

**AIDA MARIA PEREIRA CASIMIRO**

**ADAPTAÇÃO DA ESCALA DE QUALIDADE DE  
VIDA E FELICIDADE PARA IDOSOS NÃO  
INSTITUCIONALIZADOS**

Orientador: Miguel Faria

**Universidade Lusófona de Humanidades e Tecnologias**

**Escola de Psicologia e Ciências da Vida**

**Lisboa**

**2015**

**AIDA MARIA PEREIRA CASIMIRO**

**ADAPTAÇÃO DA ESCALA DE QUALIDADE DE  
VIDA E FELICIDADE PARA IDOSOS NÃO  
INSTITUCIONALIZADOS**

Dissertação defendida em provas públicas no dia 2 de Março de 2016 para a obtenção do Grau de Mestre em Psicologia Clínica e da Saúde, conferido pela Universidade Lusófona de Humanidades e Tecnologias com o Despacho Reitoral nº 405/2015 com a seguinte composição de Júri:

Presidente:

Professor Doutor Américo Batista

Arguente:

Professora Doutora Raquel Pires

Orientador:

Professor Doutor Miguel Faria

**Universidade Lusófona de Humanidades e Tecnologias**

**Escola de Psicologia e Ciências da Vida**

**Lisboa**

**2015**

## **Epígrafe**

“Conheça todas as teorias,  
domine todas as técnicas,  
mas ao tocar uma alma humana,  
seja apenas outra alma humana.”

Carl Jung

## **Dedicatória**

**À memória dos meus Pais!**

## **Agradecimentos**

Começo por agradecer ao meu orientador Professor Doutor Miguel Faria, pela sua orientação, apoio, disponibilidade, pelo saber que transmitiu, pelas opiniões e críticas, total colaboração no solucionar de dúvidas e problemas que foram surgindo ao longo da realização desta dissertação e pela maneira como me incentivou na elaboração deste trabalho ambicioso.

Os meus agradecimentos são para todos os que de forma direta ou indireta me ajudaram a concretizar este trabalho enquanto da recolha da amostra, por me fazerem chegar a vários locais do país.

Para os que acederam em participar e colaborar nesta amostra, um especial agradecimento cheio de carinho. Para todos um Bem-Haja.

Para a Paula, por estar comigo nestas longas horas, por vezes difíceis.

Para a minha família, em especial o José Fernando, por me ouvir, incentivar, pela paciência demonstrada, por me fazer rir em momentos de maior tensão, pelas críticas acutilantes à sua boa maneira, isenta de qualquer emoção, pragmático e lógico, enfim, por ser ele, um muito obrigado cheio de amor e carinho.

Para a minha irmã Joana e filho agradeço o vosso carinho e compreensão devido às minhas grandes ausências.

Muito obrigada de coração a todos!

## **Resumo**

O envelhecimento é um processo complexo e dinâmico que ocorre a nível biológico, psicológico e social. O envelhecimento acontece em todas as dimensões do sujeito e são alterações que provocam modificações em todos os outros aspetos da vida. O objetivo desta dissertação é a Adaptação da Escala de Qualidade de Vida e Felicidade para Idosos Não Institucionalizados. Foi utilizado um questionário de dados sociodemográficos, a Escala de Qualidade de Vida e Felicidade para Idosos Não Institucionalizados, adaptada a partir da Escala de Qualidade de Vida para Utentes de Lar de Idosos (EQVULI) de Póvoa e Martín (2010) e a Escala de Felicidade Subjetiva (EFS) aferida para a população Portuguesa por Pais-Ribeiro (2012). Participaram neste estudo 102 indivíduos com idades compreendidas entre os 65 e 92 anos ( $M = 75.12$ ;  $DP = 7.44$ ). Os resultados sugerem que a versão final da escala apresenta propriedades psicométricas que permitem o seu uso.

**Palavras Chave:** Envelhecimento, Qualidade de Vida, Felicidade, Idosos Não Institucionalizados

## **Abstract**

Ageing is a complex and dynamic process running at biological, psychological and social levels. Ageing happens in all of the subject's dimensions and are changes that cause modifications in all other aspects of life. The purpose of this dissertation is the Adaptation of the Quality of Life and Happiness Scale for Non Institutionalized Elderly. With this in mind, a sociodemographic questionnaire was used, along with the Quality of Life and Happiness Scale for Non Institutionalized Elderly adapted from the Quality of Life Scale for Nursing Home Residents by Póvoa & Martín (2010) and the Subjective Happiness Scale calibrated for the Portuguese population by Pais-Ribeiro (2012). 102 subjects participated in this study aged between 65 and 92 years old ( $M = 75.12$ ;  $SD = 7.44$ ). Results suggest that the adapted scale has psychometric properties that allow its use.

**Key Words:** Ageing, Quality of Life, Happiness, Non Institutionalized Elderly

## **Abreviaturas**

DGS	Direcção Geral de Saúde
EC	European Commission
EFS	Escala de Felicidade Subjetiva
EQVF	Escala de Qualidade de Vida e Felicidade
EQVULI	Escala de Qualidade de Vida para Utentes de Lar de Idosos
INE	Instituto Nacional de Estatística.
OMS	Organização Mundial de Saúde

## Índice

<b>INTRODUÇÃO .....</b>	<b>12</b>
<b>PARTE I.....</b>	<b>15</b>
ENQUADRAMENTO TEÓRICO.....	15
<b>CAPÍTULO 1 – ENVELHECIMENTO.....</b>	<b>16</b>
1.1. TEORIAS ATUAIS SOBRE A PROBLEMÁTICA DO ENVELHECIMENTO.....	17
1.2. PROCESSO DE ENVELHECIMENTO .....	21
1.3. REALIDADE PORTUGUESA .....	22
1.4. IDADISMO .....	23
1.5. ENVELHECIMENTO ATIVO .....	24
1.6. FATORES PSICOLÓGICOS ASSOCIADOS AO ENVELHECIMENTO .....	26
<b>CAPÍTULO 2 – QUALIDADE DE VIDA E FELICIDADE.....</b>	<b>30</b>
2.1. QUALIDADE DE VIDA.....	31
2.2. FELICIDADE .....	34
2.3. CONCEPTUALIZAÇÃO DA INVESTIGAÇÃO.....	36
<b>PARTE II .....</b>	<b>40</b>
ESTUDO EMPÍRICO.....	40
<b>CAPÍTULO 3 – MÉTODO.....</b>	<b>41</b>
3.1. OBJETIVO DA INVESTIGAÇÃO .....	42
3.2. AMOSTRA .....	42
3.3. INSTRUMENTOS .....	43
3.3.1. Escala de Qualidade de Vida.....	43
3.3.2. Escala de Felicidade Subjetiva .....	44
3.4. PROCEDIMENTO .....	45
<b>CAPÍTULO 4 – APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS.....</b>	<b>47</b>
4.1. RESULTADOS .....	48
<b>CAPÍTULO 5 – DISCUSSÃO DOS RESULTADOS.....</b>	<b>58</b>
5.1. DISCUSSÃO DOS RESULTADOS .....	59
<b>CONCLUSÃO.....</b>	<b>62</b>
<b>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS .....</b>	<b>64</b>

---

<b>ANEXOS .....</b>	<b>72</b>
<b>ANEXO I – PROTOCOLO DE INVESTIGAÇÃO.....</b>	<b>I</b>

## Índice de Tabelas

<b>Tabela 1.</b> Características demográficas da amostra (N=102). .....	43
<b>Tabela 2.</b> Valores descritivos dos itens, correlação com a dimensão e valor de $\alpha$ sem o item para a versão inicial da escala. ....	48
<b>Tabela 3.</b> Valores descritivos dos itens correlação com a dimensão e valor de $\alpha$ sem o item para a versão final da escala. ....	51
<b>Tabela 4.</b> Descritivas e valores de fidelidade das escalas do EQVF. ....	53
<b>Tabela 5.</b> Diferença de médias nas dimensões do EQVF por sexo. ....	54
<b>Tabela 6.</b> Diferença de médias nas dimensões do EQVF por idade.....	55
<b>Tabela 7.</b> Intercorrelações entre as escalas do EQVF.....	54
<b>Tabela 8.</b> Correlações entre as escalas do EQVF com o número de atividades e idade...57	

## **Introdução**

Em Portugal, devido ao efeito cumulativo da diminuição da mortalidade e da natalidade e ao aumento da esperança de vida, tem-se registado um progressivo envelhecimento da população. Nas últimas décadas têm-se verificado alterações demográficas de larga escala com elevado impacto a nível social, económico e cultural, em que o envelhecer é muitas vezes um processo sensível e doloroso, que afeta o bem-estar físico e psicológico da pessoa no seu quotidiano (Santana, Tavares & Pereira, 2012).

Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS, 2002), são consideradas pessoas idosas, homens e mulheres com idade igual ou superior a 65 anos.

Envelhecer bem é um processo heterogéneo pois cada pessoa vive em contextos físicos, sociais e humanos diferentes, além de ser portador de vivências e projetos de vida muito próprios. A qualidade de vida deve assim incluir uma visão ampliada de todas as áreas da vida, e não apenas um aspeto ou outro em particular. Existem vários modelos de qualidade de vida que vão desde a satisfação com a vida ou bem-estar social, a outros onde predominam dimensões como a independência, o controlo, as competências sociais e cognitivas e até outras menos palpáveis, como o sentimento de segurança, a dignidade pessoal, as oportunidades de poder atingir objetivos pessoais, a satisfação com a vida, a alegria e o sentido positivo de si.

Também os critérios de satisfação variam, mas são unânimes quando afirmam que a satisfação inclui um conjunto variável de características sociais como por exemplo a religião, educação, família, cultura, entre outros, os quais são fatores com bastante influência no processo de envelhecimento.

Uma condição que assume particular importância é a questão da dependência que pode afetar os idosos, sobretudo nos níveis psicológico e social. A perda da capacidade de decisão e controlo da própria vida torna-se assim uma questão muito delicada para esta população. Saber identificar as soluções mais adequadas para dar resposta à perspetiva de conciliação e identificação das necessidades inerentes a cada idoso, requer a necessidade de equacionar o papel das famílias, da comunidade e dos poderes públicos locais, regionais e nacionais, numa perspetiva de harmonização e de identificação das necessidades específicas de cada idoso. Um aspeto importante do envelhecimento é a evolução da família que, tradicionalmente tem sido o foco de

entrelaçada ao longo de gerações, constituindo-se como um núcleo estruturante e um lugar privilegiado de trocas entre indivíduos de diversas gerações, onde se reúnem, se ajudam mutuamente e se completam.

Os dados disponibilizados pelo Eurobarómetro sobre vários estudos a propósito do envelhecimento, apontam um potencial negativo de discernimento entre as gerações. A marginalização social veiculada através de comportamentos, atitudes e preconceitos presentes nas relações diárias com pessoas idosas e até mesmo divulgadas através dos meios de comunicação deve ser levada em conta e evitada na medida do possível. As imagens negativas do idoso têm influência na aceitação de políticas de ativação e, se os idosos se tornarem “marginais”, objetos de complacência, certamente vai ser muito mais difícil realizar os progressos conducentes a uma sociedade coesa a nível social e político (Direcção Geral de Saúde - DGS, 2004).

Quanto aos dados conhecidos sobre idosos que vivem sós em Portugal, não existe uma uniformidade em relação a todo o território, apresentando mesmo diferenças consideráveis que traduzem realidades muito diversas, as quais também se manifestam nos idosos que vivem nos grandes centros urbanos, nas regiões urbanas ou nos meios rurais. E mesmo dentro dos grandes centros urbanos, essas diferenças são igualmente visíveis consoante são residentes em bairros antigos, tradicionais ou nas novas zonas. No seu conjunto, pode-se admitir que mais de 200 000 idosos vivem sozinhos (European Commission - EC, 2012).

Uma das razões que levam os idosos a ponderarem pela solução lar, é o facto de se sentirem incapazes de gerir as suas próprias necessidades diárias aliado à impossibilidade das famílias lhes prestarem os cuidados necessários (DGS, 2004).

A qualidade de vida está muito ligada à capacidade de regular de maneira eficaz os fatores psicológicos, para além da saúde física, e da perceção do indivíduo sobre si próprio e a sua vida. Estes fatores determinantes da qualidade de vida variam com a idade. Assim, para o grupo etário com idades entre os 65 e os 74 anos, os problemas têm sobretudo a ver com o respetivo contexto familiar e social, enquanto na população com mais de 75 anos, a qualidade de vida tem muito a ver com doenças e as respetivas consequências funcionais.

Pode-se dizer que satisfação, qualidade de vida e bem-estar psicológico e físico estão interligados. Nesta perspetiva há que realçar a dignidade dos idosos, a

subsidiariedade, a contiguidade dos serviços aos idosos, a coerência social e local, a solidariedade e a economia.

Desta forma tornou-se pertinente a realização da Adaptação da Escala de Qualidade de Vida e Felicidade, neste caso particular, de Idosos Não Institucionalizados. Para a população não institucionalizada, com 65 anos ou mais, não existe uma medida de qualidade de vida e felicidade, apenas existindo uma para idosos institucionalizados, o que é uma clara limitação para qualquer trabalho que se pretenda desenvolver com este tipo de população.

Esta dissertação está dividida em duas partes. A primeira está dividida em dois capítulos onde é feito o enquadramento teórico que serviu de base para esta investigação. No primeiro capítulo é descrito o envelhecimento, onde são focados vários pontos como as teorias atuais sobre a problemática do envelhecimento, uma breve referência ao processo de envelhecimento, a realidade portuguesa, o idadismo, o envelhecimento ativo e os fatores psicológicos associados ao envelhecimento. No segundo capítulo é feita uma breve abordagem à qualidade de vida e felicidade e apresentada a conceptualização da investigação.

A segunda parte correspondente ao estudo empírico. No terceiro capítulo descreve-se o método utilizado nesta investigação, sendo apresentado o objetivo da investigação, a descrição da amostra, os instrumentos usados e o procedimento.

No capítulo quatro são apresentados os resultados da análise da investigação após tratamento estatístico.

No capítulo cinco apresenta-se a discussão dos resultados da investigação onde é feita a interpretação desses mesmos resultados.

Por fim, na conclusão expõe-se a importância desta investigação, a contribuição para o tema do envelhecimento, o seu contributo para estudos futuros deixando algumas sugestões para a continuidade de pesquisas neste âmbito.

Na Dissertação foram consideradas as normas de elaboração e apresentação de Teses de Doutoramento e Dissertações de Mestrado da Universidade Lusófona de Humanidades e Tecnologias e para as referências e citações foram utilizadas as normas da *American Psychiatric Association* (APA).

## **Parte I**

### **Enquadramento Teórico**

## **Capítulo 1 – Envelhecimento**

O envelhecimento implica alterações biológicas, psicológicas e sociais (Sequeira, 2007). O envelhecimento biológico resulta da diminuição da capacidade de regeneração celular que predispõe o idoso a diversas doenças. O sistema imunitário vai perdendo a eficácia e como consequência aumenta os riscos de doença. O envelhecimento celular vai provocar uma menor eficácia dos órgãos vitais levando a alterações ao nível do aspeto exterior, as quais também se refletem a nível motor, provocando uma lentificação mais ou menos acentuada, uma diminuição do equilíbrio e força muscular, da velocidade de reação, havendo igualmente uma diminuição das capacidades funcionais e cognitivas, as quais frequentemente são acompanhadas por alterações emocionais (Sequeira, 2007), nomeadamente as capacidades mnésicas, o raciocínio abstrato e a resolução de problemas (Paúl, 2005).

As teorias que explicam o envelhecimento são múltiplas e envolvem teorias biológicas e teorias psicossociais (Mailloux-Poirier, 1995; Rossel, Herrera & Rico 2004; Vega & Martinez, 2000). Examinaremos em seguida algumas das mais relevantes.

### **1.1. Teorias Atuais sobre a Problemática do Envelhecimento**

De acordo com Busse e Blazer (1996), por envelhecimento entende-se o conjunto de todas as alterações físicas que se expressam na idade adulta, o qual tem como resultado uma diminuição na capacidade do funcionamento que acaba na morte. Alguns autores (Mailloux-Poirie (1995; Vega e Martinez, 2000) agruparam as teorias biológicas do envelhecimento na Teoria Imunitária, na Teoria Genética, na Teoria do Erro na Síntese Proteica, na Teoria do Desgaste, na Teoria dos Radicais Livres, na Teoria Neuro-Endócrina e na Teoria do Sistema Nervoso. Outros autores (Busse e Blazer, 1999; Havighurst, 1953; Mailloux-Poirie, 1995; Neri, 2001; Rossell, 2004; Rossell, Herrera e Rico, 2004) referem outras teorias, de carácter mais psicossocial, como a Teoria da Desvinculação, a Teoria da Atividade, a Teoria da Subcultura, a Teoria do Grupo Minoritário e a Teoria das Tarefas, as quais também devem ser tidas em consideração para que o processo de envelhecimento seja bem compreendido.

A Teoria Imunitária refere-se ao envelhecimento resultante das alterações em que o sistema imunitário ajuda a identificar o que é próprio do organismo, mas reage como defesa, agredindo as células estranhas ao próprio organismo (Mailloux-Poirie, 1995). No envelhecimento existe uma diminuição na aptidão dos mecanismos de defesa e

a resposta do sistema imunitário vai diminuindo o que resulta numa maior probabilidade de ocorrerem doenças na população idosa (Busse & Blazer, 1999). Hamilton (2002), explica esta teoria baseado no facto do sistema imunitário ter uma menor capacidade de produzir anticorpos, o que leva o organismo a diminuir a sua capacidade em combater as infeções com a eficácia de outrora.

Para a Teoria Genética, o envelhecimento está diretamente relacionado com a base genética e a vida do indivíduo. O envelhecimento está pré-determinado na célula ou nos genes de cada um, sendo um processo contínuo e, como tal, o limite máximo da vida encontra-se geneticamente programado, tal como a base genética e a vida do indivíduo (Mailloux-Poirie, 1995; Vega & Martinez, 2000).

A Teoria do Erro na Síntese Proteica refere que o envelhecimento é um desfecho da morte celular que advém do aglomerado de alterações acidentais que ocorrem num determinado local ao longo da vida nas células. As alterações aleatórias ou modificações circunstanciais podem afetar as moléculas de ADN (Mailloux-Poirie, 1995; Vega & Martinez, 2000).

Segundo a Teoria do Desgaste, o organismo humano é visto como uma máquina que vai sofrendo um desgaste natural. Fatores como a atividade, o trabalho e o exercício, não apressam o envelhecimento ou a morte, mas podem estar relacionados com o desgaste natural, como a exposição solar, a exposição à radiação ou o álcool (Mailloux-Poirie, 1995; Vega & Martinez, 2000).

A Sub-Teoria do Envelhecimento Biológico dos Radicais Livres refere que o radical livre limita a eficácia celular, sendo assim considerado o causador de acumulação de resíduos nas células. Os radicais livres podem ser produzidos por um conjunto variado de fatores, como o calor extremo, as interações oxidativas ou a exposição à radiação. O processo de envelhecimento, assim como a morte mais ou menos prematura do organismo, teria origem numa acumulação exagerada de radicais livres que desorganizam a membrana celular, e conseqüentemente interferem com outros componentes da célula, apressando o processo de envelhecimento e produzindo uma morte precoce do organismo (Vega & Martinez, 2000).

A Teoria Neuro-endócrina considera que a incapacidade fisiológica do organismo quando associada à idade pode ser explicada com base na alteração hormonal, a qual resulta, por sua vez, da modificação da expressão genética. As hormonas têm um

papel fundamental enquanto reguladoras na manutenção da função dos tecidos, pelo que a sua deficiência tem como resultado a deterioração da função tecidular. A constatação de que a modificação hormonal associada à idade e o fenótipo de envelhecimento são análogos entre os indivíduos da mesma espécie, vem reforçar a importância da influência genética na regulação neuro-endócrina. O sistema endócrino controla as atividades do corpo através das hormonas, que por sua vez, regulam os processos metabólicos que são produzidas nas glândulas endócrinas e transportadas através da corrente sanguínea. Caso o organismo esteja em equilíbrio, ou homeostasia, o corpo consegue manter a sua capacidade de resposta em situações diferenciadas como por exemplo o stresse. A morte pode ocorrer pela incapacidade do organismo se autorregular e adaptar às mudanças que se produzem no corpo (Vega & Martinez, 2000).

Na Teoria do Sistema Nervoso, Vega e Martinez (2000) explicam o envelhecimento como a ineficácia de determinados mecanismos, em diversos graus, e onde se pode distinguir envelhecimento normal e envelhecimento patológico do sistema nervoso. Quando o envelhecimento se enquadra nesta última categoria, o indivíduo está perante o aparecimento de determinado tipo de demências.

Para um envelhecimento bem-sucedido há que considerar as teorias psicossociais.

De acordo com a Teoria da Desvinculação, o envelhecimento acarreta alterações a nível físico, psicológico e social (Mailloux-Poirie, 1995; Rossell, 2004). O envelhecimento provoca um afastamento recíproco do idoso em relação à sociedade em que está inserido. A sociedade obriga o idoso a afastar-se, o que o leva a um isolamento do mundo, o que faz com que abrevie as suas obrigações e atividades, levando-o a restringir-se à família e aos amigos. Deste modo, os idosos acabam por perder a noção do mundo e por se concentrarem numa realidade que só a eles pertence, enleando-se nos próprios sentimentos e pensamentos. A velhice apresenta assim vários problemas, sendo essencial para a sua adequada resolução que a sociedade harmonize e desenvolva competências para mudar os idosos de situações desfavoráveis para outras mais adequadas. Assim, no envelhecimento podemos assistir a um processo gradual, onde a sociedade limita cada vez mais a sua atribuição de papéis e como consequência vão vendo progressivamente a sua interação na atividade social a ficar cada vez mais reduzida. É um processo comum a praticamente todas as pessoas, e onde os idosos vão

vendo os seus papéis sociais cada vez mais circunscritos, e dos quais muitas vezes se destituem por já não deterem a resistência física e mental de outrora. Ao desligarem-se das suas atividades os idosos diminuem a ligação ao funcionamento e normas da sociedade, ficando cada vez mais livres para se ocuparem com os seus interesses pessoais. Sob este aspeto, a Teoria da Desvinculação pode ser classificada de otimista, caso os idosos encarem o envelhecimento como um conjunto de transformações agradáveis, já que ao separar-se de alguns papéis que desempenhava na sociedade, abre espaço para um aumento do bem-estar, uma vez que as tensões sentidas enquanto ativo, as coações e ansiedades inerentes à sua profissão são anuladas (Busse & Blazer, 1999).

Para Havighurst (1953), tal como a Teoria da Atividade, os idosos devem manter-se ativos, de maneira a alcançar uma melhor qualidade de vida. Neri (2001) refere que as modificações que estão relacionadas com as condições físicas, psicológicas e de saúde do idoso são específicas dessa etapa de vida, mas as necessidades sociais e psicológicas continuam a ser as mesmas. Por sua vez, Rossell (2004) apresenta os princípios básicos do envelhecimento referindo-se à satisfação sentida relativamente à vida, que se baseia nos papéis familiares, sociais e laborais, havendo portanto a necessidade de valorizar as atividades do idoso, independentemente do estado de humor e da satisfação com a vida, e conceder-lhe papéis com valor social. Esta teoria emergiu em oposição à Teoria da Desvinculação.

De acordo com a Teoria da Subcultura, Rossel, Herrera e Rico (2004), consideram que os idosos se relacionam mais com os indivíduos da mesma idade ou próxima, do que com indivíduos de outras idades, sendo este facto devido a apresentarem maior afinidade, as quais são devidas às semelhanças existentes entre si, como a maneira de pensar, de sentir, de fazer e até em relação à perspetiva de vida.

Para Rossel, Herrera e Rico (2004), que defendem a Teoria do Grupo Minoritário, os idosos são obrigados a integrar grupos que possuem características negativas, como a separação, pobreza, baixa auto estima o que facilmente os leva a serem discriminados socialmente. Os idosos integram uma geração em que experienciaram vivências e na qual adquiriram uma maneira própria de ver a vida e a sociedade, suportada em valores de acordo com os padrões sociais da sua época e atualmente são compreendidos com dificuldade por gerações mais jovens. A imagem dos idosos e a imagem que eles têm de si próprios não são propriamente específicas de grupos

envelhecidos ou de grupos minoritários. Perante a segregação, as reações podem ser variadas dependendo de fatores de proteção e podem originar uma atitude ativa ou desprendimento completo.

Por último, na Teoria das Tarefas, o desenvolvimento é compreendido de maneira a ter um envelhecimento bem-sucedido (Rossel, Herrera & Rico, 2004) de onde se evidencia o início da idade adulta entre os 30-40 anos, onde podemos observar uma convergência de energias na estabilização profissional, social e familiar. O período da maturidade, entre os 40-50 anos é uma etapa na qual o indivíduo se afirma nas suas responsabilidades sociais e cívicas e onde se assiste ao reforço das suas relações sociais. Nos últimos anos da maturidade, entre os 50-60 anos, os indivíduos emendam a sua posição, corrigem os seus papéis, dando origem a perdas e ganhos e onde por fim adquirem uma postura de adaptação ao seu novo grupo etário.

## **1.2. Processo de Envelhecimento**

Serrão (2006) propõe o uso do termo “Séniore” para homens e mulheres com mais de 65 anos que estão desligados das atividades profissionais formais, mas mantêm as suas capacidades e independência, saudáveis e ativos. Considera ainda três subtipos: os idosos muito dependentes, onde essa dependência é resultante de envelhecimento natural ou de doença terminal, os idosos dependentes, em que a dependência é consequente de uma doença crónica que leva a terapêuticas prolongadas e tratamentos médicos constantes, e por fim, os idosos independentes, sendo assim considerados os que mantêm as suas capacidades mas estão inativos, ligados à crença de que “*não faço nada porque estou reformado*” (Serrão, 2006).

O próprio conceito de Idoso é difícil de definir, uma vez que integra limitações da própria categoria relativos a duas visões. Assim, segundo a perspectiva de Mauritti (2004), uma primeira visão retrata o idoso e a velhice de forma negativa, onde é encarado como um ser humano frágil, em situação de pobreza, isolamento social, solidão, doença e dependência. O trajeto de vida de cada um, com o avanço da idade, acaba fatalmente num quadro negativo, mais ou menos assustador de exclusão e sofrimento. Na segunda visão do mesmo autor, o idoso é observado como um possível segmento específico de consumo. A velhice deveria ser considerada uma época de reflexão, de ócio, de dedicação a outras atividades de aperfeiçoamento do próprio conhecimento, sendo estes os componentes que definem o Envelhecimento Ativo.

O modelo biopsicossocial referido à Saúde Mental e à Saúde no seu todo, empregou uma abordagem de tipo integral e holístico com o objetivo de superar o que a perspectiva biomédica tentava inculcar a nível da designação de saúde. A própria psicologia interessou-se pelos aspetos positivos do espectro da saúde mental, definindo-os de forma consensual, já não considerando apenas as perturbações mentais, como era característico de visões mais tradicionais, mas incluindo dimensões positivas como o bem-estar subjetivo, a perceção de autoeficácia, a autonomia e as competências (OMS, 2002).

Foi a partir do conceito de bem-estar que se construíram medidas para avaliar indicadores de saúde mental através de variáveis como a satisfação com a vida, a felicidade, o afeto positivo e o afeto negativo. Estes conceitos deixam em aberto a questão de saber se a qualidade de vida se refere apenas ao que é característico do sujeito e quais os elementos que nela intervêm, ou se se pode estabelecer a qualidade de vida de uma forma mais geral para todos os indivíduos (Lucas, Diener & Suh, 1996).

Há atualmente um acordo em considerar o carácter multidimensional ao constructo, de maneira a poder assim identificar componentes objetivos e subjetivos (Fernández-Mayoralas, Rojo, Prieto, León, Martínez & Forjaz, 2007; Perez, 2006).

### **1.3. Realidade Portuguesa**

Em Portugal o número de idosos, devido à melhoria da qualidade de vida, dos avanços na área da saúde e diminuição das taxas de natalidade e mortalidade, é muito elevado. O último resultado apresentado pelo Instituto Nacional de Estatística (Instituto Nacional de Estatística [INE], 2011), na última década destacou um aumento para mais do dobro do envelhecimento da população. A publicação dos dados do Censos de 2011 refere o aumento da população com mais de 65 anos e a redução da população mais jovem em Portugal. Da população residente em Portugal, 15% encontra-se na faixa etária mais jovem entre os 0-14 anos e cerca de 19% pertence ao grupo com mais de 65 anos de idade. O índice de envelhecimento da população é de 129%, o que indica que por cada 100 jovens, existem 129 idosos (INE, 2011).

As mudanças na atual estrutura familiar, como a alteração do papel da mulher que teve que integrar o mercado de trabalho, as separações, a viuvez e a diminuição do número de filhos, constituem um conjunto de fatores que muitas vezes inviabilizam a possibilidade da família exercer os cuidados adequados ao idoso. Estas situações,

associadas ao nível de dependência da pessoa idosa, contribuem para um aumento no número de idosos em lares e sós em casa.

Para Carvalho (2009) a estrutura familiar alterou-se com a passagem do domínio das famílias múltiplas e extensas para as famílias tendencialmente formadas por um só núcleo, o dos pais e dos filhos, e de famílias recompostas, de famílias “não convencionais”, como as mulheres com filhos ou pessoas do mesmo sexo com filhos ou pessoas a viverem sós, sendo estas alterações potenciais fatores redutores do papel das famílias na manutenção de serviços para os familiares mais idosos.

Segundo informa o INE (2011), pode-se estabelecer a diferença entre cuidados formais e informais prestados aos idosos, dependendo de quem os atribui e de onde são provenientes, quer sejam de instituições como lares, centros de dia e em regime de apoio domiciliário ou por familiares. Os cuidadores formais têm formação específica que os capacitam para um trabalho baseado na abordagem holística do envelhecimento, exigindo-se destes profissionais competências multidisciplinares e que proporcionem a possibilidade de saber reconhecer qualquer tipo de problemas, seja a nível cognitivo, social e/ou familiar, bem como a capacidade de facultar cuidados de saúde e satisfazer as necessidades básicas da pessoa idosa (Kaskie, Gregory & Gilder, 2009).

Para Vieira (2003) as instituições responsáveis que concedem cuidados a idosos têm um trabalho indiscutível a nível social, que muitas vezes é vital tanto a nível organizacional como na atividade da sociedade. A institucionalização é uma realidade cada vez mais presente no quotidiano do idoso, sendo um problema muito debatido pela comunidade científica dadas as transformações que surgiram nesta dimensão. Existe assim a necessidade de se fomentar o conhecimento de práticas que promovam o bem-estar do idoso.

#### **1.4. Idadismo**

Segundo Marques (2011), o idadismo refere-se a um conjunto de atitudes e práticas negativas generalizadas em relação a pessoas, as quais são baseadas apenas numa característica, a idade. A tradução de *ageism* para idadismo tem sentido quando se pensa em diferentes grupos etários e em determinadas manifestações contra esses grupos independentemente da idade, não tendo que ser aplicado apenas em relação a pessoas idosas. Em Portugal, o idadismo refere-se e atinge apenas os idosos. Adotam alguns

elementos fundamentais como o idadismo ligado às crenças e a estereótipos que se criam em relação aos idosos. Quando se olha para um grupo de idosos como um todo, estes são caracterizados com traços negativos como incapacitados e doentes. Por último, as atitudes idadistas, quando relacionadas ao preconceito ou aos sentimentos que se tem em relação aos idosos, podem manifestar-se como sentimentos de desdém e desvalorização em relação ao envelhecimento e assumem-no com piedade ou outro sentimento negativo. Ao idadismo pode-se atribuir uma componente de carácter mais comportamental como os atos efetivos de discriminação em relação aos idosos.

Fonseca (2006; p. 87) refere que:

*“ as análises têm confirmado a existência de uma série de mitos, de estereótipos acerca das capacidades dos mais idosos, traduzidos globalmente na ideia de que as pessoas idosas, mesmo não estando doentes, são incapazes de se desenvolverem, pelo menos no sentido que geralmente se atribui ao desenvolvimento e que, não raro, é confundido com crescimento físico ”.*

Vários estudos mostram que a velhice e o envelhecimento estão associados a critérios e sentidos positivos, negativos e neutros, mas, na sua origem, são expressos por legendas mais negativas e discriminatórias, assumindo a denominação de idadismo. O estudo de Cerqueira (2010, p. 78) sugere que:

*“A velhice, conceptualizada como o final do ciclo da vida, significa o fim do indivíduo... Uma vez que aqui a velhice é associada ao fim da vida, perspetivando velhice e morte como quase análogas, as manifestações velhistas emergem e perpetuam-se com facilidade.”.*

### **1.5. Envelhecimento Ativo**

De acordo com o paradigma de envelhecimento ativo, Osório e Pinto (2007) estabelecem uma comparação entre as diversas formas como se considerava o idoso no passado, o idoso de hoje e o idoso do futuro. As mudanças físicas, psicológicas e sociais comuns nos idosos têm muitas vezes como consequência uma diminuição ao nível da saúde, afastamento do mercado de trabalho e diferentes situações adversas não controláveis. Esta situação leva o idoso a procurar apoio no seio familiar, na vizinhança,

nos amigos e nas instituições onde a sua qualidade de vida vai depender das respostas encontradas. Quanto mais seguro se sentir o idoso, maior vai ser a sua esperança de vida, melhor a sua saúde mental e maior vai ser o seu desejo de se sentir saudável, satisfeito e com qualidade de vida, referindo Figueira (2010) que quanto maior for o aumento de qualidade de vida, maior é o índice de espiritualidade e saúde.

A importância dos idosos na estrutura populacional tem aumentado de maneira significativa devido à diminuição dos nascimentos e ao aumento da esperança de vida, como já dissemos. A população idosa em Portugal com mais de 65 anos de idade representava 8,0% do total da população em 1960; em 2011 mais do que duplicou, passando para 19,1%. Em valores absolutos, a população idosa aumentou mais de um milhão de indivíduos, passando de 708 570 em 1960, para 2 022 504 em 2011, admitindo-se que em 2020 a população de 65 e mais anos seja superior a 2 200 000 (INE, 2011).

A importância da participação da população idosa no mercado de trabalho pode tornar-se uma referência importante na promoção do envelhecimento ativo promovendo a redução da pobreza que afeta desproporcionadamente os idosos desempregados ou pensionistas, além de poder intervir na melhoria da sustentabilidade dos sistemas de pensões. Desta maneira, poder-se-ia considerar como alternativa o deixar de considerar os idosos como uma ameaça para a sociedade, procurando contribuir para a diminuição dessa perceção e dos preconceitos sobre idosos tão erróneos. O emprego, o autoemprego e o voluntariado permitem aos idosos uma participação ativa na sociedade com consequências relevantes nas despesas de saúde e de bem-estar dos próprios. Se se estimular e valorizar a experiência profissional das pessoas mais velhas, difundindo a modernização de mentalidades e de práticas das entidades empresariais para reconhecer a experiência e conhecimento obtido ao longo da vida pelo trabalhador, os resultados seriam benéficos para todos. Como exemplo, a taxa de participação ativa do grupo etário dos 60 aos 64 anos passou de 78% para 52% entre 1960 e 2008. Desde então, com o início da crise de 2008 tem-se verificado o decréscimo no emprego de idosos (INE, 2011).

Esta leitura leva-nos a pensar nas condições de qualidade de vida que é influenciada por vários fatores, não apenas a nível da saúde física, mas também como a perceção sobre a sua vida, os fatores psicológicos perceptíveis das relações sociais, valores

peçoais, sentimentos de isolamento, solidão, preocupações com a segurança e situação financeira. A qualidade de vida está igualmente relacionada com as questões financeiras e com situações de privação material.

### **1.6. Fatores Psicológicos associados ao Envelhecimento**

As investigações feitas neste âmbito demonstraram que os idosos valorizam fatores gerais como a saúde ou a autonomia, e fatores de tipo mais psicológico, como por exemplo, a solidão. Dão importância aos fatores ambientais onde vivem, como o ambiente social e os serviços de que dispõem, a fatores sociais como o isolamento, a autoestima e dignidade e a sua dependência económica (Rojo-Pérez et al., 2009; Fernández-Mayoralas et al., 2007). São os fatores de vida psicológicos, ambientais e sociais que os levam a sentirem-se com um elevado bem-estar subjetivo, que pode ser chamado de felicidade, o estar satisfeito com a vida e viver de forma positiva. Por sua vez, quem se sente com baixo valor de bem-estar subjetivo, está insatisfeito com a vida e terá maior vulnerabilidade em relação a emoções negativas, ansiedade e depressão (Zamarrón, 2006).

Considera-se que no processo de envelhecimento, quando existem perdas graduais das capacidades funcionais que de algum modo vão interferir na autonomia, estas também vão comprometer a satisfação das próprias necessidades. Mas este facto não é obrigatoriamente sinónimo de que o nível de dificuldade de adaptação seja igual para todos os idosos, existindo várias formas de adaptação das pessoas à velhice. Para Martínez e García (1994), o passar dos anos não provoca deterioração na autoavaliação da saúde, pois os idosos avaliam a saúde como boa quando ela é razoável para viver. Também Chatters (1988) referiu que os idosos que não tinham grandes perdas funcionais se julgavam numa situação razoável, ao compararem-se a outros com maiores perdas.

A capacidade funcional é considerada um indicador importante para os idosos, e em caso de uma avaliação negativa, pode ser mais limitador do estado de saúde da pessoa do que os próprios diagnósticos médicos (Diogo, 2003).

A saúde não é entendida como a ausência total de doença, sendo antes compreendida como o resultado da situação atual ligada às expectativas sobre o que esperar da velhice, estando essas expectativas ligadas às mudanças com a idade, podendo ser influenciadas por experiências pessoais ou por estereótipos socioculturais existentes

acerca do envelhecimento, o que acaba por afetar a capacidade da pessoa para controlar o processo na qual se encontra envolvida. Mas também pode levar a que as baixas expectativas conduzam a níveis de satisfação mais elevados. Assim sendo, faz sentido que as intervenções junto da população se centralizem não apenas na redução da incidência de doença, mas que também incidam no aumento do bem-estar individual. As investigações de Freire e Rabelo (2004) demonstraram a importância de investir no bem-estar subjetivo das pessoas. As pessoas mais felizes deveriam participar mais ativamente nas atividades sociais, o que levaria a que fossem mais valorizadas pelos outros, o que seria uma maneira de melhor exibirem a sua qualidade de vida.

Preservar algumas atividades, conservando sentimentos de eficácia individual, são componentes do que se pode designar como uma velhice bem-sucedida, levando a aumentar vida aos anos e não acrescentar anos à vida (Baltes, 1997). Baltes e Baltes (1990) desenvolveram a teoria da seleção, otimização e compensação, segundo a qual os ganhos e as perdas evolutivas são resultantes da interação dos recursos da pessoa com os recursos do ambiente num regime de interdependência. Durante toda a vida ocorre atuação sistémica da seleção, da otimização e da compensação na génese do desenvolvimento e do envelhecimento bem-sucedido ou adaptativo (Li & Freund, 2005; Baltes & Smith, 2004; Baltes & Smith, 2003; Baltes, 1997).

O modelo da otimização seletiva com compensação tem como objetivo descrever o desenvolvimento em geral e determinar a forma como as pessoas podem orientar as mudanças nas condições biológicas, psicológicas e sociais compostas por oportunidades e restrições nos níveis e trajetórias do desenvolvimento. A plasticidade comportamental é a base deste modelo, pois importa saber como as pessoas disponibilizam os seus recursos internos e externos de seleção, otimização e compensação no sentido de maximizar ganhos e minimizar perdas (Baltes & Baltes, 1990).

O conceito de seleção exprime especificação e diminuição da amplitude de alternativas permitidas pela plasticidade individual, e é tanto um requisito para os avanços como uma necessidade quando existe limitação de recursos, como tempo, energia ou capacidade. Pode ser direcionada à recuperação das perdas, e desta forma, ligada à reorganização da hierarquia e ao número de metas, ao ajuste do nível de

aspiração ou ao desenvolvimento de novos objetivos que sejam compatíveis com os recursos disponíveis.

A otimização refere-se à aquisição, aplicação, coordenação e manutenção de recursos internos e externos envolvidos na obtenção de níveis mais altos de funcionamento. A otimização depende da educação, da prática e do suporte social dirigidos à cognição, à saúde, à capacidade atlética e às habilidades artísticas e sociais.

Quanto à compensação, envolve a adoção de alternativas para manter o funcionamento, sendo alguns exemplos de compensação o uso de aparelhos auditivos e de cadeira de rodas, a utilização de pistas visuais para compensar problemas de orientação espacial e a utilização de deixas para auxiliar a memória verbal. Os três mecanismos são assumidos como universais e como sujeitos da ação consciente ou inconsciente, operados pela pessoa ou por outrem, por indivíduos ou por instituições (Baltes, 1997).

Como nas últimas décadas se verificou um aumento da esperança de vida, para as pessoas que atingiram a idade da reforma e deixam de fazer parte da vida ativa, houve necessidade de criar múltiplas atividades que se adaptassem a este tipo de população.

As expectativas ocupacionais são muito diversificadas porque cada pessoa envelhece de maneira diferente. A atividade laboral que se exerce durante anos pode ser uma condicionante mesmo depois de se retirar do ativo. A passagem à reforma pode ocorrer de forma simples ou mais problemática, dependendo da maneira de ser de cada um. Estabelecer metas e objetivos a serem alcançados no período da reforma pode ser uma mais-valia para este tipo de população, de forma a promover uma transição o mais natural possível, sem ocasionar ruturas ou transformações abruptas (Carneiro, Chau, Soares, Fialho & Sacadura, 2012).

As perspetivas pós-reforma podem abarcar a possibilidade de fazer algumas atividades que sempre gostaram mas não tiveram tempo de executar, como viajar, fazer jardinagem, voluntariado, praticar atividade física, frequentar Universidades Séniores, ou até mesmo dar continuidade da atividade que vinham exercendo paralelamente ao trabalho. Há quem desempenhe a mesma profissão apesar de reformado, embora noutras circunstâncias. Algumas pessoas demonstram ver com apreensão a sua nova situação por estarem próximos da velhice e pelo medo de gozarem de menos saúde ou ficarem inativos. A perspetiva de ocuparem o resto do seu tempo de vida com a família,

nomeadamente a cuidar dos netos é também uma possibilidade aos olhos sobretudo do género feminino, mas com algumas incertezas, pois só o é, enquanto forem necessárias e úteis (Carneiro et al., 2012).

Sabe-se que as mudanças a nível físico, psicológico e social levam os idosos a enfrentar perdas, com decremento ao nível da saúde, afastamento do mercado de trabalho e outras situações, também desfavoráveis e que estão fora do seu controlo. É neste contexto que o idoso procura encontrar apoio na família, na vizinhança, nos amigos e nas instituições, e a sua qualidade de vida vai depender das respostas que consegue obter (Carneiro et al., 2012). Deste modo,

“Maior segurança associa-se ao sentimento de maior esperança. Melhor saúde mental e maior desejo de se sentir saudável associa-se a mais espiritualidade e a mais esperança. Mais ganhos em qualidade de vida, mais ganhos em saúde estão aqui associados a um maior índice de espiritualidade” (Figueira, 2010, p.57).

Com a alteração da sociedade a nível mundial, Osório e Pinto, (2007), referem que a esperança de vida também se alterou de maneira notável em todo o mundo, sendo um fenómeno universal, que atinge quer os países mais desenvolvidos quer os mais pobres. O aumento da esperança de vida faz com que aumente a taxa da população com idade superior a 65 anos, o que se torna um indicador difícil de ser invertido como referem. Perante esta problemática, a Gerontologia Social necessita estimular os meios necessários para que os idosos permaneçam habilitados a aceitarem e adaptarem-se ao conceito de envelhecimento focalizado no bem-estar com o próprio, com o ambiente familiar e social. Para que tal aconteça da melhor forma, é preciso reconsiderar de forma visível a necessidade de trabalhar na promoção da educação dos menos velhos ou da população, a fim de promover uma educação transversal e transdisciplinar (Osório & Pinto, 2007).

## **Capítulo 2 – Qualidade de Vida e Felicidade**

## 2.1. Qualidade de Vida

Pode-se dizer que o aumento da qualidade de vida, da expectativa de vida das populações, das mudanças de mentalidade no que diz respeito ao modo de viver, são fatores que contribuem para uma boa velhice, a qual é sinónimo de vida ativa, saudável e feliz em toda a sua extensão. Ser velho pode ser compreendido como alguém que, depois de uma boa parte do tempo da sua vida se ter dedicado ao trabalho e à família, pode vir a desfrutar de um período de lazer, de boa interação social, de uma vivência tranquila, aproveitando o conhecimento interior de modo a atingir uma felicidade desprendida (Kirchengast & Haslinger, 2009).

O envelhecimento de toda uma população é um processo multidimensional que está diretamente relacionado com o modo como as sociedades se adaptam, ou não, a esse facto, e que vai afetar diversos domínios em áreas variadas, sendo um processo que induz transformações visíveis no idoso e na sociedade na qual está inserido. O aumento de doenças crónicas e degenerativas ou da dependência a nível económico das famílias, são dois dos fatores que levam a uma diminuição da qualidade de vida dos idosos, ficando estes mais suscetíveis e predispostos a ficarem expostos a fatores de risco que provocam uma capacidade de adaptação deficiente e mais vulnerável (Kirchengast & Haslinger, 2009).

Neste sentido, tem-se verificado nos últimos anos o aparecimento de algumas preocupação relativas a esta população específica, nomeadamente em avaliar a qualidade de vida dos idosos, para facultar a devida compreensão a toda a população sobre esta fase do ciclo de vida, para assim conseguir proporcionar e desenvolver estratégias que permitam melhorar as condições de vida dos mais velhos (Kirchengast & Haslinger, 2009).

Para Walker (2005) a qualidade de vida nos idosos é resultante da congregação de fatores relacionados com o curso de vida, como as oportunidades de que foram beneficiando ao longo da vida, os recursos económicos e sociais que foram tendo ao seu alcance, os níveis de coesão e inclusão social, bem como de fatores situacionais mais imediatos, como por exemplo os recursos individuais e psicológicos do sujeito. Para este autor, os recursos que influenciam a qualidade de vida são idênticos para os diferentes grupos etários, embora a influência que exercem em cada um, perante a fase de vida em que se encontram, é que será diferente. Como exemplo, podemos referir a saúde e

autonomia funcional, que se revestem de uma grande relevância para o indivíduo idoso, não sendo tão importantes em indivíduos mais jovens.

A acompanhar esta visão, podemos constatar que o próprio conceito de qualidade de vida se tem vindo a modificar ao longo dos anos, evoluindo de uma perspectiva que poderíamos designar como mais objetiva para uma outra de carácter mais multidimensional. Segundo a *Organization Quality of Life Group* (1994), entende-se por qualidade de vida a percepção da pessoa da sua localização na vida, levando em conta o contexto cultural e o sistema de valores nos quais vive em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações (World Health Organization Quality of Life [WHOQOL] Group, 1994).

Nas teorias explicativas do bem-estar subjetivo podem-se destacar dois modelos: *Bottom-up* e *Top-down* (Feist, Bodner, Jacobs, Miles & Tan, 1995). O modelo *Bottom-up* refere-se à felicidade enquanto estado, podendo ser caracterizado como a mente representando uma tábua rasa que se vai moldando com a experiência. Desta forma, tudo o que existe na mente reflete-se nos sentidos, sendo as sensações que transmitem as reflexões objetivas do mundo exterior. Assim, considera-se a felicidade como um estado emocional produzido por circunstâncias positivas e negativas, as quais resultam das vivências do indivíduo.

O modelo *Top-down* mostra a felicidade enquanto traço, dependente da predisposição do sujeito e da interpretação positiva que ele faça das suas. Na linha de uma visão de carácter mais Kantiano, a mente torna-se assim intérprete ativa e organizadora da vivência sensorial, que através de crenças e atitudes filtra e seleciona as sensações que lhe chegam (Feist et al., 1995).

A qualidade de vida pode ser influenciada pela saúde física, pela percepção que a pessoa tem de si própria na vida, pelas condições psicológicas, as quais desempenham um papel importante nas relações sociais, nas crenças pessoais, nas vivências emocionais, no sentimento de solidão e nas inquietações relacionadas com a segurança e questões financeiras (Carneiro et al., 2012). Os resultados do estudo de Caporicci e Neto (2011) demonstraram que os idosos ativos correm menores riscos de saúde exibindo uma qualidade de vida superior à dos idosos inativos.

Como já vimos, a qualidade de vida e a saúde, para os idosos, encontram-se intimamente associadas. Assim, em termos mais globais, a qualidade de vida, quando

relacionada com o estado geral de saúde, é vista como uma medida da qualidade de vida, enquanto noção geral. Quando engloba aspetos físicos, mentais, sociais e psicológicos, que interferem na percepção que a pessoa tem da sua situação, então é considerada um conceito mais restrito e específico. Duma forma ou doutra, compreender o impacto da saúde na qualidade de vida de um idoso é uma condição prioritária para a avaliação dessa mesma qualidade (Carneiro et al., 2012).

A referência a outros indicadores mais subjetivos, como a satisfação ou a felicidade, resulta do facto de estes poderem ajudar a definir em maior conformidade a experiência de vida de cada pessoa em relação às suas condições de vida, sendo estes, segundo Diogo (2003) os indicadores mais utilizados para avaliar a qualidade de vida percebida. Já antes, em 1975, Cameron tinha concluído que os sentimentos de felicidade, de tristeza e de bem-estar subjetivo não se deterioram com a idade, razão pela qual a maioria dos idosos têm uma satisfação de viver igual à dos jovens. Outros estudos referem que os idosos se mostram tão insatisfeitos ou satisfeitos com a vida como os indivíduos doutros grupos etários, apesar dos problemas de saúde e financeiros inerentes à idade (Neto, 1999). Mais investigações referiram que as conjunturas objetivas de vida como a saúde, o nível socioeconómico ou o ambiente social, entre outros, não definem por si só o bem-estar das populações e dos idosos em especial (Barros, 2004), havendo outros fatores a considerar. Assim, Guedea et al., (2006) divulgaram um estudo em que a satisfação com a vida é superior nas mulheres, nas pessoas que têm rendimentos, nas que demonstram satisfação com o apoio que recebem, nas que ajudam os outros e nas pessoas que perante os problemas os enfrentam de uma maneira direta. Em relação aos afetos, verificou-se que os afetos positivos aumentam na medida da satisfação proporcionada pelo apoio que recebem. Em relação aos afetos negativos, verificou-se que se reduzem quando se facultam apoio social, mas têm tendência a aumentar quando os indivíduos não têm capacidades ou condições para enfrentarem os problemas de maneira direta. A percepção que as pessoas têm do próprio bem-estar, estabelece um dos aspetos subjetivos ligados à qualidade de vida (Martínez & Garcia, 1994). Vários estudos concluíram que o bem-estar subjetivo não se encontra diretamente ligado ao estado físico e ao modo como as pessoas se sentem, mas antes, ao que a saúde possibilita que elas façam (Diogo, 2003).

Sendo o bem-estar subjetivo uma dimensão positiva da Saúde, ele é hoje considerado um conceito complexo que faz parte de níveis diferenciados, nomeadamente

os de tipo cognitivo e afetivo, intervindo em dimensões de estudo como a qualidade de vida. Em particular, a componente afetiva é reconhecida como sendo um estado de homeostasia entre afetos positivos e negativos, os quais traduzem de forma mais ou menos direta a assiduidade de emoções positivas e negativas que o sujeito experiencia. Assim, as pessoas que mostram um bem-estar positivo, são as que vivenciam principalmente emoções positivas, e em menor grau as emoções negativas, o que se traduz positivamente ao longo da vida como um todo (Galinha & Ribeiro, 2005).

Auquier e Simeoni (1997) referiram que a qualidade de vida, no caso particular dos idosos, ao ser explicada como o valor conferido à vida, teria que ter em consideração a influência das decadências funcionais, as percepções e condições sociais que a doença incute, os tratamentos a que o indivíduo se vê muitas vezes obrigado e a organização política e económica do sistema assistencial do qual é beneficiário. O mesmo conceito foi definido por Gianchello (1996) como o valor proporcionado à vida quando alterada pela percepção das limitações, fossem elas físicas e/ou psicológicas, das funções sociais, das oportunidades afetadas pela doença, dos tratamentos ou outras complicações, considerando este indicador como importante para o estudo e avaliação das intervenções.

Como a saúde, a autonomia e a funcionalidade surgem como indicadores predominantes para a qualidade de vida nos idosos, vários trabalhos têm sido realizados neste âmbito com o intuito de adquirir novas estratégias e planear intervenções que permitam melhorar a vida desta população (Fortunato & Simões, 2010). Sendo a saúde definida pela saúde física, no seu todo, e pela saúde mental, é sobretudo a nível desta última que se deteta a deterioração das capacidades cognitivas, a qual, para além de restringir a saúde física do idoso, vai também acabar por alterar a maneira como percebem a vida e a si próprios, atingindo deste modo a sua qualidade de vida.

## **2.2. Felicidade**

Já o filósofo pré-Socrático Demócrito, que é considerado um dos mais antigos pensadores sobre felicidade, referia que a felicidade era compreendida como consistindo numa vida feliz, prazerosa, não tão diretamente ligada ao que a pessoa que era feliz possuía, mas sobretudo tendo em vista a maneira como ela reagia às circunstâncias da vida. Por outro lado, Sócrates, Platão e Aristóteles recusaram esta definição e decretaram a perspectiva de felicidade eudamónica, a qual comportava a posse de muitos bens.

Aristóteles também defendia que a felicidade compreendia a realização total do potencial pessoal, não sendo o prazer o elemento primordial na sua definição. Para os hedonistas como Aristippus, a felicidade era apenas a soma dos prazeres momentâneos, e toda a sua filosofia definia o objetivo de vida como a procura do prazer, adequando os motivos a si e preservando a autodimensão sobre as adversidades e a prosperidade (Diener, Scollon & Lucas, 2003).

Já no século XVIII o conceito de felicidade é introduzido na declaração da independência dos Estados Unidos da América, que declarava o direito dos cidadãos à vida, à liberdade e à procura da felicidade. O termo felicidade não consta na constituição da República Portuguesa, aí se podendo encontrar o bem-estar e a qualidade de vida, na secção Princípios Fundamentais, Artigo 9.º (Tarefas fundamentais do Estado). Representam-se como: “São tarefas fundamentais do Estado”, entre outras, na alínea d) *“Promover o bem-estar e a qualidade de vida do povo e a igualdade real entre os portugueses, bem como a efetivação dos direitos económicos, sociais, culturais e ambientais, mediante a transformação e modernização das estruturas económicas e sociais”*. Pode-se dizer que em Portugal, o bem-estar e qualidade de vida aparece numa posição semelhante à da felicidade da constituição dos Estados Unidos da América (Pais-Ribeiro, 2009), já que no texto sugere-se que os elementos que contribuem para esse bem-estar e qualidade de vida são vistos numa perspetiva mais eudamónica.

A felicidade é considerada um indicador de bem-estar subjetivo (Diener, 2006; Lyubomiresky & Lepper, 1999). Já Veenhoven (1996), refere que felicidade, satisfação com a vida, qualidade de vida e bem-estar, têm o mesmo significado. Felicidade pode expressar prazer, satisfação com a vida, emoções positivas, vida plena, ou sensação de satisfação entre outros (Diener et al., 2003). Nas linguagens do senso comum e académica, a felicidade tem múltiplos sentidos. Diener (2006) afirma que pode significar tanto as causas como os efeitos, ou um humor geral positivo, como pode ser considerada uma avaliação global de satisfação com a vida, viver uma boa vida ou as circunstâncias que fazem as pessoas felizes na sua situação de vida. A investigação sobre a felicidade começa por dar o sentido de contentamento, satisfação com a vida e uma sensação de bem-estar (Ramm, 1996).

Para Veenhoven (1996) a felicidade é o estado no qual a pessoa tem em consideração a qualidade da sua vida de modo positiva, ou por outras palavras, o quanto

gosta da vida que leva, enquanto Fordyce (1983) a descreve como uma sensação emocional de bem-estar, à qual atribui vários significados como contentamento, completude, autossatisfação, alegria e paz de espírito. Lyubomirsky (2001) faz notar que a capacidade que determinadas pessoas têm para ser felizes perante circunstâncias adversas é admirável, mesmo não sendo fácil explicar quais os fatores naturais ou educacionais que esclarecem essa capacidade. Na sua investigação dá ênfase às diferenças quanto às estratégias motivacionais, cognitivas e de avaliação que são utilizadas. Contudo, deve-se notar que a felicidade subjetiva e o bem-estar subjetivo, sendo relevantes para a saúde mental mas não se podem considerar nem suficientes nem sinónimos (Diener, Suh, & Oishi, 1997).

Nas últimas décadas aumentou consideravelmente o interesse pela variável felicidade e Lyubomirsky e Lepper (1999) criaram uma medida geral de felicidade subjetiva, considerando um indicador fundamentado numa perspetiva do inquirido, a quem é pedido que faça uma apreciação geral e digam em que medida é feliz ou infeliz.

### **2.3. Conceptualização da Investigação**

A Qualidade de Vida e a Felicidade são medidas sobre as quais nos últimos anos se tem debatido bastante quando se fala de idosos. Segundo Kane (2003), a qualidade de vida nos Lares de Idosos é o resultado de quatro fatores que correspondem ao estado de saúde do utente, à situação social incluindo o suporte familiar fora do Lar, à personalidade do utente e ao cuidado e ambiente que é oferecido ao próprio pelo Lar. Para a autora, quem melhor descreve a sua qualidade de vida são os próprios utentes.

Na investigação de onde resultou a medida dirigida por Kane (2001) e traduzida para português por Póvoa e Martín (2010), foram escolhidas onze dimensões de qualidade de vida. Esta escolha foi baseada nas mesmas dimensões que outros investigadores optaram para utilizar na realização de *focus groups* (Kane et al., 2005), sendo estas dimensões a Segurança, o Conforto Físico, a Satisfação com os Alimentos, as Atividades Significativas, os Relacionamentos, as Competências Funcionais, a Dignidade, a Privacidade, a Individualidade, a Autonomia e o Bem-estar Espiritual (Kane, 2001). Estas dimensões possuem características específicas, correspondendo cada uma delas a uma necessidade humana universal, que pode ser cumprida ou não, no processo de prestação de serviços. Cada necessidade pode ser representada pelo seu

cumprimento para cada indivíduo e pela capacidade de ser cumprida pelo Lar. Após a identificação das dimensões foram construídas subescalas para avaliar essas mesmas dimensões (Kane, 2001). As dimensões que fazem parte deste modelo são dimensões de primeira ordem que estão relacionados com o constructo de qualidade de vida.

O modelo resultante de Póvoa e Martín (2010) responsáveis pela adaptação da medida, é um modelo simples, onde se integram todas as dimensões ao mesmo nível, mas com diferentes níveis de contribuição. Todas estas dimensões aparentam ter entre si alguma independência, uma vez que apenas três das quarenta e cinco possibilidades de correlações entre pares de dimensões ultrapassaram o valor de .40 (entre Dignidade e Segurança, Competências Funcionais e Autonomia, Bem-estar Espiritual e Relacionamentos) e nenhum par ultrapassa o valor de .50 (Kane et al., 2003) podendo assim concluir-se que estão a ser medidas dimensões diferentes.

Apresentamos em seguida uma breve descrição de cada uma destas dimensões.

Pela dimensão Conforto físico, questiona-se se os utentes não têm dor, ou se por alguma razão têm sintomas desconfortáveis ou outros desconfortos físicos. Os utentes devem perceber que a sua dor e desconforto são observados e abordados pela equipa. Nesta dimensão avalia-se igualmente se estão confortáveis em termos de temperatura do ambiente e da posição do corpo.

Pela dimensão de Competências Funcionais considera-se que, dentro dos limites das capacidades físicas e cognitivas do indivíduo, ele consegue ser tão independente quanto quer. Esta dimensão da qualidade de vida mostrou ser extraordinariamente sensível ao ambiente físico em que os idosos vivem e aos cuidados que recebem.

Através da dimensão da Privacidade, avalia-se se os utentes podem manter as informações pessoais confidenciais, podem estar sozinhos se o desejarem e se podem estar com quem os visita em privado. Por privacidade pode-se entender um conceito idêntico ao da dignidade. Não se refere a ter um quarto e casa de banho privados, mas sim ao facto de experimentar a sensação de privacidade, por exemplo, o de poder estar sozinho ou em privado com quem o visita quando deseja. São especificados quatro aspetos da vida privada como a solidão, intimidade, anonimato e reserva. Nesta dimensão sugerem-se quatro razões pela qual esse tipo de privacidade é necessário ao exercício de autonomia, para conseguir a libertação emocional, particularmente importante em momentos de perda, choque ou dor, para realizar autoavaliação, o que requer o

processamento de informações privadas e reflexão, e por último para limitar as informações.

Na dimensão da Dignidade, avalia-se até que ponto os utentes sentem que a sua dignidade está intacta e é respeitada, se não se sentem menosprezados, desvalorizados ou humilhados. A dignidade, integrada como uma exigência nos regulamentos internos dos Lares, refere-se à percepção de que a dignidade é respeitada, independentemente de o utente perceber ou não a dignidade, e implica o tratamento não infantilizado dos utentes.

Pela dimensão de Atividades Significativas tenta-se compreender se os utentes percebem que as suas vidas são repletas de atividades interessantes e significativas para ver e fazer. O que é significativo para cada um irá diferir de acordo com o estado físico ou os interesses pessoais. Os utentes empenham-se em atividades que resultam em competências de autoafirmação ou de lazer ativo, no fazer ou na observação de uma atividade. Pode ainda incluir as contribuições significativas que os residentes fazem às suas famílias, no Lar ou na comunidade em geral, apesar da sua dependência física.

A dimensão de Relacionamentos avalia se os utentes se envolvem expressivamente com outros residentes, com os funcionários e ou com a família e amigos que moram fora do Lar.

Na dimensão da Autonomia procura saber-se se os utentes tomam a iniciativa e fazem as escolhas referentes à sua própria vida e cuidados, se se tornam membros ativos e se melhoram o próprio bem-estar.

Pela dimensão de Satisfação Alimentar, avalia-se se os utentes gostam das horas de refeição e apreciam os alimentos servidos.

A dimensão de Bem-Estar Espiritual, apesar de estar relacionada com o bem-estar psicológico e social, não deve ser descurada como dimensão da qualidade de vida. O bem-estar espiritual pode integrar ou ser independente da religiosidade. Deve ter-se em conta se as necessidades e preocupações dos utentes com a religião, oração, meditação, espiritualidade e valores morais são cumpridas.

Entende-se pela dimensão Segurança se os utentes se sentem confiantes sobre a sua segurança pessoal, se são capazes de circular livremente no Lar, se acreditam que seus bens estão seguros e se confiam que os funcionários têm boas intenções.

Por último a dimensão Individualidade refere-se à sensação do utente ser reconhecido como pessoa e ser capaz de continuar a sentir e expressar a sua identidade, sem roturas com o passado. Os utentes expressam as preferências, continuam com os seus interesses passados e atuais, mantêm um sentido de identidade própria e percebem que são reconhecidos como indivíduos, mantendo a sua própria identidade contra as forças que destroem o seu sentido do eu.

## **Parte II**

### **Estudo Empírico**

## **Capítulo 3 – Método**

### **3.1. Objetivo da Investigação**

Este estudo tem como objetivo, fazer uma adaptação da Escala de Qualidade de Vida e Felicidade para idosos Não Institucionalizados (EQVF) com base na Escala de Qualidade de Vida para Utentes de Lar de Idosos (Póvoa & Martín, 2010) e na Escala de Felicidade Subjetiva (Pais-Ribeiro, 2012). A pertinência deste estudo é o fato de existirem cada vez mais pessoas idosas a nível nacional que se encontram a viver nas suas próprias casas, por conveniência própria, por estarem ainda muito ativas e não dependentes.

É intenção deste trabalho, através da adaptação deste instrumento, quantificar o nível de Qualidade de Vida e Felicidade em idosos que não se encontrem institucionalizados.

### **3.2. Amostra**

A amostra foi recolhida junto de idosos não institucionalizados na região de Lisboa e Grande Lisboa, Arraiolos, Setúbal, Elvas e Braga, através de uma amostra de conveniência.

Participaram neste estudo 102 indivíduos de ambos os sexos, com idades compreendidas entre os 65 e os 92 anos ( $M=75.12$ ;  $DP=7.44$ ). A maioria dos inquiridos são do sexo feminino (56.9%) e do sexo masculino apenas são 43.1%. Relativamente ao estado civil 47.1% são casados ou vivem em união de facto e 29.4% são viúvos (conforme Tabela 1).

Quanto aos anos de escolaridade, 28.4% têm quatro ou menos anos de escolaridade (ensino básico), 33.3 % têm entre 5 e 9 anos de escolaridade, 22.5% têm entre 10 e 12 de escolaridade e 15.7% frequentaram ou concluíram o ensino superior. Esta amostra contempla 97.1% de reformados, sendo que os restantes apesar de estarem reformados da sua principal atividade profissional ainda se mantêm no ativo

Foi igualmente solicitado aos participantes que indicassem se tinham outras atividades, nomeadamente ginástica, pintura, labores, dança, canto, leitura, teatro ou se participavam noutras atividades.

**Tabela 1. Características demográficas da amostra (N=102).**

	N	%
Sexo		
Masculino	44	43.1
Feminino	58	56.9
Estado Civil		
Solteiro	15	14.7
Casado/União de Facto	48	47.1
Separado/Divorciado	9	8.8
Viúvo	30	29.4
Situação Profissional		
Reformado	99	97.1
Ativo	3	2.9
Anos de Escolaridade		
4 ou menos	29	28.4
5 a 9	34	33.3
10 a 12	23	22.5
Mais de 12	16	15.7

### **3.3. Instrumentos**

A recolha de dados teve por base a elaboração de um questionário de dados demográficos referentes a idade, sexo, número de anos de escolaridade completos, situação profissional, se reformado ou ativo, estado civil, se tem filhos, durante a infância onde foi educado, se pratica alguma atividade, se sim em que atividades participa.

#### **3.3.1. Escala de Qualidade de Vida**

Para avaliar a Qualidade de Vida e Felicidade para Idosos Não Institucionalizados (EQVF), utilizou-se como base a Escala de Qualidade de Vida para Utentes de Lar de Idosos (EQVULI) de Póvoa e Martín (2010) e a Escala de Felicidade Subjetiva (EFS) aferida para a população Portuguesa por Pais-Ribeiro (2012), para adaptação.

A EQVULI avalia onze dimensões da qualidade de vida de idosos Institucionalizados na valência Lar, através das escalas de conforto, competências

funcionais, privacidade, dignidade, atividades significativas, relacionamento, autonomia, satisfação com os alimentos, bem-estar espiritual, segurança e individualidade. Com exceção de três questões, todas as restantes são respondidas no formato *Likert* de 4 pontos ou no formato dicotômico.

As medidas de consistência interna desta medida têm um *alpha de Cronbach* de cada dimensão sempre superiores a 0.600, variando entre 0.602 para a Segurança e 0.839 nas Competências Funcionais.

Partindo da escala de qualidade de vida para utentes de lar de idosos, foi adaptada a mesma escala para idosos Não Institucionalizados. Foi substituída a palavra “Lar” por “Casa” em toda a estrutura da Escala. Na dimensão Conforto apenas foi substituída a palavra “Lar” por “ Casa”. Na dimensão de Competências Funcionais foi substituída a palavra “Quarto” por “Casa“ e deu-se-lhe o sentido do seu todo quando a questão é sobre o cuidar da casa. Na dimensão de Privacidade foram retirados dois itens em que um pergunta se ”consegue ficar sozinho em algum sítio com outra pessoa sem ser o seu companheiro de quarto?”, e outro se “os funcionários batem à porta do seu quarto e esperam pela sua resposta antes de entrar?” Na dimensão de Dignidade foram substituídos “os funcionários” para “as pessoas com quem vive”. Na dimensão de Relacionamento foram retirados dois itens que são “alguns dos outros utentes é seu amigo próximo?” e “considera algum funcionário seu amigo?” e um dos itens foi readaptado de “funcionários do lar” para “os familiares”. Na dimensão de Individualidade foi retirado um item que pergunta se “os outros utentes conhecem-no bem?”.

### **3.3.2. Escala de Felicidade Subjetiva**

Para avaliar a Felicidade foi utilizada a Escala de Felicidade Subjetiva (EFS) aferida para a população Portuguesa por Pais-Ribeiro (2012), que também teve que ser adaptada. Na escala original pede-se aos indivíduos para indicar de que forma as quatro afirmações os caracterizam. Duas das afirmações pedem que se comparem aos seus pares e se caracterizem a si próprios e as outras duas consistem em descrições de felicidade e infelicidade. A primeira “Em geral considero-me:”, e a resposta é 1 “Uma pessoa que não é muito feliz”, até ao 7 “ Uma pessoa muito feliz”. A segunda pergunta é “Comparativamente com as outras pessoas como eu, considero-me:” 1 “Menos feliz e 7 “Mais feliz”. Terceira pergunta “Algumas pessoas são geralmente muito felizes. Elas

gozam a vida apesar do que se passa à volta delas, conseguindo o melhor do que está disponível. Em que medida esta caracterização o/a descreve a si?” 1 “De modo nenhum” e 7 “Em grande parte”. Por último e quarta “Algumas pessoas geralmente não são muito felizes. Embora não estejam deprimidas, elas nunca parecem tão felizes quanto poderiam ser. Em que medida esta caracterização o/a descreve a si?” 1 “De modo nenhum e 7 “Em grande parte”.

Após a adaptação da escala de Felicidade ficou o primeiro item “Em geral considera-se uma pessoa feliz?”; segundo item “Comparando-se com as outras pessoas, sente que é mais feliz que eles?”; terceiro item “Algumas pessoas mostram-se muito felizes independentemente do que se passa à sua volta e conseguem o melhor do que está disponível. Até que ponto se sente assim?”; quarto item “Algumas pessoas mostram-se pouco felizes independentemente do que se passa à sua volta. Não estão deprimidas mas não mostram que estão felizes tanto como poderiam ser. Até que ponto se sente assim?”

Foi utilizada na adaptação, uma escala de formato Likert de 4 pontos em que o 1 corresponde a “Muitas vezes”, 2 corresponde a “Às vezes”, 3 corresponde a “Raramente” e 4 corresponde a “Nunca”, tal como as respostas da Escala de Qualidade de Vida.

Neste estudo fazia sentido a escala da Felicidade estar integrada na escala Qualidade de Vida para ser aplicada também aos Idosos Não Institucionalizados, daí a adaptação desta escala para o mesmo formato de resposta.

### **3.4. Procedimento**

No início foi solicitado a todos os participantes um pedido de consentimento informado. Foi entregue o protocolo e apresentado o objetivo desta investigação, o que permitiu respeitar o princípio da confidencialidade e da privacidade e garantido o anonimato, reserva e sigilo dos dados recolhidos.

Foi solicitado aos participantes que respondessem aos dados demográficos seguidos da Adaptação da Escala de Qualidade de Vida e Felicidade para Idosos Não Institucionalizados (Anexo I). A recolha de dados foi feita de forma individual, sendo o tempo médio de resposta de trinta minutos.

Quanto à metodologia, o desenho de investigação foi experimental, relativo ao tempo foi transversal, aplicado uma única vez e atual quanto ao tipo, sendo avaliada a forma como o participante se sentia aquando da aplicação da escala.

O tratamento estatístico foi efetuado através do suporte informático, IBM Statistical Package for Social Sciences, versão 21 (SPSS 21).

Após análise cuidada dos protocolos foram excluídos os questionários que não estavam em conformidade. Todos os dados dos protocolos de avaliação recolhidos foram introduzidos numa folha *Excel* e exportados para SPSS.

Procedeu-se à caracterização da amostra e respetivo tratamento estatístico.

## **Capítulo 4 – Apresentação dos Resultados**

#### 4.1. Resultados

Para avaliar a correlação com a dimensão e valor de *alpha* sem o item para a versão inicial da escala, procedeu-se à análise dos itens referentes à EQVF. Na tabela 2 podemos encontrar os valores descritivos dos 54 itens da EQVF, assim como a sua correlação com o total da escala e valor do *alpha de Cronbach* se o item fosse suprimido.

**Tabela 2. Valores descritivos dos itens, correlação com a dimensão e valor de  $\alpha$  sem o item para a versão inicial da escala.**

Item	M	DP	<i>r</i> item total	$\alpha$ sem o item	
<b>Conforto (<math>\alpha = .73</math>)</b>					
EQVC1	Costuma sentir frio na sua Casa?	2.66	.87	.39	.71
EQVC2	Quando está muito tempo na mesma posição costuma ter dores?	2.28	.94	.52	.67
EQVC3	Costuma ter dores?	2.23	.90	.48	.68
EQVC4	Costuma ficar incomodado(a) por barulhos quando está na sua casa?	2.64	1.07	.59	.64
EQVC5	Costuma ser incomodado por barulhos quando está noutros sítios da sua casa?	2.75	1.08	.49	.68
EQVC6	Consegue dormir bem na sua casa?	3.75	.56	.28	.73
<b>Competências Funcionais (<math>\alpha = .91</math>)</b>					
EQVCF1	Consegue andar sozinho facilmente em toda a sua casa?	3.78	.62	.92	.86
EQVCF2	Consegue chegar facilmente às coisas que precisa?	3.64	.69	.81	.88
EQVCF3	Consegue chegar rapidamente a uma casa de banho?	3.75	.62	.87	.87
EQVCF4	Consegue chegar às suas coisas de higiene pessoal quando está na casa de banho? (exemplo: o sabonete)	3.83	.55	.72	.90
EQVCF5	Consegue cuidar das suas coisas incluindo da sua casa?	3.59	.82	.63	.93
<b>Privacidade (<math>\alpha = .69</math>)</b>					
EQVP1	Consegue ficar sozinho quando lhe apetece?	3.68	.55	.51	.59
EQVP2	Consegue falar ao telefone sem que ninguém esteja por perto?	3.72	.55	.49	.61
EQVP3	Consegue ficar sozinho com uma visita?	3.69	.60	.51	.58
<b>Dignidade (<math>\alpha = .76</math>)</b>					
EQVD1	As pessoas com quem vive tratam-no com educação?	3.86	.37	.56	.71
EQVD2	Sente que é tratado com respeito?	3.85	.38	.60	.69
EQVD3	As pessoas com quem vive tratam-no com cuidado?	3.85	.43	.61	.69
EQVD4	As pessoas com quem vive respeitam a sua privacidade?	3.84	.44	.65	.67
EQVD5	Quando lhe apetece falar de si costumam ouvi-lo?	3.61	.55	.31	.81

(continua)

(continuação)

Item	M	DP	r item total	$\alpha$ sem o item
<b>Atividades Significativas (<math>\alpha = .73</math>)</b>				
EQVAS1	3.64	.63	.68	.66
EQVAS2	3.73	.66	.61	.67
EQVAS3	3.63	.67	.60	.67
EQVAS4	3.41	.78	.52	.68
EQVAS5	2.62	1.15	.22	.78
EQVAS6	3.32	.77	.48	.69
EQVAS7	2.60	.96	.30	.74
<b>Relacionamento (<math>\alpha = .75</math>)</b>				
EQVR1	3.41	.74	.66	.58
EQVR2	3.28	.92	.57	.68
EQVR3	3.33	.85	.52	.73
<b>Autonomia (<math>\alpha = .78</math>)</b>				
EQVA1	3.73	.65	.63	.69
EQVA2	3.61	.65	.62	.70
EQVA3	3.68	.55	.68	.68
EQVA4	3.55	.77	.43	.81
<b>Satisfação com os alimentos (<math>\alpha = .68</math>)</b>				
EQVAS1	3.72	.51	.52	.59
EQVAS2	3.51	.71	.48	.61
EQVAS3	3.54	.75	.53	.55
<b>Bem-estar Espiritual (<math>\alpha = .72</math>)</b>				
EQVBEE1	2.49	1.09	.61	.59
EQVBEE2	3.01	1.03	.62	.58
EQVBEE3	3.55	.74	.41	.71
EQVBEE4	3.56	.74	.42	.70
<b>Segurança (<math>\alpha = .70</math>)</b>				
EQVS1	3.55	.67	.40	.68
EQVS2	3.26	.80	.53	.63
EQVS3	3.38	.70	.56	.62
EQVS4	3.10	.80	.47	.65
EQVS5	3.32	.82	.36	.70

(continua)

(continuação)

	Item	M	DP	r item total	$\alpha$ sem o item
EQVI1	As pessoas com quem convive sabem do que gosta?	3.59	.65	3.59	.65
EQVI2	As pessoas com quem convive conhecem-no bem?	3.73	.53	3.73	.53
EQVI3	As pessoas com quem convive interessam-se pelo que fez na sua vida?	3.55	.73	3.55	.73
EQVI4	As pessoas com quem convive levam a sério as suas preferências?	3.54	.70	3.54	.70
<b>Felicidade (<math>\alpha = .73</math>)</b>					
EQVF1	Em geral considera-se uma pessoa feliz?	3.19	.74	.46	.70
EQVF2	Comparando-se com as outras pessoas, sente que é mais feliz que eles?	2.94	.85	.57	.63
EQVF3	Algumas pessoas mostram-se muito felizes independentemente do que se passa à sua volta e conseguem o melhor do que está disponível, Até que ponto se considera assim?	2.65	.83	.55	.64
<i>EQVF4</i>	<i>Algumas pessoas mostram-se pouco felizes independentemente do que se passa à sua volta, Não estão deprimidas mas não mostram que estão felizes tanto como poderiam ser, Até que ponto se considera assim?</i>	2.47	.88	.48	.69

Nota: Os itens em *itálico* foram recodificados inversamente.

A partir destes resultados procedemos à eliminação de alguns itens, em função de dois critérios. Foram eliminados os itens cuja supressão contribuía para o aumento do valor do *alpha de Cronbach*. Foram igualmente retirados os itens que apresentaram uma correlação com o total da escala significativamente inferior aos restantes. Deste modo foram retirados nove itens, um da dimensão de Conforto, dois da dimensão Competências Funcionais, um da dimensão Dignidade, quatro da dimensão Atividades Significativas e um da dimensão de Autonomia. A versão final da escala ficou assim constituída por 45 itens. Os seus valores descritivos, correlação com o total e valor do *alpha de Cronbach* na ausência do item estão representados na tabela 3.

**Tabela 3. Valores descritivos dos itens correlação com a dimensão e valor de  $\alpha$  sem o item para a versão final da escala.**

Item	M	DP	<i>r</i> item total	$\alpha$ sem o item
<b>Conforto (<math>\alpha = .73</math>)</b>				
<i>EQVC1</i> Costuma sentir frio na sua Casa?	2.66	.87	.36	.73
<i>EQVC2</i> Quando está muito tempo na mesma posição costuma ter dores?	2.28	.94	.53	.67
<i>EQVC3</i> Costuma ter dores?	2.23	.90	.48	.69
<i>EQVC4</i> Costuma ficar incomodado(a) por barulhos quando está na sua casa?	2.64	1.07	.59	.64
<i>EQVC5</i> Costuma ser incomodado por barulhos quando está noutros sítios da sua casa?	2.75	1.08	.50	.68
<b>Competências Funcionais (<math>\alpha = .94</math>)</b>				
<i>EQVCF1</i> Consegue andar sozinho facilmente em toda a sua casa?	3.78	.62	.90	.91
<i>EQVCF2</i> Consegue chegar facilmente às coisas que precisa?	3.64	.69	.86	.94
<i>EQVCF3</i> Consegue chegar rapidamente a uma casa de banho?	3.75	.62	.90	.91
<b>Privacidade (<math>\alpha = .69</math>)</b>				
<i>EQVP1</i> Consegue ficar sozinho quando lhe apetece?	3.68	.55	.51	.59
<i>EQVP2</i> Consegue falar ao telefone sem que ninguém esteja por perto?	3.72	.55	.49	.61
<i>EQVP3</i> Consegue ficar sozinho com uma visita?	3.69	.60	.51	.59
<b>Dignidade (<math>\alpha = .82</math>)</b>				
<i>EQVD1</i> As pessoas com quem vive tratam-no com educação?	3.86	.37	.63	.77
<i>EQVD2</i> Sente que é tratado com respeito?	3.85	.38	.64	.77
<i>EQVD3</i> As pessoas com quem vive tratam-no com cuidado?	3.85	.43	.66	.75
<i>EQVD4</i> As pessoas com quem vive respeitam a sua privacidade?	3.84	.44	.62	.78
<b>Atividades Significativas (<math>\alpha = .90</math>)</b>				
<i>EQVAS1</i> Costuma sair de casa?	3.64	.63	.85	.82
<i>EQVAS2</i> Sai de casa quando quer?	3.73	.66	.75	.90
<i>EQVAS3</i> Quantas vezes sai de casa?	3.63	.67	.82	.85
<b>Relacionamento (<math>\alpha = .75</math>)</b>				
<i>EQVR1</i> É fácil fazer amigos?	3.41	.74	.66	.58
<i>EQVR2</i> No último mês alguém parou para falar consigo como amigo?	3.28	.92	.57	.68
<i>EQVR3</i> Acha que os familiares facilitam e tentam ser agradáveis para que os amigos o venham visitar?	3.33	.85	.52	.73
<b>Autonomia (<math>\alpha = .81</math>)</b>				
<i>EQVA1</i> Pode ir para a cama à hora que quiser?	3.73	.65	.69	.71
<i>EQVA2</i> Pode levantar-se de manhã à hora que quiser?	3.61	.65	.66	.75
<i>EQVA3</i> Pode decidir a roupa que quer vestir?	3.68	.55	.65	.76

(continua)

(continuação)

Item	M	DP	r item total	$\alpha$ sem o item
<b>Satisfação com os alimentos (<math>\alpha = .68</math>)</b>				
EQVSA1 Gosta da comida?	3.72	.51	.52	.59
EQVSA2 Gosta que chegue a hora das refeições?	3.51	.71	.48	.61
EQVSA3 Consegue comer os seus pratos preferidos?	3.54	.75	.53	.55
<b>Bem-estar Espiritual (<math>\alpha = .72</math>)</b>				
EQVBEE1 Participa nas celebrações religiosas?	2.49	1.09	.61	.59
EQVBEE2 As celebrações religiosas são importantes para si?	3.01	1.03	.62	.58
EQVBEE3 Sente que a sua vida tem sentido?	3.55	.74	.41	.71
EQVBEE4 Sente-se em paz?	3.56	.74	.42	.70
<b>Segurança (<math>\alpha = .70</math>)</b>				
EQVS1 Sente que os seus bens estão seguros em sua casa?	3.55	.67	.40	.68
<i>EQVS2 As suas roupas ficam estragadas ou perdem-se quando vão para lavar?</i>	3.26	.80	.53	.63
EQVS3 Sente que tem ajuda quando precisa?	3.38	.70	.56	.62
EQVS4 Se se sentir mal consegue uma enfermeira ou um médico rapidamente?	3.10	.80	.47	.65
<i>EQVS5 Alguma vez sentiu medo pela maneira como foi tratado?</i>	3.32	.82	.36	.70
<b>Individualidade (<math>\alpha = .83</math>)</b>				
EQVI1 As pessoas com quem convive sabem do que gosta?	3.59	.65	.55	.82
EQVI2 As pessoas com quem convive conhecem-no bem?	3.73	.53	.72	.78
EQVI3 As pessoas com quem convive interessam-se pelo que fez na sua vida?	3.55	.73	.72	.77
EQVI4 As pessoas com quem convive levam a sério as suas preferências?	3.54	.70	.66	.79
EQVI5 Os seus interesses e desejos pessoais são respeitados em casa?	3.70	.54	.56	.82
<b>Felicidade (<math>\alpha = .73</math>)</b>				
EQVF1 Em geral considera-se uma pessoa feliz?	3.19	.74	.46	.70
EQVF2 Comparando-se com as outras pessoas, sente que é mais feliz que eles?	2.94	.85	.57	.63
EQVF3 Algumas pessoas mostram-se muito felizes independentemente do que se passa à sua volta e conseguem o melhor do que está disponível. Até que ponto se considera assim?	2.65	.83	.55	.64
<i>EQVF4 Algumas pessoas mostram-se pouco felizes independentemente do que se passa à sua volta. Não estão deprimidas mas não mostram que estão felizes tanto como poderiam ser. Até que ponto se considera assim?</i>	2.47	.88	.48	.69

Nota: Os itens em *itálico* foram recodificados inversamente.

A tabela 4 mostra os valores descritivos e de consistência interna para cada uma das 12 subescalas. Em virtude do facto de o número de itens que as constituem ser

variável, optou-se por apresentar igualmente o valor da média ponderada pelo número de itens ( $M_p$ ), de forma a poder comparar diretamente os seus valores. Deste modo, as subescalas que obtêm os valores médios ponderados mais elevados e mais baixos são a Dignidade ( $M_p= 3.85$ ) e o Conforto ( $M_p= 2.51$ ), respetivamente. Quanto à consistência interna, os valores do *alpha de Cronbach* situaram-se entre .68 (Satisfação com os Alimentos) e .94 (Competências Funcionais). A escala total de 45 itens apresentou uma média ponderada de 3.37 e um valor de *alpha de Cronbach* de .87.

**Tabela 4. Descritivas e valores de fidelidade das escalas do EQVF.**

	N itens	M	DP	$M_p$	$\alpha$
Conforto	5	12.55	3.38	2.51	.73
Competências Funcionais	3	11.18	1.83	3.73	.94
Privacidade	3	11.08	1.33	3.69	.69
Dignidade	4	15.41	1.31	3.85	.82
Atividades Significativas	3	10.99	1.79	3.66	.90
Relacionamento	3	10.03	2.05	3.34	.75
Autonomia	3	11.01	1.58	3.64	.81
Satisfação com os alimentos	3	10.76	1.57	3.59	.68
Bem-estar Espiritual	4	12.61	2.69	3.15	.72
Segurança	5	16.62	2.58	3.32	.70
Individualidade	5	18.10	2.46	3.62	.83
Felicidade	4	11.25	2.45	2.81	.73
Total	45	151.58	12.76	3.37	.87

Nota:  $M_p$  – média ponderada

Em seguida foi feita uma análise às dimensões da EQVF em função de dois fatores, o sexo dos participantes e a sua idade. Constituíram-se dois grupos tomando como ponto de corte a mediana, que neste caso se situou nos 73 anos.

A tabela 5 mostra que os participantes masculinos apresentam valores estatísticos significativamente superiores nas Competências Funcionais,  $t(100) = 3.10$ ;  $p < .01$ ), Dignidade,  $t(100) = 2.66$ ;  $p < .01$ ), Atividades Significativas,  $t(100) = 2.69$ ;  $p < .01$ ), Autonomia,  $t(100) = 2.41$ ;  $p < .05$ ), Satisfação Alimentar,  $t(100) = 4.34$ ;  $p < .001$ ) e Individualidade,  $t(100) = 2.30$ ;  $p < .05$ ).

Na totalidade da escala, os participantes masculinos também obtêm uma pontuação média estatística significativamente superior,  $t(100) = 3.18$ ;  $p < .01$ ) à do sexo

feminino. A força do efeito, medido através do  $d$  de *Cohen*, indica um efeito forte em todas as dimensões que apresentaram diferenças significativas, Dignidade ( $d = .53$ ), Atividades Significativas ( $d = .54$ ), Competências Funcionais ( $d = .62$ ), Satisfação com os alimentos ( $d = .87$ ) e valor total da escala ( $d = .64$ ).

**Tabela 5. Diferença de médias nas dimensões do EQVF por sexo.**

	Masculino (N=44)		Feminino (N=58)		$t(100)$	$d$
	M	DP	M	DP		
Conforto	12.89	2.77	12.29	3.78	.88	.18
Competências Funcionais	11.80	.67	10.71	2.26	3.10**	.62
Privacidade	11.27	1.21	10.93	1.41	1.29	.26
Dignidade	15.80	.51	15.12	1.62	2.66**	.53
Atividades Significativas	11.52	1.21	10.59	2.05	2.69**	.54
Relacionamento	10.36	1.87	9.78	2.15	1.44	.29
Autonomia	11.43	1.00	10.69	1.85	2.41*	.48
Satisfação Alimentar	11.48	.98	10.22	1.72	4.34***	.87
Bem-estar Espiritual	12.39	2.48	12.78	2.85	-.72	-.14
Segurança	16.91	2.44	16.40	2.68	1.00	.20
Individualidade	18.73	1.91	17.62	2.72	2.30*	.46
Felicidade	11.43	2.20	11.10	2.63	.67	.13
Total	156.00	8.98	148.22	14.18	3.18**	.64

Nota: \*  $p < .05$  ; \*\*  $p < .01$  ; \*\*\*  $p < .001$

A nível da idade (ver Tabela 6) pode-se observar que os participantes mais novos (abaixo de 73 anos) apresentam valores médios estatísticos significativamente superiores em duas dimensões: Competências Funcionais,  $t(100) = 2.65$ ;  $p < .01$ ) e Atividades Significativas,  $t(100) = 2.43$ ;  $p < .05$ ), sendo a magnitude do efeito muito semelhante nos dois casos ( $d = .53$  e  $d = .49$ ), respetivamente. Nas restantes dimensões não se registaram diferenças significativas, o mesmo sucedendo com os valores relativos à totalidade da escala.

**Tabela 6. Diferença de médias nas dimensões do EQVF por idade.**

	< 73 (N=47)		≥ 73 (N=55)		<i>t</i> (100)	<i>d</i>
	M	DP	M	DP		
Conforto	13.11	3.36	12.07	3,35	1.54	.31
Competências Funcionais	11.68	.91	10.75	2,27	2.65**	.53
Privacidade	11.02	1.34	11.13	1,33	-.39	.08
Dignidade	15.34	.98	15.47	1,54	-.51	.10
Atividades Significativas	11.45	1.16	10.60	2,13	2.43*	.49
Relacionamento	10.09	2.02	9.98	2,09	.25	.05
Autonomia	11.15	1.23	10.89	1,82	.82	.16
Satisfação Alimentar	10.74	1.61	10.78	1.55	-.12	.02
Bem-estar Espiritual	12.45	2.70	12.75	2.70	-.56	.11
Segurança	16.28	2.60	16.91	2.54	-1.24	.25
Individualidade	17.96	2.46	18.22	2.47	-.53	.11
Felicidade	11.13	2.24	11.35	2.63	-.45	.09
Total	152.38	13.56	150.89	12.11	.59	-.12

Nota: \*  $p < .05$  ; \*\*  $p < .01$

A análise das intercorrelações entre as 12 subescalas da EQVF está representada na tabela 7, assim como a correlação de cada uma com o valor total da escala. A nível das dimensões, as correlações significativas situaram-se entre  $r = .16$  (Dignidade e Relacionamento) e  $r = .57$  (Competências Funcionais e Atividades Significativas). Todas as dimensões se correlacionaram de forma positiva, moderada a forte e significativa com o valor total da escala, com valores que se situaram entre  $r = .36$  (Dignidade) e  $r = .65$  (Satisfação com os Alimentos).

**Tabela 7. Intercorrelações entre as escalas do EQVF.**

	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	Total
1 - Conforto	.19	.19	.13	.32**	.24*	.05	.24*	.09	.14	.12	.24*	.56**
2 - Competências Funcionais		.30**	-.02	.57**	.18	.39**	.39**	.11	.10	.10	.14	.52**
3 - Privacidade			.06	.39**	.32**	.07	.18	.18	.23*	.14	.07	.47**
4 - Dignidade				.08	.16*	.20*	.19	.07	.00	.53**	.10	.36**
5 - Atividades Significativas					.37**	.26**	.46**	.27**	.15	.16	.10	.64**
6 - Relacionamento						.09	.41**	.27**	.23*	.32**	.18	.61**
7 - Autonomia							.25*	.04	.16	.12	-.02	.36**
8 - Satisfação com os alimentos								.23*	.15	.34**	.32**	.65**
9 - Bem-estar Espiritual									.04	.20*	.09	.45**
10 - Segurança										.39**	.07	.47**
11 - Individualidade											.05	.57**
12 - Felicidade												.42**

Nota: \*  $p < .05$  ; \*\*  $p < .01$

Foram seguidamente calculadas as correlações entre as dimensões da EQVF e duas outras variáveis, Atividades (correspondente ao número de atividades executadas) e Idade. Os resultados (tabela 8) mostram uma associação positiva e significativa entre o número de atividades desempenhadas e as Competências Funcionais ( $r = .26$ ;  $p < .01$ ), Atividades Significativas ( $r = .30$ ;  $p < .01$ ) e Bem Estar Espiritual ( $r = .27$ ;  $p < .01$ ). Por seu turno, a Idade está correlacionada de forma significativa, mas inversa, com as Competências Funcionais ( $r = .30$ ;  $p < .01$ ) e com as Atividades Significativas ( $r = -.28$ ;  $p < .01$ ).

**Tabela 8. Correlações entre as escalas do EQVF com o número de atividades e idade.**

	Atividades	Idade
Conforto	.12	-.17
Competências Funcionais	.26**	-.30**
Privacidade	.09	-.01
Dignidade	-.17	.11
Atividades Significativas	.30**	-.28**
Relacionamento	.04	-.06
Autonomia	-.08	-.14
Satisfação Alimentar	.09	-.08
Bem-estar Espiritual	.27**	.00
Segurança	-.17	.04
Individualidade	.06	.04
Felicidade	-.16	-.02
Total	.11	-.14

## **Capítulo 5 – Discussão dos Resultados**

## 5.1. Discussão dos Resultados

O objetivo desta investigação foi a Adaptação da Escala de Qualidade de Vida e Felicidade para os Idosos não Institucionalizados partindo da Escala de Qualidade de Vida para utentes de lar de idosos (Póvoa & Martín, 2010) e da Escala de Felicidade Subjetiva (Pais-Ribeiro, 2012)

Na caracterização demográfica verificou-se que a maior percentagem dos participantes deste estudo são do sexo feminino, e casados ou vivem em união de facto. Ao nível dos anos de escolaridade apresentaram uma percentagem de escolaridade média alta comparativamente com a amostra da investigação tomada como referência.

Inicialmente procedeu-se à adaptação das doze dimensões, Conforto, Competências Funcionais, Privacidade, Dignidade, Atividades Significativas, Relacionamento, Autonomia, Satisfação com os Alimentos, Bem-Estar Espiritual, Segurança, Individualidade e Felicidade. Todos os itens das doze dimensões foram adaptados para Idosos Não Institucionalizados. Através dos valores descritivos dos itens, da sua correlação com a dimensão a que pertenciam e do valor de *alpha* removendo o item, para a versão inicial da escala, procedeu-se à eliminação de nove itens, sendo um da dimensão Conforto (EQVC6), dois da dimensão de Competências Funcionais (EQVCF4 e EQVCF5), um da dimensão Dignidade (EQVD5), quatro da dimensão Atividades Significativas (EQVAS4, EQVAS5, EQVAS6 e EQVAS7) e um da dimensão Autonomia (EQVA4).

Segundo a análise descritiva de fidelidade das dimensões da EQVF conclui-se que apesar dos valores de consistência interna serem elevados em todas as dimensões, destacam-se os valores de Competências Funcionais, com *alpha de Cronbach* de .94 que se considera, que dentro dos limites das capacidades físicas e cognitivas do indivíduo, a pessoa é tão independente quanto quer ser. É uma dimensão da qualidade de vida que é extraordinariamente sensível ao ambiente físico em que vivem os idosos e os cuidados que recebem.

As Atividades Significativas com *alpha de Cronbach* de .90, são aquelas em que a pessoa percebe que a sua vida é constituída de atividades interessantes e significativas para ver e fazer. O que é significativo para cada um difere de acordo com o estado físico. A pessoa empenha-se em atividades ilimitadas que resultam em competências de autoafirmação ou de lazer ativo na prática de uma atividade.

Neste sentido e conforme revisão bibliográfica tem de haver preocupação em avaliar a qualidade de vida dos idosos de maneira a facultar a devida compreensão a toda a população sobre esta fase do ciclo de vida de forma a proporcionar e desenvolver estratégias que permitam melhorar as condições de vida dos mais velhos (Kirchengast & Haslinger, 2009).

Com *alphas de Cronbach* de .69 e .70, a Privacidade e a Segurança foram as dimensões que apresentaram valores mais baixos de fidelidade na Escala de EQVF. Sendo a Privacidade considerada como se a pessoa pode manter as informações pessoais confidenciais, se pode estar sozinho, se deseja estar com quem o visita em privado, pode-se entender um conceito idêntico ao da dignidade. São especificados alguns aspetos da vida privada como a solidão, intimidade, anonimato e reserva. Nesta dimensão sugerem-se algumas razões pela qual esse tipo de privacidade é necessário, ao exercício de autonomia, para conseguir libertar-se emocionalmente que é de especial importância em momentos de perda, choque ou dor, para realizar a própria autoavaliação, o que requer privacidade para reflexão. Em relação à Segurança, se as pessoas se sentem seguras e confiantes sobre a sua segurança pessoal. Se são capazes e acreditam que podem circular livremente e que seus bens estão seguros (Kane, 2003).

Ao analisar a diferença de médias nas dimensões da EQVF por sexo, verifica-se que existem diferenças estatisticamente significativas e com força de efeito forte nas dimensões de Competências Funcionais, Dignidade, Atividades Significativas e Satisfação Alimentar, com os homens a apresentar valores superiores aos das mulheres. Uma explicação para estes resultados poderá residir no facto de a independência de uma pessoa, que apesar de ter uma idade avançada, pode sentir que tem qualidade de vida, e já ter adquirido essa noção numa fase anterior da sua vida, e aí, as questões ligadas ao género, às diferenças na capacidade de ter um emprego e ao estilo de vida, são relevantes. Quando, ao referir os indicadores subjetivos como as competências funcionais, a dignidade, as atividades significativas e a satisfação alimentar, estes podem definir com maior conformidade a experiência de vida em relação às condições de vida de cada pessoa. São estes indicadores os mais utilizados para avaliar a qualidade de vida percebida (Diogo, 2003).

Quando se analisou em relação à idade a diferença de médias nas dimensões de EQVF, verificou-se que os participantes com idade inferior a setenta e três anos apresentam valores médios significativamente superiores nas dimensões Competências Funcionais e Atividades Significativas. Esta situação contraria a conclusão de Cameron (1975), que diz que

os sentimentos de felicidade, de tristeza e de bem-estar subjetivo não se deterioram com a idade, razão pela qual a maioria dos idosos têm uma satisfação de viver igual à dos jovens. O estudo de Neto (1999) refere que os idosos se mostram tão insatisfeitos ou satisfeitos com a vida como outros grupos etários, apesar dos problemas de saúde inerentes à idade, à situação financeiro, entre outros.

Ao correlacionarem-se as doze dimensões da EQVF, verificou-se que todas as dimensões se correlacionam de forma positiva, moderada a forte e estatisticamente significativa com o valor total da escala, o que fortalece a necessidade e possibilidade de adaptação da escala de qualidade de vida e felicidade em idosos não institucionalizados.

Por último, foi calculado o grau de associação entre as dimensões da EQVF e as Atividades, que corresponde ao número de atividades executadas e à idade. Desta análise resultou uma associação positiva e estatisticamente significativa entre as Atividades e as Competências Funcionais, as Atividades Significativas e o Bem-Estar Espiritual. O que está mencionado e comprovado pela literatura que refere que envelhecer bem é um processo heterogêneo e cada pessoa vive em contextos físicos, sociais e humanos diferentes e é portador de vivências e projetos de vida muito próprios. A qualidade de vida inclui uma visão ampliada de todas as áreas da vida (Walker, 2005).

Existem vários modelos de qualidade de vida que vão desde a satisfação com a vida ou bem-estar social a modelos baseados em conceitos de independência, controlo, competências sociais e cognitivas e até dimensões menos palpáveis, tais como o sentido de segurança, a dignidade pessoal, as oportunidades de atingir objetivos pessoais, a satisfação com a vida, a alegria e o sentido positivo de si. A satisfação é um conjunto variável de características sociais como religião, educação, família, cultura, entre outros, e são considerados fatores influenciadores do processo de envelhecimento (Osório & Pinto 2007).

Quanto mais seguro se sentir o idoso, maior vai ser a sua esperança, melhor a sua saúde mental e maior vai ser o seu desejo de se sentir saudável, satisfeito e com qualidade de vida. Para Figueira (2010), quanto maior for o aumento de qualidade de vida, maior é o índice de espiritualidade e saúde.

A idade por sua vez está correlacionada de forma estatisticamente significativa, mas inversa, com as Competências Funcionais e as Atividades Significativas o que quer dizer que conforme aumenta a idade, diminuem as Competências Funcionais e as Atividades Significativas o que é amplamente explicado ao longo de todo o enquadramento teórico.

## **Conclusão**

Como refere Whitbourne (2005), nos princípios fundamentais que estão associados ao adulto e ao envelhecimento, ao longo da vida vai havendo uma continuidade de alterações que nos acompanham, com o avançar da idade as mudanças vão-se consolidando com outras que ocorreram anteriormente. É um desenvolvimento contínuo ao longo dos anos, onde a idade não se considera responsável pelas novas características de cada um porque na velhice ninguém se transforma no que nunca foi (Whitbourne, 2005). De acordo com estudos existentes sobre personalidade de Costa e McCrae (1992), não existem grandes alterações dos traços de personalidade ao longo da vida nem crescimento significativo de traços de personalidade à medida que se envelhece o que pode confirmar a referência de Whitbourne (2005).

É comum a noção de que apenas os sobreviventes envelhecem, ou seja, pessoas com idades avançadas são as que sobreviveram a doenças, ameaças, catástrofes, etc., e isto porque herdaram um conjunto de genes favoráveis, optaram pelas melhores escolhas e assim conseguiram sobreviver a infortúnios. Segundo a teoria da seleção natural, seriam os mais velhos os selecionados, porque se adaptaram bem ao meio, e como portadores de características diferenciadas, com o envelhecimento também se encaminhariam para a individualidade e diferenciação, sendo este um conceito oposto ao do senso comum, que atribui características redutoras e negativas aos idosos. Whitbourne (2005) refere ainda que se deve diferenciar o envelhecimento consoante se possa considerar normal, patológico ou ótimo, sendo o normal ou primário referente às alterações próprias do avançar da idade, o patológico ou secundário aquele que é resultante das alterações provocadas por doença e, por fim, como ótimo o envelhecimento bem-sucedido, onde estão integradas estratégias de prevenção e de compensação que minimizam os efeitos de envelhecimento (Whitbourne, 2005).

Este trabalho reviu questões relevantes para a área de avaliação psicológica. Faz também uma revisão teórica das principais influências, modelos, críticas e mudanças que têm marcado o desenvolvimento do envelhecimento na Psicologia Clínica. O campo da avaliação psicológica abarca hoje uma pluralidade de práticas diagnósticas que podem ou não recorrer a instrumentos estruturados e padronizados, como os testes psicológicos, bem como a outras técnicas e procedimentos menos estruturados. A flexibilidade na escolha de determinada estratégia, ou instrumentos é influenciada pela experiência do profissional, referencial teórico

e objetivo. O contexto e as novas demandas da Psicologia também influenciam na escolha. Quando adotados, os procedimentos clínicos de diagnóstico e avaliação psicológica em geral carecem de adaptações para atender às peculiaridades de cada caso. Perante isto, considera-se de fundamental importância a atualização, adaptação e aferição dos instrumentos de avaliação.

Os instrumentos desenvolvidos noutros países e noutros contextos, muitos deles são apenas traduzidos para o português sem serem submetidos a estudos de adaptação ou de validação com amostras portuguesas. Por este motivo é de grande importância a Adaptação e Aferição de instrumentos psicológicos específicos a cada área e respetiva faixa etária para a população portuguesa.

## Referências Bibliográficas

- Auquier, P. & Simeoni, M. (1997). Approches théoriques et methodologiques de la qualité de la vie à la santé. *Revue Prevenir* 33, 77-86.
- Baltes, P. & Baltes, M. (1990). *Successful aging: Perspectives from the behavioral Sciences*. New York: Cambridge University Press.
- Baltes, P. & Smith, J. (2003). New frontiers in the future of aging: From successful aging of the young old to the dilemmas of the fourth age. *Gerontology*, 49, 123-135. doi: 10.1159/000067946.
- Baltes, P. & Smith, J. (2004). Life span psychology: From developmental contextualism to developmental biocultural co-constructivism. *Research in Human Development*, 1 (3), 123–143. doi:10.1207/s15427617rhd0103\_1.
- Baltes, P. (1987). Theoretical propositions of life-span developmental psychology: On the dynamics between growth and decline. *Developmental Psychology*, 23 (5), 611-624. doi: 10.1037/0012-1649.23.5.611.
- Baltes, P. (1997). On the incomplete architecture of human ontogeny: Selection, optimization, and compensation as foundation of developmental theory. *American Psychologist*, 52, 366–380. doi: 10.1037/0003-066X.52.4.366.
- Barros, J. (2004). *Psicologia Positiva*. Porto. Asa.
- Busse, E. & Blazer, D. (1996). *Textbook of geriatric psychiatry*. Washington: American Psychiatric Press.
- Busse, E. & Blazer, D. (1999). *Psiquiatria Geriátrica* (2 ed.). São Paulo: Editora Artmed.
- Cameron P. (1975). Mood as an indicant of happiness: age, sex, social class, and situational differences. *J Gerontol.*, 30 (2), 216-24.
- Caporicci, S. & Neto, M. (2011). Estudo comparativo de idosos activos e inactivos através da avaliação das actividades da vida diária e medição da qualidade de vida. *Revista Motricidade*, 7, (2), 15-24.
- Carneiro, R., Chau, F., Soares, C., Fialho, J. & Sacadura, M. (2012). *O Envelhecimento da População: Dependência, Activação e Qualidade*. Centro de estudos dos povos e culturas de Expressão portuguesa. Faculdade de Ciências Humanas. Universidade Católica Portuguesa. Lisboa.

- Carvalho, M. (2009). Os cuidados familiares prestados às pessoas idosas em situação de dependência: características do apoio informal familiar em Portugal. *Revista Kairós*, 12 (1), 77-96. ISSN 2176-901X.
- Cerqueira, M. (2010). *Imagens do Envelhecimento e da Velhice: Um estudo na população portuguesa*. Aveiro: Universidade de Aveiro. Dissertação de Doutoramento.
- Costa, P. & McCrae, R. (1992). *Comparability of alternative measures of the five-factor model in peer ratings*. Paper presented at the Annual Convention of the American Psychological Society, San Diego.
- Chatters, L. (1988). Subjective well-being evaluations among older black Americans. *Psychology and Aging*, 13, 184-190. doi: 10.1037/0882-7974.3.2.184.
- Diener, E. (2006). Guidelines for national indicators of subjective well-being and ill-being. *Applied Research in Quality of Life*, 1, 151–157. doi:10.1007/s11482-006-9007-x.
- Diener, E., Scollon, C. & Lucas, R. (2003). The evolving concept of subjective well-being: The multifaceted nature of happiness. *Advances in Cell Aging and Gerontology*, 15, 187-219, doi: 10.1007/978-90-481-2354-4\_4.
- Diener, E.; Suh, E. & Oishi, S. (1997). Recent findings on subjective well-being. *Indian Journal of Clinical Psychology*, 24 (1), 25-41.
- Diogo, M. (2003). Satisfação global com a vida e determinadas dimensões entre idosos com amputação de membros inferiores. *Revista Panamericana de Saúde Pública*, (13), 395-400.
- Direcção Geral de Saúde [DGS], 2004. *Programa Nacional para a Saúde das Pessoas idosas*. Lisboa:, 2004. Acedido em 12 de Fevereiro de 2015 em: <http://www.dgs.pt/upload/membro.id/ficheiros/i008279.pdf>.
- European Commission [EC], 2012. *Comissão Europeia - Plano de Acção no domínio Tecnologias da Informação e das Comunicações e Envelhecimento*. Brussels: European Commission. Acedido em 20 de Fevereiro de 2015 em: [www.qren.pt/download.php?id=50](http://www.qren.pt/download.php?id=50).
- Feist, G., Bodner, T., Jacobs, J., Miles, M., & Tan, V. (1995). Integrating top-down and bottom-up structural models of subjective well-being: a longitudinal investigation. *Journal of Personality and Social Psychology*, 68, 138-150. doi: 10.1037/0022-3514.68.1.138

- Fernández-Mayoralas, G., Rojo, F., Prieto, M., León, B., Martínez, P. & Forjaz, J. (2007). *El significado de la salud en la calidad de vida de los mayores*. Disponível em: <http://imsersomayores.csic.es/documentos/documentos/fernandezmayoralassignificado-01.pdf>.
- Figueira, A. (2010) - *Qualidade de Vida e Espiritualidade em Pessoas Idosas*. Aveiro: Universidade de Aveiro. Dissertação de Mestrado.
- Fonseca, A. (2006). *O Envelhecimento: Uma abordagem psicológica*. Porto: Universidade Católica Edições.
- Fordyce, M. (1983). A program to increase happiness: further studies. *Journal of Counseling Psychology*, 30, 483-498. doi:10.1037//0022-0167.30.4.483
- Fortunato, P. & Simões, F. (2010). *Envelhecer bem: um estudo sobre qualidade de vida e espiritualidade*. Aveiro – Universidade de Aveiro. Dissertação de Mestrado.
- Freire, S. & Rabelo, D. (2004). Qualidade de vida e bem-estar subjectivo: um estudo em asilos. In: J. Ribeiro e I. Leal (Orgs.), *Actas do 5º Congresso Nacional de Psicologia da Saúde*. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.
- Galinha, I. & Ribeiro, J. (2005). Contribuição para o estudo da versão portuguesa da Positive and Negative Affect Schedule (PANAS): II – Estudo psicométrico. *Análise Psicológica*, 2 (XXIII), 219-227. ISSN 0870-8231.
- Gianchello, A. (1996). Health outcomes research in Hispanics/Latinos. *Journal of Medical Systems*, 21(5): 235-254. doi: 10.1007/BF02257038.
- Guedea, M., Albuquerque, F., Tróccoli, B., Noriega, J., Seabra, M. & Guedea, R. (2006). Relação do bem-estar subjectivo, estratégias de enfrentamento e apoio social em idosos. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 19 (2), 301-308. doi: 10.1590/S0102-79722006000200017.
- Hamilton, I. (2002). *A psicologia do Envelhecimento: uma introdução*. (3º ed.). São Paulo: ARTEMED.
- Havighurst, R. (1953). *Older People*. Nova Iorque: Mckay.
- Instituto Nacional de Estatística [INE] (2011). *População residente em 2001 e 2011, segundo os grupos etários e sua evolução entre 2001 e 2011*. Censos. Instituto Nacional de Estatística. Lisboa.
- Kane, R. (2001). Long-Term Care and a Good Quality of Life: Bringing Them Close Together. *The Gerontologist*, 41(3), 293-304. doi: 10.1093/geront/41.3.293.

- Kane, R. (2003). Definition, Measurement, and Correlates of Quality of Life in Nursing Homes: Toward a Reasonable Practice, Research, and Policy Agenda. *The Gerontologist*, 43, Special Issue II, 28-36. doi: 10.1093/geront/43.suppl\_2.28.
- Kane, R., Kling, K., Bershadsky, B., Kane, R., Gilis, K., Degenholtz, H., Liu, J. & Cutler, L. (2003). Quality of Life Measures for Nursing Home Residents. *Journal of Gerontology: Medical Sciences*, 58 A (3), 240-248. doi: 10.1093/gerona/58.3.M240.
- Kane, R., Rockwood, T., Hyer, K., Desjardins, K., Brassard, A., Gessert, C. & Kane, R. (2005). Rating Importance of Nursing Home Residents' Quality of Life. *Journal of the American Geriatrics Society*, 53, 2076-2082.
- Kaskie, B., Gregory, D. & Gilder, R. (2009). Community Mental Health Service Use by Older Adults with Dementia. *Psychological Services*, 6 (1), 56-67. doi: 10.1037/a0014438.
- Kirchengast, S. & Haslinger, B. (2009). Even mild depression reduces health related quality of life (HRQL) among healthy elderly. *Journal of Medical Psychology*. 1,1.
- Li, S. & Freund, A. (2005). Advances in lifespan psychology: A focus on biocultural and personal influences. *Research in Human Development*, 2 (1 & 2), 1-23. doi: 10.1111/j.1467-8624.2009.01378.x.
- Lucas, R., Diener, E. & Suh, E. (1996). Discriminant validity of well-being measures. *Journal of Personality and Social Psychology*, 71, 616-628. doi.org/10.1037/0003-066X.55.1.34.
- Lyubomirsky, S. & Lepper, H. (1999). A measure of subjective happiness: preliminary reliability and construct validation. *Social Indicators Research*, 46, 137-155. doi 10.1023/A: 1006824100041.
- Lyubomirsky, S. (2001). Why are some people happier than others? The role of cognitive and motivational processes in well-being. *American Psychologist*, 26, 239-249. doi:10.1037//0003-066X.56.3.239.
- Mailloux-Poirie, D. (1995). Teorias do Envelhecimento. In M. D.-P. Louise Berger, *Pessoas Idosas Uma Abordagem Global Processos de Enfermagem por Necessidade* (pp. 99-105). Lisboa: Lusodiacta. doi.org/10.1590/S0104-11692002000200015.
- Marques, S. (2011). *Discriminação da terceira idade*. Coleção de Ensaios da Fundação Francisco Manuel dos Santos.

- Martínez, M. & Garcia, M. (1994). La autopercepción de la salud y el bienestar psicológico como indicador de la calidad de vida percebida en la vejez. *Revista de Psicología de la Salud*, 6, 54-74.
- Mauritti, R. (2004). Padrões de vida na velhice. *Análise Social*, 39 (171), 339-363.
- Neri, A. (2001). Paradigmas Contemporâneos sobre o Desenvolvimento Humano em Psicologia e Sociologia. In A. L. Neri, *Desenvolvimento e Envelhecimento perspectivas biológicas, psicológicas e sociológicas* (p. 17). Campinas: Papirus Editores.
- Neto, F. (1999). As pessoas idosas são pessoas: aspectos Psico-sociais do envelhecimento. *Psicologia Educação e Cultura*, 3 (2), 297-322.
- Organização Mundial de Saúde [OMS] (2002). *Active Aging. A policy Framework*. Genebra. Organização Mundial de Saúde.
- Osório, A. & Pinto, F. (2007). *As Pessoas Idosas Contexto Social e Intervenção Educativa*. Lisboa: Instituto Piaget.
- Pais-Ribeiro, J. (2009). A importância da qualidade de vida para a psicologia da saúde. In: J. Cruz, S. de Jesus, & C. Nunes (Coords.). *Bem-Estar e Qualidade de Vida* (pp.31-49). Alcochete: Textiverso.
- Pais-Ribeiro, J. (2012). Validação transcultural da escala de felicidade subjetiva de Lyubomirsky e Lepper. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 13 (2), 157 – 168. ISSN 1645-0086.
- Paúl, C. (2005). Envelhecimento activo e redes suporte social. *Revista Sociologia*, 15, 275-287.
- Pereira, A., Rodrigues, C., Silva, C., Loureiro, J., Miranda, J., Gonçalves, ... & Fernandes, T. (2014). *Por onde vai o estado social em Portugal?* Vida Económica-Editorial SA. Porto. p. 147. ISBN: 978-972-788-970-9.
- Pérez A. (2006). *El cuidador primario de familiares con dependencia: Calidad de vida, apoyo social y salud mental*. Salamanca: Facultad de Medicina, Universidad de Salamanca, p. 90.
- Póvoa, V. & Martín, I. (2010). *Escala de Qualidade de Vida para Utentes de Lar de Idosos*. Unpublished manuscript, Unidade de Investigação e Formação sobre Adultos e Idosos. Porto. Portugal.
-

- Ramm, D. (1996). Clinically formulated principles of morality. *New Ideas in Psychology*, 14, 237-256. doi:10.1016/S0732-118X(96)00018-9
- Rojo-Pérez, F., Fernández-Mayoralas, G., Forjaz, M., Delgado-Sanz, M., Ahmed-Mohamed, K. & Martínez-Martín, P. (2009). *Población mayor, Calidad de Vida y redes de apoyo: demanda y prestación de cuidados en el seno familiar*. Madrid: Escuela Nacional de Sanidad, Instituto de Salud Carlos III. Ministerio de Ciencia e Innovación; p.127.
- Rossel, N., Herrera, R. & Rico, M. (2004). *Introducción a La Psicogerontología*. Madrid: Ediciones Piramides.
- Rossell, N. (2004). Hipótesis psicológicas, biológicas y sociológicas. In N. Y. Rossel, R. R. Herrera, & M. A. Rico, *Introducción a La Psicogerontología*. (pp. 81-84). Madrid: Ediciones Piramides.
- Santana, J., Tavares, M. & Pereira, E. (2012). Programa de actividade física e de lazer melhora capacidade funcional de idosos Institucionalizados. *Revista Motricidade*, 8, 725-733.
- Sequeira, C. (2007). *Cuidar de idosos dependentes*. Coimbra: Quarteto Editora.
- Serrão, D. (2006). Seniores: um novo estrato social. In Paula Frassinetti (Ed.) *Intervenção social. Saberes e contextos*. (pp. 129-137). Porto: Escola Superior de Educação Porto.
- Veenhoven, R. (1996). The Study of Life Satisfaction. In W.E. Saris, R. Veenhoven, A.C. Scherpenzeel, & B. Bunting (Eds.), *A Comparative Study of Satisfaction With Life in Europe* (pp 11-48). Eötvös: University Press.
- Veenhoven, R. (2007). *Measures of Gross National Happiness*. In: OECD World Economic Forum on Statistics – Roundtable on “Measuring, Knowledge and Policy. Istanbul.
- Vega, J. & Martínez, B. (2000). *Desarrollo Adulto y Envejecimiento*. (2º ed.). Madrid: EditorialL Síntesis, S.A.
- Vieira, E. (2003). *Instituições geriátricas: avanço ou retrocesso* (1ª ed.). Rio de Janeiro: Revinter.
- Walker, A. (2005). A European perspective on quality of life in old age. *Eur. J. Ageing*. 2: 2-12.
- Whitbourne, S. (2005). *Adult development and aging: Biopsychosocial perspectives*. N. J.: Wiley.
-

World Health Organization Quality of Life [WHOQOL] Group. (1994). Development of the WHOQOL: Rationale and Current Status. *International Journal of Mental Health*, 23(3), 24-56.

Zamarrón, M. (2006). *El bienestar subjetivo en la vejez*. Madrid: Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales Secretaría General de Asuntos Sociales, IMSERSO. Acedido em 24 de Janeiro de 2015 em: <http://www.imsersomayores.csic.es/documentos/documentos/zamarronbienestar-pdf>.

## **ANEXOS**

## **Anexo I – Protocolo de Investigação**

**Universidade Lusófona de Humanidades e Tecnologias**

Escola de Psicologia e Ciências da Vida

Mestrado de Psicologia Clínica e da Saúde

**CONSENTIMENTO INFORMADO**

Caro Participante,

No âmbito da Dissertação de Mestrado em Psicologia Clínica e da Saúde, está a ser realizado a adaptação da Escala de Qualidade de Vida para Idosos Não Institucionalizados.

A participação neste estudo tem um carácter **voluntário**. O participante tem a possibilidade, por motivos éticos, de negar a participação ou de se retirar do estudo a qualquer momento, sempre que assim o entender.

Os dados recolhidos são de carácter **anónimo e confidencial**. Não serão referenciados os nomes dos participantes, salvaguardando o princípio da identidade e confidencialidade.

Não há resposta certa nem errada, apenas se pretende a sua opinião sincera.

Por favor, certifique-se que responde a todas as secções dos questionários de forma a validar a sua participação neste estudo.

Obrigado pela sua colaboração!

### Dados Demográficos

1. **Idade:** \_\_\_\_\_

2. **Sexo:** Masculino  Feminino

3. **Número de anos de Escolaridade completos:** \_\_\_\_\_

4. **Situação Profissional:**

Reformado:  Activo:

5. **Estado Civil:**

Solteiro  Casado/ União de Facto  Divorciado  Viúvo

6. **Tem filhos?**

Não  Sim

7. **Durante a infância onde foi educado?**

Cidade  Campo

8. **Faz alguma actividade?**

Não  Sim   
Ginástica  Pintura  Lances  Dança   
Canto  Leitura  Teatro   
Outras Actividades  Quais? \_\_\_\_\_

9. **Observações:**

<hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/>
---

Obrigado pela sua Colaboração!

---

## Escala de Qualidade de Vida para Idosos não Institucionalizados

(Adaptado da Escala de Qualidade de Vida para Utentes de Lar de Idosos

de Kane et al., 2003; versão portuguesa de Póvoa e Martín, 2010)

As seguintes questões estão relacionadas com aspectos da sua qualidade de vida enquanto idoso não institucionalizado. Responda colocando uma cruz na alternativa que melhor descreva a sua situação. Por favor responda com o máximo de sinceridade.

<b>Escala de Conforto:</b> As primeiras perguntas são sobre o seu nível de conforto e a ajuda que recebe para ficar mais confortável.	Muitas vezes	Às vezes	Raramente	Nunca
1. Costuma sentir frio na sua Casa?				
2. Quando está muito tempo na mesma posição costuma ter dores?				
3. Costuma ter dores?				
4. Costuma ficar incomodado(a) por barulhos quando está na sua casa?				
5. Costuma ser incomodado por barulhos quando está noutros sítios da sua casa?				
6. Consegue dormir bem na sua casa?				

<b>Escala de Competências Funcionais:</b> As próximas perguntas são sobre a facilidade que tem em fazer coisas que quer fazer.	Muitas vezes	Às vezes	Raramente	Nunca
1. Consegue andar sozinho facilmente em toda a sua casa?				
2. Consegue chegar facilmente às coisas que precisa?				
3. Consegue chegar rapidamente a uma casa de banho?				
4. Consegue chegar às suas coisas de higiene pessoal quando está na casa de banho? (exemplo: o sabonete)				
5. Consegue cuidar das suas coisas incluindo da sua casa?				

<b>Escala de Privacidade:</b> As próximas perguntas são sobre a privacidade ou a falta de privacidade.	Muitas vezes	Às vezes	Raramente	Nunca
1. Consegue ficar sozinho quando lhe apetece?				
2. Consegue falar ao telefone sem que ninguém esteja por perto?				
3. Consegue ficar sozinho com uma visita?				

<b>Escala de Dignidade:</b> As próximas perguntas são sobre o respeito pela sua dignidade.	Muitas vezes	Às vezes	Raramente	Nunca
1. As pessoas com quem vive tratam-no com educação?				
2. Sente que é tratado com respeito?				
3. As pessoas com quem vive tratam-no com cuidado?				
4. As pessoas com quem vive respeitam a sua privacidade?				
5. Quando lhe apetece falar de si costumam ouvi-lo?				

<b>Escala de Actividades Significativas:</b> Agora serão colocadas perguntas sobre como passa o seu tempo.	Muitas vezes	Às vezes	Raramente	Nunca
1. Costuma sair de casa?				
2. Sai de casa quando quer?				
3. Quantas vezes sai de casa?				
4. Gosta das actividades que faz em casa?				
5. Costuma ir às celebrações religiosas ao fim de semana e faz mais alguma coisa em especial com a família ou amigos?				

6. Costuma ajudar outras pessoas, como por exemplo, a família, vizinhos ou outras pessoas de fora?				
7. Os dias parecem-lhe demasiado longos?				

<b>Escala de Relacionamento:</b> As próximas perguntas são sobre os seus relacionamentos.	Muitas vezes	Às vezes	Raramente	Nunca
1. É fácil fazer amigos?				
2. No último mês alguém parou para falar consigo como amigo?				
3. Acha que os familiares facilitam e tentam ser agradáveis para que os amigos o venham visitar?				

<b>Escala de Autonomia:</b> As próximas perguntas são sobre as escolhas e o controlo que tem em casa.	Muitas vezes	Às vezes	Raramente	Nunca
1. Pode ir para a cama à hora que quiser?				
2. Pode levantar-se de manhã à hora que quiser?				
3. Pode decidir a roupa que quer vestir?				
4. Consegue mudar coisas e coloca-las à sua maneira?				

<b>Escala de Satisfação com os alimentos:</b> As próximas três perguntas são sobre as suas experiências com a alimentação em casa.	Muitas vezes	Às vezes	Raramente	Nunca
1. Gosta da comida?				
2. Gosta que chegue a hora das refeições?				
3. Consegue comer os seus pratos preferidos?				

<b>Escala de Bem-estar Espiritual:</b> As próximas perguntas são sobre a sua vida espiritual.	Muitas vezes	Às vezes	Raramente	Nunca
1. Participa nas celebrações religiosas?				
2. As celebrações religiosas são importantes para si?				
3. Sente que a sua vida tem sentido?				
4. Sente-se em paz?				
<b>Escala de Segurança:</b> O próximo conjunto de perguntas é sobre se se sente seguro em casa.	Muitas vezes	Às vezes	Raramente	Nunca
1. Sente que os seus bens estão seguros em sua casa?				
2. As suas roupas ficam estragadas ou perdem-se quando vão para lavar?				
3. Sente que tem ajuda quando precisa?				
4. Se se sentir mal consegue uma enfermeira ou um médico rapidamente?				
5. Alguma vez sentiu medo pela maneira como foi tratado?				

<b>Escala de Individualidade:</b> As próximas perguntas são sobre as suas preferências na sua vida.	Muitas vezes	Às vezes	Raramente	Nunca
1. As pessoas com quem convive sabem do que gosta?				
2. As pessoas com quem convive conhecem-no bem?				
3. As pessoas com quem convive interessam-se pelo que fez na sua vida?				
4. As pessoas com quem convive levam a sério as suas preferências?				
5. Os seus interesses e desejos pessoais são respeitados em casa?				

---

<b>Escala de Felicidade:</b> As próximas perguntas são para saber como melhor se descreve como pessoa	Muitas vezes	Às vezes	Raramente	Nunca
1. Em geral considera-se uma pessoa feliz?				
2. Comparando-se com as outras pessoas, sente que é mais feliz que eles?				
3. Algumas pessoas mostram-se muito felizes independentemente do que se passa à sua volta e conseguem o melhor do que está disponível. Até que ponto se considera assim?				
4. Algumas pessoas mostram-se pouco felizes independentemente do que se passa à sua volta. Não estão deprimidas mas não mostram que estão felizes tanto como poderiam ser. Até que ponto se considera assim?				