1	4	1	2	2	3	2	3
Quartis Q1 (25%)	2,00	3,00	1,00	2,25	1,00	2,00	2,00	2,25	2,00	2,00
Me (50%)	3,00	4,00	1,00	3,50	1,00	3,00	2,00	3,00	2,00	3,00
Q3 (75%)	3,00	4,00	2,00	4,00	1,00	3,00	3,00	4,00	3,00	3,00

a) Distribuição bimodal – Algumas vezes e Bastantes vezes aparecem em igual número.

Neste grupo de questões continua-se a verificar que não existe um valor modal que seja mais comum entre todas as respostas, e deve-se salientar a questão P24 (“O lugar onde reside impede-o/a de ter um estilo de vida saudável (ruídos, fumos, odores, escuridade, humidade, inacessibilidade?”), que verifica grande concentração de respostas em “Nunca ou Quase Nunca”, 83,3%.

- Estatística de ordem por grupo de estudo:

Quadro 9 - Estatísticas de Ordem – “Idosos Institucionalizados”

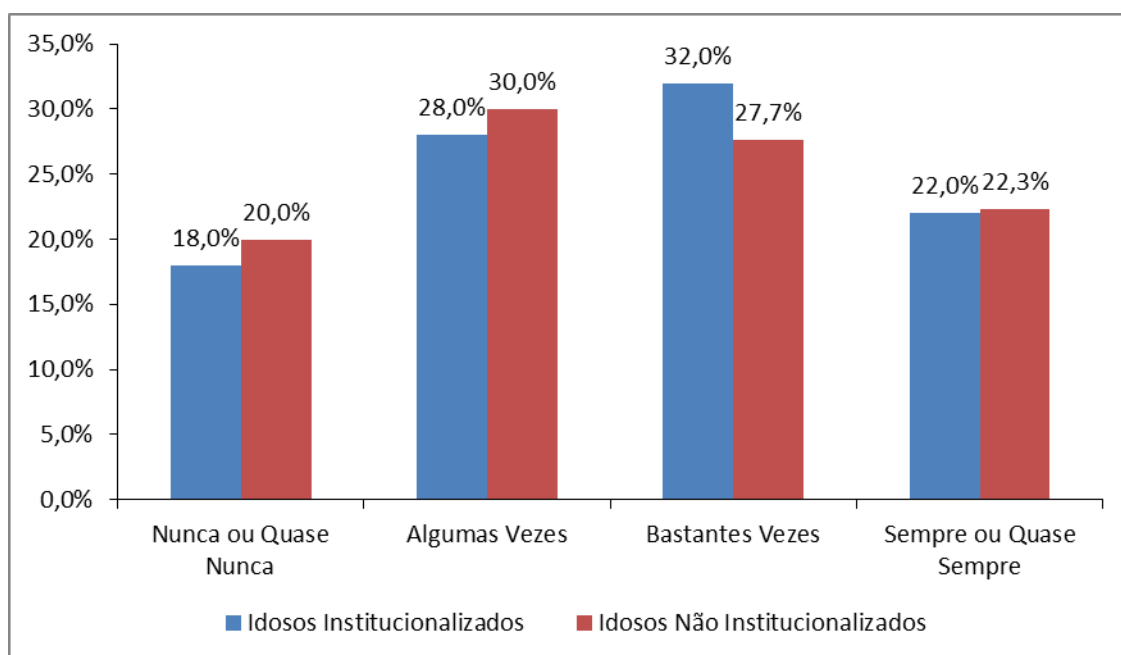
	P20	P21	P22	P23	P24	P25	P26	P27	P28	P29
N	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30
Moda	2	4	1	4	1	2	2	3	3	3
Quartis Q1 (25%)	2,00	3,00	1,00	2,00	1,00	2,00	2,00	3,00	2,00	2,00
Me (50%)	3,00	4,00	2,00	4,00	1,00	2,50	2,00	3,00	2,50	3,00
Q3 (75%)	3,00	4,00	3,00	4,00	1,00	3,00	3,25	4,00	3,00	3,00

Quadro 10 - Estatísticas de Ordem – “Idosos Não Institucionalizados”

	P20	P21	P22	P23	P24	P25	P26	P27	P28	P29
N	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30
Moda	3	4	1	4	1	3	2	3	2	2
Quartis Q1 (25%)	2,00	3,00	1,00	3,00	1,00	2,00	2,00	2,00	2,00	2,00
Me (50%)	3,00	4,00	1,00	3,00	1,00	3,00	2,00	3,00	2,00	3,00
Q3 (75%)	4,00	4,00	1,00	4,00	1,25	3,00	3,00	3,25	3,00	4,00

Existe uma relativa homogeneidade entre os valores da estatística de ordem para os dois grupos em estudo.

Gráfico 11 - Bem-Estar Material: Idosos Institucionalizados/Idosos Não Institucionalizados



❖ **Desenvolvimento Pessoal** (Educação; Competência Pessoal; Desempenho)

Quadro 11 - Estatísticas de Ordem

	P30	P31	P32	P33	P34	P35	P36	P37
N	60	60	60	60	60	60	60	60
Moda	3	2	1	1	2	1	a)	4
Quartis								
Q1 (25%)	2,00	1,00	1,00	1,00	2,00	1,00	3,00	3,00
Me (50%)	3,00	2,00	1,00	1,50	2,00	1,00	3,00	4,00
Q3 (75%)	3,00	2,00	2,00	3,00	3,00	2,00	4,00	4,00

a) Distribuição bimodal – Bastantes vezes e Sempre ou quase sempre aparecem em igual número.

Não existe novamente um valor modal que seja predominante em relação aos restantes; é de referir a questão P37 (*“É responsável na toma da sua medicação?”*) que revela estatísticas de ordem muito elevadas, pois 61,7% das respostas foram “Sempre ou Quase Sempre”.

- Estatística de ordem por grupo de estudo:

Quadro 12 - Estatísticas de Ordem – “Idosos Institucionalizados”

	P30	P31	P32	P33	P34	P35	P36	P37
N	30	30	30	30	30	30	30	30
Moda	a)	2	1	1	2	1	4	4
Quartis								
Q1 (25%)	2,00	1,00	1,00	1,00	2,00	1,00	2,00	2,00
Me (50%)	2,50	2,00	1,00	1,00	2,00	1,00	3,00	3,50
Q3 (75%)	3,00	2,00	2,00	2,00	3,00	2,25	4,00	4,00

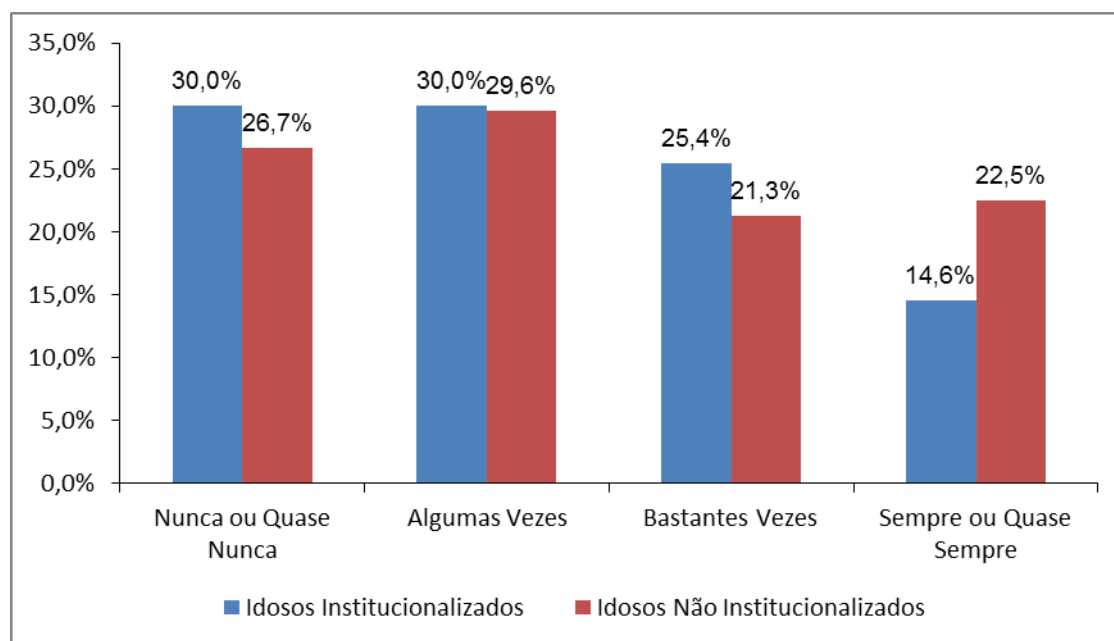
a) Distribuição bimodal – Algumas vezes e Bastantes vezes aparecem em igual número.

Quadro 13 - Estatísticas de Ordem – “Idosos Não Institucionalizados”

		P30	P31	P32	P33	P34	P35	P36	P37
N		30	30	30	30	30	30	30	30
Moda		3	2	1	1	2	1	3	4
Quartis	Q1 (25%)	2,00	1,00	1,00	1,00	2,00	1,00	3,00	3,00
	Me (50%)	3,00	2,00	1,00	2,00	2,00	1,00	3,00	4,00
	Q3 (75%)	3,00	2,00	2,00	4,00	3,00	2,00	4,00	4,00

Não se verifica diferenças significativas nas estatísticas de ordem entre os dois grupos de estudo.

Gráfico 12 - Desenvolvimento Pessoal: Idosos Institucionalizados/Idosos Não Institucionalizados



❖ **Bem-Estar Físico** (Saúde; Actividades da Vida Diária; Sistema de Saúde)

Quadro 14 - Estatísticas de Ordem

	P38	P39	P40	P41	P42	P43	P44	P45	P46	P47	P48	P49	P50	P51	P52
N	60	60	60	60	60	60	60	60	60	60	60	60	60	60	60
Moda	3	2	2	2	3	1	1	1	3	2	3	2	1	1	1
Quartis Q1 (25%)	3,00	2,00	2,00	1,00	2,00	1,00	1,00	1,00	2,00	2,00	2,00	2,00	1,00	1,00	1,00
Me (50%)	3,00	2,00	2,00	2,00	3,00	2,00	1,00	2,00	3,00	2,00	3,00	3,00	1,00	2,00	1,00
Q3 (75%)	4,00	3,00	3,00	3,00	3,00	2,00	2,00	3,00	3,00	3,00	3,00	3,00	2,00	2,75	2,00

Na maioria das perguntas, apenas a questão P38 (“*Tem hábitos alimentares saudáveis?*”) tem como resposta “Sempre ou Quase Sempre”; verifica-se que a resposta mais elevada que 75% dos elementos da amostra deram foi “Bastantes Vezes”.

- Estatística de ordem por grupo de estudo:

Quadro 15 - Estatísticas de Ordem – “Idosos Institucionalizados”

	P38	P39	P40	P41	P42	P43	P44	P45	P46	P47	P48	P49	P50	P51	P52
N	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30
Moda	4	2	2	1	2	1	2	3	3	2	3	3	1	2	1
Quartis Q1 (25%)	3,00	2,00	2,00	1,00	2,00	1,00	1,00	2,00	2,00	2,00	2,00	2,00	1,00	2,00	1,00
Me (50%)	3,50	2,00	2,00	2,00	2,00	2,00	2,00	3,00	3,00	3,00	3,00	3,00	2,00	2,00	2,00
Q3 (75%)	4,00	3,00	3,00	3,00	3,00	3,00	2,00	3,25	3,00	4,00	3,25	3,00	3,00	3,00	2,00

Quadro 16 - Estatísticas de Ordem – “Idosos Não Institucionalizados”

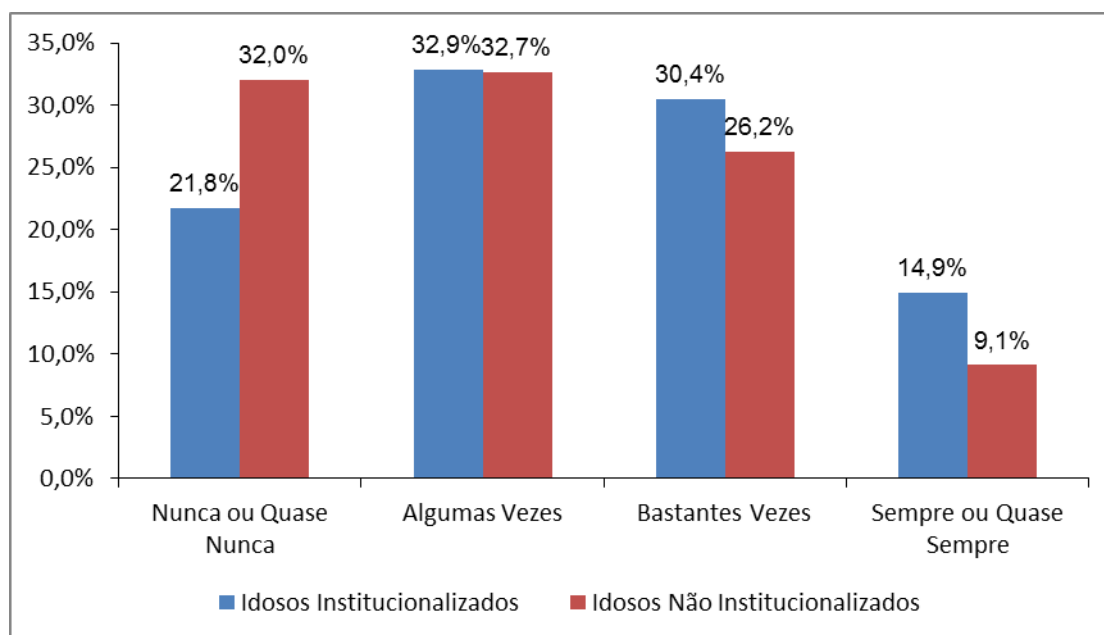
	P38	P39	P40	P41	P42	P43	P44	P45	P46	P47	P48	P49	P50	P51	P52
N	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30
Moda	3	2	3	2	3	2	1	1	2	a)	b)	2	1	1	1
Quartis Q1 (25%)	3,00	1,00	2,00	2,00	2,75	1,00	1,00	1,00	1,75	1,00	2,00	2,00	1,00	1,00	1,00
Me (50%)	3,00	2,00	3,00	2,00	3,00	2,00	1,00	1,50	2,00	2,00	3,00	2,00	1,00	1,00	1,00
Q3 (75%)	3,25	3,00	3,00	3,00	4,00	2,00	1,25	2,00	3,00	3,00	3,00	3,00	2,00	2,00	2,00

a) Distribuição bimodal – Algumas vezes e Bastantes vezes aparecem em igual número.

b) Distribuição bimodal – Algumas vezes e Bastantes vezes aparecem em igual número.

Pode-se verificar que no grupo do “Idosos Não Institucionalizados” o valor que aparece mais vezes como moda é “Nunca ou Quase Nunca”, enquanto no grupo dos “Idosos Institucionalizados” esse valor sobe para “Algumas Vezes”.

Gráfico 13 - Bem-Estar Físico: Idosos Institucionalizados/Idosos Não Institucionalizados



❖ **Autodeterminação** (Autonomia; Controlo Pessoal; Objectivos; Valores)

Quadro 17 - Estatísticas de Ordem

	P53	P54	P55	P56	P57	P58	P59	P60	P61	P62	P63	P64	P65	P66	P67	P68
N	60	60	60	60	60	60	60	60	60	60	60	60	60	60	60	60
Moda	1	1	3	1	4	3	1	4	1	1	4	4	4	4	4	4
Quartis																
Q1 (25%)	1,00	1,00	2,00	1,00	2,00	2,00	1,00	1,25	1,00	1,00	3,00	2,25	3,00	1,25	2,00	1,00
Me (50%)	2,00	2,00	3,00	2,00	3,00	3,00	2,00	3,00	1,00	3,00	3,00	3,00	3,50	3,50	3,00	2,00
Q3 (75%)	3,00	3,00	4,00	3,00	4,00	4,00	3,00	4,00	3,00	4,00	4,00	4,00	4,00	4,00	4,00	4,00

Verifica-se que o valor que aparece mais vezes como moda é “Sempre ou Quase Sempre”.

- Estatística de ordem por grupo de estudo:

Quadro 18 - Estatísticas de Ordem – “Idosos Institucionalizados”

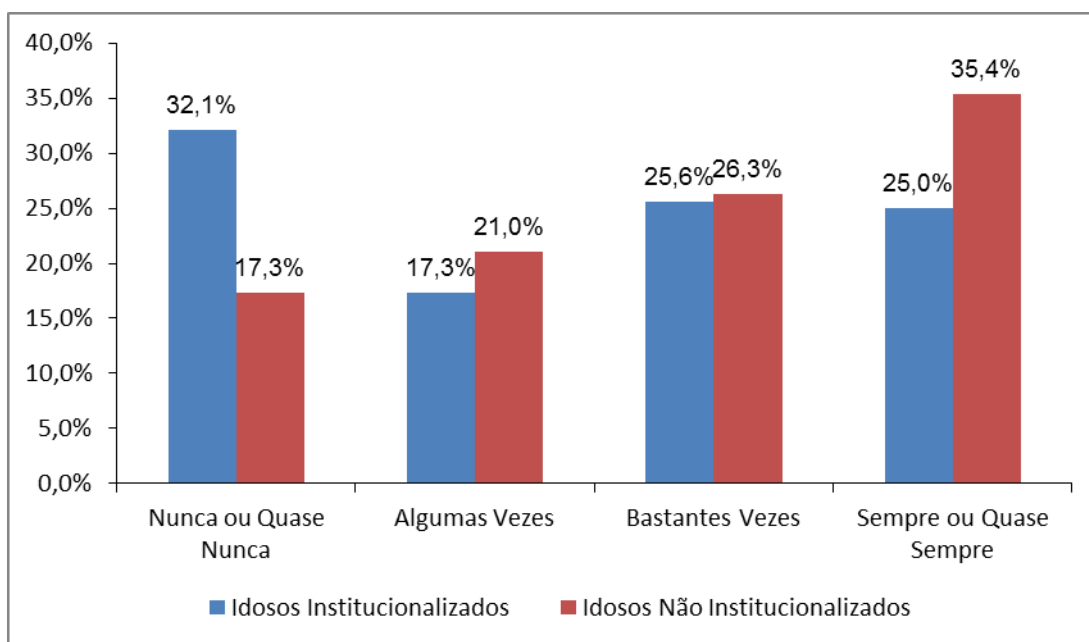
	P53	P54	P55	P56	P57	P58	P59	P60	P61	P62	P63	P64	P65	P66	P67	P68
N	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30
Moda	1	1	3	4	3	3	4	1	1	1	3	4	4	1	3	1
Quartis																
Q1 (25%)	1,00	1,00	2,00	1,00	2,00	2,00	1,00	1,00	1,00	1,00	2,75	2,00	3,00	1,00	1,00	1,00
Me (50%)	1,00	1,00	3,00	3,00	3,00	3,00	3,00	2,00	2,50	1,00	3,00	3,00	3,00	2,00	3,00	1,50
Q3 (75%)	2,00	2,00	3,00	4,00	3,25	3,00	4,00	3,25	4,00	3,25	4,00	4,00	4,00	4,00	3,00	3,00

Quadro 19 - Estatísticas de Ordem – “Idosos Não Institucionalizados”

	P53	P54	P55	P56	P57	P58	P59	P60	P61	P62	P63	P64	P65	P66	P67	P68
N	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30
Moda	3	2	4	1	4	3	1	4	1	4	4	4	4	4	4	4
Quartis																
Q1 (25%)	2,00	2,00	3,00	1,00	2,00	2,75	1,00	2,00	1,00	2,00	3,00	2,75	3,00	3,00	3,00	2,00
Me (50%)	3,00	2,00	3,00	1,00	3,50	3,00	1,00	3,00	1,00	3,00	3,50	3,00	4,00	4,00	4,00	3,00
Q3 (75%)	3,00	3,00	4,00	2,00	4,00	4,00	2,00	4,00	2,00	4,00	4,00	4,00	4,00	4,00	4,00	4,00

À excepção das questões P56 (“Outras pessoas tomam as decisões que são importantes para a sua vida?”) e da P59 (“Outras pessoas organizam a sua vida?”), pode-se verificar que a moda e as estatísticas de ordem no grupo dos “Idosos Não Institucionalizados” são mais elevadas que no grupo dos “Idosos Institucionalizados”.

Gráfico 14 - Autodeterminação: Idosos Institucionalizados/Idosos Não Institucionalizados



❖ **Inclusão Social** (Integração; Lazer; Participação em Actividades Sociais)

Quadro 20 - Estatísticas de Ordem

	P69	P70	P71	P72	P73	P74	P75	P76	P77	P78	P79	P80	P81
N	60	60	60	60	60	60	60	60	60	60	60	60	60
Moda	2	2	2	1	4	3	1	1	1	4	3	4	3
Quartis Q1 (25%)	1,00	2,00	2,00	1,00	2,25	2,00	1,00	1,00	1,00	3,00	2,00	3,00	2,25
Me (50%)	2,00	2,00	2,00	1,00	3,50	3,00	2,00	1,00	2,00	3,50	3,00	4,00	3,00
Q3 (75%)	3,00	3,00	3,00	1,00	4,00	3,75	2,00	2,00	4,00	4,00	3,00	4,00	4,00

Verifica-se que os valores da moda são maioritariamente baixos, “Nunca ou Quase Nunca”, aparece quatro vezes, e “Algumas Vezes”, aparece três vezes.

- Estatística de ordem por grupo de estudo:

Quadro 21 - Estatísticas de Ordem – “Idosos Institucionalizados”

	P69	P70	P71	P72	P73	P74	P75	P76	P77	P78	P79	P80	P81
N	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30
Moda	1	2	2	1	2	2	1	1	1	4	3	4	2
Quartis Q1 (25%)	1,00	2,00	2,00	1,00	2,00	1,75	1,00	1,00	1,00	2,00	2,00	2,00	2,00
Me (50%)	1,00	2,00	2,00	1,00	3,00	2,00	1,00	1,00	1,00	3,00	2,00	3,00	3,00
Q3 (75%)	2,25	3,00	3,00	1,25	4,00	3,00	2,00	2,00	2,00	4,00	3,00	4,00	3,00

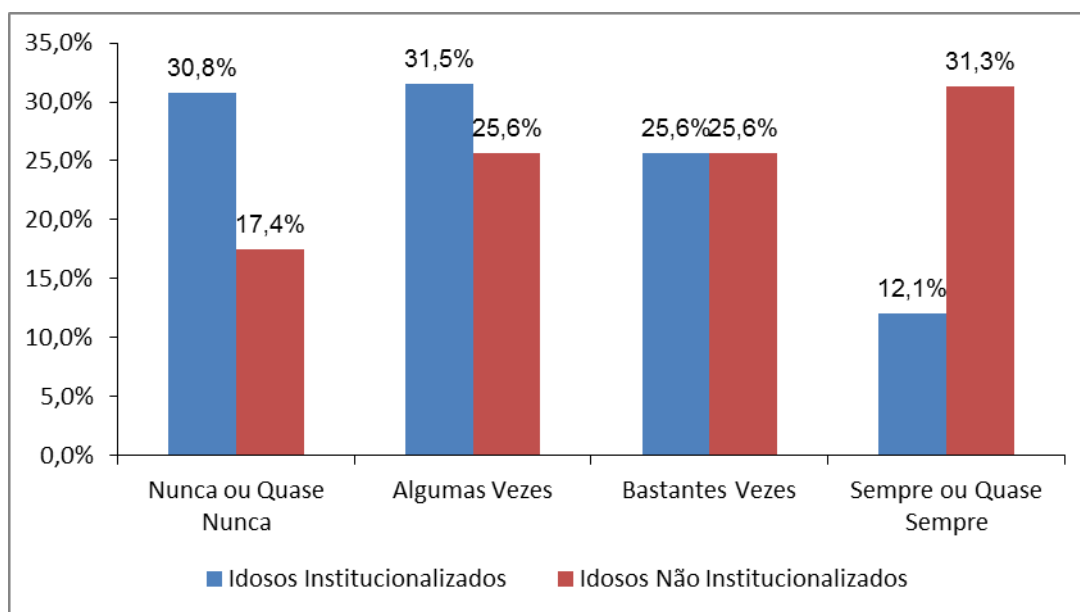
Quadro 22 - Estatísticas de Ordem – “Idosos Não Institucionalizados”

	P69	P70	P71	P72	P73	P74	P75	P76	P77	P78	P79	P80	P81
N	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30
Moda	2	2	2	1	4	a)	2	1	4	4	3	4	3
Quartis Q1 (25%)	2,00	2,00	2,00	1,00	3,00	3,00	2,00	1,00	2,00	3,00	2,00	3,00	3,00
Me (50%)	2,00	2,00	2,00	1,00	4,00	3,00	2,00	1,00	3,50	4,00	3,00	4,00	3,00
Q3 (75%)	3,00	3,00	3,00	1,00	4,00	4,00	2,25	2,00	4,00	4,00	3,00	4,00	4,00

a) Distribuição bimodal – Bastantes Vezes e Sempre ou Quase Sempre aparecem em igual número.

Deve-se salientar que os valores da moda são sempre maiores ou iguais no grupo dos “Idosos Não Institucionalizados” relativamente ao grupo dos “Idosos Institucionalizados”.

Gráfico 15 - Inclusão Social: Idosos Institucionalizados/Idosos Não Institucionalizados



❖ **Direitos** (Igualdade; Respeito; Cidadania)

Quadro 23 - Estatísticas de Ordem

	P82	P83	P84	P85	P86	P87	P88	P89	P90	P91	P92	P93
N	60	60	60	60	60	60	60	60	60	60	60	60
Moda	2	2	4	4	1	1	1	4	4	4	1	4
Quartis Q1 (25%)	2,00	2,00	4,00	2,00	1,00	1,00	1,00	3,00	3,00	4,00	1,00	1,00
Me (50%)	2,00	3,00	4,00	3,00	2,00	1,00	1,00	4,00	4,00	4,00	1,00	3,00
Q3 (75%)	3,00	4,00	4,00	4,00	2,00	1,00	1,00	4,00	4,00	4,00	2,00	4,00

Verifica-se que o valor mais comum para a moda é o “Sempre ou Quase Sempre”, aparece seis vezes.

Este conjunto de perguntas caracteriza-se por alguma heterogeneidade, pois existem estatísticas de ordem altas e estatísticas de ordem baixa; o valor “Nunca ou Quase Nunca” aparece quatro vezes.

- Estatística de ordem por grupo de estudo:

Quadro 24 - Estatísticas de Ordem – “Idosos Institucionalizados”

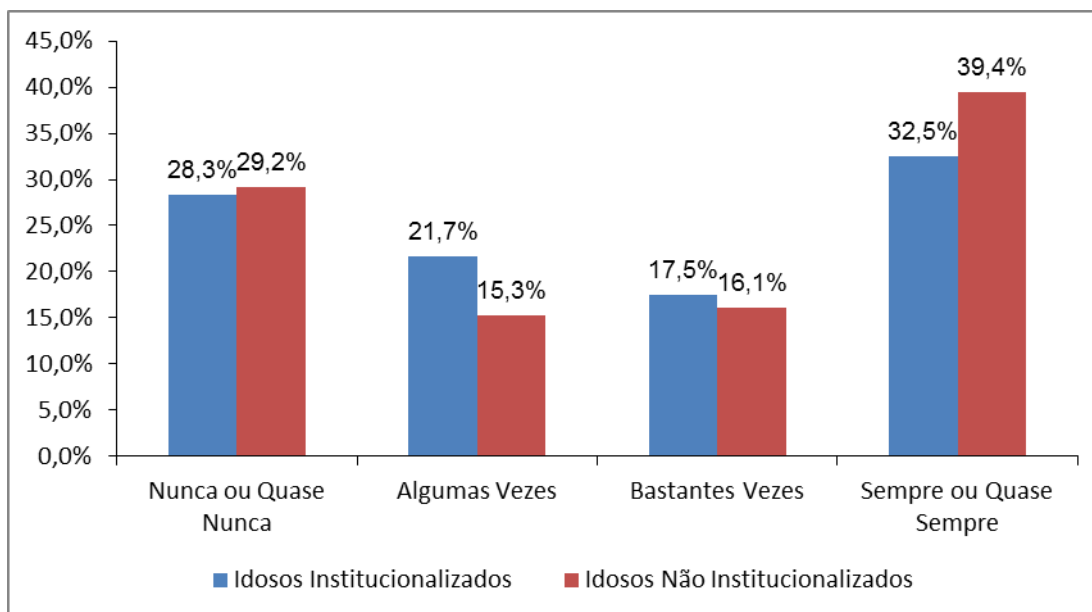
	P82	P83	P84	P85	P86	P87	P88	P89	P90	P91	P92	P93
N	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30
Moda	2	2	4	2	2	1	1	4	4	4	1	1
Quartis Q1 (25%)	2,00	2,00	3,75	2,00	1,00	1,00	1,00	3,00	3,00	4,00	1,00	1,00
Me (50%)	2,00	2,50	4,00	2,50	2,00	1,00	1,00	3,00	4,00	4,00	1,00	2,50
Q3 (75%)	3,00	4,00	4,00	4,00	2,00	2,00	1,00	4,00	4,00	4,00	2,00	4,00

Quadro 25 - Estatísticas de Ordem – “Idosos Não Institucionalizados”

	P82	P83	P84	P85	P86	P87	P88	P89	P90	P91	P92	P93
N	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30
Moda	2	2	4	4	1	1	1	4	4	4	1	4
Quartis Q1 (25%)	2,00	2,00	4,00	2,00	1,00	1,00	1,00	3,00	3,00	3,00	1,00	2,75
Me (50%)	2,00	3,00	4,00	3,00	1,50	1,00	1,00	4,00	4,00	4,00	1,00	4,00
Q3 (75%)	4,00	4,00	4,00	4,00	2,00	1,00	1,00	4,00	4,00	4,00	1,00	4,00

Exceptuando a questão P86 (“*Tem dificuldade em defender os seus direitos quando não são respeitados?*”), todos os valores da moda são superiores para o grupo dos “Idosos Não Institucionalizados”.

Gráfico 16 - Direitos: Idosos Institucionalizados/Idosos Não Institucionalizados



Dimensão de Qualidade de Vida

Este grupo de questões foi quantificado de 1 a 8, sendo 1 o grau mais elevado e 8 o de menor grau de importância.

Quadro 26 - Estatísticas de Ordem

	Bem-Estar Emocio.	Relações Interpe.	Bem-Estar Material	Desenvolv. Pessoal	Bem-Estar Físico	Autodete.	Inclusão Social	Direitos
N	60	60	60	60	60	60	60	60
Moda	4	a)	3	b)	1	8	5	8
Quartis Q1 (25%)	2,00	3,00	2,25	4,00	1,00	6,00	3,00	3,00
Me (50%)	4,00	4,00	4,00	6,00	1,00	7,00	5,00	5,00
Q3 (75%)	5,00	5,00	5,00	7,00	2,00	8,00	7,00	7,00

a) Distribuição bimodal – “3” e “5” aparecem em igual número.

b) Distribuição amodal – vários valores aparecem em igual número.

Deve-se salientar que o valor “1”, o de maior importância, apenas aparece como valor mais frequente para o “Bem-Estar Físico”, enquanto a “Autodeterminação” e “Direitos” aparecem como os menos importantes.

- Estatística de ordem por grupo de estudo:

Quadro 27 - Estatísticas de Ordem – “Idosos Institucionalizados”

		Bem-Estar Emocio.	Relações Interpe.	Bem-Estar Material	Desenvolv. Pessoal	Bem-Estar Físico	Autodete.	Inclusão Social	Direitos
N		30	30	30	30	30	30	30	30
Moda		2	3	5	7	1	a)	3	4
Quartis	Q1 (25%)	2,00	3,00	2,75	4,00	1,00	6,00	3,00	4,00
	Me (50%)	4,00	3,00	4,50	6,00	1,00	7,00	5,00	5,00
	Q3 (75%)	5,00	5,00	5 - ,25	7,00	2,00	8,00	7,00	7,00

a) Distribuição bimodal – “7” e “8” aparecem em igual número.

Quadro 28 - Estatísticas de Ordem – “Idosos não Institucionalizados”

		Bem-Estar Emocio.	Relações Interpe.	Bem-Estar Material	Desenvolv. Pessoal	Bem-Estar Físico	Autodete.	Inclusão Social	Direitos
N		30	30	30	30	30	30	30	30
Moda		4	5	a)	b)	1	8	7	c)
Quartis	Q1 (25%)	2,75	3,00	2,00	3,75	1,00	5,00	3,00	2,00
	Me (50%)	4,00	5,00	3,50	6,00	1,00	6,50	5,00	6,00
	Q3 (75%)	4,25	5,25	5,25	7,00	5,00	8,00	7,00	7,00

a) Distribuição amodal – vários valores aparecem em igual número.

b) Distribuição bimodal – “6” e “8” aparecem em igual número.

c) Distribuição bimodal – “7” e “8” aparecem em igual número.

Os valores atribuídos pelo grupo dos “Idosos não Institucionalizados” são em geral mais baixos na escala da qualidade que no grupo dos “Idosos Institucionalizados”.

Conteúdo Compreensivo

Todos os inquiridos responderam que “sim”, isto é, acharam o conteúdo do questionário compreensivo.

DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Os idosos que participaram no presente estudo cooperaram ao longo de todo o procedimento, tendo-se mostrado motivados através da satisfação manifesta por estarem a participar com a sua experiência para um estudo sobre qualidade de vida na sua faixa etária. Na fase inicial, por vezes, denotavam-se sentimentos de insegurança, que foram geridos de forma adequada através do esclarecimento das dúvidas que surgiam.

Fazendo uma análise dos resultados numa perspectiva diferencial de comparação inter-grupos e as perspectivas dos idosos sobre a sua qualidade de vida relativamente às oito dimensões disponibilizadas pela medida utilizada, em diferentes contextos habitacionais, isto é, considerando os idosos institucionalizados e os idosos residentes na comunidade sem estarem associados a qualquer instituição, verifica-se menor valorização na escala da qualidade de vida dos idosos não institucionalizados perante os institucionalizados.

Estudos comparativos entre idosos institucionalizados e idosos na comunidade que se encontram descritos na literatura apresentam resultados concordantes.

Pinho (2005) verificou, no seu estudo, que os idosos não institucionalizados revelaram mais condicionalismos na normal vida social associado à saúde física, problemas emocionais e dores físicas, muitas das quais com repercussões nas actividades de vida diária e na sua vida social e emocional. Esta autora também encontrou, no seu estudo, melhor percepção de qualidade de vida dos idosos institucionalizados relativamente aos não institucionalizados (qualidade de vida avaliada através do *Short Form 36 items*).

Com resultados diferentes, apresenta-se o estudo de Fernandes (2000), que comparou dois grupos de idosos com diferentes tempos de institucionalização e verificou que o aumento do tempo de institucionalização estava relacionado a um detrimento da qualidade de vida dos idosos e a uma diminuição dos sentimentos de auto-eficácia. Neste sentido, também Fernandes (1996) ao entrevistar idosos verificou que a institucionalização era referida por estes como condição que dificultava a sua qualidade de vida.

Em contexto estrangeiro, também foram encontrados resultados contraditórios no âmbito da temática da institucionalização. No estudo de Mazza (2002), a institucionalização foi referida pelos cuidadores dos idosos como sendo maléfica. Tsang, Liamputtong e Pearson (2004, cit. por Silva & Rezende, 2005), por exemplo, ao comparar idosos institucionalizados com idosos residentes na comunidade, verificaram que os institucionalizados apresentaram pior saúde, menor nível de independência, percentagens mais altas de depressão e menor grau de satisfação com as suas vidas. Contrariamente, Ho, Matsubayashi e Wada

(2003, cit. por Silva & Rezende, 2005) encontraram níveis de satisfação com a vida mais elevados em idosos institucionalizados do que em idosos residentes na comunidade.

Os resultados da presente investigação sugerem que, para a amostra em estudo, os contextos habitacionais relacionados à institucionalização exercem influência significativa nas perspectivas de qualidade de vida dos idosos relativamente às dimensões estudadas, designadamente ao Bem Estar Emocional; às Relações Interpessoais; ao Bem Estar Material; ao Desenvolvimento Pessoal; ao Bem Estar Físico; à Auto-determinação; à Inclusão Social e aos Direitos. Tal remete para a afirmação de que, aparentemente, a condição habitacional estudada, relativamente ao idoso estar institucionalizado ou residir na comunidade sem estar associado a qualquer Instituição, apesar de comportar diferentes condições e contextos, pode afectar a percepção de qualidade de vida dos idosos. Desta forma, parece que existe entre os idosos aspectos de vida divergentes, que se reflectem numa perspectiva de qualidade de vida com diferenças significativas entre os grupos de idosos considerados, comportando um quadro diferente na percepção que os idosos institucionalizados têm quanto à importância do “Bem-Estar Físico” e das “Relações Interpessoais” na sua qualidade de vida.

Tal conclusão pode estar relacionada com o facto de a institucionalização representar um espaço de estabilidade e de segurança, constituindo uma garantia de apoio quando a família não tem capacidade de resposta às necessidades dos idosos (Pimentel, 1995). Também é possível que já tenha ocorrido por parte dos idosos, adaptação e esforço de aceitação da condição de institucionalização.

É de salientar que, na interpretação dos resultados, foram excluídos do presente estudo idosos com surdez, demência ou que não tivessem condições cognitivas que possibilitassem responderem de forma autónoma e consciente às questões da investigadora. Indivíduos estes, mais dependentes na sua vida diária de ajuda de uma terceira pessoa, cujas perspectivas de qualidade de vida possivelmente seriam menos positivas. Também há que ter em conta a reduzida dimensão da amostra, facto que se justifica pelo facto de a investigação se ter realizado, por questões de conveniência pessoal apenas num único concelho.

CONCLUSÕES

Chegando ao final do nosso estudo, pretendemos apresentar uma súmula dos resultados obtidos. Galliano (1986, cit. por Santos e Clos, 1998, p. 17) refere que a conclusão “deve conter uma resposta, o mais inequívoca possível para a problemática do assunto do trabalho, pois corresponde ao objectivo final da comunicação; é a sua razão de ser”.

Uma vez que, o envelhecimento populacional do nosso país e do concelho da Sertã é uma realidade que não se pode ignorar, e tendo em conta a importância que o ambiente desempenha a nível do processo de envelhecimento, serão referidas algumas conclusões deste nosso estudo, tentando em seguida refletir sobre alguns aspetos que poderiam ser melhorados para que os idosos institucionalizados e não institucionalizados possam usufruir, cada vez mais, de uma vida com qualidade.

No presente estudo, a qualidade de vida dos idosos foi avaliada através de um questionário criado pelo investigador: Questionário de Avaliação da Qualidade de Vida da População Idosa (QAQVPI), que integra na sua estrutura oito dimensões de qualidade de vida: 1) Bem Estar Emocional, 2) Relações Interpessoais, 3) Bem Estar Material 4) Desenvolvimento Pessoal, 5) Bem Estar Físico, 6) Auto-determinação 7) Inclusão Social, 8) Direitos e, a avaliação global da qualidade de vida.

Os resultados obtidos sugerem que, na amostra em estudo (idosos institucionalizados e idosos residentes na comunidade sem estarem associados a qualquer instituição) embora contenham aspectos comuns, com perspectivas da qualidade de vida semelhantes, são os idosos institucionalizados que revelam maior percepção do conceito qualidade de vida, evocando maior ênfase ao bem-estar físico que a institucionalização lhes proporciona. No entanto ao nível emocional, manifestam maior labilidade emocional, por se sentirem sozinhos, longe de sua casa, dos seus bens, dos seus vizinhos, amigos e familiares; sentem-se menos capazes de manter a sua autonomia diária.

A heterogeneidade dos resultados aponta ainda, que existe diversidade individual nos idosos, o que contraria outro preconceito social que afirma que os velhos são todos iguais (Hansson & Carpenter, 1994). De acordo com o presente estudo a sua situação varia ao nível de percepção que têm sobre qualidade de vida.

Há muito a ser feito pela terceira idade, não só por esta constituir uma faixa etária privilegiada para a vivência do lazer, mas também por ser uma situação de justiça social. Ao lado disso, como questão de cidadania, é importante que os próprios idosos se organizem e reivindiquem os seus direitos, incluindo entre outros, assistência médica adequada, acesso

facilitado aos equipamentos e a uma política de lazer que, considere os interesses e necessidades dessa faixa etária.

Quanto ao questionário construído pela investigadora “Questionário de Avaliação da Qualidade de Vida na População Idosa” (QAQVPI), considera-se que a sua consistência é muito ambivalente; dificultou a interpretação dos resultados, pois pretendia-se uma análise com resultados mais concretos. Numa perspectiva futura, é necessária a reformulação de alguns itens e, eventualmente, a inclusão de outros, de forma a tornar os itens mais específicos a determinada dimensão da qualidade de vida e a melhorar a avaliação das características psicométricas deste instrumento.

Em suma, considera-se que foi alcançado o objectivo subjacente a todo o presente estudo, o de contribuir para um melhor conhecimento da população de idosos do concelho da Sertã, permitindo uma melhor compreensão da qualidade de vida dos idosos através da análise de factores associados a esta.

CONTRIBUTOS E IMPLICAÇÕES FUTURAS

Com base na literatura, pode-se equiparar o aumento da longevidade populacional, com o aumento da probabilidade de ocorrência de situações de dependência física, mental e social, para as quais a sociedade necessita da implementação de soluções apropriadas a cada situação. É essencial maior investigação no âmbito das condições de vida dos idosos, associada à procura de soluções para os demais problemas individuais e sociais que surgem.

Tendo em conta a pesquisa bibliográfica realizada, este é o primeiro estudo português, em termos exploratórios, que avalia a qualidade de vida da população idosa em diferentes contextos habitacionais. Os resultados reforçam a importância de se realizarem mais investigações neste âmbito, nomeadamente sobre a qualidade de vida no idoso em diferentes segmentos deste grupo etário frente à heterogeneidade de aspectos sociais, físicos, psicológicos e mentais.

Existe, em Portugal, a necessidade do desenvolvimento, adaptação e melhoramento de estruturas, como serviços de saúde e de apoio social, de forma a fazer face às necessidades de saúde e sociais da população e de responder de forma adequada às necessidades dos idosos. Neste sentido, a avaliação da qualidade de vida revela-se particularmente útil para determinar o impacto e a adequabilidade de serviços de saúde e estratégias sociais na vida dos idosos, tendo em vista a elaboração e implementação de intervenções para melhorar a qualidade de vida destes. É neste sentido, que o presente estudo revelou-se como um contributo positivo propiciando perspectivas para investigações futuras sobre qualidade de vida em idosos, tendo em conta o que os diferentes contextos habitacionais lhes podem proporcionar, de modo a conhecer a sua influência na qualidade de vida dos idosos.

Os resultados do presente estudo não podem ser generalizados à população idosa mas podem ser orientadores de trabalhos futuros sobre a qualidade de vida neste escalão etário, permitindo o levantamento de novas questões de investigação; sugere-se o aumento do número de indivíduos estudados, investigando as variáveis consideradas na presente investigação, de modo a se chegar a conclusões mais terminantes.

Salienta-se ainda, a extrema necessidade de se multiplicarem estudos desta natureza em todos os concelhos do País, não só a nível da população idosa, mas também doutros escalões etários, nomeadamente dentro da população infantil e juvenil para que, de acordo com a análise dos respectivos resultados possam vir a serem tomadas decisões e medidas que contribuam de modo efetivo para a promoção futura da qualidade de vida da população portuguesa em geral.

BIBLIOGRAFIA

- Aberg, A., Sidenvall, B., Hepworth, M., O'Reilly, K., & Lithell, H. (2005). *On loss of activity and independence, adaptation improves life satisfaction in old age – A qualitative study of patients' perceptions*. *Quality of Life Research*, 14, 1111-1125.
- Afonso, A. J. (1999). *A(s) autonomia(s) da escola na encruzilhada entre o velho e o novo espaço público*. *Inovação*. N.º12, pp. 127-137.
- Agostinho, P. (2004). *Perspectiva psicossomática do envelhecimento*. *Revista Portuguesa de Psicossomática*, 6 (1), pp. 31-36.
- Agree, M. E. & Freedman, A. V. (2001). *Implicações do envelhecimento da população para a saúde geriátrica*. In: *Assistência ao idosos: aspectos clínicos do envelhecimento* (pp. 494 – 501). Rio de Janeiro: Guanabara Koogan.
- Alonso M, Sánchez L, Martínez A. (2009). *Evaluación de la calidad de vida en personas mayores: La Escala FUMAT*. Publicaciones del INICO, Salamanca.
- Alonso, MAV. (2006). *Cómo Mejorar la Calidad de Vida de las Personas con Discapacidad. Instrumentos y estrategias de evaluación*. Amarú Ediciones (Publicaciones del INICO), Salamanca.
- Baltes M, Silvenberg S. (1995). *A dinâmica dependência-autonomia no curso da vida*. In: Neri A., editor. *Psicologia do envelhecimento*. Retirado a 12 de Dezembro de 2010, de <http://www.scielo.org/pdf/rsp/v37n3/15866.pdf>.
- Baltes, P. B. & Baltes, M. M. (1990). *Psychological perspective on successful aging: The model of selective optimization with compensation*. In P. Baltes & M. Baltes. *Successful aging: perspectives from the behavioural sciences* (pp. 1-34). Canada: Cambridge University Press.
- Baltes. P.B., Staundinger, U.M., & Lindenberger, U. (1999). *Lifespan psychology: Theory and application to intellectual functioning*. *Annual Reviews*, 50, 471-507.
- Bath P, Philp I. (1988). *A hierarchical classification of the dependency amongst older people: use of artificial neural networks*. *Health Care Later Times*, 359-69.
- Baylet, T.J. (1988). *Quality assurance*. *Postgrad. Med.J.*, 64 (752): 473-4.
- Belsky, J. K. (1996). *Psicología del envejecimiento: Teoría, investigaciones e intervenciones*. Barcelona: Masson.
- Berger, L. (1995^a). *Aspectos psicológicos e cognitivos do envelhecimento*. In: Berger, L. & Mailoux-Poirier, D. (Eds.). 2.^aed. *Pessoas idosas numa abordagem global* (pp.157-197). Lisboa: Lusodidacta.

- Born, T. (2002). Cuidado ao idoso em instituição. In M. P. Netto, *Gerontologia: A velhice e o envelhecimento em visão globalizada* (pp. 403-414). São Paulo: Editora Atheneu.
- Bowling A. (1994). *La medida de la salud: revisión de las escalas de medida de la calidad de vida*. Barcelona: Masson.
- Brink, J. J. (2001). Biologia e fisiologia celular do envelhecimento. In: *Assistência ao idoso; aspectos clínicos do envelhecimento* (pp.472-475). Rio de Janeiro: editora Guanabara.
- Bullinger M, Anderson R, Cella D, Aaronson. (1993). *Developing and evaluating cross-cultural instruments from minimum requirements to optimal models*. Quality Life Res; 2:451-9.
- Canavarro, M. C., Serra, A. V., Simões, M. R., Pereira, M., Gameiro, S., Quartilho, M. J., Rijo, D., Carona, C. e Paredes, T. (2006). *Qualidade de Vida*. Retirado em 4 de Dezembro 2010, de <http://www.fpce.uc.pt/saude/index.htm>.
- Canavarro, M. C., Simões, M., Pereira, M., e Pintassilgo, A. L. (2005). *Desenvolvimento dos instrumentos de avaliação da qualidade de vida na infecção VIH da Organização Mundial de Saúde (WHOQOL-HIV; WHOQOL-HIV-BREF) para português de Portugal: Apresentação de um projecto*. Projecto apresentado no 6º Congresso Virtual HIV/AIDS, 17 Outubro 2005. Retirado em SIDAnet – Associação Lusófona Website: http://www.aidscongress.net/pdf/whoqol_hiv_abstract_238_comunic_270.pdf.
- Cardão, S. (2009). *O Idoso Institucionalizado*. Coisas de Ler. Lisboa.
- Carrilho, MI; Gonçalves, C. Instituto Nacional de Estatística – Dinâmicas Territoriais do Envelhecimento: análise exploratória dos resultados dos censos 91 e 2001. *Revista de Estudos Demográficos*, Nº 36.
- Carrus G, Fornar F, Bonnes M. (2005). As origens da psicologia ambiental e os factores externos. In Soczka L, organizador. *Contextos humanos e psicologia ambiental*. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian, pp. 66-89.
- Carvalho, J. (1999). *Aspectos metodológicos no trabalho com idosos*. In: J. Mota & J. Carvalho (Eds.), *Actas do Seminário de Qualidade de vida no Idoso: O papel da actualidade física* (pp. 306-327). Porto: Faculdade de ciências do Desporto e de Educação Física da Universidade do Porto.
- Ciconelli RM. *Tradução para o português e validação do questionário genérico de avaliação de qualidade de vida “Medical Outcomes Study 36- item Short-Form*.
- Cohen C. (1982). *On the quality of life: some philosophical reflections*. Circulation, 66:29-33.

- Comunicação da comissão – Livro Verde – *Uma nova solidariedade entre gerações face às mutações demográficas* (2005). Retirado a 17 de Dezembro de 2009, de www.eurocid.pt/pls/wsd/wsdwcot0.detalhe?pcotid=3931&pestid=9368.
- Comunicação da Comissão: *Uma europa para todas as idades - Promover a prosperidade e a solidariedade entre as gerações* (1999). Retirado a 17 de Dezembro de 2009, de www.europa.eu/scadplus/leg/pt/cha/c11308.htm.
- Conselho Europeu extraordinário de Lisboa: *para uma europa da inovação e do conhecimento* (2000). Retirado a 27 de Dezembro de 2009, em www.europa.eu/scadplus/leg/pt/cha/c10241.htm.
- Cordeiro, J. C. D. (1982). *A saúde mental e a vida, pessoas e populações em risco psiquiátrico*. Lisboa: Marales Editores.
- Cordeiro, J. D. (1994). *A Saúde Mental e a Vida*. Lisboa: Edições Salamandra.
- Costa Neto, SB. *Qualidade de vida dos portadores de câncer de cabeça e pescoço*. Tese [Doutorado]. Brasília: Instituto de Psicologia da Universidade de Brasília; 2002.
- Costa, A. B. (1998). *Exclusões Sociais*. Lisboa: Gradiva.
- Cutler, S.J., & Hendricks, J. (2001). Emerging social trends. Em R.H. Brinstock & L.K. George (Eds.), *Handbook of aging and the social sciences* (pp. 462-480) California: Academic Press.
- Diniz, DP, Schor, N. (2006). *Qualidade de vida: guia de medicina ambulatorial e hospitalar – UNIFESP*. São Paulo: Manole.
- Duarte Y, Pavarini S. (1997). *Instituições de idosos: qualificação do pessoal*. Retirado a 12 de Dezembro 2010, de <http://www.scielo.org/pdf/rsp/v37n3/15866.pdf>.
- Duarte, V. B. , Dias, D. G., Santana, M. da G., Soares, M. C. & Thofern, M. B. (2005). *A perspectiva do envelhecer para o ser idoso e sua família*. Família, Saúde, Desenvolvimento 1, 42-50.
- Erikson, H; Erikson, M. (1998). *O Ciclo de Vida Completo: versão ampliada com novos capítulos sobre o nono estágio do desenvolvimento*. Porto Alegre: Art med.
- Estéves, V. (2007). *El Adulto Mayor. Manual de cuidados y autocuidado*. Editorial Trillas. Mexico.
- Faria, L. & Marinho, C. (2003). Perspectivas sobre o envelhecimento : actividade física e promoção do bem-estar físico e psicossocial dos idosos. *Revista de Psiquiatria*, 24 (3), 51-69.
- Faria, L. & Marinho, C. (2004). Actividade física, saúde e qualidade de vida na terceira idade. *Revista Portuguesa de Psicossomática*, 6(1), 93 -104.
- Farquhar, M. (1995). *Definitions of quality of life: a taxonomy*. J.Adv.Nurs, 22: 502-8.

- Fernandes da Fonseca, A. (2001). A Saúde Mental e Terceira Idade. *Revista de Psiquiatria*, 33, 2-35.
- Fernandes, A. (1999). *Velhice e sociedade*. Oeiras: Celta Editora.
- Fernandes, J. M. M. B. L. (2000). *Qualidade de vida e auto-eficácia em idosos institucionalizados*. Lisboa: Instituto Superior de Psicologia Aplicada (Dissertação de Mestrado).
- Fernandes, M. J. S. R. S. (1996). *Conceito de qualidade de vida para o idoso*. Lisboa: Universidade Católica Portuguesa (Dissertação de Mestrado).
- Fernández-Ballesteros, R. (Eds.) (2002). *Viver com vitalidade*. Madrid: Pirâmide.
- Fernández-Ballesteros, R. y Macii, A. (1996). Informes de allegados sobre 10s mayores y de éstos sobre si mismos. *Revista de Gerontologia*, 6.20-30.
- Ferrans CE, Powers M. J. (1992). Psychometric assessment of the Quality of life index. *Res. Nurs. Health*, 15:29-38.
- Figueiredo D, Sousa L. (2001). EASYcare: um instrumento de avaliação da qualidade de vida e bem-estar do idoso. *Rev Geriatr*;130:41-7.
- Figueiredo, D. Galante, H. Sousa, L. (2003). Qualidade de Vida e bem-estar dos idosos: um estudo exploratório na população portuguesa. *Revista Saúde Pública*, 37 (3): 364-71.
- Flanagan, J. (1982). *Measurement of quality of life: current state of the art*. Arch. Phsysical Méd. Reab., 63: 56-9.
- Fleck, M.P.A., Leal, O.F, Louzada S., Xavier M., Chachamovich E., Vieira G., Santos L., Pinzon V. (1999). Desenvolvimento da versão em português do instrumento de avaliação da qualidade de vida da OMS (WHOQOL-100). *Rev Bras Psiquiatr*; 21(1): 19-28.
- Fleck, M. A., Louzada, S., Xavier, M., Chachamovich, E., Vieira, G., Santos, L. e Pinzon, V. (2000). Aplicação da versão em português do instrumento abreviado de avaliação da qualidade de vida "WHOQOL-BREF". *Revista de Saúde Pública*, vol.34 (2), pp. 178 – 183.
- Fleck, M. P. A., Chachamovich, E. e Trentini, C. M. (2003). *Projecto WHOQOLOLD: Método e resultados de grupos focais no Brasil*. Retirado a 12 de Dezembro 2010, de http://repositorio.ul.pt/bitstream/10451/2156/1/22311_ulfp034920_tm.pdf
- Fonseca, A. M. (2005). *Desenvolvimento Humano e Envelhecimento*. Lisboa: Climepsi Editores.
- Fox-Rushby J., Parker M. (1995). Culture and the measurement of health-related quality of life. *Rev Eur Psychol Appl*; 45:257-63.
- Freire, S. A. (2000). Envelhecimento bem-sucedido e bem-estar psicológico. In: A. L. Neri & S. Freire (Eds.). *E por falar em boa velhice* (pp. 21-31). Campinas: Papyrus.

- Gianchello, A. L. (1996). Health outcomes research in hispaniccs/latinos. *Journal of Med. Systems*, 21(5): 235-54.
- Gill, T. M., Feisnstein, A. R. (1994). A critical appraisal of the quality of quality of life measurements. *JAMA*; 272(8):619-26.
- Gonçalves, D., Martin, I., Guedes, J., Cabral-Pinto, F. e Fonseca, A. (2006). *Psicologia, Saúde & Doenças*, N.º7 (1). Retirado a 17 de Dezembro de 2009, de <http://www.scielo.oces.mctes.pt/pdf/psd/v7n1/v7n1a12.pdf>.
- Hansson R, Carpenter B. *Relationships in old age: coping with the challenge of transition*. Retirado a 12 de Dezembro 2010, de <http://www.scielosp.org/pdf/rsp/v37n3/15866.pdf>.
- *Health Survey (SF-36)* (1997). [Tese]. São Paulo: Universidade Federal de São Paulo, Escola Paulista de Medicina.
- Hortelão, A. P. S. (2003). Envelhecimento e qualidade de vida: Estudo comparativo de idosos residentes na comunidade e idosos institucionalizados na região de Lisboa. Lisboa: Universidade Aberta (Dissertação de Mestrado).
- Instituto Nacional de Estatística (2002). Acesso a 15 de Março de 2011.
- Instituto Nacional de Estatística (2002). *O envelhecimento em Portugal*. Disponível em http://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_destaques&DESTAQUESdest_boui=71107&DESTAQUESmodo=2. Acesso em 8 de Outubro de 2011.
- Instituto Nacional de Estatística. (2009). *Projeções de População Residente em Portugal 2008 – 2060: Relatório anual 2009*. Retirado a 15 de Março de 2011 de: http://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_pesquisa&frm_accas=PESQUISAR&frm_show_page_num=1&frm_modos_pesquisa=PESQUISA_SIMPLES&frm_modos_texto=MODO_TEXTO_ALL&frm_texto=Projec%C3%A7%C3%B5es+da+popula%C3%A7%C3%A3o+residente+em+Portugal&frm_imgPesquisar=++
- Instituto Nacional de Estatística. *Censos 2001*. Acesso em 15 de Março de 2011, de http://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_pesquisa&frm_accas=PESQUISAR&frm_show_page_num=1&frm_modos_pesquisa=PESQUISA_SIMPLES&frm_modos_texto=MODO_TEXTO_ALL&frm_texto=censos+&frm_imgPesquisar=++
- James, J. B. e Wink, P. (2006). The third age: a Rationale for research. Em: *Annual Review of Gerontology and Geriatrics*, vol. 26, pp. xix-xxxii. Springer Publishing Company.
- Kaye, L.W., Butter, S.S., & Webster, N.M. (2003). Toward a productive ageing paradigm for geriatric practice. *Ageing International Spring*, 28(2), 200-213.
- Kimura M. (1999). Tradução para o português e validação do “Quality of life index” de Ferrans e Powers. Tese [Livre-Docência]. São Paulo: Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo.

- Lai, K. L., Tzeng, R.J., Wang, B. L., Lee, H. S., Amidon, R. L. e Kao, S. (2005). Health-related quality of life and health utility for the institutional elderly in Taiwan. *Quality of Life Research: An International Journal of Quality of Life Aspects of Treatment, Care & Rehabilitation*, Vol 14 (4), pp. 1169-1180.
- Lidz (1983). *A pessoa: Seu desenvolvimento durante o ciclo vital*. Porto Alegre: Artmed.
- Likert, Rensis (1932). *A Technique for the Measurement of Attitudes*, *Archives of Psychology* 140: pp. 1-55.
- Lopes, P. A. P. L. (2004). *Qualidade de vida e suporte social do idoso no meio rural e no meio urbano: um Estudo comparativo e correlacional*. Lisboa: Instituto Superior de Psicologia Aplicada (Dissertação de Mestrado).
- Martins, L. R. (1999). *Envelhecimento e Saúde: um problema social emergente*. Retirado a 4 de Dezembro de 2007, de <http://psicologiafins.pt.html>.
- Martins, M. & Valente, A. (2004). Abordagem da Comorbilidade no idoso internado. *Revista de Psiquiatria Consiliar e de Ligação*, 11 (2), 13-18.
- Mattar, F. N. (1996). *Pesquisa de marketing: edição compacta*. São Paulo: Atlas.
- Mazza, M. M. P. R. (2002). *Cuidar em família: Análise da representação social da relação cuidador familiar com o idoso*. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo (Dissertação de Mestrado).
- Miers, M.R.G. (2007). *Los Retos de La Tercera Edad. Nuevas Oportunidades*. Editorial Trillas. Mexico.
- Minayo, M. C. de S., Hartz, Z. M. de A., Buss, P. M. (2000). Qualidade de vida e saúde: um debate necessário. *Ciência e saúde Coletiva*, 5(1):7-18.
- Moreno, B. y Ximénez. C. (1996). Evaluación de la calidad de vida. En Buela Casal G, Caballo V E, Sierra J C. *Manual de evaluación en Psicología clínica y de la salud*, Madrid. N.º XXI, p.p. 1045-70.
- Newson, J., & Schultz, R. (1996). Social support as a mediator in the relation between functional status and quality of life in older adults. *Psychology and Aging*, 11, 34-44.
- OECD (1998). *Maintaining Prosperity in an Ageing Society*. Retirado a 24 de Abril de 2009, de www.oecd.org/dataoecd/21/10/2430300.pdf.
- Oleson, M. (1990). *Subjectively perceived quality of life*. *Image. J. Nurs Sch.*; 22(3):187-90.
- Oliveira, J. (1999). *Os idosos vistos por eles mesmos: variáveis personológicas e representações da morte*. *Psicologia, Educação e Cultura*, 3, 323-343.
- Oliveira, J. H. B. (2005). *Psicologia do envelhecimento e do idoso*. Porto: Livpsic – Psicologia.

- Painter, P. (1994). *The importance of exercise training in rehabilitation of patients with end-stage renal disease*. Am. J. Kidney. Dis., 24:2-9.
- Paschoal S. M. P. (2001). Qualidade de vida no idoso: elaboração de um instrumento que privilegia sua opinião. [dissertação de mestrado]. Mestrado em Saúde Pública, Faculdade de Saúde Pública (SP): Universidade de São Paulo.
- Paúl, C. (2005). Envelhecimento e ambiente. In L. Soczka (Org.), *Contextos humanos e psicologia ambiental* (pp. 247-268). Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.
- Paúl, C., Fonseca, A. M., Martin, I. e Amado, J. (2005). Satisfação e qualidade de vida em idosos portugueses. Em, C. Paúl e A. Fonseca (Eds), *Envelhecer em Portugal: Psicologia, Saúde e Prestação de Cuidados* (pp. 77-95). Lisboa: Climepsi.
- Paúl, C., Fonseca, A. M., Martín, I., & Amado, J. (2005). Satisfação e qualidade de vida em idosos portugueses. In C. Paúl, & A. Fonseca, *Envelhecer em Portugal* (pp. 75-95). Lisboa: Climepsi Editores.
- Paúl, C. (1997). *Lá para o fim da vida: Idosos, Família e Meio Ambiente*. Coimbra: Almedina.
- Philp, I. (1997). *Can a medical and social assessment be combined?* J. R. Soc Med., 90:11-3.
- Pimentel, L. M. G. (1995). O Lugar do idoso nas redes de interacção e solidariedade primárias: um Estudo comparativo de casos de institucionalização e não institucionalização. Lisboa: Instituto Superior de Ciências do Trabalho e Empresa (Dissertação de Mestrado).
- Pinho, M. M. N. (2005). Análise do índice de psicopatologia e qualidade de vida dos doentes do Lar “X”, comparativamente com os índices de psicopatologia dos idosos a residirem em sua casa. Lisboa: Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa (Dissertação de Mestrado).
- Rebelo, H. (2007). *Psicoterapia na idade adulta avançada*. Análise Psicológica, 4 (XXV), pp. 543-557.
- Rede Social da Câmara Municipal da Sertã: *Território e Demografia*. Retirado a 12 de Dezembro de 2010, de http://195.245.197.216/CLAS/Todos/DOCS_enviados//509/1.%20Diagn%F3stico%20Social/Diagn%F3stico%20Social%20%202_1_%20Territ%F3rio%20e%20Demografia.pdf
- Reis, J. e Fradique, F. (2004). *Significações leigas de saúde e de doença em adultos*. Em: Análise Psicológica, vol.3 (XXII), pp. 475-485.
- Ribeiro, J. L.P. (1999). *Investigação e avaliação em psicologia e saúde*. Lisboa: Climepsi Editores.

- Santos, G. (1999). *Os conceitos de saúde e doença na representação social da velhice*. Retirado a 4 de Dezembro de 2007, em <http://www.pucrs.br/textos/edicao01/geronyologia2.htm>.
- Santos, I., & Clos, A. C. (1998). Pesquisa quantitativa e metodologia. In J. H. M. Gauthier, I. E. Cabral, I. Santos, & C. M. M. Tavares. *Pesquisa em enfermagem: novas metodologias aplicadas* (pp. 1-17). Rio de Janeiro: Editora Guanabara Koogan.
- Savonitti, B. H. R. A. (2000). *Qualidade de vida dos idosos institucionalizados*. São Paulo: Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo (Dissertação de Mestrado).
- Schalock, R. y Verdugo, M.A. (2002/2003). *Quality of life for human service practitioners*. Washington, DC: American Association on Mental Retardation. [Traducido al Castellano por M.A. Verdugo y C. Jenaro. *Calidad de vida. Manual para profesionales de la educación, salud y servicios sociales*. Madrid: Alianza Editorial].
- Schroots, J. J. (1995). *Psychological models of aging*. Canadian Journal on Aging. 14 (1), 44 -46.
- Seabra, M. F. D. (1995). *Que idosos temos?* Geriatria, 8 (75), p. 183.
- Seidl, E. M. F., Zannon, C. M. L. da C. (2004). *Qualidade de vida e saúde: aspectos conceituais e metodológicos*. Caderno de Saúde Pública, 20 (2): 580-88.
- Sequeira, A. & Silva, M. N. (2002). *O bem-estar da pessoa idosa em meio rural*. Análise Psicológica, 3(20), 505-516.
- Serrano, G. P. (2006). *Intervención y Desarrollo Integral en Personas Mayores*. Editorial Universitas, S.A. Madrid.
- Setién, M. L. (1993). Modelo conceptual para la elaboración de um sistema de indicadores sociales de calidad de vida. In: Setién, M. L., *Indicadores sociales de calidad de vida: um sistema de medición aplicado al País Vasco*. Centro de Investigaciones Sociológicas. Madrid: Siglo XXI de España, p.113-49.
- Silva, J. V. (2003). *Ser idoso e ter qualidade de vida: as Representações de idosos residentes em cidades do Sul de Minas Gerais*. Retirado a 12 de Dezembro 2010, de http://repositorio.ul.pt/bitstream/10451/2156/1/22311_ulfp034920_tm.pdf
- Silva, T. E. e Rezende, C. H. A. (2005). *Avaliação transversal da qualidade de vida de idosos participantes de Centros de Conveniência e institucionalizados por meio do questionário genérico WHOQOL-BREF*. Uberlândia: Universidade Federal de Uberlândia (Monografia).
- Smith, J. *Well-being and health from age 70 to 100: findings from the Berlin Aging Study*. Retirado a 12 de Dezembro 2010, de <http://www.scielo.org/pdf/rsp/v37n3/15866.pdf>

- Soczka, L. (2005). As raízes da Psicologia Ambiental. In Soczka L, organizador. *Contextos humanos e psicologia ambiental*. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian, p. 36-66.
- Sousa, L. & figueiredo, D. (2003). *(In)dependência na população idosa: um estudo exploratório na população portuguesa*. *Psychologica*, 33, 109-122.
- Sousa, L., Figueiredo, D., Cerqueira, M. (2004). *Envelhecer em Família*. Porto: Ambar.
- Statistical Package for the Social Sciences (SPSS). Versão 17
- Stevens, N. *Combating loneliness: a friendship enrichment programme for older women*. Retirado a 12 de Dezembro de 2010, de <http://www.scielo.org/pdf/rsp/v37n3/15866.pdf>
- Teixeira, P. (2006). *Envelhecendo passo a passo*. Disponível em <http://www.psicologia.com.pt/artigos/textos/AO283.pdf>. Acesso a 4 de Dezembro de 2007.
- The WHOQOL group. (1995). The World Health Organization quality of life assessment (WHOQOL): position paper from the World Health Organization. *Soc Sci Med*, 41: 1403-10.
- Verdugo, M. A., Gómez, L. E. y Arias, B. (2007). L'Escala Gencat de Qualitat de vida. *Manual d'aplicació de l'Escala Gencat de Qualitat de vida*. Departamento de Acció Social y Ciudadanía. Generalitat de Catalunya.
- Verdugo, M. A., Schalock, R., Wehmeyer, M., Caballo, C. y Jenaro, C. (2001). *Escala de Indicadores Transculturales de Calidad de Vida*. Salamanca: INICO, Universidad de Salamanca.
- Victor, C., Scambler, S., Bond, J., Bowling, A. *Being alone in later life: loneliness, social isolation and living alone*. Retirado a 12 de Dezembro de 2010, de <http://www.scielo.org/pdf/rsp/v37n3/15866.pdf>
- Vieira, A. (1996). *A qualidade de vida no trabalho e o controle da qualidade total*. Florianópolis: Insular.
- Vieira, A. C. M. L. (2003). Qualidade e suporte social dos Idosos em ambiente Institucional – contributos da Bioética. Dissertação de Mestrado em Bioética e Ética Médica apresentada à Faculdade de Medicina. Porto: Universidade do Porto.
- Vieira, Adriane. *A Qualidade de Vida no trabalho e o controle da Qualidade Total*. Retirado a 4 de Dezembro 2007, de http://www.abepro.org.br/biblioteca/enegep1998_art348.pdf
- Winnicott, D. (2002). *Privação e delinquência*. 3.ªed. São Paulo: Martinho Fontes.
- Wood-Dauphinee, S. (1999). Assessing quality of life in clinical research: from where are we going. *J. Clin Epidemiol*, 4(52): 355-63.

- Zagher, M., Pierezan, P. e Claudino, R. (2009). *Avaliação da qualidade de vida nos profissionais da saúde, que prestam assistência a pacientes geriátricos*. Revista Digital – Buenos Aires: efdeportes.com, 135. Retirado de *Revista Digital*. Buenos Aires.
- Zimerman, G. I. (2000). *Velhice. Aspectos biopsicossociais*. Porto Alegre: Artmed Editora.
- Schalock, R.L. (2000). *Three Decades of Quality of Life*. En M.L. Wehmeyer y J.R. Patton (Eds.), *Mental retardation in the 21st century*. Retirado a 9 de Dezembro de 2010, de http://sid.usal.es/idos/F8/FDO23248/herramientas_4.pdf
- Schalock, R. L. (2006). Prólogo. En Verdugo (Dir.), *Como mejorar la calidad de vida de las personas con discapacidad. Instrumentos y estrategias de evaluación*. Retirado a 9 de Dezembro de 2010, de http://sid.usal.es/idos/F8/FDO23248/herramientas_4.pdf

APÊNDICES

Apêndice I

Carta de apresentação do estudo e seus objectivos, dirigida ao
Presidente da Instituição “Casa da Poesia” de Cernache do Bonjardim e
ao Provedor da Santa Casa da Misericórdia da Sertã

Susana Isabel Antunes Chamusca da Cunha e Santos

Contacto: 966417727

E-mail: susantos@portugalmail.com

Sertã, 6 de Janeiro de 2011

Ex.mo Sr.

O meu nome é Susana Isabel Antunes Chamusca da Cunha e Santos, sou mestranda do Curso Comunicação Aumentativa e Tecnologias de Apoio, decorrente na Universidade Lusófona em Lisboa. Presentemente encontro-me a realizar dissertação de mestrado sobre “Qualidade de Vida na População Idosa do Concelho da Sertã”, sob a orientação do Professor Doutor Jorge Serrano.

Venho desta forma manifestar o meu interesse em realizar a minha investigação na V/ Instituição e solicitar a V/ autorização.

Gostaria de marcar uma reunião consigo para explicar-lhe a envolvimento da população do nosso concelho na minha Dissertação de Mestrado, quais os objectivos e metodologias propostos.

Despeço-me, disponibilizando-me para qualquer tipo de esclarecimento que considere necessário.

Aguardo resposta.

Cumprimentos cordiais,

(Susana Chamusca Santos)

Apêndice II

Questionário de Avaliação da Qualidade de Vida na População Idosa

QUESTIONÁRIO SOBRE QUALIDADE DE VIDA

Mestranda Susana Isabel Antunes Chamusca da
Cunha e Santos

QUESTIONÁRIO DE AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DE VIDA NA POPULAÇÃO IDOSA DA VILA DA SERTÃ

(Realizado com base em: Figueiredo D, Sousa L. (2001). *EASYcare: Um instrumento de avaliação da qualidade de vida e bem estar do idoso*. Revista Geriatria; Alonso M, Sánchez L, Martínez A. (2009) *Evaluación de la calidad de vida en personas mayores: La Escala FUMAT*. Publicaciones del INICO, Salamanca; Fleck MPA. (1998). *WHOQOL – Abreviado*. Programa de Saúde Mental, Organização Mundial da Saúde, Genebra. Departamento de Psiquiatria e Medicina Legal, Universidade Federal do rio Grande do sul. Porto Alegre – RS – Brasil; Verdugo, M. A., Schalock, R., Wehmeyer, M., Caballo, C. y Jenaro, C. *Escala de Indicadores Transculturales de Calidad de Vida*. Salamanca: INICO, Universidad de Salamanca, 2001.)

Este questionário serve apenas para conferir a inteligibilidade do instrumento de Avaliação da Qualidade de Vida em População Idosa.

Gostaríamos que nos dissesse o que pensa sobre alguns aspectos da sua vida, relacionados com as oito (8) dimensões da Qualidade de Vida.

Por favor, responda a todas as perguntas. Se não tiver a certeza da resposta a dar a uma pergunta, escolha a que lhe parecer 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** e que responda utilizando a seguinte escala:

1= Nunca ou quase nunca

2= Algumas vezes

3= Bastantes vezes

4= Sempre ou quase sempre

DEFINIÇÃO DAS OITO (8) ÁREAS PRINCIPAIS DA QUALIDADE DE VIDA

Todas as perguntas que lhe vamos fazer estão relacionadas com os seguintes temas:

Bem-estar Emocional: Se se sente contente e feliz; se está satisfeito com a vida que tem no dia-a-dia e se se sente tranquilo.

Relações Interpessoais: Se acha que tem amigos; se se dá bem com outras pessoas (companheiros, amigos, familiares); se tem pessoas que o possam ajudar quando necessita.

Bem-estar Material: Se a sua situação económica é satisfatória: ter dinheiro para comprar o que quer e/ou o que precisa.

Desenvolvimento Pessoal: Se acha que se realizou em termos de estudo, cultura e profissionais.

Bem-Estar Físico: Se está bem de saúde; não tem dores; se se desloca sozinho(a); se tem bons cuidados de saúde.

Autodeterminação: Se é capaz de decidir para onde quer ir, o que quer fazer, com quem quer estar, como gastar o seu dinheiro e escolher o que quer fazer no seu tempo livre.

Inclusão Social: Se costuma estar com outras pessoas mais novas, participar em diferentes acontecimentos da sua comunidade (festas, actividades de bairro, da vila, da instituição), sentir-se querido por outras pessoas e que o(a) ajudam quando necessita.

Direitos: Se sente que os seus direitos são respeitados (por exemplo a ter a sua intimidade, a ter as suas coisas pessoais e que ninguém lhes toque, a ser igual aos outros e a poder fazer tudo o que os outros fazem,

MUITO OBRIGADA PELA SUA COLABORAÇÃO!

I – DADOS SOCIODEMOGRAFICOS DA PESSOA

Idade Anos

Data de Nascimento ____/____/____

Sexo Feminino
 Masculino

Escolaridade	Não sabe ler nem escrever	
	Sabe ler e/ou escrever	
	1º - 4º anos	
	5º - 6º anos	
	7º - 9º anos	
	10º - 12º anos	
	Estudos Universitários	
	Outra	
	Qual? _____	

Profissão

Freguesia
Concelho
Distrito

Estado civil	Solteiro	
	Casado	
	União de facto	
	Separado	
	Divorciado	
	Viúvo	

Regime	Institucionalizado	Lar		
		Centro de Dia		
	Residência sem apoio de instituição	Própria		Outra
		Familiar		Qual? _____

QUESTIONÁRIO DE AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DE VIDA NA POPULAÇÃO IDOSA DA VILA DA SERTÃ

BEM-ESTAR EMOCIONAL (Satisfação, Auto-conceito; Ausência de stress)	NUNCA OU QUASE NUNCA	ALGUMAS VEZES	BASTANTES VEZES	SEMPRE OU QUASE SEMPRE
1. Em geral, sente-se satisfeito com a sua vida actual?	1	2	3	4
2. Sente-se satisfeito consigo mesmo?	1	2	3	4
3. Sente-se útil?	1	2	3	4
4. Habitualmente está de bom humor e alegre?	1	2	3	4
5. Sente-se intranquilo ou nervoso?	1	2	3	4
6. Está contente com a aparência do seu corpo?	1	2	3	4
7. Sente-se triste ou deprimido?	1	2	3	4
8. Tem sentimentos de incapacidade ou de insegurança?	1	2	3	4
9. Gostava de desfrutar mais da vida?	1	2	3	4
10. Sente-se satisfeito com os serviços e apoios que recebe?	1	2	3	4
11. Sente-se motivado na hora de realizar algum tipo de actividade?	1	2	3	4
12. O contexto em que vive produz-lhe stress?	1	2	3	4
RELAÇÕES INTERPESSOAIS (Interações, Relações, Apoios)	NUNCA OU QUASE NUNCA	ALGUMAS VEZES	BASTANTES VEZES	SEMPRE OU QUASE SEMPRE
13. Realiza actividades que gosta com outras pessoas?	1	2	3	4
14. Valoriza positivamente as suas relações de amizade?	1	2	3	4
15. Sente-se querido/a pelas pessoas que são importantes para si?	1	2	3	4
16. Recebe visitas dos seus amigos?	1	2	3	4
17. Mantém uma boa relação com a sua família?	1	2	3	4
18. Sente-se desvalorizado pela sua família?	1	2	3	4
19. A maioria das pessoas com quem se relaciona tem uma condição semelhante à sua?	1	2	3	4
BEM-ESTAR MATERIAL (Estatuto económico; Residência)	NUNCA OU QUASE NUNCA	ALGUMAS VEZES	BASTANTES VEZES	SEMPRE OU QUASE SEMPRE
20. Dispõe de todos os bens materiais que necessita?	1	2	3	4
21. O lugar onde vive é confortável?	1	2	3	4
22. Sente-se descontente com o lugar onde vive?	1	2	3	4

23. O lugar onde vive está adaptado às suas necessidades?	1	2	3	4
24. O lugar onde vive impede-o/a de ter um estilo de vida saudável (ruídos, fumos, odores, escuridade, humidade, inacessibilidade)?	1	2	3	4
25. Dispõe de dinheiro suficiente para comprar o que necessita?	1	2	3	4
26. Tem queixa da sua pensão de rendimentos?	1	2	3	4
27. Tem as coisas que necessita?	1	2	3	4
28. Com o dinheiro que tem, pode comprar as coisas que lhe apetece ou que gosta?	1	2	3	4
29. Dispõe de todos os recursos económicos necessários para cobrir as suas necessidades básicas?	1	2	3	4
DESENVOLVIMENTO PESSOAL (Educação; Competência pessoal; Desempenho)	NUNCA OU QUASE NUNCA	ALGUMAS VEZES	BASTANTES VEZES	SEMPRE OU QUASE SEMPRE
30. Resolve com eficácia os problemas que lhe aparecem?	1	2	3	4
31. Mostra dificuldade em adaptar-se às situações novas que lhe aparecem?	1	2	3	4
32. Tem dificuldade em dizer o que quer?	1	2	3	4
33. Tem acesso e usufrui das novas tecnologias (internet, telemóvel, etc)?	1	2	3	4
34. O seu serviço de saúde fornece-lhe informações sobre questões que lhe interessam e ou preocupam?	1	2	3	4
35. Tem dificuldades em realizar contas no seu dia-a-dia (somar, multiplicar, etc)?	1	2	3	4
36. Compreende a informação que recebe?	1	2	3	4
37. É responsável na toma da sua medicação	1	2	3	4
BEM-ESTAR FÍSICO (Saúde; Actividades da Vida Diária; Sistema de Saúde)	NUNCA OU QUASE NUNCA	ALGUMAS VEZES	BASTANTES VEZES	SEMPRE OU QUASE SEMPRE
38. Tem hábitos alimentares saudáveis?	1	2	3	4
39. Realiza actividade física?	1	2	3	4
40. Tem cuidado com a sua aparência física?	1	2	3	4
41. O seu estado de saúde geral é bom?	1	2	3	4
42. O seu estado de saúde permite-lhe levar uma vida normal?	1	2	3	4
43. Tem problemas de sono?	1	2	3	4
44. Tem problemas de incontinência?	1	2	3	4
45. Tem problemas de mobilidade?	1	2	3	4

46. Os seus problemas de saúde provocam-lhe <u>mal-estar e dor</u> ?	1	2	3	4
47. Necessita de medicação para atenuar as <u>dores</u> ?	1	2	3	4
48. Tem acesso aos cuidados de saúde que <u>necessita</u> ?	1	2	3	4
49. Os serviços de saúde proporcionam-lhe a <u>assistência que necessita</u> ?	1	2	3	4
50. Tem dificuldades em seguir uma conversa <u>porque ouve mal</u> ?	1	2	3	4
51. Tem dificuldades de visão que a impedem <u>de realizar as suas tarefas habituais</u> ?	1	2	3	4
52. Tem dificuldade em recordar-se de informa- ções importantes para a sua vida quotidiana (caras familiares, nomes, etc)?	1	2	3	4
AUTODETERMINAÇÃO (Autonomia; Controlo Pessoal; Objectivos; Valores)	NUNCA OU QUASE NUNCA	ALGUMAS VEZES	BASTANTES VEZES	SEMPRE OU QUASE SEMPRE
53. Tem interesses e objectivos próprios e faz <u>planos para alcança-los</u> ?	1	2	3	4
54. Faz planos para o futuro?	1	2	3	4
55. Organiza a sua vida autonomamente?	1	2	3	4
56. Outras pessoas tomam as decisões que são <u>importantes para a sua vida</u> ?	1	2	3	4
57. Toma decisões sobre o seu quotidiano?	1	2	3	4
58. Defende as suas ideias e opiniões?	1	2	3	4
59. Outras pessoas organizam a sua vida?	1	2	3	4
60. Decide por si mesmo como gastar o seu <u>dinheiro</u> ?	1	2	3	4
61. Outras pessoas decidem como deve gastar <u>o seu dinheiro</u> ?	1	2	3	4
62. Administra o dinheiro de forma autónoma (cheques, facturas, ida ao banco, etc)?	1	2	3	4
63. Decide como passar o seu tempo livre?	1	2	3	4
64. Elege por si mesmo as actividades e luga- res <u>onde passa o seu tempo livre</u> ?	1	2	3	4
65. A sua família respeita as suas decisões?	1	2	3	4
66. Escolheu o lugar o vive actualmente?	1	2	3	4
67. Organiza e decora o seu espaço tendo em <u>conta as suas preferências</u> ?	1	2	3	4
68. Convida os seus amigos para irem a sua <u>casa sempre que quer</u> ?	1	2	3	4
INCLUSÃO SOCIAL (Integração; Lazer; Participação em Actividades)	NUNCA OU	ALGUMAS VEZES	BASTANTES VEZES	SEMPRE OU
69. Participa em associações da sua comunidade (de vizinhos, do bairro da paróquia, etc) e em ac- tividades de lazer (concertos e espectáculos, ci- nema, teatro, cafés, parques)?	1	2	3	4

70. Participa em diversas actividades de lazer <u>que lhe interessam?</u>	1	2	3	4
71. A sua comunidade oferece-lhe actividades de lazer (excursões, passeios, jogos tradicionais, momentos de confraternização, dança, etc)?	1	2	3	4
72. Tem dificuldade em relacionar-se com <u>outras pessoas?</u>	1	2	3	4
73. Está integrado na sua família como <u>qualquer outro membro?</u>	1	2	3	4
74. Realiza actividades de lazer com os seus amigos e família?	1	2	3	4
75. Vai a locais públicos (piscinas públicas, cinemas, teatros, museus, bibliotecas, etc)?	1	2	3	4
76. Dispõe de formações para melhorar as suas habilidades e interesses (cursos, workshops, etc)?	1	2	3	4
77. Faz compras em feiras e supermercados?	1	2	3	4
78. Mantém a sua casa limpa e organizada?	1	2	3	4
79. Quando lhe aparece um problema, <u>consegue encontrar os apoios que necessita?</u>	1	2	3	4
80. Tem o apoio da sua família quando precisa?	1	2	3	4
81. Os seus amigos apoiam-no/a quando <u>necessita?</u>	1	2	3	4
DIREITOS (Igualdade; Respeito; Cidadania)	NUNCA OU QUASE NUNCA	ALGUMAS VEZES	BASTANTES VEZES	SEMPRE OU QUASE SEMPRE
82. Recebe informação adequada e suficiente <u>de acordo com as suas necessidades?</u>	1	2	3	4
83. Dispõe de informação sobre os seus direitos fundamentais como cidadão?	1	2	3	4
84. Deixam-no votar quando há eleições?				
85. Sabe defender os seus direitos?	1	2	3	4
86. Tem dificuldade em defender os seus <u>direitos quando não são respeitados?</u>	1	2	3	4
87. Sofre de abandono?	1	2	3	4
88. Sofre situações de exploração, violência ou <u>abusos?</u>	1	2	3	4
89. Desfruta de todos os seu direitos legais (cidadania, voto, processos legais, etc)?	1	2	3	4
90. É tratado pelos outros de igual modo como <u>qualquer outra pessoa?</u>	1	2	3	4
91. É tratado com respeito pelas pessoas que o <u>rodeiam?</u>	1	2	3	4
92. A sua família viola a sua privacidade (lê a sua correspondência, entra sem bater à porta, etc)?	1	2	3	4
93. Se alguém o roubasse, saberia como <u>denunciar-lo à polícia?</u>	1	2	3	4

Para finalizar, por favor dê uma pontuação de 1 a 8, a cada dimensão de qualidade de vida, sendo o “1” relativo ao um grau mais elevado e o 8 o menos elevado.

Bem-Estar Emocional	
Relações Interpessoais	
Bem-Estar Material	
Desenvolvimento Pessoal	
Bem-Estar Físico	
Autodeterminação	
Inclusão Social	
Direitos	

Sim	
------------	--

Não	
------------	--

Por favor, refira se achou o conteúdo compreensivo

Se não, diga qual a questão e sugira a alteração que lhe pareça adequada:

ANEXOS

ANEXO I

EASYcare: um instrumento de avaliação da qualidade de vida e bem-estar do idoso

ANEXO II

Escala de Indicadores Transculturales de Calidad de Vida

ANEXO III

La Escala FUMAT

ANEXO IV

WHOQOL – BREF

ANEXO I

Disponibilizado em <http://casycare.org.uk/international/portugal>

ANEXO II

Escala de Indicadores Transculturales de Calidad de Vida

Formato para Profesionales y Familiares

Verdugo, M.A., Schalock, R., Wehmeyer, M., Caballo, C. y Jenaro, C. (2001)

Datos personales:.....

Nombre o N° identificación:

País:

Grupo (Señalar): Usuario Personal Familiar:

Edad.....

Sexo (Señalar): Hombre Mujer

Descripción general

Los indicadores fundamentales asociados a cada una de las ocho áreas de calidad de vida. Estas ocho áreas y los 24 indicadores se han extraído de una revisión y síntesis de la investigación internacional sobre calidad de vida recientemente finalizada. Le agradecemos mucho el tiempo utilizado en participar en este estudio. Le llevará como mucho 15 minutos. Gracias.

Instrucciones

El objetivo de esta escala es conocer su opinión sobre la importancia y el grado de utilización de cada indicador de calidad de vida en los servicios que usted o su familiar recibe o en los servicios y apoyos que usted proporciona a adultos con discapacidad intelectual. La importancia y uso se valoran utilizando la siguiente escala:

1= Nada

2= Poco

3= Bastante

4= Mucho

Definición de las ocho áreas principales de calidad de vida

A continuación encontrará una breve definición de cada una de los ocho áreas principales de calidad de vida. Por favor, consulte estas definiciones antes de rellenar la escala.

Bienestar Emocional: Estado de alegría (satisfecho, feliz), tener un autoconcepto positivo y/o estar relativamente libre de estrés.

Relaciones Interpersonales: Experiencia de interacciones sociales y relaciones (con familia, amigos, y compañeros) y/o de recibir apoyos (emocional, físico, económico, retroalimentación) de la familia, amigos, compañeros o de centros o servicios.

Bienestar Material: Presencia de una situación económica, de empleo (un trabajo) y de una vivienda adecuados.

Desarrollo Personal: Nivel educativo recibido, competencia personal expresada y/o desempeño mostrado (incluye creatividad y expresión personal).

Bienestar Físico: Nivel de salud experimentado (funcionamiento físico, síntomas de enfermedad, dolor, estado físico, energía, nutrición), el desempeño de actividades de la vida diaria (desplazamientos, vestido y alimentación autónoma), y actividades de ocio y/o recepción de atención sanitaria.

Autodeterminación: La expresión de autonomía y control personal, la búsqueda de metas y valores personales, y la oportunidad de elegir.

Inclusión Social: La integración y participación en la comunidad de pertenencia, la expresión de roles sociales valorados, y la obtención de apoyos sociales por parte de los miembros de la comunidad.

Derechos: La expresión de derechos humanos (respeto, dignidad, igualdad) y la garantía de derechos legales (ciudadanía, acceso, procesos legales).

Escala de Indicadores Transculturales de Calidad de Vida

Instrucciones: Para cada uno de los indicadores de calidad de vida que se presentan a continuación, por favor valore la importancia de cada indicador en su país, y el grado (cuánto) en que cada indicador se utiliza, ya sea en los servicios que usted o su familiar recibe, o en los servicios y apoyos que usted proporciona. Por favor, señale en cada fila y en ambas columnas un número del 1 al 4 de acuerdo al "grado de importancia" y al "grado de utilización".

¡Muchas gracias!

	Nada	Poco	Bastante	Muy	Nada	Poco	Bastante	Muy
	IMPORTANTE				UTILIZADO			
<i>Bienestar Emocional</i>								
1. Satisfacción (satisfecho, feliz)	1	2	3	4	1	2	3	4
2. Autoconcepto (Valía personal, Imagen corporal)	1	2	3	4	1	2	3	4
3. Ausencia de estrés (ambiente seguro, estable y predecible)	1	2	3	4	1	2	3	4
<i>Relaciones Interpersonales</i>								
4. Interacciones (redes sociales, contactos sociales)	1	2	3	4	1	2	3	4
5. Relaciones (familia, amigos)	1	2	3	4	1	2	3	4
6. Apoyos (emocional, físico, económico, retroalimentación)	1	2	3	4	1	2	3	4
<i>Bienestar Material</i>								
7. Estatus económico (ingresos, seguridad financiera)	1	2	3	4	1	2	3	4
8. Empleo (trabajo, ambiente laboral)	1	2	3	4	1	2	3	4
9. Vivienda (tipo de vivienda, propietario, confort)	1	2	3	4	1	2	3	4
<i>Desarrollo Personal</i>								
10. Educación (nivel, estatus)	1	2	3	4	1	2	3	4
11. Competencia personal (cognitiva, social, práctica)	1	2	3	4	1	2	3	4
12. Desempeño (éxito, productividad, creatividad)	1	2	3	4	1	2	3	4
<i>Bienestar Físico</i>								
13. Salud (estado físico, nutrición, síntomas de enfermedad)	1	2	3	4	1	2	3	4
14. Actividades de la vida diaria (alimentación, aseo, vestido, desplazamientos, movilidad)	1	2	3	4	1	2	3	4
15. Atención sanitaria (disponibilidad, eficacia, satisfacción)	1	2	3	4	1	2	3	4
16. Ocio (Actividades recreativas, aficiones)	1	2	3	4	1	2	3	4
<i>Autodeterminación</i>								
17. Autonomía/Control Personal (independencia, autodirección)	1	2	3	4	1	2	3	4
18. Metas y valores personales (esperanzas, deseos, expectativas)	1	2	3	4	1	2	3	4

19. Elecciones (oportunidades, opciones, preferencias)	1	2	3	4	1	2	3	4
Inclusión Social								
20. Integración y participación en la comunidad (acceso, implicación)	1	2	3	4	1	2	3	4
21. Roles comunitarios (contribuciones, estilo de vida, interdependencia)	1	2	3	4	1	2	3	4
22. Apoyos sociales (redes de apoyo, servicios)	1	2	3	4	1	2	3	4
Derechos								
23. Derechos humanos (respeto, dignidad, igualdad)	1	2	3	4	1	2	3	4
24. Derechos legales (ciudadanía, acceso, procesos legales)	1	2	3	4	1	2	3	4

Para finalizar, por favor, asigne una puntuación del 1 al 8 a cada área de calidad de vida, otorgando un "1" al área que considere más importante, y un "8" a la que menos importante le parezca.

- Bienestar Emocional
- Relaciones Interpersonales
- Bienestar Material
- Desarrollo Personal
- Bienestar Físico
- Autodeterminación
- Inclusión Social
- Derechos

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

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

RELACIONES INTERPERSONALES		Siempre o Casi siempre	Frecuente mente	Algunas veces	Nunca o Casi Nunca
9	Realiza actividades que le gustan con otras personas	4	3	2	1
10	Mantiene una buena relación con los profesionales del servicio al que acude	4	3	2	1
11	Mantiene una buena relación con sus compañeros del servicio al que acude	4	3	2	1
12	Carece de familiares cercanos	1	2	3	4
13	Valora negativamente sus relaciones de amistad	1	2	3	4
14	Manifiesta sentirse querido por las personas importantes para él	4	3	2	1
Puntuación directa TOTAL					

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

Puntuación directa TOTAL

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

Puntuación directa TOTAL

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

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

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

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

ANEXO IV

WHOQOL - ABREVIADO

Versão em Português

PROGRAMA DE SAÚDE MENTAL
ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE
GENEVA

Coordenação do GRUPO WHOQOL no Brasil

Dr. Marcelo Pio de Almeida Fleck
Professor Adjunto
Departamento de Psiquiatria e Medicina Legal
Universidade Federal do Rio Grande do Sul
Porto Alegre – RS - Brasil

Instruções

Este questionário é sobre como você se sente a respeito de sua qualidade de vida, saúde e outras áreas de sua vida. **Por favor, responda a todas as questões**. Se você não tem certeza sobre que resposta dar em uma questão, por favor, escolha entre as alternativas a que lhe parece mais apropriada. Esta, muitas vezes, poderá ser sua primeira escolha.

Por favor, tenha em mente seus valores, aspirações, prazeres e preocupações. Nós estamos perguntando o que você acha de sua vida, tomando como referência as **duas últimas semanas**. Por exemplo, pensando nas últimas duas semanas, uma questão poderia ser:

	nada	muito pouco	médio	muito	completamente
Você recebe dos outros o apoio de que necessita?	1	2	3	4	5

Você deve circular o número que melhor corresponde ao quanto você recebe dos outros o apoio de que necessita nestas últimas duas semanas. Portanto, você deve circular o número 4 se você recebeu "muito" apoio como abaixo.

	nada	muito pouco	médio	muito	completamente
Você recebe dos outros o apoio de que necessita?	1	2	3	4	5

Você deve circular o número 1 se você não recebeu "nada" de apoio.

Por favor, leia cada questão, veja o que você acha e circule no número e lhe parece a melhor resposta.

		muito ruim	ruim	nem ruim nem boa	boa	muito boa
1	Como você avaliaria sua qualidade de vida?	1	2	3	4	5

		muito insatisfeito	insatisfeito	nem satisfeito nem insatisfeito	satisfeito	muito satisfeit o
2	Quão satisfeito(a) você está com a sua saúde?	1	2	3	4	5

As questões seguintes são sobre **o quanto** você tem sentido algumas coisas nas últimas duas semanas.

		nada	muito pouco	mais ou menos	bastant e	extremamente
3	Em que medida você acha que sua dor (física) impede você de fazer o que você precisa?	1	2	3	4	5
4	O quanto você precisa de algum tratamento médico para levar sua vida diária?	1	2	3	4	5
5	O quanto você aproveita a vida?	1	2	3	4	5
6	Em que medida você acha que a sua vida tem sentido?	1	2	3	4	5
7	O quanto você consegue se concentrar?	1	2	3	4	5
8	Quão seguro(a) você se sente em sua vida diária?	1	2	3	4	5
9	Quão saudável é o seu ambiente físico (clima, barulho, poluição, atrativos)?	1	2	3	4	5

As questões seguintes perguntam sobre **quão completamente** você tem sentido ou é capaz de fazer certas coisas nestas últimas duas semanas.

		nada	muito pouco	médio	muito	completamente
10	Você tem energia suficiente para seu dia-a-dia?	1	2	3	4	5
11	Você é capaz de aceitar sua aparência física?	1	2	3	4	5
12	Você tem dinheiro suficiente para satisfazer suas necessidades?	1	2	3	4	5
13	Quão disponíveis para você estão as informações que precisa no seu dia-a-dia?	1	2	3	4	5
14	Em que medida você tem oportunidades de atividade de lazer?	1	2	3	4	5

As questões seguintes perguntam sobre **quão bem ou satisfeito** você se sentiu a respeito de vários aspectos de sua vida nas últimas duas semanas.

		muito ruim	ruim	nem ruim nem bom	bom	muito bom
15	Quão bem você é capaz de se locomover?	1	2	3	4	5

		muito insatisfeito	insatisfeito	nem satisfeito nem insatisfeito	satisfeito	muito satisfeito
16	Quão satisfeito(a) você está com o seu sono?	1	2	3	4	5
17	Quão satisfeito(a) você está com sua capacidade de desempenhar as atividades do seu dia-a-dia?	1	2	3	4	5
18	Quão satisfeito(a) você está com sua capacidade para o trabalho?	1	2	3	4	5
19	Quão satisfeito(a) você está consigo mesmo?	1	2	3	4	5
20	Quão satisfeito(a) você está com suas relações pessoais (amigos, parentes, conhecidos, colegas)?	1	2	3	4	5
21	Quão satisfeito(a) você está com sua vida sexual?	1	2	3	4	5
22	Quão satisfeito(a) você está com o apoio que você recebe de seus amigos?	1	2	3	4	5
23	Quão satisfeito(a) você está com as condições do local onde mora?	1	2	3	4	5
24	Quão satisfeito(a) você está com o seu acesso aos serviços de saúde?	1	2	3	4	5
25	Quão satisfeito(a) você está com o seu meio de transporte?	1	2	3	4	5

As questões seguintes referem-se a **com que frequência** você sentiu ou experimentou certas coisas nas últimas duas semanas.

		nunca	algumas vezes	frequentemente	muito frequentemente	sempre
26	Com que frequência você tem sentimentos negativos tais como mau humor, desespero, ansiedade, depressão?	1	2	3	4	5

Alguém lhe ajudou a preencher este questionário?.....

Quanto tempo você levou para preencher este questionário?.....

Você tem algum comentário sobre o questionário?

OBRIGADO PELA SUA COLABORAÇÃO