

Tiago Miguel Celeiro Marujo Barateiro

Qualidade de vida dos idosos que vivem em contexto familiar na cidade do
Entroncamento

Universidade Fernando Pessoa

Faculdade de Ciências da saúde

Porto, 2013

Tiago Miguel Celeiro Marujo Barateiro

Qualidade de vida dos idosos que vivem em contexto familiar na cidade do
Entroncamento

Universidade Fernando Pessoa

Faculdade de Ciências da saúde

Porto, 2013

Tiago Miguel Celeiro Marujo Barateiro

Qualidade de vida dos idosos que vivem em contexto familiar na cidade do
Entroncamento

(Tiago Miguel Celeiro Marujo Barateiro)

"Projeto de graduação
apresentado à Universidade Fernando Pessoa
como parte dos requisitos para obtenção do
grau de Licenciatura em enfermagem."

Resumo

Com o presente estudo, pretendeu-se conhecer a Qualidade de Vida, dos idosos que vivem em contexto familiar na cidade do Entroncamento.

O estudo foi elaborado tendo como base os seguintes objetivos: Conhecer a Qualidade de Vida dos idosos que vivem em contexto familiar na cidade do Entroncamento; verificar se existem diferenças entre a qualidade de vida dos idosos do sexo masculino e os idosos de sexo feminino; conhecer se a idade influencia a qualidade de vida do idoso; compreender até que ponto a existência ou não de filhos, influencia a qualidade de vida dos idosos; analisar se existem diferenças entre a qualidade de vida do idoso reformado ou não reformado; identificar se existem diferenças entre a qualidade de vida dos idosos viúvos/solteiros e os idosos casados/a viver em união de facto.

A metodologia utilizada teve um carácter descritivo-simples, inserido numa abordagem quantitativa e transversal. A amostra foi constituída por 45 idosos, à qual foi aplicado o WHOQOL-Bref., escala de avaliação da Qualidade de vida. Concluiu-se que os idosos com melhor Qualidade de Vida são os que tem idades compreendida entre os 80 anos e os 85 anos de idade .os que tem menor score de qualidade de vida são os que se encontram na faixa etária entre os 75 anos e os 80 anos de idade. Verifica-se ainda que os idosos não reformados com filhos e do sexo masculino são os que tem melhor qualidade de vida. Foi possível também verificar que o domínio em que os idosos têm melhor qualidade de vida é o domínio das relações sociais, sendo que o domínio com menor qualidade de vida é o domínio ambiente.

Abstract

With this study, we sought to know life's quality of the elderly living in community in family context in Entroncamento City.

The study was prepared based on the following objectives: Assess life's quality of the elderly living in family context in Entroncamento City; Verify if there are differences regarding life's quality between male and female elderly; Investigate if age influences the elderly quality of life; Understand the extent to which the existence or not of children influences the elderly quality of life; Analyze if there are differences between life's quality of the elderly already retired or those not yet retired; Identify if there are quality of life differences between widows/unmarried elderly and married/living together elderly.

The methodology used was descriptive-simple, inserted on a quantitative and transversal approach. The sample consisted of 45 elderly and to assess the quality of life they were applied the WHOQOL-Bref., Scale. It was concluded that the ones aged between 80 and 85 years old have better quality of life. On the other hand, the ones aged between 75 and 80 years tend to have lower scores revealing worst quality of life. The study also shows that retired male elderly with children are the ones who have better quality of life. It was also possible to verify that the domain in which older people have better quality of life is the domain of social relations, and the area with the lowest quality of life is the domain environment.

Dedicatória

Idoso

Marca de vida inigualável

Cada gesto teu ,cada ruga são mestria do saber!

A vida trilhaste, por caminhos seguros ou inseguros não importa!

Pedaços de ti ficam ,como um puzzle que ao longo da vida construístes!...

Deste sentido ao teu ser, envelheceste ...chegaste!

Sentido de vida trouxeste para que a vida prossiga pelo teu exemplo e sabedoria!

Qualidade de vida procuraste...ambicionaste!

Enfim chegaste ! Não Chegaste!

Teu testemunho irrefutável nos deste!

Percorreste no tempo o trilhar de uma vida !

Tuas histórias ,tuas rugas, teus conhecimentos...são sabedoria!

Marcas de ti, deixarão vivo teu saber! Envolveste e envolves quem contigo prossegue...

Com lucidez ou não ,teus atos são sinais no tempo que o tempo não perdoa!

Chegaste! ...À última etapa de vida que ambicionamos chegar!

Viver assim, com dignidade e sabedoria é mestria do teu ser!

Dignidade deve sempre prevalecer...seja qual for tua condição de vida...

A etapa que surge no tempo sem que o tempo te impeça de cair e levantar!

Qualidade de vida não rejeitaste, mesmo que tuas marcas sejam teu registo de mágoa!

Os braços não cruzaste, e , por isso testemunhaste teu saber sem restrição!

Sentido de vida nos deste, para teu exemplo seguir!

Fascínio autónomo na tua trajetória feliz !

Com gratidão e carinho dedico o poema acima escrito a todos os idosos , que de algum modo me motivaram e tornaram possível a realização deste Projeto de Graduação ,dedico ainda a todos eles, à minha família, pais, avós, irmã, sobrinha /afilhada e cunhado , este Projeto Graduação..

Agradecimentos

Aos meus pais, que sempre estiveram disponíveis e me acompanharam nos bons e maus momentos. Sem eles a concretização da minha licenciatura não seria possível.

A todos os idosos que de modo exemplar me motivaram e contribuíram para a execução deste projeto de graduação.

À professora Doutora Júlia Rodrigues pela sua disponibilidade, transmissão de conhecimentos, orientação, dedicação e compreensão tão importantes para superar as dificuldades. Tendo a sua ajuda e incentivo sido decisivos para a realização deste projeto de graduação.

A todos os professores e enfermeiros que de alguma forma, contribuíram de modo exímio para a minha formação e crescimento não apenas como aluno, como futuro profissional de enfermagem e fundamentalmente como pessoa!

Aos meus amigos que estiveram do meu lado durante este percurso académico, com um especial obrigado, à Cláudia e ao Rui, porque mesmo quando o desânimo recaía sobre mim, eles eram decisivos na minha mudança de atitude, motivando-me para continuar.

Abreviaturas e Siglas

A.C. – Antes de Cristo

CIPE- Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem

Cit. in – Citado em

DGS- Direção geral de saúde

EUROSTAT- Gabinete de Estatística da União Europeia

Et al. – E outros

INE- Instituto Nacional de Estatística

OCDE- Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Económico

OMS – Organização Mundial de Saúde

p. – Página

pp. – Páginas

Q. - Questão

Q.D.V - Qualidade de vida

SPSS – Statistical Package for Social Sciences

UFP- Universidade Fernando Pessoa

WHOQOL – World Health Organization Quality Of Life

Índice

Introdução	12
Capítulo I - Fase Conceptual	15
1. Conceptualização da problemática	15
i. Definição do tema.....	15
ii. Justificação do tema	16
iii. Questões de investigação.....	18
iv. Objetivos de investigação	19
2. Revisão Bibliográfica	21
i. Qualidade de vida	22
ii Avaliação da qualidade de vida.....	25
iii Envelhecimento e m Portugal	29
iv. Envelhecimento e o Idoso	28
v. Envelhecimento ativo.....	31
Capitulo II - Fase metodológica	33
3. Desenho de investigação.....	33
i. Tipo de estudo.	33

ii.	Meio	34
iii.	População	34
iv.	Amostra	34
v.	Método de amostragem	35
vi.	Variáveis do estudo	35
vii.	Instrumentos de recolha de dados	36
viii.	Pré-teste.....	37
ix.	Análise e tratamento de dados.....	37
x.	Princípios éticos	38
Capítulo III - Fase empírica		40
4. Apresentação e análise de resultados.....		40
i.	Caraterização da amostra.....	40
ii.	Discussão dos resultados.....	60
Conclusão		62
Bibliografia.....		65
Anexo		

Índice de quadros

Quadro 1 - Distribuição da amostra relativamente ao género.....	41
Quadro 2 - Distribuição da amostra segundo a idade.....	41
Quadro 3 - Distribuição da amostra relativamente ao ter filhos.	41
Quadro 4 - Distribuição da amostra relativamente ao ser ou não reformado.....	42
Quadro 5 - Distribuição da amostra relativamente ao estado civil	42
Quadro 6 - Distribuição da amostra relativamente à qualidade de vida global.....	43
Quadro 7 - Distribuição da amostra relativamente à satisfação com a vida	43
Quadro 8 - Distribuição da amostra relativamente à dor e desconforto.....	44
Quadro 9 - Distribuição da amostra relativamente à dependência de cuidados médicos para fazer a sua vida diária.	44
Quadro 10 - Distribuição da amostra relativamente ao gostar da vida.	45
Quadro 11 - Distribuição da amostra relativamente ao sentimento de sentido da vida.	45
Quadro 12 - Distribuição da amostra relativamente à capacidade de concentração	46
Quadro 13 - Distribuição da amostra relativamente à segurança no dia-a-dia.....	47
Quadro 14 - Distribuição da amostra relativamente ao ambiente físico	47

Quadro 15 - Distribuição da amostra relativamente à energia para a vida diária	47
Quadro 16 - Distribuição da amostra relativamente à capacidade de aceitação da aparência física	48
Quadro 17 - Distribuição da amostra relativamente ao dinheiro necessário para satisfazer as suas necessidades	49
Quadro 18 - Distribuição da amostra relativamente ao acesso à informação	49
Quadro 19 - Distribuição da amostra relativamente a oportunidade para realizar atividades de lazer	50
Quadro 20 - Distribuição da amostra relativamente à mobilidade.....	50
Quadro 21 - Distribuição da amostra relativamente à satisfação com o sono.....	51
Quadro 22 - Distribuição da amostra relativamente à capacidade de realizar atividades do dia-a-dia.....	52
Quadro 23 - Distribuição da amostra relativamente à satisfação com a capacidade de trabalho	52
Quadro 24 - Distribuição da amostra relativamente à satisfação consigo próprio.....	53
Quadro 25 - Distribuição da amostra relativamente à satisfação com as relações pessoais.....	53
Quadro 26 - Distribuição da amostra relativamente à satisfação com a vida sexual	54
Quadro 27 - Distribuição da amostra relativamente ao apoio recebido pelos amigos ..	54

Quadro 28 - Distribuição da amostra relativamente à satisfação com o lugar em que vive.	55
Quadro 29 - Distribuição da amostra relativamente ao acesso aos serviços de saúde..	55
Quadro 30 - Distribuição da amostra relativamente à satisfação com os transportes utilizados.....	56
Quadro 31 - Distribuição da amostra relativamente à frequência de sentimentos negativos.....	57
Quadro 32 - Média da qualidade de vida dos idosos do Entroncamento	57
Quadro 33 - Média da qualidade de vida por domínios	57
Quadro 34 - Média da qualidade de vida dos idosos reformados e não reformados.....	58
Quadro 35 - Média da qualidade de vida dos idosos com filhos e idosos sem filhos...	58
Quadro 36 - Média da qualidade de vida dos idosos de acordo com o seu estado civil	58
Quadro 37 - Média da qualidade de vida relativamente às idades, agrupadas por classes	59
Quadro 38 - Média da qualidade de vida relativamente ao género	59

Introdução

Este projeto de graduação, subordinado ao tema Qualidade de Vida (QDV) do idoso em contexto familiar na cidade do Entroncamento, foi elaborado no âmbito da Unidade Curricular do Projeto de Graduação e Integração Profissional do 4ºano, da Licenciatura em Enfermagem da Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade Fernando Pessoa (UFP).

A escolha deste tema foi suscitada pelas vivências pessoais, motivacionais e pelo percurso académico, sendo os estágios decisivos para a escolha. O contacto direto com idosos foi contributo preponderante, levando-nos ao interesse pela leitura de alguns artigos sobre o aumento da esperança média de vida em Portugal e a qualidade de vida do idoso em comunidade.

Além disso, o tema é atual pelo que esta investigação poderá ajudar a compreender a necessidade dos idosos optarem por estar no seu próprio habitat e viverem em contexto familiar ao invés da institucionalização.

Um dos grandes objetivos deste trabalho, foi proporcionar um conhecimento mais explícito sobre a QDV dos idosos que vivem em contexto familiar na cidade do Entroncamento, tendo em conta as diferentes características dos idosos. Como ponto de partida do trabalho foram definidas as seguintes questões de investigação:

- Qual a qualidade de vida dos idosos em contexto familiar na cidade do Entroncamento?
- De que forma existem diferenças entre a qualidade de vida dos idosos do sexo masculino e os idosos do sexo feminino?
- A idade influencia a qualidade de vida dos idosos?
- A existência de filhos influencia a qualidade de vida dos idosos?

- Existem diferenças entre a qualidade de vida do idoso reformado do não reformado?
- O estado civil influencia a qualidade de vida dos idosos?

De forma a facilitar o processo de obtenção de respostas a estas perguntas, foram definidos os seguintes objetivos:

Objetivo Geral:

- Conhecer a qualidade de vida dos idosos em contexto familiar na cidade do Entroncamento;

Objetivos Específicos:

- Verificar se existem diferenças entre a qualidade de vida dos idosos do sexo masculino e os idosos de sexo feminino;
- Conhecer se a idade influencia a qualidade de vida do idoso;
- Perceber até que ponto a existência ou não, de filhos influencia a Qualidade de vida dos idosos;
- Analisar se existem diferenças entre a qualidade de vida de um idoso reformado do não reformado;
- Identificar se existem diferenças entre a qualidade de vida dos idosos e o estado civil.

Este estudo tem ainda como objetivos académicos: aprender a aplicar métodos e técnicas de investigação científica, aprofundar e desenvolver conhecimentos acerca do tema em estudo e obtenção do grau de licenciado em Enfermagem.

A metodologia utilizada teve um carácter descritivo-simples inserido numa abordagem quantitativa e transversal. A amostra foi constituída por 45 idosos que vivem em contexto familiar na cidade do Entroncamento e que se encontravam nos dias 18,19 e 20 de Agosto de 2012 em espaços comunitários da zona centro da cidade, aos quais foi aplicado o WHOQOL-Bref., escala de avaliação de qualidade de vida validada pela Organização Mundial de Saúde (OMS), que permite avaliar a qualidade de vida em diferentes dimensões: ambiente, físico, psicológico e as relações sociais .

Com este estudo foi possível verificar que os idosos entre os 75 e os 80anos de idade apresentam menor qualidade de vida do que os idosos entre os 80 e os 85 anos de idade. Foi possível também verificar que o domínio em que os idosos têm melhor qualidade de vida é o domínio das relações sociais, sendo que o domínio com menor qualidade de vida é o domínio ambiente.

O presente projeto está organizado da seguinte forma: introdução, onde apresentamos o tema, a estrutura do trabalho e a metodologia ; seguido de três capítulos: capítulo I - fase concetual, nesta fase é abordada a definição e justificação do tema, questões e objetivos de investigação e a temática a nível de revisão bibliográfica, capítulo II a fase metodológica, explicamos a metodologia de investigação utilizada; capítulo III - a fase empírica na qual é feita a apresentação, a análise e discussão dos dados e por fim a conclusão, onde se apresentam as principais conclusões deste projeto e sugestões para futuros projetos.

Capítulo I - Fase Conceptual

É na fase conceptual que se inicia o processo de investigação. Esta fase evidencia-se pela definição do tema pela elaboração de uma questão de partida que alicerça todas as questões de investigação dando origem aos objetivos do estudo que fundamentam a pesquisa.

A fase conceptual, citando Fortin (2009,p.49),consiste,

"(...)em definir os elementos de um problema. (...) O investigador elabora conceitos, formula ideias e recolhe a documentação sobre o tema que precisa, com vista a chegar a uma conceção clara do problema."

De acordo com a autora supracitada, esta fase é o alicerce numa investigação uma vez que proporciona uma orientação e um objetivo, que serão os pilares necessários para o desenvolvimento do processo de investigação.

Deste modo, nesta fase, durante o desenvolvimento do estudo efetuamos uma definição e delimitação do tema assim como a formulação do problema de investigação, enunciando as questões, os objetivos e a revisão bibliográfica importante, de forma a permitir ao investigador determinar o estado atual dos conhecimentos acerca do problema de investigação em estudo.

1. Conceptualização da problemática

i. Definição do tema

“A etapa inicial do processo de investigação consiste em encontrar um domínio de investigação que interesse ou preocupe o investigador e se revista de importância para a disciplina” (Fortin 2003. p.39). A mesma autora refere que “qualquer investigação tem por ponto de partida uma situação considerada como problemática, isto é (...exige uma explicação ou pelo menos uma melhor compreensão do fenómeno observado” (Fortin 2003.p.48) ”.

Segundo Carvalho (2002,p.108)

“O tema de uma pesquisa é o assunto que se deseja provar ou desenvolver. Corresponde a uma dificuldade, solução, que é mister determinar com precisão, para intentar, de seguida seu exame, avaliação crítica e solução.”

Partindo destes conceitos, o tema deste projeto de investigação visa a problemática da qualidade de vida dos idosos em contexto familiar.

ii. Justificação do tema

Qualquer problema de investigação deve ser justificado quanto às razões da sua escolha. Assim a justificação do problema de investigação visa argumentar a pertinência do estudo, permitindo, “(...)Pôr em evidência os dados do problema, fornecer explicações, demonstrar o interesse dos factos observados, fazer sobressair as relações existentes entre ideias e factos, e justificar a forma como se aborda o problema de investigação ...” Fortin (2009.p.143).

Ainda, segundo Fortin (1999,p.49) qualquer pessoa “(...) começa por encontrar ou delimitar um campo de interesse preciso” .Deste modo, o tema do projeto reflete a importância da qualidade de vida do idoso em contexto familiar na cidade do Entroncamento.

Este facto prende-se, não só pela experiência pessoal marcante resultante da existência de idosos no seu núcleo familiar, mas também, pelo interesse e motivações despertadas aquando no seu percurso académico, na realização do ensino clínico sempre que contactou e prestou cuidados de enfermagem a vários idosos institucionalizados e não institucionalizados. Esta fase foi decisiva de modo indescritível, para despertar a vontade de um melhor conhecimento sobre este tema. Por outro lado, depois dos diferentes contatos com os idosos teve a percepção de que os idosos institucionalizados têm à sua disposição meios físicos, e psicológicos que lhes proporcionam ou não, manter, piorar ou melhorar a sua qualidade de vida. Ao invés dos idosos não institucionalizados que têm motivações pessoais relacionadas com os sentimentos, as

relações pessoais, os afetos, a autoestima, os espaços físicos em que se podem movimentar, sendo mais valias para se manterem mais ativos na comunidade.

Deste modo, o papel do enfermeiro é fulcral no meio institucional, assim como na comunidade de forma a prestar os cuidados básicos de saúde, com primordial importância no apoio relacional e emocional ao idoso nesta fase da vida.

Segundo Costa (cit in Paúl 2005,p. 269)

“(…) a perceção dos enfermeiros acerca das preferências dos idosos situa-se nos cuidados de manutenção de vida ,enfazizando nestes o carinho, a relação interpessoal, a comunicação, o respeito e o conforto.”

Assim, esta investigação poderá ajudar a compreender o porquê destes idosos continuarem a querer viver no seio familiar ao invés da institucionalização.

Além disso acresce ainda o facto de se tratar de uma problemática cuja pertinência atual é indiscutível, dado o envelhecimento da população em Portugal. Isto em conjunto com o aumento da longevidade, leva à preocupação de saber se é possível para os idosos, manter um nível de qualidade de vida, de modo a permitir viver em comunidade com dignidade.

Face a esta problemática do envelhecimento que se nos coloca, há que introduzir mudanças que têm de começar em nós próprios, na família, nos amigos e nos locais de trabalho, pois o envelhecimento é um processo que se inicia desde o começo da vida, “ é um processo que se constrói ao longo da vida” (Quaresma cit,in Moniz 2003).

Assim a exigência de conhecimentos e competências para responder às necessidades do dia-a-dia do idoso é premente, visto que a qualidade de vida dos mesmos sofre mudanças para as quais poderão não estar preparados e necessitar de apoio/esclarecimentos, que lhes permitam segurança e capacitem lidar com esta fase da vida. Nesta perspetiva é fundamental o papel do enfermeiro de modo a implementar

estratégias que ajudem a colmatar dificuldades para que se mantenham ativos e melhorem a sua qualidade de vida.

Deste modo decidimos ter como objeto de estudo e investigação "a qualidade de vida dos idosos que vivem em contexto familiar".

Madox em 1970 (*cit.in* Loether 1975), evidenciou a necessidade do idoso continuar ativo. Perante esta teoria o idoso deve manter-se ativo para obter mais satisfação na vida, manter a sua autoestima e conservar a saúde, contribuindo assim para envelhecimento saudável.

iii. Questões de investigação

“O ponto de partida de qualquer investigação consiste em escolher um domínio de interesse e transpô-lo para uma questão que poderá ser estudada” Fortin (2009,p.59).A mesma autora refere ainda que “logo que o domínio de investigação for precisado, é necessário interrogar-se sobre a questão a colocar” Fortin (2009,p.50).

Ainda segundo Fortin (2003,p.51) “uma questão de investigação é uma interrogação explícita relativa a um domínio que se deve explorar com vista a obter novas informações. É um enunciado interrogativo claro e não equívoco que precisa os conceitos-chave, especifica a população alvo e sugere uma investigação empírica.”

Assim, face à necessidade de compreender melhor a problemática da qualidade de vida do idoso, formulamos a seguinte questão de partida:

- Qual a qualidade de vida dos idosos que vivem em contexto familiar na cidade do Entroncamento?

De acordo com a questão de partida, surgiram as questões de investigação que de acordo com Fortin (2003,p.101) “decorrem do problema de investigação e do seu

quadro teórico ou concetual, e determinam as outras etapas do processo de investigação”.

Tendo em conta esta definição foram então definidas as seguintes questões de investigação:

- O género influencia a qualidade de vida dos idosos?
- A idade influencia a qualidade de vida dos idosos?
- A existência de filhos influencia a qualidade de vida dos idosos?
- Existem diferenças entre a qualidade de vida do idoso reformado do não reformado?
- O estado civil influencia a qualidade de vida dos idosos?

iv. Objetivos de investigação

Após a definição da problemática e das questões de investigação, foi necessário definir os objetivos do estudo, no sentido de conferir ao trabalho de investigação utilidade pertinência e valor.

Sendo que os objetivos representam de forma clara o que investigador pretende estudar no decorrer do estudo.

" (...) o objetivo de um estudo indica o porquê da investigação. É um enunciado declarativo que precisa a orientação da investigação segundo nível dos conhecimentos estabelecidos no domínio em questão" (Fortin, 2003,p.100).

Para Quivy e Camenhoudt (1998,p.279) "(...) tais como as questões de investigação os objetivos de estudo são o fio condutor particularmente eficaz que nos dão a amplitude e asseguram a coerência entre as diversas fases do estudo".

Foram então delineados os seguintes objetivos de estudo:

Objetivo Geral:

- Conhecer a qualidade de vida dos idosos em contexto familiar na cidade do Entroncamento;

Objetivos Específicos:

- Verificar se existem diferenças entre a qualidade de vida dos idosos do sexo masculino e os idosos de sexo feminino;
- Conhecer se a idade influencia a qualidade de vida do idoso;
- Perceber até que ponto a existência ou não, de filhos influencia a Qualidade de vida dos idosos;
- Analisar se existem diferenças entre a qualidade de vida de um idoso reformado do não reformado;
- Identificar se existem diferenças entre a qualidade de vida dos idosos e o estado civil.

2. Revisão Bibliográfica

Rever a bibliografia consiste numa pesquisa, sobre o tema em investigação, com a finalidade de aprofundar, envolver conceitos indispensáveis ao desenvolvimento e compreensão do estudo em causa. Deste modo vão ser enunciados alguns autores que abordam o tema sobre a terceira idade, a qualidade de vida do idoso e o envelhecimento.

Segundo Fortin (2003,p. 73):

"... rever a literatura equivale a fazer o balanço do que foi escrito no domínio da investigação em estudo. Por mais interessantes que sejam as questões de investigação não poderão ser abordadas sem ter em conta os conhecimentos já adquiridos no domínio de investigação escolhido. (...) A consulta a diversas fontes documentais não só fornece ao investigador ocasião para verificar o estado dos conhecimentos no domínio da investigação a estudar, como este exercício lhe permite, também, alargar o seu campo de conhecimentos, estruturar o seu problema de investigação e estabelecer ligações entre o seu projeto e os trabalhos de investigação efetuados por outros investigadores. Assim, ao situar-se no conjunto dos estudos anteriores sobre um dado assunto, o investigador não só chegará a uma melhor delimitação do seu problema de investigação como a uma melhor definição dos conceitos em estudo. (...) Faz ressaltar certos aspetos da questão que necessitarão de um estudo mais profundo."

Segundo Polit et al. (2004,p.125) a revisão da literatura ;

(...)"Proporciona aos leitores os antecedentes para a compreensão do conhecimento atual sobre um tópico e esclarece a importância do novo estudo. As revisões de literatura servem, assim, como função integradora e facilitam o acúmulo de conhecimentos".

Assim tendo em conta o tema em estudo torna-se relevante clarificar conceitos sobre a qualidade de vida dos idosos em comunidade.

i. Qualidade de vida

O conceito qualidade de vida, é utilizado em diversas ocasiões e desde há muito tempo. É abordado por muitos autores e conhece múltiplas definições.

Alguns autores defendem que a expressão qualidade de vida, tem sido utilizada desde os anos 60, e teve origem no contexto político. É defendido que foi utilizado pela primeira vez por Lyndon Johnson, presidente dos Estados Unidos, que declarou no seu discurso: " os padrões de vida não podem ser medidos através do balanço dos bancos. Eles só podem ser medidos através da qualidade de vida que proporcionam às pessoas" (*cit. in* Abrams,1974,p.4).

No entanto existem autores que defendem que o conceito de qualidade de vida surgiu antes.

Pimentel (2004), defende que o conceito de qualidade de vida, foi utilizado primeiramente por Aristóteles (384 a C e 322 a C) que escreveu:

"Quer a pessoa mais modesta ou mais refinada (...) entende vida boa ou estar bem como a mesma coisa que estar feliz. Mas o que é entendido como felicidade é discutível (...) Uns dizem uma coisa e a mesma pessoa diz coisas diferentes, quando está doente pensa, a saúde é felicidade, quando está pobre a felicidade é a riqueza" (*cit in* Pimentel, 2004,p.13).

Com esta afirmação entende-se que para Aristóteles a qualidade de vida estava de forma direta relacionada com a arte de viver, ligada a sentimentos como a felicidade e a realização pessoal.

A D.G.S (2004) define qualidade de vida como:

(...) perceção individual da posição na vida , do sistema cultural e de valores em que as pessoas vivem e relacionada com os seus objetivos ,expetativas, normas e preocupações. É um conceito subjetivo, que inclui de modo complexo a saúde física da pessoa, o seu estado psicológico, o nível de independência, as relações sociais, as crenças convicções pessoais e a sua relação com os aspetos importantes do meio ambiente.

Freitas, E, et al. consideram que a (...) qualidade de vida é a percepção do indivíduo acerca da sua posição na vida de acordo com o contexto cultural e sistema de valores com os quais convive em relação a seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações (2002 ,p.81).

Para Frisch, (2000) o conceito de qualidade de vida, refere-se a uma definição que inclui as ciências humanas e biológicas no sentido de valorizar parâmetros mais amplos do que o controlo de sintomas, a diminuição da mortalidade e o aumento da expectativa de vida, associando-a a diversos referenciais teóricos que refletem conceitos como satisfação com a vida, felicidade, existência com significado e bem-estar subjetivo.

Harland (1972,*cit. in* Rodrigues 2007), interpreta a qualidade de vida como o sinónimo, de vida agradável, bem-estar social, de proteção social e de progresso social, definindo-a como “a totalidade de bens, serviços, situações e estados que constituem a vida humana e que são necessários e desejados”.

Para Patrick (2008), a qualidade de vida advém da aptidão e da capacidade do indivíduo em satisfazer as suas necessidades, tanto as inatas como as aprendidas, e uma qualidade de vida alta é alcançada quando o indivíduo satisfaz as suas necessidades, inclui aspetos do ambiente que podem ou não ser afetados pela saúde ou pela saúde percebida. Alguns aspetos amplamente valorizados da espécie humana, como ambiente seguro, habitação adequada, renda, direitos adquiridos, usualmente não são definidos como estatuto de saúde.

Para Pacheco (2007,p.2) a qualidade de vida é um " conceito integrador do bem-estar em termos físicos mentais e sociais percebidos por cada sujeito".

Segundo autores como Pais Ribeiro (2009), existem dificuldades em apontar uma só definição de qualidade de vida, pois é um conceito que ainda está a ser clarificado, aceite e integrado sobretudo na área da saúde.

Devido a esta dificuldade, e à falta de consenso em relação à definição do termo qualidade de vida a Organização Mundial de Saúde reuniu vários especialistas, tendo

em vista a construção de uma definição do conceito, que abrangesse todas as culturas, como afirmado por Fleck (2000, p.34).

Desta forma, após a reunião dos especialistas a OMS, apresentou a seguinte definição para a expressão qualidade de vida.

Qualidade de vida consiste na percepção individual da posição pessoal na vida, no contexto da sua cultura e sistema de valores e em relação com os seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações (Orley & WHOQOL Group, 1994 citado por Fiedler et al., 2008, p.25)

A OMS considera então que ter qualidade de vida, não é apenas ausência de doença, mas também incorpora fatores como a longevidade, lazer, relações familiares, disposição e espiritualidade.

" Na literatura há um acordo generalizado relativamente à qualidade de vida assumir um carácter multidimensional, ser influenciada por fatores pessoais e ambientais e interações entre os mesmos, ter indicadores subjetivos e objetivos e ser ampliada por fatores como autodeterminação, recursos, objetivos na vida e um sentimento de pertença (Magina, 2011, *cit. in* Costa 2012)."

Fernandes (1996), afirma que a qualidade de vida em gerontologia está relacionada com a forma que o indivíduo experiencia o seu envelhecimento e a sua velhice.

Para Sequeira, C. (2009), a qualidade de vida é: "uma percepção do indivíduo quanto à sua posição na vida, no contexto da cultura e sistemas de valores nos quais se insere e em relação com os seus objetivos expetativas, padrões e preocupações, afetado de um modo complexo pela saúde física, psicológica, relações sociais, nível de independência, e pelas suas relações com as características mais relevantes do seu ambiente."

A longevidade do ser humano, tem vindo, como já referido a aumentar, sendo que por um lado existe o desejo de viver cada vez mais por outro o receio de viver dependente ou incapacitado. De facto, à medida que se envelhece aumenta a probabilidade de doença e de prejuízos à funcionalidade física, psíquica e social. No entanto, se o indivíduo envelhecer com autonomia e independência, com boa saúde física,

desempenhando papéis sociais, permanecendo ativo e usufruindo de razão e significado pessoal, a qualidade de vida pode ser muito boa, Paschoal (2002,p.79)

ii. Avaliação da qualidade de vida

Operacionalizar a qualidade de vida torna-se difícil uma vez que remete para um conceito subjetivo, delicado e ao mesmo tempo desafiante. É uma avaliação que depende de valores e ideais que mudam no tempo e espaço (Neri,2000).

Avaliar a qualidade de vida tornou-se necessário não só entre países, regiões, cidades, (qualidade de vida objetiva) mas também avaliar a qualidade de vida percebida pelos indivíduos, deste modo passou-se a valorizar a opinião de cada pessoa e o seu grau de satisfação de sua vida (qualidade de vida subjetiva) “O dono da vida é quem deverá avaliar a qualidade de sua vida” (Paschoal,2002).

É importante que a avaliação da qualidade de vida seja efetivada de modo rigoroso de forma a permitir quantificar a realidade (Ribeiro, 1999) .

Segundo Santos et al., (2002), avaliar a qualidade de vida do idoso, obriga à adoção de múltiplos critérios de ordem biológica, psicológica e sociocultural dado que existem vários indicadores de bem-estar na terceira idade, dos quais se destacam: longevidade, saúde biológica, saúde mental, satisfação, controlo cognitivo, competência social, produtividade, atividade, eficácia cognitiva, status social, continuidade de papéis familiares e continuidade das relações informais.

De acordo com Sprangers et al. (2000) a idade avançada, sexo feminino, o baixo nível de escolaridade e não ter companheiro, estão relacionados com baixos níveis de qualidade de vida.

Segundo, Najman e Levine, salienta que um convívio social positivo, próximo e estável é o principal determinante de um alto nível de qualidade de vida, numa análise pessoal subjetiva. (*cit. in Ferraz e Peixoto,1997*).

Apesar da maioria dos autores que estudaram e estudam a qualidade de vida concordarem que é de extrema importância avaliar a qualidade de vida, a forma correta desta ser avaliada continua a ser motivo de discussão e constante investigação. Tal como afirmado por (Fleck et al., 2008, *cit.in* Oliveira, 2010, p.57) "Apesar de prevalecer um consenso sobre a importância de avaliar a qualidade de vida, a tal definição é um campo de discussão".

Uma vez mais, por ainda não ter sido possível os especialistas chegarem a um consenso relativamente a como avaliar a qualidade de vida, a OMS, reuniu um grupo de especialistas em qualidade de vida, para que estes criassem, um instrumento de avaliação da qualidade de vida.

Surge então desta forma o projeto, *world health organization quality of life* (WHOQOL), surgindo deste projeto dois instrumentos, o WHOQOL-100 e o WHOQOL-Bref. (Serra et al, 2006).

Inicialmente foi criado o WHOQOL-100, constituído por 100 perguntas, divididas por 6 domínios: físico, psicológico, independência, relações sociais, meio ambiente e espiritualidade/ crenças pessoais (Serra et al.,2006).

Devido ao fato de ser constituído por 100 perguntas, tornando-se isto uma desvantagem à sua utilização, foi criado o WHOQOL-Bref. (Costa, 2012).

O WHOQOL-Bref, surge então como uma versão abreviada do WHOQOL-100, sendo constituído por 26 questões, divididas em 4 domínios: físico, psicológico, relações sociais e meio ambiente. Este é um instrumento de medida genérica, multicultural e multidimensional, o que proporciona uma avaliação subjetiva da qualidade de vida, junto de indivíduos tanto saudáveis como com alterações psicológicas ou físicas, sendo o único requisito ter idade igual ou superior a 18 anos, ou que exerçam o papel social de adulto (Serra et al., 2006).

As questões do WHOQOL-Bref, estão estruturadas com quatro escalas tipo Likert, de 1 a 5, com escala de intensidade (nada a muitíssimo), capacidade (nada a completamente),

frequência (nunca a sempre), e avaliação (muito insatisfeito a muito satisfeito, muito má a muito boa). Para esta escala foi atribuído o 1 ao valor mais negativo e o 5 ao valor mais positivo, exceto nas questões 3,4 e 26, que são organizadas inversamente, ou seja sendo o 5 o valor mais negativo e o 1 o mais positivo.

Os 4 domínios do WHOQOL-Bref, estão então divididos da seguinte forma:

- Domínio físico_Q.3: Dor e desconforto; Q.4: Dependência de medicação e tratamentos;Q.10: Energia e fadiga; Q.15: Mobilidade; Q.16: Sono e repouso; Q.17: Atividade da vida diária; Q. 18: Capacidade de trabalho;
- Domínio psicológico_ Q.5: Sentimentos positivos; Q.6: Espiritualidade/religião e crenças pessoais; Q.7: Pensamentos, aprendizagem, memória e concentração; Q.11: Imagem corporal e aparência; Q.19: Autoestima; Q.26: Sentimentos negativos;
- Domínio relações sociais_ Q.20: Relações pessoais; Q.21: Atividade sexual; Q.22 Apoio social;
- Domínio ambiente_ Q.8: Segurança cívica; Q.9: Ambiente físico (poluição/barulho/trânsito/clima); Q.12: Recursos económicos; Q.13: Oportunidades para adquirir novas informações e competências; Q.14: Participação e/ou oportunidade de recreio e lazer; Q.23: Ambiente no lar; Q.24: Cuidados de saúde e sociais: disponibilidade e qualidade; Q.25:Transporte (Costa, 2012).

Segundo Serra e Canavarro (2005), no que diz respeito às pontuações, os valores mais altos indicam melhor qualidade de vida, não existindo pontos de corte que determinem um score acima ou abaixo do qual se possa avaliar como má ou boa, podendo variar entre 0 e 2000, chegando a estes valores através de uma fórmula que transforma as pontuações em valores padronizados, possibilitando a interpretação quando comparados com outros instrumentos validados. Para tal, é necessário fazer o somatório de cada domínio (somando o valor das questões), multiplicando o somatório das respostas de cada domínio por 100 (Canavarro et al., 2005).

iii. Envelhecimento em Portugal

Portugal, à semelhança de outros países da Europa, aumentou consideravelmente a população idosa. Este facto deve-se principalmente à diminuição da taxa de natalidade nas últimas décadas, bem como o aumento da esperança média de vida e ao aumento migratório da população. O número de idosos varia de região para região, de modo desigual no país, existem zonas de grande assimetria a nível socioeconómico, sendo desta forma, a zona interior muito envelhecida, a zona centro medianamente envelhecida e a zona litoral a menos envelhecida (Costa et al., 1999).

Segundo o Instituto Nacional de Estatística (INE), (2007):

“Em Portugal a proporção de pessoas com 65 anos ou mais anos duplicou nos últimos 45 anos, passando de 8% no total da população em 1960, para 17% em 2005. (...) Estima-se que esta proporção volte a duplicar nos próximos 45 anos, representando em 2050, 32% do total da população. Em paralelo, a população jovem diminuiu de 29% para 16% do total da população entre 1960 e 2005 e irá atingir os 13% em 2050.”

Ainda de acordo com o INE, o envelhecimento demográfico, não só se irá manter como ainda se irá agravar mesmo que exista uma alteração nas condições socioeconómicas. A percentagem relativa de homens e mulheres idosos, seja muito significativa. Isto estará intimamente relacionado com o baixo rendimento económico recebido pela população feminina idosa, que ao longo da vida, não teve as mesmas oportunidades no mundo do trabalho.

Segundo Mangas e Toldy (2009) as sociedades desenvolvidas, têm um aumento da esperança de vida, que tem também levado, a um aumento considerável da população idosa, com os problemas que acarretam para esta nova situação. Ainda segundo as mesmas autoras o envelhecimento demográfico, entendido como o aumento do número de pessoas (em termos absolutos e relativos) com mais de 65 anos de idade, é, hoje, um fenómeno incontornável e que se tem vindo a intensificar nas sociedades atuais.

O envelhecimento considera-se problemático uma vez que:

“se desenvolve num contexto desfavorável em que associado à diminuição da taxa de natalidade, à crescente instabilidade nos laços familiares, à indisponibilidade da família em dar um apoio efetivo aos seus idosos, à crise dos sistemas de proteção social, à crescente despersonalização das relações sociais, agravam as condições de vida das pessoas mais velhas, excluem-nos dos setores produtivos da sociedade, remetendo-os para uma posição desfavorável na sociedade” (Pimentel, *cit. in* Moniz, 2003,p. 141).

iv. Envelhecimento e o idoso

Antes de se abordar o conceito de envelhecimento, é importante referir que até há algum tempo atrás, era considerado idoso, qualquer pessoa com idade superior a 65 anos. Porém nos dias de hoje, existe uma diferente perceção do idoso.

Segundo Eliopoulus (2005,p.31) as pessoas com idade de 65 anos podem ser agrupados como Idoso jovem com idades entre os 65 e os 75 anos; Idoso com idades entre os 75 e os 85 anos; Idoso idoso com idades entre os 85 e os 100 anos, e Idoso de elite a partir dos 100 anos.

Apesar do que é defendido por autores como Eliopoulus, a OMS, continua a definir idoso como qualquer pessoa com idade superior a 65 anos.

Moniz (2003,p.39) refere que:

"(...)a conceção de pessoa idosa resulta da fixação de uma idade cronológica que são os 65 anos, a qual tem vindo a perder algum sentido social ,uma vez que a longevidade e a qualidade de vida destas pessoas se vai alterando."

Para Costa, (2002, p. 18) "os idosos são uma população em crescimento numérico no conjunto da população, situação que, segundo as projeções de diversos organismos, se manterá durante algumas décadas (OMS; OCDE, EUROSTAT,INE) ". O mesmo autor, refere-se aos idosos como "(...) um grupo populacional grande consumidor de cuidados de saúde, pelas vulnerabilidades inerentes ao processo de senescência e aos inadequados mecanismos de suporte existencial e social, com raízes na matriz familiar atual (...)"

O envelhecimento é para Santos, (2002, p.23)

"um processo complexo cujo funcionamento não se conhece em pormenor, sendo justificado por diversas teorias e não menos pontos de vista, a maioria deles procedentes de aspetos particulares da velhice, carecendo ainda de funcionamento lógico".

Para Blanco (2006, p.1) o envelhecimento é " uma diminuição progressiva da capacidade de reserva e na deterioração dos mecanismos de controlo que regulam a atividade funcional."

De acordo com a classificação internacional para a prática de enfermagem (CIPE), envelhecimento é um:

"Desenvolvimento humano com características específicas: Processo do desenvolvimento físico, normal e progressivo, durante a transição da idade adulta para a velhice; de acordo com a idade aproximada de estádios de desenvolvimento, é acompanhada pelo declínio dos processos corporais devido à diminuição da capacidade para regenerar as células, levando à perda de massa e coordenação musculares e de competências psicomotoras: perda de pelos e pele fina e enrugada."

Para Netto (1996, p.60), envelhecimento é :

"Um processo dinâmico e progressivo, no qual há modificações morfológicas, funcionais, bioquímicas e psicológicas que determinam perda da capacidade de adaptação do individuo ao meio ambiente, ocasionando maior vulnerabilidade e maior incidência de processos patológicos que terminam por levá-lo à morte."

Existem ainda autores que defendem a existência de dois tipos de envelhecimento, o primário e o secundário.

Barreto, (2000, p.291), afirma que:

"O envelhecimento primário pode ser considerado um processo normal, mais ou menos, semelhante em todos os indivíduos da mesma espécie, gradual e previsível, e considera-se geralmente que está na dependência de fatores genéticos.

O envelhecimento secundário resultará da ação de causas diversas e as suas manifestações irão variar consideravelmente de indivíduo para indivíduo. Ele vai derivar na maioria dos casos de alterações do ambiente, e é portanto em grande parte imprevisível. “

Na perspetiva de Robert (1994) as mudanças que ocorrem durante o processo de envelhecimento são sentidas de modo particular por cada um. As adaptações podem acontecer de forma adequada, saudável ou patológica. Tudo depende da história anterior, da saúde física, do bem-estar socioeconómica e da vivência atual das modificações, das perdas e dos medos, ou seja das alterações que o idoso sente ao nível físico, psíquico, cognitivo e relacional.

Em suma e citando Moniz (2003,p.50). O envelhecimento é:

“ um processo, no qual intervêm várias componentes,(...) e não segue uma evolução linear para todas as pessoas. É um processo influenciado pelo contexto social e cultural em que a pessoa se insere e é vivido de forma variável por cada pessoa.”

v. Envelhecimento ativo

"A promoção do envelhecimento ativo é um dos princípios estratégicos promovidos pela OMS para uma perspetiva de desenvolvimento social. Prevenir e minimizar o impacto das causas das principais doenças relacionadas com os estilos de vida é a grande prioridade para a intervenção de promoção da saúde. Tal exige que se consagre uma atenção particular a fatores como o consumo de álcool e tabaco, a dieta e a obesidade, a atividade física, o stress bem como fatores de natureza socioeconómica como a violência nas múltiplas dimensões e tipologias, incluindo a violência doméstica. (Pinto,2006 *cit. in* Páscoa,2008) .

A OMS define envelhecimento ativo, como um processo de otimização de oportunidades para a saúde, a participação e a segurança, de modo a melhorar a qualidade de vida do idoso. Dessa forma, as pessoas poderiam dispor de seus potenciais de bem-estar físico, social e mental durante o curso da vida e participarem da sociedade de acordo com suas necessidades, vontades e capacidades (OMS, 2002).

Segundo Almeida (2008), o envelhecimento ativo é o conjunto de atitudes e ações que se podem tomar no sentido de prevenir ou adiar as dificuldades que o envelhecimento inevitavelmente trás consigo. Este autor refere também, que durante muitos anos a grande preocupação da investigação médica era a longevidade. O esforço dos cientistas organizava-se, e ainda se organiza, em torno do desejo de viver o maior número de anos possível. Hoje, para além da preocupação com a longevidade, há cada vez mais a preocupação com a qualidade de vida; e não se trata só da ausência de doenças físicas que causam mal-estar, mas sobretudo de qualidade de vida em termos de bem-estar psíquico. Refere ainda que se potencializa pelo envelhecimento ativo, o qual faculta uma idade avançada com qualidade, uma vez que o envelhecimento se inicia no momento em que se nasce.

Conforme refere Almeida (2008), no envelhecimento ativo existem três aspetos que devemos ter em atenção: a biológica, intelectual e a emocional.

O envelhecimento biológico pode ser retardado, mas é inevitável. Se desde cedo se tiverem cuidados adequados e atenção aos sinais físicos, pode agir-se atempadamente no sentido de responder de forma eficaz aos desequilíbrios orgânicos e esperando ter uma velhice sem grandes complicações físicas;

Ao nível intelectual, há a necessidade de estimular a mente com exercícios que sejam verdadeiros desafios para o próprio.

Ao nível emocional, as motivações são importantes. Sem motivação adequada as ações não acontecem de forma positiva. Qualquer um de nós percebe a importância de ter cuidados com a alimentação, de praticar exercício físico, contudo apenas alguns estão motivados para agir em conformidade com esse conhecimento.

Assim diz, Berger & Poinier(1995,p.105) “ Um idoso deve manter-se ativo ao fim de: obter ,na vida, a maior satisfação possível; manter a sua autoestima e conservar a sua saúde. A velhice bem sucedida implica a descoberta de novos papéis, na vida.”

Capítulo II - Fase metodológica

Neste capítulo definiu-se o tipo de estudo, a população, a amostra, as variáveis do estudo, o método utilizado para a colheita de dados. Segundo Fortin (1999,p.131) “(...)a fase metodológica consiste em precisar como o fenómeno em estudo será integrado num plano de trabalho que ditará as atividades conducentes à realização da investigação”.

Ainda segundo a autora a fase metodológica tem como objetivo definir os meios para a realização da investigação.

“ (...) reporta-se ao conjunto de meios e das atividades próprias para responder às questões de investigação” (Fortin, 2009,p.11).

3. Desenho de investigação

Segundo Fortin (2009,p.214) o desenho de investigação orienta o investigador na planificação e na realização do estudo para que os objetivos sejam atingidos e fornece um plano, que permite responder às questões ou verificar hipóteses, além de serem definidos mecanismos de controlo de forma a minimizar os riscos de erro.

i. Tipo de estudo

O tipo de estudo descreve a estrutura utilizada segundo a questão de investigação e visa descrever variáveis ou grupos de sujeitos, explorar ou examinar relações entre variáveis ou ainda verificar hipóteses de causalidade (Fortin,2003,p.133).

O tipo de estudo é descritivo simples, transversal e obedece a uma metodologia quantitativa. Segundo Fortin (2003,p.163) "O estudo descritivo simples consiste em descrever simplesmente um fenómeno ou um conceito relativo a uma população, de maneira a estabelecer as características desta população ou de uma amostra desta."

Transversal uma vez que se estudou um grupo restrito de população num único momento da investigação (Fortin, 2009, p.252).

ii. Meio

Para Fortin (2009,p.217), o investigador precisa o meio em que será conduzido o estudo (...) Um meio, que não dá lugar a um controlo rigoroso como o laboratório, toma frequentemente o nome de meio natural. O meio é natural, onde se encontra a população e amostra que será estudada. “(...) o meio em que será conduzido o estudo e justifica a sua escolha”.

Pela pertinência da investigação sobre a qualidade de vida do idoso em comunidade, delimitamos o estudo e pesquisa à cidade do Entroncamento, cidade onde habita.

iii. População

Para que seja possível realizar uma investigação é necessário que exista um grupo ou um subconjunto de pessoas relacionadas por um “fenómeno”. Fortin (2009,p.311), afirma que a população é “ (...) um conjunto de elementos (indivíduos, espécies, processos) que têm características comuns”.

A população alvo deste estudo é um conjunto de pessoas das quais se pretende obter informações. A população inquirida foram idosos ativos, independentes que vivem em contexto familiar na cidade do Entroncamento.

iv. Amostra

A amostra é “ (...) a fração de uma população sobre a qual se faz o estudo. Ela deve ser representativa desta população (...) ” (Fortin,2009,p.312).

A amostra do estudo é constituída por idosos que vivem em contexto familiar na cidade do Entroncamento com idades a partir dos 65 anos de idade.

v. Método de amostragem

O método de amostragem escolhido foi a amostragem não probabilística acidental uma vez que " a amostra acidental consiste em escolher indivíduos, pelo facto da sua presença, num local determinado e num preciso momento" (Fortin,2009,p.312).

Assim amostra do estudo é constituída por idosos que vivem em contexto familiar e que se encontravam nos dias 18,19 e 20 de Agosto de 2012, em espaços comunitários da zona centro da cidade, local escolhido uma vez que é frequentado pela maioria dos idosos do Entroncamento.

vi. Variáveis do estudo

Variáveis são "qualidades, propriedades ou características de pessoas, objetos de situações suscetíveis de mudar ou variar no tempo". Podendo tomar "diferentes valores que podem ser medidos, manipulados ou controlados". Assim sendo estas podem ser definidas como variáveis independentes, dependentes, de investigação, atributo e estranhas" (Fortin, 2009,p.171).

Neste estudo, foram utilizadas variáveis de atributo e de investigação.

Variáveis atributo são para Fortin (2009,p.172):

Características pré existentes dos participantes num estudo. Elas são geralmente constituídas por dados demográficos tais como a idade, o género, a situação de família. Os dados demográficos são analisados no fim do estudo para obter um perfil demográfico das características da amostra.

Sendo assim as variáveis atributo neste estudo são: a idade, o género, o ser reformada ou não, o ter ou não filhos e o estado civil.

As variáveis de investigação, para Fortin (2009,p.171) são "Qualidades, propriedades ou características que são observadas ou medidas."

A variável de investigação neste estudo é a qualidade de vida.

vii. Instrumentos de recolha de dados

Para Fortin (2009, p.403), “ A colheita de dados consiste em recolher metodicamente a informação junto dos participantes com a ajuda dos instrumentos de medida escolhidos para este fim”.

O método de colheita de dados escolhido para este trabalho de investigação foi o questionário. Para Fortin, (2009) o questionário como método de colheita de dados tem como objetivo recolher informação relativa a acontecimentos, situações conhecidas, atitudes, comportamentos, entre outros. Neste caso, exige dos inquiridos respostas escritas a um conjunto de questões.

O questionário está estruturado em duas partes, sendo que a primeira parte é composta pela caracterização da amostra através de variáveis como: idade, estado civil, género, ser reformada ou não, ter filhos ou não, a segunda parte é composta pelo WHOQOL-Bref (Anexo I).

Optou-se pela utilização do WHOQOL-Bref neste estudo de investigação, versão em português de Portugal, instrumento de avaliação da qualidade de vida. O WHOQOL-Bref é constituído por 26 questões, sendo que duas são sobre a qualidade de vida em geral, as restantes 24, são representantes por quatro domínios: físico, psicológico, relações sociais e meio ambiente (Canavarro et al, 2006).

Estas questões utilizam quatro escalas tipo Likert (de 1 a 5 pontos), com escala de intensidade (nada a muitíssimo), capacidade (nada a muitíssimo), frequência (nunca a sempre) e avaliação (muito insatisfeito a muito satisfeito; muito má a muito boa). Para esta escala foi atribuído 1 ao valor mais negativo e 5 ao valor mais positivo, exceto em três das questões (3, 4 e 26) que são organizadas inversamente, isto é o valor mais positivo é 1 e o mais negativo 5.

viii. Pré-teste

Para que a validação do questionário seja possível é necessária a realização de um pré-teste. Neste estudo foi aplicado um instrumento já validado, pelo que não foi necessária a realização do pré-teste.

ix. Análise e tratamento de dados

Para uma melhor compreensão e análise da informação adquirida através do instrumento de recolha de dados, recorreu-se ao tratamento estatístico. Para maior eficácia e rigor recorreu-se ao software de Estatística SPSS. Deste modo fez-se uma análise estatística descritiva. Posteriormente e para uma melhor visualização dos resultados fez-se a apresentação em quadros de modo a realçar os dados significativos.

Segundo Fortin(1999,p.330) “Os resultados provêm dos factos observados no decurso da colheita dos dados; estes factos são analisados e apresentados de maneira a fornecer uma ligação lógica com o problema de investigação proposto. (...) Normalmente, apresentar os resultados consiste em fornecer os resultados pertinentes relativamente às questões de investigação ou hipóteses formuladas.”

Segundo Serra e Canavarro (2005), no que diz respeito às pontuações, os valores mais altos indicam melhor qualidade de vida, não existindo pontos de corte que determinem um score acima ou abaixo do qual se possa avaliar como má ou boa, podendo variar entre 0 e 2000, chegando a estes valores através de uma fórmula que transforma as pontuações em valores padronizados, possibilitando a interpretação quando comparados com outros instrumentos validados. Para tal, é necessário fazer o somatório de cada domínio (somando o valor das questões), multiplicando o somatório das respostas de cada domínio por 100 (Canavarro et al., 2005).

Uma vez colhidos os dados, torna-se necessário organizá-los tendo em vista a sua análise (Fortin, 2009,p.57). Para este efeito, recorreu-se a técnicas estatísticas acima referidas para descrever a amostra, assim como diferentes variáveis.

x. Princípios éticos

No desenvolvimento de uma investigação, o aparecimento de questões ético-morais é algo que deve ser previsível, pelo que é essencial proteger os direitos e liberdade dos indivíduos que participam no estudo. Como tal, os cinco princípios ou direitos fundamentais aplicáveis aos seres humanos determinados pelo código de ética de investigação segundo Fortin (2003, p.116), que foram respeitados neste estudo, são:

- Direito à autodeterminação – Baseia-se no princípio ético do respeito pelas pessoas, segundo o qual qualquer pessoa é capaz de decidir por ela própria e tomar conta do seu próprio destino.

Este direito foi tido em conta, pelo que todos os questionados foram informados da importância da sua participação neste estudo, deixando bem claro que eram livres de participar ou não no estudo.

- Direito à intimidade – Faz referência à pessoa ser livre para decidir sobre a extensão de informação a dar ao participar numa investigação e a determinar em que medida aceita partilhar informações íntimas e privadas.

Os questionados tiveram a liberdade de decidir a extensão da informação a dar.

- Direito ao anonimato e confidencialidade – Este é respeitado se a identidade do sujeito não puder ser associada às respostas individuais, mesmo pelo próprio investigador.

Neste estudo, todos os resultados foram apresentados para que não fosse possível identificar o questionado, tendo sido pedido aos participantes que não escrevessem nada que pudesse ser utilizado para os identificar.

- Direito à proteção contra o desconforto e o prejuízo – Refere-se ao direito que o participante tem em receber um tratamento justo – direito a ser informado sobre a

natureza, os objetivos e a duração da investigação – e equitativo – escolha dos sujeitos ligados ao problema de investigação, durante a participação no estudo.

- Direito a um tratamento justo e equitativo – Refere-se à necessidade do investigador fornecer a todos os participantes a mesma informação, para a qual foi solicitada a participação da pessoa idosa. Deste modo todos os participantes foram devidamente informados sobre a natureza da investigação, assim como da metodologia utilizada para a realização do estudo.

Capítulo III - Fase empírica

A fase empírica "é reservada à análise descritiva e inferencial dos dados recolhidos junto dos participantes por meio dos métodos de colheita de dados" (Fortin 2009, p.407).

4. Apresentação e análise de resultados

Nesta fase, o investigador pretende apresentar a análise estatística dos dados e considerar os resultados obtidos através de diversos testes, destacando apenas o essencial (Fortin, 2009).

Segundo Fortin (2009, p.410) a análise descritiva dos dados é o

“Processo pelo qual o investigador resume um conjunto de dados brutos com a ajuda de testes estatísticos. Esta visa essencialmente descrever as características da amostra e responder às questões de investigação.”

A análise dos dados empíricos deve ser efetuada de forma sequencial, sendo em primeiro lugar organizados os dados de forma a descrever a amostra e de seguida tirar as conclusões sobre a população alvo, através da amostra.

Passamos agora a apresentar a análise dos dados obtidos através do questionário ministrado aos idosos em contexto familiar da cidade do Entroncamento.

i. Caraterização da amostra

Na caraterização da amostra iremos iniciar tendo em conta as variáveis género, idade, ter filhos ou não, ser reformado ou não e estado civil. De forma a facilitar a análise dos dados obtidos, estes foram organizados em quadros.

Quadro 1 - Distribuição da amostra relativamente ao género

Género	N	%
Feminino	29	64,4
Masculino	16	35,6
Total	45	100,0

Ao analisar o quadro 1 verifica-se que a maioria dos elementos da amostra é do género feminino (64,4%), sendo os restantes do género masculino (35,6%).

Quadro 2 - Distribuição da amostra segundo a idade

Idade	n	Mínimo	Máximo	Média	Desvio padrão
	45	65	85	72,84	5,645

Como se verifica no quadro 2 os elementos da amostra situa-se entre os 65 e os 85 anos. A média de idades é aproximadamente de 73 anos de idade (com um desvio padrão de 5,645), como se pode verificar no quadro.

Quadro 3 - Distribuição da amostra relativamente ao ter filhos.

Filhos	N	%
Sim	37	82,2
Não	8	17,8
Total	45	100

Pela leitura do quadro 3, verifica-se que o maior número de elementos tem filhos (82,2%) e 17,8% dos inquiridos não tem filhos.

Quadro 4 - Distribuição da amostra relativamente ao ser ou não reformado.

Reformado	N	%
Sim	40	88,9
Não	5	11,1
Total	45	100

Ao analisar o quadro acima, verifica-se que a maioria dos elementos (88,9%) é reformada, sendo que 11,1% não o são.

Quadro 5 - Distribuição da amostra relativamente ao estado civil

Estado civil	N	%
Solteiro	1	2,2
Casado/União de facto	30	66,7
Viúvo	13	28,9
Divorciado	1	2,2
Total	45	100,0

Após análise do quadro 5 podemos verificar que a generalidade dos elementos da amostra é Casada/União de facto 66,7%, existindo 28,9% de Viúvos, e equitativamente 2,2% de Solteiros e Divorciados.

Feita esta primeira e breve caracterização da amostra, passaremos de seguida a analisar os dados do questionário tendo em conta as suas dimensões que nos permitem avaliar a qualidade de vida dos idosos e as variáveis.

WHOQOL-BREF**Quadro 6** - Distribuição da amostra relativamente à qualidade de vida global.

Questão 1 Como avalia a sua qualidade de vida?	N	%
Muito má	0	0
Má	1	2,2
Nem boa nem má	21	46,7
Boa	21	46,7
Muito boa	2	4,4
Total	45	100

Relativamente à avaliação da qualidade de vida dos idosos inquiridos verifica-se que a grande maioria da amostra se encontra distribuída com igualdade na percentagem 46,7% nos parâmetros a avaliar entre o Nem boa nem Má e a Boa, existindo 4,4% que avaliam a sua qualidade de vida como Muito boa e 2,2% que a avaliam como Má.

Quadro 7 - Distribuição da amostra relativamente à satisfação com a vida

Questão 2 Até que ponto está satisfeito com a sua saúde?	N	%
Muito insatisfeito	1	2,2
Insatisfeito	3	6,7
Nem satisfeito Nem insatisfeito	31	68,9
Satisfeito	9	20,0
Muito Satisfeito	1	2,2
Total	45	100

Ao analisar o quadro 7 podemos verificar na amostra que 68,9% dos elementos inquiridos se encontra Nem satisfeito nem insatisfeito com a sua saúde, 20% refere estar Satisfeito, 6,7% considera-se Insatisfeito, 2,2% refere Muito insatisfeito, bem como 2,2% refere Muito satisfeito com a sua saúde.

Quadro 8 - Distribuição da amostra relativamente à dor e desconforto

Questão 3 Em que medida as suas dores (físicas) o impedem de fazer o que precisa de fazer?	N	%
Nada	3	6,7
Pouco	13	28,9
Nem muito Nem pouco	23	51,1
Muito	6	13,3
Muitíssimo	0	0
Total	45	100

Verifica-se após analisar o quadro 8, que 51,1% dos idosos alvo do estudo, considera que as dores físicas não impedem de fazer Nem muito Nem pouco de fazer o que precisa de fazer, 28,9% diz que o impedem Pouco, 13,3% dos idosos consideram que as dores o impedem Muito e apenas 6,7% referem que as dores em Nada impedem de fazer o que precisa fazer.

Quadro 9 - Distribuição da amostra relativamente à dependência de cuidados médicos para fazer a sua vida diária.

Questão 4 Em que medida precisa de cuidados médicos para fazer a sua vida diária?	N	%
Nada	3	6,7
Pouco	21	46,7
Nem muito Nem pouco	14	31,1
Muito	5	11,1
Muitíssimo	1	2,2
Total	45	100

Relativamente ao quadro acima, podemos verificar na amostra que 46,7% precisam Pouco de cuidados médicos para fazer a sua vida diária, 31,1 % consideram que precisam Nem Muito Nem pouco dos cuidados médicos para fazer a vida diária, 11,1%

destes idosos dizem recorrer Muito a cuidados médicos, 6,7% dos elementos referem que Nada precisam dos cuidados médicos, sendo que existe e 2,2% dos elementos referem necessitar MUITÍSSIMO dos cuidados médicos para fazer sua vida diária.

Quadro 10 - Distribuição da amostra relativamente ao gostar da vida.

Questão 5 Até que ponto gosta da vida?	N	%
Nada	2	4,4
Pouco	1	2,2
Nem muito Nem pouco	13	28,9
Muito	25	55,6
Muitíssimo	4	8,9
Total	45	100

Ao analisar o quadro 10, podemos observar que 55,6% dos elementos da amostra gostam Muito da vida, 28,9% consideram Nem muito Nem Pouco gostar da vida, 8,9% gostam MUITÍSSIMO, 4,4% referem não gostar Nada e ainda 2,2% gostam Pouco da vida.

Quadro 11 - Distribuição da amostra relativamente ao sentimento de sentido da vida.

Questão 6 Em que medida sente que a sua vida tem sentido?	N	%
Nada	2	4,4
Pouco	4	8,9
Nem muito Nem pouco	10	22,2
Muito	24	53,3
Muitíssimo	5	11,1
Total	45	100

Após análise do quadro 11 podemos verificar que a maioria dos elementos (53,3%) da amostra sentem que a sua vida tem Muito sentido, 22,2% referem Nem muito Nem

pouco, 11,1% referem que a sua vida tem Muito sentido, 8,8% dos elementos dizem que a sua vida tem Pouco sentido e 4,4% dizem que a sua vida em Nada tem sentido .

Quadro 12 - Distribuição da amostra relativamente à capacidade de concentração

Questão 7		
Até que ponto se consegue concentrar?	N	%
Nada	1	2,2
Pouco	7	15,6
Nem muito Nem pouco	20	44,4
Muito	16	35,6
Muitíssimo	1	2,2
Total	45	100

Ao analisar o quadro 12, podemos dizer que uma grande percentagem 44,4% de elementos da amostra se situam entre Nem muito Nem pouco se consegue concentrar e o Muito 35,6% , 15,6% referem que consegue Pouco concentrar-se, repartindo-se os restantes elementos de modo igual na percentagem de 2,2% pelo parâmetro de avaliação conseguir Muitíssimo e Nada conseguir concentrar-se.

Quadro 13 - Distribuição da amostra relativamente à segurança no dia-a-dia.

Questão 8		
Em que medida sente segurança no seu dia-a-dia?	N	%
Nada	1	2,2
Pouco	19	42,2
Nem muito Nem pouco	20	44,4
Muito	4	8,9
Muitíssimo	1	2,2
Total	45	100

Após análise do quadro 13, podemos verificar que 44,4% dos elementos da amostra em relação à segurança no seu dia-a-dia sentem Nem muito Nem pouco, 42,2% sentem-se

Pouca segurança, 8,9% dizem que sentem Muita segurança, 2,2% referem em Nada sentir segurança assim como 2,2 % referem sentir Muitíssima segurança no seu dia-a-dia.

Quadro 14 - Distribuição da amostra relativamente ao ambiente físico

Questão 9 Em que medida é saudável o seu ambiente físico?	N	%
Nada	1	2,2
Pouco	4	8,9
Nem muito Nem pouco	25	55,6
Muito	13	28,9
Muitíssimo	2	4,4
Total	45	100

Relativamente ao ambiente físico ser saudável ou não, podemos dizer, após análise do quadro 14, que a maioria dos elementos (55,6%) consideram que o seu ambiente físico é Nem muito Nem pouco saudável, 28,9 % referem ser Muitíssimo saudável, 8,9% dizem que o ambiente físico é Pouco saudável, 4,4% declaram que o seu ambiente físico é Muito saudável e 2,2% dizem que o seu ambiente físico não é Nada saudável.

Quadro 15 - Distribuição da amostra relativamente à energia para a vida diária

Questão 10 Tem energia suficiente para a sua vida diária?	N	%
Nada	0	0
Pouco	3	6,7
Moderadamente	35	77,8
Bastante	4	8,9
Completamente	3	6,7
Total	45	100

Ao observar o quadro 15 podemos verificar que um número significativo dos elementos da amostra 77,8% consideram ter Moderadamente energia para realizar a sua vida diária, 8,9% referem ter Bastante energia, 6,7% dizem ter Pouca energia para a sua vida diária assim como, 6,7% referem ter Completamente energia para a sua vida diária.

Quadro 16 - Distribuição da amostra relativamente à capacidade de aceitação da aparência física

Questão 11 É capaz de aceitar a sua aparência física?	N	%
Nada	1	2,2
Pouco	2	4,4
Moderadamente	17	37,8
Bastante	18	40,0
Completamente	7	15,6
Total	45	100

Ao analisar o quadro 16, podemos verificar que a maioria dos elementos da amostra se situa entre o Bastante (40%) e o Moderadamente (37,8%) na capacidade de aceitar a sua aparência física, verifica-se ainda que 15,6% é Completamente capaz de aceitar a sua aparência física, 4,4% é Pouco capaz de aceitar a sua aparência física e 2,2% referem em Nada ser capazes de aceitar a sua aparência física.

Quadro 17 - Distribuição da amostra relativamente ao dinheiro necessário para satisfazer as suas necessidades

Questão 12 Tem dinheiro suficiente para satisfazer as suas necessidades?	N	%
Nada	0	0
Pouco	8	17,8
Moderadamente	35	77,8
Bastante	1	2,2
Completamente	1	2,2
Total	45	100

Ao analisar o quadro 17 podemos verificar que 77,8% dos inquiridos consideram ter Moderadamente dinheiro para satisfazer as suas necessidades, existindo 17,8% dos elementos que consideram ter Pouco dinheiro, 2,2 % dos elementos referem ter Bastante dinheiro e 2,2% dizem ter Completamente dinheiro para satisfazer as suas necessidades.

Quadro 18 - Distribuição da amostra relativamente ao acesso à informação

Questão 13 Até que ponto tem fácil acesso às informações necessárias para organizar a sua vida diária?	N	%
Nada	0	0
Pouco	6	13,3
Moderadamente	21	46,7
Bastante	16	35,6
Completamente	2	4,4
Total	45	100

Ao analisar o quadro 18 podemos verificar que a amostra quanto ao fácil acesso às informações necessárias para organizar a sua vida diária se situa nos 46,7% o Moderadamente e 35,6%, o Bastante, existindo 13,3% dos elementos que consideram

ter Pouco acesso às informações e 4,4% da amostra dizem ter Completamente acesso às informações necessárias para organizar a sua vida diária.

Quadro 19 - Distribuição da amostra relativamente a oportunidade para realizar atividades de lazer

Questão 14 Em que medida tem oportunidade para realizar atividades de lazer?	N	%
Nada	2	4,4
Pouco	10	22,2
Moderadamente	15	33,3
Bastante	14	31,1
Completamente	4	8,9
Total	45	100

Ao analisar o quadro 19, podemos verificar que os elementos da amostra se situa na maioria Moderadamente(33,3%) e 31,1% dizem ter Bastante oportunidade para realizar atividades de lazer, existindo 22,2% dizem que têm Pouca oportunidade, 8,9 % registam ter Completamente oportunidade para realizar atividades de lazer e 4,4% que referem Nada ter oportunidade para realizar atividades de lazer.

Quadro 20 - Distribuição da amostra relativamente à mobilidade

Questão 15 Como avaliaria a sua mobilidade (capacidade de se movimentar por si próprio)?	N	%
Muito má	0	0
Má	1	2,2
Nem boa nem má	19	42,2
Boa	22	48,9
Muito boa	3	6,7
Total	45	100

Após análise do quadro 20 podemos dizer que 48,9% dos elementos da amostra consideram a sua mobilidade Boa para se movimentar , 42,2% referem Nem boa Nem má capacidade para se movimentar, existindo 6,7% que consideram Muito boa a sua capacidade para se movimentar e apenas 2,2% consideram Má a sua capacidade para se movimentar.

Quadro 21 - Distribuição da amostra relativamente à satisfação com o sono

Questão 16 Até que ponto está satisfeito com o seu sono?	N	%
Muito insatisfeito	1	2,2
Insatisfeito	6	13,3
Nem satisfeito Nem insatisfeito	12	26,7
Satisfeito	20	44,4
Muito Satisfeito	6	13,3
Total	45	100

Após análise do quadro 21, podemos verificar que 44,4% dos elementos se encontra Satisfeito com o seu sono, 26,7% Nem satisfeito Nem insatisfeito, 13,3% Muito satisfeitos, 13,3% sentem-se Insatisfeitos e apenas 2,2% considera-se Muito insatisfeito com o seu sono.

Quadro 22 - Distribuição da amostra relativamente à capacidade de realizar atividades do dia-a-dia

Questão 17 Até que ponto está satisfeito com a sua capacidade para desempenhar as atividades do seu dia-a-dia?	N	%
Muito insatisfeito	1	2,2
Insatisfeito	2	4,4
Nem satisfeito Nem insatisfeito	16	35,6
Satisfeito	22	48,9
Muito Satisfeito	4	8,9
Total	45	100

Ao analisar o quadro 22 podemos verificar que a maioria dos elementos da amostra (48,9%) encontra-se Satisfeito com a sua capacidade de desempenhar atividades do seu dia-a-dia, 35,6% Nem satisfeitos Nem insatisfeito, 8,9% Muito satisfeito, 4,4% Insatisfeitos e apenas 2,2% dos inquiridos dizem estar Muito insatisfeitos com as suas capacidades para desempenhar as atividades do seu dia-a-dia.

Quadro 23 - Distribuição da amostra relativamente à satisfação com a capacidade de trabalho

Questão 18 Até que ponto está satisfeito com a sua capacidade de trabalho?	N	%
Muito insatisfeito	0	0
Insatisfeito	4	8,9
Nem satisfeito Nem insatisfeito	17	37,8
Satisfeito	20	44,4
Muito Satisfeito	4	8,9
Total	45	100

Ao analisar o quadro acima podemos afirmar que 44,4% dos elementos da amostra se consideram Satisfeitos com a sua capacidade de trabalho, 37,8% Nem satisfeito Nem insatisfeito, 8,9% Muito satisfeito assim como 8,9% dos elementos se consideram Insatisfeitos com a sua capacidade de trabalho.

Quadro 24 - Distribuição da amostra relativamente à satisfação consigo próprio

Questão 19 Até que ponto está satisfeito consigo próprio?	N	%
Muito insatisfeito	0	0
Insatisfeito	4	8,9
Nem satisfeito Nem insatisfeito	9	20,0
Satisfeito	24	53,3
Muito Satisfeito	8	17,8
Total	45	100

Ao analisar o quadro 24 podemos verificar que a maioria (53,3%) dos elementos da amostra se encontram Satisfeitos consigo próprio, 20% revelam Nem satisfeito Nem insatisfeito quanto ao grau de satisfação consigo próprio, 17,8% estão Muito Satisfeitos e 8,9% dizem que estão Insatisfeitos consigo próprio.

Quadro 25 - Distribuição da amostra relativamente à satisfação com as relações pessoais

Questão 20 Até que ponto as suas relações pessoais?	N	%
Muito insatisfeito	0	0
Insatisfeito	0	0
Nem satisfeito Nem insatisfeito	5	11,1
Satisfeito	25	55,6
Muito Satisfeito	15	33,3
Total	45	100

Após análise do quadro 25, podemos verificar que a maioria (55,6%) dos elementos da amostra se encontra Satisfeitos com as suas relações pessoais, repartindo-se 33,3% Muito satisfeito e 11,1% elementos pelo Nem satisfeito Nem insatisfeito. Não se verificando nesta amostra grau de Insatisfação nas relações pessoais.

Quadro 26 - Distribuição da amostra relativamente à satisfação com a vida sexual

Questão 21 Até que ponto está satisfeito com a sua vida sexual?	N	%
Muito insatisfeito	0	0
Insatisfeito	0	0
Nem satisfeito Nem insatisfeito	22	48,9
Satisfeito	18	40,0
Muito Satisfeito	5	11,1
Total	45	100

Relativamente ao quadro 26, podemos afirmar que a maioria dos elementos da amostra (48,9%) referem não estar Nem satisfeito Nem insatisfeito com a sua vida sexual, 40% revelam estar Satisfeitos, 11,1% Muito satisfeitos. Não se verificando na amostra qualquer grau de insatisfação ao nível das relações sexuais.

Quadro 27 - Distribuição da amostra relativamente ao apoio recebido pelos amigos

Questão 22 Até que ponto está satisfeito com o apoio que recebe dos seus amigos?	N	%
Muito insatisfeito	0	0
Insatisfeito	3	6,7
Nem satisfeito Nem insatisfeito	6	13,3
Satisfeito	23	51,1
Muito Satisfeito	13	28,9
Total	45	100

Após análise do quadro 27, podemos verificar que a maioria (51,1%) dos elementos da amostra se encontram Satisfeitos com o apoio que recebem dos seus amigos, verificando-se que 28,9% estão Muito satisfeitos, 13,3% Nem satisfeitos Nem insatisfeitos e 6,7% estão Insatisfeitos com o apoio que recebem dos seus amigos..

Quadro 28 - Distribuição da amostra relativamente à satisfação com o lugar em que vive.

Questão 23 Até que ponto está satisfeito com as condições do lugar em que vive?	N	%
Muito insatisfeito	2	4,4
Insatisfeito	4	8,9
Nem satisfeito Nem insatisfeito	7	15,6
Satisfeito	26	57,8
Muito Satisfeito	6	13,3
Total	45	100

De acordo com o quadro 28, podemos afirmar que a maioria (57,8%) dos elementos da amostra dizem estar Satisfeitos com as condições do local em que vive, 15,6% referem estar Nem satisfeitos Nem insatisfeitos, 13,3% Muto satisfeitos 8,9% referem estar Insatisfeitos e 4,4% Muito insatisfeitos com as condições do lugar onde vivem.

Quadro 29 - Distribuição da amostra relativamente ao acesso aos serviços de saúde

Questão 24 Até que ponto está satisfeito com o acesso aos serviços de saúde?	N	%
Muito insatisfeito	4	8,9
Insatisfeito	11	24,4
Nem satisfeito Nem insatisfeito	14	31,1
Satisfeito	13	28,9
Muito Satisfeito	3	6,7
Total	45	100

Relativamente ao acesso aos serviços de saúde, podemos verificar após análise do quadro 29, que 31,1% dos elementos dizem estar Nem satisfeitos Nem insatisfeitos, 28,9% referem Satisfeitos, 24,4% de elementos referem estar Insatisfeitos, 8,9% Muito insatisfeitos e apenas 6,7% Muito satisfeitos com o acesso aos serviços de saúde.

Quadro 30 - Distribuição da amostra relativamente à satisfação com os transportes utilizados

Questão 25 Até que ponto está satisfeito com os transportes que utiliza?	N	%
Muito insatisfeito	2	4,4
Insatisfeito	3	6,7
Nem satisfeito Nem insatisfeito	20	44,4
Satisfeito	16	35,6
Muito Satisfeito	4	8,9
Total	45	100

Após análise do quadro 30, podemos afirmar que a maioria (44,4%) dos elementos da amostra dizem estar Nem satisfeitos Nem insatisfeitos com os transportes que utiliza, 35,6% estão Satisfeitos, 8,9% Muito satisfeitos, 6,7% Insatisfeitos e 4,4% muito insatisfeitos com os transportes que utiliza.

Quadro 31 - Distribuição da amostra relativamente à frequência de sentimentos negativos

Questão 26 Com que frequência tem sentimentos negativos, tais como mau humor, desespero, ansiedade, depressão?	N	%
Nunca	6	13,3
Poucas vezes	18	40,0
Algumas vezes	13	28,9
Frequentemente	8	17,8
Sempre	0	0
Total	45	100

De acordo com o quadro 31, podemos verificar que 40% dos inquiridos referem ter Poucas vezes sentimentos negativos, 28,9% Algumas vezes, 17,8% Frequentemente e uma menor percentagem de elementos 13,3% afirma Nunca ter sentimentos negativos.

Quadro 32 - Média da qualidade de vida dos idosos do Entroncamento

Qualidade de vida	n	Mínimo	Máximo	Média	Desvio padrão
	45	1028,30	1950,14	1400,56	199,20

De acordo com o quadro 32 podemos verificar que a média da qualidade de vida dos idosos do Entroncamento é de 1400,56.

Quadro 33 - Média da qualidade de vida por domínios

Domínio	Domínio físico	Domínio psicológico	Domínio relações sociais	Domínio ambiente
	338,3	363,8	399,74	317,22

Relativamente à qualidade de vida por domínios, podemos após análise do quadro 33, concluir que o domínio com melhor qualidade de vida é o domínio relações pessoais e o domínio com menor qualidade de vida é o domínio ambiente.

Quadro 34 - Média da qualidade de vida dos idosos reformados e não reformados

Reformado	Média Qualidade de vida
Sim	1386
Não	1511

Após análise do quadro 34 podemos concluir que em média, os idosos não reformados têm melhor qualidade de vida, relativamente aos idosos reformados.

Quadro 35 - Média da qualidade de vida dos idosos com filhos e idosos sem filhos

Filhos	Média Qualidade de vida
Sim	1413
Não	1341

Ao analisar o quadro 35, é possível verificar que a qualidade de vida dos idosos com filhos é superior à qualidade de vida dos idosos sem filhos.

Quadro 36 - Média da qualidade de vida dos idosos de acordo com o seu estado civil

Estado civil	Média Qualidade de vida
Solteiro	1028
Casado/União de facto	1438
Divorciado	1548
Viúvo	1329

Relativamente ao estado civil, podemos verificar ao analisar o quadro 36, que os idosos divorciados têm melhor qualidade de vida, sendo que a menor qualidade é dos idosos solteiros.

Quadro 37 - Média da qualidade de vida relativamente às idades, agrupadas por classes

Idade	Média Qualidade de vida
[65,70]	1400
]70,75]	1411
]75,80]	1361
]80,85]	1582

Ao analisar o quadro 37 podemos concluir que a qualidade de vida em média, é melhor nos idosos com idades entre os 80 e os 85 anos de idade.

Quadro 38 - Média da qualidade de vida relativamente ao género

Género	Média Qualidade de vida
Feminino	1395
Masculino	1409

Após análise do quadro 38, podemos verificar que o sexo feminino é o sexo com menor qualidade de vida.

ii. Discussão dos resultados

Após a apresentação dos resultados obtidos através dos questionários, é necessário e essencial que estes resultados sejam interpretados (Fortin,2009).

Nesta discussão teve-se em consideração as questões, os objetivos e as referências teóricas utilizadas ao longo deste estudo.

É nesta fase possível traçar o perfil da amostra, sendo que a maioria da amostra é do sexo feminino, tem idades compreendidas entre os 65 e os 85 anos, constituída na sua maioria por elementos casados, reformados e com filhos.

A qualidade de vida dos idosos que vivem em contexto familiar na cidade do Entroncamento é em média 1400, pode ser considerado como boa qualidade de vida, e pode ser justificado com o facto dos idosos inquiridos viverem em comunidade e do domínio das relações pessoais ser positivo. Segundo Ferraz e Peixoto (1997) os idosos que reúnem indicadores de qualidade de vida como, o convívio social, através da integração do idoso em grupos onde se sinta amado, respeitado, útil e, principalmente envolvido em atividades físicas, ocupacionais e de recreação, boas condições familiares, independência financeira, sentimento de liberdade e autonomia (...) são aspetos indicadores de boa qualidade de vida.

Considerando a amostra na totalidade é possível verificar que relativamente à qualidade de vida, o domínio com melhores resultados na amostra é o domínio relações sociais, o que se revela fundamental para o idoso, uma vez que como afirmado por Andrade e Vaitsman(2002) as relações sociais são de relevante importância para o aumento da confiança pessoal, da satisfação com a vida, da capacidade de enfrentar problemas, o que implica o aumento da autoestima e a vontade de viver.

O domínio ambiente surge como o domínio com menor qualidade de vida, estando isto diretamente relacionado com a insegurança, acesso à informação e aos serviços de saúde, bem como às condições do local onde vive.

Relativamente ao estado civil, podemos considerar que os idosos casados/em união de facto apresentam a qualidade de vida mais alta, uma vez que como afirmado por Rodrigues (2007) permanecer na sua habitação, e viver com o conjugue, são vontades amplamente demonstradas pelos idosos.

Relativamente ao género, os resultados obtidos vão de encontro ao que foi afirmado por Sprangers et al. (2000), que ser idoso do sexo feminino está ligado a baixos índices de qualidade de vida. Afirma ainda Schaie (1996) que as mulheres estão sujeitas a um risco adicional não por causa de fatores genéticos associados a sexo, mas porque geralmente têm menos oportunidades educacionais do que os homens e porque a educação atua como um fator protetor para a velocidade do declínio normal e também do declínio patológico. Os homens também estão relativamente mais protegidos, porque há evidências de que um casamento duradouro favorece a continuidade do seu funcionamento intelectual na velhice. Além disso, nível ocupacional mais alto e maior complexidade do contexto de trabalho são indicadores positivos da manutenção do funcionamento intelectual e, por razões históricas e culturais, favorecem mais os homens.

Foi ainda verificado que os idosos com filhos têm maiores scores na avaliação da qualidade de vida, como afirmado por Mangas e Toldy (2009), a família representa a retaguarda do idoso. Não se trata apenas do ato físico do cuidar, uma vez que este pode ser realizado por profissionais de saúde, o que está em causa, é todo o apoio afetivo e toda a partilha, proveniente dos laços familiares.

Os idosos da amostra tinham idades compreendidas entre os 65 e os 85 anos de idade, sendo que se verificou que os idosos entre os 80 e os 85 anos de idade são os que apresentam melhores scores de qualidade de vida. Berger e Poinier (1995), afirmam que os idosos vão encarando a velhice como um fenómeno natural, sendo felizes e sentindo-se úteis para a sociedade. Estes reconhecem aspetos positivos em si, bem como, vantagens no processo do envelhecimento, complicando menos a vida e temendo menos a morte.

Conclusão

Chegado ao término do presente estudo de investigação surge a necessidade de agrupar as ideias fundamentais e refletir sobre os aspetos mais importantes deste percurso de aquisição de conhecimentos.

Com este estudo, pretendia-se conhecer a qualidade de vida dos idosos que vivem em contexto familiar na cidade do Entroncamento.

Segundo Rodrigues (2007, p.63): “Permanecer na sua casa, sentir-se amado e apoiado pela família, são os requisitos para o idoso atingir a tão desejada qualidade de vida. Os seus discursos são claros quanto à vontade de viver em família, especialmente com o cônjuge, filhos e netos. No entanto, são frequentes as expressões ligadas aos sentimentos que vivem de abandono, de solidão, de desânimo e de resignação.”

É importante referir que este estudo foi orientado de acordo com referências teóricas consideradas mais significativas e relevantes para o estudo.

Educar os idosos, é um dos objetivos principais nos dias de hoje e cabe a todos nós fazê-lo. Segundo Paúl (2005) a qualidade de vida e a satisfação com a vida dos idosos varia na medida em que variam os fatores determinantes no envelhecimento bem sucedido : serviços sociais e de saúde, características comportamentais e pessoais, meio físico, características sociais e económicas.

A adaptação ao envelhecimento parece ser tanto mais fácil e ajustada, tanto quanto melhor e mais justa foi essa adaptação em outras fases da vida Robert (1994).

Neste sentido, é fundamental lapidar comportamentos desde muito cedo Moniz (2003,p.50) refere que o processo de envelhecimento se constrói de modo progressivo desde o nascimento, e que a formação da identidade dura toda a vida, (...) vai exigindo ao longo da vida aprendizagens, adaptações, participações e casualmente ajudas.

A amostra dá-nos indicadores positivos sobre este fenómeno descrito por estes autores, visto que os inquiridos são na maioria elementos ativos que estão bem inseridos na comunidade da cidade do Entroncamento.

Podemos afirmar através da amostra que os objetivos do estudo foram atingidos, uma vez que os elementos inquiridos se demonstraram capazes e disponíveis para que se tornasse possível conhecer a qualidade de vida destes idosos da cidade do Entroncamento, bem como perceber se esta varia de acordo com alguns fatores da vida de cada idoso.

Foi possível concluir que os idosos que vivem na comunidade na cidade do Entroncamento têm no geral uma boa qualidade de vida.

Concluiu-se ainda que os idosos de idade mais avançada são aqueles com melhor qualidade de vida, o mesmo acontecendo com os idosos não reformados, com filhos e do sexo masculino.

Limitações/Possíveis prolongamentos do trabalho

Apesar de os objetivos terem sido atingidos, existiram algumas dificuldades ao longo da investigação, maioritariamente ligadas à falta de experiência no processo da investigação. Pelo facto da exigência inerente a este tipo de trabalho, fez suscitar um enorme conjunto de dúvidas. Este sentimento de incerteza, provocou alguns desânimos que com o decorrer do desenvolvimento do projeto se foram superando.

Por outro lado, a dimensão da amostra deste projeto poderia incluir idosos institucionalizados, ser ampliada quanto ao número de idosos ou ainda abranger idosos de mais que uma cidade, de forma a obter resultados mais alargados e precisos. Ficando como possível ponto de partida para um projeto de investigação no futuro.

Finalizando este projeto é de referir o quão é importante e fundamental a investigação na enfermagem. A procura de novos e atuais conhecimentos significa não só vantagem

para o enriquecimento pessoal, como para o desenvolvimento da profissão, mas também, e essencialmente, benefício para os que recebem cuidados. Para os utentes, a atualização dos saberes por parte dos profissionais de enfermagem resulta em qualidade crescente e ajustada às suas necessidades para que contribuam para uma melhor qualidade de vida, atuando de forma positiva e eficaz nos cuidados de saúde, do mesmo modo que enfatiza o papel relacional empático.

Bibliografia

Abrams, M. (1974). Uma aferição difícil: A qualidade de vida . A saúde do Mundo,4-11.

Andrade, G. R. B. e Vaitsman, J. "Apoio Social e redes: conectando solidariedade e saúde". *Ciências e Saúde Coletiva*, vol. 7, nº 4, p. 925-934, 2002.

Almeida, A. (2008). Envelhecimento ativo. [Em linha]. Disponível em <http://pt.shvoong.comn/humanities/1773369-envelhecimento-ativo/>. [consultado em 20/08/2012.]

Barreto, J. Envelhecimento e Qualidade de Vida: o Desafio atual. [Em linha] Disponível em: <http://ler.letras.up.pt/uploads/ficheiros/3733.pdf> . [consultado a 12/07/2012]

Berger,L., & Poinier,D. (1995). *Pessoas Idosas – Uma Abordagem Global*. Lisboa : Lusodidáctica.

Blanco ,E.H. (2006) *Síndromas Gereátricos*. Edições médicas. Lda (pp. 1-2)

Canavarro et al. (2006). *WHOQOL-Bref, Versão para Português de Portugal*. Universidade de Coimbra.

Carvalho,J.(2002) -*Metodologia do trabalho científico*. Lisboa, Escola editora.

Conselho Internacional de Enfermeiros (2003)-*Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE/ICNP)*. Gráfica, 2000.

Costa, et al. (1999) *Questões Demográficas: Repercussões nos cuidados de saúde e na Formação dos Enfermeiros*. In: *Manual de Sinais Vitais: O Idoso Problemas e Realidades*. Coimbra, Formasau,. pp.9_22.

Costa, M.A.(2002) Cuidar Idosos: Formação, Práticas , e competências dos enfermeiros. Coimbra,Formasau.

Costa, C.(2012) Qualidade de vida dos estudantes de enfermagem da universidade Fernando Pessoa Porto, Projeto de graduação para obtenção da licenciatura em enfermagem. Universidade Fernando Pessoa, Porto, Faculdade ciências da Saúde

DGS *Envelhecimento Ativo Conceitos* [Em linha]. Disponível em: <http://www.dgs.pt/wwwbase/acessibilidade/aaaDefault.aspx?f=1&back=1&codigono=651265136516AAAAAAAAAAAAAA>. [consultado a 11/07/2012]

Eliopoulus, C. (2005) –Enfermagem Gerontológica . 5ª Edição .Brasil. Editora Artmed

Fernandes, A. (1996). Velhice e Sociedade : Demografia, família e políticas sociais em Portugal .Cetta editor.

Ferraz, A.F.; Peixoto, M.R.B.(1997) Qualidade de vida na velhice. Rev. Esc. Enfermagem USP,Agosto, v. 31, n. 2.

Fortin, M. (1999) – *O Processo de Investigação: Da Conceção à Realização*, Loures: Lusociência – Edições Técnicas e Científicas, Lda.

Fortin, M. (2003). *O processo de investigação: da concepção à realização*. Loures: Lusodidacta.

Fortin, M. (2009). *Fundamentos e etapas no processo de investigação*. Loures: Lusodidacta.

Fernandes, M. J. S. R. S. (1996). Conceito de qualidade de vida para o idoso. Lisboa: Universidade Católica Portuguesa (Dissertação de Mestrado).

Fiedler, P.T. (2008). *Avaliação da qualidade de vida do estudante de medicina e da influência exercida pela formação acadêmica*. Dissertação de Doutorado, Universidade de São Paulo. São Paulo: Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo.

Fleck, M.P.A. (2000). O instrumento de avaliação da Qualidade de Vida da Organização Mundial de Saúde (WHOQOL-100): características e perspectivas. *Ciência & Saúde coletiva*, 5(1), 33-38. Disponível em:http://www.scielo.org/scielo.php?pid=S141381232000000100004&script=sci_arttext. [Consultado em 10/07/2012].

Freitas, E. Py, L. Neri, A. Cançado, F. Gorzoni, M. Rocha, S. 2002. *Tratado de geriatria e gerontologia*, Editora Guanabara Koogan, Rio de Janeiro

Frisch, M.B,(2000). "Improving mental and physical health care through Quality of Life therapy and assessment" In E.Diener e D.R.Rahtz(eds.), *Advances in Quality of Life theory and research*.(pp. 207-241)Kluwer Academic Publishers.

INE (2007). *O Envelhecimento em Portugal*. Lisboa: Instituto Nacional de Estatística.

Loether, H (1975). *Problems of aging* 2ªEd. California, Dickenson Pushing Company, Inc

Mangas. A e Toldy. T (2009)“Viver aos Bocadinhos” (O Papel do Cuidador Informal do Idoso em Contexto Domiciliário). Dissertação de Mestrado em Trabalho Social. Universidade Fernando Pessoa, Porto, Faculdade Ciências Humanas e Sociais.

Moniz, J.M.N. (2003). *A enfermagem e a pessoa idosa: a prática de cuidados como experiência formativa*. Loures. Lusociência

Neri .A.L. (2000) Qualidade de vida na velhice e atendimento domiciliário. In:yeda.A.O. Duarte & M. Diogo: *Atendimento Domiciliário Um Enforque Gerontológico. Um enfoque Gereontológico*.(pp.39-40)

Netto, Matheus Papaleo. *Gerontologia: a velhice e o envelhecimento em visão globalizada*. Atheneu. São Paulo (1996,p.524).

Oliveira, A. (2010), *Correlatos da Qualidade de Vida de Estudantes Universitários*. Dissertação de Mestrado, Universidade Fernando Pessoa. Porto: Faculdade Ciências Humanas e Sociais.

Organização Mundial de Saúde – OMS (2002). *Active ageing: A policy framework*. Second United Nations World Assembly on Ageing. Madrid, Spain, April. Disponível em: http://www.who.int/ageing/active_ageing/en/index.html [Consultado em 12/07/2012].

Pacheco, A. (2007). Estilos de vida, qualidade de vida pessoal, motivação e sucesso académico: instrumentos de avaliação. *Psyc@w@re*, 1(2), 1-10. Disponível em <http://www1.ci.uc.pt/ipc/2007-2010/revista/c1063d1d716a059f65ea08f90456755e.pdf> [Consultado em 10/07/2012].

Pais-Ribeiro, J.L. (2009). A importância da qualidade de vida para a psicologia da saúde. In J.P.Cruz, S.N. de Jesus, & C.Nunes (Eds.) *Bem-estar e Qualidade de Vida*, 31-49. Alcochete: Textiverso.

Páscoa, P.(2008) *A importância do envelhecimento ativo na saúde do idoso*, monografia apresentada à Universidade Fernando Pessoa como parte dos requisitos para obtenção do grau de licenciado em Enfermagem, Porto, Faculdade de Ciências da Saúde.

Paschoal S. (2002). *Autonomia e Independência*. In. *Gerontologia: A velhice e o envelhecimento em visão globalizada*. São Paulo, Atheneu pp. 313-323.

Patrick, D.L. (2008). *A qualidade de vida pode ser medida? Como?* In M.P.A. Fleck J. Col; *A avaliação da qualidade de vida. Guia para profissionais da saúde*. Porto Alegre: Artmed.

Paúl, C. & Fonseca A. M. (2005) *Envelhecer em Portugal. Psicologia, Saúde e Prestação de Cuidados*. Climepsi Editores ISBN 972-796-185-1, Depósito legal nº 230973 /05

Pimentel, F. (2004). *Qualidade de vida em Oncologia*. Lisboa: Permanyer Portugal

Polit, D. et al (2004) – *Fundamentos da Pesquisa em Enfermagem – Métodos, Avaliação, Utilização*. Brasil, Artmed Editora.

Quivy, R. Campenhoudt L. V. (1998) – *Manual de Investigação em Ciências Sociais*. Lisboa, Editora Gradiva.

Ribeiro, J. (1999). *Investigação e avaliação em psicologia e saúde*. Lisboa: Climepsi Editores.

Robert, L. (1994) *O envelhecimento*. Lisboa. Instituto Piaget

Rodrigues, D.S. (2007) – *Sistemas de Informação para a avaliação e monitorização da qualidade de vida em campos universitários*. Tese de Doutoramento em engenharia civil, Ramo de planeamento territorial. Escola de Engenharia da Universidade do Minho. Guimarães.

Rodrigues, M.J. (2007) *Percepção da qualidade de vida dos idosos maiores de 75 anos: estratégias educativas para a mudança*. Revista Ser Saúde, Julho/Agosto, nº6, 56-69.

Santos, A.F.A. *Qualidade de vida e solidão na terceira idade*. Universidade Fernando Pessoa. Faculdade de Ciências Humanas e Sociais. Trabalho de Conclusão de Curso. Disponível em <https://bdigital.ufp.pt/dspace/bitstream/10284/1179/3/Monografia.pdf>. Porto, 2008.

Santos, S.R, Santos, I.B.C., Fernandes, M.G.M. & Henriques, M.E.R (2002). Qualidade de vida do idoso na comunidade: Aplicação da escala de Flanagan. *Revista Latino - Americana de Enfermagem*, 10, (6), 757-764.

Sequeira, C. (2009) – Cuidar de Idosos Dependentes: Diagnósticos de Intervenções, Primeira Edição, Quarteto Editora.

Serra, A. e Canavarro, M. (2005). *Instrumento WHOQOL-Bref. Manual de utilizador e sintaxe.*

Serra, A. et al. (2006). Estudos psicométricos do instrumento avaliação da qualidade de vida da organização mundial de saúde. (WHOQOL-Bref.) para Português de Portugal. *Psiquiatria clinica*, 27 (1), pp.41-49.

Schaie, K Warner (1996a). Intellectual development in adulthood. In J E Birren and K Warner Schaie (Eds.), op. cit.

Sprangers MA, de Regt EB, Andries F, van Agt HM, Bijl RV, de Boer JB, (200). Which chronic conditions are associated with better or poorer quality of life? *Journal of Clinical Epidemiology*.;53(9):895-907.

Anexo

WHOQOL Bref – Versão português de Portugal

Questionário

Tiago Miguel Celeiro Marujo Barateiro, aluno do 4ºano do CLE, da Faculdade Ciências de Saúde, da Universidade Fernando Pessoa, encontro-me a realizar o projeto de graduação para obter o grau de licenciado em enfermagem.

O tema do projeto de graduação é “Qualidade de vida do idoso em contexto familiar na cidade do Entroncamento”, pelo que solicitamos a sua colaboração através do preenchimento deste questionário.

Este estudo de investigação tem como objetivo: Conhecer o nível de qualidade de vida dos idosos do Entroncamento.

O questionário é constituído por duas partes: a primeira consiste na caracterização da amostra e a segunda parte é constituída pelo WHOQOL-Bref, questionário criado pelo WHOQOL Group (World Health Organization Quality of Life group) versão para Portugal (Canavarro et al., 2006).

Informo que o questionário é anónimo, pelo que em nenhuma das páginas deverá fazer qualquer alusão à sua identidade, garantindo desde já que todos os dados obtidos são confidenciais.

Instruções:

1. A veracidade das suas respostas é fundamental;
2. O tempo de preenchimento é de aproximadamente 15 minutos;
3. Leia atentamente as instruções que se encontram no início de cada uma das partes constituintes do questionário;
4. Tanto quanto possível, não deixe questões por responder;

O aluno : _____

(Tiago Miguel Celeiro Marujo Barateiro)

Parte I – Caracterização da amostra

1. Idade: ____ anos;

2. Género: Feminino ; Masculino .

3. Tem filhos? Sim Não .

4. Estado civil: Solteiro ; Casado/União de facto ; Viúvo ; Divorciado .

5. É reformado? Sim ; Não .

Parte II- WHOQOL Bref – Versão português de Portugal

Responda a todas as perguntas. Se não tiver a certeza de que resposta dar em alguma, escolha a que lhe parecer mais apropriada. Esta pode muitas vezes ser a resposta que lhe vier primeiro à cabeça.

Por favor, tenha presente os seus padrões, expectativas, alegrias e preocupações. Como já foi referido não há respostas certas ou erradas. Pedimos-lhe que tenha em conta a sua vida nas duas últimas semanas. Assinale com uma cruz (X) o número que melhor corresponde à sua resposta.

		Muito má	Má	Nem boa nem má	Boa	Muito boa
1	Como avalia a sua qualidade de vida?	1	2	3	4	5

		Muito insatisfeito	Insatisfeito	Nem satisfeito nem insatisfeito	Satisfeito	Muito satisfeito
2	Até que ponto está satisfeito com a sua saúde?	1	2	3	4	5

Pretende-se agora saber, sobre o quanto você tem sentido algumas coisas, nas últimas duas semanas.

		Nada	Pouco	Nem muito nem pouco	Muito	Muitissimo
3	Em que medida as suas dores (físicas) o impedem de fazer o que precisa de fazer?	1	2	3	4	5
4	Em que medida precisa de cuidados médicos para fazer a sua vida diária?	1	2	3	4	5
5	Até que ponto gosta da vida?	1	2	3	4	5
6	Em que medida sente que a sua vida tem sentido?	1	2	3	4	5
7	Até que ponto se consegue concentrar?	1	2	3	4	5
8	Em que medida sente segurança no seu dia-a-dia?	1	2	3	4	5
9	Em que medida é saudável o seu ambiente físico?	1	2	3	4	5

As perguntas que se seguem, são para ver até que ponto experimentou ou foi capaz de fazer certas coisas nas duas últimas semanas.

		Na da	Pouco	Moderadament e	Bastante	Completamente
10	Tem energia suficiente para a sua vida diária?	1	2	3	4	5
11	É capaz de aceitar a sua aparência física?	1	2	3	4	5
12	Tem dinheiro suficiente para satisfazer as suas necessidades?	1	2	3	4	5
13	Até que ponto tem fácil acesso às informações necessárias para organizar a sua vida diária?	1	2	3	4	5
14	Em que medida tem oportunidade para realizar atividades de lazer?	1	2	3	4	5

		Muito má	Má	Nem boa Nem má	Boa	Muito boa
15	Como avaliaria a sua mobilidade (capacidade de se movimentar por si próprio)?	1	2	3	4	5

As perguntas que se seguem destinam-se a avaliar se se sentiu bem ou satisfeito em relação a vários aspetos da sua vida nas duas últimas semanas.

		Muito insatisfeito	Insatisfeito	Nem satisfeito nem insatisfeito	Satisfeito	Muito satisfeito
16	Até que ponto está satisfeito com o seu sono?	1	2	3	4	5
17	Até que ponto está satisfeito com a sua capacidade para desempenhar as atividades do seu dia-a-dia?	1	2	3	4	5
18	Até que ponto está satisfeito com a sua capacidade de trabalho?	1	2	3	4	5
19	Até que ponto está satisfeito consigo próprio?	1	2	3	4	5
20	Até que ponto está satisfeito com as suas relações pessoais?	1	2	3	4	5
21	Até que ponto está satisfeito com a sua vida sexual?	1	2	3	4	5
22	Até que ponto está satisfeito com o apoio que recebe dos seus amigos?	1	2	3	4	5
23	Até que ponto está satisfeito com as condições do lugar em que vive?	1	2	3	4	5
24	Até que ponto está satisfeito com o acesso aos serviços de saúde?	1	2	3	4	5

25	Até que ponto está satisfeito com os transportes que utiliza?	1	2	3	4	5
----	---	---	---	---	---	---

As perguntas que se seguem referem-se à frequência com que sentiu ou experimentou certas coisas nas duas últimas semanas.

		Nunca	Poucas vezes	Algumas vezes	Frequentemente	Sempre
26	Com que frequência tem sentimentos negativos tais como mau humor, desespero, ansiedade, depressão?	1	2	3	4	5

Obrigado pela sua colaboração!

