

UNIVERSIDADE DE LISBOA
FACULDADE DE PSICOLOGIA



**QUALIDADE DE VIDA DO IDOSO: A SUA
PERSPETIVA E A DO SEU CUIDADOR FORMAL**

Raquel Amaro Martins

MESTRADO INTEGRADO EM PSICOLOGIA

Secção de Psicologia Clínica e da Saúde

Núcleo de Psicologia da Saúde e Doença

2014

UNIVERSIDADE DE LISBOA
FACULDADE DE PSICOLOGIA



**QUALIDADE DE VIDA DO IDOSO: A SUA
PERSPETIVA E A DO SEU CUIDADOR FORMAL**

Raquel Amaro Martins

Dissertação orientada pelo Professor Doutor Fernando Fradique

MESTRADO INTEGRADO EM PSICOLOGIA

Secção de Psicologia Clínica e da Saúde

Núcleo de Psicologia da Saúde e Doença

2014

Agradecimentos

Ao Professor Doutor Fernando Fradique, pela sua disponibilidade, compreensão e orientação ao longo deste trabalho.

Aos idosos participantes, pelo carinho e disponibilidade de colaboração que demonstraram ao longo da investigação.

A todos os cuidadores formais participantes, que se mostraram sempre tão disponíveis para ajudar. Em especial, agradeço à Doutora Guida Vargas, Doutor António Ilhicas e Doutor Cláudio Ferreira pelo interesse e disponibilidade demonstrado.

Aos meus pais, por todo o orgulho, sacrifício e dedicação. Sem eles, este percurso não teria sido possível. Obrigada por me ajudarem a atingir os meus objetivos e acreditarem nas minhas capacidades.

Aos meus manos, por serem um exemplo a seguir. Obrigada pelas gargalhadas, que foram tão precisas ao longo desta caminhada.

À Ana Filipa, pelos momentos de descontração quando mais precisava, pelas palavras de incentivo, paciência e sorrisos, que foram imprescindíveis ao longo deste processo.

À Ni, pelas tardes de estudo na padaria. Sem a tua motivação, incentivo e post-its amarelos, este caminho teria sido mais complicado.

À Patrícia, companheira de luta, que sempre esteve disponível para me ajudar. Obrigada por partilhares esta experiência comigo e por te teres tornado tão especial.

Ao Rui e à Carine, por partilharem a sua amizade comigo, pelos cafés e conselhos. São especiais para mim.

Resumo

O presente estudo teve como objetivo investigar a qualidade de vida do idoso em diferentes contextos de vida, nomeadamente idosos residentes em Lar, idosos que frequentam o Centro de Dia e idosos com Apoio Domiciliário. Pretendeu-se ainda comparar se existem diferenças entre a perceção do idoso acerca da sua qualidade de vida e a perceção do cuidador formal sobre a qualidade de vida do idoso. Trata-se de um estudo exploratório e correlacional com comparação entre grupos. Foram utilizados cinco instrumentos: um Questionário Sociodemográfico, e as versões portuguesas do MMSE, Índice de Barthel, WHOQOL-BREF e SF-36.

Ao nível da qualidade de vida, os idosos apresentam uma melhor qualidade de vida nas *relações pessoais* e uma pior qualidade de vida *geral*. Na qualidade de vida relacionada com a saúde, os idosos apresentam uma pior perceção no *funcionamento físico* e uma melhor perceção no *funcionamento social*. Na comparação dos diferentes contextos, existem diferenças significativas nas *subescalas desempenho físico* e *desempenho emocional* entre os grupos Lar e Domicílio, sendo que o último apresenta uma melhor qualidade de vida nestas subescalas.

Na comparação das perspetivas do idoso e do cuidador formal sobre o idoso, há concordância de perspetivas em todos os *domínios* da qualidade de vida. No entanto, na qualidade de vida relacionada com a saúde, os cuidadores percecionam a *dor corporal* mais positivamente que os idosos e a *saúde mental* mais negativamente.

Na comparação da discrepância entre as diferenças de perspetivas, o tempo de serviço e a escolaridade do cuidador formal obtiveram diferenças significativas. Com a variável contextos de vida verificaram-se diferenças significativas no *domínio das relações pessoais* e *subescalas saúde geral* e *desempenho emocional* entre os grupos Lar e Domicílio.

PALAVRAS-CHAVE: idosos; cuidadores formais; qualidade de vida; contextos de vida.

Abstract

The present study aimed to investigate the quality of life of the elderly in different life's contexts, including elderly residents in Nursing Homes, seniors who frequent the Day Center and seniors with Home Care. It was intended to further compare the differences between elderly's perception of their quality of life and the perception of the formal caregiver about the elderly's quality of life. This is an exploratory and correlational study with comparison between groups. Five instruments were used: Socio-demographic questionnaire and the Portuguese versions of MMSE, Barthel Index, WHOQOL-BREF and SF-36 it was used.

In terms of quality of life, the elderly present a better quality of life in *personal relationships* and a worse *general* quality of life. In health-related quality of life, the elderly have a worst perception in *physical functioning* and a better perception in *social functioning*. Comparing the different contexts, there are significant differences in the *subscales physical performance* and *emotional performance* between the Nursing Home and Home Care groups, the latter presents a better quality of life in these subscales.

Comparing the elderly perspective and the formal caregiver perspective about the senior, there is an agreement of perspectives in all *areas* of quality of life. However, in health-related quality of life, the caregivers perceived *physical pain* more positively than elderly and *mental health* more negatively.

Comparing the discrepancy between the differences of perspectives, the time of service and the schooling of the formal caregivers had significant differences. With the variable contexts of life there were significant differences in the *area of personal relationships* and *general health* and *emotional performance subscales* between Nursing Home and Home Care groups.

KEY-WORDS: elderly; formal caregiver; quality of life; life's contexts

Índice

Introdução	1
Capítulo 1 – Enquadramento Teórico	3
1.1. Envelhecimento	3
1.2. Envelhecimento em Portugal.....	4
1.3. Qualidade de Vida e Envelhecimento	6
1.4. Qualidade de Vida no Idoso Institucionalizado.....	8
1.5. Redes de Apoio.....	10
1.5.1. Suporte Formal.....	11
1.5.2.1. Apoio Domiciliário	11
1.5.2.2. Centros de Dia/Convívio	12
1.5.2.3. Residências Assistidas.....	13
1.5.2.3. Residência Permanente (Institucionalização).....	13
1.6. Cuidador	14
1.6.1. Cuidador Formal	14
1.6.2. Perceção da Qualidade de Vida do Idoso pelo Cuidador Formal	15
1.7. Objetivos do presente estudo	17
Capítulo 2 – Metodologia	20
3.1. Participantes.....	20
3.1.1. Amostra dos Idosos.....	20
3.1.2. Amostra de Cuidadores.....	21
3.2. Instrumentos utilizados no presente estudo	23

3.2.1. Questionário Sociodemográfico.....	24
3.2.2. Mini Mental State Examination (MMSE).....	24
3.2.3. Índice de Barthel	25
3.2.4. Questionário do Estado de Saúde (SF-36v2)	26
3.2.5. WHOQOL-BREF	27
3.3. Procedimentos	29
3.4. Procedimentos Estatísticos	30
Capítulo 3 – Resultados	32
Capítulo 4 – Discussão de Resultados	47
Conclusão	59
Referências Bibliográficas	63
Anexos	72

Índice de Quadros

Quadro 1. Caracterização sociodemográfica da amostra dos idosos (N 19)	21
Quadro 2. Caracterização Sociodemográfica da amostra de cuidadores (para um total de N 19)	23
Quadro 3. Avaliação do estado cognitivo, independência, qualidade de vida geral e qualidade de vida na saúde (N 19)	33
Quadro 4. Correlação do estado cognitivo, independência e qualidade de vida na saúde com a qualidade de vida geral (N 19).....	34
Quadro 5. Análise descritiva da qualidade de vida geral e relacionada com a saúde nos diferentes contextos de vida (Lar, Centro de Dia, Domicílio) tal como percebidas pelos idosos (N19)	36
Quadro 6. Comparação entre grupos da percepção do idoso na sua qualidade de vida geral e relacionada com a saúde, através da ANOVA (N 19)	37
Quadro 7. Comparação entre grupos da percepção do idoso na qualidade de vida geral e relacionada com a saúde, através do teste <i>Kruskal-Wallis</i> (N19)	38
Quadro 8. Avaliação da percepção do cuidador formal em relação à qualidade de vida geral (WHOQOL-BREF) e na saúde (SF-36) dos idosos (N 19)	39
Quadro 9. Comparação de perspetivas do idoso e cuidador formal sobre a qualidade de vida geral, através do teste <i>t-Student</i> (N19)	40
Quadro 10. Comparação de perspetivas do idoso e cuidador formal sobre a qualidade de vida geral, através do teste <i>Wilcoxon</i> (N19)	40
Quadro 11. Comparação da discrepância das diferenças nas pontuações entre as perspetivas do idoso e do seu cuidador na qualidade de vida geral e relacionada com a saúde, mediante os anos de serviço do cuidador na instituição, através do teste <i>t-Student</i> (N 14 ¹)	42

Quadro 12. Comparação da discrepância das diferenças nas pontuações entre as perspectivas do idoso e do seu cuidador na qualidade de vida geral e relacionada com a saúde, mediante os anos de serviço do cuidador na instituição, através do teste <i>Mann-Whitney</i> (N 14 ¹)	42
Quadro 13. Comparação da discrepância das diferenças nas pontuações entre as perspectivas do idoso e do seu cuidador na qualidade de vida geral e relacionada com a saúde, mediante a escolaridade do cuidador formal, através do teste <i>t-Student</i> (N 18 ¹)	43
Quadro 14. Comparação da discrepância das diferenças nas pontuações entre as perspectivas do idoso e do seu cuidador na qualidade de vida geral e relacionada com a saúde, mediante a escolaridade do cuidador formal, através do teste <i>Mann-Whitney</i> (N 18 ¹)	44
Quadro 15. Comparação da discrepância das diferenças nas pontuações entre as perspectivas do idoso e do cuidador na qualidade de vida geral e relacionada com a saúde, mediante o contexto (Lar, Centro de Dia, Domicílio), através do teste ANOVA (N19)	45
Quadro 16. Comparações múltiplas das diferenças estatisticamente significativas da ANOVA	45
Quadro 17. Comparação da discrepância das diferenças nas pontuações entre as perspectivas do idoso e do cuidador na qualidade de vida geral e relacionada com a saúde, mediante o contexto (Lar, Centro de Dia, Domicílio), através do teste <i>Kruskal-Wallis</i> (N19)	45

Índice de Anexos (CD-ROM)

Anexo 1. Autorização de recolha de dados.

Anexo 2. Protocolo de consentimento informado do idoso.

Anexo 3. Protocolo de consentimento informado do cuidador formal.

Anexo 4. Ficha de caracterização sociodemográfica do idoso.

Anexo 5. Ficha de caracterização sociodemográfica do cuidador formal.

Anexo 6. *Mini Mental State Examination* (MMSE).

Anexo 7. Índice de Barthel.

Anexo 8. Questionário do Estado de Saúde (SF-36v2).

Anexo 9. . *World Health Organization Quality of Life*, versão reduzida (WHOQOL-BREF)

Anexo 10. Output 1 - Análise descritiva dos resultados obtidos pela amostra de idosos no MMSE, Índice de Barthel, SF-36v2 e WHOQOL-BREF.

Anexo 11. Output 2 – Análise descritiva dos resultados obtidos pelos idosos divididos por condição (Lar, Centro de Dia e Domicílio) no MMSE, Índice de Barthel, SF-36v2 e WHOQOL-BREF.

Anexo 12. Output 3 – Análise descritiva dos resultados obtidos pela amostra de cuidadores formais acerca dos idosos no SF-36v2 e WHOQOL-BREF.

Anexo 13. Output 4 - Consistência interna do MMSE.

Anexo 14. Output 5 – Coeficiente de correlação de *Pearson* para a análise dos resultados obtidos pelos idosos no MMSE, Índice de Barthel, SF-36v2 e WHOQOL-BREF.

Anexo 15. Output 6 – Teste *One-Way* ANOVA para resultados obtidos na amostra de idosos divididos por condição (Lar, Centro de Dia e Domicílio) no SF36v2 e WHOQOL-BREF.

Anexo 16. Output 7 – Teste *Kruskal-Wallis* para resultados obtidos na amostra de idosos divididos por condição (Lar, Centro de Dia e Domicílio) no SF36v2 e WHOQOL-BREF.

Anexo 17. Output 8 – Teste *t-Student* para amostras emparelhadas no SF-36v2 e WHOQOL-BREF (comparação de perspetivas entre idoso e cuidador).

Anexo 18. Output 9 – Teste *Wilcoxon* para amostras emparelhadas (comparação de perspetivas entre idoso e cuidador) no SF-36v2 e WHOQOL-BREF.

Anexo 19. Output 10 – Teste *t-Student* para amostras independentes (diferenças nas perspetivas do idoso e do cuidador formal consoante o tempo de serviço do cuidador) no SF-36v2 e WHOQOL-BREF

Anexo 20. Output 11 – Teste *Mann-Whitney* para amostras independentes (diferenças nas do idoso e do cuidador formal, consoante o tempo de serviço do cuidador) no SF-36v2 e WHOQOL-BREF.

Anexo 21. Output 12 – Teste *t-Student* para amostras independentes (diferenças nas perspetivas do idoso e do cuidador formal, consoante a escolaridade) no SF-36v2 e WHOQOL-BREF.

Anexo 22. Output 13 – Teste *Mann-Whitney* para amostras independentes (diferenças nas perspetivas do idoso e do cuidador formal, consoante a escolaridade) no SF-36v2 e WHOQOL-BREF.

Anexo 23. Output 14 – Teste *One-Way* ANOVA (diferenças nas perspetivas do idoso e do cuidador formal, consoante a condição (Lar, Centro de Dia e Domicílio)) no Sf-36v2 e WHOQOL-BREF.

Anexo 24. Output 15 – Teste *Kruskal-Wallis* (diferenças nas perspetivas idoso e do cuidador formal, consoante a condição (Lar, Centro de Dia e Domicílio)) no SF-36v2 e WHOQOL-BREF

Introdução

O envelhecimento é um processo que decorre ao longo do tempo, inerente a todos os seres vivos e que se encontra associado a alterações com consequências na mobilidade, autonomia e saúde da pessoa idosa (Carvalho & Mota, 2012). Os seus componentes biológico e psicológico interagem entre si e com o ambiente físico e social produzindo um quadro complexo (Wattis & Curran, 2008).

Face ao aumento da longevidade, o envelhecimento populacional tornou-se uma realidade atual. Os dados relativos ao último censo (INE, 2011) apresentam a tendência crescente do número de pessoas com mais de 65 anos e um índice de envelhecimento de 129, que se prevê que continue a aumentar.

No entanto, este aumento da longevidade não significa que os sujeitos idosos estejam a viver uma vida autónoma e com qualidade. O envelhecimento surge associado ao aumento de patologias crónicas, no qual a melhoria da qualidade de vida será o principal desafio do século XXI (Carvalho & Mota, 2012).

O conceito de qualidade de vida associado ao envelhecimento é descrito pela Organização Mundial de Saúde [OMS] como “um conceito amplo e subjetivo que inclui de forma complexa a saúde física da pessoa, o seu estado psicológico, o nível de independência, as relações sociais, as crenças e convicções pessoais e a sua relação com aspetos importantes do meio ambiente “ (WHO, 2002 cit. por Afonso, Morais & Vaz de Almeida, 2012, pp. 42). Neste sentido, as expetativas sobre a saúde desempenham um papel importante na satisfação dos idosos (Wattis & Curran, 2008) e, consequentemente, na avaliação da sua qualidade de vida.

Quando a deterioração na saúde e o aumento de dependência de outros se verifica, a solução procurada é a prestação de cuidados domiciliários formais. No entanto, nem sempre estes são suficientes, pelo que a institucionalização se torna uma opção. Atualmente pretende-se limitar esta opção aos grandes dependentes e privilegiar a manutenção das pessoas no domicílio (Paúl, 2012).

A prestação de cuidados formais torna-se uma tarefa recorrente, na qual o cuidador formal deverá promover a autonomia e a qualidade de vida do idoso. Uma prestação de cuidados adequada encontra-se relacionada com níveis mais elevados de funcionamento e atividades gerais das pessoas idosas (Bustillos & Fernández-Ballesteros, 2013). É, pois, importante que as perceções de qualidade de vida do idoso e do seu cuidador sejam coincidentes, de modo a que o cuidador seja uma fonte válida e contribua eficazmente para a melhoria da qualidade de vida do idoso.

Sendo o envelhecimento uma temática atual, o presente estudo pretende analisar a qualidade de vida do idoso e a perceção do cuidador formal sobre a mesma em relação ao idoso. Encontra-se dividido nas seguintes secções: no primeiro capítulo pretende-se efetuar um enquadramento teórico sobre o envelhecimento, a qualidade de vida ao longo deste processo, a qualidade de vida no idoso institucionalizado, caracterizar as redes de apoio, especialmente o suporte formal e abordar a perceção do cuidador formal na qualidade do idoso; no segundo capítulo, apresentam-se os objetivos da investigação; no terceiro capítulo, procede-se à descrição da metodologia utilizada, caracterizando a amostra, os instrumentos e os procedimentos estatísticos para análise; no quarto capítulo, serão apresentados os resultados obtidos; no quinto capítulo, discutem-se os resultados e, finalmente, no sexto e último capítulo, expõem-se as conclusões finais deste trabalho.

Capítulo 1 – Enquadramento Teórico

Este capítulo pretende caracterizar o envelhecimento em geral e a situação de Portugal a este respeito. Explora-se o conceito de qualidade de vida relacionada com o envelhecimento e no idoso institucionalizado, bem como, as redes de apoio, especialmente as formais. Por fim, caracteriza-se o papel do cuidador formal e a sua perceção da qualidade de vida do idoso.

1.1. Envelhecimento

O envelhecimento é um processo no desenvolvimento, comum a todos os seres vivos, mas que contém características diferenciadas. É um processo irreversível, em que o seu termo natural é a morte do organismo (Fontaine, 1999).

Este processo apresenta três componentes: a) envelhecimento biológico, caracterizado por uma degradação progressiva (Fontaine, 1999) que resulta numa maior vulnerabilidade aumentando a probabilidade de morte, que se denomina de senescência, b) envelhecimento social, relativo aos papéis sociais e às expectativas que a sociedade apresenta para este nível etário e c) envelhecimento psicológico, definido pela autorregulação na tomada de decisões e opções (Schroots & Birren, 1980, cit. por Paúl, 2005), que podem resultar numa dificuldade de adaptação a novos papéis sociais e planeamento do futuro, bem como falta de motivação (Zimerman, 2000).

Assim, o envelhecimento é um processo diferenciado, que revela dados objetivos (i.e., diminuição da capacidade intelectual, degradação física, diminuição tendencial do funcionamento percetivo e mnésico, entre outros) e, simultaneamente, dados subjetivos, que constituem a representação que a própria pessoa faz do seu próprio envelhecimento (Fontaine, 1999).

Todas estas alterações sugerem um conjunto de movimentos na capacidade adaptativa do indivíduo, que podem resultar em ganhos, que traduzem crescimento, ou perdas, que traduzem declínio (Fonseca, 2005). A perda de papéis sociais e a passagem para uma vida inativa, através da reforma, colocam alterações na vida diária do idoso que podem ter repercussões negativas no processo de envelhecimento saudável (Bortolanza, Krahll & Blasus, 2005).

Os progressos tecnológicos da Medicina, bem como a melhoria das condições socioeconómicas contribuíram para o aumento da longevidade da população, que se encontra associada a uma maior prevalência de patologias, algumas delas geradoras de dependência (Barbosa & Matos, 2008). Este aparecimento de doenças pode ocasionar sofrimento físico e psicológico, sendo também responsável por uma quebra na autonomia da pessoa idosa, que se pode manter durante os seus últimos anos de vida. Deste modo, a melhoria das condições de saúde dos idosos é uma prioridade (Paúl & Fonseca, 1999).

Como consequência do aumento da esperança de vida e do aumento da proporção de pessoas idosas na população geral, o envelhecimento é um fenómeno universal que vários países, incluindo Portugal, enfrentam na atualidade.

1.2. Envelhecimento em Portugal

Tal como os restantes países desenvolvidos, Portugal encara uma estrutura etária da população na qual predomina o crescimento da população idosa e uma diminuição da população jovem, face ao aumento das taxas de longevidade e morbilidade e diminuição da taxa de natalidade.

Assim, segundo os dados do Instituto Nacional de Estatística [INE] (2011), Portugal apresenta uma perda na população entre os 0 e os 24 anos. Em 2001, o grupo dos 0 aos 14 anos constituía 16% da população e o grupo dos 15 aos 24 anos constituía 14.3%, decrescendo em 2011 para 14.9% e 10.9%, respetivamente. Existe um aumento de 53.4% para 55.2% no grupo referente aos 25 a 64 anos e um crescimento de 2.6% no grupo com idade superior aos 65 anos.

Estes dados (INE, 2014; 2011) confirmam o envelhecimento acelerado da população portuguesa, aos quais se acrescentam um aumento no Índice de Envelhecimento. Em 2013, este índice era de 136, o que se traduz por cada 100 jovens existiam 136 idosos, sendo este valor de 128 em 2011 e 102 em 2001.

Com o aumento da população acima dos 65 anos, a percentagem de reformados aumentou igualmente, sendo em 2011 de 22%, dos quais 49% homens e 51% mulheres (INE, 2011).

No que diz respeito às atividades do dia-a-dia, a população entre os 15 e os 64 anos apresenta algumas dificuldades na realização de tarefas por motivos de saúde ou idade. Aproximadamente 40.5% tinham um problema de saúde ou doença prolongado e 17.4% declarou dificuldades em pelo menos uma das seguintes atividades diárias: visão, audição, locomoção, memória/concentração, higiene e arranjo pessoal e compreender os outros e fazer-se entender por eles. Contudo, no grupo etário dos 55 aos 64 anos, este indicador ultrapassava os 50%. A principal dificuldade demonstrada era a locomoção, seguida da dificuldade de visão, mesmo com óculos ou lentes de contacto (INE, 2011).

As reestruturações familiares existentes na nossa sociedade levaram a um aumento do número de pessoas que vivem sós, com uma representação de 21% do total de famílias, sendo que cerca de 10% do total de famílias clássicas era constituída por

uma pessoa idosa. Acresce, ainda, os dados da Guarda Nacional Republicana [GNR] provenientes da “Operação Censo Sénior” (2014), que sinalizaram 33963 idosos, dos quais 21286 vivem sozinhos, 4281 vivem isolados, 3026 vivem sozinhos e isolados e 5370 idosos, que não se enquadram nas situações anteriores, porém encontram-se numa situação de vulnerabilidade considerando as suas limitações físicas e/ou psicológicas.

Estes dados vêm reforçar a importância do estudo do envelhecimento e do cuidado ao idoso. É, portanto, necessário compreender quais são os mecanismos inerentes ao envelhecimento a fim de contribuir para uma melhor Qualidade de Vida dos idosos.

1.3. Qualidade de Vida e Envelhecimento

O aumento da esperança de vida pode ser considerado como um indicador de dar mais “anos à vida”, no entanto, é importante garantir que estes sejam vividos com qualidade.

A Organização Mundial de Saúde [OMS] (1994) define qualidade de vida como a “perceção do indivíduo sobre a sua posição na vida, no contexto de cultura e sistema de valores nos quais está inserido e em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações”(Direção Geral de Saúde [DGS], 2004, p. 6). É, então, um conceito multidimensional que pode abarcar critérios objetivos, como o funcionamento fisiológico e a manutenção das atividades de vida diária, bem como componentes subjetivos, como a satisfação com a vida (Gonçalves, Martín, Guedes, Cabral-Pinto & Fonseca, 2006).

Neste sentido, encarando o Homem como um ser biopsicossocial, este conceito pode ser influenciado por vários fatores, nomeadamente o género, idade, fatores culturais (Mukherjee, 2013), família, ausência de dificuldades económicas (Coimbra & Brito, 1999), estilo de vida, contexto que o rodeia (Fonseca & Paúl, 2008), assim como clima político e liberdade religiosa (Birren, Sloane & Cohen, 1980).

Apesar de todos estes fatores, é a saúde que detém maior influência na qualidade de vida (Birren et al., 1980; Coimbra & Brito, 1999; Fernández-Ballesteros, 2007; Fonseca & Paúl, 2008).

A OMS (1948) define saúde como “um estado de completo bem-estar físico, mental e social e não somente a ausência de afeções e enfermidades”(Organização Pan-Americana da Saúde, 2005, p.13). Este conceito implica não só a ausência de doença e comportamentos de risco (Paúl & Fonseca, 1999), mas também a presença de emoções e sentimentos positivos associados ao bem-estar (Silva, 2005).

As pessoas idosas são mais saudáveis do que há duas décadas, vivendo mais tempo, com menores incapacidades, menos perdas funcionais e reportam uma melhor saúde. Contudo, os idosos avaliam-na tendo em conta as limitações que surgem nas atividades que valorizam (Fonseca & Paúl, 2008). Assim, vários domínios do âmbito da saúde podem interferir com a qualidade de vida: (1) *distress* e dores físicas, (2) desconforto somático (e.g., dificuldades em dormir), (3) incapacidade ou ineficiência no desempenho de tarefas, (4) falta de controlo, (5) falta de energia e senso de domínio indeterminado, (6) frustração das gratificações (e.g., ausência de apreciação e cuidado pelos outros), (7) falta de independência, (8) prevalência de sintomas, quando existe doença crónica e (9) descontinuidades no estilo de vida (e.g., perda de tradições e arrependimentos por oportunidades perdidas) (Birren et al., 1980).

Fernández-Ballesteros (2007), numa análise mais profunda, demonstrou que quem assume uma melhor saúde é mais otimista e os que têm mais problemas neste domínio e maiores limitações nas atividades expressam um menor estado auto-percebido de saúde, menor qualidade de vida e menor otimismo.

Em suma, o que se pretende é que o idoso goze de uma vida ativa e saudável, que promova a sua qualidade de vida, através de uma baixa ocorrência de doenças, de um elevado nível de capacidades funcionais e um envolvimento social ativo (Rodrigues, 2007).

No entanto, a perda das capacidades funcionais características da velhice, pode levar a que o idoso se torne parcial ou totalmente dependente, tornando-se a institucionalização uma opção a ser considerada. Esta mudança de residência poderá provocar ansiedade no idoso, que terá de se adaptar a um novo contexto, ocasionalmente longe da sua família e amigos, contribuindo para uma diminuição da sua qualidade de vida.

1.4. Qualidade de Vida no Idoso Institucionalizado

O processo de envelhecimento provoca alterações fisiológicas no organismo, fragilizando-o e facilitando a vulnerabilidade às doenças, que causam uma grande dificuldade no restabelecimento da saúde (Kawasaki & Diogo, 2001). A progressiva debilitação poderá provocar um agravamento na dependência dos outros para atividades do quotidiano, reduzindo gradualmente a autonomia do idoso, podendo atingir a incapacidade de tomar decisões sobre a sua própria vida (Conselho Nacional de Ética para as Ciências da Vida [CNECV], 2014). Quando o grau de dependência se torna

muito elevado, a família, pela impossibilidade de atender às necessidades do idoso, por dificuldades económicas ou por questões de organização laboral e familiar (Fragoso, 2008), atribui o cuidado do idoso a uma instituição de longa permanência.

Estas instituições recebem pessoas que pela sua diminuição de autonomia, tanto física quanto psicológica, necessitam de cuidados permanentes. Para além de dormida e refeições, oferecem-se cuidados de enfermagem e assistenciais, lazeres e serviços religiosos (Berger & Mailloux-Poirier, 1995), garantindo uma maior diversidade de cuidados, proporcionando um maior suporte e garantindo níveis favoráveis de bem-estar (Coimbra & Brito, 1999).

Todavia, a vulnerabilidade destes idosos poderá agravar-se pelo afastamento dos seus familiares, a mudança de residência e o abandono dos seus objetos pessoais e rotinas, afetando a sua qualidade de vida. Também a sua autonomia poderá ser afetada, sendo que, frequentemente, os idosos temem a sua ida para uma instituição de longa permanência. Um estudo realizado por Sousa, Galante e Figueiredo (2003) sugeriu que residir num lar torna os idosos menos capazes de manter a sua autonomia e qualidade de vida. Estes autores alertam que a intervenção nestes domínios é um princípio ético central dos cuidadores de saúde e ação social aos idosos. Igualmente, os autores Coimbra e Brito (1999) verificaram que, embora não exista uma diferença significativa, os idosos que residem no domicílio com apoio domiciliário apresentam uma qualidade de vida superior à dos institucionalizados.

Cabe, do mesmo modo, à instituição tentar superar estes obstáculos, criando um ambiente estimulante, de forma a proporcionar um conjunto de experiências que permitam à pessoa idosa manter-se ativa sob todos os pontos de vista, tentando contribuir para uma melhor qualidade de vida (Almeida & Rodrigues, 2008). Fragoso

(2008) sugere estudos que demonstram os efeitos positivos no estado e na saúde dos idosos institucionalizados ao se aumentar o sentido de responsabilidade e controle das suas próprias vidas, afirmando que os problemas ligados ao processo de envelhecimento podem estar na falta desse controle, quase sempre agravados pela institucionalização.

Assim, a institucionalização deverá ser o último recurso a ser utilizado pela família, preferindo que a pessoa idosa se mantenha perto das suas redes de apoio.

1.5. Redes de Apoio

Com o avançar da idade existem acontecimentos de vida pelos quais a pessoa idosa tem de passar e que podem ser potencialmente traumáticos. O falecimento do cônjuge, de familiares e amigos e o surgimento de doenças tornam-se frequentes, bem como a perda de identidade e utilidade social, pela passagem à reforma.

Existem alguns fatores de proteção, que permitem que o idoso lide com estes eventos, nomeadamente (1) fatores individuais, tais como o temperamento e as capacidades cognitivas, (2) fatores familiares, através da coesão e atenção por parte do principal prestador de cuidados e (3) fatores de suporte, tais como a rede de apoio familiar e o sistema social (Laranjeira, 2007).

Embora a rede de apoio social seja importante, as redes de suporte formais ou informais são diferentes das redes sociais, pois visam a ajuda concreta às pessoas idosas (Berger & Mailloux-Poirier, 1995).

Assim, é especialmente sobre o apoio formal que me incidirei, uma vez que se encontra mais relacionado com os objetivos do estudo.

1.5.1. Suporte Formal

O suporte formal está principalmente associado a uma interação instrumental (Markides & Cooper, 1989), que visa ajudar a pessoa idosa a conservar a sua autonomia, dignidade e bem-estar, permitindo viver no seu ambiente natural, junto da sua rede familiar e social (Berger & Mailloux-Poirier, 1995).

Este apoio pode ser facultado a regime parcial, através da realização de tarefas de higiene e alimentação, ou a regime total, no qual o idoso beneficia de um conjunto de cuidados mais específicos.

Consoante o grau de autonomia do idoso, o tipo de suporte prestado pode ser diferenciado, salientando-se o apoio domiciliário, centros de dia/convívio, residências assistidas e residências permanentes (institucionalização).

1.5.2.1. Apoio Domiciliário

Equipa que presta cuidados e serviços ao idoso no seu domicílio, que por dependência física e/ou psíquica, não consegue satisfazer as suas necessidades básicas ou atividades instrumentais da vida diária, nem disponham de apoio familiar para o efeito (Instituto da Segurança Social [ISS], 2014)

Tem como objetivos (1) melhorar a qualidade de vida das pessoas e famílias, (2) contribuir para a conciliação da vida profissional e familiar do agregado familiar, (3) garantir cuidados e serviços adequados às necessidades dos utentes, (4) reforçar as competências e capacidades das famílias e outros cuidadores, (5) facilitar o acesso a serviços da comunidade, (6) evitar ou adiar ao máximo o recurso a estruturas residenciais contribuindo para a manutenção dos utentes em meio natural de vida e,

finalmente, (7) prevenir situações de dependência, promovendo a autonomia (ISS, 2014).

1.5.2.2. Centros de Dia/Convívio

Estabelecimento que funciona durante o dia e que presta vários serviços que ajudam a manter as pessoas idosas no seu meio social e familiar. Organizam atividades recreativas e culturais que envolvem as pessoas idosas daquela comunidade (ISS, 2014).

Tem como objetivos (1) prevenir a solidão e o isolamento, (2) incentivar a participação e incluir os idosos na vida social local, (3) promover as relações pessoais entre as gerações, (4) evitar ou adiar ao máximo o internamento em instituições, (5) atender às necessidades dos utentes, (6) estabilizar ou retardar as consequências desagradáveis do envelhecimento, (7) prestar apoio psicológico e social, (8) permitir que a pessoa continue a viver na sua casa e no seu bairro e (9) prevenir situações de dependência, promovendo a autonomia (ISS, 2014).

Markides e Cooper (1989) salientam que relações pessoais próximas têm sido consideradas benéficas a reduzir as experiências de *stress*, reforçando que viúvos e solteiros podem experienciar mais problemas depois da reforma, dado o isolamento social. Neste sentido, os centros de dia/convívio proporcionam uma oportunidade para o idoso aumentar a sua rede social, contribuindo para uma melhoria da sua qualidade de vida.

1.5.2.3. Residências Assistidas

Estabelecimento que visa o alojamento coletivo, temporário ou permanente, para pessoas idosas em que sejam desenvolvidas atividades de apoio social e prestados cuidados de enfermagem (ISS, 2014).

Tem como objetivos (1) proporcionar serviços permanentes e adequados à problemática biopsicossocial das pessoas idosas, (2) contribuir para a estimulação de um processo de envelhecimento ativo, (3) criar condições que permitam preservar e incentivar a relação intrafamiliar e (5) potenciar a integração social (ISS, 2014).

Estas residências estão equipadas com áreas de cozinha e lazer partilhadas, com quartos com quarto de banho privado para singulares ou casais. Os residentes têm serviço de limpeza da casa e roupa, cuidadores que vigiam a medicação e ajuda no cuidado pessoal, como por exemplo no banho e no vestuário. Algumas destas residências podem oferecer programas de exercício físico e transporte para consultas médicas ou eventos sociais (Erber, 2013).

1.5.2.3. Residência Permanente (Institucionalização)

Estabelecimento que presta um maior cuidado ao idoso, embora apresente uma atmosfera semelhante a um hospital. Apesar de existirem uma diversidade de cuidados, a maioria dos residentes apresenta alguma incapacidade física ou cognitiva. A maioria necessita de cuidados da vida diária (Erber, 2013), oferecendo-se também cuidados de enfermagem e assistenciais, lazers e serviços religiosos (Berger & Mailloux-Poirier, 1995).

Tendo o cuidador formal um papel importante no ato de cuidar é sobre ele que me debruçarei a seguir.

1.6. Cuidador

Nesta secção será caracterizado o cuidador formal e a sua relação com o idoso alvo de cuidados. Apresentar-se-á igualmente uma pequena revisão de literatura acerca da perceção do cuidador formal sobre a qualidade de vida do idoso.

1.6.1. Cuidador Formal

O cuidador formal é uma pessoa com qualificação profissional, remunerada, que ajuda o idoso nas tarefas diárias, mostrando-se sempre disponível e competente. Encontra-se envolvido na prestação de cuidados e atenção não só ao idoso, como também à sua família. Assim, o ato de cuidar envolve uma relação profissional do cuidador com o idoso, através da prestação de um serviço (Freitas & Ferreira da Silva, 2013).

Atualmente pretende-se que o idoso se mantenha no domicílio, junto da sua família. No entanto, nem sempre os familiares estão disponíveis ou preparados para cuidar da pessoa idosa, sendo, assim, necessário que recorram a ajuda de cuidadores formais (Mendonça & Ribeiro, 2002), complementando entre si o cuidado prestado.

A relação entre cuidador formal-idoso tem impactos positivos e negativos, na medida em que pode fomentar a perda da capacidade de realizar tarefas da vida diária e dependência, pelo menos em termos físicos. Acrescenta-se, ainda, a entrada de um desconhecido nos aspetos mais pessoais da vida do idoso (Hellström & Hallberg, 2004), embora o cuidador tente aumentar a capacidade de autonomia do mesmo. Por outro lado, um cuidador formal pode dar uma maior segurança, uma vez que tem conhecimento especializado, encontra-se disponível sempre que necessário e é competente nas tarefas desempenhadas (Hellström & Hallberg, 2004).

No estudo realizado por Colomé, Marqui, Jahn, Resta, Carli, Wick e Nora (2011) verificou-se a prevalência da figura feminina como papel de cuidadora, com idades compreendidas entre os 40 e os 49 anos e primeiro grau incompleto de escolaridade. Na sua maioria afirmam ter escolhido o trabalho devido ao respeito pelo idoso, pelo desejo de fazer mais pelo ser humano, amor e gosto de cuidar de pessoas idosas.

Hellström e Hallberg (2004) verificaram, ainda, que os cuidadores formais que prestavam assistência a idosos tinham menos filhos, eram frequentemente solteiros e davam maior apoio nas atividades instrumentais da vida diária, em comparação com os cuidadores informais (família).

1.6.2. Perceção da Qualidade de Vida do Idoso pelo Cuidador Formal

Por questões de dificuldades cognitivas ou doença mental, o idoso poderá não conseguir fornecer uma opinião válida acerca da sua qualidade de vida, pelo que poderá ser necessário recorrer à opinião de uma pessoa próxima. Familiares, amigos ou cuidadores podem ser uma fonte válida, uma vez que se espera que tenham conhecimentos acerca de circunstâncias concretas do idoso, através de uma observação independente, bem como de atitudes mais subjetivas, através de indicadores indiretos das atitudes e respostas do idoso às condições objetivas (Crandall, 1976).

Crandall (1976) analisou a convergência entre o autorrelato e os hétero-relatos acerca da qualidade de vida dos participantes e concluiu que existe uma convergência significativa, embora os resultados não fossem tão elevados quanto o esperado.

Basset, Magaziner e Hebel (1990) concluíram, igualmente, existir uma concordância significativa nas respostas, mesmo quanto o participante se encontrava

com dificuldades cognitivas ou deprimido. Quanto à saúde mental e cognitiva, os autores estabeleceram, também, que quanto maior o contacto entre o participante e o seu representante, maior a concordância de perspetivas.

No entanto, esta concordância entre as perspetivas do próprio idoso e do seu cuidador quanto à qualidade de vida do idoso nem sempre é a mais precisa, pelo que Crandall (1976) realça alguns problemas que podem existir nos hétero-relatos, nomeadamente, (1) o perigo de contaminação, (2) a projeção por parte do representante, se este experiencia as mesmas condições que o participante e (3) a possibilidade de não se estar a avaliar o mesmo nos dois grupos, já que o representante pode discriminar entre aquilo que verdadeiramente sente e pensar o que o participante teria respondido, não dando a sua opinião verdadeira. Ainda assim, no seu estudo, o autor concluiu que os hétero-relatos podem ser um critério externo para avaliar a qualidade de vida.

Stainford, Becker e Diamond (1996) salientam outras duas potenciais discordâncias entre a visão da qualidade de vida dos cuidadores e idosos. A primeira discordância provém da falta de acordo sobre o que é importante e a segunda sobre o tipo de discordância, ou seja, quando ambas as partes estão a avaliar o mesmo domínio porém discordam na avaliação. Os autores consideram ainda possível que alguns cuidadores possam, implicitamente, formar os seus próprios julgamentos acerca da qualidade de vida, o que pode entrar em desacordo com os julgamentos da pessoa alvo de cuidados.

A discrepância de opiniões apresenta resultados elevados na dimensão física, uma vez que os cuidadores consideram o idoso como mais incapacitado do que aquilo que o idoso assume (Magaziner, Basset, Hebel, & Gruber-Baldini, 1996; Rothman, Hendrick, Bulcroft, Hickam & Rubenstein, 1991). Na variável psicossocial, a

discrepância foi tão significativa que não se pode considerar que a opinião do cuidador seja uma substituta válida da opinião do idoso, já que cuidadores com elevados níveis de sobrecarga tendem a menosprezar o estado funcional da pessoa cuidada e a sobrevalorizar a necessidade de serviços especiais (Rothman et al., 1991).

Tarefas que são observáveis e facilmente discutidas, tais como o vestir ou andar, apresentam maior concordância do que questões vagas e de carácter geral, nomeadamente o estado mental e ansiedade (Magaziner et al., 1996).

Em suma, a diferença na perceção da qualidade de vida do idoso pelo cuidador pode distorcer o modo como vê as suas limitações funcionais, contribuindo para uma visão mais negativa da qualidade de vida do idoso.

Tal como foi mencionado anteriormente, a qualidade de vida no idoso encontra-se relacionada com o seu estado cognitivo, a independência e estado de saúde. O cuidador formal presta apoio de forma a melhorar a qualidade de vida do idoso, no entanto, estes nem sempre apresentam uma concordância nas suas perspetivas. Neste âmbito, torna-se interessante avaliar a qualidade de vida do idoso e comparar a sua perspetiva com a do seu cuidador formal.

1.7. Objetivos do presente estudo

O objetivo geral desta investigação visa explorar e analisar a qualidade de vida do idoso, bem como comparar a perspetiva deste com a do cuidador formal acerca desse mesmo idoso.

Apresentam-se, de forma mais detalha, os objetivos do presente estudo:

1. Avaliar o estado cognitivo do idoso, através do *Mini Mental State Examination* (Folstein, Folstein & McHugh, 1975 traduzido e adaptado por Guerreiro, Silva, Botelho, Leitão, Caldas & Garcia, 1994); avaliar o estado de independência do idoso, através do Índice de Barthel (Barthel & Mahaoney, 1965 traduzido e adaptado por Araújo, Pais-Ribeiro, Oliveira & Pinto, 2007); avaliar a qualidade de vida na saúde do idoso, através do Questionário do Estado de Saúde (Ware, 1994 traduzido e adaptado por Ferreira, 2000); e avaliar a qualidade de vida geral, através do *World Health Organization Quality of Life*, (*World Health Organization Quality of Life*, 1994 traduzido e adaptado por Canavarro, Simões, Vaz Serra, Pereira, Rijo, Quartilho, Cameiro, Paredes & Carona, 2007).

2. Associar o estado cognitivo, a independência e saúde à qualidade de vida geral do idoso.

3. Avaliar a qualidade de vida geral e a qualidade de vida na saúde dos idosos nos diferentes contextos (Lar, Centro de Dia e Domicílio).

4. Comparar, nos diferentes contextos (Lar, Centro de Dia e Domicílio), a percepção do idoso na sua qualidade de vida geral e na qualidade de vida relacionada com a saúde.

5. Avaliar a percepção do cuidador formal em relação à qualidade de vida geral e relacionada com a saúde do idoso.

6. Comparar a percepção do cuidador formal na qualidade de vida geral e relacionada com a saúde em relação à sentida pelo idoso.

7. Comparar a discrepância das diferenças nas pontuações entre as perspectivas do idoso e do cuidador na qualidade de vida geral e relacionada com a saúde, mediante o tempo de serviço do cuidador na instituição.

8. Comparar a discrepância das diferenças nas pontuações entre as perspectivas do idoso e do seu cuidador na qualidade de vida geral e relacionada com a saúde, mediante a escolaridade do cuidador formal.

9. Comparar a discrepância das diferenças nas pontuações entre as perspectivas do idoso e do cuidador na qualidade de vida geral e relacionada com a saúde, mediante o contexto (Lar, Centro de Dia, Domicílio).

Capítulo 2 – Metodologia

Como foi referido anteriormente, a proposta deste estudo é a de avaliar o estado cognitivo, a independência e a qualidade de vida geral e a qualidade de vida na saúde dos idosos. Para além da perspectiva do idoso, este estudo também incidiu sobre a perspectiva do cuidador na qualidade de vida geral e relacionada com a saúde de um idoso.

3.1. Participantes

3.1.1. Amostra dos Idosos

A amostra de idosos foi constituída de acordo com os seguintes critérios de inclusão: a) estar inscrito no CSPPF; b) ter mais de 65 anos; c) apresentar condições físicas e cognitivas para responder; d) não ter um quadro de psicopatologia diagnosticado; e) assinar o protocolo informado e f) ter um cuidador formal.

Deste modo, a presente investigação recorreu a uma amostra não probabilística de conveniência, constituída por 19 idosos reformados, na sua maioria do sexo feminino, com idades compreendidas entre os 69 e os 90 anos ($M=81.42$, $DP=6.185$), viúvos, com frequência do primeiro ciclo e quando questionados acerca do seu rendimento atual, consideram que é difícil viver com o mesmo. Na globalidade da amostra, os idosos vivem sozinhos, em casa própria ou alugada. Relativamente ao estado de saúde, na sua maioria, os idosos apresentam uma doença diagnosticada, tomam medicação diariamente e consultam regularmente o médico, numa média de 4.70 vezes ao ano. O Quadro 1 apresenta a caracterização sociodemográfica da amostra em estudo.

Quadro 1. Caracterização sociodemográfica da amostra dos idosos (N 19)

	Média	Desvio-Padrão	Amplitude
Idade	81.42	6.185	69-90
Frequência (%)			
Sexo			
Feminino		17 (89.5%)	
Masculino		2 (10.5%)	
Estado Civil			
Solteiro(a)		5 (26.3%)	
Casado(a) ou União de Fato		2 (10.5%)	
Divorciado(a) ou Separado(o)		4 (21.1%)	
Viúvo(a)		8 (42.1%)	
Escolaridade			
Não sabe ler nem escrever		3 (15.8%)	
Sabe ler e/ou escrever		3 (15.8%)	
1º - 4º anos		9 (47.4%)	
7º - 9º anos		1 (5.3%)	
10º - 12º anos		2 (10.5%)	
Estudos universitários		1 (5.3%)	
Vive			
Sozinho(a)		13 (68.4%)	
Acompanhado(a)		6 (31.6%)	
Vive com (N 6¹)			
Outra pessoa do CSPPF		2 (10.5%)	
Amigo(a)		1 (5.3%)	
Cônjuge		1 (5.3%)	
Filho(a)		1 (5.3%)	
Irmã(o)		1 (5.3%)	
Vive em			
Casa própria ou alugada		10 (52.6%)	
Instituição		9 (47.4%)	

¹ Amostra reduzida porque não se aplica em alguns casos.

3.1.2. Amostra de Cuidadores

A amostra de cuidadores foi constituída de acordo com os seguintes critérios de inclusão: a) saber ler e escrever em português; b) não apresentar um quadro de psicopatologia diagnosticado e c) assinar o protocolo de consentimento informado e d) ser cuidador formal de um idoso participante.

Esta amostra foi emparelhada com a de idosos, sendo conveniente referir que será considerado um total de 19, uma vez que cada cuidador perspetivou a qualidade de vida geral e relacionada com a saúde para um idoso, existindo um cuidador que respondeu a mais do que uma perspetiva. Deste modo foram obtidas duas perspetivas sobre a qualidade de vida geral e na saúde, ou seja, uma do próprio e outra do cuidador.

É ainda importante referir que nem todos os cuidadores responderam ao questionário sociodemográfico, pelo que foi necessário recorrer aos dados sociodemográficos do WHOQOL-BREF, e um dos cuidadores recusou-se a responder a alguns dados pessoais, o que explica as diferenças na dimensão da amostra na caracterização da mesma. Assim, pela observação do Quadro 2, verifica-se que a amostra é maioritariamente do sexo feminino, casada, com idades compreendidas entre os 25 e os 61 anos ($M=42.67$, $DP=11.837$) e ajudantes de ação direta.

Quadro 2. Caracterização Sociodemográfica da amostra de cuidadores (para um total de N 19)

	Média	Desvio-Padrão	Mediana	Amplitude
Idade (N 18 ¹)	42.67	11.837	40.5	25-61
Anos de serviço	7.43	5.501	7.43	1 - 22
Frequência (%)				
Sexo (N 19)				
Feminino			16 (84.2%)	
Masculino			3 (15.8%)	
Estado Civil (N 18 ¹)				
Solteiro(a)			5 (26.3%)	
Casado(a) ou União de Fato			11 (57.9%)	
Divorciado(a) ou Separado(o)			2 (10.5%)	
Viúvo(a)			0 (0%)	
Escolaridade (N 18 ¹)				
Não sabe ler nem escrever			0 (0%)	
Sabe ler e/ou escrever			0 (0%)	
1º - 4º anos			2 (10.5%)	
5º - 6º anos			5 (26.3%)	
7º - 9º anos			5 (26.3%)	
10º - 12º anos			1 (5.3%)	
Estudos universitários			1 (5.3%)	
Formação Pós-Graduada			4 (21.1%)	
Profissão (N 19)				
Ajudante de Ação Direta			15 (78.9%)	
Psicólogo(a)			3 (15.8%)	
Assistente Social			1 (5.3%)	

1 Um cuidador recusou-se a responder a esta questão.

3.2. Instrumentos utilizados no presente estudo

Para a presente investigação, os idosos responderam a um conjunto de instrumentos, que incluíam o Questionário Sociodemográfico, *Mini Mental State Examination* (MMSE), Índice de Barthel, Questionário do Estado de Saúde (SF-36v.2) e *World Health Organization Quality of Life*, na sua versão reduzida (WHOQOL-BREF). Os cuidadores formais responderam a um Questionário Sociodemográfico, Questionário do Estado de Saúde (SF-36v.2) e *World Health Organization Quality of*

Life, na sua versão reduzida (WHOQOL-BREF), estes dois últimos sobre um idoso participante.

3.2.1. Questionário Sociodemográfico

Este instrumento (ver anexo) permitiu recolher informação para caracterizar a amostra, nomeadamente a idade dos participantes, género, escolaridade, profissão, situação pessoal e interpessoal e situação económica.

Foram aplicados dois questionários distintos, um para cada um dos grupos da amostra, i.e., idosos e cuidadores formais, que tinham questões mais específicas inerentes à sua condição.

3.2.2. Mini Mental State Examination (MMSE)

Mini Mental State Examination (Folstein, Folstein & McHugh, 1975, traduzido e adaptado por Guerreiro et al., 1994) (ver anexo) analisa, de forma breve, a deterioração cognitiva do sujeito.

É constituído por 30 itens divididos em cinco *categorias*, sendo elas orientação espaço-temporal (dez pontos), retenção (três pontos), atenção e cálculo (cinco pontos), evocação (três pontos) e linguagem (nove pontos, no qual um ponto é dado pela capacidade construtiva visual do sujeito) (Guerreiro, 2010).

São indicativos de deterioração cognitiva, os sujeitos que apresentem pontuações inferiores a 15 pontos, se foram iletrados, pontuações inferiores a 22 pontos, para indivíduos com escolaridade inferior a 11 anos e pontuações de 27 pontos, para sujeitos com mais de 11 anos de escolaridade (Morgado, Rocha, Maruta, Guerreiro & Martins,

2009). Uma vez que os resultados do MMSE são influenciados pela escolaridade, não deverá ser utilizado o ponto de corte de 24 pontos, à semelhança do que se faz em outros países (Guerreiro et al., 1994).

No que diz respeito às propriedades psicométricas, este instrumento aponta para uma alta fiabilidade teste-reteste (Guerreiro, 2010) e apresenta dados adequados que foram apresentados numa reunião da Sociedade Portuguesa de Neurologia mas que não se encontram disponíveis.

3.2.3. Índice de Barthel

Índice de Barthel (Barthel & Mahaoney, 1965, traduzido e adaptado por Araújo et al., 2007) (ver anexo) é um instrumento com o objetivo de avaliar o nível de dependência do sujeito nas suas tarefas de vida diária.

É composto por 10 itens que avaliam a capacidade do indivíduo em realizar as atividades básicas da sua vida, nomeadamente a alimentação, banho, higiene pessoal, vestir e despir, eliminação intestinal, eliminação vesical, utilização dos sanitários, transferência da cama para a cadeira e vice-versa, deambular e subir e descer escadas. A pontuação dos itens varia entre zero (0) e cem (100), com intervalos de 5 pontos, sendo que a pontuação de zero corresponde a uma dependência máxima e a pontuação 100 corresponde a uma independência para realização das atividades diárias avaliadas (Araújo et al., 2007).

As propriedades psicométricas deste instrumento revelam que é válido e fiável, apresentando, todos os itens, um peso fatorial igual ou superior a .71, sendo que a magnitude dos valores se situa entre .71 e .94. Apresenta, igualmente, uma normalização dos fatores de *Kaiser-Meyer-Okin* (KMO) de .94, o que excede os

valores de referência. A consistência de duas dimensões, o autocuidado e a mobilidade, apresentam-se elevadas, com um *Alfa de Cronbach* de .97, bem como a dimensão referente à eliminação, com um *Alfa de Cronbach* .81. Quanto à validade convergente, verificou-se que a autonomia nas atividades de vida básica relaciona-se de uma forma direta com as atividades de vida instrumentais (Araújo et al., 2007).

3.2.4. Questionário do Estado de Saúde (SF-36v2)

Questionário do Estado de Saúde (Ware, 1994, traduzido e adaptado por Ferreira, 2000) tem como objetivo avaliar a auto percepção do estado de saúde.

Este instrumento é composto por 36 afirmações que avaliam tanto os aspetos negativos como os aspetos positivos da saúde. É constituído por dois componentes distintos (físico e mental) obtidos a partir de análises fatoriais de componentes principais depois dos dados terem sido sujeitos a rotações ortogonais. O componente físico é constituído pelas escalas: (1) função física, pretende medir a limitação para executar atividades físicas menores, intermédias até às extenuantes; (2) desempenho físico, mede a limitação física da pessoa em termos do tipo e trabalho desempenhado; (3) dor física, representa a intensidade e desconforto causados pela dor, bem como a forma como interfere no dia-a-dia e (4) saúde em geral, que pretende medir o conceito de percepção holística de saúde. O componente mental é composto pelas seguintes escalas: (1) saúde mental, refere-se às mais importantes dimensões da saúde mental, nomeadamente a ansiedade, depressão, perda de controlo em termos emocionais ou comportamentais e bem-estar psicológico; (2) desempenho emocional, mede a limitação emocional em termos do tipo e da quantidade de trabalho executado, (3) função social, pretende captar a quantidade e qualidade das atividades sociais, assim como o impacto

dos problemas físicos e emocionais nas atividades sociais do indivíduo e (4) vitalidade, inclui níveis de energia e de fadiga, permitindo captar melhor as diferenças de bem-estar. Finalmente, existe a escala de transição ou mudança de saúde, que não constitui uma dimensão ou componente, embora informe sobre a mudança em geral na saúde da pessoa (Ferreira, 2000).

Em termos de resultados, quanto maior o resultado obtido pelo indivíduo, melhor o estado subjetivo de saúde, sendo que os resultados dentro de cada escala variam de zero (0) a cem (100) (Ferreira, 2000).

Ao nível das qualidades psicométricas, as escalas/sub-dimensões apresentam uma correlação entre .61 e .78. Os valores de *Alfa de Cronbach* globais foram de .82 e .87 para as dimensões física e mental, respetivamente, e não aumentaram com a eliminação de qualquer uma das escalas. As comunalidades de cada sub-dimensão variaram entre .60 e .83, indicando que as componentes explicaram a maior parte da variância existente em cada sub-dimensão. Neste sentido, a primeira componente correlaciona-se fortemente com os itens da dimensão física e a segunda componente com os itens da dimensão mental (Severo, Santos, Lopes & Barros, 2006).

3.2.5. WHOQOL-BREF

WHOQOL-Bref (World Health Organization Quality of Life, 1994, traduzido e adaptado por Canavarro et al., 2007) é um instrumento que permite avaliar a qualidade de vida.

É composto por 26 questões, duas delas relativas à perceção geral da qualidade de vida e à perceção geral da saúde e as restantes referentes a cada uma das 24 facetas específicas do instrumento. Estas facetas encontram-se, por sua vez, organizadas em

quatro domínios distintos, sendo eles, o físico (facetas: dor e desconforto; energia e fadiga; sono e repouso; mobilidade; atividades da vida diária; dependência de medicação ou tratamentos; capacidade de trabalho), psicológico (facetas: sentimentos positivos; pensamento, aprendizagem, memória e concentração; autoestima; imagem corporal e aparência; sentimentos negativos; espiritualidade/ religião/ crenças pessoais) relações sociais (facetas: relações pessoais; apoio social; atividade sexual) e ambiente (segurança física; ambiente no lar; recursos económicos; cuidados de saúde e sociais: disponibilidade e qualidade; oportunidades para adquirir novas informações e competências; participação e/ou oportunidades de recreio e lazer; ambiente físico (poluição/ barulho/ trânsito/ clima); transporte). E, ainda, uma faceta geral da qualidade de vida.

As questões estão organizadas em quatro escalas de resposta tipo *likert* de cinco pontos, nomeadamente a intensidade, capacidade, frequência e avaliação, quer de forma positiva como negativa (Canavarro et al., 2007).

No que diz respeito às suas características psicométricas, a consistência interna avaliada pelo *Alfa de Cronbach* apresenta valores aceitáveis, quer nos domínios no seu conjunto, individualmente ou o conjunto de itens. Varia entre .64 e .87, para o domínio relações sociais e domínio físico, respetivamente. Verificou-se, igualmente, uma correlação estatisticamente significativa entre os quatro domínios. Apresenta uma boa estabilidade temporal (Vaz Serra, Canavarro, Simões, Pereira, Gameiro, Quartilho & Parede, 2006).

3.3. Procedimentos

Os dados foram recolhidos entre Março e Setembro de 2014, no Centro Social e Paroquial de Penha de França em Lisboa, a um conjunto de participantes voluntários. Consideraram-se idosos institucionalizados (i.e., a residir em lar) e não-institucionalizados (idosos que frequentam o centro de dia/convívio ou habitem em residência própria, com apoio domiciliário). De acordo com os idosos participantes pediu-se a colaboração dos cuidadores formais. O método de amostragem caracteriza-se por uma amostra não probabilística de conveniência.

No caso dos idosos, os questionários foram aplicados pela investigadora. Sempre que se verificou que o idoso não tinha capacidade física ou escolaridade para assinar o consentimento informado (ver anexos), foi pedido a uma testemunha que assinasse pelo idoso, com o seu consentimento. Procurou-se criar sempre um ambiente neutro, acompanhando o idoso até uma sala, na qual se procedia à recolha de dados, apenas na presença da investigadora, tentando que não existisse interferências de outras variáveis, nomeadamente o barulho ou falta de privacidade. Nem sempre estas condições foram conseguidas, uma vez que alguns idosos recusaram-se a abandonar a sala onde se encontravam, por motivos de mobilidade ou pessoais. Nestas circunstâncias procurou-se minimizar as interferências e, sempre que possível, isolar o idoso para um local mais calmo da sala.

No que diz respeito aos cuidadores formais (ver anexos), os questionários foram entregues em envelope, tendo sido logo pedido que assinassem o consentimento informado. Sempre que possível, os questionários foram aplicados pela investigadora, de modo a esclarecer possíveis dúvidas.

Em todos os casos, primeiramente foi dada uma explicação acerca dos objetivos do estudo e respetivas condições de participação. No caso dos cuidadores formais foi, ainda, fornecido o contacto para o caso de existirem dúvidas no preenchimento dos instrumentos e pedido que elegessem um idoso participante com quem sentiam maior proximidade.

3.4. Procedimentos Estatísticos

No presente estudo, os dados foram tratados estatisticamente através do *Software Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS, versão 22). Desta forma, foram realizados diversos procedimentos estatísticos: análise descritiva, análise correlacional e análise de diferenças entre grupos.

De forma a averiguar se a distribuição era normal foi utilizado o teste de *Shapiro-Wilk*, uma vez que a amostra é inferior a 30.

A estatística descritiva procurou caracterizar os dados sociodemográficos da amostra, a avaliação do estado cognitivo, independência, qualidade de vida geral e na saúde do idoso e avaliação da perspectiva do cuidador formal na qualidade de vida geral e relacionada com a saúde. Procedeu-se ao cálculo das médias, desvios-padrão, frequências e percentagens, medianas, modas e amplitude.

A análise correlacional foi utilizada para explorar a associação entre o estado cognitivo, independência e qualidade de vida na saúde com a qualidade de vida geral nos idosos. No caso desta amostra, a distribuição era normal, pelo que se utilizou o coeficiente de correlação de *Pearson* para a análise correlacional bivariada.

Para verificar se existiam diferenças significativas entre as perspectivas do idoso e do cuidador formal, realizaram-se dois testes distintos: para amostras paramétricas utilizou-se o teste *t-Student* para amostras emparelhadas. Para amostras não-paramétricas utilizou-se o teste de *Wilcoxon* para amostras emparelhadas.

Na análise das discrepâncias das diferenças entre o resultado nas pontuações entre as perspectivas do idoso e do cuidador na qualidade de vida geral e relacionada com a saúde, mediante as características sociodemográficas utilizou-se o teste *t-Student* para amostras independentes, no caso de a amostra ser paramétrica, e utilizou-se o teste *Mann-Whitney*, para amostras independentes, no caso de a amostra ser não-paramétrica.

Para a comparação inter-grupos utilizou-se o teste ANOVA para amostras paramétricas e o teste *Kruskal-Wallis* para amostras não-paramétricas.

Capítulo 3 – Resultados

De acordo com os objetivos estabelecidos anteriormente, neste capítulo proceder-se-á à apresentação dos respectivos resultados.

1. Avaliar o estado cognitivo, independência, qualidade de vida geral e qualidade de vida relacionada com a saúde do idoso.

A fim de caracterizar o estado cognitivo, independência e qualidade de vida geral e relacionada com a saúde do idoso foram aplicados os questionários MMSE, Índice de Barthel, WHOQOL-BREF e SF-36, respetivamente. A análise descritiva apresenta-se no quadro seguinte.

Quadro 3. Avaliação do estado cognitivo, independência, qualidade de vida geral e qualidade de vida na saúde (N 19)

	Média	DP	Mediana	Moda	Amplitude
MMSE	25.58	3.237	27	28	20 - 30
Barthel	76.58	22.177	80	100	30 - 100
WHOQOL-BREF					
Dom. Geral	49.342	21.439	50	25	25 – 87.5
Dom. Físico	55.263	17.349	60.714	60.71	28.57 – 92.86
Dom. Psicológico	63.816	16.957	62.5	54.17	29.17 - 100
Dom. Relações Sociais	66.228	17.004	66.667	83.33	41.67 – 91.67
Dom. Ambiente	59.540	16.682	59.375	59.38	15.63 – 87.5
SF-36					
Funcionamento Físico	36.316	25.486	30	55	0 – 85
Desempenho Físico	56.579	28.903	56.250	25	25 – 100
Dor Corporal	43.684	23.279	42	22	10 – 84
Saúde Geral	60.631	13.263	60	57	37 - 85
Vitalidade	49.013	20.964	43.750	43.75	12.5 – 93.75
Funcionamento Social	72.368	27.506	75	100	25 – 100
Desempenho Emocional	67.105	32.805	83.333	100	8.33 - 100
Saúde Mental	49.737	15.940	50	35	20 - 75

Pela observação do Quadro 3 verifica-se que a amostra dos idosos, na sua globalidade, apresenta um valor elevado de funcionamento cognitivo ($M= 25.58$, $DP= 3.24$), sendo o mínimo valor registado de 20 e o valor mais elevado a pontuação máxima do instrumento (i.e., 30). No que diz respeito à independência, a amostra regista, igualmente, um valor elevado ($M= 76.58$, $DP= 22.18$), existindo uma amplitude de 70. Ao nível da qualidade de vida geral, os idosos apresentaram uma média com o valor mais baixo no *domínio Geral* ($M= 49.34$, $DP= 21.44$) e um valor mais elevado no *domínio Relações Pessoais* ($M= 66.23$, $DP= 17$). Na qualidade de vida na saúde, o valor

mais elevado regista-se no *Funcionamento Social* (M= 72.37, DP= 27.51) e a média mais baixa no *Funcionamento Físico* (M= 36.32, DP= 25.49).

2. Associar o estado cognitivo, independência, qualidade de vida na saúde e qualidade de vida geral no idoso.

De seguida, associou-se o estado cognitivo, independência, qualidade de vida na saúde e qualidade de vida geral, utilizando os instrumentos mencionados anteriormente. O quadro 4 fornece informação quanto aos resultados globais e subescalas da qualidade de vida na saúde com os domínios da qualidade de vida geral.

Quadro 4. Correlação do estado cognitivo, independência e qualidade de vida na saúde com a qualidade de vida geral (N 19)

	MMSE	Barthel	Dom. Geral	Dom. Físico	Dom. Psicológico	Dom. Relações Sociais	Dom. Ambiente
MMSE		.234	-.104	.020	.306	.072	.008
Barthel	.234		.514*	.710**	.188	.241	.508*
SF-36							
Funcionamento Físico	.037	.669**	.682**	.645**	-.010	.151	.287
Desempenho Físico	.265	.107	-.084	.155	.209	.389	.209
Dor Corporal	.090	.168	.370	.334	.083	.388	.631**
Saúde Geral	-.101	.334	.519*	.593**	.396	.260	.473*
Vitalidade	.034	.254	.549*	.445	.289	.104	-.096
Funcionamento Social	-.037	.149	-.194	.031	-.042	.319	.313
Desempenho Emocional	.207	.129	-.263	.121	.204	.360	.103
Saúde Mental	.154	.304	.375	.335	.601**	.085	.069

*p < .05, **p < .01

Pela análise do Quadro 4 verifica-se que o estado cognitivo não apresenta uma associação com a independência e com quaisquer domínios da qualidade de vida geral e relacionada com a saúde. No que diz respeito à independência, esta associa-se significativamente com a *subescala Funcionamento Físico* ($r = .669$, $p < .01$), o *domínio Geral* ($r = .514$, $p < .05$), *domínio Físico* ($r = .710$, $p < .01$) e o *domínio Ambiente* ($r = .508$, $p < .05$). Já as subescalas *Funcionamento Físico*, *Dor Corporal*, *Saúde Geral*, *Vitalidade* e *Saúde Mental* da qualidade de vida da saúde associam-se significativamente com a qualidade de vida geral. Desta forma, a subescala *Funcionamento Físico* associa-se ao *domínio Geral* ($r = .682$, $p < .01$) e ao *domínio Físico* ($r = .645$, $p < .01$); a subescala *Dor Corporal* encontra-se ligada ao *domínio Ambiente* ($r = .631$, $p < .01$); a subescala *Saúde Geral* está associada aos *domínios Geral* ($r = .519$, $p < .05$), *Físico* ($r = .593$, $p < .01$) e *Ambiente* ($r = .473$, $p < .05$); a subescala *Vitalidade* encontra-se associada ao *domínio Geral* ($r = .549$, $p < .05$) e, finalmente, a subescala *Saúde Mental* está associada ao *domínio Psicológico* ($r = .601$, $p < .01$).

3. Avaliar a qualidade de vida geral e a qualidade de vida relacionada com a saúde dos idosos nos diferentes contextos (Lar, Centro de Dia e Domicílio).

De seguida, procedeu-se à avaliação da qualidade de vida geral e relacionada com a saúde nos diferentes contextos de vida. Os resultados são descritos no quadro seguinte.

Quadro 5. Análise descritiva da qualidade de vida geral e relacionada com a saúde nos diferentes contextos de vida (Lar, Centro de Dia, Domicílio) tal como percecionadas pelos idosos (N19)

	Lar		Centro de Dia		Domicílio	
	Média	DP	Média	DP	Média	DP
WHOQOL-BREF						
Dom. Geral	57.143	20.229	57.500	24.367	35.714	15.187
Dom. Físico	52.041	12.687	67.143	18.454	50	18.785
Dom. Psicológico	58.333	11.785	57.500	17.027	73.810	18.589
Dom. Relações Sociais	59.524	12.199	73.333	13.693	67.857	22.272
Dom. Ambiente	57.589	10.342	68.125	17.031	55.357	21.173
SF-36						
Funcionamento Físico	33.571	21.931	57	28.417	24.285	19.881
Desempenho Físico	31.250	8.069	58.750	29.514	80.357	21.173
Dor Corporal	40.857	18.898	44	27.964	46.286	27.017
Saúde Geral	61	11.343	60.200	16.634	60.571	14.639
Vitalidade	48.214	12.350	55	31.062	45.536	21.864
Funcionamento Social	57.143	23.780	75	30.619	85.714	24.398
Desempenho Emocional	35.714	26.664	76.667	25.276	91.667	12.729
Saúde Mental	50.714	15.119	44	20.433	52.857	14.679

Pela análise do Quadro 5 verifica-se que em todos os contextos de vida, para a qualidade de vida geral, o valor mais elevado apresenta-se no *domínio das Relações Pessoais* (Lar: M= 59.52; DP= 12.20; Centro de Dia: M= 73.33; DP= 13.69; Domicílio: M= 67.86; DP= 22.27). O valor menos elevado, para os idosos que residem no Lar, encontra-se no *domínio Físico* (M= 52.04; DP= 12.69). Nos idosos que frequentam o Centro de Dia, o valor mais baixo surge em dois domínios distintos, o *domínio Geral* e o *domínio Psicológico* (M= 57.5; DP= 24.37 e M= 57.5; DP= 17.03, respetivamente). Para o contexto domicílio, o valor menos elevado surge, igualmente, no *domínio Geral* (M= 35.71; DP= 15.19). Na qualidade de vida relacionada com a saúde, o valor mais elevado verifica-se, para o contexto Lar, na *subescala Saúde Geral* (M= 61; DP= 11.34) enquanto nos contextos Centro de Dia e Domicílio, este valor surge na *subescala Desempenho Emocional* (M= 76.67; DP= 25.28 e M= 91.67; DP= 12.73). O valor

menos elevado verifica-se na subescala Desempenho Físico (M= 31.25; DP= 8.07) para os idosos residentes em Lar. Para o contexto Centro de Dia, as subescalas Dor Corporal e Saúde Mental aparecem com o valor menos elevado (M= 44; DP= 27.96 e M= 44; DP= 20.43, respetivamente). Finalmente, os idosos em Domicílio apresentam valores menos elevados no Funcionamento Físico (M= 24.29; DP= 19.88).

4. Comparar, nos diferentes contextos (Lar, Centro de Dia e Domicílio), a percepção do idoso na sua qualidade de vida geral e na qualidade de vida relacionada com a saúde.

No primeiro quadro apresenta-se os resultados da comparação entre grupos, recorrendo à ANOVA para amostras independentes paramétricas. No quadro seguinte recorreu-se ao teste de *Kruskal-Wallis* para amostras independentes e não-paramétricas.

Quadro 6. Comparação entre grupos da percepção do idoso na sua qualidade de vida geral e relacionada com a saúde, através da ANOVA (N 19).

	Z	p
WHOQOL-BREF		
Dom. Geral	2.650	.101
Dom. Físico	1.750	.205
Dom. Psicológico	2.182	.145
Dom. Relações Sociais	1.014	.385
Dom. Ambiente	.922	.418
SF-36		
Funcionamento Físico	3.021	.077
Dor Corporal	.086	.918
Saúde Geral	.005	.995
Funcionamento Social	2.168	.147
Saúde Mental	.442	.650

Pela observação do Quadro 6, verifica-se que não existem diferenças significativas entre os diferentes contextos (Lar, Centro de Dia e Domicílio) na percepção do idoso quanto à sua qualidade de vida geral e relacionada com a saúde.

Quadro 7. Comparação entre grupos da percepção do idoso na qualidade de vida geral e relacionada com a saúde, através do teste *Kruskal-Wallis* (N19).

	p
SF-36	
Desempenho Físico	.001
Vitalidade	.772
Desempenho Emocional	.002

No Quadro 7, verifica-se que existem diferenças estatisticamente significativas nas *subescalas Desempenho Físico* ($H(2) = 10.938, p < .05$) e *Desempenho Emocional* ($H(2) = 10.386, p < .05$) da qualidade de vida relacionada com a saúde. Em ambos os casos, as diferenças encontram-se nos contextos Lar e Domicílio, sendo este último que apresenta valores mais elevados.

5. Avaliar a percepção do cuidador formal em relação à qualidade de vida geral e qualidade de vida na saúde do idoso.

No quadro 8 apresenta-se a análise descritiva da percepção do cuidador formal quanto à qualidade de vida geral e na saúde do idoso.

Quadro 8. Avaliação da percepção do cuidador formal em relação à qualidade de vida geral (WHOQOL-BREF) e na saúde (SF-36) dos idosos (N 19)

	Média	DP	Mediana	Moda	Amplitude
WHOQOL-BREF					
Dom. Geral	49.342	22.234	50	50	0 – 75
Dom. Físico	56.579	15.488	57.143	32.14	32.14 – 89.29
Dom. Psicológico	65.351	14.898	70.83	75	25 – 79.17
Dom. Relações Sociais	58.771	18.525	66.67	66.67	16.67 – 83.33
Dom. Ambiente	59.735	16.002	65.625	68.75	25 – 81.25
SF-36					
Funcionamento Físico	28.684	24.143	25	10	0 – 90
Desempenho Físico	67.763	26.126	75	50	25 – 100
Dor Corporal	55.263	23.259	62	62	0 – 90
Saúde Geral	47.368	16.731	45	45	20 – 72
Vitalidade	50.329	24.069	50	50	0 – 81.25
Funcionamento Social	76.973	28.645	87.5	100	0 – 100
Desempenho Emocional	75.439	24.919	83.333	100	25 – 100
Saúde Mental	57.105	20.704	55	35	35 - 55

A observação do Quadro 8 permite verificar que os cuidadores formais, no que respeita a qualidade de vida geral, registam o valor da média mais elevada no *domínio Psicológico* (M=65.35, DP=14.9), ao contrário dos idosos (Quadro 5) que apresentavam o valor mais elevado no *domínio Relações Sociais*. Os cuidadores apresentam o valor mais baixo no *domínio Geral* (M=49.34, DP=22.23), o que coincide com a percepção dos próprios idosos. Já na qualidade de vida na saúde, os cuidadores apresentam a *subescala Funcionamento Físico* com valores menos elevados (M=28.68, DP=24.14) e a *subescala Funcionamento Social* com valores mais elevados (M=76.97, DP=28.65), ambas coincidindo com os valores apresentados pelos idosos.

6. Comparação das perspetivas do idoso e do cuidador formal sobre a qualidade de vida geral e na saúde do idoso

De seguida comparam-se as perspetivas do idoso e do cuidador formal quanto à qualidade de vida geral e relacionada com a saúde. No Quadro 9 apresentam-se os resultados para o teste *t-Student* de amostra emparelhadas (paramétricas) e no Quadro 7 apresentam-se os resultados do teste de *Wilcoxon* para amostras emparelhadas (não-paramétricas).

Quadro 9. Comparação de perspetivas do idoso e cuidador formal sobre a qualidade de vida geral, através do teste *t-Student* (N19)

Perspetiva do idoso vs. Perspetiva do cuidador			
	N	Teste t	p
WHOQOL-BREF			
Domínio Geral	19	.000	1
Domínio Físico	19	-.350	.730
Domínio Relações Sociais	19	1.640	.118
Domínio. Ambiente	19	.045	.965
SF-36			
Desempenho Físico	19	-1.534	.142
Dor Corporal	19	-2.288	.034
Saúde Geral	19	3.170	.005
Vitalidade	19	-.170	.867
Funcionamento Social	19	-.849	.407
Desempenho Emocional	19	-.967	.347
Saúde Mental	19	-1.355	.192

Quadro 10. Comparação de perspetivas do idoso e cuidador formal sobre a qualidade de vida geral, através do teste *Wilcoxon* (N19)

Perspetiva do idoso vs. Perspetiva do cuidador	
	Z
WHOQOL-BREF	
Domínio Psicológico	.385
SF-36	
Funcionamento Físico	.077

Analisando o Quadro 9 verifica-se que, na qualidade de vida geral, as perspectivas dos idosos e dos cuidadores formais não apresentam diferenças significativas. Na qualidade de vida relacionada com a saúde, a *subescala Dor Corporal* ($t(18) = -2.29, p < .05$) e a *subescala Saúde Geral* ($t(18) = 3.17, p < .05$) apresentam diferenças significativas. Deste modo, os cuidadores perspectivam de forma mais positiva a dor corporal e de forma mais negativa a saúde geral do que o perspectivado pelo idoso.

No Quadro 10, o *domínio Psicológico* da qualidade de vida geral e a *subescala Funcionamento Físico* da qualidade de vida relacionada com a saúde não apresentam diferenças estatisticamente significativas.

7. Comparar a discrepância das diferenças nas pontuações entre as perspectivas do idoso e do cuidador na qualidade de vida geral e relacionada com a saúde, mediante o tempo de serviço do cuidador na instituição.

Para este objetivo estabeleceu-se a mediana dos anos de serviço na instituição (Mediana= 7) e dividiu-se a amostra de cuidadores entre os que tinham até 6 anos de serviço e mais de 7 anos de serviço na instituição. Procedeu-se, de seguida, à comparação entre as diferenças nas perceções dos idosos e seus cuidadores relativamente qualidade de vida geral e relacionada com a saúde do idoso.

Nos quadros seguintes são apresentados o teste *t-Student* para amostras independentes (paramétricas) e o teste de *Mann-Whitney* para amostras não-paramétricas.

Quadro 11. Comparação da discrepância das diferenças nas pontuações entre as perspectivas do idoso e do seu cuidador na qualidade de vida geral e relacionada com a saúde, mediante os anos de serviço do cuidador na instituição, através do teste *t-Student* (N 14¹)

	Teste t	p
WHOQOL-BREF		
Domínio. Geral	-1.525	.153
Domínio. Físico	-.256	.803
Domínio Psicológico	-.654	.525
Domínio. Ambiente	-1.565	.144
SF-36		
Funcionamento Físico	-.496	.629
Desempenho Físico	-.962	.355
Dor Corporal	1.233	.241
Saúde Geral	-2.933	.013
Vitalidade	-.086	.933
Funcionamento Social	-1.098	.294
Desempenho Emocional	-1.834	.092
Saúde Mental	-2.163	.051

1 Houve cuidadores que não responderam à questão dos anos de serviço na instituição.

Quadro 12. Comparação da discrepância das diferenças nas pontuações entre as perspectivas do idoso e do seu cuidador na qualidade de vida geral e relacionada com a saúde, mediante os anos de serviço do cuidador na instituição, através do teste *Mann-Whitney* (N 14¹)

	U	W	p
WHOQOL-BREF			
Dom. Relações Sociais	18.500	46.500	.238

1 Houve cuidadores que não responderam à questão dos anos de serviço na instituição.

Pela análise dos Quadros 11 e 12 verifica-se que existem diferenças estatisticamente significativas na *subescala Saúde Geral* ($t(14) = -2.93$, $p < .05$) ao nível da discrepância nas percepções do idoso e do seu cuidador formal com mais de 7 anos de serviço e nas diferenças das mesmas percepções quando o cuidador possui até 6 anos de serviço. Os cuidadores com mais anos de 7 anos de serviço apresentam valores mais elevados nesta subescala.

8. Comparar a discrepância das diferenças nas pontuações entre as perspectivas do idoso e do seu cuidador na qualidade de vida geral e relacionada com a saúde, mediante a escolaridade do cuidador formal.

Para este objetivo, a amostra de cuidadores formais foi dividida em dois grupos: com escolaridade até ao 9º ano e com escolaridade igual ou superior ao 10º ano. Procedeu-se, então, à comparação dos grupos, de acordo com as diferenças na percepção do idoso e do seu cuidador formal relativamente à qualidade de vida geral e relacionada com a saúde do idoso. Os resultados obtidos verificam-se nos quadros seguintes.

Quadro 13. Comparação da discrepância das diferenças nas pontuações entre as perspectivas do idoso e do seu cuidador na qualidade de vida geral e relacionada com a saúde, mediante a escolaridade do cuidador formal, através do teste *t-Student* (N 18¹)

	Teste t	p
WHOQOL-BREF		
Domínio. Físico	-2.320	.034
Domínio. Relações Pessoais	-1.328	.203
SF-36		
Funcionamento Físico	.753	.462
Desempenho Físico	-.906	.378
Dor Corporal	-2.164	.046
Saúde Geral	-1.056	.307
Vitalidade	.059	.954
Desempenho Emocional	.175	.863
Saúde Mental	-1.109	.284

¹ Um cuidador não respondeu à questão do grau de escolaridade.

Quadro 14. Comparação da discrepância das diferenças nas pontuações entre as perspectivas do idoso e do seu cuidador na qualidade de vida geral e relacionada com a saúde, mediante a escolaridade do cuidador formal, através do teste *Mann-Whitney* (N 18¹)

	U	W	p
WHOQOL-BREF			
Dom. Geral	18	96	.080
Dom. Psicológico	15	93	.047
Dom. Ambiente	31	109	.638
SF-36			
Funcionamento Social	24.500	102.500	.274

1 Um cuidador não respondeu à questão do grau de escolaridade.

Pela observação dos Quadros 13 e 14 verifica-se que existem diferenças estatisticamente significativas nos *domínios Físico* ($t(17) = -2.320$, $p < .05$) e *Psicológico* ($U=15$; $W=93$; $p=.047$) e na *subescala Dor Corporal* ($t(17) = -2.164$, $p < .05$), no que respeita às discrepâncias entre as perceções do idoso e do cuidador formal com escolaridade igual ou superior ao 10º ano e as diferenças nas perceções do idoso e do seu cuidador formal com escolaridade até ao 9º ano. Estas diferenças apresentam resultados mais elevados nos cuidadores formais com escolaridade igual ou superior ao 10º ano.

9. Comparar a discrepância das diferenças nas pontuações entre as perspectivas do idoso e do cuidador na qualidade de vida geral e relacionada com a saúde, mediante o contexto (Lar, Centro de Dia, Domicílio)

Para o presente objetivo foi utilizado teste ANOVA para amostras independentes paramétricas. No caso de amostra ser não-paramétrica utilizou-se o teste de *Kruskal-Wallis*.

Quadro 15. Comparação da discrepância das diferenças nas pontuações entre as perspectivas do idoso e do cuidador na qualidade de vida geral e relacionada com a saúde, mediante o contexto (Lar, Centro de Dia, Domicílio), através do teste ANOVA (N19)

	Z	p
WHOQOL-BREF		
Dom. Relações Sociais	5.444	.016
Dom. Ambiente	1.943	.176
SF-36		
Funcionamento Físico	.354	.707
Desenvolvimento Físico	1.626	.228
Dor Corporal	.495	.619
Saúde Geral	6.052	.011
Funcionamento Social	2.088	.156
Desenvolvimento Emocional	4.102	.036
Saúde Mental	2.515	.112

Quadro 16. Comparações múltiplas das diferenças estatisticamente significativas da ANOVA

	Contextos	p
WHOQOL		
Dom. Relações Sociais	Lar – Domicílio	.014
SF-36		
Saúde Geral	Lar – Domicílio	.012
Desempenho Emocional	Lar – Domicílio	.043

Quadro 17. Comparação da discrepância das diferenças nas pontuações entre as perspectivas do idoso e do cuidador na qualidade de vida geral e relacionada com a saúde, mediante o contexto (Lar, Centro de Dia, Domicílio), através do teste *Kruskal-Wallis* (N19)

	p
WHOQOL	
Dom. Geral	.442
Dom. Físico	.613
Dom. Psicológico	.472
SF-36	
Vitalidade	.550

Pela análise dos Quadros 15 e 16 verifica-se que existem diferenças estatisticamente significativas nas diferenças entre os resultados obtidos na percepção do idoso e os resultados obtidos do seu cuidador formal na sua percepção acerca da qualidade de vida geral e da saúde do idoso nos diferentes contextos, no *domínio Relações Sociais* ($Z= 5.444$, $p <.05$), na *subescala Saúde Geral* ($Z= 6.052$, $p <.05$) e *Desenvolvimento Emocional* ($Z= 4.102$, $p <.05$). Através das comparações múltiplas (quadro 16) verifica-se que as diferenças estatisticamente significativas ocorrem entre os grupos Lar e Domicílio, sendo que este último apresenta o valor mais elevado.

No quadro 17 não se verificam diferenças estatisticamente significativas.

Capítulo 4 – Discussão de Resultados

Neste capítulo procede-se à discussão dos resultados obtidos no presente estudo, de acordo com os objetivos descritos anteriormente.

1. Avaliar o estado cognitivo, a independência, a qualidade de vida geral e a qualidade de vida relacionada com a saúde do idoso.

A avaliação do estado cognitivo permitiu verificar se o idoso apresentava uma deterioração cognitiva que não permitisse responder aos instrumentos, sendo este um dos critérios de inclusão utilizados no presente estudo. Embora a consistência interna deste instrumento esteja estudada e documentada, os valores não se encontram acessíveis. Neste sentido, averiguou-se a validade do MMSE nesta amostra, que apresentou um *Alpha de Cronbach* de .78. Apesar de ser um valor moderado, pode ser explicado pela heterogeneidade, uma vez que os vários subtestes avaliam diferentes domínios. Este valor vai ao encontro dos resultados apresentados por Morgado, Rocha, Maruta, Guerreiro e Martins (2009). Assim, na globalidade da amostra, verificou-se que os idosos apresentam um bom funcionamento cognitivo em função da sua escolaridade.

A avaliação da independência do idoso permitiu verificar qual o grau de dependência que o sujeito apresenta nas atividades de vida diária. Na presente amostra de idosos, o grau de dependência varia entre uma dependência moderada a total independência, o que poderá ser explicado pelos diferentes contextos em que o estudo incidiu (Lar, Centro de Dia e Domicílio) e pela idade dos participantes, uma vez que é esperado que quanto mais idoso, maior o grau de dependência (Lobo & Pereira, 2007).

Quanto à avaliação na qualidade de vida geral, tal como medido pelo WHOQOL-BREF, a amostra de idosos registou o valor mais baixo no *domínio Geral* e o valor mais elevado no *domínio das Relações Pessoais*.

Na avaliação da qualidade de vida relacionada com a saúde, tal como medido pelo SF-36, os idosos apresentaram o valor menos elevado na *subescala Funcionamento Físico* e o valor mais elevado na *subescala Funcionamento Social*, o que indica que os idosos percecionam uma maior limitação para executar tarefas físicas mas esta não impede que a pessoa idosa participe em atividades sociais (Ferreira, 1998).

Estes resultados podem ser explicados pelo normal processo de envelhecimento, no qual o idoso se torna menos capaz de realizar atividades físicas mais exigentes. Muitas vezes, o envelhecimento é acompanhado pela vulnerabilidade a doenças e dores crónicas (Kawasaki & Diogo, 2001), que vão influenciar o quotidiano do idoso e, consequentemente, a sua perceção de qualidade de vida. Tendo em consideração, que o idoso avalia a sua saúde consoante as limitações nas atividades que valoriza (Fonseca & Paúl, 2008), parece compreensível encontrar uma perceção de menor qualidade de vida nos domínios associados às atividades com maior exigência física.

No entanto, estas incapacidades não impedem que o idoso procure redes de apoio social. O apoio percebido provindo destas redes parece traduzir um efeito mais forte e consistente no bem-estar das pessoas idosas (Norris & Kaniasty, 1996), e parece estar associado a uma melhor perceção da qualidade de vida relacionada com a saúde, principalmente a saúde mental (Keyes, Michalec, Kobau, Zahran, Zack & Simões, 2005). Um estudo realizado por Gabriel e Bowling (2004) salientou que ter boas relações sociais, uma boa ajuda e suporte, e manter atividades sociais contribui para uma melhor qualidade de vida. Neste sentido, os idosos da presente amostra parecem

valorizar o apoio e relações de convívio que têm, mostrando uma melhor qualidade de vida nesse domínio.

2. Associar o estado cognitivo, independência, qualidade de vida na saúde e qualidade de vida geral no idoso.

Na amostra de idosos, o estado cognitivo não se correlaciona com a independência nem com a qualidade de vida geral e relacionada com a saúde. Este fato pode ser explicado porque as pessoas idosas da amostra apresentam um bom funcionamento cognitivo, níveis moderados de independência e não possuem uma doença psicopatológica diagnosticada, que normalmente se encontram associados a níveis de qualidade de vida menos elevados (Barrios, Narciso, Guerreiro, Maroco, Logsdon & de Mendonça, 2013; Logsdon, Gibbons, McCurry & Terri, 2002).

No caso da independência, esta surge associada aos *domínios Geral, Físico e Ambiente* da qualidade de vida geral e à *subescala Funcionamento Físico* da qualidade de vida relacionada com a saúde. Dado que o idoso percebe a sua saúde, e consequentemente, a sua qualidade de vida consoante as limitações nas atividades que valoriza (Fonseca & Paúl, 2008) não é surpreendente que esta correlação apareça associada ao *domínio Geral*, que avalia a qualidade de vida geral e a percepção geral de saúde, e aos *domínios Físico e Ambiente*, que remetem para a dor, mobilidade, atividades de vida diária, segurança física, ambiente no lar, ambiente físico e transporte (Canavarro et al., 2007) e à *subescala Funcionamento Físico*, que remete para a limitação para executar atividades de vida diária (Ferreira, 1998).

No mesmo sentido, a *subescala Funcionamento Físico* correlaciona-se com a independência, o *domínio Geral* e o *domínio Físico*. Já a *subescala Dor Corporal*

encontra-se associada ao *domínio Ambiente*. A *subescala Saúde Geral* correlaciona-se com os *domínios Geral, Físico e Ambiente*, uma vez que avalia a percepção geral de saúde, incluindo o estado de saúde atual e também a resistência à doença e aparência saudável. A *subescala Vitalidade*, que remete para níveis de energia e fadiga e diferenças no bem-estar (Ferreira, 1998) correlaciona-se com o *domínio Geral*. Finalmente, a *subescala Saúde Mental* da qualidade de vida relacionada com a saúde correlaciona-se com o *domínio Psicológico* da qualidade de vida geral, dado que a primeira remete para questões de ansiedade, depressão, perda de controle comportamental e/ou emocional e bem-estar psicológico (Ferreira, 1998), enquanto o segundo remete para sentimentos positivos e negativos, autoestima e imagem corporal e aparência (Canavarro et. al, 2007).

Num estudo realizado por Hsiung, Fang, Chang, Chen e Wang (2005), os autores encontraram correlações entre *domínio Físico* e a *subescala do Funcionamento Físico* e entre o *Domínio Psicológico* e a *subescala Saúde Mental*, que corroboram algumas das correlações encontradas na presente investigação. No entanto, os autores alertam para as diferenças nos instrumentos, uma vez que o WHOQOL-BREF foi construído com o objetivo de abarcar um amplo conceito de qualidade de vida e o SF-36 foi construído para pesquisas relacionadas com saúde. Deste modo, os domínios do WHOQOL-BREF abordam mais questões e de forma mais ampla do que as subescalas do SF-36, o que poderá explicar outras correlações encontradas.

3. Avaliar a qualidade de vida geral e a qualidade de vida relacionada com a saúde dos idosos nos diferentes contextos (Lar, Centro de Dia e Domicílio).

No que respeita a qualidade de vida geral, foi no *domínio Relações Pessoais* que os idosos, nos três contextos, percecionaram uma melhor qualidade de vida. Tal como o verificado no primeiro objetivo, os idosos da amostra parecem satisfeitos com as atividades sociais e apoio percebido por parte da rede de amigos, o que contribui para uma melhor qualidade de vida (Gabriel e Bowling, 2004). Para os idosos residentes em Lar, o domínio com menor valor foi o *Físico*, que poderá estar associado a questões de maior dependência e menor autonomia (Sousa, Galante & Figueiredo, 2003). Nos contextos Domicílio, os valores menos elevados encontram-se no *domínio Geral*. Já os idosos referentes ao Centro de Dia apresentam dois domínios com resultados menos elevados: o *domínio Geral* e o *domínio Psicológico*.

Ao nível da qualidade de vida relacionada com a saúde, os idosos residentes em Lar apresentam valores mais elevados na *subescala Saúde Mental*, revelando que os idosos neste contexto se sentem felizes e com bem-estar psicológico, o que vai ao encontro da opinião manifestada durante as entrevistas de aplicação dos instrumentos, onde foi referido, por vários idosos, que gostavam de estar no Lar porque “tinham companhia” e “ajuda quando necessitassem”, o que lhes proporcionava maior segurança e tranquilidade. Os idosos do Centro de Dia e Domicílio apresentam uma melhor qualidade de vida na *subescala Desempenho Emocional*, o que indica que não apresentam dificuldades nas atividades diárias devido a problemas emocionais. Neste último contexto, considerando que a maioria dos idosos é viúva e vive só, não se esperava este resultado. No entanto, o estudo de Carvalho e Rodrigues-Ferreira (2011) vai ao encontro do mesmo, concluindo que, apesar de os idosos viverem sós, conseguem manter uma interação social ativa e sólida, que lhes permite a perceção de

sentimentos de utilidade e se sentirem parte integrante na comunidade. Os valores menos elevados encontram-se nas *subescalas Desenvolvimento Físico*, para o Lar, *Dor Corporal* e *Saúde Mental* para o Centro de Dia e, finalmente, *Funcionamento Físico* para o Domicílio. No que diz respeito ao Lar, tal como já foi referido anteriormente, o idoso pode apresentar uma maior dependência e menor autonomia, o que o faz percecionar uma maior limitação nas atividades diárias (Sousa, Galante & Figueiredo, 2003). Ao nível dos idosos que frequentam o Centro de Dia, coloca-se a hipótese de que as dores físicas sejam intensificadas pelos obstáculos encontrados no caminho diário até ao local (e.g., descer escadas, caminhar), podendo sobrevalorizar a sua dor. Durante a aplicação dos instrumentos, vários idosos consideravam-se ansiosos devido às preocupações constantes com o futuro dos seus familiares, o que poderá explicar uma perceção de pior qualidade de vida na *subescala Saúde Mental* e no *domínio Psicológico*. Finalmente, no Domicílio, coloca-se a hipótese de que as atividades domésticas e de vida diária sejam um peso para o idoso, justificando-se assim a menor qualidade de vida nesta subescala. Como foi referido anteriormente, estes dois contextos apresentam também uma menor qualidade de vida para o *domínio Geral*. Uma vez que este domínio é constituído por dois itens que avaliam a qualidade de vida geral e a perceção geral de saúde (Canavarro et al., 2007), e a fim de esclarecer as hipóteses levantadas, considera-se importante, em futuras investigações, questionar o idoso acerca do que entende que é a qualidade de vida e a que aspeto atribui maior importância, possibilitando assim uma compreensão mais clara dos resultados.

4. Comparar, nos diferentes contextos (Lar, Centro de Dia e Domicílio), a percepção do idoso na sua qualidade de vida geral e na qualidade de vida relacionada com a saúde.

No que respeita à comparação entre contextos ao nível da qualidade de vida geral, os idosos não apresentam diferenças estatisticamente significativas. Ao contrário do esperado, os idosos institucionalizados não apresentam uma pior qualidade de vida geral quando comparados com os outros contextos.

Ao nível da qualidade de vida relacionada com a saúde, existem diferenças significativas entre os contextos Lar e Domicílio nas *subescalas Desempenho Físico e Desempenho Emocional*, nos quais os idosos em Domicílio apresentam uma qualidade de vida mais elevada.

Os resultados encontrados são comprovados pela revisão de literatura efetuada, que estabelece que o idoso institucionalizado tem maior probabilidade de apresentar doenças crónicas e maior dependência nas atividades de vida diária. Estes problemas agravam-se à medida que a idade avança, no que resulta uma diminuição da qualidade de vida e num maior isolamento e solidão (Almeida & Rodrigues, 2008).

O próprio processo de institucionalização é stressante para o idoso, já que este abandona as suas rotinas e fica afastado da sua família e amigos. Os idosos tornam-se menos capazes de manter a sua autonomia (Sousa, Galante & Figueiredo), que é diminuída devido ao leque muito limitado de atividades existentes no Lar (Almeida & Rodrigues, 2008), afetando assim a sua qualidade de vida.

Assim, e embora não exista uma diferença significativa, os autores Coimbra e Brito (1999) verificaram que os idosos que residem no domicílio com apoio domiciliário apresentam uma qualidade de vida superior à dos institucionalizados.

5. Avaliar a percepção do cuidador formal em relação à qualidade de vida geral e qualidade de vida na saúde do idoso.

Ao contrário dos idosos, que percebem uma qualidade de vida mais elevada no *domínio Relações Pessoais*, o cuidador percebe que o idoso alvo de cuidados apresenta uma maior qualidade de vida no *domínio Psicológico*. Esta percepção é menor no *domínio Geral* da qualidade de vida, sendo coincidente com a percepção do idoso. Isto poderá dever-se ao fato de o cuidador formal estar mais orientado para os cuidados físicos, não prestando tanta atenção ao estado emocional do idoso.

A percepção do cuidador formal, em relação ao idoso, sobre a qualidade de vida relacionada com a saúde é congruente com a apresentada pelo próprio. Neste sentido, ambos percebem uma maior qualidade de vida na *subescala Funcionamento Físico* e uma menor qualidade de vida na *subescala Funcionamento Social*. Estando o cuidador formal mais orientado para os cuidados diários, consegue ter uma maior percepção das limitações do idoso nas atividades de vida diária e na forma como essas limitações condicionam o convívio e as relações com os outros. Neste sentido, encontra-se dentro da realidade do idoso, existindo uma maior congruência nas perspetivas.

6. Comparação das perspetivas do idoso e do cuidador formal sobre a qualidade de vida geral e relacionada com a saúde do idoso.

Na qualidade de vida geral, a perspetiva do idoso e a perspetiva do cuidador formal em relação ao idoso não apresenta diferenças significativas. Estes resultados permitem verificar que, em todos os domínios da qualidade de vida, os cuidadores formais apresentam uma perspetiva próxima à da sentida pelo idoso.

No entanto, nas *subescalas Dor Corporal e Saúde Geral* da qualidade de vida relacionada com a saúde, as perspetivas não são coincidentes. Assim, os cuidadores formais, em relação ao idoso alvo de cuidados, apresentam uma perspetiva mais positiva na *subescala Dor Corporal* e uma perspetiva mais negativa na *subescala Saúde Geral*.

De acordo com a literatura encontrada, esperava-se que os cuidadores, numa dimensão física, considerarem-se o idoso como mais incapacitado do que aquilo que o idoso assume (Magaziner, Basset, Hebel, & Gruber-Baldini, 1996; Rothman, Hendrick, Bulcroft, Hickam & Rubenstein, 1991), o que não se verifica na presente amostra. Esta diferença poderá ser explicada pelo curto tempo que o cuidador passa com o idoso (i.e., no Domicílio, as visitas são breves; no Lar, existem vários idosos que necessitam de cuidados constantes e no Centro de Dia, o contato com o idoso é maioritariamente durante as refeições), não lhe permitindo ter uma maior perceção da realidade do idoso. Por outro lado, os idosos podem não mostrar verdadeiramente o desconforto que sentem em relação às suas dores.

O contrário verifica-se na *subescala Saúde Geral*, na qual o cuidador formal perceciona a saúde do idoso como boa, ao contrário do idoso que perceciona a sua saúde como má e acredita que provavelmente ela irá piorar. O baixo nível de conformidade entre a perspetiva do idoso e do cuidador formal acerca desse idoso, relativamente ao estado de saúde deste, pode ser influenciado pela forma como o cuidador avalia o funcionamento do idoso (Yip, Wilber Myrtle & Grazman, 2001). Neste sentido, um idoso que apresente uma maior autonomia e capacidade de realização de tarefas será percecionado pelo cuidador como sendo mais saudável e tendo uma maior resistência às doenças.

No que respeita a convergência entre o autorrelato e os hétero-relatos, no presente estudo, parece existir uma convergência de perspectivas, principalmente nos domínios da qualidade de vida avaliados pelo WHOQOL-BREF. Os autores Crandall (1976) e Basset, Magaziner e Hebel (1990) já tinham analisado a convergência entre o autorrelato e os hétero-relatos acerca da qualidade de vida e concluíram existir uma concordância significativa nas respostas dos participantes. No entanto, Yip e colaboradores (2001) alertam para a utilização do instrumento SF-36 na perspectiva do representante sobre o idoso. Os representantes apresentaram uma perspectiva significativamente inferior nas subescalas Funcionamento Físico, Vitalidade e Saúde Mental.

7. Comparar a discrepância das diferenças nas pontuações entre as perspectivas do idoso e do cuidador na qualidade de vida geral e relacionada com a saúde, mediante o tempo de serviço do cuidador na instituição.

Existem diferenças significativas na *subescala Saúde Geral* da qualidade de vida relacionada com a saúde, ao nível da discrepância nas percepções do idoso e do seu cuidador formal com mais de 7 anos de serviço e nas diferenças das mesmas percepções quando o cuidador possui até 6 anos de serviço. Os cuidadores com mais de 7 anos de serviço apresentam valores mais elevados nesta subescala.

Neste sentido poderá ser plausível assumir que os anos de serviço sejam um dos fatores que está influenciar a percepção do cuidador formal na percepção geral de saúde do idoso. Assim, o conhecimento adquirido pela experiência ao longo dos anos e o fato de um cuidador acompanhar um idoso ao longo do seu processo de envelhecimento, tendo a possibilidade de conhecê-lo mais intimamente, poderá influenciar a sua percepção.

Na revisão de literatura efetuada não foram encontrados estudos que comparassem o tempo de serviço com a qualidade de vida geral e relacionada com a saúde. A introdução desta variável no presente estudo constitui, assim, uma inovação, condicionando a comparação dos resultados com estudos semelhantes.

8. Comparar a discrepância das diferenças nas pontuações entre as perspectivas do idoso e do seu cuidador na qualidade de vida geral e relacionada com a saúde, mediante a escolaridade do cuidador formal.

Existem diferenças significativas nos *domínios Físico e Psicológico* e na *subescala Dor Corporal*, no que respeita às discrepâncias entre as perceções do idoso e do cuidador formal com escolaridade igual ou superior ao 10º ano e as diferenças nas perceções do idoso e do seu cuidador formal com escolaridade até ao 9º ano. Estas diferenças apresentam resultados mais elevados nos cuidadores formais com escolaridade igual ou superior ao 10º ano.

Assim, poderá ser plausível assumir que uma elevada escolaridade seja um dos fatores que influenciam a perceção do cuidador formal na qualidade de vida física e psicológica e no desconforto causado pela dor percecionados pelo idoso. Se o cuidador formal tiver conhecimento mais especializado acerca do processo de envelhecimento, poderá antever situações que possam causar desconforto físico e/ou psicológico ao idoso. O cuidador poderá tornar-se uma fonte mais segura acerca da sua perceção sobre a qualidade de vida do idoso.

No entanto, considera-se que para fundamentar o objetivo lançado seria necessário realizar um estudo com um objetivo semelhante e com uma maior amostra, de forma a corroborar os resultados aqui apresentados.

9. Comparar a discrepância das diferenças nas pontuações entre as perspectivas do idoso e do cuidador na qualidade de vida geral e relacionada com a saúde, mediante o contexto (Lar, Centro de Dia, Domicílio)

A discrepância na diferença dos resultados obtidos pelas percepções do idoso e os resultados obtidos pelas percepções do cuidador formal acerca do idoso, nos diferentes contextos, apresentam diferenças estatisticamente significativas no *domínio Relações Sociais* e nas *subescalas Saúde Geral e Desenvolvimento Emocional*. Estas diferenças ocorrem entre os grupos Lar e Domicílio, sendo este último que apresenta valores mais elevados.

Tendo em consideração que o idoso institucionalizado apresenta uma menor qualidade de vida relacionada com a saúde e que se encontra associada ao nível de dependência (Noro & Aro, 1996), a diferença entre contextos não é surpreendente.

O cuidador formal que trabalha no Lar tem um contato mais direto com o idoso, adquirindo um maior conhecimento acerca do idoso nos vários domínios da sua vida, estando mais familiarizado com as dificuldades que este apresenta. O cuidador que presta apoio domiciliário tem um contato mais breve, uma vez que apenas realiza pequenas tarefas de cuidado, que podem não entrar na esfera mais pessoal do idoso. Neste sentido, as diferenças nas percepções da qualidade de vida entre o contexto Lar e Domicílio poderão ser explicadas pelas funções inerentes ao ato de cuidar.

Conclusão

O objetivo geral desta investigação visa explorar e analisar a qualidade de vida do idoso, bem como comparar a perspetiva deste com a do cuidador formal acerca desse mesmo idoso.

A amostra de idosos foi constituída por 19 indivíduos, maioritariamente do sexo feminino, com idades compreendidas entre os 69 e os 90 anos, dos diferentes contextos: Lar, Centro de Dia e Apoio Domiciliário. A amostra de cuidadores formais era maioritariamente feminina, assistentes de ação direta, com idades compreendidas entre os 25 e os 61 anos.

A amostra de idosos apresentava um bom funcionamento cognitivo e um nível de independência que variava entre a dependência moderada e a independência total. Ao nível da qualidade de vida geral, os idosos apresentam uma melhor qualidade de vida nas *Relações Pessoais* e uma pior qualidade de vida no *Domínio Geral*. No que respeita a qualidade de vida relacionada com a saúde, os idosos apresentaram uma pior perceção no *Funcionamento Físico* e uma melhor perceção no *Funcionamento Social*.

Em todos os contextos, os idosos apresentaram uma melhor qualidade de vida nas *Relações Pessoais*. Nos idosos que residem no Lar, o domínio da qualidade de vida com resultados inferiores foi o *Domínio Físico*, enquanto no Domicílio foi o *domínio Geral* e no Centro de Dia dois domínios apresentaram níveis menos elevados, o *domínio Geral* e o *domínio Psicológico*. Relativamente à qualidade de vida relacionada com a saúde, os idosos residentes no Lar apresentaram resultados elevados na *subescala Saúde Mental*, enquanto o Centro de Dia e Domicílio apresentaram uma melhor perceção na *subescala Desempenho Emocional*. As subescalas com uma pior perceção da qualidade de vida relacionada com a saúde são o *Desenvolvimento Físico* para os utentes do Lar, a

Dor Corporal e *Saúde Mental* para os idosos no Centro de Dia e o *Funcionamento Físico* para o Apoio Domiciliário. Na comparação efetuada entre contextos, as *subescalas Desempenho Físico* e *Desempenho Emocional* apresentam diferenças estatisticamente significativas entre os contextos Lar e Domicílio, sendo que o Domicílio apresenta uma melhor perceção da qualidade de vida relacionada com a saúde nestas subescalas do que os utentes do Lar.

Foram encontradas correlações estatisticamente significativas entre a independência e alguns domínios e subescalas da qualidade de vida geral e relacionada com a saúde e algumas subescalas da qualidade de vida relacionada com a saúde e os domínios da qualidade de vida geral.

Os cuidadores formais percecionam a qualidade de vida geral no idoso como mais preservada no *domínio Psicológico* e menos preservada no *domínio Geral*. Já na qualidade de vida relacionada com a saúde, os cuidadores percecionam o *Funcionamento Social* com maior qualidade de vida e o *Funcionamento Físico* com menor qualidade de vida. Comparando as perspetivas do idoso e do cuidador acerca do idoso concluiu-se que existe uma concordância de perspetivas nos domínios da qualidade de vida geral. No entanto, os cuidadores percecionam a *Dor Corporal* mais positivamente do que os idosos e a *Saúde Mental* mais negativamente, comparando com a perceção do idoso.

No que diz respeito à discrepância nas diferenças de perceções na qualidade de vida geral e relacionada com a saúde entre idosos e cuidadores formais (acerca desses idosos), para as variáveis tempo de serviço e escolaridade verificaram-se diferenças significativas. Para o primeiro caso, as diferenças verificaram-se na *subescala Saúde Geral* e, no segundo caso, as diferenças foram encontradas na *subescala Dor Corporal* e

nos domínios *Físico* e *Psicológico*. No entanto, para ambos os casos, é necessário mais estudos semelhantes e com uma maior amostra, de forma a corroborar os resultados encontrados. Realizando a comparação com as condições de grupo (Lar, Centro de Dia e Domicílio) verificam-se que existem diferenças significativas no domínio das *Relações Sociais* da qualidade de vida e nas *subescalas saúde geral* e *Desempenho Emocional*. Estas diferenças são encontradas entre os grupos Lar e Domicílio, sendo que este último apresentava valores mais elevados.

Na presente investigação, foram respeitados os princípios éticos através do preenchimento do protocolo consentimento informado, tanto para os idosos como para os seus cuidadores formais. Foram explicados os objetivos do estudo, o anonimato e confidencialidade nas respostas e a participação voluntária, podendo o participante desistir sem prejuízo para si próprio.

Neste estudo, a introdução de variáveis das quais não foram encontradas investigações na literatura, nomeadamente o tempo de serviço e a escolaridade, bem como a inclusão da perspetiva do cuidador formal sobre a qualidade de vida geral e relacionada com a saúde, introduziu uma inovação. No entanto, fica a sugestão que trabalhos futuros considerem estudar as mesmas variáveis de forma a aprofundar-se estas diferenças.

O presente estudo teve algumas limitações. A primeira limitação é relativa ao tamanho da amostra e ao fato de não ter sido constituída aleatoriamente (a amostra foi de conveniência), não sendo representativa, limita a generalização de resultados para a população idosa. Além disso, apesar de o instrumento WHOQOL-BREF apresentar confiabilidade e validade adequadas para idosos em comunidade ou institucionalizados

(Hwang et al. cit. por Silva & Rezende, 2005), não se encontra adaptado para esta população.

Apesar de os resultados encontrados não poderem ser generalizados para a população idosa em geral, considera-se que a presente investigação permitiu uma melhor compreensão da qualidade de vida do idoso e da perspectiva do seu cuidador formal sobre o idoso. A visão de que é possível envelhecer com saúde, contrariando os estereótipos ligados ao envelhecimento, permite criar medidas e programas que fomentem a qualidade de vida geral do idoso, contribuindo, assim, para uma melhoria na qualidade de vida do mesmo.

Referências Bibliográficas

- Afonso, C., Morais, C. & Vaz de Almeida, M. (2012). Alimentação e Nutrição em Gerontologia. Em Paúl, C. & Ribeiro, O. (Ed.) *Manual de Gerontologia – Aspetos biocomportamentais, psicológicos e sociais do envelhecimento* (pp. 41-69). Lisboa: Lidel.
- Almeida, A. & Rodrigues, V. (2008). A qualidade de vida da pessoa idosa institucionalizada. *Revista Latino-Americana Enfermagem*, 16(6).
- Araújo, F., Pais-Ribeiro, J., Oliveira, A. & Pinto, C. (2007). Validação do Índice de Barthel numa amostra de idosos não institucionalizados. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, 25(2), 59-66.
- Barbosa, F. & Matos, A. (2008). Cuidadores familiares idosos: Uma nova realidade, um novo desafio para as políticas sociais. *Configurações*, 4, 127-139.
- Barrios, H., Narciso, S., Guerreiro, M., Maroco, J., Logsdon, R. & de Mendonça, A. (2013). Quality of Life in patients with mild cognitive impairment. *Aging & Mental Health*, vol. 17, n.3, 287-292. DOI: <http://dx.doi.org/10.1080/13607863.2012.747083>.
- Bassett, S., Magaziner, J. & Hebel, R. (1990). Reability of Proxy Response on Mental Health Indices for Aged, Community-Dwelling Women. *Psychology and Aging*, vol. 5, n. 1, 127-132.
- Berguer, L. & Mailloux-Poirier, D. (1995). Pessoas idosas – numa abordagem global. Lisboa: Lusodidacta.
- Birren, J., Sloane, R. & Cohen, G. (1980). *Handbook of mental health and aging*. California: Academic Press.

Bortolanza, M., Krahl, S. & Blasus, F. (2005). Um olhar psicopedagógico sobre a velhice. *Revista Psicopedagogia*, 22(68), 162-170.

Bustillos, A. & Fernández-Ballesteros, R. (2013). Attributions of Competence Mediate the Behaviors of Caregivers and Older Adults. *GeroPsych*, 26(4), 211-217.

Canavarro, M., Simões, M., Vaz Serra, A., Pereira, M., Rijo, D., Quartilho, M., Cameiro, S., Paredes, T. & Carona, C. (2007). Instrumento de avaliação da qualidade de vida da Organização Mundial de Saúde: WHOQOL-Bref. Em Simões, M., Machado, C., Gonçalves, M. & Almeida, L. (Ed.) *Avaliação psicológica: Instrumentos validados para a população portuguesa, vol. III* (pp. 77-100). Coimbra: Quarteto Editora.

Carvalho, J. & Mota, J. (2012). O Exercício e o Envelhecimento. Em Paúl, C. & Ribeiro, O. (Ed.) *Manual de Gerontologia – Aspetos biocomportamentais, psicológicos e sociais do envelhecimento* (pp. 71-91). Lisboa: Lidel.

Carvalho, M. & Rodrigues-Ferreira (2011). Qualidade de Vida e autonomia das pessoas idosas que vivem sozinhas no domicílio. *Saúde e Qualidade de Vida: Uma meta a atingir* (pp. 332-339). UNISEP: Escola Superior de Enfermagem do Porto.

Coimbra, J. & Brito, J. (1999). Qualidade de vida do idoso. *Revista Referência*, 3, 29-35.

Colomé, I., Marqui, A., Jahn, A., Resta, D., Carli, R., Wick, M. & Nora, T. (2011). Cuidar de idosos institucionalizados: características e dificuldades dos cuidadores. *Revista Eletrónica de Enfermagem*, vol.13, n. 2, 306-312.

Conselho Nacional de Ética para as Ciências da Vida, (2014). *Parecer sobre as vulnerabilidades das pessoas idosas, em especial das que residem em instituições*. 80/CNECV/2014.

- Crandall, R. (1976). Validation of self-report measures using rating scales by others. *Sociological Methods & Research*, vol. 4, n. 3, 380-400.
- Direção Geral de Saúde. (2004). *Programa Nacional para a Saúde das Pessoas Idosas*. Despacho Ministerial de 08.06.2004, Circular Normativa n. 13/DGCG de 02.07.2004.
- Erber, J. (2013). *Aging & Older Adulthood*. UK: Wiley-Blackwell.
- Fernández-Ballesteros, R. (2007). *Geropsychology – European Perspectives for an Aging World*. USA: Hogrefe.
- Ferreira, P. (1998). *A medição do Estado de Saúde: criação da versão portuguesa do MOS SF-36*. Universidade de Coimbra: Centro de Estudos e Investigação em Saúde.
- Ferreira, P. (2000). Criação da versão portuguesa do MOS SF-36. Parte I – Adaptação cultural e linguística. *Acta Médica Portuguesa*, 13, 55-66.
- Fonseca, A. (2005). *Desenvolvimento humano e envelhecimento*. Lisboa: Climepsi.
- Fonseca, A. & Paúl, C. (2008). Saúde e Qualidade de Vida ao envelhecer: perdas, ganhos e um paradoxo. *Geriatrics & Gerontology*, 2(1), 32-37.
- Fontaine, R. (1999). O envelhecimento e as suas causas. Em Fontaine, R. (Ed.), *Psicologia do Envelhecimento* (pp. 19-32). Lisboa: Climepsi.
- Fragoso, V. (2008). Humanização dos cuidados a prestar ao idoso institucionalizado. *Revista IGT na Rede*, vol. 5, n.8, 51-61.
- Freitas, A. & Ferreira da Silva, J. (2013). Cuidadores formais de idosos com transtornos mentais: concepções sobre as doenças e sobre a tarefa do cuidar. Centro Universitário do Triângulo, 1-7.

Gabriel, Z. & Bowling, A. (2004). Quality of life from the perspectives of older people. *Ageing & Society*, 24, 675-691. DOI: 10.1017/S0144686X03001582

Gonçalves, D., Martín, I., Guedes, J., Cabral-Pinto, F. & Fonseca, A. (2006). Promoção da Qualidade de Vida nos idosos portugueses através da continuidade de tarefas produtivas. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 7(1), 137-143.

Guarda Nacional Republicana. (2014). *Operação Censos Sénior*. Disponível no sítio http://www.gnr.pt/default.asp?do=tnov0r6r_vz24r05n/016vpvn5/016vpvn5_qr5p4vpn1&fonte=noticias&id=1401&Mes=3.

Guerreiro, M. (2010). Testes de rastreio de defeito cognitivo e demência: uma perspetiva prática. *Revista Portuguesa de Clínica Geral*, 26, 46-53.

Guerreiro, M., Silva, A., Botelho, M., Leitão, O., Caldas, A. & Garcia, C. (1994). Adaptação à população portuguesa na tradução do “MiniMental State Examination” (MMSE). *Revista Portuguesa de Neurologia*, 1, 9-10.

Hellström, Y. & Hallberg, I. (2004). Determinants and characteristics of help provision for elderly people living at home and in relation to quality of life. *Scand J Caring Sci*, 18, 387-395.

Hsiung, P., Fang, C., Chang, Y., Chen, M. & Wang, J. (2005). Comparison of WHOQOL-BREF and SF-36 in patients with HIV infection. *Qual Life Res*, 14, 141-150

Instituto da Segurança Social. (2014). *Guia Prático. Apoios Sociais – Idosos*.

Instituto Nacional de Estatística. (2011). *Destaque – informação à comunicação social*. Retirado de file:///C:/Users/kelinhas/Downloads/20Censos2011_res_definitivos.pdf e <file:///C:/Users/kelinhas/Downloads/30DiaIntInc.pdf>

Instituto Nacional de Estatística. (2014). *Destaque – informação à comunicação social*.

Retirado de

file:///C:/Users/kelinhas/Downloads/10Dia_Mundial_Popula%C3%A7%C3%A3o.pdf

Kawasaki, K. & Diogo, M. (2001). Assistência domiciliária ao idoso: perfil do cuidador formal – parte I. *Revista Escola de Enfermagem USP*, 35(3), 257-264.

Keyes, C., Michalec, B. Kobau, R., Zahran, H., Zack, M. & Simões, E. (2005). Social Support and Health-Related Quality of Life Among Older Adults. *MMWR: Morbidity & Mortality Weekly Report*, 54(17), 433-437.

Laranjeira, C. (2007). Do Vulnerável Ser ao Resiliente Envelhecer: Revisão de Literatura. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, vol. 23, n.3, 327-332.

Lobo, A. & Pereira, A. (2007). Idoso Institucionalizado: Funcionalidade e Aptidão Física. *Referência*, n.4, 61-68.

Logsdon, R., Gibbons, L., McCurry, S. & Terri, L. (2002). Assessing Quality of Life in Older Adults with Cognitive Impairment. *Psychomatic Medicine*, 64, 510-519.

Magaziner, J., Basset, S., Hebel, J. & Gruder-Baldini, A. (1996). Use of Proxies to Measure Health and Functional Status in Epidemiologic Studies of Community-dwelling Women Aged 65 Years and Older. *American Journal of Epidemiology*, vol. 143, n. 3, 283-292.

Markides, K. & Cooper, C. (1989). *Aging, Stress and Health*. England: John Wiley & Sons.

Martins, A., Soares, A., Barboza, M., Sales, R., Frota, M. & Santos, Z. (s/ data). Qualidade de Vida em Idosos Institucionalizados: revisão sistemática. Retirado de http://www.convibra.com.br/upload/paper/2012/72/2012_72_4260.pdf.

Maslach, C. & Jackson, S. (1981). The measurement of experienced burnout. *Journal of Occupational Behaviour*, vol. 2, 99-113.

Mathew, M., George, L. & Paniyadi, N. (2009). Comparative Study on Stress, Coping Strategies and Quality of Life of Institutionalized and Non-institutionalized Elderly in Kottayam District, Kerala. *Indian Journal of Gerontology*, vol. 23, n. 1, 79-87.

Mendonça, A. & Ribeiro, F. (2002). *O auxiliar de ação médica e o doente em casa*. Edições Polienf.

Morgado, J., Rocha, S., Maruta, C., Guerreiro, M. & Martins, I. (2009). Novos Valores Normativos do Mini-Mental State Examination. *Sinapse*, 2(9), 10-16.

Mukherjee, S. (2013). Quality of Life of Elderly: hope and beyond hurt. *Indian Journal of Gerontology*, vol. 27, n. 3, 450-467.

Namuroto, J., Nakamura, K., Kitabayashi, Y., Shibata, K., Nokamar, T. & Fukui, K. (2008). Relationships among burnout, coping style and personality: Study of Japanese professional caregivers for elderly. *Psychiatric and Clinic Neurosciences*, 62, 174-176. Doi: 10.1111/j.440-1819.2008.01751.x

Noro, A. & Aro, S. (1996). Health-related quality of life among the least dependent institutional elderly compared with the non-institutional elderly population. *Quality of Life Reaserch*, 5, 355-366.

Norris, F. & Kaniasty, K. (1996). Received and Perceived Social Support in Times of Stress: A Test of Social Support Deterioration Deterrence Model. *Journal of Personality and Social Psychology*, vol. 71, n. 3, 498-511.

Organização Pan-Americana da Saúde. (2005). *Envelhecimento Ativo: Uma Política de Saúde*. Brasília.

Paúl, C. (2005). Envelhecimento ativo e redes de suporte social. *Sociologia/Faculdade de Letras da Universidade do Porto*, 15, 275-287.

Paúl, C. (2012). Tendências atuais e desenvolvimentos futuros da Gerontologia. Em Paúl, C. & Ribeiro, O. (Ed.) *Manual de Gerontologia – Aspetos biocomportamentais, psicológicos e sociais do envelhecimento* (pp. 1-17). Lisboa: Lidel.

Paúl, C. & Fonseca, A. (1999). A Saúde e Qualidade de Vida nos Idosos. *Psicologia Educação e Cultura*, vol. III, n.2, 345-362.

Rodrigues, C. (2007). Psicologia da Saúde e Pessoas Idosas. Em Teixeira, A. (Ed.). *Psicologia da Saúde – Contextos e áreas de intervenção* (pp. 235-250). Lisboa: Climepsi.

Rothman, M., Hendrick, S., Bulcroft, K. Hickam, D. & Rubenstein, L. (1991). The Validity of Proxy-Generated Scores as Measures of Patient Health Status. *Medical Care*, vol. 29, n. 2, 115-124.

Sainfort, F., Becker, M. & Diamond, R. (1996). Judgments of Quality of Life of individuals with severe mental disorders: patient self-report versus provider perspectives. *American Psychiatric Association*, vol. 153(4), 497-502.

Sequeira, C. (2010). Adaptação e validação da Escala de Sobrecarga do Cuidador de Zarit. *Revista Referência*, II série, n. 12, 9-16.

Severo, M., Santos, A., Lopes, C. & Barros, H. (2006). Fiabilidade e Validade dos Conceitos Teóricos das Dimensões de Saúde Física e Mental da Versão Portuguesa do MOS SF-36. *Acta Médica Portuguesa*, 19, 281-288.

Silva, M. (2005). Saúde Mental e Idade Avançada: Uma perspetiva abrangente. Em Paúl, C. & Fonseca, A. (Ed.). *Envelhecer em Portugal* (pp. 137-156). Lisboa: Climepsi.

Silva, T. & Rezende, C. (2005). Avaliação transversal da qualidade de vida de idosos participantes de centros de conveniência e institucionalizados por meio do questionário genérico WHOQOL-BREF. Retirado de <http://www.portalsaudebrasil.com/artigos/artigo0006.pdf>.

Sousa, L., Galante, H. & Figueiredo, D. (2003). Qualidade de vida e bem-estar dos idosos: um estudo exploratório na população portuguesa. *Revista Saúde Pública*, 37(3), 364-371.

Vaz Serra, A., Canavarro, M., Simões, M., Pereira, M., Gameiro, S., Quartilho, M., Paredes, T. (2006). Estudos psicométricos do instrumento de avaliação da qualidade de vida da Organização Mundial de Saúde (WHOQOL-Bref) para Português de Portugal. *Psiquiatria Clínica*, 27(1), 41-49.

Vilhena de Freitas, M. & Scheicher, M. (2010). Qualidade de Vida de idosos institucionalizados. *Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia*, 13(3), 395-401.

Wattis, J. & Curran, S. (2008). *Guia Prático Climepsi de Psiquiatria da Terceira Idade*. Lisboa: Climepsi Editores.

Zarrit, S. & Edwards, A. (2008). Family Caregiving: research and clinical intervention. Em Woods, R. & Clare, L. (Ed.) *Handbook of the Clinical Psychology of Ageing* (pp. 255-288). West Sussex: John Wiley and Sons.

Yip, J., Wilber, K., Myrtle, R. & Grazman, D. (2001). Comparison of older adult subject and proxy responses on the SF-36 health-related quality of life instrument. *Aging & Mental Health*, 5(2), 136-142.

Zimmerman, G. (2000). *Velhice: Aspectos biopsicossociais*. Porto Alegre: Artmed.

Anexos

Anexo 1

Autorização da recolha de dados

Lisboa, 3 de Dezembro de 2013

Exma. Sra. Dra. Isabel Serras

Assunto: Pedido de Autorização para a recolha de dados na Instituição Centro Social e Paroquial de Nossa Senhora da Penha de França


Enquanto orientador de dissertações de mestrado, a serem realizadas no contexto do Núcleo de Psicologia Clínica da Saúde e da Doença da Faculdade de Psicologia da Universidade de Lisboa, venho por este meio solicitar que seja concedida autorização a duas das minhas mestrandas para proceder à recolha de dados no CSP-Penha de França.

No sentido de tornar claro o enquadramento do objeto de estudo associado a este pedido, junta-se em anexo uma súmula da fundamentação teórica, objetivos e metodologia seguidos neste projeto.

Agradecendo desde já a vossa atenção, disponibilizo-me para mais esclarecimentos, se necessário, através dos seguintes contactos:

E-mail: ffradique@fp.ul.pt

Móvel: 939332103



Fernando C. S. A. Fradique, Professor Associado da FP

Fundamentação Teórica

1.1. O Envelhecimento Humano

Ser-se idoso não é, tal como o foi no passado, uma situação excecional e tende a tornar-se cada vez mais vulgar (Rosa, 1993). Mais do que qualquer outra época, o século XX caracterizou-se por profundas e radicais transformações, destacando-se o aumento do tempo médio de vida da população, em cerca de 30 anos, como o facto mais significativo no âmbito da saúde pública mundial (Veras & Caldas, 2004).

Segundo a DGS (2004), o envelhecimento humano pode ser definido como o processo de mudança progressivo que se traduz no declínio das estruturas biológicas, psicológicas e sociais dos indivíduos, e que com ele apresenta sinais fisiológicos, cognitivos e afetivos característicos.

Caracterizado pelo declínio de certas capacidades e mudanças nos aspetos biopsicossociais, é exigido no envelhecer uma série de ajustamentos pessoais e sociais. Além das evidentes perdas biológicas e físicas, algumas questões sociais e psicológicas aparecem também como cruciais nesta fase do ciclo vital: as mudanças de papéis que ocorrem no seio da família, no trabalho e sociedade podem gerar conflitos no ser que envelhece (Bortolanza, Krahl & Biasus, 2005). Concretamente, a passagem de vida ativa para a reforma significa não só a cessação da atividade produtiva e a perspetiva de que o idoso não é mais produtor de bens e serviços, como também a perda de contacto com os colegas de trabalho. Há assim uma transformação do estatuto do indivíduo, que passa de produtivo para improdutivo ou de ativo para inativo, e que pode conduzir à sua marginalização nos contextos sociais pautados pelo valor produtivo (Cavan et al, 1949, cit. por Torres & Marques, 2008). Nesta fase, também se experimentam outras perdas desde a fragilidade da condição económica e a perda de parentes e amigos. Deste modo, o processo de envelhecimento acarreta alterações na vida quotidiana dos indivíduos, exigindo uma adaptação a novas vivências e situações, que, frequentemente podem levar ao enfraquecimento ou perda das relações sociais, favorecendo o isolamento do idoso (Bortolanza, Krahl & Biasus, 2005).

1.2. Envelhecer com Qualidade de Vida

Se o prolongamento do tempo médio de vida da população é uma aspiração de qualquer sociedade, passa a ser também o grande desafio do século XXI: apesar de a ciência ter alcançado a proeza inédita de aumentar significativamente a duração média do tempo de vida, não tornou claro o modo como se deverá viver esse suplemento pois viver mais não é, necessariamente, viver melhor (Laranjeira, 2007). Assim, diante da realidade inquestionável das transformações demográficas iniciadas no último século e que nos fazem observar uma população cada vez mais envelhecida, evidencia-se a importância de garantir não só uma sobrevida maior, mas também uma boa qualidade de vida para aqueles que já envelheceram ou que estão no processo de envelhecimento (Vecchi, Ruiz, Bocchi & Corrente, 2005).

O conceito de qualidade de vida varia de autor para autor e, além disso, é um conceito subjetivo dependente do nível sociocultural, da faixa etária e das aspirações pessoais do indivíduo (Vecchi., Ruiz, Bocchi & Corrente, 2005). Em 1994, a OMS definiu qualidade de vida como a *"percepção do indivíduo sobre a sua posição e satisfação na vida, dentro do contexto dos sistemas de cultura e valores nos quais está inserido, e em relação aos seus objetivos, aspirações, expectativas, padrões, necessidades e preocupações"* (WHOQOL Group, 1994).

A saúde de idosos institucionalizados requer uma grande atenção às suas necessidades multi-dimensionais, incluindo aspetos físicos, psicológicos e sociais, que por sua vez são influenciados pelo ambiente (Breslow, 1972; OMS, 1978; Lai, e col., 2005; cit. por Ferreira, 2009).

Lai, e col. (2005, cit. por Ferreira, 2009) referem que, as investigações têm revelado que os idosos institucionalizados que revelam níveis mais elevados de qualidade de vida relacionada com a saúde, são aqueles com mais educação, menos doenças crónicas, bom desempenho físico e mais contacto com os seus cuidadores.

A qualidade de vida relacionada com a saúde de pessoas idosas institucionalizadas, especialmente entre diferentes culturas, é suficientemente importante para justificar a promoção de investigações nesse sentido (Lai, e col., 2005; cit. por Ferreira, 2009).

Investigações sobre a qualidade de vida relacionada com a saúde e a sua influência nos idosos poderão promover a compreensão e sugerir meios de promover a sua saúde (Lai, e col., 2005; cit. por Ferreira, 2009).

1.3. A Solidão e Depressão no Idoso

Neto (2000) refere que apesar de vários autores terem tentado definir o conceito de solidão, não há ainda uma definição que seja mundialmente aceite pelos especialistas. Este termo tem um significado intuitivo para a maior parte das pessoas (Neto, 1992), todavia, nas definições atribuídas à solidão, há três aspetos comuns que são partilhados por outras definições presentes na literatura: (1) a solidão é uma experiência subjetiva que pode não estar relacionada com o isolamento objetivo; (2) esta experiência subjetiva é psicologicamente desagradável para o indivíduo e (3) a solidão resulta de uma forma de relacionamento deficiente.

Segundo De Jong Gierveld & Van Tilburg (1995, cit. por Stevens, 2001) a solidão é definida como *"uma situação experienciada por um indivíduo e percebida como uma discrepância desagradável e inaceitável entre a quantidade e qualidade das relações sociais reais e das relações sociais desejadas."*

De acordo com Capitanini (2000, cit. por Campos, s/d), a solidão inclui experiências de isolamento, tristeza e insatisfação com a vida. Este estado emocional não é causado simplesmente pelo facto de a pessoa estar fisicamente só, mas de sentir que está a ser privada de relacionamentos que gostaria de ter.

Como referido anteriormente, o processo de envelhecimento acarreta alterações na vida quotidiana dos indivíduos, exigindo uma adaptação a novas situações e vivências que levam frequentemente ao isolamento, à diminuição de contactos e relações sociais agradáveis e significativas (Torres e Marques, 2008).

A depressão é uma condição clínica que pode afetar o indivíduo numa dada fase da sua vida, seja como humor transitório ao sentir-se mais abatido ou melancólico seja sob uma forma mais severa, podendo prejudicar seriamente os desempenhos físicos e psicológicos (Oliveira, Gomes & Oliveira, 2006).

Na perspetiva psicopatológica fenomenológica, a depressão consiste num estado de vazio afetivo, de perda de energia vital, do interesse, do entusiasmo, da motivação, da vontade de viver e está muitas vezes associada a acontecimentos traumáticos da vida diária: acidente, divórcio, luto, viuvez, desemprego, nascimento (Bastos, 2006, cit. por Ascensão, 2011). O quadro clínico da depressão é relativamente comum entre os idosos, uma vez que são muitas as perdas e as mudanças semelhantes nesta fase das suas vidas. Do ponto de vista vivencial, o idoso está numa situação de perdas continuadas como a diminuição do apoio sócio-familiar, a perda do *status* ocupacional e económico, o declínio físico, a maior frequência de doenças físicas e a incapacidade crescente.

1.4. A qualidade de vida do idoso institucionalizado

O centro gerontológico deve ser humano, mas com qualidade. Com qualidade, mas humano (Belmonte et al, 2006 cit. por Freitas, 2011).

Reflexões sobre a melhor envolvência habitacional para o idoso levam a concluir que não existem soluções ótimas e universais para os idosos. Uma coisa é certa: são cada vez mais numerosos e dramáticos os pedidos de internamento em Lar. O internamento em Lar é hoje, e cada vez mais, uma necessidade que as famílias dos idosos e responsáveis pelas instituições sentem como ninguém.

O Lar é um novo mundo e, por isso, a instituição que acolhe deve procurar responder às necessidades dos utentes. A entrada de uma pessoa na instituição deve ser preparada para que não haja desequilíbrio físico e afetivo do novo residente e deve procurar-se que a família ajude na integração (Cano et al, 2006, cit. por Freitas, 2011). É um facto que os Lares de Idosos têm o potencial de influenciar a vida dos seus utentes para melhor ou pior em dimensões mais amplas que o estado de saúde. A transferência do domicílio para uma instituição representa sempre um grande desafio para o idoso, pois este depara-se com uma transformação muitas vezes radical do seu estilo de vida e, por vezes, esta decisão pode causar transtornos na pessoa idosa, tanto no âmbito emocional como afetivo. Apesar da imagem negativa generalizada com que são conotados os lares e as residências de idosos, há estudos que mostram que a adaptação ao lar é fácil (Ferigglá, 1992, cit. por Freitas, 2011) e outros que apontam vantagens em que os idosos vivam rodeados por pares homogeneizados porque facilita a interação social entre os residentes. No entanto, ainda outros estudos

indicam que os residentes em instalações de cuidados de longo prazo nem sempre representam um grupo homogéneo mas antes um grupo heterogéneo diversificado. Kane (1990, cit. por Guse & Masesar, 1999) argumentou que esses grupos heterogéneos são comunidades "acidentais" compostas por indivíduos que variam em termos de interesses, gostos, de fundo cultural, classe social, escolaridade, ocupações anteriores e rendimentos. Além disso, enquanto o prejuízo na cognição e na função física é uma característica comum entre os residentes, o tipo e o grau de incapacidade varia e as oportunidades de escolha e a tomada de decisões independentes tornam-se diminuídas na medida em que as necessidades individuais devem estar de acordo com as necessidades do grupo (Kane, 1991; Thomasma, 1985, cit. por Guse & Masesar, 1999). Tornar-se residente numa unidade de cuidados de longo prazo implica várias alterações no contexto social, incluindo a deslocalização física, mudanças nos relacionamentos familiares e sociais, novos relacionamentos com os outros residentes e funcionários e, não surpreendentemente, uma mudança substancial no controle que o indivíduo tem no novo espaço onde habita. Como referido anteriormente, a incorporação de um idoso num Lar pode trazer consigo disfunções como a despersonalização, a diminuição ou perda de autonomia ou a insegurança. Face a estas mudanças e desafios, os implicados devem colocar em funcionamento todos os seus recursos para que o processo de adaptação à nova situação se conclua satisfatoriamente e gere benefícios para o idoso, para o meio familiar e social e o ambiente deverá ser estimulante, de forma a proporcionar um conjunto de experiências que permitam à pessoa idosa manter-se ativa, independente, tendo sempre em vista contribuir para uma melhor qualidade de vida no processo de institucionalização. Depois de acolhido o utente, a instituição deve: manter a independência da pessoa na realização das atividades quotidianas; ajudar a pessoa a ajudar-se e a encontrar-se com o mundo exterior; as instituições não podem fechar-se sobre si mesmas, mas abrir-se ao exterior, favorecendo a inclusão da vida exterior na instituição; fomentar os contactos com a família e os laços afetivos.

A década de noventa do século vinte foi marcada pela discussão de uma reforma fundamental dos cuidados de saúde em todo o mundo industrializado, concedendo importância ao papel que os utentes têm, participando nas tomadas de decisões relacionadas com o seu cuidado (Chappel, 2001, cit. por Póvoa, 2010), tornando-se a qualidade de vida num ponto focal na pesquisa científica e prática clínica (Gerritsen, Steverink, Ooms, Vet & Ribbe, 2007; Bowling, Banister, Sutton, Evans & Windsor, 2002, cit. por Póvoa, 2010). Foi nessa década que se começou a enfatizar a importância de avaliar subjetivamente os Lares de Idosos (Logsdon et al., 1999; Lawton, 1996, 1999; Kane, 1999, cit. por Póvoa 2010), ou seja, não avaliar somente a qualidade da prestação dos cuidados aos utentes, mas também a sua qualidade de vida nestes equipamentos (Kane et al., 2005, cit. por Póvoa, 2010), considerando-se que nesta população, até então negligenciada a este nível, é tão importante a avaliação da qualidade de vida como em qualquer outro grupo etário.

A qualidade de vida nos Lares de Idosos é, para Kane (s/d, cit. por Póvoa, 2010), um produto de quatro fatores que correspondem ao estado de saúde do utente, à situação social (incluindo o suporte familiar fora do Lar), à personalidade, e aos cuidados e ambiente que são oferecidos ao utente pelo Lar (Kane, 2003, cit. por Póvoa, 2010). Daqui é possível verificar que para além de fatores intrínsecos ao utente, também existem outros, extrínsecos, proporcionados pelos equipamentos e que têm forte influência na qualidade de vida dos residentes, pois estes podem permanecer nestes contextos durante um período de tempo bastante considerável, por vezes até ao final das suas vidas, tendo que sujeitar-se a novas regras, como as que a vivência em grupo exige.

Ao contrário dos que recebem cuidados médicos ou de enfermagem noutros serviços, num Lar de Idosos os residentes não são pacientes e os efeitos dos Lares de Idosos sobre a qualidade de vida dos seus residentes são indiscutivelmente tão importantes como as medidas mais tradicionais de qualidade dos cuidados que são mais rotineiros (Kane et al., 2004, cit. por Póvoas, 2010) não podendo, assim, ser descuradas. Enquanto a qualidade do cuidado se prende sobretudo com a satisfação das necessidades básicas, a qualidade de vida reporta às necessidades sentidas pelos residentes, que são membros de uma comunidade, com todas as necessidades, desejos e forças que esta posição implica (Phillips, 2001, cit. por Póvoas, 2010). Por este mesmo motivo torna-se fundamental estudar e promover a qualidade de vida nos equipamentos e avaliar as suas dimensões. Se o Lar afetar a saúde e estado funcional, estes resultados podem, por sua vez, afetar a qualidade de vida dos seus idosos residentes (Kane, 2003, cit. por Póvoa, 2010).

Guse & Masesar (1999) estudaram fatores relacionados com a qualidade de vida e o envelhecimento bem-sucedido em cuidados de longa duração, a partir da perspectiva dos residentes. No estudo, identificaram quatro fatores que contribuem para a qualidade de vida dos residentes: interação com a família e amigos, as qualidades pessoais, possibilidade de desfrutar da natureza e o sentimento de se ser útil aos outros.

Num estudo com idosos institucionalizados, a família e os seus cuidadores, Bowker (1992, cit. por Robichaud, Durand, Bédard & Ouellet, 2006) identificou as características interpessoais e ambientais que descrevem o melhor lugar substituto para se viver nesta fase. Enquanto os idosos expressaram preocupações relacionadas com os outros idosos, a família manifestou preocupação sobretudo com os cuidadores. De acordo com os idosos, o ambiente humano deveria dar-lhes a oportunidade de viverem momentos agradáveis, tomar conta dos outros, sentirem-se parte de um grupo, serem respeitados, admirar os outros e conversar. As famílias manifestaram a disponibilidade dos cuidadores, a sua boa vontade, prestabilidade, trato carinhoso, competência, compreensão e respeito (Robichaud, Durand, Bédard & Ouellet, 2006).

Sabe-se, ainda, que a presença do idoso em atividades em grupo, contribui satisfatoriamente para melhorar a autoestima e a autonomia. Cabe aos coordenadores das instituições desenvolverem estratégias estimuladoras para as relações sociais como atividades culturais,

lazer, atividade física entre os idosos institucionalizados, pois, certamente se não forem estimulados poderão ter uma percepção de qualidade de vida reduzida.

A qualidade de vida dos idosos não depende apenas do passado, mesmo que este tenha sido muito satisfatório. Depende sobretudo do presente e de um horizonte de futuro, mesmo que limitado (Moniz, 2003, cit. por Póvoa, 2010). Estes aspetos estão sobretudo dependentes do que as respostas sociais e outras medidas tomadas por entidades superiores podem fazer por esta população, tendo como objetivo impreterível a qualidade de vida dos seus residentes. Assim, um desafio constante é, para além de conseguir uma boa qualidade nos cuidados e bons resultados ao nível da saúde física e mental, o cuidado de longa duração poder também preservar e promover a qualidade de vida dos seus residentes (Kane et al., 2003, cit. por Póvoa, 2010), tornando o espaço num local agradável, sem carga negativa, não só para os utentes, mas igualmente para a equipa de trabalho, familiares e amigos.

Por muitos aspetos que mudem na vida de quem envelhece, manter a identidade torna-se num desafio assim como o seu desenvolvimento pessoal. O desejo mais forte de um residente é o de preservar a melhor qualidade de vida e de se sentir em casa.

1.5. O cuidador

Segundo a OMS, *“à medida que um indivíduo envelhece, a sua qualidade de vida é fortemente determinada pela sua habilidade de manter a autonomia e independência.”*

O tema sobre a qualidade do relacionamento da díade fornecedor/recetor de cuidados insere-se no campo tradicional de pesquisa em gerontologia. Ser cuidador exige tempo, espaço, energia, recursos financeiros, trabalho, paciência, carinho, esforço e boa vontade. Além disso, as graduais perdas cognitivas, mudanças comportamentais, emocionais e até de personalidade do idoso exigem uma grande capacidade de adaptação para um convívio satisfatório. A capacidade do cuidador é amplamente abordada na atualidade e não se pode desconsiderar o seu mérito. Porém, o simples suporte para o desempenho prático desta função nem sempre garante o bem-estar (Inouye, Pedrazzani, Pavarini, 2008). Um dos índices destacados pela pesquisa sobre a díade cuidador /idoso é a congruência de opiniões de cada um dos sujeitos – do cuidador e do idoso – sobre as mesmas questões. A congruência de opinião da díade tem sido associada a um relacionamento mais próximo e afetivo (Chappell & Kuehne, 1998; Long, Sudha & Mutran, 1998, cit. por Trentini, Chachamovich, Figueiredo, Hirakata & Fleck, 2006). Zweibel e Lydens (1990, cit. por Trentini, Chachamovich, Figueiredo, Hirakata & Fleck, 2006), acreditam que uma relação harmoniosa entre a díade pode ser prevista, em menor grau, pelas percepções individuais dos idosos ou dos cuidadores sobre a relação. Estudos que exploraram a congruência de opiniões do idoso e do cuidador sobre o estado geral dos idosos são discordantes (Carter & Carter, 1994; Chappell & Kuehne, 1998; Long et al., 1998; MacKenzie, Robiner, & Knopmen, 1989; Pearlin, Mullan, Semple, & Skaff, 1990; Teri & Wagner, 1991; Wetle, Levkoff, Cwikel & Rosen, 1988; Zweibel & Lydens, 1990, cit. por Trentini, Chachamovich, Figueiredo, Hirakata & Fleck, 2006). Especula-se que algum grau de discordância possa

estar relacionado às condições do cuidador. Segundo Pruchno, Burant & Peters (1997, cit. por Trentini, Chachamovich, Figueiredo, Hirakata & Fleck, 2006), os cuidadores cansados ou deprimidos podem perceber erroneamente o idoso, que seria visto como um indivíduo mais debilitado do que o que é na realidade. No estudo de Trentini, Chachamovich, Figueiredo, Hirakata & Fleck (2006), em que o objetivo foi investigar a relação entre a percepção de qualidade de vida do idoso por ele percebida e pelo seu cuidador, os dados mostram uma tendência, em todos os domínios e na medida de qualidade de vida geral, de o cuidador perceber a qualidade de vida do idoso de um modo pior do que o mesmo a percebe. No entanto, a relação entre a avaliação do idoso e a do seu cuidador bem como o seu significado são temas ainda controversos na literatura. Segundo Trentini, Chachamovich, Figueiredo, Hirakata & Fleck (2006), a tendência de piores avaliações por parte do cuidador, se confirmada por novos estudos, pode sugerir duas alternativas não necessariamente exclusivas: os idosos minimizam e procuram contemporizar seu próprio estado, tornando a narrativa dos seus sofrimentos mais leves; e os cuidadores veem com maior fragilidade a situação dos idosos, lamentando o estado em que se encontram, por vezes de uma forma exagerada. Outros estudos, como os de Bookwala e Schulz (1998, cit. por Trentini, Chachamovich, Figueiredo, Hirakata & Fleck, 2006), Kristjanson et al. (1998, cit. por Trentini, Chachamovich, Figueiredo, Hirakata & Fleck, 2006) e Zweibel e Lydens (1990, cit. por Trentini, Chachamovich, Figueiredo, Hirakata & Fleck, 2006) encontraram, da mesma maneira, uma tendência do cuidador para exagerar o prejuízo ou a disfunção do recebedor de cuidados.

Objetivos do estudo

Objetivos Gerais

Face ao aumento de idosos na população, os estudos neste âmbito têm sido intensificados (Cabral, 2007; cit. por Ferreira, 2009). A literatura nesta área, especificamente sobre o idoso institucionalizado, sugere-nos que a saúde destes idosos requer uma grande atenção às suas necessidades multidimensionais. Para tal, parece ser essencial explorar a percepção do idoso, bem como a do seu cuidador, relativamente à sua qualidade de vida, nas suas diferentes dimensões, de modo a perceber as suas necessidades e desenvolver e implementar estratégias e programas nestes contextos e assim promover uma qualidade de vida ao ser que envelhece.

Objetivos Específicos

1. Avaliar a percepção de qualidade de vida, de solidão e de depressão do idoso segundo a sua perspetiva.

2. Avaliar a percepção de qualidade de vida, de solidão e de depressão do idoso segundo a perspectiva do seu cuidador.
3. Explorar se o contexto de vida em que o idoso se insere (Lar, Centro de Dia e Domicílio) influencia a sua percepção de qualidade de vida, de solidão e de depressão.
4. Perceber até que ponto a perspectiva do idoso difere da perspectiva do seu cuidador quanto à qualidade de vida, solidão e depressão.
5. Avaliar a influência de variáveis sociodemográficas e clínicas na percepção do idoso sobre a sua qualidade de vida, solidão e depressão.

Plano Metodológico

Participantes

Pretende-se que participem neste estudo indivíduos, de ambos os sexos, com mais de 60 anos:

- Idosos institucionalizados (idosos a residir no Lar)
- Idosos não institucionalizados (idosos que frequentam o Centro de dia e idosos que residam em domicílio próprio ou de familiares mas que não frequentam atividades recreativas).

Por outro lado, será também pedido aos seus cuidadores (formais/informais) que colaborem na investigação.

Instrumentos de avaliação/caracterização

Primeiramente será preenchida uma ficha de caracterização sócio demográfica.

De seguida será pedido ao participante para responder a um instrumento que constitui uma medida multi-dimensional da sua qualidade de vida.

Será também pedido para responder a um instrumento que avalia o grau de solidão e de depressão geriátrica. Os instrumentos aplicados ao idoso serão também aplicados ao seu cuidador (pretendendo-se que este responda tendo como objeto de avaliação a(s) pessoa(s) a quem presta cuidados) de modo a que, posteriormente, se possa fazer uma análise que compare as diferentes perspetivas.

Procedimento

Os participantes começarão por assinar um protocolo de consentimento informado, depois de terem tido o devido conhecimento dos objetivos do estudo e das condições de participação. De seguida, será preenchida uma ficha de caracterização sócio demográfica e aplicar-se-ão os respetivos instrumentos de avaliação ao idoso. Ao cuidador, pretende-se aplicar os mesmos instrumentos.

Referências Bibliográficas

- Bortolanza, M., Krah, S. & Biasus, F. (2005). Um olhar psicopedagógico sobre a velhice. *Rev. Psicopedagogia*, 22 (68): 162-70.
- Cabral, L. P. (2007). O Bem-estar psicológico e o conceito de Si na velhice. Lisboa: Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação da Universidade de Lisboa (Dissertação de Mestrado).
- Carneiro, R. & Falcone, E. (2004). Um estudo das capacidades e deficiências em habilidades sociais na terceira idade. *Psicologia em Estudo*, v. 9, n. 1, p. 119-126.
- Ferreira, A. (2009). A qualidade de vida em idosos em diferentes contextos habitacionais: a perspectiva do próprio e do seu cuidador. Lisboa: Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação da Universidade de Lisboa (Dissertação de Mestrado).
- Fonseca, A. & Paúl, C. (2008). Saúde e qualidade de vida ao envelhecer: perdas, ganhos e um paradoxo. *Geriatrics & Gerontology*, 2 (1): 32-37.
- Gonçalves, D., Martín, I., Guedes, J., Pinto, F. & Fonseca, A. (2006). Promoção da qualidade de vida dos idosos portugueses através da continuidade de tarefas produtivas. *Psicologia, saúde & doenças*, 7 (1), 137-143.
- Laranjeira, C. (2007). Do vulnerável ser ao resiliente envelhecer: Revisão de Literatura. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, vol. 23 (3), 327-332.
- Martins, R & Santos, A. (s/d). Ser idoso hoje.
- Matos, M., Branco, J., Carvalhosa, S., Silva, M. & Carvalhosa, J. (2005). Promoção de competências pessoais e sociais nos idosos: programa de intervenção na comunidade. *Rev. bras. ter. cogn.* Vol 1, n.2.

- Rebelo, H. (2007). Psicoterapia na idade adulta avançada. *Análise Psicológica*, 4 (XXV): 543-557.
- Rosa, M. (1993). O desafio social do envelhecimento demográfico. *Análise Social*, vol. 122, 679-689.
- Silva, S. (2009). Qualidade de vida e bem-estar psicológico em idosos. Porto: Faculdade de Ciências Humanas e Sociais da Universidade Fernando Pessoa (Dissertação de Mestrado).
- Torres, M. & Marques, E. (2008). VI Congresso Português de Sociologia. *Mundos Sociais: saberes e práticas*.
- Vecchia, R., Ruiz, T., Bocchi, S. & Corrente, J. (2005). Qualidade de vida na terceira idade: um conceito subjectivo. *Rev Bras Epidemiol*, 8 (3): 246-52.
- Veras, R. & Caldas, C. (2004). Promovendo a saúde e a cidadania do idoso: o movimento das universidades da terceira idade. *Ciência & Saúde Colectiva*, 9 (2): 423 432.

Anexo 2

Protocolo de consentimento informado do idoso



Così to _____

Protocolo de consentimento informado do idoso

Eu, _____ aceito participar de livre vontade no estudo da autoria de _____ (Estudante da Faculdade de Psicologia da Universidade de Lisboa), orientada pelo Professor Doutor Fernando Fradique (Professor Associado da Faculdade de Psicologia da Universidade de Lisboa), no âmbito da dissertação de Mestrado Integrado em Psicologia, na área de Psicologia da Saúde e da Doença.

Foram-me explicados e compreendo os objetivos principais deste estudo:

1. Avaliar a perceção do idoso sobre a sua qualidade de vida.
2. Explorar se o contexto de vida em que o idoso se insere (viver no Lar; frequentar o Centro de Dia; e residir no Domicílio) influencia a sua perceção de qualidade de vida.
3. Avaliar a influência de variáveis sociodemográficas e clínicas na perceção do idoso sobre a sua qualidade de vida.

Também entendi os procedimentos que tenho de realizar:

1. Responder a uma ficha de caracterização sociodemográfica.
2. Responder a um conjunto de questionários sobre a minha qualidade de vida e a minha capacidade de realização de atividades diárias.

Outras observações:

- Compreendo que a minha participação neste estudo é voluntária, podendo eu desistir a qualquer momento, sem que essa decisão se reflita em qualquer prejuízo para mim.
- Compreendo que toda a informação obtida neste estudo será estritamente confidencial e que a minha identidade nunca será revelada em qualquer publicação, a menos que eu o autorize por escrito.
- Ao participar neste trabalho, estou a colaborar para o desenvolvimento da investigação em Psicologia Clínica na área da qualidade de vida do idoso, não sendo, contudo, acordado qualquer benefício direto ou indireto pela minha colaboração.

Nome: _____

Assinatura: _____

Data: ____/____/____

Anexo 3

Protocolo de consentimento informado Cuidador Formal



Faculdade de Psicologia
UNIVERSIDADE DE LISBOA

Cópias _____

Protocolo de consentimento informado do cuidador

Eu, _____ aceito participar de livre vontade no estudo da autoria de _____ (Estudante da Faculdade de Psicologia da Universidade de Lisboa), orientada pelo Professor Doutor Fernando Fradique (Professor Associado da Faculdade de Psicologia da Universidade de Lisboa), no âmbito da dissertação de Mestrado Integrado em Psicologia, na área de Psicologia da Saúde e da Doença.

Foram-me explicados e compreendo os objetivos principais deste estudo:

1. Avaliar a perceção do cuidador sobre a qualidade de vida dos idosos a quem presta cuidados e sobre a sua própria qualidade de vida.
2. Avaliar a sobrecarga a que o cuidador está submetido devido à prestação de cuidados e avaliar as estratégias de confronto (lidar com as situações com que é confrontado) que utiliza habitualmente.
3. Avaliar a influência de variáveis sociodemográficas na perceção da sua qualidade de vida, da sobrecarga sentida, nas estratégias de confronto a que recorre e na perceção da qualidade de vida dos idosos a quem presta cuidado.

Também entendi os procedimentos que tenho de realizar:

1. Responder a uma ficha de caracterização sociodemográfica.
2. Responder a um conjunto de questionários sobre a minha perceção acerca da qualidade de vida dos idosos a quem presto cuidados, acerca da perceção da minha qualidade de vida, da sobrecarga sentida e das estratégias de confronto a que recorro.

Outras observações:

- Compreendo que a minha participação neste estudo é voluntária, podendo desistir a qualquer momento, sem que essa decisão se reflita em qualquer prejuízo para mim.
- Compreendo que toda a informação obtida neste estudo será estritamente confidencial e que a minha identidade nunca será revelada em qualquer publicação, a menos que eu o autorize por escrito.
- Ao participar neste trabalho, estou a colaborar para o desenvolvimento da investigação em Psicologia Clínica na área da qualidade de vida do idoso, não sendo, contudo, acordado qualquer benefício direto ou indireto pela minha colaboração.

Nome: _____

Assinatura: _____

Data: ____/____/____

Anexo 4

Questionário Sociodemográfico do Idoso

CÓDIGO _____

FICHA DE CARACTERIZAÇÃO SÓCIO – DEMOGRÁFICA (IDOSO/DOENTE)

Identificação

Sexo: M___ F___ Ano de nascimento: _____ Idade: _____

Estado Civil: Solteiro(a)___ Casado(a)___ União de facto___ Separado(a)___

Divorciado(a)___ Viúvo (a)___

Escolaridade: _____

Naturalidade: _____

Saúde Física e Mental

Autonomia e Orientação

Visão: Vê bem___ Vê bem c/óculos___ Vê mal mesmo com óculos___
Não vê bem___

Audição: Ouve bem___ Ouve bem c/aparelho___ Ouve mal mesmo c/aparelho___
Ouve mal___

Doenças

Tem alguma doença diagnosticada? Não___ Sim___

Qual(ais): _____

Faz algum tratamento regular (e.g. fisioterapia)? Não___ Sim___

Qual(ais): _____

Toma remédios regularmente? Não___ Sim___

Qual(ais): _____

Doenças Psiquiátricas

Já foi a alguma consulta de Psiquiatria/Neurologia? Não___ Sim___

Tem alguma doença psiquiátrica/neurológica diagnosticada: Não___

Sim___ Qual: _____

Tem sido acompanhado(a) pelo médico regularmente? Não___ Sim___

Desde que idade é que tem sido acompanhado(a) regularmente pelo médico?

No último ano, quantas vezes consultou o médico?

Situação face à vida activa

Atualmente, encontra-se:

Na vida activa: Sim ___ Não ___ Profissão: _____

Reformado(a): ___ Motivo: _____

Com que idade é que deixou de ser trabalhador ativo(a)? _____

Agregado Familiar

Vive: Só ___ Acompanhado (a) ___

Vive com: _____

Vive em: Casa(própria/alugada) ___ Instituição ___ Casa de familiares/amigos ___

Se tivesse possibilidade, mudaria de casa? Não ___ Sim ___ se sim, por razões de:

Segurança ___ Conforto ___ Degradação da habitação ___

Outra razão ___ Qual: _____

O rendimento actual:

Permite viver confortavelmente ___ Dá para viver ___

Viver com o rendimento actual é difícil ___ É muito difícil ___

Acontecimentos de Vida Críticos

No último ano, viveu algum destes acontecimentos:

Morte de familiar ___ Amigo ___

Separação/Divórcio do próprio ___ Filhos ou netos ___

Casamento do próprio ___ Filhos ou netos ___

Saída de filhos de casa ____ Nascimento de netos ____
Mudança de residência ____ Doença grave do próprio ____ De familiar ____
Acidente (viação/doméstico/profissional) ____
Desemprego ____
Outro acontecimento significativo (positivo ou negativo):

Religião

Tem crenças religiosas? Não ____ Sim ____

Tem práticas religiosas?

Não ____ Sim ____ : Públicas (ex: missa) ____ Privadas (ex: terço) ____

Ocupação de Tempos Livres

Fora de casa – no último ano:

Fez exercício regular ____ Fez viagens/Excursões/Turismo sénior ____

Foi a espetáculos (teatro/cinema) ____

Frequentou Associações/Clubes para a terceira idade ____

Frequentou centro de convívio ____ Ou Centro de dia ____

Em casa – no último ano:

Viu TV ____ Ouviu rádio ____ Ou música ____

Leu livros ____ Jornais/Revistas ____

Trabalhos manuais ____ Tarefas domésticas ____

Cuidou de netos ____

Outra ocupação ____

Caracterização Psico-Social

Com que frequência costuma sair de casa?

Todos os dias ____ Algumas vezes por semana ____

Algumas vezes por mês ____ Raramente ____ Nunca ____

Mantém relações de convívio com amigos ou vizinhos?

Sim, regularmente ____ Raramente ____ Não ____

Anexo 5

Questionário Sociodemográfico do Cuidador Formal

QSD – Cuidador Formal

CÓDIGO _____

Segue-se um conjunto de questões, às quais lhe solicito que responda com a maior precisão possível.

1. Sexo: M ____ F ____
2. Idade: ____ (anos)
3. Escolaridade:
 - a. Sem qualquer escolaridade formal ____
 - b. 1º - 4º Ano ____
 - c. 5º - 6º Ano ____
 - d. 7º - 9º Ano ____
 - e. 10º - 12º Ano ____
 - f. Ensino Superior ____
4. Estado Civil:
 - a. Solteiro(a) ____
 - b. Casado(a) ____
 - c. Divorciado(a) ____
 - d. Viúvo(a) ____
 - e. União de facto ____
 - f. Separado(a) ____
5. Tem filhos?
 - a. Não ____
 - b. Sim ____ Quantos? ____
6. Tem outros dependentes?
 - a. Não ____
 - b. Sim ____ Quantos? ____ Quem? _____
7. Local de residência:
 - a. Rural ____
 - b. Urbano ____

8. Categoria Profissional _____
9. Funções desempenhadas na Instituição: _____
10. Anos de serviço nesta instituição (ou noutra, com funções semelhantes) _____
11. Quantas horas trabalha por semana? _____
12. Trabalha por turnos?
- a. Sim _____
 - b. Não _____
13. No último ano faltou ao serviço?
- a. Nunca/raramente _____
 - b. Algumas vezes _____
 - c. Bastantes vezes _____
14. Se pudesse, mudaria de profissão?
- a. Sim _____
 - b. Não _____

Anexo 6

Instrumento de avaliação *Mini Mental State Examination* (MMSE)

CÓDIGO _____

Mini Mental State Examination (MMSE)

1. Orientação (1 ponto por cada resposta correcta)

Em que ano estamos? _____

Em que mês estamos? _____

Em que dia do mês estamos? _____

Em que dia da semana estamos? _____

Em que estação do ano estamos? _____

Nota: _____

Em que país estamos? _____

Em que distrito vive? _____

Em que terra vive? _____

Em que casa estamos? _____

Em que andar estamos? _____

Nota: _____

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

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

Pêra _____

Gato _____

Bola _____

Nota: _____

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

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

27_24_21_18_15_

Nota: _____

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

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

Pêra _____

Gato _____

Bola _____

Nota: _____

5. Linguagem (1 ponto por cada resposta correcta)

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

Relógio _____

Lápis _____

Nota: _____

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

Nota: _____

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

Pega com a mão direita _____

Dobra ao meio _____

Coloca onde deve _____

Nota: _____

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

Fechou os olhos _____

Nota: _____

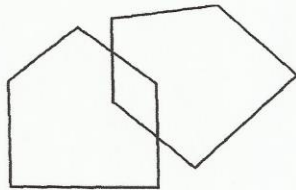
e. "Escreva uma frase inteira aqui". Deve ter sujeito e verbo e fazer sentido; os erros gramaticais não prejudicam a pontuação.

Frase: _____

Nota: _____

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

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



Cópia: _____

Nota: _____

TOTAL(Máximo 30 pontos): _____

Anexo 7

Instrumento de avaliação Índice de Barthel

CÓDIGO _____

BARTHEL ADL Índex

Atividades

Higiene pessoal

0 = Necessita de ajuda com o cuidado pessoal

5 = Independente no barbear, dentes, rosto e cabelo (utensílios fornecidos)

Evacuar

0 = Incontinente (ou necessita que lhe sejam aplicados clisteres)

5 = Episódios ocasionais de incontinência (uma vez por semana)

10 = Continente (não apresenta episódios de incontinência)

Urinar

0 = Incontinente ou algaliado

5 = Episódios ocasionais de incontinência (máximo uma vez em 24 horas)

10 = Continente (por mais de 7 dias)

Ir à casa de banho (uso de sanitário)

0 = Dependente

5 = Necessita de ajuda mas consegue fazer algumas coisas sozinho

10 = Independente (senta-se, levanta-se, limpa-se e veste-se sem ajuda)

Alimentar-se

0 = Incapaz

5 = Necessita de ajuda para cortar, barrar manteiga, etc.

10 = Independente (a comida é providenciada)

Transferências (cadeira /cama)

0 = Incapaz - não tem equilíbrio ao sentar-se

5 = Grande ajuda (uma ou duas pessoas) física, consegue sentar-se

10 = Pequena ajuda (verbal ou física)

15 = Independente (não necessita qualquer ajuda, mesmo que utilize cadeira de rodas)

Mobilidade (deambulação)

0 = Imobilizado

5 = Independente na cadeira de rodas incluindo cantos, etc.

10 = Anda com ajuda de uma pessoa (verbal ou física)

15 = Independente (mas pode usar qualquer auxiliar, ex.: bengala)

Vestir-se

0 = Dependente

5 = Necessita de ajuda, mas faz cerca de metade sem ajuda

10 = Independente (incluindo botões, fechos e atacadores)

Escadas

0 = Incapaz

5 = Necessita de ajuda (verbal, física, transporte dos auxiliares de marcha) ou supervisão

10 = Independente (subir / descer escadas, com apoio do corrimão ou dispositivos ex.:
muletas ou bengala)

Banho

0 = Dependente

5 = Independente (lava-se no chuveiro/ banho de imersão/ usa a esponja por todo o
corpo sem ajuda)

Total (0 - 100)

Anexo 8

Instrumento de avaliação SF-36v2

Instrumento sujeito a direitos de autor, pelo que não pode ser aqui reproduzido.

Anexo 9

Instrumento de avaliação *World Health Organization for Quality of Life* (WHOQOL-BREF)

Instrumento sujeito a direitos de autor, pelo que não pode aqui ser reproduzido.

