

**MARCO ANTÓNIO ESTEVENS PIRES**

**AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DE VIDA E DO  
GRAU DE DEPENDÊNCIA DOS IDOSOS APOIADOS  
PELO SERVIÇO DE APOIO DOMICILIÁRIO DA  
PENHA DE FRANÇA DA SANTA CASA DA  
MISERICÓRDIA DE LISBOA**

**Orientadora: Professora Doutora Maria do Céu Costa**

**Universidade Lusófona de Humanidades e Tecnologias**

**Escola de Ciências e Tecnologias da Saúde**

**Lisboa**

**2014**

**MARCO ANTÓNIO ESTEVENS PIRES**

**AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DE VIDA E DO  
GRAU DE DEPENDÊNCIA DOS IDOSOS APOIADOS  
PELO SERVIÇO DE APOIO DOMICILIÁRIO DA  
PENHA DE FRANÇA DA SANTA CASA DA  
MISERICÓRDIA DE LISBOA**

Dissertação apresentada para a obtenção do Grau de Mestre em Cuidados Continuados Integrados, da Escola de Ciências e Tecnologias da Saúde da Universidade Lusófona de Humanidades e Tecnologias de Lisboa

Orientadora: Professora Doutora Maria do Céu Costa  
Co-Orientadora: Mestre Carla Monteiro

**Universidade Lusófona de Humanidades e Tecnologias**

**Escola de Ciências e Tecnologias da Saúde**

**Lisboa**

**2014**

## **Agradecimentos**

O meu agradecimento:

- à minha orientadora, Prof<sup>ª</sup>. Dr<sup>a</sup> Maria Céu Costa, por ter sido sempre positiva, ao longo dos vários percalços e dos meses a aguardar a possibilidade da realização desta Tese
- à Mestre Manuela Vilar e ao Professor Doutor Mário Simões, pelo protocolo assinado, que possibilitou a realização deste estudo através da utilização da WHOQOL-OLD que se encontra atualmente a ser validada para Portugal
- à Santa Casa da Misericórdia de Lisboa, por ter possibilitado a realização deste estudo junto dos seus idosos
- aos meus pais por terem possibilitado esta aventura
- à minha esposa pela disponibilidade, paciência, serenidade e confiança, transmitida ao longo deste caminho académico

A todos um muito obrigado.

## Resumo

**Objetivos:** Este estudo que surge na conclusão do Iº Mestrado em Cuidados Continuados Integrados, da Escola de Ciências e Tecnologias da Saúde da Universidade Lusófona de Humanidades e Tecnologias de Lisboa, está diretamente relacionado com a prática dos Cuidados Continuados e tem como objetivo melhorar o conhecimento sobre a população idosa apoiada pelo Serviço de Apoio Domiciliário (SAD) da Penha de França (PDF) da Santa Casa da Misericórdia de Lisboa (SCML), através da Avaliação da sua Qualidade de Vida e dos seus Graus de Dependência, verificando ainda a existência de correlações entre os resultados dos instrumentos.

**Métodos:** Realizou-se um estudo exploratório descritivo-correlacional, quantitativo e qualitativo, em que a seleção da amostra teve como critério de exclusão o défice cognitivo em que participantes não teriam diagnosticada doença Psiquiátrica, e como fatores de inclusão ter mais de 65 anos e beneficiar dos serviços de SAD da PDF da SCML. Aos 40 idosos que assinaram o consentimento informado, representando cerca de 20% da população total, foi aplicado o Formulário de recolha de dados demográficos, os Índices de avaliação: das Atividades Básicas da Vida Diária (ABVD), de Barthel (IB); da avaliação das Atividades Instrumentais da Vida Diária (AIVD), de Lawton & Brody (IL&B); e, por último, o instrumento de avaliação da Qualidade de Vida Diária, WHOQOL-OLD.

**Resultados:** A amostra é 80% do sexo Feminino, com idades a variar entre os 65 e os 93 anos, e com um valor médio de 81,8 anos com DP = 6,46, em que a maioria é viúvo(a), com a quarta classe, reside sozinha, aufere menos que 485€ mensais, e ao nível do Grau de Dependência das ABVD encontrava-se em média com uma Dependência Leve, e em relação ao Grau de Dependência, ao nível das AIVD, a amostra encontra-se em média com uma Dependência Moderada. Na Avaliação da Qualidade de Vida, através da utilização do Instrumento WHOQOL-OLD da Organização Mundial de Saúde (que se encontra atualmente a ser validado para Portugal pela Dr<sup>a</sup> Manuela Vilar em Tese de Doutoramento), evidenciou-se que a amostra pontuou numa escala de 0 – 100 de Qualidade de vida, em que zero corresponde à menor Qualidade de vida e 100 à melhor Qualidade de Vida, os seguintes valores em pontuação nas sete facetas: Morte e Morrer (64,37); Família e Vida Familiar (57,03); Funcionamento Sensorial (58,74); Autonomia (55,31); Presente e Futuro (46,56); Participação Social (42,97) e Intimidade (27,19). Verificou-se ainda a existência de várias correlações entre: os IB e IL&B; Entre o IB e as

facetas: Autonomia Passado, Presente e Futuro e Participação Social; Entre IL&B e a faceta Autonomia; Entre várias facetas da WHOQOL-OLD e os IB e IL&B e as questões: Tempo de Acamado, Nível de escolaridade e Tempo de Acamado.

**Discussão:** Se interpretarmos em conjunto as quatro facetas que apresentam os valores mais altos de qualidade de vida, verifica-se que apesar dos baixos rendimentos e da idade avançada, os idosos desta amostra revelam que têm uma perceção positiva na relação com: a Morte e o Morrer; Relações Familiares; Autonomia e Liberdade na gestão e toma de decisões. Relativamente às correlações encontradas entre as variáveis, existe uma correlação positiva entre os Índices de Barthel e de Lawton & Brody, ou seja sempre que o grau de independência de um aumenta o outro acompanha o seu aumento.

**Conclusões:** Este estudo concretizou os objetivos a que se propôs, tanto quanto ao objetivo inicial de Avaliar a Qualidade de Vida e o Grau de Dependência dos idosos apoiados pelo Apoio Domiciliário da Penha de França da Santa Casa da Misericórdia de Lisboa, bem como quanto às 4 questões de investigação. Os resultados obtidos neste estudo com uma amostra de 40 idosos desta freguesia revelam que em média os idosos apoiados naquele período apresentavam Dependência Leve ao nível das Atividades Básicas da Vida Diária (Índice de Barthel), em média apresentam Dependência Moderada (Índice de Lawton e Brody) e na média dos 7 domínios da Avaliação da Qualidade de Vida (WHOQOL-OLD, versão ainda em validação para Portugal, pela Mestre Manuela Vilar – Faculdade de Psicologia da Universidade de Coimbra), pontuaram 50,31 pontos numa escala de 0 – 100, de qualidade de vida.

**Palavras-chave:** WHOQOL-OLD; Índice Barthel; Índice Lawton & Brody; Serviço de Apoio Domiciliário; Santa Casa da Misericórdia de Lisboa

## Abstract

**Objectives:** This study that comes at the conclusion of the 1st Master Course in Integrated Continuous Care, at the School of Health Sciences and Technologies of the Lusophone University of Humanities and Technologies of Lisbon, is directly related to the practice of Continuing Care and aims to improve knowledge on the elderly population supported by the Home Support Service (DSS) of Penha de França (PDF) of the Santa Casa da Misericórdia de Lisboa (SCML), through the evaluation of their quality of life and their degrees of dependence, still checking the statistical correlations between the results of the instruments.

**Methods:** We conducted a descriptive exploratory-correlational, quantitative and qualitative study, in which the selection of the sample had as an exclusion criterion any cognitive deficit and participants should have no diagnosed psychiatric illness, while inclusion factors were defined for age over 65 years and benefit from the services of the DPS PDF SCML. To the 40 seniors who signed informed consent forms, representing about 20% of the total population, we applied the Form collection of demographic data, the assessment indices reviewing the Basic Activities of Daily Living (ADL), Barthel (IB), the review of Instrumental Activities of Daily Living (IADL), Lawton & Brody (IL & B), and, finally, the evaluation tool Quality of Daily Life, WHOQOL-OLD.

**Results:** The sample is 80 % female, with ages varying between 65 and 93 years, with an average of 81.8 years with  $SD = 6.46$ , where the majority is a widow (er), with the fourth class (basic school), lives alone, earns less than € 485 per month, and the degree of dependence of ABVD level was in average with a Lightweight Dependency; and in relation to the degree of dependence, the level of the AIVD, overall sample is in average with Moderate Dependence. In Assessment of Quality of Life, using the WHOQOL-OLD World Health Organization (which is currently being validated for Portugal by Dr. Manuela Vilar in a PhD Thesis), it was observed that the sample scored on a scale of 0-100 of quality of life, where zero is the lowest quality of life and 100 the best quality of life. The following figures in scoring in all seven facets were recorded: Family and Family Life (57.03); Sensory Functioning (58.74), Autonomy (55.3); Death and Dying (64.37) Present and Future (46.56); Social Participation (42.97) and Intimacy (27,19). It was further found that there are several correlations between: the IB and IL & B; Between IB and facets: Autonomy in the Past, Present and Future and Social Participation; Between IL & B and

facet Autonomy; Among various facets of WHOQOL-OLD and IB and IL & B and issues: Time Bedridden, Level of Education and time Bedridden.

**Discussion:** If we interpret together the four facets that have the highest values of quality of life, it appears that despite low incomes and the elderly, the elderly show that this sample have a positive perception in relation to: Death and Dying ; Family Relations; Autonomy and Freedom in the management and decision making. Regarding the correlations between variables, there is a positive correlation between the Barthel Index and Lawton & Brody, ie when the degree of independence of one increases the other accompanying its increase.

**Conclusions:** This study demonstrated the goals it has set itself, much as the initial aim of evaluate the quality of life and the degree of dependence of elderly supported by the Home Care of Penha de Franca Santa Casa da Misericordia de Lisboa, as well as the 4 issues research. The results obtained in this study with a sample of 40 subjects of this parish reveal that on average the elderly at that time had supported Lightweight Dependency level of Basic Activities of Daily Living (Barthel Index) on average have faced Dependency Index (Lawton and Brody ) and the average of the 7 areas of Evaluation of Quality of Life (WHOQOL-OLD version still validation for Portugal, by Master Manuela Vilar - Faculty of Psychology, University of Coimbra), scored 50.31 points on a scale 0-100 , quality of life.

## **Abreviaturas**

ABVD – Atividades Básicas da Vida Diária

AIVD – Atividades Instrumentais da Vida Diária

AVC – Acidente Vascular Cerebral

HTA – Hipertensão Arterial

IC – Insuficiência Cardíaca

IB – Índice de Barthel

IL&B – Índice de Lawton & Brody

INE – Instituto Nacional de estatística

IR – Insuficiência Renal

OMS – Organização Mundial da Saúde

ONU – Organização das Nações Unidas

PDF – Penha de França

QdV- Qualidade de Vida

WHO –World Health Organization

WHOQOL-OLD – Instrumento de Avaliação da Qualidade de Vida para a população idosa da Organização Mundial da Saúde

SAD – Serviço de Apoio Domiciliário

SCML – Santa Casa da Misericórdia de Lisboa

## Índice

<b>Introdução .....</b>	<b>13</b>
<b>Capítulo 1 - Enquadramento Teórico .....</b>	<b>14</b>
<b>1.1 - O Envelhecimento Humano.....</b>	<b>15</b>
1.1.1 - Envelhecer em contexto mundial, nacional e da cidade de Lisboa..	20
1.1.2 - Principais causas de morte da população idosa .....	22
<b>1.2 - Autonomia/Dependência da população Idosa .....</b>	<b>23</b>
<b>1.3 - Qualidade de Vida.....</b>	<b>25</b>
<b>1.4 - O SAD - SCML .....</b>	<b>26</b>
<b>Capítulo 2 - Métodos .....</b>	<b>28</b>
<b>2.1 - Tipo de Estudo e Amostra .....</b>	<b>29</b>
2.1.1 - Questões e Objetivos do Estudo .....	29
<b>2.2 - Instrumentos .....</b>	<b>30</b>
2.2.1 - Formulário para a recolha de dados demográficos.....	30
2.2.2 - MMSE .....	30
2.2.3 - Índice de Barthel .....	31
2.2.4 - Índice de Lawton & Brody .....	32
2.2.5 - WHOQOL-OLD.....	34
<b>2.3 - Procedimentos.....</b>	<b>37</b>
<b>2.4 - Aspectos éticos .....</b>	<b>37</b>
<b>Capítulo 3 - Resultados .....</b>	<b>39</b>
<b>3.1 - Dados Demográficos.....</b>	<b>40</b>
<b>3.2 - Aplicação dos instrumentos específicos de avaliação .....</b>	<b>45</b>
<b>Capítulo 4 - Discussão dos Resultados .....</b>	<b>53</b>
<b>Conclusão .....</b>	<b>63</b>
<b>Referências .....</b>	<b>67</b>
<b>Apêndices .....</b>	<b>i</b>
<b>Apêndice I .....</b>	<b>ii</b>

<b>Apêndice II</b> .....	<b>iii</b>
<b>Apêndice III</b> .....	<b>iv</b>
<b>ANEXOS</b> .....	<b>xiv</b>
<b>Anexo I</b> .....	<b>xv</b>
<b>Anexo II</b> .....	<b>xvii</b>
<b>Anexo III</b> .....	<b>xxiii</b>

## Índice de Tabelas

<b>TABELA 1 – Limiar de Défice Cognitivo .....</b>	<b>31</b>
<b>TABELA 2 – Pontuação do Grau de Dependência .....</b>	<b>32</b>
<b>TABELA 3 – Limiar do Grau de Dependência .....</b>	<b>33</b>
<b>TABELA 4 – Forma de pontuação das 7 facetas da WHOQOL-OLD .....</b>	<b>35</b>
<b>TABELA 5 – Facetas, Abreviaturas e Conceitos e conteúdos da WHOQOL-OLD ..</b>	<b>36</b>
<b>TABELA 6 – Frequência Idade .....</b>	<b>40</b>
<b>TABELA 7 – Categorias de Idade .....</b>	<b>40</b>
<b>TABELA 8 – Categorias de Escolaridade .....</b>	<b>40</b>
<b>TABELA 9 – Categorias Estado Civil .....</b>	<b>40</b>
<b>TABELA 10 – Tipos de Serviços de SAD PDF .....</b>	<b>43</b>
<b>TABELA 11 – Doenças Crónicas .....</b>	<b>43</b>
<b>TABELA 12 – Nº Internamentos e Nº Úlceras de pressão existentes no ultimo ano...</b>	<b>44</b>
<b>TABELA 13 – Causas de Internamentos em hospital no último ano .....</b>	<b>44</b>
<b>TABELA 14 – Índice de Barthel – Frequências .....</b>	<b>45</b>
<b>TABELA 15 – Índice de Lawton – Frequências .....</b>	<b>47</b>
<b>TABELA 16 – WHOQOL-OLD – Frequências dos Facetas .....</b>	<b>47</b>
<b>TABELA 17 – Correlações de Pearson entre os Índices de Barthel e Lawton &amp; Brody e as da WHOQOL-OLD .....</b>	<b>49</b>
<b>TABELA 18 – Caraterização das correlações entre as facetas da WHOQOL-OLD..</b>	<b>51</b>
<b>TABELA 19 – Correlação de Pearson entre os Índices de Barthel e Lawton &amp; Brody, e as Facetas da WHOQOL-OLD, com o tempo de SAD PDF .....</b>	<b>51</b>
<b>TABELA 20 – Correlações de Spearman entre os Índices de Barthel e Lawton &amp; Brody e as Facetas da WHOQOL-OLD, com o Nível de Escolaridade e o Tempo que está acamado .....</b>	<b>52</b>

## **Índice de Gráficos**

<b>GRÁFICO 1 – Sexo .....</b>	<b>40</b>
<b>GRÁFICO 2 – Rendimento .....</b>	<b>41</b>
<b>GRÁFICO 3 – Coabitação .....</b>	<b>41</b>
<b>GRÁFICO 4 – Tempo de Apoio de SAD PDF .....</b>	<b>41</b>
<b>GRÁFICO 5 – Origem do Conhecimento de SAD PDF .....</b>	<b>42</b>
<b>GRÁFICO 6 – Tempo de Acamado .....</b>	<b>42</b>
<b>GRÁFICO 7 – Índice de Barthel – Grau Dependência .....</b>	<b>45</b>
<b>GRÁFICO 8 – Índice Lawton &amp; Brody- % por Grau de Dependência .....</b>	<b>47</b>
<b>GRÁFICO 9 – Médias das Facetas da WHOQOL – OLD .....</b>	<b>55</b>

## Introdução

Inserido no âmbito do 2º ano do Mestrado de Cuidados Continuados Integrados, da Escola de Ciências e Tecnologias da Saúde, da Universidade Lusófona de Humanidades e Tecnologias de Lisboa, e como cumprimento do seu plano de estudos, surge o interesse e a necessidade de elaborar este trabalho de investigação intitulado “Avaliação da Qualidade de Vida e do Grau de Dependência dos idosos apoiados pelo Serviço de Apoio Domiciliário da Penha de França da Santa Casa da Misericórdia de Lisboa”.

Vivemos no continente mais envelhecido do mundo. Segundo a European Communities Council (2007), em 2025 um terço da população da Europa terá mais de sessenta anos. Em Portugal, as alterações na estrutura demográfica estão patentes na comparação das pirâmides de idades entre 1960 e 2001, em que a proporção de jovens (0 – 14 anos) diminuiu de cerca de 37% para 30%. Em 2012 a população portuguesa, segundo o Portal Pordata (2013), possuía um total de 14,9% de jovens até aos 15 anos, e 19,2% de idosos com mais de 65 anos, o que reflete o índice de envelhecimento de 129,4 , ou seja, existem 129 idosos por cada 100 jovens. Estes dados acentuar-se-ão, principalmente se continuar a ocorrer a diminuição da natalidade e prolongamento da duração de vida em resultado dos progressos sanitários e melhor controlo dos flagelos de saúde tradicionais .. Nesta realidade que se impõe à população nacional, revela-se pertinente o estudo e caracterização da atual população idosa de forma a melhorar a sua qualidade de vida e a melhor compreender quais são fatores e os graus de dependência a que esta população está sujeita ou tem de enfrentar, e que respostas são necessárias para as colmatar nos seus contextos habitacionais e/ou noutros. Este estudo pretende dar um contributo para melhor caracterizar uma amostra de população de idosos da Freguesia da Penha de França da cidade de Lisboa, que já usufrui de serviços do Apoio Domiciliário da Santa Casa da Misericórdia de Lisboa, identificar quais são os Graus de Dependência das Atividades Básicas da Vida Diária (ABVD) e das Atividades Instrumentais da Vida Diária (AIVD), caracterizar a atual Qualidade de Vida da população idosa utilizando a WHOQOL-OLD da organização Mundial de Saúde e, verificar a existência de correlações entre os instrumentos utilizados.

## **Capítulo 1 - Enquadramento Teórico**

## **1.1 - O Envelhecimento Humano**

O envelhecimento é um fenómeno puramente natural, físico e irreversível, e foi desde sempre motivo de reflexão dos homens, na sua aspiração ao eterno, na sua perplexidade face ao sofrimento e à morte (Paúl, C. & Fonseca, A. 2005).

Para Carvalho (2000), o envelhecimento, é definido, como um processo amplo, multifocal, multidimensional, dinâmico e progressivo, onde há modificações tanto morfológicas como funcionais, bioquímicas, psicológicas e sociais, que determinam a progressiva perda da capacidade de adaptação do indivíduo ao meio ambiente e ao próprio processo de envelhecer, ocasionando maior vulnerabilidade e maior incidência de processos patológicos, que terminam por levá-lo à morte.

### **Perspectiva histórica**

Na Medicina Grega, Hipócrates (460-377 A.C.) foi o primeiro a formular hipóteses médicas relativas às causas do envelhecimento. Este era considerado como uma perda de calor e humidade do corpo, um apagar da chama que se torna ténue e necessita de menos combustível (alimento). A energia (isto é o calor interno, espírito vital) é dada a cada indivíduo ao nascer, e a vida vai gastando progressivamente esse reservatório até à extinção, sendo que tanto a quantidade inicial como o consumo variam de indivíduo para indivíduo. O envelhecimento não é assim uma doença mas dispõe à doença, devido à diminuição da resistência. As principais doenças dos idosos seriam as dificuldades respiratórias, as dores nas articulações, a apoplexia, as vertigens, as insónias, as cólicas e a diminuição de visão e de audição. As recomendações para um envelhecimento bem sucedido vão no sentido de uma alimentação moderada e exercício físico, banhos quentes e consumo de vinho (Paúl, C. & Fonseca, A., 2005).

Na Medicina Romana, Galeno (131-201), que é de origem grega, refere que a velhice tem a ver com a progressiva desidratação do corpo que está na sua origem, é a secagem dos órgãos. Quando o crescimento termina, os ossos secam e não crescem mais, os órgãos tornam-se débeis e não funcionais cumprindo o destino de todos os mortais. As causas externas que vão contra a natureza e causam as doenças podem precipitar, mais ou menos, a morte, tornando-a diferente entre indivíduos (Paúl, C. & Fonseca, A. 2005).

Estes foram os contributos mais importantes sobre o envelhecimento que sobreviveram da Antiguidade até ao Renascimento.

Em 1500, ocorre um novo interesse nas temáticas da origem e tratamento da velhice, em busca da eterna juventude. Cornaro (1470-1566), recomendava moderação na alimentação e nas emoções como a chave para a saúde e longevidade. Paracelso (1439-1541), comparava a velhice à ferrugem que corrói e decompõe o metal, contra a qual se deve ter uma alimentação equilibrada e tomar o elixir da longa vida. Bacon (1561-1626) também procura o elixir da vida, visando prolongar a vida dos espíritos que governam o corpo, através de uma vida regrada em alimentação, exercício e emoções, estando também este tipo de conselhos presente, na obra, a *Árvore da Vida* (1500-1600), do médico português de D. João IV, Eduardo Madeira Arrais (Paúl, C. & Fonseca, A. 2005).

### **Na atualidade ...**

Segundo Berger e Mailloux – Poirier (1995), o envelhecimento pode ser classificado em primário (normal) ou secundário (patológico), sendo que o primeiro se refere ao processo de senescência (envelhecimento) normal onde as qualidades inerentes à vida e à sobrevivência são substituídas por outras. Relativamente ao envelhecimento secundário, refere-se a lesões patológicas potencialmente reversíveis que aparecem com o aumento da idade cronológica, resultantes dos efeitos acumulados das agressões ambientais, traumatismos e doenças. Essas lesões, quando associadas a diferentes alterações normais decorrentes do aumento da idade, podem contribuir para alterar ainda mais a capacidade de adaptação do indivíduo. Determinados problemas fisiológicos e doenças que acompanham o envelhecimento normal, por exemplo, a esclerose arterial, hipertensão, diabetes mellitus, relacionam-se com fatores intrínsecos e extrínsecos, e concomitantemente são patologias que aumentam com a idade.

Segundo Fontaine (1999), o envelhecimento é um processo pessoal, pois revela simultaneamente dados objetivos (mnésicos, de degradação fisiológica, e diminuição dos sentidos) e também dados subjetivos, onde se encontram a percepção/representação individual do seu próprio envelhecimento. O envelhecimento da população observa-se em todos os países, em especial nos mais industrializados. O envelhecimento individual não é um estado, mas um processo diferencial de degradação. Os indivíduos envelhecem, assim, de formas muito diversas e, a este respeito podemos falar de idade biológica (entenda-se

como o envelhecimento orgânico, em que cada órgão do nosso corpo sofre várias modificações que diminuem o seu funcionamento durante a vida), de idade social (entenda-se o papel, o estatuto e os hábitos da pessoa relativamente aos outros membros da sociedade, sendo esta idade fortemente determinada pela cultura e pela história de um país) e de idade psicológica (entendam-se pelas competências comportamentais que a pessoa pode mobilizar em resposta às mudanças do ambiente, como a capacidade mnésica/memória, capacidades intelectuais/inteligência e as motivações para o empreendimento), que podem ser muito diferentes da idade cronológica (entenda-se como a idade que está no cartão do cidadão/Bilhete de Identidade). Quer se trate das consequências de erros de cópia nas divisões celulares ou da expressão fenotípica de genes clandestinos, os processos de senescência são observáveis a nível de todos os órgãos. Se o comportamento do indivíduo influencia significativamente este processo, ele não pode, apesar de tudo, nem travá-lo nem invertê-lo. O estudo do envelhecimento reduz-se, assim, a estudar a interação das causas endógenas (entenda-se como causas de origem genética) e exógenas (entendam-se como fatores associados aos comportamentos dos indivíduos e ao seu meio ambiente).

Segundo Figueiredo (2007), as principais características do processo de senescência são: 1- o aumento da mortalidade, ultrapassada a fase de maturação; 2- modificações na composição química do organismo; 3 – transformações progressivas, que conduzem à deterioração morfológica e funcional; 4- menor capacidade de resposta, a todos os níveis biológicos, perante agressões e alterações ambientais; e 5 – aumento da vulnerabilidade a doenças.

Segundo Berger e Mailloux – Poirier (1995), as modificações fisiológicas e anatómicas associadas ao envelhecimento começam muito antes dos primeiros sinais de manifestações exteriores. As primeiras modificações começam a surgir logo por volta do final da segunda década de vida, tornando-se mais evidentes por volta dos quarenta anos como aparecimento das primeiras alterações funcionais e/ou estruturais.

Estas alterações estruturais ocorrem a vários níveis como por exemplo:

- 1- Células e tecidos: diminuição do número de células ativas; Abrandamento do ritmo de multiplicação celular; Diminuição do número de glóbulos e perda de eficácia; Modificação dos tecidos gordos e subcutâneos; Atrofia e perda de elasticidade tecidual.

- 2- Composição global do corpo e peso corporal: Aumento do tecido gordo; Modificações no peso corporal e no peso dos órgãos.
- 3- Músculos, ossos e articulações: Diminuição de 25 a 30% da massa muscular; Diminuição da mobilidade de diversas articulações; Diminuição da altura dos discos intervertebrais, levando à redução entre 1,2 a 5 cm de altura total; redução da dimensão da caixa torácica; surgimento, principalmente nas mulheres, de osteoporose; Surgimento de problemas de equilíbrio.
- 4- Pele e tecido subcutâneo: Perda dos tecidos de suporte subcutâneos; Secura e diminuição da espessura da pele; Modificações vasculares e cutâneas múltiplas; Atrofia e diminuição da eficácia das glândulas sebáceas e sudoríparas; Perda da elasticidade da pele; Persistência de pregas cutâneas; Acentuação de proeminências ósseas; Alongamento dos lobos das orelhas e o descair da pele da face, queixo e pálpebras.

Ao nível dos vários sistemas as alterações da sua funcionalidade surgem da seguinte forma (exemplos):

- 1- Sistema Cardiovascular: Degenerescência cálcica das válvulas; Diminuição em cerca de 18% do volume de água; diminuição de cerca de 40% do débito cardíaco; Aumento da tensão arterial em repouso; Redistribuição do fluxo sanguíneo, com o cérebro, as artérias e os músculos esqueléticos a receberem um maior fluxo residual de sangue que o fígado ou os rins; Perda de elasticidade dos vasos e acumulação de depósitos nas suas paredes; Aumento da resistência dos vasos periféricos.
- 2- Sistema respiratório: Diminuição da capacidade de expansão pulmonar; Diminuição funcional da capacidade respiratória; aumento da possibilidade do surgimento de enfisema pulmonar; Atrofia e rigidez pulmonar.
- 3- Sistema Renal e Urinário: Diminuição do número de nefrónios; Diminuição da taxa de filtração glomerular, tubular e do fluxo sanguíneo renal; Possibilidade de incontinência; Micções mais frequentes e menos abundantes;

- 4- Sistema Gastrointestinal: Modificação dos tecidos dentários, surgimento de mais cáries e perda de dentes; Aumento do tempo de cicatrização da mucosa oral; Atrofia da mucosa gástrica e diminuição da secreção dos sucos digestivos; Diminuição da secreção do suco pancreático; Perturbações da absorção da mucosa intestinal; Diminuição da motilidade do intestino grosso e o retardar da evacuação.
- 5- Sistema nervoso e sensorial: Diminuição do número de unidades funcionais no cérebro; Perda de Massa Cerebral; Diminuição do consumo de oxigénio pelo cérebro e da perfusão cerebral; Declínio gradual da condução nervosa e aumento do tempo de reação; Diminuição da condução periférica e dos neurotransmissores; diminuição da eficácia dos neurotransmissores; diminuição de eficácia dos próprios recetores; Dificuldade no controlo da postura e no equilíbrio; Perda da motricidade fina; Alteração do controlo do sistema autónomo; Diminuição da capacidade mnemónica a curto prazo; Elevação do limiar da perceção do sabor e de odores; Diminuição das sensações táteis e das que se relacionam com a pressão e a temperatura; Diminuição auditiva, principalmente dos sons agudos; Aumento do tempo de adaptação à luminosidade fraca; Redução da acuidade visual e da visão periférica; Aumento da probabilidade de desenvolver cataratas e/ou glaucoma.
- 6- Sistema Endócrino e Metabólico: Aumento da probabilidade de perturbação no metabolismo da glicose; diminuição da utilização da tiroxina; Alterações do funcionamento córtico-supra-renal; Diminuição do mecanismo Basal; Diminuição da taxa de estrogénio.
- 7- Sistema Reprodutor: Atrofia dos órgãos genitais internos e externos; Modificação do ritmo de ereção e de ejaculação; Alterações ao nível da libido no homem e mulher; Cessação da atividade reprodutora da mulher.
- 8- Sistema Imunitário: Lentidão progressiva das respostas imunitárias a um antígeno; Imunodeficiência relativa.
- 9- Ritmos Biológicos e Sono: alterações das fases do sono; aumento dos períodos de sono ligeiro; alterações na repartição das horas de sono.

Segundo Berger e Mailloux – Poirier(1995), todas estas alterações estruturais e funcionais, vão diminuir a capacidade de adaptação do organismo, aumentando a vulnerabilidade às doenças, sobretudo às crónicas que comprometem de forma severa o seu quotidiano e a sua qualidade de vida.

Ao nível Psicológico nos idosos os problemas relacionados com o envelhecimento, nem sempre estão diretamente relacionados com a diminuição das capacidades cognitivas. Mas sim com as perdas de papéis, crises, doenças, fadiga, desenraizamento e outros fatores que diminuem a capacidade de concentração e de reflexão dos idosos (Berger e Mailloux – Poirier, 1995).

### **1.1.1 - Envelhecer em contexto mundial, nacional e da cidade de Lisboa**

O envelhecimento da população, é definido pela Organização das Nações Unidas (ONU), (2010), como “o processo em que as pessoas mais velhas correspondem a uma parte proporcionalmente maior da população total”. A ONU salienta que este envelhecimento que se verifica atualmente se revela ao nível de todo o planeta, excepto o Continente Africano, é sem precedentes, na história da humanidade, profundo e duradouro, e terá consequências em todas as esferas da vida humana, enquanto a longevidade continuar a aumentar e a fertilidade a baixar.

Segundo a Population Reference Bureau (2010), ao nível mundial a população portuguesa situa-se como o 6º país em que a população é a mais envelhecida, com 17,9% de idosos. Em 2012, segundo o Portal Pordata, considerando a população nacional total, de 10.514.800, a população idosa (+ 65 anos) atingiu os 2.020.126 indivíduos totalizando 19,2% da população nacional. Segundo a Eurostat, a expectativa de vida tem igualmente aumentado, o que vem agravar o envelhecimento da população. Os dados para 2010 são que os homens têm a expectativa de vida de 76,5 anos e as mulheres de 82,5 anos, para 2015 a expectativa é que os homens vivam até aos 77,4 e as mulheres até 83,2 anos.

Segundo o Instituto Nacional de Estatística (2011), em Portugal a região de Lisboa e Vale do Tejo, é uma das menos envelhecidas, com a população com mais de 65 anos a alcançar 18 % da população residente em 20502050. Segundo o Portal Por Data 2013, em 2012 a população de Lisboa atingiu o índice de envelhecimento de 199. A Organização Mundial de Saúde (OMS), tem vindo desde 1999, a promover o conceito de

Envelhecimento Ativo, um “processo de otimização das oportunidades de saúde, participação e segurança, com o objetivo de maximizar a qualidade de vida à medida que as pessoas ficam mais velhas”(WHO 2002). Este conceito assenta sobre três bases: Participação, Saúde e Segurança, e tem subentendidos os direitos dos Princípios das Nações Unidas (U.N., 1991) relativos às pessoas idosas: Independência; Participação; Cuidados; Auto-realização e Dignidade. É apelada também a atenção para o facto de serem multi-facetadas as influências sobre a forma como os indivíduos e as populações envelhecem, implicando a necessidade de atender a fatores pessoais e comportamentais, mas também a características do ambiente físico e social, bem como a fatores económicos, de saúde e de serviços sociais, e ainda a fatores transversais da cultura e do género. Paralelamente, o projeto europeu Healthy Aging (2007), definindo a importância de uma abordagem multidimensional e holística dos diversos tópicos, com pertinência para esta população: a reforma e a pré-reforma; o capital social; a saúde mental; o ambiente; a nutrição; a actividade física; a prevenção de lesões; o tabaco e o álcool; a medicação e os serviços de saúde preventivos.

Ao nível nacional, na sequência das indicações europeias, foi criado o perfil de saúde + 65, com o objetivo de perspetivar políticas promotoras de saúde da população idosa nacional (Almeida, 2009), sendo analisados fatores da população, ambientais e sociais. A O.M.S. (2009), lançou o projeto Cidades Amigas das Pessoas Idosas, que assenta no reconhecimento de que as características de uma cidade refletem os determinantes do envelhecimento ativo de muitas formas integradas, contribuindo para otimizar a saúde, a segurança e a participação das pessoas mais velhas. Tendo sido criada uma lista de verificações em torno das seguintes 8 áreas: 1 – Espaços exteriores e edifícios; 2 – Transportes; 3 – Habitação; 4 – Participação Social; 5 – Respeito e Inclusão Social; 6 – Participação Cívica e Emprego; 7 – Comunicação e Informação; e 8 – Apoio Comunitário e Serviços de Saúde, que têm como objetivo avaliar os recursos e barreiras existentes em cada uma das referidas áreas, em cada cidade, servindo de ponto de partida para a sua transformação/ melhoria da cidade. Segundo a WHO, tornar as cidades mais amigas dos idosos é uma das abordagens mais eficazes para responder ao envelhecimento demográfico. Nesse sentido foi realizado um estudo patrocinado pela Câmara Municipal de Lisboa, em 2009, sobre a qualidade de vida (QdV) e a governança da cidade de Lisboa, em estreita colaboração com o Instituto de Ciências Sociais da Universidade de

Lisboa que concluiu do levantamento de dados, da aplicação de uma amostra de 1504 indivíduos residentes na cidade de Lisboa o seguinte:

- Ao nível do Enquadramento sócio-demográfico, Lisboa é uma cidade claramente envelhecida com cerca de metade da população de idade igual ou superior a 50 anos, um quarto de residentes com mais de 65 anos e mais de um terço dos agregados familiares com elementos nesta faixa etária; Nas faixas etárias mais avançadas predominam as mulheres, que representam quase dois terços das pessoas idosas; com mais de metade da população a ter uma escolaridade igual ou inferior ao primeiro ciclo; Quase metade dos idosos apresenta uma classe económica baixa ou média-baixa.
- Ao nível da Habitação: mais de metade, 52,4%, reside em casa própria e destes mais de um terço já não tem encargos bancários desta propriedade; cerca de um terço, 36,8%, reside em regime de arrendamento. No entanto realça-se que cerca de um terço assinala, a necessidade de obras médias ou grandes de conservação das suas habitações.
- Ao nível da Mobilidade e Transporte: 39,8% realiza as suas deslocações de Autocarro, 39,2% de carro próprio e 28,4% de Metro e 16,7% a pé.
- Ao nível de outras dimensões do Ambiente Urbano tais como a pertença a associações, as modalidades de auto-mobilização cívica e o ativismo urbano, em geral os Lisboetas sentem-se identificados com a sua cidade, e é positiva a sua avaliação subjetiva global da mesma.

### **1.1.2 - Principais causas de morte da população idosa**

Segundo Watson 2008, o envelhecimento está associado à incapacidade e co morbilidades, à condição física, e ao aparecimento de doenças cardiovasculares, diabetes, artrite (reumatoide e osteoartrite) bem como cancro, que aumentam com a idade.

Segundo o INE (2013), as principais causas de morte em 2011 em Portugal, foram: 1 – Doenças do Aparelho Circulatório (aprox. 32%); 2 – Tumores (aprox. 24%); 3 – Doenças do Aparelho Respiratório (aprox:12%); 4 – Doenças do Aparelho Digestivo (aprox.4%); 5 – Diabetes (aprox. 3%) e 6 – Doenças Infecciosas e Parasitárias (aprox. 1%).

Segundo Figueiredo (2007), ao nível das doenças com principal repercussão na saúde mental e dependência, temos sobretudo as demências, responsáveis por elevado nível de dependência e de incapacidade e stress, quer para os idosos quer para as famílias.

## **1.2 - Autonomia/Dependência da população Idosa**

Segundo Berger e Mailloux – Poirier (1995), à medida que se envelhece a capacidade de realizar de forma independente algumas atividades do quotidiano, pode ficar comprometida, podendo dever-se a dois motivos: a dependência causada por uma ou mais doenças crónicas (como doenças cardiovasculares, neoplasias, doenças do foro mental, aparelhos músculo-esquelético e respiratório); ou como resultado da perda global das funções fisiológicas decorrentes do próprio processo de envelhecimento. Uma série de fatores, genéticos, ambientais e de carácter social parecem condicionar o aparecimento de quadros de dependência.

Segundo o Decreto Lei 101/2006 nº 108, entende-se por dependência a “ (...) *situação em que se encontra a pessoa que, por falta ou perda de autonomia física, psíquica ou intelectual, resultante ou agravada por doença crónica, demência orgânica, sequelas, pós-traumáticas, deficiência, doença severa e ou incurável em fase avançada, ausência ou escassez de apoio familiar ou de outra natureza, não consegue, por si só, realizar as actividades da vida diária* “ e segundo Vicente 2002, entende-se por autonomia “ (...) *capacidade, a liberdade e o direito de estabelecer as próprias leis e a capacidade de se autogovernar. Autonomia não significa “ fazer as coisas sem ajuda ”- mesmo as pessoas que estão em situação de dependência de terceiros podem atingir autonomia relativamente às suas expectativas e ao meio em que vivem. É uma atitude/capacidade, que se pode adquirir e desenvolver- a de planear a sua própria vida e de estar em relação com os outros e, com eles, participar activamente na construção da sociedade* ”.

Segundo Ibidem (2002), uma vez que a pessoa se torna dependente, necessita de ajuda para a realização das actividades de vida diária. Entende-se por actividades de vida diária (AVD) todas “ (...) *as ações quotidianas que é necessário realizar para satisfazerem as necessidades humanas básicas* ”.

Segundo Diehl cit in Fonseca (2004), que define as competência de vida diária “ (...) *como sendo a capacidade de uma pessoa para desempenhar um leque diversificado de actividades consideradas essenciais para uma vida autónoma, envolvendo aspectos do*

*funcionamento individual de natureza física, psicológica e social, os que agem entre si de forma complexa na produção de comportamentos habituais relativos ao dia-a-dia ”.*

Segundo Schaie et al, cit in Fonseca (2004), estas competências para lidar com o dia-a-dia podem ser consideradas de dois tipos possíveis: - **Competência básica**, necessária para a manutenção de uma vida independente, que inclui atividades de rotina (cozinhar, vestir-se, cuidar de si próprio) e as atividades instrumentais do quotidiano (compras, mobilidade). As quais segundo Vicente (2002) referem-se “às necessárias para o autocuidado e que permitem a uma pessoa valer-se a si própria e são, perdendo-se pela mesma ordem, lavar-se, vestir-se, ir ao WC, mobilizar-se, ser continente e alimentar-se”;- **Competência alargada**, a qual se refere a atividades determinadas pelas preferências individuais, motivações e interesses, incluindo as atividades de lazer. Estas, segundo Vicente (2002) “são as requeridas para se poder viver em comunidade e relacionar-se com os demais - as mais habituais são limpar, cozinhar, fazer compras, utilizar meios de transporte, lidar com dinheiro, a medicação, o telefone, etc ”.

Segundo José et al. (2002), há diversos fatores que podem determinar a dependência num idoso, entre eles, os fatores físicos, os psicológicos e os provenientes do contexto, que passamos a explicitar: Quanto aos físicos, podemos mencionar a fragilidade física (os problemas de mobilidade e as doenças); Acerca dos psicológicos (pode fazer-se referência aos transtornos cognitivos e às alterações de personalidade); e por último, os contextos (estes têm a ver com o ambiente físico, com as atitudes e comportamentos das pessoas que rodeiam o idoso, podendo promover a autonomia ou contrariamente exacerbar a dependência).

Segundo José et al. (2002) a dependência pode ser classificada em três grandes grupos: **Idosos com baixa dependência** necessitam apenas de supervisão ou vigilância, na medida que possuem ainda alguma autonomia, quer ao nível da mobilidade, quer ao nível da realização de determinadas atividades da vida diária (ex: higiene pessoal, vestir/ despir, comer...); **Idosos com média dependência** encontram-se numa situação em que necessitam não só de supervisão, mas também de ajuda efetiva de terceiros no desempenho de algumas atividades específicas como, por exemplo, tomar banho, controlar a toma dos medicamentos, entre outras. **Idosos com elevada dependência** necessitam, diariamente, de ajuda extensiva e intensiva. Isto quer dizer que não têm capacidade para desempenhar um determinado conjunto de tarefas “básicas”: São pessoas que se encontram acamadas ou que têm fortes restrições ao nível da mobilidade, tendo algumas delas outras incapacidades

associadas como, por exemplo, a diminuição das aptidões cognitivas e do controlo esfinteriano (bexiga e intestinos).”.

Segundo Cattani et al. (2004), a dependência é gerada pelo aparecimento/ agravamento da doença. Apesar dos inúmeros esforços para garantir uma velhice cada vez mais ativa e saudável, a maioria dos idosos experimenta alguma fragilidade nessa fase “ *A doença traz consigo um fator emocional de regressão, no sentido de acentuar sentimentos de fragilidade, de dependência, de insegurança. O estado de doença acarreta algumas repercussões psíquicas inevitáveis, como preocupações, angústias, medos, alterações na auto-imagem e algum nível de dependência* “.

Segundo José et al. (2002), a OMS define doença crónica com as seguintes características: “ *(...) são permanentes, produzem incapacidade/deficiências residuais, são causadas por alterações patológicas irreversíveis, exigem uma formação especial do doente para a reabilitação, ou podem exigir longos períodos de supervisão, observação ou cuidados*”. Apesar de todos os desafios externos e/ou internos ao idoso, e mesmo que se encontre totalmente dependente, necessita que lhes sejam respondidas todas as necessidades da vida diária. É desta forma que surgem disponíveis na comunidade e/ou em instituições, diversas valências/ respostas sociais e particulares, entre as quais os serviços de apoio domiciliário.

### **1.3 - Qualidade de Vida**

Segundo Wolfensberg (1994), desde os anos 60 do séc. XX, que a designação qualidade de vida tem vindo a ser cada vez mais utilizada, apesar de enquanto conceito possa ser ambíguo, senão for acompanhado de uma definição precisa. O interesse pelo conceito Qualidade de Vida encontra-se intimamente ligado aos sistemas de indicadores sociais, e ao crescimento económico da sociedade e do Produto Interno Bruto bem como ao rendimento *per capita* (Cummins 2000 e Rapley 2003). No entanto, tendo um objetivo científico na área da saúde para a designação Qualidade de Vida, a Organização Mundial da Saúde (OMS), em 1948, definiu-a como um estado de completo bem-estar físico, mental e social, e não simplesmente como a ausência de doença. Esta definição marca claramente a mudança para um novo paradigma na saúde, deixando de parte a assistência clínica apenas centrada na diminuição e controlo de sintomas, mortalidade e o aumento da esperança de vida para uma perspetiva de valoração da qualidade de vida e do bem estar do

utente. No entanto, o conceito de qualidade de vida tem várias definições de acordo com o contexto/área que se esteja a abordar.

Devido à dificuldade sentida para objetivar o conceito de qualidade de vida no início da década de 90, a OMS convocou de várias culturas diferentes um painel de 15 peritos (WHOQOL Group, 1994) com a finalidade de debater e definir com mais precisão este conceito de Qualidade de Vida, e construir um instrumento para a sua avaliação, o WHOQOL. Deste grupo a definição alcançada para a qualidade de vida foi a “percepção do indivíduo sobre a sua posição na vida, dentro do contexto dos sistemas de cultura e valores nos quais está inserido e em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações.” (WHOQOL Group, 1994, pp.28).

#### **1.4 - O SAD - SCML**

A Santa Casa da Misericórdia de Lisboa (SCML), trata-se de uma irmandade que tem como missão: o tratamento e sustento a enfermos e inválidos, além de dar assistência a “expostos” – recém nascidos abandonados na instituição. Esta instituição remonta à fundação, em 1498, pelo Frei Miguel Contreiras com o apoio da Rainha D. Leonor, viúva de Dom João II, que passou a dedicar-se intensamente aos doentes, pobres, órfãos, prisioneiros e artistas quando assumiu o trono de Portugal, e, como regente, patrocinou a fundação Santa Casa, instituindo a primeira ONG do Mundo, num tempo que seria impensável a existência de uma Instituição social que se declarasse leiga e não governamental. Ao longo destes séculos até à atualidade, a Santa Casa da Misericórdia de Lisboa (SCML) continua a assumir um lugar de relevância ao nível da cidade de Lisboa, e ao nível nacional, através da distribuição de verbas dos jogos sociais que estão sob a alçada da instituição. Ao nível da cidade de Lisboa a instituição, continua a ter como missão original a melhoria do bem estar da pessoa no seu todo, prioritariamente dos mais desfavorecidos e fragilizados, no entanto expandiu a sua área de ação, por exemplo dentro da cidade de Lisboa a ação da Segurança Social foi praticamente assumida pela SCML, ao nível da Acção Social, com diversos equipamentos tanto de apoio à infância, à velhice como a populações específicas como à etnia Cigana ou aos portadores de HIV/Sida. Procura desta forma prevenir situações de desigualdade, carência socioeconómica, vulnerabilidade e exclusão social, promovendo o desenvolvimento pessoal global a inclusão e a coesão social.

Desenvolvendo também um importante trabalho nas áreas de Saúde (possuindo vários Centros de Saúde e dois Hospitais de relevo nacional, como o Hospital Ortopédico de Sant'Ana e o Hospital de Reabilitação do Alcoitão), Educação e Ensino (possui a Escola Superior de Saúde do Alcoitão, que forma 3 profissionais diferentes da área de reabilitação), Cultura, Inovação e iniciativas no âmbito da Economia Social. Ao nível da população idosa, a SCML possui, espalhados pela cidade de Lisboa, diversos serviços de apoio a esta faixa etária, entre os quais se encontra o Serviço de Apoio Domiciliário (SAD). Este tipo de serviço encontra-se definido na portaria nº 38/2013, de 30 Janeiro como “ O SAD é a resposta social que consiste na prestação de cuidados e serviços a familiares e ou pessoas que se encontrem no seu domicílio, em situação de dependência física e ou psíquica e que não possam assegurar, temporária ou permanentemente, a satisfação das suas necessidades básicas e ou a realização das atividades instrumentais da vida diária, nem disponham de apoio familiar para o efeito.”. Para além da definição do serviço, o SAD tem como objetivos próprios: Contribuir para a melhoria da qualidade de vida dos clientes e respetivas famílias; Prevenir situações de dependência e promover a autonomia; Prestar cuidados de ordem familiar e psicossocial aos clientes e famílias, de modo a contribuir para o seu equilíbrio e bem-estar; Apoiar os clientes e famílias na satisfação das necessidades básicas e atividades da vida diária; Colaborar e/ou assegurar o acesso à prestação de cuidados de saúde; Dinamizar a prestação informal de cuidados e rentabilizá-los de forma a um melhor acompanhamento do cliente; e Disponibilizar informação facilitadora do acesso a serviços da comunidade, e adequados à satisfação de outras necessidades.

É num destes serviços da SCML, o SAD da Penha de França(PDF), que possui cerca de 200 idosos apoiados, onde irá ocorrer a recolha da população para a Amostra deste Estudo, tendo sido realizado e autorizado o pedido de acolhimento para a realização da tese, na SCML (cf. Apêndice II).

## **Capítulo 2 - Métodos**

## **2.1 - Tipo de Estudo e Amostra**

Tendo em conta o tipo de estudo, suas características e objetivos, optamos por um estudo exploratório descritivo-correlacional, usando para isso a abordagem mista baseada em métodos quantitativos e métodos qualitativos. Neste tipo de estudo pretende-se explorar os dados e averiguar a existência de correlações entre os resultados dos instrumentos. Foi eleito como fator de exclusão, o fato do idoso poder ter défice cognitivo, ou patologia Psiquiátrica diagnosticada, e os fatores de inclusão seriam dois: ter mais de 65 anos e beneficiar do serviços de SAD da PDF da SCML. A recolha da amostra foi aleatória. Do grupo dos idosos convidados a participar e que assinaram o consentimento informado, participaram no estudo 51 idosos, dos quais foram excluídos 11 pelo critério de exclusão, relacionado com a possibilidade de existência de défice cognitivo (avaliado pela aplicação do instrumento MMSE). Aos restantes 40 idosos, que representam cerca de 20% da população total ( dos 200 idosos apoiados pelo SAD da PDF), foi aplicado o Formulário da recolha de dados demográficos, constituído por 18 questões, e foi aplicado o instrumento de avaliação das Atividades Básicas da Vida Diária, Índice de Barthel, constituído por 10 questões, a que sucedeu a aplicação do instrumento de avaliação das Atividades Instrumentais da Vida Diária, Índice de Lawton & Brody, constituído por 8 questões e, por último, a aplicação do instrumento de avaliação da Qualidade de Vida Diária, WHOQOL-OLD, constituído por 28 questões.

A análise dos resultados baseou-se na utilização do Statistical Package for the Social Sciences – SPSS (18).

### **2.1.1 - Questões e Objetivos do Estudo**

Este estudo tem como objetivo geral melhorar o conhecimento e a caracterização da população idosa apoiada pelo Serviço de Apoio Domiciliário da Penha de França da Misericórdia de Lisboa.

Pretende-se com este estudo obter respostas às seguintes questões:

- Qual é qualidade de vida da população idosa desta amostra?;
- Qual é o Grau de Dependência nas ABVD da população da amostra?;
- Qual é o Grau de Dependência nas AIVD da população da amostra?;

- Verificar a existência de Correlações entre os resultados destes três instrumentos?

## **2.2 - Instrumentos**

Com o objetivo de recolher os dados necessários para a realização deste estudo tornou-se necessário organizar de forma sistemática a recolha de todos os dados necessários, e, para atingir essa meta, foi realizada uma seleção cuidada dos melhores instrumentos, mas que pudessem de igual forma e em tempo útil recolher a informação num curto espaço de tempo e de forma simplificada pelo entrevistador ao entrevistado. Dessa cuidada escolha foram selecionados os seguintes instrumentos, descritos nas secções 2.2.1. até 2.2.5.(cf. Anexo III).

### **2.2.1 - Formulário para a recolha de dados demográficos**

Este formulário teve por base o que acompanha a prova de validação da WHOQOL-OLD para Portugal, o qual foi construído em reunião de peritos da aplicabilidade à amostra em estudo, a adaptação realizada para o levantamento de dados demográficos para esta amostra, baseou-se na retirada de algumas questões como qual a religião e toma de medicação, que não se revelavam pertinentes para este estudo.

### **2.2.2 - MMSE**

O Mini Mental State Examination, é um instrumento que avalia o estado mental cognitivo, criado originalmente por Folstein et al. (1975), e que se encontra validado para a população portuguesa por Guerreiro, M., Botelho, M. A., Leitão, O., Castro-Caldas, A., & Garcia, C. (1994). Trata-se de uma escala que apresenta fiabilidade estatística e é um instrumento que tem sido amplamente utilizado para avaliar a evolução de alterações cognitivas (Valle, Castro-Costa, Firmo, Uchoa e Lima-Costa, 2009). Este instrumento é composto por 6 itens que permitem avaliar as seguintes capacidades cognitivas: orientação espacial e temporal, retenção de memória, atenção e calculo, evocação, linguagem e habilidade construtiva. A pontuação deste instrumento varia entre o mínimo de zero, que identifica a mínima capacidade cognitiva e o máximo de 30, relativamente a estes itens. Foram criados pontos de corte que relacionam a pontuação com o grau de escolaridade

para a identificação do défice cognitivo dos indivíduos estudados, considerando-se a existência de défice cognitivo nos indivíduos, em função dos seguintes valores:

**Tabela 1 Limiar de Déficit Cognitivo**

<u>Grau de Escolaridade</u>	<u>Pontuação</u>
Analfabetos	$\leq 15$ valores
Entre 1 e 11 anos de escolaridade	$\leq 22$ valores
Mais de 12 anos de escolaridade	$\leq 27$ valores

Este instrumento foi selecionado por ser de fácil e rápida pontuação e identificar em tempo útil, se o indivíduo avaliado poderá ou não participar na totalidade deste estudo. Segundo Spar & La Rue (1998), é um instrumento que apresenta alta fiabilidade inter-observador e adequada fiabilidade no teste-reteste em condições estáveis.

### **2.2.3 - Índice de Barthel**

O Índice de Barthel (IB), segundo Mahoney e Barthel (1965), é um instrumento utilizado para realizar a avaliação do nível de dependência dos indivíduos em dez Atividades Básicas da Vida Diária (ABVD): Alimentação, Higiene Pessoal, Controlo da Bexiga, Controlo dos Intestinos, Deslocação (transferência cama-cadeira), Mobilidade/Marcha, Uso dos Sanitários, Capacidade em Vestir, Realização de Banho, e Capacidade de utilizar as Escadas. Na versão original, a utilizada neste estudo, a pontuação da escala varia entre os 0 -100 pontos tendo um intervalo de cinco pontos. A pontuação mínima ou zero, corresponde à máxima dependência/incapacidade para todas as ABVD, e a máxima de 100 corresponde à independência total para as mesmas ABVD enunciadas. A cotação de pontos na avaliação de cada ABVD maioritariamente varia da seguinte forma: 0 = Dependente; 5 = Necessita de Ajuda; e 10 = Independente, excecionalmente nos itens: Transferência cama-cadeira, e Marcha (onde existe a cotação 15).

Por ser facilitador da leitura da pontuação atingida, considerou-se a subdivisão por pontos de corte, propostos por Sinoff (1997).

**Tabela 2 Pontuação do Grau de Dependência**

<u>Grau de Dependência</u>	<u>Pontuação</u>
Independente em todas as ABVD	Entre os 100 – 80 pontos
Dependência Leve	Entre os 60 – 79 pontos
Dependência Moderada	Entre os 40 – 59 pontos
Dependência Grave	Entre os 20 – 39 pontos
Dependência Total	≤ 20 pontos

Araújo (2007), verificou no seu estudo a existência de correlação entre o Índice de Lawton & Brody e o de Barthel, que existe uma correlação positiva ao nível 0,84 e que esta apresenta um nível de fidelidade elevado (alfa de Cronbach de 0,96), na avaliação da população idosa, o que se traduz em que a autonomia nas atividades básicas da vida diária se relaciona de uma forma direta com as atividades instrumentais da vida diária.

Este instrumento pode, no entanto, apresentar um efeito de teto e não conseguir pontuar corretamente alguns graus de dependência, nos indivíduos que apresentam graus elevados de funcionalidade. Por outro lado, também pode apresentar efeito de chão, não podendo servir para avaliar os primeiros sinais de gravidade de uma patologia, Gupta (2008).

#### **2.2.4 - Índice de Lawton & Brody**

O Índice de Lawton & Brody, trata-se de um instrumento amplamente utilizado ao nível mundial para a avaliação do nível da independência da pessoa idosa e das Atividades Instrumentais da Vida Diária (AIVD), que abrangem, segundo Botelho (2005; in Araújo, Ribeiro, Oliveira, Pinto & Martins, 2008), atividades como usar o telefone, fazer compras, preparação da alimentação, lida da casa, lavagem de roupa, uso de transportes, preparação de medicação e gerir o dinheiro, mediante uma pontuação segundo a capacidade do sujeito avaliado para realizar essas atividades. Algumas razões adjacentes ao seu uso alargado são a sua fácil aplicação e interpretação, baixo custo, não exigir pessoal especializado para a sua aplicação, consumir pouco tempo no seu preenchimento e ainda devido à sua

aplicação, consumir pouco tempo no seu preenchimento e ainda a sua utilização para rastreio (precoce) da incapacidade. A literatura, em relação a este instrumento, chama a atenção para alguns pontos fracos associados como é o facto de que três das atividades contempladas (limpeza da casa, lavagem da roupa e cozinhar) serem influenciadas pela cultura e pelo género, pois nas sociedades ocidentais, são tradicionalmente realizadas pelas mulheres.

A versão utilizada neste estudo, Índice de Lawton & Brody 1969, é a tradução da escala original e encontra-se validada para a população idosa portuguesa por Araújo, Ribeiro, Oliveira, Pinto (2007). Esta versão é pontuada através de uma escala dicotómica, em que zero (0) corresponde à dependência (incapacidade) na realização da atividade a pontuar, e um (1) à independência (capacidade) para a realização da atividade a ser avaliada, variando entre o mínimo de zero pontos e oito pontos Araújo 2008.

Esta forma de pontuar é pertinente na avaliação da evolução temporal dos sujeitos, no planeamento de cuidados e futura gestão de recursos a afetar mediante o seu grau de Dependência (Lawton & Brody 1969). A pontuação final resulta da soma de: oito AIVD para as mulheres e de 5 AIVD para os homens (Tabela3), a qual deverá ser agrupada nos seguintes grupos de forma a facilitar a leitura das pontuações.

**Tabela 3 Limiar do Grau de Dependência**

<u>Mulher</u>	<u>Grau de Dependência/Incapacidade</u>	<u>Homem</u>
0-1	Dependência Total	0
2-3	Dependência Grave	1
4-5	Dependência Moderada	2-3
6-7	Dependência Ligeira	4
8	Independência	5

Esta forma de pontuação diferenciada pelo género, foi inicialmente equacionada por questões culturais, principalmente para a população ocidental, visto que tradicionalmente a realização de 3 das atividades avaliadas (Preparação da Alimentação, a Lavagem da Roupa e a Realização de Tarefas Domésticas), eram atribuídas às mulheres, e não aos homens. No entanto, optamos por pontuar os homens da amostra com a tabela de pontuação acima descrita pelas mulheres por entendermos que neste contexto o grau de dependência/incapacidade, é igual tanto para homens como para mulheres e se um homem

não é autónomo para desempenhar todas as atividades avaliadas, então ele encontra-se dependente de outra pessoa que a realize por ele, revelando que apresenta tal como as mulheres dependência para aquela atividade específica.

No seu estudo para determinar a existência de correlação entre o Índice de Lawton & Brody e o de Barthel, Araújo (2007) verificou que existe de uma correlação positiva estatisticamente positiva ao nível de  $p < 0,01$ , que na avaliação da população idosa traduz que a autonomia nas atividades instrumentais da vida diária se relaciona de uma forma direta com as atividades básicas da vida diária.

### **2.2.5 - WHOQOL-OLD**

O desenvolvimento do instrumento WHOQOL-OLD, que iremos utilizar neste estudo, surgiu para colmatar as lacunas que existiam no processo de avaliação da população idosa, que não eram consideradas nos instrumentos:

- WHOQOL-100, que foi o primeiro instrumento a sair do Grupo de 15 peritos da OMS que criaram a definição de Qualidade de Vida e com base nesta criaram este instrumento para a sua avaliação na população geral (Skevington 1999; WHOQOL Group 1994; WHOQOL Group 1998);
- Nem no instrumento WHOQOL-BREF, que surgiu de seguida, e como o próprio nome indica é de aplicação muito mais fácil e rápida mantendo as boas propriedades psicométricas (alfa de Cronbach entre 0,66 e 0,89), que caracterizam o seu antecessor. no entanto também este instrumento, carecia de facetas adequadas à avaliação da população idosa.

Pelo que foi criado em 1999 o WHOQOL-OLD, que é um instrumento de avaliação de Qualidade de Vida, especificamente para a população idosa, desenvolvido pelo grupo WHOQOL-OLD da Organização Mundial de Saúde.

Para a realização deste estudo foi assinado um protocolo de colaboração entre a Coordenadora desta Tese de Mestrado, a Professora Doutora Maria do Céu Costa e Mestrando Marco Pires da Escola de Ciências e Tecnologias da Saúde da Universidade Lusófona de Humanidades e Tecnologias de Lisboa, e Coordenador do Doutoramento o

Professor Doutor Mário Manuel R. Simões e a Doutoranda Mestre Manuela Vilar do Departamento de Psicologia da Universidade de Coimbra, para poder ter acesso à versão experimental (2ª versão) que se encontra atualmente em processo de validação para Portugal, através da Tese de Doutoramento da Meste Manuela Vilar. Esta versão integra, para além dos 24 itens originais da WHOQOL-OLD, um conjunto de oito itens de uma nova faceta em estudo, a Família/Vida Familiar (FVF), com que se pretende avaliar a satisfação com o apoio e as relações familiares ,e a preocupação com a saúde e bem-estar de familiares. Nesse estudo em curso foi referido pela autora que dos oito itens introduzidos inicialmente para avaliar a faceta Família/Vida Familiar, apenas serão considerados quatro, passando a versão experimental a contabilizar apenas com 28 itens dos 32 iniciais (ver Tabela 4).

**Tabela 4 Forma de pontuação das 7 facetas da WHOQOL-OLD**

Facetas	Sigla	Itens por Facetas	Amplitude possível de pontuação (Min e Max.)
Funções Sensoriais	SAD	1+2+3+20	16 ( 4 , 20)
Autonomia	AUT	4+5+6+11	16 ( 4 , 20)
Passado, Presente e Futuro	PPF	12+13+15+19	16 ( 4 , 20)
Participação Social	PS		16 ( 4 , 20)

Em relação à forma de pontuação deste instrumento, dado que é composto por 7 facetas e 28 itens que variam entre 1 a 5 pontos cada item significa que, por faceta, a sua cotação (RBF) varia entre 4 e 20 pontos (ver Tabela 5). O somatório total das facetas varia entre um mínimo de 28 e um máximo de 140 pontos. No entanto, e visto que ainda não existem dados de amostras padrão ao nível nacional para interpretar os resultados deste estudo, a interpretação dos resultados deverá ser baseada nos dados de referência originais, que compuseram uma amostra total de 5566 indivíduos com mais de 60 anos. Devem, contudo, ser convertidos tanto os resultados total por faceta (RTF) como o resultado total das facetas, numa escala de zero a 100, através da regra:  $RTF = 6,25 \times (RBF - 4)$ . Este é

um instrumento, que permite a avaliação do impacto da prestação do serviço e de diferentes estruturas de atendimento social e de saúde sobre a qualidade de vida em adultos idosos, permite uma compreensão mais clara das áreas de investimento para se obter melhores ganhos na qualidade de vida. Podem também ser realizadas avaliações com este instrumento em estudos transversais entre diferentes serviços ou tratamentos e estudos longitudinais de intervenção. Para além disso, a abordagem transcultural deste instrumento significa que podem ser realizadas comparações entre diferentes culturas (Poweret al. 1999).

**Tabela 5 Facetas, Abreviaturas e Conceitos e conteúdos da WHOQOL-OLD**

Faceta	Abrev	Conceito/conteúdo
Funcionamento Sensorial	SAD	Funcionamento sensorial, impacto da perda de habilidades sensoriais na qualidade de vida
Autonomia	AUT	Independência na velhice, capacidade ou liberdade de viver de forma autónoma e de tomar decisões
Passado, Presente e Futuro	PPF	Satisfação sobre conquistas na vida e coisas a que se anseia
Participação Social	PS	Participação nas atividades quotidianas, especialmente na comunidade
Morte e Morrer	DAD	Preocupações, inquietações e temores sobre a morte e sobre morrer
Intimidade	INT	Capacidade de ter relacionamentos pessoais e íntimos
Família e Vida Familiar	FAM	Avalia a satisfação com o apoio, disponibilidade/tempo passado com, as relações familiares, sentido de valor na família

---

### **2.3 - Procedimentos**

A amostra recolhida para ser considerada válida, teve de verificar os seguintes pressupostos: tinham de ser idosos com mais de 65 anos, usufruírem do SAD PDF e não possuírem defeito cognitivo, ou doença psiquiátrica. Para isso foi pedida a autorização para a sua participação no estudo através da apresentação e assinatura do consentimento informado (cf. Apêndice I) e de seguida aplicado o MMSE. Aos que não apresentavam defeito cognitivo foi então aplicado o formulário da recolha de dados demográfico, os Índices de Barthel e Lawton & Brody e a WHOQOL - OLD. Aos indivíduos que apresentavam defeito cognitivo, foi agradecida a sua participação e foi dada por concluída a sua participação no estudo.

Para este estudo foi realizada a recolha de uma amostra, entre os meses de Outubro e Dezembro de 2013, de 51 idosos, tendo sido excluídos 11 por apresentarem resultados positivos para défice cognitivo depois da aplicação da MMSE, ou seja foram considerados 40 idosos válidos para a amostra o que abrange cerca de 20% do universo total dos 200 idosos do SAD PDF, que compunha a população abrangida por este serviço no ano de 2013.

### **2.4 - Aspetos éticos**

Considerando a história, e pelas piores razões, só a partir da segunda Guerra Mundial, é que as considerações éticas e morais passaram a merecer relevância à luz da comunidade humana. Em reação às atrocidades e barbáries cometidas aos prisioneiros de guerra, e violações constantes dos direitos do Homem, foram criados os códigos de ética com o objetivo primordial de reger a investigação em seres humanos, o Código de Nuremberga em 1948, a Declaração Universal dos Direitos do Homem (1948) e mais tarde a Declaração de Helsínquia, em 1975, a Convenção para a proteção dos direitos do homem e da dignidade do ser humano face às aplicações da biologia e medicina: Convenção sobre os direitos do Homem e da Biomedecina 1997. Toda e qualquer intervenção só poderá ser efetuada após o consentimento informado livre e esclarecido do indivíduo, na eventualidade do mesmo não se encontrar capaz de o fazer, terá de ser autorizado por um representante, autoridade ou instância designada pela lei.

De forma a proteger os direitos e liberdades dos indivíduos que participam em processos de investigação é necessário que cinco direitos ou princípios estejam assegurados: o direito à intimidade; o direito ao anonimato e à confidencialidade, o direito à proteção contra o prejuízo e desconforto e por fim o direito a um tratamento justo e equitativo.

É de referir que todos estes direitos estiveram assegurados na realização deste estudo, nomeadamente com a assinatura de um consentimento informado para a participação do estudo tendo ficado cada idoso com uma cópia do mesmo e estando assegurado o anonimato do idoso que realizou cada um dos instrumentos e ou formulários de avaliação.

## **Capítulo 3 - Resultados**

### 3.1 - Dados Demográficos

Da amostra recolhida de idosos que se encontram a usufruir de Serviço de Apoio Domiciliário da Penha de França da Santa Casa da Misericórdia de Lisboa (200 no total), contam-se 40 indivíduos com mais de 65 anos e sem défice cognitivo, dos quais 80% são mulheres (Gráfico 1).

Gráfico 1 – Sexo

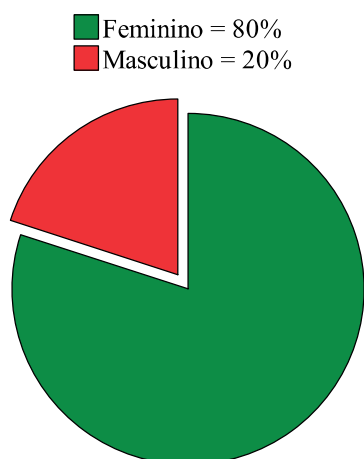


Tabela 6 Frequência Idade

	M	DP	Mínimo	Máximo
Idade - Anos	81,80	6,462	65	93

Tabela 7 Categorias de Idade

Categoria Idades	%	Sexo %	
		Feminino	Masculino
65 – 78	30,0	22,5	7,5
79 – 82	22,5	17,5	5
83 – 87	25,0	17,5	7,5
88 – 93	22,5	22,5	0
> 93	0	0	0

Os idosos tinham idades entre os 65 e os 93 anos, e tinham em média 81,8 anos (DP = 6,46) (Tabela 6), encontrando-se maioritariamente, 30%, no intervalo de 65 - 78 anos, com 25% no intervalo 83-87 anos (Tabela 7).

Tabela 8 Categorias de Escolaridade

Categoria Escolaridade	%	Sexo %	
		Feminino	Masculino
Sem Escolaridade	10	7,5	2,5
1º Ciclo	82,5	65	17,5
2º Ciclo	2,5	2,5	0
3º Ciclo	2,5	2,5	0
Secundário	2,5	2,5	0
Ensino Superior	0	0	0

Tabela 9 Categorias Estado Civil

Estado Civil	%	Sexo %	
		Feminino	Masculino
Solteiro	20	15	5
Casado(a)/ União de Facto	30	17,5	12,5
Divorciado(a)/Separado(a)	5	5	0
Viúvo(a)	45	42,5	2,5

Ao nível da escolaridade 82,5% dos idosos tinham completado o 1º Ciclo e 10% não tinham qualquer escolaridade (Tabela 8). Quanto ao estado civil, 45% dos idosos é viúvo(a) e 30% encontra-se casado(a) ou União de facto, e 52,5% vive sozinho(a) (Tabela 9), enquanto que 27,5% coabita com o esposo(a)/companheiro(a) (Gráfico 3). Das 22

profissões exercidas pelos 40 idosos, 15% eram Domésticas, 10% Modistas, 7,5% Costureiras ou Empregadas Fabris (cf. Apêndice III Tabela 1). Ao nível dos rendimentos que auferem enquanto reformados, 77,5% recebem menos que o ordenado mínimo (485€/mês), e 22,5% mais que este valor (Gráfico 2)

Gráfico 2 Rendimento

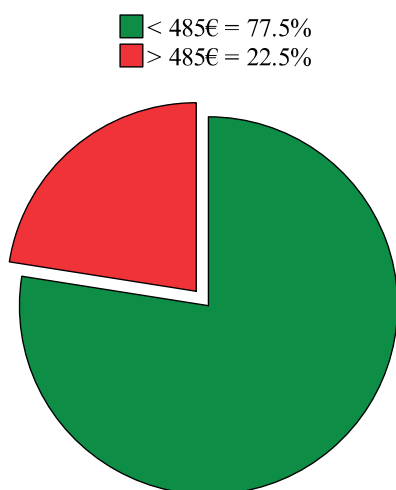
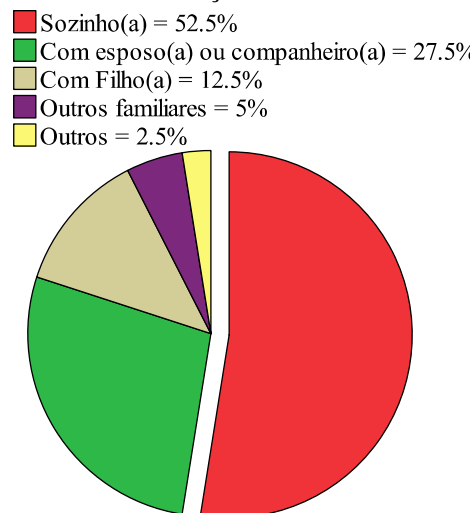


Gráfico 3 Coabitação



Sobre a forma como estes idosos tiveram conhecimento deste serviço de apoio domiciliário, 45% foram informados através da Técnica de Serviço Social do Hospital, 20%, através da rede de vizinhança e 12,5%, através de Familiares (Gráfico 6).

Gráfico 5 Tempo de Apoio de SAD PDF

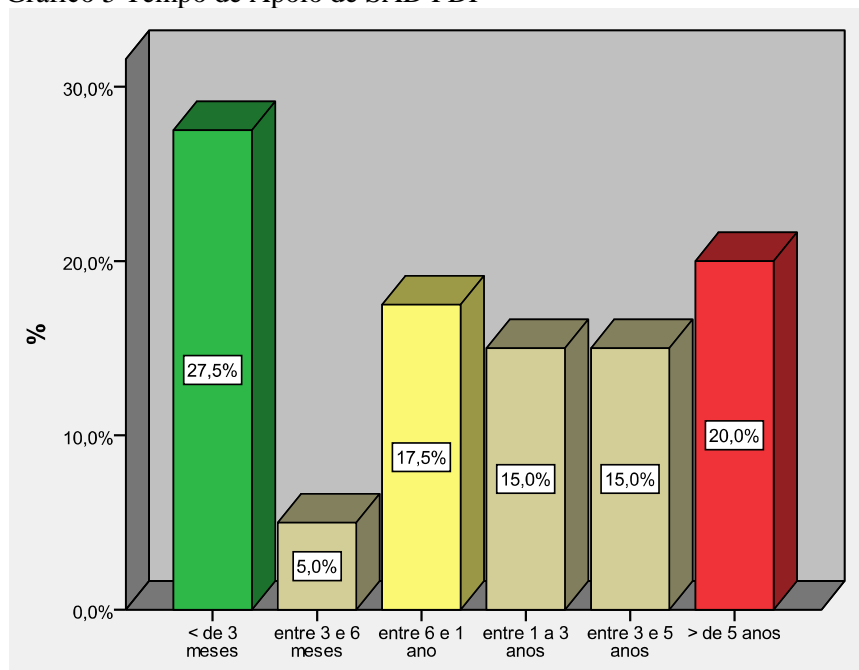
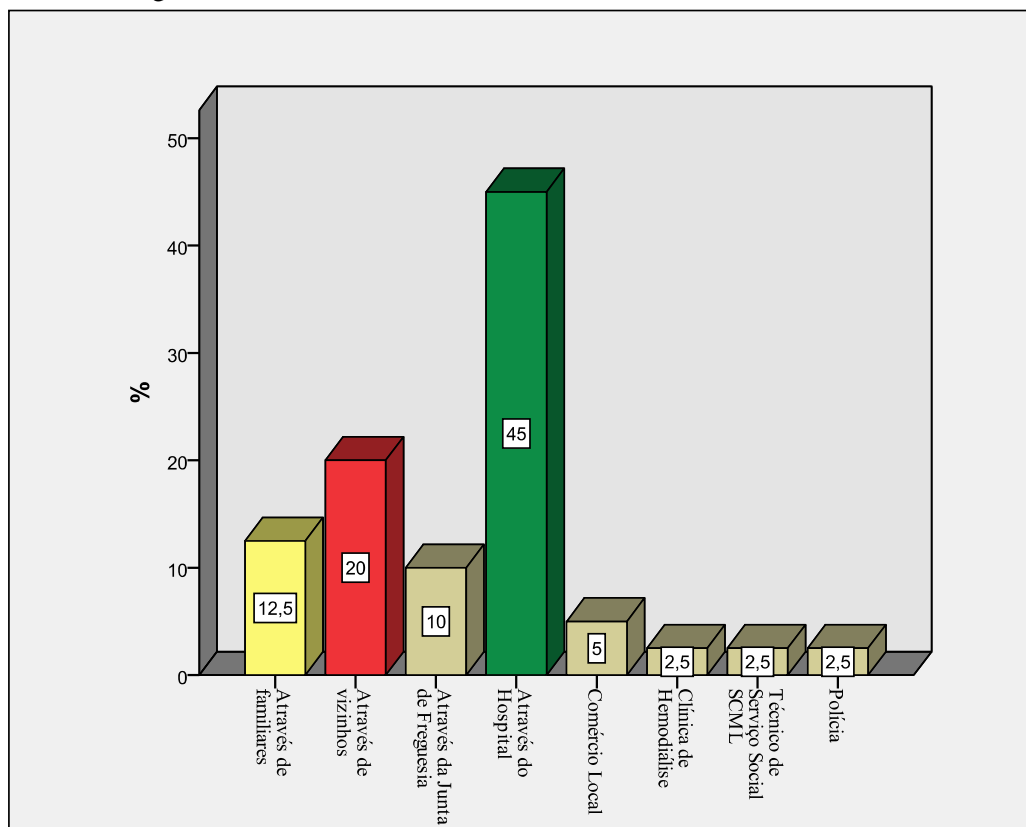


Gráfico 6 Origem do Conhecimento de SAD PDF



Os serviços que mais utilizavam dos 13 disponíveis pelo SAD PDF (Tabela 10), foram os de: Apoio à Higiene (72,5%); Fornecimento de Refeições ao Domicílio (67,5%); Apoio ao Banho (65%); Serviço de Teleassistência (27,5%); e Apoio para a Toma das Refeições (15%). Desta amostra, 27,5 % dos idosos encontra-se a usufruir do SAD PDF há menos de três meses, 20% há mais de 5 anos, e 17,5% usufrui entre os 6 meses a um ano (Gráfico 5).

Gráfico 7 Tempo de Acamado

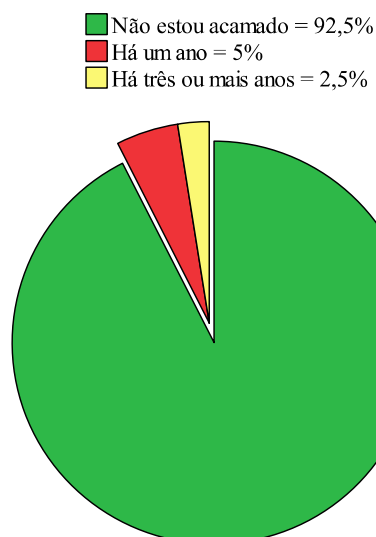


Tabela 10 Tipos de Serviços de SAD PDF

Tipo de serviços de SAD	% Utilização	Sexo %	
		Feminino	Masculino
Apoio Higiene	72,5	62,5	10
Apoio ao Banho	65	55	10
Apoio para Toma de Refeições	15	12,5	2,5
Fornecimento de Refeições	67,5	52,5	15
Confeção de Alimentação Domicílio	0	0	0
Higiene Habitacional	5	5	0
Tratamento de Roupas no Domicílio	2,5	0	2,5
Tratamento de Roupas na SCML	2,5	0	2,5
Toma de Medicação	2,5	2,5	0
Acompanhamento do utente ao exterior	0	0	0
Compras e serviços no exterior do domicílio	7,5	5	2,5
SADI	12,5	12,5	0
Teleassistência	27,5	22,5	5

Ao nível das doenças crónicas que afligem esta amostra, 45% sofre de hipertensão arterial, 40% de insuficiência cardíaca, 32,5% de problemas ao nível do sistema músculo-esquelético, 22% já sofreram pelo menos um acidente vascular cerebral, 20% tem insuficiência respiratória e 15% já teve pelo menos uma fratura de causa osteoporótica (Tabela 11).

Tabela 11 Doenças Crónicas

Tipo de Doenças Crónicas	% Sofre	Sexo %	
		Feminino	Masculino
AVC	22,5	15	7,5
HTA	45	37,5	7,5
Diabetes Mellitus	27,5	22,5	5
Insuficiência Cardíaca	40	32,5	7,5
Insuficiência Venosa	10	10	0
Insuficiência Respiratória	20	17,5	2,5
Fraturas Osteoporóticas	15	12,5	2,5
Doenças Sistema Músculo-Esquelético	32,5	30	2,5
Hipoacúsia	5	2,5	0
Problemas Oncológicos	7,5	7,5	9
Doença de Parkinson	2,5	2,5	0
Problemas Oftálmicos	2,5	2,5	0
Problemas Aparelho Digestivo	2,5	2,5	0

Em relação à quantidade de vezes que os idosos desta amostra tiveram de ser internados num hospital, nestes últimos 12 meses, isso aconteceu 37 vezes, tendo afetado pelo menos 55 % do total, os quais estiveram internados pelo menos uma vez neste período (Tabela 12).

Tabela 12 Nº Internamentos e Nº de Úlceras de pressão existentes no último ano

	%	Sexo %	
		Feminino	Masculino
Nº Internamentos			
Nenhuma	45	37,5	7,5
Uma Vez	27,5	25	2,5
Duas Vezes	17,5	10	7,5
Três ou mais Vezes	10	7,5	2,5
Existência de Úlceras de Pressão			
Não	100,0	0	0

O número máximo de internamentos verificado por idoso foi de 4 para 5% da amostra. Dos 37 internamentos verificados as principais causas foram: em 30% por Quedas; em 17,5% por Dispneia (falta de ar), em 10% por ocorrência de AVC e 7,5% por motivos cirúrgicos e por Complicações de Cirúrgicas (Tabela 13).

Tabela 13 Causas de Internamentos em hospital no último ano

N = 37 Causas	% Internamentos/último ano			
	Uma Vez	Duas Vezes	Três Vezes	Quatro Vezes
Obstrução Gástrica	5	-	-	-
Infecção Urinária	2,5	2,5	-	-
Intoxicação Medicamentosa	5	2,5	-	-
Dispneia	12,5	2,5	2,5	-
Queda	12,5	7,5	7,5	2,5
Queimadura	2,5	-	-	-
Descompensação Cardíaca	2,5	-	-	-
Hipertensão Arterial	-	-	-	-
AVC	5	5	-	-
Tonturas	2,5	-	-	-
Visão Turva	-	-	-	-
Hemorragia	2,5	-	-	-
Cirurgia	5	2,5	-	-
Complicações de Cirurgia	-	2,5	2,5	2,5
Fratura do Braço	2,5	-	-	-
Fratura do Fémur	2,5	-	-	-
Total	54	27	13,5	5,5

Apesar destas ocorrências 92,5% da amostra não se encontra acamada, 5% encontra-se acamada à cerca de um ano e 2,5% encontra-se acamada entre três a cinco anos (Gráfico 7), não tendo existido no entanto em nenhum dos participantes úlceras de pressão, nestes últimos 12 meses (Tabela 12).

### 3.2 - Aplicação dos instrumentos específicos de avaliação

Na aplicação do Índice de Barthel, para a avaliação das ABVD verificou-se que a média de respostas foi de 66 pontos o que corresponde a um grau de Dependência Leve (DP = 27,69) (cf. Apêndice III Tabela 5) e que em termos de categorias (Gráfico 8) e (cf. Apêndice III Tabela 4): 37,5% são Independentes a apresentarem uma pontuação entre os 100 e os 80 pontos; 32,5% apresentaram um grau de dependência leve com a pontuação entre 60 e 79 pontos; 15% apresentou um grau de dependência moderada ao alcançarem entre 40 e 59 pontos, 12,5% da amostra encontrava-se totalmente dependente com o somatório inferior a 20 pontos e 2,5% encontrava-se com dependência grave com uma pontuação entre 20 e 39 pontos.

Gráfico 8 Índice de Barthel – Grau Dependência

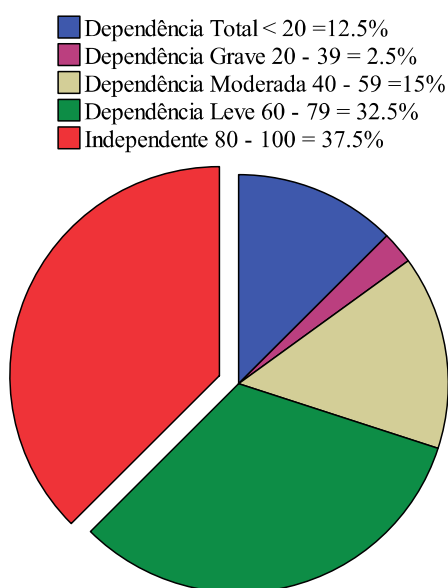


Tabela 14 Índice de Barthel – Frequências

Índice de Barthel	%	Independentes	
		Feminino	Masculino
Alimentação	55	50	5
Higiene Pessoal	27,5	17,5	10
Bexiga (controlo Urina)	20	20	0
Intestinos (controlo Fezes)	7,5	5	2,5
Deslocações (transferências)	67,5	55	2,5
Mobilidade/Marcha	32,5	22,5	10
Uso da Casa de Banho	27,5	22,5	5
Vestir-se	22,5	15	7,5
Banho	25	15	10
Escadas	35	32,5	2,5

Analisando por Itens o Índice de Barthel (Tabela 14):

- Na Alimentação, a maioria dos idosos são independentes para todas as ações no que refere à alimentação (55%).
- Na Higiene Pessoal, 27,5% são Independentes
- No Controlo da Urina, 20% são Continentes.
- No Controlo das Fezes, 7,5% são Incontinentes ou Continentes.

- Na Deslocação (transferência Cama-cadeira), a maioria dos idosos, são Independentes (67,5%).
- Na Mobilidade/Marcha, 32,5% são Independentes.
- Na utilização da Casa de Banho, 27,5% são Independentes.
- No Vestir, 22,5% é Independente.
- No Tomar Banho, 25% são Independentes.
- Na utilização das Escadas 35% são Independentes.

Na aplicação do Índice de Lawton & Brody, utilizado para a avaliação das AIVD verificou-se que a média de respostas foi de 4,25 pontos, o que corresponde a um Grau de Dependência Moderada (DP = 2,06) (cf. Apêndice III Tabela 5) e que em termos de categorias (Gráfico 9): 35% apresentaram dependência ligeira a somarem 6 ou 7 pontos; 32,5% apresentaram o somatório correspondente a uma dependência moderada com 4 ou 5 pontos e 17,5% apresentaram somatórios entre 2 ou 3 pontos correspondendo a um grau de dependência grave e 15% apresentaram somatórios entre 0 e 1 correspondendo a um grau de dependência total (cf. Apêndice III Tabela 4). Relativamente à diferença da grelha de pontuação entre homens e mulheres, que apesar de não ter sido considerada neste estudo, torna-se importante referir que dos oito homens, que compõem a amostra, todos acabaram por não pontuar na atividade Preparação da Comida; cinco não pontuaram na Lavagem da Roupa e um não pontuou na Realização das Tarefas Domésticas.

Analisando por Itens o Lawton & Brody (Tabela 15):

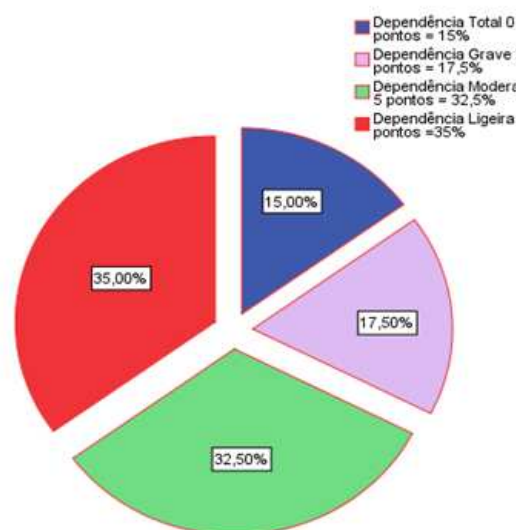
- Na utilização do Telefone, a maioria dos idosos, 92,5%, consegue utilizá-lo.
- Na realização de Compras, 30% conseguem realizá-las de forma independente.
- Na preparação da Alimentação, apenas 2,5% consegue prepará-la de forma independente.
- Na realização de Tarefas Domésticas, a maioria dos idosos, 65%, consegue realizá-las de forma independente.
- Na realização da Lavagem da Roupa, a maioria dos idosos, 32,5%, consegue realizar a atividade de forma independente.

- Relativamente ao seu Transporte, a maioria dos idosos, 72,5%, consegue realizá-lo de forma independente, quer seja de táxi, com acompanhamento, de transporte público e ou de carro.
- Relativamente a assumir a Responsabilidade quanto à Toma da sua Medicação, a maioria dos idosos, 55%, é capaz de sozinho(a) realizar a toma da dose de medicação na hora e dose certa.
- Quanto à capacidade de utilizar o dinheiro, a maioria dos idosos, 75%, é capaz de ser independente, na sua utilização.

Tabela 15 Índice de Lawton - Frequências

Atividades Índice de Lawton & Brody	%	Independentes	
		Feminino	Masculino
Telefone	92,5	72,5	20
Compras	30	20	10
Preparação de Comida	2,5	2,5	0
Tarefas Domésticas	65	47,5	17,5
Lavar a Roupa	32,5	30	2,5
Transporte	72,5	60	12,5
Responsabilidade face à Medicação	55	42,5	12,5
Capacidade em utilizar o dinheiro	75	57,5	17,5

Gráfico 9 Índice Lawton & Brody – % por Grau de Dependência



Na aplicação do WHOQOL - OLD e tendo como referência que, a pontuação utilizada para a apresentação dos dados, é de uma escala convertida que varia de 0 – 100 pontos, em que zero significa uma baixa qualidade de vida e 100 uma alta qualidade de vida, encontramos uma média total de respostas de 50,31 pontos.

Tabela 16 WHOQOL - OLD – Frequências dos Facetas

N = 40	M	DP	Mínimo	Máximo
Facetas WHOQOL - OLD				
Funcionamento Sensorial	58,74	23,73	12,50	100
Autonomia	55,31	21,02	12,50	100
Passado Presente e Futuro	46,56	16,13	25	87,5
Participação Social	42,97	22,56	0	100
Morte e Morrer	64,37	21,14	18,75	100
Intimidade	27,19	26,91	0	87,5
Família e Vida Familiar	57,03	31,81	0	100

Analisando por Itens o WHOQOL - OLD (Tabela 16):

- Relativamente ao Funcionamento Sensorial, a média de respostas foi de 58,74 pontos (DP = 23,73), em que a maioria dos idosos, 17,5%, contabilizou 68,75 pontos e 12,5%, contabilizaram 50 ou 62,50 pontos (cf. Apêndice III Tabela 7).
- Relativamente à Autonomia, a média de respostas foi de 55,31 pontos (DP = 21,02), em que a maioria dos idosos, 15%, contabilizou 50 pontos e 68,75 pontos e 10%, contabilizou 75 pontos (cf. Apêndice III Tabela 8).
- Relativamente ao Passado, Presente e Futuro, a média de respostas foi de 46,56 pontos (DP = 16,13), em que a maioria dos idosos, 20% contabilizou 50 pontos, 17,5%, contabilizou 43,75 pontos (cf. Apêndice III tabela 9).
- Relativamente à Participação Social, a média de respostas foi de 42,97 pontos (DP = 22,56) em que a maioria dos idosos, 15%, contabilizou 18,75 pontos, 12,5%, contabilizou 25 e 31,25 pontos (cf. Apêndice III Tabela 10).
- Relativamente à Morte e o Morrer, a média de respostas foi de 64,37 pontos (DP = 21,14), em que a maioria dos idosos, 17,5%, contabilizou 75 pontos e 15%, contabilizou 62,5 pontos (cf. Apêndice III Tabela 11).
- Relativamente à Intimidade, a média de respostas foi de 27,19 pontos (DP = 26,91), em que a maioria dos idosos, 27,5%, contabilizou zero pontos e 12,5%, contabilizou 18,75 pontos (cf. Apêndice III Tabela 12).
- Relativamente à Família e Vida Familiar, a média de respostas foi de 57,03 pontos (DP = 31,81) em que a maioria dos idosos, 17,5%, contabilizou 81,25 pontos e 15%, contabilizou 25 pontos (cf. Apêndice III Tabela 13).

Foi utilizado o teste de Normalidade Kolmogorov - Smirnov (cf. Apêndice III Tabela 6) de forma a definir que tipo de correlação poderia ser verificada/realizada, entre os Instrumentos.

Entre os Índices de Barthel e de Lawton & Brody existe uma correlação positiva forte e estatisticamente significativa ( $r_p = 0,771$ ;  $p < 0,01$ ), pelo que foi realizada de seguida a procura de correlação entre estes instrumentos e cada um dos sete facetas da WHOQOL - OLD, sendo descritos de seguida as que apresentam valores de Pearson significativos:

Tabela 17 Correlações de Pearson entre os Índices de Barthel e de Lawton & Brody e as Facetas da WHOQOL - OLD

	FS	AUT	PPF	PS	MEM	INT	FVF
Barthel	,254	,487**	,350*	,401*	-,068	,092	-,194
Lawton	,165	,487**	,215	,266	-,037	,001	-,164

\* $p < 0,05$ ; \*\* $p < 0,01$ ; Facetas da WHOQOL - OLD: FS = Função Sensorial; AUT = Autonomia; PPF = Passado, Presente e Futuro; PS = Participação Social; MEM = Morte e Morrer; INT = Intimidade; FVF = Família e Vida Familiar

Quanto ao Instrumento Barthel, foram encontradas (Tabela 17):

- Correlação positiva moderada e estatisticamente significativa com a faceta Autonomia ( $r_p = 0,487$ ;  $p < 0,01$ );
- Correlação positiva moderada e estatisticamente significativa com a faceta Passado, Presente e Futuro ( $r_p = 0,350$ ;  $p < 0,05$ );
- Correlação positiva moderada e estatisticamente significativa com a faceta Participação Social ( $r_p = 0,401$ ;  $p < 0,05$ );

Quanto ao Instrumento Lawton & Brody, foi encontrada a correlação positiva moderada e estatisticamente significativa com a faceta Autonomia ( $r_p = 0,487$ ;  $p < 0,01$ ) (Tabela 17).

Quanto às correlações de Pearson existentes entre as sete facetas da WHOQOL - OLD, que se revelavam estatisticamente significativas (Tabela 18):

- A faceta Função Sensorial apresenta uma correlação positiva moderada e estatisticamente significativa ( $r_p = 0,381$ ;  $p < 0,05$ ) com a faceta Autonomia, uma correlação positiva moderada e estatisticamente significativa ( $r_p = 0,353$ ;  $p < 0,05$ ) com a faceta Participação Social e uma correlação positiva moderada e estatisticamente significativa com a faceta Presente, Passado e Futuro ( $r_p = 0,378$ ;  $p < 0,05$ );
- A faceta Autonomia, para além do já referido acima, apresenta correlação positiva moderada e estatisticamente significativa com a faceta Passado Presente e Futuro ( $r_p = 0,572$ ;  $p < 0,01$ ) e correlação positiva moderada e estatisticamente significativa com a faceta Participação Social ( $r_p = 0,606$ ;  $p < 0,01$ );
- A faceta Passado Presente e Futuro, para além do já referido acima, apresenta correlação positiva forte e estatisticamente significativa com a faceta Participação Social ( $r_p = 0,647$ ;  $p < 0,01$ ), uma correlação positiva moderada e estatisticamente significativa com a faceta Intimidade ( $r_p = 0,495$ ;  $p < 0,01$ ) e uma correlação positiva moderada e estatisticamente significativa com a faceta Família e Vida Familiar ( $r_p = 0,376$ ;  $p < 0,05$ );
- A faceta Participação Social, para além do já referido acima, apresenta correlação positiva moderada com a faceta Intimidade ( $r_p = 0,430$ ;  $p < 0,01$ ) e uma correlação positiva moderada e estatisticamente significativa com a faceta Família e Vida Familiar ( $r_p = 0,312$ ;  $p < 0,05$ );
- A faceta Intimidade, para além do já referido acima, apresenta correlação positiva moderada e estatisticamente significativa com a faceta Família e Vida Familiar ( $r_p = 0,352$ ;  $p < 0,05$ );

Tabela 18 Caracterização das correlações entre as facetas da WHOQOL - OLD

	FS	Aut	PPF	PS	MEM	INT	FVF
FS	1	,381*	,353*	,378*	,148	-,154	,050
Aut	,381*	1	,572**	,606**	,130	,153	,046
PPF	,353*	,572**	1	,647**	,087	,495**	,376*
PS	,378*	,606**	,647**	1	,293	,430**	,312*
MEM	,148	,130	,087	,293	1	-,058	,254
INT	-,154	,153	,495**	,430**	-,058	1	,352*
FVF	,050	,046	,376*	,312*	,254	,352*	1

\*p<.05 ; \*\*p<.01; Facetas da WHOQOL - OLD: FS = Função Sensorial; AUT = Autonomia; PPF = Passado, Presente e Futuro; PS = Participação Social; MEM = Morte e Morrer; INT = Intimidade; FVF = Família e Vida Familiar

De forma ainda a caracterizar as correlações encontradas com algumas das variáveis demográficas da amostra (Tabela 19):

Foram encontradas entre a variável Tempo de utilização de SAD, as seguintes correlações de Pearson com as facetas da WHOQOL - OLD:

- Correlação moderada e estatisticamente significativa negativa com a faceta Passado Presente e Futuro ( $r_p = -,478$ ;  $p < 0,01$ );
- Correlação moderada e estatisticamente significativa negativa com a faceta Participação Social ( $r_p = -,363$ ;  $p < 0,01$ );
- Correlação moderada e estatisticamente significativa negativa com a faceta Intimidade ( $r_p = -,491$ ;  $p < 0,01$ )

Tabela 19 Correlação de Pearson entre os Índices de Barthel e Lawton & Brody, e as Facetas da WHOQOL - OLD, com o tempo de SAD PDF

	Índice Barthel	Índice Lawton	FS	AUT	PPF	PS	MEM	INT	FVF
Tempo de SAD	-,056	-,219	,018	-,126	-,478**	-,363**	,186	-,491**	-,112

\*p<.05 ; \*\*p<.01; Facetas da WHOQOL-Old: FS = Função Sensorial; AUT = Autonomia; PPF = Passado, Presente e Futuro; PS = Participação Social; MEM = Morte e Morrer; INT = Intimidade; FVF = Família e Vida Familiar

Foram encontradas entre a variável Tempo de Acamado as seguintes correlações de Spearman negativas moderadas e estatisticamente significativas (Tabela 20):

- com Índice de Barthel ( $r_s = -,458$ ;  $p < 0,01$ );
- com o Índice de Lawton & Brody ( $r_s = -,436$ ;  $p < 0,01$ );

- com a Faceta Autonomia ( $r_s = -,347$ ;  $p < 0,05$ );

Foi encontrada entre a variável Nível de Escolaridade uma correlação positiva moderada e estatisticamente significativa com a faceta Passado Presente e Futuro ( $r_s = ,378$ ;  $p < 0,05$ ) (Tabela 20).

Tabela 20 Correlações de Spearman entre os Índices de Barthel e Lawton & Brody e as Facetas da WHOQOL - OLD, com os Nível de Escolaridade e o Tempo que está acamado

	Índice Barthel	Índice Lawton	FS	AUT	PPF	PS	MEM	INT	FVF
Tempo de Acamado	-,458**	-,436**	-,076	-,347*	-,306	-,200	,113	-,049	,095
Nível de Escolaridade	,074	,043	,007	,256	,378*	,094	,154	,152	,158

\* $p < 0,05$  ; \*\* $p < 0,01$ ; Facetas da WHOQOL - OLD: FS = Função Sensorial; AUT = Autonomia; PPF = Passado, Presente e Futuro; PS = Participação Social; MEM = Morte e Morrer; INT = Intimidade; FVF = Família e Vida Familiar

## **Capítulo 4 - Discussão dos Resultados**

Este estudo teve como objetivo principal melhorar a caracterização da população abrangida pelo Serviço de Apoio Domiciliário da Penha de França, constituída por uma população total de 200 indivíduos. Para alcançar este objetivo realizou-se a aplicação de um formulário para recolha de dados demográficos e a aplicação de quatro instrumentos de avaliação específica que tiveram como finalidade, responder às quatro questões de investigação colocadas:

1. Qual é a Qualidade de Vida da amostra da população idosa do SAD da PDF?
2. Qual é o Grau de Dependência nas ABVD da amostra?
3. Qual é o Grau de Dependência nas AIVD da amostra?
4. Qual é a Correlação existente entre os resultados destas 3 avaliações/instrumentos?

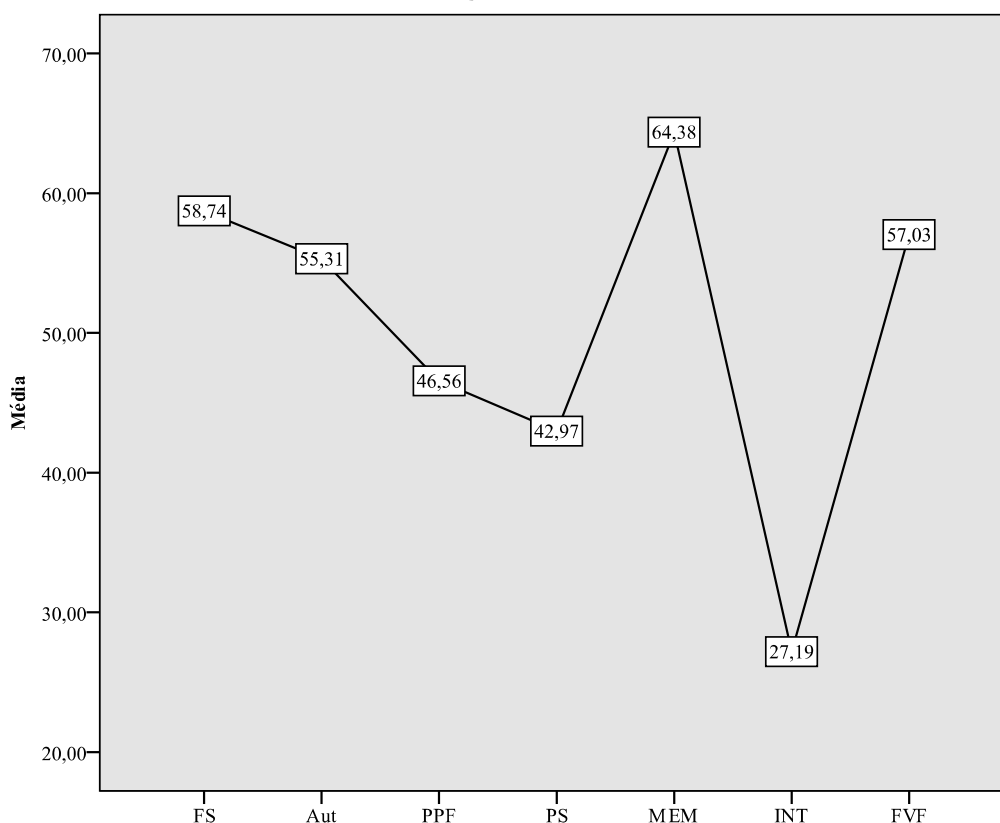
Para discutir os resultados, começaremos por realizar uma caracterização breve do idoso tipo desta amostra.

Trata-se de uma idosa, com cerca de 82 anos, com a quarta classe (82,5%) e viúva (45%). Mora sozinha (52,5%) e foi doméstica como profissão (15%), auferir menos que 485€ (77,5%), sofre de Hipertensão Arterial (45%) e neste último ano, não foi nenhuma vez Internada no hospital (45%), não esteve acamada (92,5%) e não teve nenhuma úlcera de pressão (100%), no entanto se tivesse sido internada no hospital teria sido apenas uma vez (27,5%) e teria sido devido a uma queda (12,5%) ou a dificuldades respiratórias (12,5%). Como condição para pertencer à amostra deste estudo, não possui defeito cognitivo (critério de exclusão avaliado através do MMSE) e tinha de ser cliente do SAD, por essa razão, teria tido conhecimento dos serviços do SAD PDF SCML, através da Técnica de Serviço Social do Hospital (45%) e usufruiu deste serviço à menos de 3 meses (27,5%), e têm três tipos de apoio: Apoio para a sua Higiene (72,5%); Fornecimento de Refeições ao Domicílio (67,5%); e Têm Apoio para o Banho (65%). Ao nível do Grau de Dependência nas ABVD, encontramos que em média apresentavam uma Dependência Leve (com 66 pontos; DP = 27,69), com a categoria com maior frequência a ser a de independente (37,5%), no entanto apresenta mais dificuldades na realização das atividades: Controlo das Fezes (92,5%); Controlo da Urina (80%); a Vestir-se (77,5%); na Toma de Banho (75%); e no Uso da Casa de Banho (72,5%) e a realizar a sua Higiene Pessoal (72,5%). Ao nível do Grau de Dependência nas AIVD, encontramos que em média apresentavam uma Dependência Moderada (com 4,25 pontos DP = 2,06), com a categoria

com maior frequência a ser a Dependência Ligeira (35%), e apresenta mais dificuldades na realização das atividades: Preparação de Comida (97,5%), Realização de Compras (70%); na Lavagem de Roupa (67,5%) e na responsabilidade face à Toma de Medicação (45%).

Qual é a Qualidade de Vida da amostra da população idosa do SAD da PDF?

Gráfico 10 Médias das Facetas da WHOQOL – OLD



Quanto à sua Qualidade de Vida e tendo em consideração que esta avaliação varia de 0 – 100 pontos, podemos concluir que a média do somatório das facetas foi de 50,31 pontos se encontra acima da média de percentagem de qualidade de vida, analisando por faceta, as quatro facetas com médias de pontuação acima da média foram (Gráfico 10): Morte e Morrer (64,37 pontos), Família e Vida Familiar (57,03 pontos), no Funcionamento Sensorial (58,74 pontos) e na Autonomia (55,31 pontos); e as facetas que em média da qualidade de vida, se encontra abaixo da média de percentagem foram as três facetas: Intimidade (27,19 pontos); Participação Social (42,97 pontos) e no Passado, Presente e Futuro (46,56 pontos).

Relativamente a este exercício de traçar o perfil tipo da amostra, na generalidade vão de encontro a factos estatísticos já conhecidos, como a população com mais de 65 anos ser predominantemente feminina, no entanto nesta amostra verificou-se que a percentagem deste género, 80%, se encontra mais alta do que a definida para a população Lisboaeta, pois segundo Pordata (2013), para o escalão etário + 65 anos, existiam em 2011 cerca de 40,8% de idosos do sexo masculino e não os 20% encontrados nesta amostra. Verificamos que nesta amostra a escolaridade predominante é a de primeiro ciclo completo, o que é similar a outros estudos realizados (Cabral M. , Silva P. , Almeida M. , Cabaço S. , 2011). Relativamente ao estado civil, o estado predominante é a categoria viúvo(a), devendo-se este facto provavelmente à diferença entre a esperança da média de vida do sexo feminino (de mais 20,3 anos para além dos 65 anos = 85 anos) para a do sexo masculino ( de mais 16,9 anos para além dos 65 anos = 81 anos). O tipo de coabitação, ser predominantemente sozinho(a) é também influenciada pelo estado civil, e com outro fator de ordem económica, caracterizada pelo facto dos descendentes maioritariamente viverem fora da cidade de Lisboa devido ao maior preço dos imóveis, dentro da cidade. A profissão é um fator diretamente relacionado com a baixa escolaridade encontrada entre a amostra, que influencia o tipo de empregos exercidos, verificamos que em apenas uma das quatro profissões mais exercidas o ser modista, é aquela que revela esse pouco investimento na escolaridade mas algum investimento na evolução profissional dentro das profissões mais exercidas. A profissão por sua vez influencia diretamente o rendimento mensal que nesta amostra de forma claramente maioritária é abaixo do atual ordenado mínimo de 485€, o que revela que se trata de uma amostra que intrinsecamente tem um baixo poder económico e outras fragilidades que lhe estão intrinsecamente associadas. Ao nível das doenças crónicas encontradas, estão de acordo com as encontradas nos países desenvolvidos, sendo maioritariamente de causa vascular/circulatória. Dado a realçar, que apesar das doenças crónicas encontradas, da média de idades ser elevada (81 anos) e de se tratarem de idosos com fraco poder económico, existem poucos internamentos hospitalares e uma muito baixa percentagem de pessoas acamadas e que nenhuma destas sofreu de úlceras de pressão, no último ano. Situação que revela que apesar das fragilidades económicas e da média avançada de idade que são idosos que conseguem manter na generalidade o seu estado de saúde, regulado/controlado, seja pelo acompanhamento médico eficiente, quer seja pela alimentação e medicação realizadas. Dos idosos que tiveram de ficar internados no hospital as duas principais razões deveram-se a situações

agudas, difíceis de resolver sem ser em contexto hospitalar (quedas, e dificuldades respiratórias). Como resultado destes internamentos hospitalares, torna-se claro a razão pela qual, a principal fonte de encaminhamento e ou de origem de conhecimento desta amostra do SAD ser por parte da Técnica Superior de Serviço Social do Hospital, e ou através da vizinhança, que reconhece as fragilidades inerentes ao envelhecimento. Quanto ao tempo que usufruem dos serviços de SAD, variam de forma normal sendo em maior numero os que são acompanhados à menos tempo e em segundo lugar os que se encontram à mais de 5 anos, estas percentagens justificam-se pois a população idosa que inicia SAD, habitualmente recorre a este tipo de serviço, imediatamente após uma situação de dificuldade aguda, e muitas vezes após a sua resolução ou abandona os serviços por se sentirem melhores ou escolhem continuar a beneficiar do SAD pelo facto passarem a ser acompanhadas por vários técnicos e por Ajudantes Familiares, do SAD também pelos motivos de quebra de isolamento e de sentimento de segurança que daí advém. Os serviços que os idosos mais utilizam são os relacionados com o Apoio à sua Higiene (devido às dificuldades de mobilidade que apresentam e ao receio de queda) e com o Fornecimento da Alimentação nos seus domicílios (porque a confeção da alimentação se trata de uma atividade complexa que mais uma vez exige capacidade de mobilidade na ida às compras e para a confecção dos alimentos, o que se verifica frequentemente é que os idosos na maioria das vezes quando confeccionam a sua alimentação fazem-no de forma pouco equilibrada e com repetição dos mesmos pratos.

Qual é o Grau de Dependência nas ABVD da amostra?

Relativamente aos Graus de Dependência às ABVD, verificamos que os idosos apoiados têm em média uma Dependência Leve, situação que se revela perfeitamente enquadrada no contexto deste tipo de resposta de apoio, caso os idosos se encontrassem totalmente dependentes ou com dependências graves ao nível das ABVD, seriam tecnicamente aconselhados a darem preferência a usufruírem de outro tipo de respostas/valências como o internamento em Lar, pela gravidade das dependências e supervisão em termos de horas diárias que necessitariam. Relativamente às ABVD, em que é solicitado mais apoio, tratam-se das atividades de apoio à sua higiene, ou manutenção da mesma.

Qual é o Grau de Dependência nas AIVD da amostra?

Quanto ao Grau de Dependência relativamente às AIVD, constatamos que os idosos desta amostra apresentam um grau moderado de dependência, o que mais uma vez confere com a adequação à resposta do tipo de serviço/valência de SAD, visto que este tipo de apoio à realização e ou substituição por uma Ajudante Familiar das necessidades do idoso mais se adequa. Relativamente às AIVD, que os idosos mais necessitam de apoio são principalmente as relacionadas com a alimentação, higiene e toma de medicação.

Qual é a Correlação existente entre os resultados destas 3 avaliações/Instrumentos?

Começando com os resultados da avaliação da Qualidade de Vida desta amostra, constatamos que das sete facetas avaliadas a que evidenciou uma menor qualidade de vida foi a da Intimidade, da qual se pode interpretar que os idosos sentem que têm dificuldade em ter ou estabelecer relacionamentos pessoais e íntimos, se interpretarmos o contexto do envelhecimento, do idoso em Portugal e em Lisboa, e tivermos em conta o facto que também se verifica ao nível mundial, a mobilização/deslocação das populações dentro dos próprios países, para as zonas do litoral e particularmente para as cidades, e capitais dos mesmos, em busca de melhor qualidade de vida e emprego, compreende-se que se verifica um desenraizamento do seu contexto habitacional e que a maioria da amostra se encontrar em estado de viuvez e a viver sozinha, e que os contatos a serem realizados com os seus pares (amigos e ou conhecidos) os quais provavelmente também serão idosos e terão as mesmas dificuldade/fragilidades, relacionadas com o envelhecimento, como as dificuldades de deslocação, as doenças crónicas e possuírem dependências quer ao nível das ABVD e/ou AIVD, revelam a complexidade e a dificuldade em estabelecer e ou manter estes relacionamentos pessoais e íntimos. As mesmas limitações se evidenciam relativamente à segunda faceta com menor qualidade de vida a Participação Social, da qual se pode interpretar como a participação nas atividades quotidianas especialmente na comunidade. Relativamente ao facto da faceta Passado, Presente e Futuro, a qual se interpreta como a satisfação sentida sobre as conquistas na vida e objetivos que pretendem alcançar, também evidenciar uma baixa qualidade de vida, reflete que os idosos da

amostra, têm uma baixa satisfação sobre as suas conquistas pessoais ao longo da vida e que têm uma baixa expectativa de virem ainda, a alcançar objetivos ou ambições no futuro.

Se interpretarmos em conjunto estas três facetas que apresentam valores baixos de qualidade de vida, podemos interpretar que o facto de em média se encontrarem com uma idade próxima do limite da estimativa de vida, de se encontrarem a viverem sozinhos, de se encontrarem maioritariamente viúvos(as), e possuírem rendimentos abaixo do ordenado mínimo, lhes dá uma perspectiva baixa de virem: a estabelecer relacionamentos pessoais e íntimos, de virem a estabelecer atividades na comunidade; e ou a sentirem-se satisfeitos com as conquistas alcançadas ou a alcançar na vida.

Relativamente às quatro facetas que evidenciam maior qualidade de vida, em primeiro lugar encontramos a Morte e o Morrer, a qual se pode interpretar como as preocupações, inquietações e temores sentidos sobre a morte e sobre o morrer, esta faceta demonstra que os idosos desta amostra têm poucas preocupações e ou inquietações sobre esta temática, o que poderá ser interpretado em conjunto com as facetas com menor qualidade de vida que poderão estar a evidenciar alguns sinais de depressão acerca das suas condições de vida e que a morte e o morrer, não surgem como uma dificuldade a encarar, o que surge de forma atípica, visto que a população idosa portuguesa maioritariamente católica, ainda encara a morte como um assunto tabu, da qual pouco se fala, quanto mais ser um tema que se encontre bem resolvido.

A segunda faceta com melhor qualidade de vida, é a do Funcionamento Sensorial, a qual se pode interpretar como, o impacto da perda ou diminuição da habilidade sensorial, como a visão, olfato, audição etc, na realização de atividades e/ou na influência que têm no relacionamento com outras pessoas. Este resultado vem demonstrar que os idosos têm acesso aos cuidados de saúde e a que têm uma perceção em geral positiva do funcionamento dos seus sentidos. Em relação à terceira faceta com melhor qualidade de vida, é a Faceta Família e Vida Familiar, que é a faceta que se encontra a ser estudada a sua introdução pela tese de Doutoramento da Dr<sup>a</sup> Manuela Vilar, no processo de validação da WHOQOL - OLD para Portugal, a qual é interpretada como a avaliação da satisfação com o apoio, disponibilidade de tempo dos familiares e as relações familiares. Esta faceta demonstra que os idosos avaliam positivamente as suas relações com os familiares, o que corresponde à importância mantida e católica do núcleo familiar forte, apesar de a maioria destes idosos se encontrar sozinho, e de ter uma perceção de qualidade de vida pouco positiva quanto à faceta intimidade (relações pessoais e íntimas).

A quarta faceta com melhor qualidade de vida, é a faceta Autonomia, a qual é interpretada como a perceção da independência na velhice, a capacidade ou liberdade de viver de forma autónoma e de tomar as suas decisões. Esta faceta permite-nos compreender que os idosos desta amostra têm uma perceção positiva da autonomia e da liberdade que possuem para decidir o que fazer e tomar as suas decisões no quotidiano.

Se interpretarmos em conjunto as quatro facetas que apresentam os valores mais altos de qualidade de vida, podemos interpretar que apesar dos baixos rendimentos e da idade avançada os idosos desta amostra revelam que têm uma perceção positiva na relação com: a morte e o morrer; relações familiares; autonomia e liberdade na gestão e toma de decisões.

Relativamente às correlações encontradas entre as variáveis, verificamos que existe uma correlação positiva entre os Índices de Barthel e de Lawton & Brody, ou seja sempre que o grau de independência de um aumenta o outro acompanha o seu aumento.

Assim, quanto às correlações encontradas entre o Índice de Barthel e as sete Facetas da WHOQOL - OLD, verificamos que existe uma relação positiva moderada entre o aumento do grau de independência Barthel e o aumento da perceção de Autonomia e na liberdade sentida pelos idosos em tomar as suas decisões, e que existe uma correlação positiva moderada entre o aumento do grau de independência Barthel e o aumento da Participação Social, na realização das atividades do quotidiano e na comunidade. Foi ainda encontrada uma correlação negativa moderada entre o Índice de Barthel e a variável Tempo de Acamado, ou seja quanto maior é o grau de independência menor é o tempo em que o idoso se encontra acamado.

Quanto às correlações encontradas entre o Índice de Lawton e as sete Facetas da WHOQOL - OLD, verificou-se também uma correlação positiva moderada entre o aumento do grau de independência Lawton & Brody e o aumento da Participação Social, na realização das atividades do quotidiano e na comunidade. Foi ainda encontrada uma correlação negativa moderada entre o Índice de Lawton & Brody e a variável Tempo de Acamado, ou seja quanto maior é o grau de independência menor é o tempo que o idoso se encontra acamado.

Quanto às correlações encontradas entre as Facetas da WHOQOL - OLD, verificamos que:

- A faceta Função Sensorial apresenta uma correlação positiva moderada com as Facetas Autonomia, Presente Passado e Futuro e Participação Social, o que significa que quanto maior a pontuação da Faceta Função Sensorial maior foram as pontuações nas facetas: Autonomia; Presente, Passado e Futuro e na Participação Social e vice-versa. O que revela que quanto melhor forem as perceções do idoso em relação às suas Funções Sensoriais, melhores foram as suas perceções quanto: à sua independência e liberdade de tomar decisões de forma autónoma; a satisfação sobre os objetivos alcançados no Passado e Presente bem como a alcançar no Futuro; melhor é a perceção da participação em atividades do quotidiano e na comunidade;
- A faceta Autonomia, para além da correlação atrás referida com a faceta Função Sensorial, apresenta correlação positiva moderada com a faceta Participação Social, e com a faceta Passado, Presente e Futuro, ou seja quanto maior se verificou ser a pontuação da Autonomia, maiores foram as pontuações nas facetas Participação Social e Passado Presente e Futuro e vice-versa. O que revela que quanto melhores foram as perceções da sua independência e capacidade para tomar as suas decisões de forma autónoma melhores foram as perceções quanto: a satisfação sobre os objetivos alcançados no Passado e Presente bem como a alcançar no Futuro; à participação em atividades do quotidiano e na comunidade;
- A faceta Passado Presente e Futuro, para além das correlações já referidas anteriormente, com as facetas Função Sensorial e Autonomia apresentam correlação positiva moderada com as facetas: Participação Social, Intimidade e Família e Vida Familiar, ou seja quanto maior se verificou ser a pontuação da faceta Passado Presente e Futuro, maiores foram as pontuações nas facetas: Participação Social; Intimidade e Família e Vida Familiar, e vice-versa. O que revela que quanto melhores foram as perceções do idoso quanto a satisfação sobre os objetivos alcançados no Passado e Presente bem como a alcançar no Futuro melhores foram as perceções quanto: à participação em atividades do quotidiano e na comunidade; à capacidade de ter relacionamentos pessoais e íntimos; à satisfação com o apoio e disponibilidade de tempo com os seus familiares e às relações familiares, bem como sentido de valor na família.

- A faceta Participação Social, para além das correlações já referidas anteriormente, com as facetas Função Sensorial, Autonomia e Passado Presente e Futuro, apresenta correlação positiva moderada com a faceta Intimidade e uma correlação positiva moderada com a faceta Família e Vida Familiar, ou seja quanto maior se verificou ser a pontuação da faceta Participação Familiar, maiores foram as pontuações nas facetas: Intimidade e Família e Vida Familiar e vice-versa. O que revela que quanto melhores foram as perceções do idoso em relação à participação em atividades do quotidiano e na comunidade melhores foram as perceções em relação: à capacidade de ter relacionamentos pessoais e íntimos; e à satisfação com o apoio e disponibilidade de tempo com os seus familiares e às relações familiares, bem como sentido de valor na família.
- A faceta Intimidade, para além das correlações já referidas anteriormente, com as facetas Função Sensorial, Autonomia, Passado Presente e Futuro e Participação Social, apresenta correlação positiva moderada com a faceta Família e Vida Familiar ou seja quanto maior se verificou ser a pontuação da faceta Intimidade, melhores foram as pontuações na faceta Família e Vida Familiar e vice-versa. Quanto melhor foi a perceção do idoso em relação à capacidade de ter relacionamentos pessoais e íntimos, melhor é a satisfação com o apoio e disponibilidade de tempo com os seus familiares e às relações familiares, bem como sentido de valor na família.

Foram ainda encontradas: uma correlação negativa moderada entre a Faceta Autonomia e a variável Tempo de Acamado, ou seja quanto melhor é a perceção quanto à sua independência e liberdade de tomar decisões de forma autónoma menor é o tempo que o idoso se encontra acamado; e uma correlação positiva moderada entre a Faceta Passado, Presente e Futuro e a variável com o nível de escolaridade, ou seja quanto maior é a escolaridade do idoso melhor foi a perceção do idoso quanto a satisfação sobre os objetivos alcançados no Passado e Presente bem como a alcançar no Futuro.

## **Conclusão**

O crescimento exponencial da população idosa em Portugal é um desafio para quem envelhece e para quem apoia o envelhecimento (Lopes, 2007). Este estudo concretizou os objetivos a que se propôs, tanto quanto ao objetivo inicial de Avaliar a Qualidade de Vida e o Grau de Dependência dos idosos apoiados pelo Apoio Domiciliário da Penha de França da Santa Casa da Misericórdia de Lisboa, bem como quanto às 4 questões de investigação. Os resultados obtidos neste estudo com uma amostra de 40 idosos desta freguesia revelam que em média os idosos apoiados naquele período apresentavam Dependência Leve ao nível das Atividades Básicas da Vida Diária (Índice de Barthel), em média apresentam Dependência Moderada (Índice de Lawton e Brody) e na média dos 7 domínios da Avaliação da Qualidade de Vida (WHOQOL-OLD, versão ainda em validação para Portugal, pela Mestre Manuela Vilar – Faculdade de Psicologia da Universidade de Coimbra), pontuaram 50,31 pontos numa escala de 0 – 100, de qualidade de vida, com a média individual das facetas a ser de: Funcionamento Sensorial (58,74 pontos; dp = 23,73); Autonomia (55,31 pontos; dp = 21,02); Passado, Presente e Futuro (46,56 pontos; dp = 16,13); Participação Social (42,97 pontos; dp = 22,56); Morte e Morrer (64,37 pontos; dp = 21,14); Intimidade (27,19 pontos; dp = 26,91) e Família e Vida Familiar (57,03; dp = 31,81).

Relativamente às correlações encontradas, verificaram-se correlações positivas entre: os Índices de Barthel e de Lawton & Brody ( $r_p = 0,771$ ;  $p < 0,01$ ); o Índice de Barthel e a faceta de Autonomia (Whoqol-Old) ( $r_p = 0,487$ ;  $p < 0,01$ ); o Índice de Barthel e a faceta Passado, Presente e Passado (Whoqol-Old) ( $r_p = 0,350$ ;  $p < 0,05$ ); o Índice de Barthel e a faceta Participação Social ( $r_p = 0,401$ ;  $p < 0,05$ ); o Índice de Lawton & Brody e a faceta de Autonomia (Whoqol-Old) ( $r_p = 0,487$ ;  $p < 0,01$ ). Quanto às correlações positivas encontradas entre as facetas da Whoqol-Old: a faceta Função Sensorial apresenta correlação com a faceta Autonomia ( $r_p = 0,381$ ;  $p < 0,05$ ), com a faceta Participação Social ( $r_p = 0,353$ ;  $p < 0,05$ ), a faceta Presente, Passado e Futuro ( $r_p = 0,378$ ;  $p < 0,05$ ), a faceta Autonomia apresenta correlação com a faceta Passado Presente e Futuro ( $r_p = 0,572$ ;  $p < 0,01$ ) e com a faceta Participação Social ( $r_p = 0,606$ ;  $p < 0,01$ ); a faceta Passado Presente e Futuro apresenta correlação com a faceta Participação Social ( $r_p = 0,647$ ;  $p < 0,01$ ), com a faceta Intimidade ( $r_p = 0,495$ ;  $p < 0,01$ ) e com a faceta Família e Vida Familiar ( $r_p = 0,376$ ;  $p < 0,05$ ); a faceta Participação Social para além do já referido acima, apresenta correlação com a faceta Intimidade ( $r_p = 0,430$ ;  $p < 0,01$ ), e correlação com a faceta Família e Vida Familiar ( $r_p = 0,312$ ;  $p < 0,05$ ); a faceta Intimidade, para além do já

referido acima, apresenta correlação com a faceta Família e Vida Familiar ( $r_p = 0,352$ ;  $p < 0,05$ ). Foram ainda encontradas correlações negativas entre as seguintes variáveis demográficas: a variável Tempo de Utilização de SAD: com as facetas da WHOQOL – OLD: Passado Presente e Futuro ( $r_p = -,478$ ;  $p < 0,01$ ), Participação Social ( $r_p = -,363$ ;  $p < 0,01$ ); Intimidade ( $r_p = -,491$ ;  $p < 0,01$ ); a variável Tempo de Acamado, com o Índice de Barthel ( $r_s = -,458$ ;  $p < 0,01$ ), e com o Índice de Lawton & Brody ( $r_s = -,436$ ;  $p < 0,01$ ); e com a Faceta Autonomia (Whoqol-Old) ( $r_s = -,347$ ;  $p < 0,05$ ). E ainda encontrada uma correlação positiva entre a variável Nível de Escolaridade com a faceta Passado Presente e Futuro (Whoqol-Old) ( $r_s = ,378$ ;  $p < 0,05$ ).

Estes resultados poderão permitir desde já servir de ponto de partida para estabelecer novos objetivos de melhoria da qualidade de vida por facetas, nos serviços de SAD da SCML que trabalham com esta população idosa, por exemplo para alcançar objetivos a 6 /12 meses, ou vir a desenvolver respostas/serviços específicos para melhorar o apoio em determinado aspeto de uma ou mais facetas da WHOQOL – OLD. Poderá também estabelecer-se ou redimensionar-se o tipo de serviços prestados e respostas disponíveis para esta população estudada, nas várias valências como Lares, Residências Temporárias, Residências Assistidas, Centros de Dia, Centros de Convívio e outros Serviços de Apoio Domiciliário, adequando-os às necessidades apresentadas em determinados tipos graus de dependência quer nas ABVD como AIVD.

Penso que também teria sido importante a introdução do Instrumento GDS (Global Depression Scale) de forma a analisar qual é a percentagem da população da amostra que poderia apresentar indícios de depressão e quais as correlações que teriam sido possíveis encontrar com os dados deste estudo, e em relação a este aspeto seria importante analisar com uma equipa multidisciplinar a pontuação elevada da média da faceta Morte e Morrer, de forma mais aprofundado o seu significado.

Em traços gerais, gostaria de referir que no meu entender, os valores encontrados menos positivos e que acarretam maiores dificuldades de resposta, e cuja alteração poderia melhorar em muito os Graus de Independência e de Qualidade de Vida poderiam ser alcançados com a alteração/introdução de três respostas: 1 – A disponibilização facilitada de mecanismos móveis adaptados, que permitam vencer as várias barreiras arquitetónicas encontradas na cidade de Lisboa, principalmente o acesso/saída do seu domicílio; 2 – A criação ou operacionalização de redes de vizinhança/comunitárias e/ou de voluntariado, que tenham disponibilidade para quebrar o isolamento e que possam contribuir para a

manutenção da socialização e/ou acompanhamento na realização das várias atividades da vida diária principalmente na comunidade; 3 – A criação ao nível das Juntas de Freguesia de um Provedor do Idoso, com o objetivo de: aumentar a relevância desta população, que terá cada vez mais peso na nossa sociedade; coordenar o desenvolvimento de atividades direcionadas para esta população; identificar os idosos isolados, que queiram retornar a uma vida mais participativa e ativa na comunidade/sociedade portuguesa onde estão inseridos. Estas três medidas promoveriam um aumento da Participação Social que iria influenciar positivamente a tríade encontrada neste estudo de valores inferiores de qualidade de vida.

Torna-se também claro através deste estudo exploratório, a mais-valia e a importância de uma ampla utilização do Instrumento WHOQOL-OLD, na população idosa portuguesa e em diversos contextos, uma vez que permitirá a identificação de forma imparcial e objetiva a qualidade de vida deste escalão etário. Como consequência de uma amplificação deste estudo, poderá ser facilitador a avaliação do impacto dos serviços que lhe são destinados, tanto ao nível da saúde, social e comunitária. Apesar de o WHOQOL-OLD, ser um instrumento que pretende ser transcultural, é, contudo, de reconhecer como factor limitante de grande relevância para este e futuros estudos a ainda inexistência da validação deste instrumento para a população Portuguesa, de forma a permitir comparar desde já, os valores aqui encontrados com os valores/pontuação padronizados para a nossa população, para poder servir de base objetiva para estudos e melhorias na definição de políticas/estratégias adequadas destinadas a melhorar a qualidade de vida e os serviços àqueles que não viverão para sempre.

Como proposta de estudos futuros, seria também muito pertinente ao nível nacional serem replicados estudos similares comparativos entre os idosos em todas as cidades nacionais, bem, como identificar possíveis diferenças de valores entre as cidades do litoral e as de interior. Ao nível internacional a comparação entre esta população com outras de outros países da Comunidade Europeia e de outros continentes poderá revelar de forma objetiva qual a qualidade de vida sentida pelas diferentes populações.

## **Referências**

Almeida, M.F. (2009). *Promoção da saúde depois dos 65 anos: Elementos para uma política integrada de envelhecimento*. Lisboa ENSP/UNL. Tese de doutoramento. Disponível em <http://hdl.handle.net/10362/4307>

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

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

Baltes, P.; Dittman-Kohli, F.; Dixon, R. (1984), «*New perspectives on the development of intelligence in old adults: toward a dual-process conception and a model of selective optimisation with compensation*», in P. Baltes e O. Brim(eds.), *Life-Span Development an Behaviour*, vol. 6, Nova Iorque, Academic Press.

Berger, Louise; Mailloux – Poirier: *Pessoas Idosas: Uma abordagem global*, Lusodidacta, Lisboa 1995.

Botelho, A. (2005). *A funcionalidade dos idosos*. In C. Paúl, & A. M. Fonseca (Eds.). *Envelhecer em Portugal* (110-135). Lisboa Climepsi Editores.

Canavarro, M.C., Simões, M. R., Vaz Serra, A., Pereira, M., Rijo, D., Quartilho, M. J., Gameiro, S., Paredes, T, & Carona, C. *Instrumento de Avaliação da Qualidade de Vida da Organização Mundial de Saúde: WHOQOL-Bref*.

Carvalho Filho: Alencar ApudPaPaléo. *Geriartria – Fundamentos, Clínica e Terapêutica*. São Paulo, Rio Janeiro, BeloHorizonte; Atheneu 2000.

Cattani, R. B.; et al. (2004) - *Cuidar do idoso no domicílio na voz de cuidadores familiares*. "Revista Electrónica de Enfermagem", V. 06

Cummins, R. A. (2000). «Objective and Subjective Quality of Life: An Interactive Model» *Social Indicators Research*, 43, 307-334.

Figueiredo, D., *Cuidados familiares ao idoso dependente*. Climepsi Editores, Lisboa 2007

Folstein MF, Folstein SE, McHugh PR (1975). "Mini-mental state". A practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician". *Journal of Psychiatric Research* 12 (3): 189–98. doi:10.1016/0022-3956(75)90026-6

Fontaine, R. (1999) *Psicologia do envelhecimento* (pp. 23) Climepsi Editores

Fonseca, A. M. (2004) - *O Envelhecimento - Uma Abordagem Psicológica*. Lisboa: Universidade Católica Portuguesa.

Foucault, Michel. *Microfísica do Poder*. 23ª Edição. São Paulo: Graal, 2007

Gupta, A. 2008. « Barthel Index. In Measurement Scales Used in Elderly Care» (pp. 42-49). Abingdon, Oxon, U.K.: Radcliffe Publishing Ltd.

Ine (2011). *Estimativas Anuais da População Residente* ( Online). INE, disponível em <http://www.ine.pt/>

Ine (2013). *Estimativas Anuais da População Residente* ( Online). INE, disponível em <http://www.ine.pt/> (data de acesso: 29 de janeiro de 2014)

José, S. J.; et al. (2002). *Trabalhar e cuidar de um idoso dependente: Problemas e soluções*. Lisboa: Instituto de Ciências Sociais da Universidade de Lisboa.

Kahana, E. (1982), «A congruence model of person-environment interaction» in M. Lawton, P. Windley T. Byerts (eds.), *Aging and the Environment: Theoretical Approaches*, Nova Iorque, Springer.

Guerreiro, M., Botelho, M. A., Leitão, O., Castro-Caldas, A., & Garcia, C. (1994). *Adaptação à população portuguesa da tradução do Mini Mental State Examination. Comunicação apresentada na Reunião da Primavera da Sociedade Portuguesa de Neurologia*. Coimbra

Labouvie-Vief, G. (1992), « *A neo-Piagetian perspective on adult cognitive development*», in R. Sternberg e C. Berg (eds.), *Intellectual Development*, Nova Iorque, Cambridge University Press.

Lawton, M. (1982), « *Competence, environmental press and adaptation*» in M. Lawton, P. Windley e T. Byerts (eds.), *Aging and the Environment: Theoretical Approaches*, Nova Iorque, Springer.

Lopes Lídia M<sup>a</sup>. P.: *Necessidades e estratégias na dependência: uma visão da família*. Revista Portuguesa de Saúde Pública 25 N.1; 2007: 39-46

Mónico, L.D.S., Custódio J. R. A., & Frazão A.A. (2012) «The informal caregiver of dependent elderly: level of burden and related variables». *International Journal of Developmental and Educational Psychology* Infad Revista de Psicologia, Nº 2-VOL.1 , 2012 pp 154

Neto, F. (2000) *Psicologia Social* (Vol II). Lisboa: Universidade Aberta.

Paúl C. (1997), *Lá para o Fim da Vida. Idosos, Família e Meio Ambiente*, Coimbra, Almedina.

Paúl C. & Fonseca A. M. (2005) *Envelhecer em Portugal – Manuais Universitários* 42 Climepsi Editores pp 21-22

Power, M., Quinn, K., Schmidt, S., % The WHOQOL-OLD Group (2005). Development of the WHOQOL-OLD module. *Quality of Life Research*, 14, 2197-2214.

Pordata Fundação Francisco Manuel dos Santos dados retirados: 14-12-2013  
www.pordata.pt

Valle, E. A., Castro-Costa, E., Firmo, J. O. A., Uchoa, E., & Lima-Costa M. F. (2009) *Estudo de base populacional dos factores associados ao desempenho no Mini Exame do Estado Mental entre idosos: Projecto Bambuí*. *Cadernos de Saúde Pública*. 25(4):918-926.

Vicente, A. (2002) - *Os poderes das mulheres. Os poderes dos homens*. Lisboa: Gótica.

Vilar, M., Simões, M.R. Lima, M.P. Cruz, C., Sousa, L.B., Sousa, A. R., & Pires, L. (em preparação). Adaptação e validação do WHOQOL-OLD para a população portuguesa: A metodologia de grupos focais na avaliação da Qualidade de vida em adultos idosos.

Rapley, M. (2003). «Quality of Life Research – Critical Introduction» .London: Sage Publications

Spar, J. E., & La Rue, A. (1998). *Guia de Psiquiatria Geriátrica*. Climepsi, Lisboa.

Salthouse, T. (1988), «Initiating the formalization of theories of cognitive aging», *Psychology and Aging*, 3 (1), 3 – 16.

The WHOQOL Group(1994). Development of the WHOQL: Rationale and Current Status. *International Journal of Mental Health*, 23 (3), 24-25.

The WHOQOL Group (1995).The World Health Organizational Quality of Life Assessment (WHOQOL): Position paper from the World Health Organization. *Social Science & Medicine*, 41 (10), 1403-1409.

The WHOQOL Group (1998). The World Health Organization Quality of Life Assessment (Whoqol): Development and General Psychometric Properties. *Social Science & Medicine*, 46 (12), 1569-1585.

UN (2010). *World Population Ageing – 2009*. New York: United Nations, DESA/Department of Economic and Social Affairs, Population Division. (ST/ESA/SER.A/295).

Sinoff G., Ore L. The Barthel Activities of Daily Living Index: self-reporting versus actual performance in the old-old (> 75 years). *J AmGeriatrSoc*. 1997; 45:832-6

Vaz Serra, A., Canavarro, M.C, Simões , M.R., Pereira, M., Gameiro, S., Quartilho, M. J., Rijo, D., Carona, C. & Paredes, T. *Estudos Psicométricos do Instrumento de Avaliação da Qualidade de Vida da Organização Mundial de Saúde (WHOQOL-100) para Portugêses de Portugal*. *Psiquiatria Clínica*.

Vaz Serra, A., Canavarro, M.C, Simões, M.R., Pereira, M., Gameiro, S., Quartilho, M. J., Rijo, D., Carona, C. & Paredes, T. *Estudos Psicométricos do Instrumento de Avaliação da Qualidade de Vida da Organização Mundial de Saúde (WHOQOL-Bref) para Portugêses de Portugal*. *Psiquiatria Clínica*.

WHO (2002). *Active Ageing: A Policy Framework*. Geneva: Who. (WHO/NMH/NPH/02.8).

# **Apêndices**

## Apêndice I

### CONSENTIMENTO INFORMADO

Este documento tem como objetivo obter o consentimento informado dos participantes no estudo realizado pelo Terapeuta Ocupacional Marco António Esteves Pires, aluno do I Mestrado em Cuidados Continuados Integrados da Faculdade de Ciências e Tecnologias da Saúde, da Universidade Lusófona de Humanidade e Tecnologias de Lisboa. A necessidade de preenchimento de um formulário/questionário surge como parte integrante do trabalho de investigação, no âmbito do segundo ano do curso de Mestrado, estudo esse que tem como objetivo A Avaliação da Qualidade de Vida e do Grau de Dependência da população idosa acompanhada pelo SAD da Penha de França da Santa Casa da Misericórdia de Lisboa.

Pelo que se informa os participantes idosos que:

- Este estudo tem como objetivo a análise do nível da qualidade de vida e do grau cognitivo e de dependência que apresentam.
- Podem esclarecer e colocar todas as questões que acharem necessárias, e para as quais irão obter respostas satisfatórias.
- Toda a informação cedida será de carácter confidencial, pelo que o seu tratamento não será revelado a ninguém e não será permitida a identificação das respostas dos participantes.
- A sua participação ou não, no referido estudo, não afetará os serviços ou cuidados que necessite pela SCML, e que a participação não envolve de nenhuma forma riscos ou prejuízos.
- Para além de decidir livremente aceitar ou recusar participar no estudo tem a possibilidade de se recusar a responder a qualquer momento, desde que assim o deseje sem qualquer contrapartida.
- Tem tempo para poder refletir sobre o pedido de participação.
- Se tiver alguma dúvida pode contactar o investigador através do telefone 926907929 ou e-mail: tomarco.pires@gmail.com

Nestas circunstâncias que foram atrás descritas decido dar meu consentimento, livre, informado e esclarecido para a participação neste projeto de investigação apresentado pelo investigador.

Data: \_\_\_ / \_\_\_\_ / 2013

Assinatura do Participante :

---

Assinatura do Investigador Responsável:

## Apêndice II

Santa Casa da Misericórdia de Lisboa

Exm<sup>o</sup> Sr. Diretor da Direção Acção Social Local Sul

Dr. Fernando Pinto

**Assunto:** Pedido de autorização para a realização de estudo/projeto de investigação de Mestrado

**Nome do Investigador:** Marco António Estevens Pires

**Título do projeto de investigação:**

Avaliação da Qualidade de Vida e do Grau de Dependência dos Idosos acompanhados pelo SAD da Penha de França da Santa Casa da Misericórdia de Lisboa

Como aluno do 2<sup>o</sup> ano do Mestrado Cuidados Continuados Integrados, da Faculdade de Ciências e Tecnologias da Saúde, da Universidade Lusófona de Humanidades e Tecnologia de Lisboa, venho desta forma solicitar o desenvolvimento da investigação com o título acima descrito. Gostaria também de referir que me encontro a colaborar com a SCML desde 1999, com contrato sem termo e com o n<sup>o</sup> mecanográfico 53120, como Terapeuta Ocupacional na Direção da Acção Social local Sul, tendo realizado a minha formação na Escola Superior de Saúde do Alcoitão, sendo também nesta área que pretendo desenvolver a investigação para a qual solicito autorização.

Para o efeito envio:

1. Projeto de Investigação;
2. Consentimento Informado;
3. Formulário de Recolha de Dados demográficos e testes a aplicar

Realço ainda, que este projeto de investigação, não acarretará custos monetários para a Santa Casa da Misericórdia de Lisboa.

Com os melhores cumprimentos,

Peço Deferimento

Lisboa, 26 de Julho de 2013

O Investigador

*Marco Pires*

(Marco Pires)

*Este estudo / projeto de investigação de Mestrado a desenvolver nos serviços da SAD da Penha de França pretende contribuir para a melhoria dos cuidados aos idosos.*

*Cristina Alexandre  
Diretora do SAD da  
Penha de França*



## Apêndice II

**SANTA  
CASA**

Misericórdia de Lisboa. Por boas causas.

### MEMORANDO INTERNO

Para: Dr. Mário Rui André Director DIAS	De: Luís Jerónimo NAT/DIAS Data: 14/08/2013 Ref.#262:
--	--

ASSUNTO: Pedido de autorização para realização de estudo projecto de investigação de mestrado

---

O Terapeuta Ocupacional Marco Pires, coordenador do Serviço de Apoio Domiciliário da Penha de França, e a frequentar o Mestrado de Cuidados continuados integrados da Universidade Lusófona, solicita autorização para a realização de um projecto de investigação de Mestrado intitulado: “Avaliação da qualidade de vida e do grau de dependência dos idosos acompanhados pelo S.A.D. da Penha de França da SCML”

O estudo tem como objectivos analisar:

1. A Qualidade de Vida da população utente do S.A.D da Penha de França
2. O grau de dependência desta população ao nível das Actividades de Vida Diária bem como das actividades instrumentais de vida diária
3. Caracterizar o seu estado cognitivo
4. Analisar **as relações entre a qualidade de Vida**, o grau de dependência, o estado cognitivo e os dados demográficos recolhidos.

Este estudo de carácter quantitativo, aplicará quatro escalas (definidas no projecto de investigação) e um formulário de caracterização sociodemográfica da amostra (N a definir entre os utentes (obedecendo aos critérios de inclusão) da população cliente do Serviço de apoio domiciliário do SAD da Penha de França.

O projecto revela-se de grande importância do ponto de vista da investigação teórica (conceito de Qualidade de Vida da) e a sua co-relação com as outras variáveis em estudo como o estado cognitivo e índices de independência de actividades, instrumentais e actividades básica de vida diária.

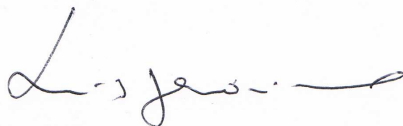
Com esta análise conseguir-se-á “desenhar” linhas de intervenção e planos de acção específicos para as necessidades identificadas para esta população cliente/utente da SAD da Penha de França.

O trabalho que se pretende desenvolver, irá na linha da Prevenção – da avaliação à intervenção, de responder às multi-necessidades e objectivos dos indivíduos, capacitando os indivíduos e qualificando as respostas dos Serviços.

A orientação académica será assegurada pela professora orientadora na Instituição escolar, e professora do Mestrado em Cuidados Continuados.

## Apêndice II

Estarão assegurados os direitos das pessoas inquiridas, o respeito pela sua liberdade e autonomia (declaração de consentimento informado assim como a garantia da confidencialidade dos dados recolhidos).



Luís Jerónimo

NAT/DIAS

### Apêndice III Dados da Discussão de Resultados

Tabela 1 Categoria Profissão por Percentagem e Sexo

Profissões	%	Sexo	
		Feminino	Masculino
Administração Pública	2,5	2,5	0
Ajudante Lar	2,5	2,5	0
Auxiliar de Educação	2,5	2,5	0
Cauteleiro	2,5	0	2,5
Comercio	2,5	2,5	0
Costureira	7,5	7,5	0
Cozinheiro(a)	5,0	2,5	2,5
Doméstica	15,0	15	0
Empregada de Limpeza	7,5	7,5	0
Empregada Fabril	7,5	7,5	0
Empresário do Comércio	5,0	0	5
Encadernadora	2,5	2,5	0
Mecânico	2,5	0	2,5
Modista	10,0	10	0
Pedreiro	2,5	0	2,5
Professora Primária	2,5	2,5	0
Secretária	7,5	7,5	0
Soldador	2,5	0	2,5
Taxista	2,5	0	2,5
Técnica de contas	2,5	2,5	0
Telefonista	2,5	2,5	0
Vendedora Praça	2,5	2,5	0

### Apêndice III

Tabela 2 Origem do conhecimento do SAD PDF e Tempo que tem SAD PDF

	%	Sexo %	
		Feminino	Masculino
Origem do conhecimento do SAD PDF			
Através de Familiares	12,5	5	7,5
Através de Vizinhos	20	20	0
Através da Junta de Freguesia	10	2,5	7,5
Através do Hospital	45	40	5
Através do Comercio Local	5	5	0
Através de Clínica de Hemodiálise	2,5	2,5	0
Através de Técnico Superior de Serviço Social	2,5	2,5	0
Através da Polícia	2,5	2,5	0
Tempo que tem de SAD			
< de 3 meses	27,5	20	7,5
entre 3 e 6 meses	5,0	5	0
entre 6 e 1 ano	17,5	12,5	5
entre 1 a 3 anos	15,0	12,5	2,5
entre 3 e 5 anos	15,0	12,5	2,5
> de 5 anos	20,0	17,5	2,5

Tabela 3 Nº Internamentos nos últimos 12 meses

	%	Sexo %	
		Feminino	Masculino
Tempo de Acamado			
Não estou acamado	92,5	72,5	20
Até um ano	5	5	0
Entre três e cinco anos	2,5	2,5	0
Há mais de 5 anos	0	0	0

### Apêndice III

Tabela 4 Graus de Dependência dos Índices de Barthel e Lawton & Brody e a sua distribuição por sexo

	%	Feminino	Masculino
Categorias do Índice de Barthel			
Dependência Total < 20 pontos	12,5	10	2,5
Dependência Grave entre 20 e 39 pontos	2,5	2,5	0
Dependência Moderada entre 40 e 59 pontos	15	10	5
Dependência Leve entre 60 e 79 pontos	32,5	30	2,5
Independentes entre 80 e 100 pontos	37,5	27,5	10
Categorias do Índice de Lawton & Brody			
Dependência Total entre 0 – 1	15	12,5	2,5
Dependência Grave entre 2 – 3	17,5	17,5	0
Dependência Moderada entre 4 – 5	32,5	22,5	10
Dependência Ligeira entre 6 – 7	35	27,5	7,5
Independente 8	0	0	0

Tabela 5 Frequências dos Índices de Barthel e Lawton & Brody

	M	DP	Mínimo	Máximo
Índice Barthel	66,00	27,693	10	100
Índice de Lawton & Brody	4,25	2,060	0	7

### Apêndice III

Tabela 6 Teste Normalidade das variáveis a Correlacionar

	Kolmogorov - Smirnov	P
Facetas WHOQOL - OLD		
FS	,705	,702
AUT	,719	,679
PPF	,889	,407
PS	,938	,343
DAD	,793	,555
INT	1,095	,182
FVF	1,195	,115
Índice Lawton & Brody	1,057	,214
Índice Barthel	1,154	,140
Tempo de SAD	1,120	,163
Nível de Escolaridade	2,236	,000
Tempo que esta acamado	3,346	,000

Facetas da WHOQOL - OLD: FS = Função Sensorial; AUT = Autonomia; PPF = Passado, Presente e Futuro; PS = Participação Social; MEM = Morte e Morrer; INT = Intimidade; FVF = Família e Vida Familiar

Tabela 7 Frequência da faceta FS da WHOQOL - OLD

FS	%	Sexo	
		Feminino	Masculino
12,5	2,5	2,5	0
18,75	2,5	2,5	0
25	7,5	5	2,5
31,25	5	5	0
37	2,5	2,5	0
37,5	5	5	0
43,75	5	5	0
50	12,5	10	2,5
56,25	5	2,5	2,5
62,5	12,5	10	2,5
68,75	17,5	15	2,5
75	2,5	2,5	0
87,5	7,5	0	7,5
93,75	5	5	0
100	7,5	7,5	0

### Apêndice III

Tabela 8 Frequência da faceta AUT da WHOQOL - OLD

AUT	%	Sexo	
		Feminino	Masculino
12,5	5	5	0
25	5	5	0
31,25	7,5	7,5	0
37,25	2,5	0	2,5
37,5	7,5	5	2,5
43,75	5	5	0
50	15	12,5	2,5
56,25	7,5	7,5	0
62,5	7,5	7,5	0
68,75	15	10	5
75	10	7,5	2,5
81,25	7,5	2,5	5
93,75	2,5	2,5	0
100	2,5	2,5	0

Tabela 9 Frequência da faceta PPF da WHOQOL - OLD

PPF	%	Sexo	
		Feminino	Masculino
25	15	12,5	2,5
31,25	12,5	10	2,5
37,5	7,5	2,5	5
43,75	17,5	15	2,5
50	20	17,5	2,5
56,25	10	10	0
62,5	2,5	2,5	0
68,75	7,5	2,5	5
75	2,5	2,5	0
81,25	2,5	2,5	0
87,5	2,5	2,5	0

### Apêndice III

Tabela 10 Frequência da faceta PS da WHOQOL - OLD

PSO	%	Sexo	
		Feminino	Masculino
0	2,5	2,5	0
12,5	2,5	2,5	0
18,75	15	12,5	2,5
25	12,5	12,5	0
31,25	12,5	12,5	0
37,5	7,5	7,5	0
43,75	2,5	0	2,5
50	10	5	5
56,25	7,5	2,5	5
62,5	10	10	0
68,75	10	5	5
75	2,5	2,5	0
87,5	2,5	2,5	0
100	2,5	2,5	0

Tabela 11 Frequência da faceta MEM da WHOQOL - OLD

MEM	%	Sexo	
		Feminino	Masculino
18,75	2,5	2,5	0
25	2,5	2,5	0
31,25	7,5	5	2,5
37,5	5	5	0
43,75	2,5	2,5	0
50	2,5	2,5	0
56,25	12,5	10	2,5
62,50	15	12,5	2,5
68,75	12,5	10	2,5
75	17,5	7,5	10
81,25	7,5	7,5	0
100	12,5	12,5	0

### Apêndice III

Tabela 12 Frequência da faceta INT da WHOQOL - OLD

INT	%	Sexo	
		Feminino	Masculino
0	27,5	22,5	5
6,25	7,5	7,5	0
12,5	7,5	5	2,5
18,75	12,5	12,5	0
25	2,5	2,5	0
31,25	10	10	0
37,5	2,5	0	2,5
43,75	5,0	5	0
50	7,5	2,5	5
56,25	2,5	2,5	0
62,5	2,5	0	2,5
75	7,5	5	2,5
81,25	2,5	2,5	0
87,5	2,5	2,5	0

Tabela 13 Frequência da faceta FVF da WHOQOL - OLD

FVF	%	Sexo	
		Feminino	Masculino
0	5,0	2,5	2,5
6,25	7,5	7,5	0
18,75	2,5	0	2,5
25	15	12,5	2,5
43,75	7,5	7,5	0
50	7,5	7,5	0
62,5	5	2,5	2,5
68,75	2,5	2,5	0
75	12,5	10	2,5
81,25	17,5	15	2,5
87,5	2,5	0	2,5
93,75	5	2,5	2,5
100	10	10	0

## **ANEXOS**

## Anexo I

### Mini Mental State Examination (MMSE)

#### 1. Orientação (1 ponto por cada resposta correcta)

Em que ano estamos? \_\_\_\_  
Em que mês estamos? \_\_\_\_  
Em que dia do mês estamos? \_\_\_\_  
Em que dia da semana estamos? \_\_\_\_  
Em que estação do ano estamos? \_\_\_\_

Nota: \_\_\_\_

Em que país estamos? \_\_\_\_  
Em que distrito vive? \_\_\_\_  
Em que terra vive? \_\_\_\_  
Em que casa estamos? \_\_\_\_  
Em que andar estamos? \_\_\_\_

Nota: \_\_\_\_

#### 2. Retenção (contar 1 ponto por cada palavra correctamente repetida)

"Vou dizer três palavras; queria que as repetisse, mas só depois de eu as dizer todas; procure ficar a sabê-las de cor".

Pêra \_\_\_\_  
Gato \_\_\_\_  
Bola \_\_\_\_

Nota: \_\_\_\_

#### 3. Atenção e Cálculo (1 ponto por cada resposta correcta. Se der uma errada mas depois continuar a subtrair bem, consideram-se as seguintes como correctas. Parar ao fim de 5 respostas)

"Agora peço-lhe que me diga quantos são 30 menos 3 e depois ao número encontrado volta a tirar 3 e repete assim até eu lhe dizer para parar".

27\_ 24\_ 21\_ 18\_ 15\_

Nota: \_\_\_\_

#### 4. Evocação (1 ponto por cada resposta correcta.)

"Veja se consegue dizer as três palavras que pedi há pouco para decorar".

Pêra \_\_\_\_  
Gato \_\_\_\_  
Bola \_\_\_\_

Nota: \_\_\_\_

#### 5. Linguagem (1 ponto por cada resposta correcta)

a. "Como se chama isto? Mostrar os objectos:

Relógio \_\_\_\_  
Lápis \_\_\_\_

Nota: \_\_\_\_

b. "Repita a frase que eu vou dizer: O RATO ROEU A ROLHA"

Nota: \_\_\_\_

## Anexo I

c. "Quando eu lhe der esta folha de papel, pegue nela com a mão direita, dobre-a ao meio e ponha sobre a mesa"; dar a folha segurando com as duas mãos.  
Pega com a mão direita \_\_\_\_  
Dobra ao meio \_\_\_\_  
Coloca onde deve \_\_\_\_

Nota: \_\_\_\_

d. "Leia o que está neste cartão e faça o que lá diz". Mostrar um cartão com a frase bem legível, "FECHE OS OLHOS"; sendo analfabeto lê-se a frase.  
Fechou os olhos \_\_\_\_

Nota: \_\_\_\_

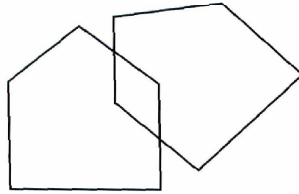
e. "Escreva uma frase inteira aqui". Deve ter sujeito e verbo e fazer sentido; os erros gramaticais não prejudicam a pontuação.

Frase:

Nota: \_\_\_\_

### 6. Habilidade Construtiva (1 ponto pela cópia correcta.)

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



Cópia:

Nota: \_\_\_\_

TOTAL(Máximo 30 pontos): \_\_\_\_

<p><b>Considera-se com defeito cognitivo:</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>• analfabetos <math>\leq</math> 15 pontos</li><li>• 1 a 11 anos de escolaridade <math>\leq</math> 22</li><li>• com escolaridade superior a 11 anos <math>\leq</math> 27</li></ul>
---

## Anexo II

1º N° Referência \_\_\_\_\_

### Formulário para Recolha de Dados Demográficos

Este formulário deve ser aplicado aos utentes do Serviço de Apoio Domiciliário da Penha de França da Santa Casa da Misericórdia de Lisboa, com o objetivo de recolha de informação para a realização do projeto de investigação da tese de mestrado em Cuidados Continuados Integrados com o título “Avaliação da qualidade de vida e do grau de dependência dos idosos acompanhados pelo Serviço de Apoio Domiciliário da Penha de França da Santa Casa da Misericórdia de Lisboa”. Todos os dados serão trabalhados de forma confidencial e anónima e sem qualquer consequência, risco ou dano para o utente ou familiar.

2. Data da Avaliação: \_\_\_\_/\_\_\_\_/2013

3. Data de Nascimento \_\_\_\_/\_\_\_\_/19\_\_\_\_

4. Idade: \_\_\_\_ Anos

5. Grupo Etário:

- A) 65 - 69 anos
- B) 70 - 74 anos
- C) 75 - 79 anos
- D) 80 - 84 anos
- E) 85 - 89 anos
- F) 90 - 94 anos
- G) > 94 anos

6. Grau de Escolaridade obtido: \_\_\_\_º

7. Grupo de Escolaridade:

- A) Sem Escolaridade
- B) 1º Ciclo
- C) 2º Ciclo
- D) 3º Ciclo
- E) Secundário
- F) Ensino Superior

8. Género:

- A) Feminino
- B) Masculino

## Anexo II

9. Estado Civil:
- A) Solteiro
  - B) Casado/União de fato
  - C) Divorciado/Separado
  - D) Viúvo
10. Com quem coabita/mora:
- A) Sozinho(a)
  - B) Com esposo (a) ou companheiro (a)
  - C) Com Filho(a)
  - D) Outros Familiares
  - E) Outros
11. Qual foi Profissão que exerceu durante mais tempo: \_\_\_\_\_
12. Rendimentos, tendo como referência que o ordenado mínimo nacional é de 485€:
- A) Inferior ao salário mínimo nacional
  - B) Igual ao salário mínimo nacional
  - C) Superior ao salário mínimo nacional
13. Como teve conhecimento do Serviço de Apoio Domiciliário da SCML:
- A) Através de familiares
  - B) Através de vizinhos
  - C) Através da Junta de Freguesia
  - D) Através do Hospital
  - E) Outra fonte de informação:  : \_\_\_\_\_
14. Serviços que usufrui do SAD da Penha de França da SCML:
- A) Apoio para Higiene
  - B) Apoio para o Banho
  - C) Apoio para a toma das Refeições
  - D) Fornecimento das Refeições
  - E) Confeção da Alimentação no domicílio
  - F) Higiene Habitacional
  - G) Tratamento de Roupas no domicílio
  - H) Tratamento de Roupas na SCML
  - I) Toma de medicação e controlo de Diabetes
  - J) Acompanhamento do utente ao exterior
  - K) Compras e serviços no exterior do domicílio
  - L) SADI
  - M) Teleassistência

## Anexo II

15. Há quanto tempo usufrui de serviço de apoio domiciliário da SCML:

- A) Menos de três meses
- B) Entre os três e seis meses
- C) Entre seis meses e um ano
- D) Entre um a três anos
- E) Entre três a cinco anos
- F) Mais de 5 anos

16. Doenças crónicas conhecidas:

- A) AVC
- B) HTA
- C) Diabetes Mellitus
- D) Insuficiência Cardíaca
- E) Insuficiência Venosa
- F) Insuficiência Respiratória
- G) Fracturas Osteoporóticas
- H) Doenças Sistema Músculo-esquelético
- I) Outras  \_\_\_\_\_

17. Quantas vezes esteve hospitalizado no último ano:

- A) Nenhuma
- B) Uma vez
- C) Duas vezes
- D) Três ou mais vezes

18. Qual a Causa(s) do Internamento(s): \_\_\_\_\_

19. Há quanto tempo está acamado(a):

- A) Não estou Acamado
- B) Menos de um ano
- C) Entre um e três anos
- D) Entre três e cinco anos
- E) Mais de cinco anos

20. Tem úlceras de pressão?

- A) Sim
- B) Não

## Anexo II

21. Mini Mental State Examination Pontuação final \_\_\_\_\_

Define-se como critério de exclusão para este estudo, os utentes que apresentem o resultado do MMSE inferiores ou iguais a:

- A) Analfabetos  $\leq 15$  pontos
- B) Com escolaridade de 1 a 11 anos  $\leq 22$  pontos
- C) Com escolaridade superior a 11 anos  $\leq 27$  pontos

22. WHOQOL – OLD

23. Índice de Barthel

### ÍNDICE DE BARTHEL – ACTIVIDADES DE VIDA DIÁRIA

#### 1. ALIMENTAÇÃO

Dependente. 0

Necessita de ajuda para cortar, passar manteiga, etc.

Independente (todas as Acções). 0

#### 2. HIGIENE PESSOAL

Necessita de ajuda. 0

Independente (para face/cabelo/dentes/barbear-se).

#### 3. BEXIGA

Incontinente /algaliado. 0

Acidente ocasional. 5

Continente. 10

#### 4. INTESTINOS

Incontinente. 0

Acidente ocasional. 5

Continente. 10

#### 5. DESLOCAÇÃO (Transferência cama-cadeira)

Incapaz. 0

Muita ajuda, pode sentar-se. 5

Ajuda mínima (verbal, física) 10

Independente. 15

## Anexo II

### 6. MOBILIDADE/MARCHA

Incapaz 0

Independente (cadeira de rodas).

Anda com ajuda de terceiros (pode necessitar de apoio).

Independente. 15

### 7. USO DE TOILET

Dependente. 0

Necessita de alguma ajuda. 5

Independente (todas as acções). 0

### 8. VESTIR-SE

Dependente. 0

Precisa de ajuda na maior parte das acções.

Independente (incluindo botões, laços, fechos de correr).

### 9. BANHO

Dependente. 0

Independente. 5

### 10. ESCADAS

Incapaz. 0

Necessita de ajuda. 5

Independente. 10

**Total BARTHEL** \_\_\_\_\_

## ÍNDICE DE LAWTON (1969)- Atividades Instrumentais da Vida Diária

Itens	Score	_____
1. <b>Telefone</b>		
Utilizar o telefone por própria iniciativa, procurar e marcar os números	1	
Sabe marcar números conhecidos	1	
Atende o telefone, mas não sabe marcar	1	
Não utiliza o telefone em absoluto	0	
2. <b>Compras</b>		
Realiza todas as compras necessárias de maneira independente	1	
Apenas sabe fazer pequenas compras	0	
Necessita de companhia para realizar qualquer compra	0	
Completamente incapaz de fazer compras	0	
3. <b>Preparação de Comida</b>		
Organiza, prepara e serve qualquer prato por si só	1	
Prepara a comida apenas se lhe disponibilizarem os ingredientes	0	
Prepara, aquece e serve a comida, mas não segue uma dieta adequada	0	
Necessita que lhe preparem e sirvam a comida	0	

## Anexo II

### 4. Tarefas Domésticas

Realiza as Tarefas da casa por si só, apenas necessita de ajuda ocasional	1
Realiza tarefas ligeiras (lavar loiça, fazer camas...)	1
Realiza tarefas ligeiras, mas não mantém um nível de limpeza adequado	1
Necessita de ajuda, mas realiza todas as tarefas domésticas	1
Não participa nem faz nenhuma tarefa	0

### 5. Lavar a Roupa

Lava a roupa toda sozinho	1
Lava apenas peças pequenas (meias, peúgas, etc)	1
A roupa tem de ser lavada por outra pessoa	0

### 6. Transporte

Viaja sozinho(a), utiliza transporte público/conduz o carro	1
Pode ir sozinho(a) de táxi, não utiliza outro transporte público	1
Só viaja em transporte público se for acompanhado	1
Viagens limitadas a táxi ou carro com ajuda de outros (adaptado)	0
Não viaja em absoluto	0

### 7. Responsabilidade face à medicação

É capaz de tomar a medicação na hora e doses correctas, sozinho(a)	1
Toma a medicação sozinho(a) se a prepararem previamente	0
Não é capaz de tomar a medicação sozinho(a)	0

### 8. Capacidade de utilizar dinheiro

Responsabiliza-se por assuntos económicos sozinho(a)	1
Encarrega-se das compras diárias, mas necessita de ajuda para ir ao banco	1
Incapaz de utilizar dinheiro	0

**Anexo III**

---

---

**WHOQOL-OLD**

---

**MANUAL**

---



---

**WORLD HEALTH ORGANIZATION**

---

**EUROPEAN OFFICE (COPENHAGEN)**

---

**MAY 2006**

---

### Anexo III

---

The WHOQOL-OLD module – manual

This manual was written by Mick Power and Silke Schmidt on behalf of the WHOQOL-OLD Group. The study was funded by the European Commission Fifth Framework, QLRT-2000-00320, and was carried out under the auspices of the World Health Organization Quality of Life Group (WHOQOL Group). The WHOQOL-OLD Group comprises a coordinating group and collaborating investigators in each of the following field centres: Professor M. Power, K. Quinn, K. Laidlaw, H. Toner, University of Edinburgh, UK; Dr R. Lucas, Institut Català de l'Envelhiment, Barcelona, Spain; Professor S. Skevington, Dr F McCrate, University of Bath, UK; Dr M. Amir\*, Y. Ben Ya'acov, Tal Narkiss-Guez, Department of Behavioural Sciences, Ben-Gurion University of the Negev, Israel; Professor L. Kullman, National Institut for Medical Rehabilitation, Hungary; G. Bech-Anderson, Dr K. Martigny, Psychiatric Research Unit, Copenhagen, Denmark; Professor Ji-Qian Fang, Dr Yuantao Hao, Sun Yat-sen University of Medical Sciences, Guangzhou, China; Professor M.C. Angermeyer, Dr H. Matschinger, I. Winkler, Department of Psychiatry, University of Leipzig, Germany; A/Professor G. Hawthorne, Australian Centre for Posttraumatic Health, University of Melbourne, Australia; Dr M. Kalfoss, Faculty of Nursing, Menighetsosterhjemmet College, Oslo, Norway; Dr A. Leplege, INSERM, Paris, France; Dr E. Dragomirecka, Prague Psychiatric Centre, Prague, Czech Republic; Dr M. Martin, Mr D. Bushnell, Health Services Research Associates Inc, Seattle, U.S.A.; Dr M. Tazaki, Department of Science, Science University of Tokyo, Tokyo, Japan; Professor M. Eiseman, Department of Psychology, University of Tromsø, Norway; B. Nygren, Department of Nursing, Umea University, Sweden; Dr A. Molzahn, Faculty of Human and Social Development, University of Victoria, Canada; Dr J. Ceremnych, Scientific Department of Gerontology Problems, Institute of Experimental and Clinical Medicine, Vilnius, Lithuania; Dr M. Fleck, Department de Psiquiatria e Medicina Legal, Porte Alegre, Brazil; Professor, K.-F. Leung, Hong Kong Hospital Authority, Kowloon, Hong Kong; Professor N. von Steinbüchel, Centre of Neurogerontopsychology, Clinic of Psychiatric Geriatrics, Geneva University Hospital, Switzerland; Assoc Professor E. Eiser, Celal Bayar University, Manisa, Turkey; Professor L. Schwartzmann, Department of Medical Psychology, Uruguay; Dr R. Killian, Department of Psychiatry, University of Ulm, Germany; Dr S. Schmidt, Holger Muehlan, University of Hamburg, Germany.

*\* We note with great sadness the death of Dr. Marianne Amir in January 2004.*

**Further information can be obtained from:**

Professor Mick Power  
Section of Clinical and Health Psychology  
University of Edinburgh  
Medical School  
Teviot Place  
Edinburgh EH8 9AG, UK.

Email: [mjpower@staffmail.ed.ac.uk](mailto:mjpower@staffmail.ed.ac.uk)

### Anexo III

The WHOQOL-OLD module – manual

---

#### WHOQOL-OLD (BREF FORMAT)

##### *Instructions*

**This questionnaire asks for your thoughts and feelings about certain aspects of your quality of life and addresses issues that may be important to you as an older member of society.**

**Please answer all the questions. If you are unsure about which response to give to a question, please choose the one that appears most appropriate. This can often be your first response.**

**Please keep in mind your standards, hopes, pleasures and concerns. We ask that you think about your life in the last two weeks.**

**For example, thinking about the last two weeks, a question might ask:**

**How much do you worry about what the future might hold?**

Not at all	A little	A moderate amount	Very much	An extreme amount
1	2	3	4	5

**You should circle the number that best fits how much you have worried about the future over the last two weeks. So you would circle the number 4 if you worried about your future “Very much”, or circle number 1 if you have worried “Not at all” about your future. Please read each question, assess your feelings, and circle the number on the scale for each question that gives the best answer for you.**

Thank you for your help

### Anexo III

#### The WHOQOL-OLD module – manual

The following questions ask about **how much** you have experienced certain things in the last two weeks.

		Not at all	A little	A moderate amount	Very much	An extreme amount
1 (F25.1)	To what extent do impairments to your senses (e.g. hearing, vision, taste, smell, touch) affect your daily life?	1	2	3	4	5
2 (F25.3)	To what extent does loss of, for example, hearing, vision, taste, smell or touch affect your ability to participate in activities?	1	2	3	4	5
3 (F26.1)	How much freedom do you have to make your own decisions?	1	2	3	4	5

		Not at all	Slightly	Moderately	Very much	Extremely
4 (F26.2)	To what extent do you feel in control of your future?	1	2	3	4	5
5 (F26.4)	How much do you feel that the people around you are respectful of your freedom?	1	2	3	4	5

		Not at all	A little	A moderate amount	Very much	An extreme amount
6 (F29.2)	How concerned are you about the way in which you will die?	1	2	3	4	5

		Not at all	Slightly	Moderately	Very much	Extremely
7 (F29.3)	How much are you afraid of not being able to control your death?	1	2	3	4	5
8 (F29.4)	How scared are you of dying?	1	2	3	4	5

		Not at all	A little	A moderate amount	Very much	An extreme amount
9 (F29.5)	How much do you fear being in pain before you die?	1	2	3	4	5

The following questions ask about **how completely** you experience or were able to do certain things in the last two weeks.

		Not at all	A little	Moderately	Mostly	Completely
10 (F25.4)	To what extent do problems with your sensory functioning (e.g. hearing, vision, taste, smell, touch) affect your ability to interact with others?	1	2	3	4	5
11 (F26.3)	To what extent are you able to do the things you'd like to do?	1	2	3	4	5
12 (F27.3)	To what extent are you satisfied with your opportunities to continue achieving in life?	1	2	3	4	5
13 (F27.4)	How much do you feel that you have received the recognition you deserve in life?	1	2	3	4	5
14 (F28.4)	To what extent do you feel that you have enough to do each day?	1	2	3	4	5

### Anexo III

#### The WHOQOL-OLD module – manual

The following questions ask you to say how **satisfied, happy or good** you have felt about various aspects of your life over the last two weeks.

		Very dissatisfied	Dissatisfied	Neither satisfied nor dissatisfied	Satisfied	Very satisfied
15 (F27.5)	How satisfied are you with what you have achieved in life?	1	2	3	4	5
16 (F28.1)	How satisfied are you with the way you use your time?	1	2	3	4	5
17 (F28.2)	How satisfied are you with your level of activity?	1	2	3	4	5
18 (F28.7)	How satisfied are you with your opportunity to participate in community activities?	1	2	3	4	5

		Very unhappy	Unhappy	Neither happy nor unhappy	Happy	Very happy
19 (F27.1)	How happy are you with the things you are able to look forward to?	1	2	3	4	5

		Very poor	Poor	Neither poor nor good	Good	Very good
20 (F25.2)	How would you rate your sensory functioning (e.g. hearing, vision, taste, smell, touch)?	1	2	3	4	5

The following questions refer to any **intimate relationships** that you may have. Please consider these questions with reference to a close partner or other close person with whom you can share intimacy more than with any other person in your life.

		Not at all	A little	A moderate amount	Very much	An extreme amount
21 (F30.2)	To what extent do you feel a sense of companionship in your life?	1	2	3	4	5
22 (F30.3)	To what extent do you experience love in your life?					

		Not at all	A little	Moderately	Mostly	Completely
23 (F30.4)	To what extent do you have opportunities to love?	1	2	3	4	5
24 (F30.7)	To what extent do you have opportunities to be loved?					

*Do you have any comments about the questionnaire?*

**THANK YOU FOR YOUR HELP**