

**U. PORTO**



**INSTITUTO DE CIÊNCIAS BIOMÉDICAS ABEL SALAZAR**  
UNIVERSIDADE DO PORTO

# **QUALIDADE DE VIDA E BEM-ESTAR DE PESSOAS IDOSAS RESIDENTES EM EQUIPAMENTOS SOCIAIS**

**MARIA CLARA RODRIGUES MORAIS DA ROCHA**

**Dissertação de Mestrado em Medicina Legal**

**2013**

MARIA CLARA RODRIGUES MORAIS DA ROCHA

**QUALIDADE DE VIDA E BEM-ESTAR DE PESSOAS IDOSAS  
RESIDENTES EM EQUIPAMENTOS SOCIAIS**

Dissertação de Candidatura ao grau de Mestre  
em Medicina Legal submetida ao Instituto de  
Ciências Biomédicas Abel Salazar da  
Universidade do Porto.

Orientador – Prof. <sup>o</sup> Dr. José Ferreira Aves  
Categoria – Professor  
Afiliação: Universidade do Minho

Coorientadora – Dr<sup>a</sup> Clara Lago Costa  
Categoria – Assistente Social

## **AGRADECIMENTOS**

Os meus agradecimentos são dirigidos a todos aqueles que diretamente ou indiretamente tornaram possível a concretização deste trabalho.

Ao Prof<sup>o</sup> DR.<sup>o</sup> José Ferreira Alves e á Dr<sup>a</sup> Clara Lago pela partilha de conhecimentos, pela orientação e pelo espírito crítico que muito contibuíram para a realização da dissertação.

Á Direcção e aos profissionais das Instituições onde foi feita a recolha de dados, por terem aceite a proposta com agrado e por me terem acolhido tão calorosamente.

Aos residentes das Instituições que colaboraram no preenchimento dos questionarios,sem eles este estudo não teria sido possível.

Á Prof.<sup>a</sup> M.José Pinto da Costa,orientadora e coordenadora do Mestrado em Medicina Legal ,pela amizade , carinho e por estar sempre disponível e presente nas horas difíceis.

Aos meus “ Trigémeos “,pela paciencia, força e compreensão.

Ao meu marido pela compreensão e motivação.

Á minha Querida Mãe por tudo .

A todos, o meu muito obrigada !

## Índice Geral

	Pág.
Resumo .....	2
Abstract .....	3
Introdução Geral .....	3
<b>Primeira Parte – Revisão da Literatura</b>	
1. Institucionalização .....	5
1.1. Idosos residentes em equipamentos sociais .....	5
2. Qualidade de vida na população idosa .....	6
2.1. Definição e caracterização de qualidade de vida .....	6
2.2. Modelos de qualidade de vida .....	7
2.3. Qualidade de vida da população idosa residente em equipamentos sociais..	8
<b>Segunda Parte – Estudo Empírico</b>	
3. Metodologia .....	10
3.1. Objetivos e <i>design</i> de estudo .....	10
3.2. Variáveis em estudo .....	10
3.3. Procedimentos de recolha de dados .....	10
3.4. Participantes .....	11
3.5. Material .....	12
3.6. Procedimentos de análise dos dados .....	15
4. Apresentação dos resultados .....	16
5. Discussão dos Resultados .....	19
6. Conclusão .....	20
7. Limitações e implicações futuras .....	21
Referências Bibliográficas .....	22

# **Qualidade de vida e bem-estar de pessoas idosas residentes em equipamentos sociais**

Maria Clara Morais

@.

Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar

## **Resumo**

As alterações demográficas das últimas décadas, revelam verificar-se um aumento da longevidade da pessoa idosa, a par de um aumento de situações sociais que, por sua vez implicam um aumento de pessoas a viver em residências assistidas, também chamadas “lares de idosos”.

A entrada da pessoa idosa em equipamento social deste âmbito, não é muitas vezes preparada, nem a sua integração e adaptação. A experiência de um mundo distinto do que vivia até então, a existência de regras padronizadas de comportamento coletivo bem como o reforço da inatividade e algumas vezes um maior isolamento social podem ser fatores que contribuem para a insatisfação com a vida e diminuição da sua qualidade. Diversos investigadores têm apontado as variáveis referidas anteriormente como determinantes na qualidade de vida e bem-estar da pessoa idosa. Estes fatores tornam imperativo conhecer a qualidade de vida das pessoas que vivem em equipamentos sociais. Embora os equipamentos sociais para apoio a pessoas idosas tenham vindo aparentemente a melhorar os seus recursos humanos e a sua formação por imperativos legislativos, o seu efeito sobre a qualidade de vida dos seus utentes não é conhecido da literatura científica. Assim, com este estudo, pretende-se avaliar a qualidade de vida e bem-estar dos idosos, através de uma amostra de residentes de equipamentos sociais para pessoas idosas e ao mesmo tempo, fazer uma recolha de qualidades psicométricas bem como do bem-estar um instrumento breve de avaliação da qualidade de vida. A amostra é constituída por 72 residentes em 7 equipamentos sociais, sem sintomas de défice cognitivo, com mais de 65 anos de ambos os géneros; Instrumentos: de análise de Avaliação da Qualidade de Vida WHOQOL-Bref, o MINI- COG, CASP-19. Os resultados evidenciam que as pessoas idosas mostram elevada satisfação ao nível da auto-realização e autonomia e menor satisfação relativamente ao prazer e controlo. Para além disso, avaliam a qualidade de vida como satisfatória / boa em todos os domínios (físico, psicológico, social e ambiental). Acrescenta-se que foi observada uma associação positiva entre todas as dimensões do Whoqol-Bref e do Casp 19. Por fim, não foi observada uma variação da qualidade e bem-estar em função do tipo de doença. O estudo nesta área mostra-se cada vez mais pertinente tendo em conta o aumento da população idosa e necessidade de intervenções cada vez mais direccionadas e eficazes.

**Palavras – chave:** Adultos Idosos, equipamentos sociais para pessoas idosas; Qualidade de vida; CASP 19.

### **Abstract**

Result of demographic changes in recent decades, there has been an increase in longevity of the elderly along with an increase of social situations that involve an increase in people living in assisted living, also called "nursing homes".

The entrance of the elderly in a residence or social equipment is often not prepared and retention and adaptation of the elderly is not accompanied. The experience of a different world than lived up to then, the existence of standardized rules of collective behavior and the strengthening of inactivity and sometimes social isolation may be factors contributing to dissatisfaction with life and lowering their quality. Investigated in many have pointed out previously mentioned variables as determinants of quality of life and well-being of the elderly. These factors make it imperative to know the quality of life of people living in social. Although equipment for social support for the elderly have been apparently improve their frameworks and training of its staff by legislative imperatives, its effect on the quality of life of its users is not known from the scientific literature.

This study aims to evaluate the quality of life and well-being of a sample of residents of social facilities for the elderly and make the same time a collection of psychometric properties and predictive power of the welfare of a brief instrument assessing quality of life. Participants: 49 residents in seven social facilities, with no symptoms of cognitive impairment, with over 65 years of both genders; instruments: the scale Assessment of Quality of Life WHOQOL-Bref, the MINI-COG, CASP-19. The results show that older people assess the quality of life as average in all areas analyzed.

**Keywords:** older adults, residential facilities, quality of life, CASP 19.

---

Com uma frequência quase diária somos confrontados com notícias de pessoas idosas institucionalizadas e os meios de comunicação a lembrarem o fenómeno do envelhecimento demográfico em Portugal. Contudo, este não é um fenómeno que se circunscreve, apenas, a Portugal, mas também a uma diversidade de outros países. A organização das nações Unidas (ONU) em 2012 indica que o número de pessoas idosas (com 60 ou mais anos) duplicará, passando de 600 milhões para 1200 milhões. O aumento

da esperança média de vida está a tornar-se um fenómeno social preocupante em termos políticos, económicos e sociais.

Segundo Ribeiro (1994) o envelhecimento é caracterizado essencialmente por uma série de alterações morfo-funcionais, bioquímicas e psicológicas que ocorrem durante todo o ciclo vital. Com todas estas alterações inerentes à nova condição da pessoa idosa questionamo-nos sobre a qualidade de vida e bem-estar das pessoas idosas institucionalizadas em equipamentos sociais. Com esta questão em mente delineamos o estudo de investigação, com o intuito de perceber a qualidade de vida das pessoas idosas a viver em equipamentos sociais.

Algumas pessoas idosas conseguem adaptar-se à sua nova condição física e psicológica, independentemente das suas limitações. No entanto, existem outros em que a situação é inversa e as suas alterações físicas e psicológicas são de tal ordem que necessitam de recorrer ao internamento em equipamentos sociais.

A transição para os equipamentos sociais significa para muitos a rutura com os familiares, amigos e com todos aqueles com que se identificam, bem como a crescente preocupação com a qualidade de vida nesta população. Estes fatores exigem que se criem novas respostas e novos recursos de apoio. Atualmente, as principais respostas que são direccionadas para a população idosa encontram-se inteiramente ligadas ao âmbito social (lares, centros de dia...). Desta forma, o estado no que concerne às respostas no âmbito social tem procurado manter a qualidade de vida da pessoa idosa, na medida em que permite que esta população integre um equipamento social acolhedor próximo da sua residência.

Falar de qualidade de vida, implica articular com saúde. A Organização Mundial de Saúde - OMS (1947) definiu saúde como *estado de bem-estar físico, mental e social e que não consiste somente numa ausência de doença ou de enfermidade*. Repetem-se os argumentos quando a Organização Mundial de Saúde – OMS, em 1994, anuncia a qualidade de vida como sendo *a percepção que o indivíduo tem da sua atitude na vida, no contexto onde está inserido, tendo em conta a cultura, os valores, objectivo de vida, relações sociais e perspectivas de vida* (p.11)

Consideramos que a promoção da saúde e qualidade de vida são os objetivos mais importantes, pois é fundamental que o idoso aprenda a lidar com as transformações do seu corpo e tire proveito das suas condições físicas e psicológicas, no sentido de prevenir possíveis défices na saúde e promover a sua autonomia.

Com todas estas alterações inerentes ao idoso, questionamo-nos: “Que qualidade de vida para a pessoa idosa residente em equipamentos sociais?”

E com esta questão em mente, delineamos o presente tema de investigação, no sentido de verificar qual a percepção que a população idosa institucionalizada possui acerca

da sua qualidade de vida. Para tal, Neste estudo participaram 72 residentes em 7 equipamentos sociais, sem sintomas de déficit cognitivo, com mais de 65 anos de ambos os géneros e foram utilizados os seguintes Instrumentos: a escala de Avaliação da Qualidade de Vida WHOQOL-Bref (destina-se a avaliar a qualidade de vida dos indivíduos adultos) o MINI- COG(para avaliar a capacidade cognitiva da nossa amostra) e o CAPS-19 é um instrumento que pretende analisar os sentimentos dos sujeitos perante a sua vida.

Muitas pessoas idosas conseguem adaptar-se à velhice como mais uma fase da vida, independentemente das suas limitações físicas. Mas existem outros em que a situação é o inverso e têm alterações de tal ordem que necessitam de internamento em lares, o motivo da entrada no equipamento social é geralmente a incapacidade de resposta satisfatória por parte do meio sociofamiliar.

Perante o envelhecimento progressivo da população, a sociedade civil e o Estado tiveram que se organizar e criar condições para acolher o número crescente de população idosa e promover a sua qualidade de vida. De acordo com o decreto-lei 64/2007, as principais respostas direccionadas para a população idosa são as relacionadas com a saúde (hospitais, hospitais de retaguarda ou geriátricos, apoio domiciliário integrado , ...) e no âmbito social (lares, centros de dia, serviços de apoio domiciliário, rede nacional de cuidados continuados...). Da mesma forma, foram criadas respostas sociais, quer privadas quer comparticipadas pelo Estado, que nos últimos anos têm dado resposta, no âmbito social, às necessidades da população mais envelhecida (com pouco ou quase nenhum apoio da família mais próxima) mas que procura manter a sua qualidade de vida, recorrendo a instituições próximas do seu local de residência.

No presente estudo é feita uma contextualização do tema, como uma súmula da qualidade de vida, os conceitos de qualidade de vida e elencando com as diferentes necessidades da população idosa a residir em equipamentos sociais. Posteriormente, é feita a descrição dos objetivos, questões de investigação, bem como a descrição da metodologia aplicada, caracteriza-se a amostra, apresentam-se os instrumentos de recolha de dados e apresenta-se a análise e discussão dos resultados com base na recolha de dados efetuada. Por fim, serão enunciadas as considerações finais.

## **1. Institucionalização**

### **1.1. Idosos residentes em equipamentos sociais**

O envelhecimento constitui uma fase de vida com características muito próprias, necessidade e interesses restritos. O envelhecimento é um processo irreversível na vida do ser humano e visível através das marcas físicas (cabelos brancos, declínio da memória, perda das capacidades físicas). A este período encontra-se associado o declínio das funções mentais (Assiss, 2002). Assim, à medida que aumenta a idade cronológica as suas



capacidades cognitivas vão - se declinando e diminuindo (Vale, 2004). Num país que se caracteriza essencialmente pela sua cultura jovem, algumas pessoas podem não conseguir enfrentar a crise de meia-idade e assim o idoso pode sentir-se inseguro quanto à forma como deve agir. A velhice não é uma tarefa fácil de gerir para muitas pessoas idosas e por isso na maioria das vezes a institucionalização em equipamentos sociais constitui uma resposta social. A institucionalização constitui assim uma resposta social que advém da dificuldade que os cuidadores sentem ao prestar os devidos cuidados ao idoso quando este se torna dependente. Segundo Paul (cit in Lobo, 2006) a tarefa de cuidar da pessoa idosa gera, por norma, problemas de saúde mental e física não só para o cuidador como também para todos aqueles que o rodeiam (amigos e familiares). Nesta linha de pensamento torna-se emergente a entrada da pessoa idosa na instituição.

## **2. Qualidade de vida na população idosa**

### **2.1. Definição e caracterização de qualidade de vida**

Atualmente ainda é difícil determinar com exatidão o surgimento do constructo de qualidade de vida. Segundo Fiedler (2008) apesar do conceito de qualidade de vida (QVD) ser moderno, a ideia do ser humano viver com qualidade encontra-se presente desde a antiguidade. Historicamente, a qualidade de vida tornou-se um constructo importante após a 2ª guerra (Prutkin,2002) Contudo, com o passar dos anos a qualidade de vida foi-se acentuando e o conceito de qualidade de vida começa a suscitar interesse na comunidade científica, nomeadamente nas áreas da vida humana como a saúde e a psicologia (Meneses,2005). Após o discurso do presidente dos estados unidos, Lyndon, sobre a qualidade de vida começa a surgir uma crescente procura para a definição do conceito e emergem incalculáveis definições associadas à interpretação de cada individuo com base nos seus contextos (Ribeiro,1994). Assim, devido à complexa utilização da palavra o conceito de QDV abrange inúmeras definições e ainda hoje não é possível estabelecer uma única designação científica. Como afirma Pais- Ribeiro (2004, p 94) “todos sabem o que é a qualidade de vida” sendo este um dos muitos obstáculos à definição do constructo. Segundo Paschoal (2000, p 24) “a qualidade de vida é um constructo que está submetido aos múltiplos pontos de vista”. Atualmente a definição de qualidade de vida continua a ser uma questão difícil, permanecendo controversa. Assim, aceita-se que o conceito deve prever e analisar a forma como as variáveis relacionadas com a saúde podem afetar o funcionamento físico, social e mental, bem como o bem-estar e a satisfação pessoal do sujeito (Ryan, 1997, citado em Silva,2003)

Definir o constructo de qualidade de vida torna-se então uma tarefa complexa, por ser um conceito que pode significar diferentes conceções para diferentes pessoas.

Katschnig (2000) define que a QDV engloba conceitos como o bem-estar psicológico, função emocional e social, estado de saúde e satisfação vital. O autor Cramer (1994, cit in Meneses,2005) corrobora a ideia anterior e considera que a qualidade de vida é sinónimo de bem-estar mental, físico e social onde existe a ausência de doença. A definição proposta por Cramer (1994) impõe-se à definição apresentada pela OMS onde está implícito a ideia que a qualidade de vida é subjetiva e multidimensional sendo definida como “a percepção do indivíduo sobre a sua posição na vida, no contexto da cultura e nos sistemas de valores nos quais ele vive e em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações” (Seidl & Zannon, 2004, p 582). Nesta linha de pensamento existem aspetos fundamentais ligados ao constructo de QDV como as expectativas do indivíduo e a realidade objetiva que é percebida pelo indivíduo. Desta forma as expectativas encontram-se relacionadas com as necessidades do ser humano que este aspira a concretizar (Couvreur, 2001 & Fleck, 2008). Para Calmn (1984) existe uma diferença entre as expectativas do indivíduo e aquilo que acontece na realidade sendo esta distinção uma forma de definir QDV.

Para Couvreur (2001) as expectativas são resultado das construções individuais e das metas que foram formuladas para conceber prazer ao indivíduo.

A qualidade de vida é um constructo subjetivo que engloba a forma como cada um se sente física e psicologicamente na interação com o meio (Fontaine & Barofsky,2001).

Para concluir, após apresentação de várias definições do constructo de qualidade de vida denota-se que este é multidimensional sendo necessária a contribuição de diferentes áreas da ciência e diferentes abordagens. Apesar de este ser um conceito de difícil definição Pedro (2001) menciona que a este conceito estão inerentes variáveis como o bem-estar, satisfação e as expectativas do indivíduo face ao futuro. Contudo, nos últimos anos a definição de qualidade de vida centra-se também na ausência doença, no ponto de vista mais individualista (Pedro, 2001).

## **2.2. Modelos de qualidade de vida**

Segundo Meneses (2005) não existem muitos modelos do âmbito da QDV. No entanto, é possível identificar determinados modelos teóricos subjacentes à qualidade de vida.

Para Fleck (2008) menciona que a qualidade de vida pode ser agrupada com base em dois modelos distintos. Assim, no âmbito desta investigação pode-se mencionar o modelo da satisfação.

O modelo da satisfação tem que ver com a relação direta que existe entre a satisfação com os vários domínios da vida que o indivíduo define como sendo para o próprio (Fleck,2008). Segundo Fleck (2008) o sentido de satisfação constitui uma experiência subjetiva tendo em consideração os conceitos de bem-estar e felicidade, é possível fazer

uma associação entre o nível de satisfação do indivíduo e os conceitos de felicidade e bem-estar. Assim, os indivíduos apresentam níveis de satisfação e bem-estar distintos consoante as suas expectativas.

Na literatura existem duas contribuições pertinentes para o modelo teórico da satisfação. Os autores Thomas Mores e Maslow são os primeiros a contribuir para este modelo mencionando que o ser humano para se sentir bem terá em primeiro lugar que preencher as suas necessidades básicas, por exemplo: nutrição, mobilidade, funcionamento intelectual entre outros (Fleck, 2008).

No entanto, a abordagem cognitiva individual considera que a qualidade de vida é uma percepção idiossincrática e que assim só pode ser medida de forma individual (Flek,2008)

Após a revisão da literatura e com base no modelo apresentado podemos mencionar que a qualidade de vida é uma condição que se alcança através da mobiliação de diferentes domínios que originam a interpretação da vida (Pereira & Silva, 2001).

### **2.3. Qualidade de vida da população idosa residente em equipamentos sociais**

Como grande parte da população atingirá a terceira idade na próxima década, existe a necessidade de compreender melhor quais as funções (cognitivas e motoras) que permanecem nesta fase da vida e como promover a qualidade de vida neste período (James & Wink,2006).

Como referido anteriormente, o conceito de qualidade de vida é um constructo geral que engloba diversos fatores (ambientais, modo de vida, satisfação entre outros). Contudo, tudo leva a crer que o conceito de qualidade de vida pode ser distinto consoante a população ou faixa etária, ou seja, o constructo não tem o mesmo significado quando nos referimos a um jovem adulto ou a uma pessoa idosa.

Neste sentido, Paúl, e Fonseca (2005) consideram que para se proceder à avaliação da qualidade de vida da pessoa idosa é pertinente ter em consideração as medidas de natureza material, emocional, social e de saúde. Esta ideia vai de encontro ao apresentado por Ramos (2001), o autor considera que quando se aprecia a qualidade de vida da pessoa idosa o aspeto mais sobrevalorizado é a saúde. No entanto, quando a investigação privilegia o modo como cada pessoa idosa se avalia, constata-se que para além da saúde, as pessoas idosas consideram as relações com os outros, a forma como utilizam o seu tempo e as emoções positivas que podem auxiliá-los a suportar os efeitos dos tratamentos (Ramos, 2001 p. 228). Assim, a qualidade de vida da população idosa depende essencialmente de fatores como: a saúde, capacidade funcional, relações interpessoais, convicção da sua utilidade (Ramos, 2001).

Já Sousa, Galante e Figueiredo (2003) referem que a qualidade de vida na pessoa idosa tem sido associada a questão da autonomia. Nesta faixa etária a autonomia encontra-se estreitamente relacionada com as mudanças ocorridas a nível biológico e a nível social.

Para Hortelão (2003) a qualidade de vida da pessoa idosa está relacionada à junção entre a ausência de doença, suporte social e o bom funcionamento cognitivo e físico. O estudo levado a cabo por Silva (2005), sobre as representações dos idosos, sobre a qualidade de vida demonstra que a população idosa identifica as seguintes representações: saúde física, dependência, autonomia.

Tendo em consideração que a inserção nos equipamentos sociais ocorre, por norma, derivado da incapacidade funcional da pessoa idosa, associado à insuficiência ou à ausência de apoios (Silva e Rezende, 2005) e com o aumento da longevidade torna-se pertinente aprofundar o estudo da qualidade de vida da população idosa residente em equipamentos sociais, de modo a promover uma melhor compreensão da temática, com vista a melhorar a qualidade de vida nesta faixa etária.

Bowling (1995 citado em Fleck, Chachamovich e Trentini, 2003) entrevistou um conjunto de sujeitos com o intuito de os questionar acerca do que julgam ser importante na determinação da sua qualidade de vida. A investigação demonstra que a população idosa atribui menor relevância às atividades laborais e conseqüentemente atribuem maior importância à saúde comparativamente aos jovens. O estudo de Fleck e Col (2003) no âmbito da avaliação da qualidade de vida da população idosa entrevistou cuidadores e idosos saudáveis, com idades compreendidas entre os 60 e os 80 anos. Neste estudo os cuidadores consideraram que a qualidade de vida pode ser prejudicada por fatores como a falta de atenção e amor, dificuldades em acompanhar os avanços tecnológicos. No que diz respeito ao que poderia ser feito para melhorar a qualidade de vida da pessoa idosa os cuidadores referiram que a preparação dos jovens para lidar com o envelhecimento, amor, motivação e contato com a família.

Os autores Lai e Col (2005) mencionam que as investigações levadas a cabo têm demonstrado que a população idosa residente em equipamentos sociais apresentam níveis mais elevados de qualidade de vida, no que respeita, à saúde são aqueles que têm boa condição física, ausência de doenças crónicas e mais contato com os cuidadores. Os autores (Lai e Col, 2005) dedicaram-se ao estudo da qualidade de vida, na população idosa institucionalizada em Taiwan. Os resultados do estudo evidenciam que o aspeto mais importante nos idosos institucionalizados é o auto-cuidado (incapacidade funcional).

No estudo realizado em Portugal por Pinho (2005), sobre a população idosa residentes em equipamentos sociais e não residentes em equipamentos sociais, no que respeita à expectativa face à saúde, os idosos residentes relatam uma melhoria na sua saúde

ao passo que os idosos não residentes em equipamentos sociais consideram a sua saúde frágil.

Fernandes (2000) realiza um estudo também em Portugal com uma amostra comparativa de pessoas idosas institucionalizados e não institucionalizados num período de seis meses e verificou que as pessoas idosas que se encontravam a residir na instituição há mais tempo tinham menores sentimentos de auto – eficácia, bem como menores índices de qualidade de vida. Neste sentido, Lopes (2004) menciona os relacionamentos sociais como um fator importante para o regulamento da qualidade de vida, ou seja através estrutura e função das redes sociais o indivíduo consegue aumentar os seus próprios recursos sociais e desta forma melhora a sua adaptação ao envelhecimento. O autor considera ainda que uma vida social que seja estimulante pode eventualmente estimular as capacidades cognitivas das pessoas idosas, sejam estes institucionalizados ou não institucionalizados (Lopes, 2004). Neste sentido, os autores Lai e Col (2005) salientam que a pessoa idosa que reside em instituições tem poucas oportunidades para participar em atividades de lazer ou recreativas.

De encontro a esta ideia a investigação conduzida por Humphries e Van (2000, citado em Lai e Col, 2005), comprova que a maioria da população idosa institucionalizada revela que não aproveita a vida e que a vida não faria sentido. Assim denota-se humor depressivo, sendo este um forte preditor da pior percepção de bem-estar.

Desta forma pode-se constatar que os estudos que se debruçam sobre a qualidade de vida em populações idosas institucionalizados têm revelado resultados distintos entre si. Assim é pertinente que neste âmbito se tenha em consideração o contexto cultural e social durante as investigações.

### **3. Metodologia**

Neste ponto é descrita a metodologia utilizada ao longo desta investigação. Assim, de uma forma mais específica, são referenciados os objetivos e o desenho do estudo, as variáveis estudadas e os procedimentos de recolha de dados. Segue-se a descrição da amostra e a sua caracterização sociodemográfica e clínica, bem como os instrumentos utilizados. Por fim, descreve-se o procedimento de análise de dados, ressaltando os testes estatísticos utilizados para esse efeito.

#### **3.1. Objetivos e desenho do estudo**

A presente investigação foi orientada pelas seguintes perguntas

- Quais os níveis de bem-estar de pessoas idosas a residir em lares?
- Qual a percepção de qualidade de vida de pessoas idosas que residem em lares?
- Que relações existem entre dimensões do bem-estar e da qualidade de vida?

### 3.2. Variáveis em estudo

As variáveis estudadas no presente estudo podem agrupar-se em *variáveis psicossociais* (qualidade de vida e bem-estar); e *variáveis sociodemográficas* (idade; género; estado civil; habilitações literárias; profissão); e *variáveis clínicas* (se tem alguma doença, quais e há quanto tempo).

### 3.3. Procedimentos de recolha de dados

Seleccionados os participantes da amostra em estudo, foi entregue a todos um consentimento informado que contempla os objetivos do estudo e a sua finalidade, referindo a participação voluntária e confidencial, de acordo com os critérios éticos da *American Psychological Association (APA)*.

Foi ainda solicitada autorização para a utilização dos instrumentos de avaliação, contactando os autores das escalas. Para proceder à administração dos instrumentos foi solicitado, por escrito, um pedido de autorização às instituições que aceitaram integrar o estudo. Após autorização, o processo de recolha de dados decorreu através de entrevista individual com cada participante. As entrevistas às pessoas idosas residentes em equipamentos sociais decorreram num período de 2 a 4 semana por instituição. Contudo, o período de permanência na instituição variou devido aos critérios do estudo e do número de entrevistas a serem realizadas na instituição. O tempo médio de aplicação de cada questionário foi de 40 a 60 minutos e as entrevistas foram realizadas em gabinetes para respeitar a privacidade dos participantes, bem como a confidencialidade e sigilo dos dados recolhidos.

A recolha dos dados decorreu em equipamentos sociais do distrito do Porto, por conveniência da investigadora e por conhecimento pessoal da coorientadora, diretora do serviço social de um grande hospital urbano, que articulou a possibilidade da investigadora.

### 3.4. Participantes

Esta investigação utiliza uma amostra de 72 participantes, sendo que 23 (31.9%) são do sexo masculino e 49 do sexo feminino (68.1%), com média de idades de 81 anos (DP = 7.59), compreendida entre os 66 e os 97 anos (tabela 1).

A amostra foi recolhida em sete lares do distrito do Porto, Lar A (8 utentes – 11,1%), Lar B (8 – 11,1%), Lar C (9 – 12,5%), Lar D (3 – 4,2%), Centro E (11 – 15,3%), Lar F (31 – 43,1%) e Residencial G (2 – 2,8%). Na sua maioria os participantes são viúvos (54,2%) e casados (23,6%). A maior parte dos participantes frequentaram apenas o primeiro ciclo (54,2%) e a profissão mais comum entre estes é doméstica (20,8%) e costureira (13,9%). Relativamente às variáveis clínicas, a maior parte dos utentes refere que tem uma doença

(58,3%), sendo as mais comuns, as doenças musculoesqueléticas (13,9%) e cardiovasculares (12,5%). O tempo médio de anos de doença é 14 anos (DP = 12,38) e, dos 42 participantes que referem ter uma doença, a maioria frequenta consultas externas (88,1%).

Tabela 1. Caracterização sociodemográfica e clínica da amostra (N=72)

	N	%	Média	DP	Min	Max
<b>Variáveis Sociodemográficas</b>						
<b>Sexo</b>						
Masculino	23	31,9				
Feminino	49	68,1				
<b>Idade</b>			81,32	7,59	66	97
<b>Lar</b>						
A	8	11,1				
B	8	11,1				
C	9	12,5				
D	3	4,2				
E	11	15,3				
F	8	11,1				
G	25	34,7				
<b>Estado Civil</b>						
Solteiro	12	16,7				
Casado	17	23,6				
Divorciado	4	5,6				
Viúvo	39	54,2				
<b>Escolaridade</b>						
Sem escolaridade	6	8,3				
Sabe ler e/ou escrever	6	8,3				
Primeiro ciclo	39	54,2				
Segundo ciclo	9	12,5				
Terceiro ciclo	5	6,9				
Ensino Secundário	5	6,9				
Bacharelato/Licenciatura	2	2,8				
<b>Variáveis Clínicas</b>						
<b>Doente</b>						
Sim	42	58,3				
Não	30	41,7				
<b>Tipo de doença</b>						
Doenças cardiovasculares	9	12,5				
Doenças musculoesqueléticas	10	13,9				
Doenças psiquiátricas	6	8,3				
Doenças respiratórias	5	6,9				
Doenças metabólicas	5	6,9				
Outras doenças	5	6,9				
Não respondeu	1	1,4				
<b>Tipo de Tratamento</b>						
Internamento	1	1,4				
Consulta externa	37	51,4				
Sem tratamento	4	5,6				
<b>Tempo de doença</b>			14,43	12,38	0	52

### 3.5. Material

Para a recolha da informação recorreu-se ao instrumento de avaliação da qualidade de vida da organização mundial de saúde *Whoqol-bref*, bem como o Mini-Cog e Casp 19.

**WHOQOL-BREF** (World Health Organization Quality of life- Versão abreviada). O *Whoqol-bref* na sua versão original, foi concebido pelo WHOQOLGroup, em 1994. O instrumento foi traduzido e adaptado para a população portuguesa pelos autores Canavarro, Vaz Serra, Simões Pereira, Gameiro, Quartilho, Rijo, Carona e Paredes em 2006. O *Whoqol-Bref* consiste numa versão abreviada do WHOQOL-100 que emerge da necessidade de construir um instrumento de administração rápida (Fleck et al,2000). O instrumento mencionado destina-se a avaliar a qualidade de vida dos indivíduos adultos e é composto por 26 itens, organizado em 4 domínios sendo eles: domínio físico, psicológico, ambiental e por fim o domínio das relações sociais (Fleck, 2000). No que concerne às questões do instrumento, estas são de resposta do tipo *Lickert* (5 pontos) e a sua cotação pode ser feita manualmente ou através do programa Stastiscal Package for the Social Sciences (SPSS). Os resultados obtidos são calculados consoante a média dos resultados das questões que constituem o instrumento, e multiplicados por 100 para que desta forma os resultados obtidos possam ser confrontados com os do instrumento original, WHOQOL-100 (Canavarro et al, 2007). Contudo, resultados mais elevados apresentam uma melhor qualidade de vida (Canavarro et, al, 2007).

No que se refere às características psicométricas do questionário em questão, a OMS obteve os seguintes valores de consistência interna: para as 26 questões o valor do *alpha de Cronbach* foi de .91, para o primeiro domínio de .84, para o segundo de .78, para o terceiro de .70 e para o quarto de .71, o que evidencia valores satisfatórios quer para o questionário no geral quer por domínios, sendo o valor mais baixo o do domínio das relações sociais (OMS, 1998).

Da mesma forma, na amostra em estudo a consistência interna do WHOQOL-bref foi avaliada pelo coeficiente de fidedignidade de *Cronbach*. Foram avaliadas a consistência interna para os domínios, as questões e cada domínio, conforme mostra a tabela 2.

Tabela 2. Resultados do *alpha de Cronbach* para as dimensões e total da escala Whoqol-Bref (N=72)

	<i>Alpha de Cronbach</i> Total	Número de Itens
Domínio Físico	.81	7
Domínio Psicológico	.75	6



Domínio das Relações Sociais	.41	3
Domínio do Meio Ambiente	.71	8
Total Whoqol-Bref	.90	26

Os valores obtidos no coeficiente de *Cronbach* para as questões ou para os domínios atestam uma consistência interna boa para o total do *Whoqol-bref* ( $\alpha=.90$ ). O mesmo se verifica nos domínios físico ( $\alpha=.81$ ), psicológico ( $\alpha=.75$ ) e do meio ambiente ( $\alpha=.71$ ). O domínio que apresenta menor valor do coeficiente de *Cronbach* é o domínio das relações sociais ( $\alpha=.41$ ). Porém, tendo em conta o número reduzido de itens desta dimensão e o facto de as correlações inter-item serem próximas e superiores a .20 serão mantidos os itens da mesma.

**MINI –COG:** Recorreu-se ao instrumento MINI-COG para avaliar a capacidade cognitiva da nossa amostra. Este instrumento é de fácil administração e pode ser utilizado para despistar a demência de forma rápida e fácil (Doerflinger & Fairfax, 2007). Segundo a descrição dos autores este instrumento demora cerca de 3 minutos a administrar. Na presente investigação este instrumento é administrado no início da investigação. É solicitado à pessoa que ouça as 3 palavras pronunciadas pela investigadora e que de seguida as repita. Posteriormente, é pedido à pessoa que desenhe um relógio (sem ponteiros) de forma a marcar as horas determinadas pela investigadora. Por fim, pergunta-se à pessoa as 3 palavras iniciais. Se a pessoa as conseguir recordar é classificada como não tendo demência. Se porventura o individuo só se recordar de uma ou duas palavras e com base na classificação obtida no desenho do relógio é classificado como: com défice cognitivo (demência) se os ponteiros do relógio não tiverem sido desenhados de acordo com o solicitado pelo investigador; se, pelo contrário, se os desenhos dos ponteiros do relógio obedecerem ao que foi pedido, o individuo é classificado como sem demência.

**CASP 19:** Desenvolvido a partir da teoria de satisfação das necessidades humanas, o Casp 19 é uma escala de qualidade de vida para uso em idade avançada. Dada a sua diversidade, esta escala constitui uma medida que pode ser utilizada em diferentes contextos e populações. Este instrumento apresenta-se como uma escala de avaliação constituída por 19 itens que englobam quatro domínios: controle, autonomia, auto-realização e prazer. O controlo é definido em termos de capacidade do indivíduo para intervir no seu ambiente, ao passo que a autonomia é entendida como a liberdade de recusar a interferência de outros. Cada item é pontuado numa escala tipo *Lickert* (“frequentemente; às vezes; não muitas vezes e nunca”). Valores mais altos representam

maior qualidade de vida (Hyde, et al, 2003), sendo que os autores definem que a escala varia de 0 (ausência completa de qualidade de vida) a 57 (total satisfação em todos os quatro domínios).

Para análise da consistência interna das dimensões e da escala total foram analisados os resultados do *alpha de Cronbach*, conforme podemos verificar pela tabela 3.

Tabela 3. Resultados do *alpha de Cronbach* para as dimensões e total do Casp-19 (N=72)

	<b>Correlação Item-total</b>	<b>Alpha de Cronbach se item eliminado</b>	<b>Alpha de Cronbach total</b>
<b>Controlo</b>			.74
Item 1	,50	,70	
Item 2	,55	,66	
Item 3	,46	,71	
Item 4	,60	,63	
<b>Autonomia</b>			.57
Item 5	,51	,40	
Item 6	,07	,65	
Item 7	,46	,44	
Item 8	,30	,53	
Item 9	,36	,50	
<b>Auto-realização</b>			.66
Item 10	,47	,58	
Item 11	,63	,48	
Item 12	,54	,54	
Item 13	,41	,62	
Item 14	,07	,74	
<b>Prazer</b>			.78
Item 15	,69	,70	
Item 16	,43	,78	
Item 17	,56	,75	
Item 18	,61	,72	
Item 19	,52	,76	
<b>Total Casp-19</b>			.89

Da análise dos resultados apresentados na tabela 3, constatamos que as dimensões que apresentam uma consistência interna mais elevada são o controlo ( $\alpha=.74$ ) e o prazer ( $\alpha=.78$ ). As dimensões autonomia ( $\alpha=.57$ ) e autorrealização ( $\alpha=.66$ ) apresentam uma consistência interna aceitável. Para além disso, a escala total apresenta um *alpha de Cronbach* de .89 o que evidencia uma boa consistência interna da mesma. Acrescenta-se que apenas os itens 6 e 14 apresentam uma correlação com a restante escala baixa ( $<.20$ ).

Porém, optamos por não eliminá-los uma vez que não fazem variar consideravelmente a consistência interna das dimensões a que correspondem.

### 3.6. Procedimentos de análise de dados

O tratamento estatístico dos dados recolhidos foi realizado através do *software* IBM® SPSS® (IBM - Statistical Package for the Social Sciences, versão 20.0) através de procedimentos de análise diferenciados na caracterização da amostra e nas análises exploratórias.

No estudo exploratório foram elaborados testes de normalidade (*Kolmogorov-Smirnov*), homogeneidade da variância e foi, ainda, analisada a assimetria e curtose. Constatamos que não existe normalidade da distribuição ao nível das dimensões do Whoqol-bref e do Casp-19. Assim, não estando cumpridos os pressupostos para estatística paramétrica, na análise inferencial foi utilizado o teste de correlação de *Spearman* para a associação entre as dimensões da qualidade de vida e do bem-estar e o teste *Kruskall-Wallis* para a análise da variação da qualidade de vida e do bem-estar em função das doenças.

Na análise das características sociodemográficas e clínicas da amostra e dos domínios das escalas, foram utilizados testes de estatística descritiva, análise de distribuições e frequências. No que diz respeito à análise das qualidades psicométricas dos instrumentos utilizados no nosso estudo, foram elaborados testes para análise da consistência interna dos mesmos, sendo analisado o alfa de *Cronbach* bem como as correlações inter-item.

Este estudo assumiu um  $p \leq .05$  como valor de significância dos resultados e um valor de  $p \leq .10$  para tendência de significância.

## 4. Apresentação dos resultados

De forma a podermos dar resposta aos objetivos que orientam este estudo, de seguida, são apresentados os principais resultados obtidos, pela ordem referida anteriormente, de forma a facilitar a leitura dos mesmos.

### 4.1. Bem-estar em pessoas idosas

Da análise dos resultados obtidos nos domínios do Casp-19, verificamos que os participantes apresentam em média resultados elevados ao nível do total de avaliação da qualidade de vida/bem-estar ( $M=31,96$ ;  $DP=10.19$ ), sendo que o valor médio da escala de 27 pontos e o máximo de 54. Através da análise mais detalhada da tabela 4, constatamos que o domínio no qual os participantes apresentam maior satisfação é a autorrealização

(M=10,90; DP=3.02) seguido da autonomia (M=8,23; DP=2.80), sendo que a média de satisfação nestas dimensões é 7,5 valores e o máximo de satisfação possível nestas duas dimensões é de 15 valores. Para além disso, o domínio que apresenta scores mais baixos é o do prazer (M=6,99; DP=3.27), sendo os valores de média e de máximo iguais às dimensões anteriores, o que indica que em média as pessoas não se sentem satisfeitas a esse nível. O mesmo se verifica em relação à dimensão controlo (M=5,99; DP=3.07), sendo o valor médio da dimensão de 3 valores e o máximo de 12, indicando que as pessoas não sentem um elevado controlo sobre as suas vidas.

Tabela 4. Resultados descritivos relativamente às dimensões e total do Casp-19 (N=72)

	Média	Desvio Padrão	Mínimo	Máximo
Controlo	5,99	3,07	0	12
Autonomia	8,23	2,80	0	15
Autorrealização	10,90	3,02	2	15
Prazer	6,99	3,27	0	14
CASP19 total	31,96	10,19	9	54

#### 4.2. Qualidade de vida em pessoas idosas

De forma a analisarmos a qualidade de vida nos participantes em estudo, foi elaborada a análise descritiva das dimensões do questionário Whoqol-Bref. Através da análise da tabela 5 constatamos que em todos os domínios os participantes apresentam uma qualidade de vida superior à média das dimensões. Assim, o domínio físico apresenta uma média de 23,65 (DP=5.01), variando entre 10 e 35 (valor máximo do domínio é 35); o domínio psicológico apresenta uma média de 20,25 (DP=3.91), com um mínimo de 9 e máximo de 27 (valor máximo do domínio é 30); o domínio das relações sociais apresenta uma média de 10,71 (DP=2.69), com valores entre 4 e 14 (valor máximo do domínio é de 15); e o domínio do meio ambiente apresenta uma média de 26,71 (DP=4.13), variando entre 15 e 34 (valor máximo do domínio é 40). Deste modo verificamos que os domínios apresentam valores semelhantes, sendo que a diferença de scores tendo em conta a média e máximo de cada domínio não varia muito. Salienta-se que os idosos parecem apresentar elevada qualidade de vida nos domínios avaliados.

Tabela 5. Resultados descritivos dos domínios do questionário Whoqol-Bref (N=72).

	Média	Desvio Padrão	Mínimo	Máximo
--	-------	---------------	--------	--------

Domínio físico	23,65	5.01	10	35
Domínio psicológico	20,25	3.91	9	27
Domínio relações sociais	10,71	2.69	4	14
Domínio meio ambiente	26,71	4.13	15	34

#### 4.3. Associação entre qualidade de vida e bem-estar de pessoas idosas

Da análise da tabela 6, verificamos que todas as dimensões da qualidade de vida se correlacionam com o bem-estar/satisfação dos idosos. De uma forma mais concisa, encontramos associações estatisticamente significativas, positivas, de intensidade moderada entre o domínio físico e a dimensão controlo ( $r=.383$ ;  $p=.00$ ), autonomia ( $r=.485$ ;  $p=.00$ ), autorrealização ( $r=.409$ ;  $p=.00$ ), prazer ( $r=.500$ ;  $p=.00$ ) e total de bem-estar ( $r=.498$ ;  $p=.00$ ); entre o domínio psicológico e a dimensão controlo ( $r=.644$ ;  $p=.00$ ), autonomia ( $r=.487$ ;  $p=.00$ ), autorrealização ( $r=.614$ ;  $p=.00$ ), prazer ( $r=.616$ ;  $p=.00$ ) e total de bem-estar ( $r=.722$ ;  $p=.00$ ); entre o domínio das relações sociais e a dimensão controlo ( $r=.332$ ;  $p=.01$ ), autonomia ( $r=.273$ ;  $p=.03$ ), autorrealização ( $r=.440$ ;  $p=.00$ ), prazer ( $r=.519$ ;  $p=.00$ ) e total de bem-estar ( $r=.479$ ;  $p=.00$ ); e entre o domínio do meio ambiente e a dimensão controlo ( $r=.474$ ;  $p=.00$ ), autonomia ( $r=.449$ ;  $p=.00$ ), autorrealização ( $r=.520$ ;  $p=.00$ ), prazer ( $r=.673$ ;  $p=.00$ ) e total de bem-estar ( $r=.644$ ;  $p=.00$ ). Assim, podemos afirmar que uma maior qualidade de vida leva a uma maior perceção de bem-estar e satisfação, ou seja, o facto de os idosos terem uma maior qualidade de vida ao nível físico, psicológico, das relações sociais e ambientais também promove uma maior satisfação e bem-estar ao nível da perceção de controlo, autonomia, autorrealização e prazer.

Tabela 6. Resultados da correlação de *Spearman* para a associação entre as dimensões do Whoqol-bref e Casp-19 (N=72)

	Controlo	Autonomia	Autorrealização	Prazer	CASP19 total
Domínio Físico	,383**	,485**	,409**	,500**	,498**
Domínio Psicológico	,644**	,487**	,614**	,616**	,722**
Domínio das Relações Sociais	,332**	,273*	,440**	,519**	,479**
Domínio do meio ambiente	,474**	,449**	,520**	,673**	,644**

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

#### 4.4. Variação da qualidade de vida e bem-estar em função das doenças identificadas

A análise dos resultados do teste de diferenças de grupos (tabela 7) não nos permitiu verificar diferenças significativas entre os participantes em função das doenças que

apresentam em nenhum dos domínios da qualidade de vida e do bem-estar. Assim, não podemos afirmar que dependendo da doença que o idoso apresente isso pode afetar mais a sua qualidade de vida e bem-estar, o que nos leva a inferir que outras variáveis podem ter um peso mais relevante a este nível.

Tabela 7. Resultados do teste *Kruskall-wallis* para a variação da qualidade de vida e do bem-estar em função das doenças dos participantes (N=72)

	Doenças						$\chi^2$	p
	Cardiovascular	Musculoesqueléticas	Psiquiátricas	Respiratórias	Metabólicas	Outras		
	Mean Rank	Mean Rank	Mean Rank	Mean Rank	Mean Rank	Mean Rank		
Domínio Físico	15,56	15,17	20,50	17,70	19,17	27,20	5,22	.39
Domínio Psicológico	18,39	20,55	11,08	20,70	24,70	31,10	9,02	.12
Domínio das Relações Sociais	18,11	19,06	17,63	28,40	13,80	17,40	5,45	.36
Domínio do meio ambiente	20,72	16,35	15,00	21,90	20,50	28,60	5,14	.40
Controlo	20,06	19,85	17,25	23,30	20,00	24,20	1,33	.93
Autonomia	16,56	18,90	21,67	22,40	22,00	26,00	2,66	.75
Autorrealização	20,28	20,55	15,75	22,80	21,50	23,20	1,52	.91
Prazer	19,39	19,05	13,33	24,50	25,30	25,20	4,79	.44
CASP19 total	19,33	19,70	14,67	24,60	22,30	25,30	3,22	.66

## 5. Discussão dos Resultados

No sentido de dar resposta aos objetivos que orientam esta investigação, segue-se uma discussão dos resultados anteriormente descritos, tendo subjacente os dados de natureza teórica apresentados na primeira parte do trabalho.

De uma forma geral, após a análise de todos os resultados verificamos que, de uma forma geral, os participantes apresentam elevada satisfação ao nível da sua qualidade de

vida e bem-estar. Para além disso, avaliam como mais satisfatórias as dimensões autorrealização e autonomia. Por outro lado, acrescentam que as dimensões nas quais não apresentam uma satisfação elevada são no controlo e prazer. Ao nível da qualidade de vida, os idosos apresentam elevada satisfação a todos os níveis avaliados, nomeadamente no domínio físico, psicológico, das relações sociais e do meio ambiente, não parecendo haver algum deles que sobressaia, tendo em conta os valores e número de itens de cada domínio. De uma forma geral, os estudos têm evidenciado algumas dimensões mais elevadas do que outras, nomeadamente a das relações sociais, ao passo que os domínios físico e psicológico se têm apresentado como menos elevado (Paúl, 1991; Ribeiro, 1994). Apesar disso, constatamos também que existem diversos resultados ao nível da investigação nesta área, uma vez que é importante termos sempre em conta um conjunto de fatores, bem como o próprio contexto cultural e social.

Relativamente à associação entre a qualidade de vida e bem-estar, constatamos que os domínios de avaliação da qualidade de vida se correlacionam todos de forma positiva significativa com as dimensões de avaliação do bem-estar. Assim, quanto mais elevada a qualidade de vida ao nível físico, psicológico, das relações sociais e do meio ambiente mais elevada a satisfação ao nível do controlo, autonomia, autorrealização e prazer. Neste sentido, vários estudos têm apontado os fatores que parecem estar correlacionados com a qualidade de vida dos idosos. Assim, a qualidade de vida da população idosa, segundo Ramos (2001), depende essencialmente de fatores como: a saúde, capacidade funcional, relações interpessoais, convicção da sua utilidade. Já Sousa, Galante e Figueiredo (2003) referem que a qualidade de vida na pessoa idosa tem sido associada a questão da autonomia. Nesta faixa etária a autonomia encontra-se estreitamente relacionada com as mudanças ocorridas a nível biológico e a nível social. Para Hortelão (2003) a qualidade de vida da pessoa idosa está relacionada à junção entre a ausência de doença, suporte social e o bom funcionamento cognitivo e físico. O estudo levado a cabo por Silva (2005), sobre as representações dos idosos, sobre a qualidade de vida demonstra que a população idosa identifica as seguintes representações: saúde física, dependência, autonomia. Neste sentido, constatamos que de uma forma geral os resultados do nosso estudo vão de encontro aos da literatura uma vez que o controlo, autonomia, autorrealização e prazer parecem apresentar-se como dimensões importantes para uma avaliação da qualidade de vida satisfatória.

Por fim, não foi encontrada variação dos resultados ao nível da qualidade de vida e da satisfação em função do tipo de doença que os participantes apresentam. Assim, não podemos afirmar que os participantes apresentem maior ou menor satisfação com a qualidade de vida e bem-estar dependendo do tipo de doença que apresentam, ou não,

parecendo não ser o tipo de doença um fator que influencia a qualidade de vida destes sujeitos.

## **6. Conclusão**

O estudo da qualidade de vida e bem-estar na população idosa tem merecido cada vez mais destaque. Isto porque para uma boa qualidade de vida é fulcral que haja um equilíbrio entre as quatro dimensões abordadas ao longo deste trabalho: físico, psíquico, social e ambiental (Couvreur, 2001), e, nesta população, é necessário uma atenção redobrada devido ao que acarreta o próprio processo de envelhecimento. Tendo em conta que a população portuguesa se apresenta cada vez mais envelhecida e a promoção de qualidade de vida nesta faixa etária parece ser, cada vez mais, uma prioridade

O processo de envelhecimento acarreta sobretudo problemas ao nível da saúde e esta dimensão afeta, inevitavelmente, uma série de fatores de índole variada (sociais, psicológicos, económicos) (Renaud, 2000). Compreendemos, desde logo, que uma baixa perceção de saúde influenciará a qualidade de vida destas pessoas, não apenas na dimensão física mas também na psicológica, das relações sociais e ambientais. É, por isso, necessário cada vez mais intervir juntos desta população ao nível dos domínios abordados, de forma a promovermos uma qualidade de vida mais elevada.

## **7. Limitações e Implicações Futuras**

Ao nível das limitações deste estudo começamos por salientar a dificuldade na recolha de amostra e o facto de não podermos inferir os dados para a população em geral uma vez que a amostra não é representativa. Para além disso, salienta-se a baixa fidelidade do domínio das relações sociais e da dimensão autonomia, apesar de aceitável tendo em conta o número de itens.

Estudos futuros devem incidir na temática em questão e nas associações entre a qualidade de vida e variáveis que sejam apontadas como promotoras do aumento desta variável. Assim, deve ser estudada por exemplo a associação entre a qualidade de vida e a autoestima, autonomia e autoeficácia, de forma a compreendermos quais as variáveis a incluir nos programas de promoção de qualidade de vida para pessoas idosas.



## Referências bibliográficas

- Canavarro, M:C., Simões, M.R., Vaz Serra, A., Pereira, M, Rijo, D., Quartilho, M.J. Gameiro, S., Paredes, T & Carona, C. (2007). Instrumento de avaliação da Qualidade de Vida da Organização Mundial de Saúde: WHOQOL- BRE. In L. Almeida, M. Simões, C. Machado & M. Gonçalves (Eds). *Avaliação psicológica instrumentos validados para a população portuguesa*. Coimbra: Quarteto Editora.
- Carr, A., Gibson, B., & Robison, P. (2001). Measuring quality of life: is quality of life determined by expectations or experiences? *British Medical Journal*, 322,1240-1243.
- Couvreau, C. (2001). *Qualidade de vida- Arte de viver no Séc. XXI*. Porto: Editora Lusodidacta.
- Fernades, J. M. M.B.L. (2000). *Qualidade de vida e auto eficácia em idosos institucionalizados*. Lisboa: Instituto Superior de Psicologia Aplicada.
- Fiedler, T.A. (2008). *Avaliação da qualidade de vida do estudante de medicina e da influência exercida pela formação académica*. Dissertação de Doutoramento não publicada. Universidade de São Paulo: São Paulo.
- Fleck, M. (2008). *Avaliação da qualidade de vida: guia para profissionais de saúde*. Porto Alegre: Edições Artmed.
- Fleck, M.P.A. (2000). O instrumento de avaliação da qualidade de vida da Organização Mundial de Saúde (Whoqol-100): características e perspectivas. *Ciências & Saúde Colectiva*, 5 (1), 33-38.
- Fleck, M.P.A. Louzada, S., Xavier, M., Chachamovick, E., Santos, L., & Pinzon, V. (2000). Aplicação da versão em português do instrumento abreviado de avaliação de qualidade de vida "WHOQOL- BREF." *Revista de Saúde Pública*, 34, 178-183.
- Fleck, M.P.A., Chachamovich, E, & Trentini, C. M. (2003). Projeto WHOQOLOLD: Método e resultados de grupos focais no Brasil. *Revista da Saúde Pública*, 37 (6), 793-799.

- Fontaine, K. R. & Barofsky, I. (2001). Obesity and health- related quality of life. *Obesity Reviews*, 2 (3), 173- 182.
- Hyde, M., Wiggins, R. D., Higgs, P. & Blane, D. B. (2003). A measure of quality of life in early old age: the theory, development and properties of a needs satisfaction model (CASP-19). *Aging and Mental Health*, 7, 86-94.
- Hortelão, A.P.S. (2003). *Envelhecimento e qualidade de vida: Estudo comparativo de idosos residentes na comunidade e idosos institucionalizados na região de Lisboa*. Lisboa : Universidade Aberta.
- James, J.B & Wink, P. (2006). The third age: a rationale for research. *Annual Review of Gerontology and Geriatrics*, 26, 305-325.
- Lai, K.L., Tzeng, R.J., Wang, B. L., Lee, H. S., Amidon, R. L & Kao, S. (2005). Health related quality of life and health utility for the institutional elderly in Taiwan. Quality of life research: *International Journal of Quality of Life Aspects of Treatment Care & Rehabilitation*, 14 (4), 1169-1180.
- Lobo, I. (2006). Padrão de actividade física diária dos idosos institucionalizados. *Revista de Enfermagem*.
- Lopes, M.A., Siedler, M. J. (2004). Atividade Física: agente de transformação dos idosos. *Texto e Contexto*, 6 (2), 330-338.
- Meneses, F.R. (2005). *Promoção da qualidade de vida de doentes crónicos: Contributos no contexto das epilepsias focais*. Porto: Edições Universidade Fernando Pessoa.
- Pais- Ribeiro, J. L. (2010). *Investigação e Avaliação em Psicologia e Saúde*. Lisboa: Placebo Editora.
- Pais-Ribeiro, J.L. (1994). A importância da qualidade de vida para a psicologia da saúde. *Análise Psicológica*, 2 (12), 179-191.
- Pais-Ribeiro, J.L. (2004). Quality of life is a primary end- point in clinical setting. *Clinical Nutrition*, 23, 121-130.
- Paschoal, S. (2000). *Qualidade de vida no idoso: elaboração de um instrumento que privilegia sua opinião*. Dissertação de mestrado não publicada. Universidade de São Paulo.
- Paúl, M. C. (1991). Panorama demográfico dos idosos em Portugal. *Geriatrics*, 38 (4), 21-26.
- Paúl, C., Fonseca, A.M., Martin, I & Amado, J. (2005). Satisfação e qualidade de vida em idosos portugueses. In C. Paúl e A. Fonseca (Eds), *Envelhecer em Portugal: Psicologia, saúde e prestação de cuidados*. Lisboa: Edições Climepsi.
- Pedro, L. (2010). *Implicações de otimismo, esperança e funcionalidade na qualidade de vida em indivíduos com esclerose múltipla*. Lisboa: Edições Colibri.

- Pereira, A. M. S. & Silva, C. (2001). *Quality of life in the academic context: Contributions to the promotion of student's health behaviours*. In 10th Biennial conference of international study association on teachers and teaching. Faro. Universidade de Algarve.
- Pinho, M. M.N. (2005) *Análise dos índices de psicopatologia e qualidade de vida dos doentes do lar "x", comparativamente com os índices de psicopatologia dos idosos a residirem em sua casa*. Dissertação de mestrado apresentada à Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa.
- Ramos, H. V. (2001). *Qualidade de vida e envelhecimento*. In L. Archer, J. Biscaia, W. Osswald & M. Renaud (Coords.). *Novos desafios à bioética*. Porto: Porto Editora.
- Renaud, I.C.R. (2000). *Saúde e vulnerabilidade*. Coimbra: Cadernos de Bioética.
- Ribeiro, J. L. P. (1994). A importância da Qualidade de vida para a Psicologia da Saúde, *Análise Psicológica*, 2/3 (12), 179-191.
- Seidl, E. & Zannon, C. (2004). Quality of life and health: conceptual and methodological issues. *Cadernos de Saúde Pública*, 20 (2), 580-588.
- Silva, I. (2003). *Qualidade de vida e variáveis psicológicas associadas a sequelas de diabetes e a sua evolução ao longo do tempo*. Porto: Dissertação de doutoramento em Psicologia apresentada à Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação da Universidade do Porto.
- Silva, M. (2005). *Saúde mental e idade avançada: uma perspetiva abrangente*. In Paúl e Fonseca (Coord). *Envelhecer em Portugal*. Lisboa: Editores Climepsi.
- Silva, T. E & Reende, C. H.A. (2005). *Avaliação transversal da qualidade de vida de idosos participantes de Centros de conveniência e institucionalizados por meio do questionário genérico WHOQOL- BREF*. Uberlândia: Universidade Federal de Uberlândia.
- Sousa, L., Galante, H & Figueiredo, D. (2003). *Qualidade de vida e bem-estar dos idosos. Um estudo exploratório na população portuguesa*. *Revista de Saúde Pública*, 37 (3), 365-371.



**- ANEXOS -**

**Instruções:** Cara/o Senhor/a, este documento tem 5 páginas e contém 19 afirmações; pedimos-lhe o favor de assinalar o quanto cada afirmação descreve os seus sentimentos sobre a sua vida.

1

	<i>Aplica-se a mim muitas vezes</i>	<i>Aplica-se a mim algumas vezes</i>	<i>Aplica-se a mim raramente</i>	<i>Nunca se aplica a mim</i>
1. A minha idade impede-me de fazer as coisas que eu gostaria de fazer.				
	Aplica-se a mim muitas vezes	Aplica-se a mim algumas vezes	Aplica-se a mim raramente	Nunca se aplica a mim
2. Sinto que o que acontece comigo está fora do meu controlo.				
	Aplica-se a mim muitas vezes	Aplica-se a mim algumas vezes	Aplica-se a mim raramente	Nunca se aplica a mim
3. Sinto-me livre para planear o futuro.				
	Aplica-se a mim muitas vezes	Aplica-se a mim algumas vezes	Aplica-se a mim raramente	Nunca se aplica a mim
4. Sinto-me à parte das coisas.				
	Aplica-se a mim muitas vezes	Aplica-se a mim algumas vezes	Aplica-se a mim raramente	Nunca se aplica a mim

5. Eu posso fazer as coisas que quero.				
	Aplica-se a mim muitas vezes	Aplica-se a mim algumas vezes	Aplica-se a mim raramente	Nunca se aplica a mim
6. As responsabilidades familiares impedem-me de fazer as coisas que quero.				
	Aplica-se a mim muitas vezes	Aplica-se a mim algumas vezes	Aplica-se a mim raramente	Nunca se aplica a mim
7. O que eu faço agrada-me a mim mesmo.				
	Aplica-se a mim muitas vezes	Aplica-se a mim algumas vezes	Aplica-se a mim raramente	Nunca se aplica a mim
8. O meu estado de saúde impede-me de fazer as coisas que eu quero.				
	Aplica-se a mim muitas vezes	Aplica-se a mim algumas vezes	Aplica-se a mim raramente	Nunca se aplica a mim
9. A falta de dinheiro impede-me de fazer as coisas que eu quero				
	Aplica-se a mim muitas vezes	Aplica-se a mim algumas vezes	Aplica-se a mim raramente	Nunca se aplica a mim
10. Eu anseio por cada dia				
	Aplica-se a mim muitas vezes	Aplica-se a mim algumas vezes	Aplica-se a mim raramente	Nunca se aplica a mim

11. Eu sinto que a minha vida tem sentido ou significado				
	Aplica-se a mim muitas vezes	Aplica-se a mim algumas vezes	Aplica-se a mim raramente	Nunca se aplica a mim
12. Eu gosto das coisas que faço.				
	Aplica-se a mim muitas vezes	Aplica-se a mim algumas vezes	Aplica-se a mim raramente	Nunca se aplica a mim
13. Gosto de estar na companhia de outras pessoas				
	Aplica-se a mim muitas vezes	Aplica-se a mim algumas vezes	Aplica-se a mim raramente	Nunca se aplica a mim
14. Em suma, eu olho para trás na minha vida com um sentimento de felicidade				
	Aplica-se a mim muitas vezes	Aplica-se a mim algumas vezes	Aplica-se a mim raramente	Nunca se aplica a mim
15. Sinto – me cheio (a) de energia nos dias de hoje /no presente/actualmente				
	Aplica-se a mim muitas vezes	Aplica-se a mim algumas vezes	Aplica-se a mim raramente	Nunca se aplica a mim
16. Escolho fazer coisas que nunca fiz antes				



	Aplica-se a mim muitas vezes	Aplica-se a mim algumas vezes	Aplica-se a mim raramente	Nunca se aplica a mim
17. Sinto-me satisfeito (a) com a forma como a minha vida resultou				
	Aplica-se a mim muitas vezes	Aplica-se a mim algumas vezes	Aplica-se a mim raramente	Nunca se aplica a mim
18. Sinto que a vida está cheia de oportunidades				
	Aplica-se a mim muitas vezes	Aplica-se a mim algumas vezes	Aplica-se a mim raramente	Nunca se aplica a mim
19. Sinto que o futuro será bom para mim				

4

Género:

Idade:

Residência: própria ou lar

Lar: Misericórdia ou similar/privado

Preenchida com ajuda ou sem ajuda?

Participante nº \_\_\_\_\_