



CATÓLICA
FACULDADE DE EDUCAÇÃO
E PSICOLOGIA

PORTO

PROJETO R.H.I.S – REABILITAÇÃO HABITACIONAL E INTERVENÇÃO SOCIAL: AVALIAÇÃO DO IMPACTO PERCEBIDO NA QUALIDADE DE VIDA

Dissertação apresentada à Universidade Católica Portuguesa
para obtenção do grau de mestre em Psicologia

- Especialização em Psicologia Clínica e da Saúde -

Ana Catarina Teixeira Bessa

Trabalho efetuado sob a orientação de
Professora Doutora Luísa Campos

Porto, julho de 2016



CATÓLICA
FACULDADE DE EDUCAÇÃO
E PSICOLOGIA

PORTO

PROJETO R.H.I.S – REABILITAÇÃO HABITACIONAL E INTERVENÇÃO SOCIAL: AVALIAÇÃO DO IMPACTO PERCEBIDO NA QUALIDADE DE VIDA

Dissertação apresentada à Universidade Católica Portuguesa
para obtenção do grau de mestre em Psicologia

- Especialização em Psicologia Clínica e da Saúde -

Ana Catarina Teixeira Bessa

Trabalho efetuado sob a orientação de
Professora Doutora Luísa Campos

Porto, julho de 2016

Agradecimentos

Ao finalizar este percurso, tão importante da minha vida, queria expressar o meu agradecimento e carinho a todos aqueles que tiveram presentes e me apoiaram nesta caminhada e que, directa ou indirectamente, tornaram possível a realização deste trabalho:

À Prof^a Dr^a Luísa Campos, pela sábia orientação, pela disponibilidade, pelo apoio nos momentos mais difíceis, pela compreensão e partilha de saberes.

À Sílvia, pela enorme colaboração na recolha e análise dos dados e pela partilha de ajuda e conhecimento.

Aos idosos que integraram o Projeto R.H.I.S., que além da experiência que me proporcionaram, me deslumbraram com as suas histórias de vida.

Ao meu Pai e à minha Mãe, o meu mais profundo e especial agradecimento pelo apoio, presença e Amor incondicional, por me proporcionarem a continuidade dos meus estudos e, pela enorme dedicação e esforço ao longo destes anos.

Ao meu irmão e à minha cunhada, pelo incentivo permanente ao longo deste percurso.

Ao meu sobrinho Vicente, por ser a minha grande motivação e inspiração.

À Inês, minha colega de carteira e sobretudo amiga, pela amizade ao longo destes anos, pela presença, pela força e otimismo que sempre me transmitiu.

Ao Nando, porque é com ele que partilho as minhas angústias e frustrações mas também as minhas alegrias e conquistas. A ele que é o meu grande apoio, que me dá força e coragem, me transmite confiança e acredita que sou capaz de realizar todos meus sonhos.

*A todos,
O meu profundo e eterno agradecimento.*

Índice

Agradecimentos	I
Índice de Anexos	III
Resumo	IV
Abstract	6
I. Enquadramento Teórico	1
1. <i>Envelhecimento: questões biopsicossociais e demográficas</i>	1
2. <i>Promoção da Qualidade de vida na população idosa: um desafio societal prioritário</i>	4
3. <i>Programas de promoção de qualidade de vida na população idosa e a importância da avaliação do impacto de intervenções</i>	6
4. <i>Projeto R.H.I.S - Reabilitação Habitacional e Intervenção Social</i>	9
II. Método	10
1. <i>Questões de Investigação</i>	11
2. <i>Participantes</i>	11
3. <i>Instrumentos</i>	13
4. <i>Procedimentos de Recolha de Dados</i>	15
5. <i>Procedimentos de Análise de Dados</i>	16
III. Apresentação e Análise dos Dados	17
IV. Conclusões	23
Referências bibliográficas	25
Anexos	29

Índice de Anexos

Anexo 1. Guião de entrevista de exploração do impacto percebido do R.H.I.S. na qualidade de vida de idosos

Anexo 2. Autorização dos autores para utilização do WHOQOL-Bref

Anexo 3. Consentimento Informado

Anexo 4. Sistema de categorias

Resumo

No último século, as alterações demográficas, que estão a refletir-se no crescente envelhecimento da população e na diminuição das taxas de natalidade, têm vindo a colocar às famílias e às sociedades europeias, desafios para os quais estas não se encontravam preparadas (Sousa, Galante & Figueiredo, 2003), pelo que, a promoção da qualidade de vida na população idosa surge como uma prioridade. O presente estudo teve como objetivo explorar o impacto percebido das intervenções (social e física) desenvolvidas no Projeto R.H.I.S na qualidade de vida de um grupo de idosos. Através de uma metodologia mista, foram envolvidos 31 participantes, com idades compreendidas entre os 66 e os 95 anos, tendo sido utilizado, num primeiro momento, o *WHOQOL-Bref* para avaliar o nível de qualidade de vida dos participantes após as intervenções terem sido implementadas. Num segundo momento foram realizadas entrevistas, através do *Guião de entrevista de exploração do impacto percebido do RHIS na qualidade de vida de idosos*, com a finalidade de explorar o impacto percebido do projeto R.H.I.S na qualidade de vida dos participantes. Os principais resultados revelam que ambas as intervenções tiveram um impacto positivo nas dimensões - física, psicológica, social e ambiente - da qualidade de vida deste grupo de idosos, evidenciando-se a dimensão psicológica.

Palavras-chave: Idosos; Qualidade de Vida; Avaliação

Abstract

In the last century, demographic changes, which are reflected in the growing aging population and declining birth rates, have been put the families and European societies, challenges for which they were not prepared (Sousa, Galante & Figueiredo, 2003), where by, promoting the quality of life in elderly population emerge as priority. This study had the objective of explore the impact in the interventions (social and housing) on the quality of life in the elderly group. Through a mixed methodology they were involved, 31 participants, with ages between 66 and 95 years, being used at first moment, the *WHOQOL-Bref* to evaluate the level of quality of life of the participants after the interventions have been implemented. In a second moment were realised interviews, through the interview guide of exploration perceived impact of the RHIS in the quality of life of the participants. The main results

show that both interventions had a positive impact on dimensions - physical, psychological, social and environment - the quality of life of this group of elderly, demonstrating the psychological dimension.

Key words: Elderly; Quality of Life; Assessment

I. Enquadramento teórico

1. Envelhecimento: questões biopsicossociais e demográficas

O envelhecimento é um processo dinâmico, progressivo e irreversível, acarretando profundas alterações biopsicossociais com um forte impacto na vida do idoso¹ que, embora esteja associado a uma progressão cronológica, envolve também aspetos biológicos, psicológicos e sociais (Paúl, 2006).

O *envelhecimento biológico* acarreta mudanças biológicas caracterizadas pelo declínio das suas funções fisiológicas que afectam o funcionamento físico e a saúde dos indivíduos (Moraes, Moraes & Lima, 2010). Os sistemas e os órgãos corporais deterioram-se, tornam-se mais susceptíveis a problemas; os tecidos e as estruturas tendem a tornar-se menos elásticos e menos eficientes, conduzindo por vezes, a disfunções e problemas mais sérios. Contudo, pesquisas mais recentes revelam que este declínio não é generalizado e irreversível, pois resulta de uma combinação de múltiplos fatores relacionados com a saúde, com o comportamento, com a educação e com a posição social que os indivíduos ocupam (Fonseca, 2006). Neste sentido, o processo de envelhecimento é heterogéneo e universal existindo, em cada indivíduo, uma velocidade própria para envelhecer, não acontecendo de forma linear de pessoa para pessoa e na mesma pessoa e, de órgão para órgão (Jeamment, 1989). Na fase de vida da velhice, e isto acontece obviamente no seu *continuum* e não de forma estática, observam-se, portanto, algumas modificações corporais generalizadas e outras mais específicas, que advém do aumento da probabilidade de infeções, do aparecimento de doenças crónicas, do declínio gradual das funções de alguns órgãos (e.g., o coração, os pulmões, os rins), do enfraquecimento muscular, da alteração nos processos sensoriais e percetivos (WHO, 2002) que aumentam a vulnerabilidade e diminuem a funcionalidade da população idosa. Segundo Ferreira (1985), paralelamente a estas mudanças e perdas funcionais características desta fase de vida, o organismo torna-se mais vulnerável a problemas de saúde, sendo estes,

¹ Neste estudo, considera-se idoso, a pessoa com 65 anos de idade ou mais (WHO, 2002).

osteoporose, alterações hormonais, doenças cardiovasculares, problemas de memória, demências (Alzheimer), depressões e incontinência urinária.

As perdas cognitivas e intelectuais surgem, igualmente, associadas ao processo de envelhecimento, sendo reportadas perdas ao nível das aptidões perceptivo-motoras, concentração, fluência, nomeação, compreensão, resolução lógica de problemas, entre outras (Figueiredo, 2007). Porém, deverá salientar-se que nem todas as funções cognitivas declinam com a idade (Serra, 2006), podendo assistir-se à estabilização ou melhoria de determinadas funções, tais como, a capacidade de comunicar eficazmente através da linguagem, a capacidade em dirigir a atenção sobre um determinado tópico ou acontecimento, em aceder a conhecimentos de cultura geral e em envolver-se em raciocínios práticos e sociais, entre outras (Figueiredo, 2007).

Face a esta realidade, uma boa saúde física constitui-se como essencial para que as pessoas mais idosas possam manter uma qualidade de vida aceitável e possam continuar a assegurar os seus contributos na sociedade, uma vez que as pessoas idosas ativas e saudáveis, para além de se manterem autónomas, constituem um importante recurso para as suas famílias, comunidades e economias (OMS, 1999).

O *envelhecimento psicológico* poderá ser definido pela auto-regulação do indivíduo no campo de forças, na busca do autoconhecimento e do sentido de vida, e na procura da integridade do *self* (Moraes et al., 2010). As alterações do estado emocional e as consecutivas crises pelas quais o idoso passa também integram o processo de envelhecimento psicológico, nomeadamente, o aparecimento de sintomatologia depressiva (WHO, 2002), a diminuição da capacidade de adaptação face a alterações do meio, as mudanças ou perdas nos papéis sociais do adulto idoso e a diminuição dos seus contactos sociais são aspetos, igualmente, importantes a considerar neste âmbito (Paúl, 2005) e que alteram as suas características psicológicas (Fonseca, 2005).

O *envelhecimento social* refere-se ao papel, aos estatutos e aos hábitos da pessoa, relativamente aos outros membros comportando duas mudanças importantes na vida social do idoso: fim do emprego e conseqüente aumento do tempo livre (Cancela, 2007). O processo de envelhecimento social caracteriza-se, ainda, pelo isolamento e pela solidão sentida pelo idoso, mesmo quando vive acompanhado por familiares ou outros, gerada pela impossibilidade de intimidades nas relações que estabelece (Fonseca, 2005). A diminuição ou falta de comportamentos de sociabilidade nos idosos e o seu conseqüente sentimento de solidão, não constitui uma opção para estes. Por vezes, o idoso é conduzido de alguma forma, para esta

situação, que pode reconhecer diversas causas. De acordo com Correia (1993), o idoso não se quer isolar, nem procura a solidão por vontade própria. As vicissitudes da vida, nos seus vários contextos (social, económico, psicológico e físico), rapidamente se encarregam de o fazer mergulhar em sentimentos mais ou menos vulneráveis. Assim, as trocas sociais – dar apoio, receber apoio – podem constituir-se como experiências importantes para o desenvolvimento de bem-estar psicológico dos idosos (Liang, Krause & Binnet), uma vez que, ter por que viver e para quem viver, para além de contribuir para a redução do isolamento social (e a solidão) aumentam a sua satisfação com a vida (Soares, 2012).

Para além dos diferentes tipos de envelhecimento referidos, torna-se importante salientar que, nesta fase de vida, assiste-se a um aumento das situações de exclusão social que são cada vez mais frequentes. Assim, os familiares têm o seu tempo disponível reduzido para prestarem cuidados aos seus familiares mais idosos; as famílias decrescem em dimensão e em estabilidade e, por isso, as casas são mais pequenas e mais distantes quer do local de trabalho, quer do local de residência dos familiares mais idosos. Estes aspetos exacerbam, como referido acima, o fenómeno de exclusão social (Correia, 2009). Segundo Straub (2005), os idosos são, portanto, excluídos da produção, tornando-se pouco consumidores porque não têm dinheiro, consumindo mais recursos de saúde porque ficam doentes, adoecendo mais porque não têm esses mesmos recursos de saúde, levando a que uma grande parte dos idosos não viva, mas sobreviva, numa sociedade quase sempre hostil.

O envelhecimento da população é uma questão de amplitude mundial significativa para o século XXI e que não pode ser ignorada, apresentando implicações importantes para todos os domínios da sociedade. De acordo com a Organização Mundial de Saúde a população está a envelhecer como resultado do aumento da esperança média de vida e do declínio da taxa de fertilidade (World Health Organization ([WHO], 2012). Atualmente, 1 em cada 9 pessoas no mundo tem 60 anos de idade ou mais (Fundo de População das Nações Unidas, 2012), prevendo-se que em 2025 existam 1,2 biliões de pessoas com mais de 60 anos e que os idosos com 60 ou mais anos constituam o grupo etário de maior crescimento (OMS, 2001). Importa ressaltar que, a idade considerada na caracterização da pessoa idosa, está dependente do tipo de desenvolvimento de cada país, sendo que, nos países em desenvolvimento é considerado idoso, a pessoa com 60 anos de idade ou mais e, nos países desenvolvidos, 65 anos de idade ou mais (WHO, 2002).

Portugal, à semelhança de outros países ocidentais e desenvolvidos, acelerou recentemente o processo de envelhecimento pelos mesmos fatores (Correia, 2009; Fonseca, 2009). Segundo o Instituto Nacional de Estatística (INE, 2014), em Portugal, entre os censos de 2001 e 2011, a proporção dos jovens (população com menos de 15 anos) recuou para 15% e a de idosos (população com 65 anos ou mais anos) cresceu para 19% confirmando, assim, um duplo envelhecimento demográfico: aumento do número de idosos, diminuição do número de jovens e do número de pessoas com idades compreendidas entre os 15 e os 64 anos.

Do exposto, o crescente envelhecimento da população tem trazido às sociedades europeias, desafios para os quais estas não se encontravam preparadas (Sousa, Galante & Figueiredo, 2003).

2. Promoção da Qualidade de vida na população idosa: um desafio societal prioritário

Em 2014, a Comissão Europeia identificou sete desafios sociais prioritários, entre os quais se encontra a necessidade de “dar mais vida aos anos” (UNESCO, 2010), ideia intrinsecamente relacionada com o conceito de qualidade de vida.

O conceito de *qualidade de vida* é um conceito subjetivo dependente do nível sociocultural, da faixa etária e das aspirações pessoais de cada indivíduo (Vecchia, Ruiz, Bocchi & Corrente, 2005). Para Nahas (2006), a qualidade de vida é a condição humana resultante de um conjunto de parâmetros individuais e socio ambientais, modificáveis ou não, que caracterizam as condições em que vive o ser humano. Para Gonçalves e Vilarta (2004), a qualidade de vida refere-se à forma como as pessoas vivem, sentem e compreendem o seu quotidiano envolvendo, portanto, saúde, educação, transporte, moradia, trabalho e participação nas decisões que lhes dizem respeito.

Segundo o Grupo de Estudos sobre a Qualidade de Vida da Organização Mundial de Saúde, a qualidade de vida “*é a percepção do indivíduo sobre a sua posição na vida, dentro do contexto dos sistemas de cultura e valores nos quais está inserido e em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações*” (WHOQOL Group, 1995, p. 103). Esta definição integra uma perspetiva transcultural, bem como multidimensional, contemplando a complexa influência das dimensões *saúde física* (e.g. energia e fadiga, dor, desconforto) e *psicológica*

(e.g. aparência, imagem corporal, sentimentos negativos e positivos, memória, autoestima), o *nível de independência* (e.g. atividades do dia a dia, cuidados médicos), as *relações sociais* (e.g. suporte social), as *crenças pessoais* (e.g. religião e espiritualidade) e as suas *relações com características salientes do respetivo meio* na avaliação subjetiva da qualidade de vida individual (e.g. recursos financeiros, participação em oportunidades para aquisição de novas informações e competências e oportunidades recreativas) (World Health Organization Quality Of Life [WHOQOL] Group, 1993, 1994, 1995, 1998; Serra, Canavarro, Simões, Gameiro Quartilho, Carona & Paredes, 2006).

Para além das dimensões acima mencionadas, a *qualidade de vida associada ao envelhecimento* está intimamente dependente do contexto e das circunstâncias a que cada indivíduo está sujeito, como por exemplo, o estilo de vida adotado e as condições pessoais particulares (posição social, idade ou género) que são apontados, em estudos recentes, como os fatores que melhor explicam as diferenças inter-individuais da qualidade de vida na população idosa (Simões, 2010). A literatura enfatiza, igualmente, a dimensão *espiritual e religiosa* como uma dimensão com especial relevância quando falamos na população idosa, uma vez que a religião é entendida como um conjunto de crenças, práticas, rituais e símbolos delineados para facilitar a proximidade com o sagrado e o transcendente (e.g. Deus). Por outro lado, a espiritualidade é considerada uma busca pessoal pelo significado da vida e da razão de viver (Panzini, Rocha, Bandeira & Fleck, 2007) pelo que, as pessoas que encontram na espiritualidade o significado para a vida estão mais predispostas para experiências emocionais do transcendente, que contribuem para uma maior qualidade de vida e significado existencial (Oliveira, 2008).

Em síntese, torna-se fundamental apoiar a população idosa a manter-se o mais ativa e saudável ao longo da sua vida, assumindo-se a *promoção da qualidade de vida na população idosa* como uma prioridade.

3. Programas de promoção de qualidade de vida na população idosa e a importância da avaliação do impacto de intervenções

Em Portugal, existem alguns programas de intervenção com o objetivo de promover a qualidade de vida, direcionados para diferentes populações da comunidade inclusive para a população idosa.

Os programas dirigidos para a população idosa procuram, na generalidade, contribuir para a melhoria da saúde e diminuição do isolamento social. (Monteiro, 1996; Carvalho & Frango, 2011).

O Programa “Envelhecer com Qualidade”, desenvolvido em 2006, pela Câmara Municipal Viana do Castelo, teve como objetivo central promover a qualidade de vida da população idosa (através da criação de mecanismos facilitadores do acesso às actividades culturais, recreativas e de lazer e do desenvolvimento de estratégias de participação e de sociabilização). No final de dois anos da sua implementação o mesmo foi avaliado, tendo sido utilizada uma amostra aleatória de 9.4% das 723 pessoas inscritas no programa, com idades compreendidas entre os 55 e os 92 anos. Foi utilizada a observação direta, o inquérito por questionário e a pesquisa documental. A técnica de observação directa permitiu observar os comportamentos, as atitudes e os diferentes discursos no próprio momento em que se desenrolavam as atividades nos seus contextos e na sua riqueza inter(subjetiva). A par da observação directa, foi aplicado um inquérito por questionário, após a implementação do programa, tendo sido estruturado em três partes fundamentais: a primeira parte relativa à identificação dos inquiridos; a segunda referente às suas práticas de sociabilidade; e a terceira centrada nas questões relacionadas com as atividades desenvolvidas no âmbito do programa. Os resultados indicaram um impacto positivo do programa, sendo que 75% dos inquiridos revelaram participar mais nas actividades culturais, recreativas e de lazer desenvolvidas pelo programa, referindo terem sido motivados para a participação das mesmas através da animação proporcionada (61.8%), da oportunidade de conhecerem pessoas novas (51.5%) e de não se sentirem tão sós (sem referência percentual). Após a implementação do programa, os inquiridos consideraram-se mais participativos (50%), mais felizes (60.3%), mais activos (47.1%) e mais saudáveis (28%), qualificando o programa como excelente (60.3%) (Torres & Marques, 2008).

Em 2014, foi desenvolvido um *Programa de Envelhecimento Ativo*, uma parceria da Associação Social Cultural e Recreativa de Rebordainha e da Fundação Betânia (Centro de

Acolhimento e Formação). A criação deste projeto de intervenção social teve como objetivo, avaliar a satisfação com a vida, a felicidade subjetiva e a solidão em idosos institucionalizados e não institucionalizados, inscritos em contexto rural e urbano. Para tal, foi desenhado um estudo quase-experimental, utilizando-se uma metodologia quantitativa. Foi realizada uma pré-avaliação (diagnóstico) na qual foram recolhidos dados sociodemográficos e clínicos e aplicados diferentes instrumentos de avaliação, nomeadamente: Mini Mental State para avaliar o estado cognitivo dos idosos como estratégia na seleção da amostra; a Escala de Satisfação com a vida para medir a componente cognitiva do constructo Bem-estar Subjetivo dos participantes; a Escala de Felicidade Subjetiva; a Escala de Solidão Social e Emocional para avaliar a solidão dos participantes num estado unitário (social, familiar e romântica).

A aplicação dos instrumentos de recolha de dados decorreu entre fevereiro e junho de 2014, antes e após a implementação do programa de intervenção

Após a pré-avaliação foi desenhado o programa de intervenção composto por 16 sessões, com a duração de 30-60 minutos, tendo decorrido durante 4 meses, desde março a junho de 2014. O programa contemplou diferentes atividades, nomeadamente: exercício físico (ginástica e jogos), estimulação cognitiva, expressão plástica, dinâmicas de grupo, motricidade fina, atividades de expressão e comunicação. Este conjunto de atividades selecionadas teve como objetivo: estimular as diferentes atividades cognitivas (e.g.: atenção, perceção, linguagem, raciocínio lógico, memória); diminuir a solidão; aumentar o bem-estar; provocar sentimentos de felicidade nos idosos e, fomentar a socialização e a integração.

Após a implementação do programa, foi realizada uma nova avaliação, utilizando-se o mesmo protocolo de avaliação da pré-intervenção e um Questionário de Avaliação de Satisfação composto por questões relativas às atividades que foram desenvolvidas no programa de intervenção.

A amostra do estudo foi constituída por 20 participantes, sendo que 9 estavam inseridos na Comunidade, com idades compreendidas entre os 61 e os 85 anos e, 11 estavam inseridos numa Estrutura Residencial, com idades compreendidas entre os 76 e os 93 anos. Em ambos os grupos, a maioria dos participantes era do sexo feminino, referindo ter doenças clinicamente diagnosticadas, realçando-se os problemas cardíacos e a diabetes.

Os resultados obtidos permitiram evidenciar que existiram diferenças estatisticamente significativas entre os níveis pré e pós intervenções, nomeadamente na Escala de Felicidade Subjetiva. Embora tenha havido um aumento da média no Mini Mental State e na Escala de Satisfação com a Vida após a intervenção, a diferença entre as médias não se revelou

estatisticamente significativa Na Escala de Solidão Social e Emocional registou-se uma ligeira diminuição do valor médio entre as duas avaliações mas sem significado estatístico.

No que diz respeito ao Questionário de Avaliação de Satisfação face ao programa de intervenção, evidenciou-se que, todos os participantes do estudo, sentiram-se satisfeitos em realizar as atividades do programa de Envelhecimento Ativo. Quando confrontados acerca do que contribuiu para o facto de se sentirem satisfeitos, 85% referiram aprender coisas novas, 10% relataram o convívio e os restantes 5% evidenciaram a diversão. Todos os participantes referiram que a participação nestas atividades teve um impacto positivo, sendo que 65% sentiram-se mais felizes e 35% sentiram que aprenderam coisas novas (Mateus, 2015).

Num outro estudo, centrado na qualidade de vida dos idosos institucionalizados, foi desenvolvido, um *Programa de Envelhecimento Ativo*. Este estudo teve como objetivo avaliar a qualidade de vida nos idosos institucionalizados submetidos a um programa de intervenção. Nesse sentido, foi desenvolvido um estudo quase-experimental, utilizando-se uma metodologia quantitativa. Foi realizada uma pré-avaliação na qual foram aplicados diferentes instrumentos de avaliação, nomeadamente: o Eurohis-qol-8 para avaliar a saúde dos participantes e, o Whoqol-Old para avaliar a sua perceção de qualidade de vida. A aplicação dos instrumentos de recolha de dados decorreu entre março e julho de 2014, antes e após a implementação do programa de intervenção.

Após a pré-avaliação foi desenhado o programa de intervenção, constituído por 20 sessões, com a duração de 30-45 minutos, tendo decorrido durante 2 meses, desde abril a maio de 2014. As atividades desenvolvidas no programa abrangiam temáticas, tais como, criatividade; treino de memória a curto e longo prazo, auditiva, visual, olfactiva; atenção, concentração e observação; estimulação sensorial; perceção espacial; agilidade mental e perceptiva; motricidade fina e, participação em grupo.

Após a implementação do programa, foi realizada uma nova avaliação, utilizando-se o mesmo protocolo de avaliação da pré-intervenção composto por questões relativas às atividades que foram desenvolvidas no programa de intervenção.

A amostra do estudo foi constituída por 37 participantes, institucionalizados na Santa Casa da Misericórdia de Bragança, com idades compreendidas entre os 71 e os 100 anos de idade. A maioria dos participantes era do sexo feminino.

Os resultados obtidos permitiram evidenciar que existiram diferenças estatisticamente significativas entre os níveis pré e pós intervenções, revelando-se melhorias na percepção de qualidade de vida dos participantes envolvidos no programa de intervenção (Rebelo, 2015).

A avaliação sistemática de programas de intervenção torna-se fundamental permitindo analisar os efeitos da intervenção, determinar se esta alcançou realmente os objetivos pretendidos, tornando-se, igualmente, num processo essencial para ajuizar se é pertinente prosseguir, adaptar ou abandonar uma determinada intervenção. (Monteiro, 1996; Carvalho & Frango, 2011).

Não obstante, muitas das intervenções implementadas não são avaliadas. Outras intervenções não apresentam uma metodologia de avaliação pré e pós-intervenção e outras apresentam uma metodologia de avaliação pré e pós-intervenção, mas, sem follow-up, possibilitando apenas a avaliação das intervenções a curto-prazo e, conseqüentemente, sem evidência da sua eficácia a longo-prazo (Mellor, 2014; Wei, Hayden, Kutcher, Zygmunt & McGrath, 2013). Existem, ainda, outras metodologias de avaliação que podem ser, igualmente, pertinentes, sendo necessário, ter sempre em consideração o objeto e os objetivos dos estudos. A importância da metodologia de avaliação no desenvolvimento das intervenções tem sido sublinhada, por vários motivos: a) a evidência das intervenções não é conclusiva (Chisholm, Patterson, Torgenson, Turner, Birchwood, 2012; Weare & Nind, 2011), principalmente devido a lacunas existentes nas suas metodologias - e.g. inexistência de follow-up (Wei et al., 2013), ou de curtos períodos de follow-up (Barry, Clarke, Jenkins & Patel, 2013) e, b) só a efetividade das intervenções permite analisar o custo-efetividade, no sentido dos projetos optarem por programas mais adequados (Wei et al., 2013).

Projeto R.H.I.S - Reabilitação Habitacional e Intervenção Social

O R.H.I.S (Reabilitação Habitacional e Intervenção Social), desenvolvido pelo G.A.S Porto (Grupo de Ação Social do Porto), com o apoio financeiro da EDP e do Banco BPI surgiu no ano de 2011, com o objetivo de melhorar a qualidade de vida de pessoas com idades mais avançadas da cidade do Porto. O projeto integra dois tipos de intervenção – Social (acompanhamento de aproximação social) e Física (habitacional - melhoria de condições habitacionais) que serão descritas seguidamente.

A *intervenção social* consiste no acompanhamento social de cada um dos casos identificados pelas equipas de voluntários do G.A.S. Porto, que realizam visitas semanais e/ou quinzenais

aos idosos, procurando: minimizar situações de isolamento e de exclusão social, apoiar no acesso a serviços (hospital, pagar as contas...), realizar tarefas quotidianas, entre outras. Em muitos casos, as visitas domiciliárias têm como principal objetivo “estar” com os idosos, escutar as suas histórias de vida e proporcionar momentos de alegria. Este tipo de intervenção é liderada por um técnico de Serviço Social que desenha e articula a intervenção social e monitoriza cada um dos casos. A *intervenção física* (habitacional), coordenada por uma arquiteta, centra-se na melhoria das condições de habitabilidade utilizando, para além dos apoios da Fundação EDP e do Rock ‘n’ Law, materiais cedidos por empresas, know-how e mão-de-obra voluntária (mais de 250 voluntários no G.A.S.Porto) e/ou dos próprios beneficiários. Exemplos destas intervenções são a organização do espaço interior da habitação, a adaptação de sanitários às necessidades inerentes à condição do idoso, a melhoria do conforto ambiental e das condições de mobilidade (acessos à habitação e passagens). (descrição do projeto – adaptado do Relatório_Projeto R.H.I.S – Reabilitação Habitacional e Intervenção Social, 2016).

II. Método

O presente estudo pretende explorar o impacto percebido das intervenções desenvolvidas pelo projeto R.H.I.S na qualidade de vida de um grupo de idosos². Sendo a qualidade de vida, um fenómeno subjetivo, complexo e multidimensional (WHOQOL Group, 1997) optou-se, para a sua avaliação, por uma metodologia mista, que se considera ser a adequada para o estudo de fenómenos que, pela sua complexidade, implicam a utilização das potencialidades dos métodos qualitativos e quantitativos. A combinação das duas metodologias contribui para enriquecer e melhorar a exploração do fenómeno objeto deste estudo (Johnson & Turner, 2003; Tashakkori & Teddlie, 2010) e, por conseguinte, adequada para dar resposta às questões de investigação definidas.

² O presente estudo integra o projeto de avaliação do impacto percebido do projeto R.H.I.S solicitado pelo G.A.S. Porto ao Centro de Estudos em Desenvolvimento Humano (CEDH) da FEP-UCP. A avaliação do projeto R.H.I.S foi realizada por uma equipa de investigadores do CEDH (Luísa Campos, Mariana Barbosa e Luísa Ribeiro Trigo), por uma investigadora do R.H.I.S - G.A.S. Porto (Sílvia Gonçalves) e pela mestranda do Mestrado em Psicologia, especialização em Psicologia Clínica e da Saúde (Ana Catarina Bessa).

Questões de investigação

- 1) Qual o nível de qualidade de vida de um grupo de idosos que integraram o projeto R.H.I.S?
- 2) De que modo é que os idosos percecionam o impacto das intervenções desenvolvidas no projeto R.H.I.S na sua qualidade de vida?

Participantes

No presente estudo, utilizou-se uma amostra por conveniência, tendo como critério de seleção a facilidade de acesso aos participantes (Bettaglia, 2008). Participaram 31 idosos residentes na cidade do Porto, 27 (87.1%) do sexo feminino e 4 (12.9%) do sexo masculino, com idade média de 83 (DP= 7.66), variando as suas idades entre os 67 e os 96 anos. Os participantes eram predominantemente viúvos, a maioria completou o 1º ciclo e na generalidade viviam sós. Cerca de 45% não tinha filhos. De salientar que, de entre a informação clínica relevante, a presença de Acidentes Vasculares Cerebrais foi significativa (22.6%). Na tabela 1 encontram-se descritas as características gerais dos participantes (género, idade, escolaridade, dados clínicos relevantes e tipo de intervenção de que foram alvo).

Tabela 1. Descrição das características gerais dos participantes e tipos de intervenções.

Participante	Género	Idade	Estado Civil	Escolaridade	Dados clínicos relevantes	Tipo de intervenção
P1 – 003	Masculino	70	Solteiro	2.º Ciclo	Não se aplica	Intervenção Social
P2 – 004	Feminino	87	Viúva	Sabe ler/escrever	Não se aplica	Intervenção Social
P3 – 009	Feminino	95	Viúva	Sabe ler/escrever	Acidente Vascular Cerebral	Intervenção Social
P4 – 020	Feminino	88	Viúva	1.º Ciclo	Depressão	Intervenção Social

Participante	Género	Idade	Estado civil	Escolaridade	Dados clínicos relevantes	Tipo de Intervenção
P5 – 023	Feminino	70	Viúva	1.º Ciclo	Acidente Vascular Cerebral	Intervenção Social
P6 – 027	Feminino	80	Viúva	Sabe ler/escrever	Não se aplica	Intervenção Social
P7 – 029	Feminino	67	Solteira	Estudos Universitários	Outra	Intervenção Social
P8 - 036	Masculino	91	Viúvo	1.º Ciclo	Prótese perna	Intervenção Social
P9 – 037	Feminino	87	Viúva	1.º Ciclo	Problemas de coração	Intervenção Social
P10 – 040	Feminino	84	Viúva	1.º Ciclo	Outra	Intervenção Social
P11 – 043	Feminino	91	Viúva	1.º Ciclo	Outra	Intervenção Social
P12 – 048	Feminino	78	Solteira	Sabe ler/escrever	Meningite	Intervenção Social
P13 – 051	Feminino	86	Viúva	Não sabe	Tromboflebite	Intervenção Social
P14 – 053	Feminino	84	Viúva	Sabe ler/escrever	Osteoporose	Intervenção Social
P15 – 054	Feminino	94	Viúva	Sabe ler/escrever	Acamada	Intervenção Física
P16 – 001	Feminino	74	Viúva	Sabe ler/escrever	Acidente Vascular Cerebral	Ambas as Intervenções
P17 – 006	Feminino	90	Casada	1.º Ciclo	Não se aplica	Ambas as Intervenções
P18 – 007	Feminino	85	Viúva	1.º Ciclo	Paralisia Facial	Ambas as Intervenções
P19-013	Masculino	87	Casado	Não sabe	Problemas de coração	Ambas as Intervenções
P20 – 015	Feminino	89	Viúva	Sabe ler/escrever	Problemas de audição	Ambas as Intervenções

Participantes	Género	Idade	Estado Civil	Escolaridade	Dados clínicos relevantes	Tipo de Intervenção
P21 – 016	Feminino	75	Solteira	1.º Ciclo	Acidente Vascular Cerebral	Ambas as Intervenções
P22 – 024	Feminino	74	Solteira	1.º Ciclo	Problemas de ossos	Ambas as Intervenções
P23 – 025	Feminino	85	Viúva	1.º Ciclo	Herne no estômago	Ambas as Intervenções
P24 – 034	Feminino	94	Viúva	1.º Ciclo	Problemas de ossos	Ambas as Intervenções
P25 – 039	Feminino	79	Divorciada	1.º Ciclo	Acidente Vascular Cerebral	Ambas as Intervenções
P26 – 046	Feminino	81	Viúva	Estudos Universitários	Depressão	Ambas as Intervenções
P27 – 047	Masculino	86	Viúvo	Não sabe	Não se aplica	Ambas as Intervenções
P28 – 049	Feminino	80	Viúva	3.º Ciclo	Tromboses	Ambas as Intervenções
P29 – 050	Feminino	82	Solteira	2.º Ciclo	Reumatismo Degenerativo	Intervenção Social
P30 – 010	Feminino	89	Viúva	1.º Ciclo	Acidente Vascular Cerebral	Intervenção Social
P31 – 011	Feminino	96	Viúva	Sabe ler/escrever	Acidente Vascular Cerebral	Ambas as Intervenções

Instrumentos

Questionário de Caracterização dos Participantes

O Questionário de Caracterização dos Participantes foi preenchido a partir da base de dados do G.A.S. Porto, tendo sido, recolhidos os seguintes dados: género, data de nascimento,

estado civil, escolaridade e última profissão, tempo de trabalho, características do agregado familiar, dinâmica familiar/social, dados clínicos relevantes e tipos de intervenção³.

World Health Organization Quality of Life Bref (WHOQOL-Bref; WHOQOL Group, 1994) - Instrumento Abreviado de Avaliação da Qualidade de Vida da Organização Mundial de Saúde (Canavarro et al., 2007)

É questionário de autorrelato composto por 26 itens, que se baseia num modelo de avaliação da qualidade de vida multicultural e multidimensional. Para além de uma faceta geral, organiza-se em quatro domínios – físico, psicológico, relações sociais e ambiente. O formato das respostas baseia-se numa escala tipo *Likert* de cinco pontos (1=nada a 5= completamente satisfeito), sendo os itens 3, 4 e 26 invertidos. Os valores obtidos variam entre 0 e 100, correspondendo o valor 100 a uma perceção mais elevada de qualidade de vida. A versão portuguesa apresenta boas propriedades psicométricas, nomeadamente bons valores de consistência interna, validade discriminante, validade de conteúdo e estabilidade teste-reteste, tornando o instrumento capaz de avaliar a qualidade de vida em Portugal (Vaz Serra et al., 2006).

Guião de entrevista de exploração do impacto percebido do RHIS na qualidade de vida de idosos

O guião de entrevista semiestruturada (Anexo 1) foi construído especificamente para este estudo com base na revisão da literatura e nos objetivos específicos definidos. Foi co-elaborado pela equipa R.H.I.S. do G.A.S.Porto e pela equipa do Centro de Estudos de Desenvolvimento Humano (CEDH) da Faculdade de Educação e Psicologia da Universidade Católica Portuguesa. O guião possui como objetivo geral explorar a perceção dos participantes relativamente ao impacto das intervenções – física e social – na sua qualidade de vida. Mais especificamente, o guião pretende explorar perceções relativas ao tipo de *intervenção física* realizada: como descrevem a intervenção, as principais diferenças sentidas após a intervenção, se pensaram anteriormente acerca da possibilidade da ocorrência da intervenção, se em algum momento se arrependeram em terem aceite a intervenção, se têm

³ Alguns destes dados não foram utilizados para o presente estudo.

conhecimento do valor monetário da mesma, se ainda gostavam de mudar algo nas suas casas e qual o impacto das intervenções no seu bem-estar psicológico, físico e na sua vida social. São, igualmente, exploradas percepções relativas à *intervenção social* realizada: tipo de apoio prestado pelos voluntários, se recorrem à ajuda dos voluntários quando precisam, se alguma vez sentiram desconforto ou não lhes apeteceu receber os voluntários nas suas casas, a principal diferença que sentem na sua vida desde que começaram a receber as visitas dos voluntários, como descrevem os voluntários numa só palavra, se gostariam que algo fosse diferente no voluntariado e qual o impacto dessas visitas no seu bem-estar psicológico, físico e na sua vida social.

Sempre que necessário, foi esclarecido aos participantes o que se entendia por bem-estar psicológico, físico e por vida social. Assim, foi clarificado aos participantes que alguém que percebe sentir bem-estar psicológico, gosta da sua vida, sente que a sua vida tem sentido, é capaz de aceitar a sua aparência física, está satisfeito consigo próprio. Alguém que percebe sentir bem-estar físico, é alguém cujas dores físicas não o impedem de realizar as suas tarefas diárias, grau de necessidade de cuidados médicos, possui energia suficiente para a sua vida diária, grau de mobilidade, satisfação com o sono. Por último, quem percebe sentir uma vida social satisfatória é alguém que possui relações satisfatórias, por exemplo, com os vizinhos e amigos (esta clarificação e consequente exemplificação teve por base a definição teórica da qualidade de vida e suas dimensões proposta pelo World Health Organization Quality Of Life (WHOQOL, Group, 1995).

Procedimentos de Recolha de Dados

Inicialmente, foi solicitada a autorização dos autores da versão portuguesa do WHOQOL-*Bref* para aplicação no presente estudo (Anexo 2).

Num primeiro momento, foram aplicados pela investigadora do R.H.I.S, os instrumentos a um participante do projeto R.H.I.S com o intuito de se perceber se os itens do WHOQOL-*Bref* e se as questões colocadas no Guião de entrevista de exploração do impacto percebido do RHIS na qualidade de vida de idosos eram compreendidos, bem como o tempo necessário para a sua aplicação. Não foi necessário realizar quaisquer alterações aos instrumentos, considerando-se adequada a aplicação de ambos os instrumentos no mesmo momento.

A investigadora do R.H.I.S e a mestranda foram previamente apresentadas a cada participante pela equipa de voluntários do G.A.S.Porto que visita os diferentes participantes. No início do

momento da recolha de dados junto de cada participante, a investigadora do R.H.I.S e a mestranda apresentavam os objetivos do estudo, abrindo espaço a questões e/ou comentários, solicitando o seu consentimento informado (Anexo 3).

O WHOQOL-*Bref* e o Guião de entrevista de exploração do impacto percebido do RHIS na qualidade de vida de idosos foram recolhidos junto de cada participante nos seus domicílios. Sempre que possível, procurou-se que fossem locais fechados (garantindo-se a confidencialidade das respostas), com um grau de luminosidade adequado e sem ruído. O preenchimento dos instrumentos foi realizado pela investigadora do R.H.I.S e pela mestranda devido às limitações dos participantes (e.g., dificuldades de visão). Ao longo das entrevistas tentou-se encontrar um equilíbrio entre o desenrolar espontâneo das respostas dos participantes às questões do guião da entrevista, dando-se espaço para cada participante explorar temas importantes para si sem, no entanto, divergir dos objetivos do estudo. Foram respeitados os momentos de silêncio. A maioria das entrevistas (28) foram gravadas em áudio após devida autorização dos participantes. Apenas 2 participantes recusaram a referida gravação.

O Questionário de Caracterização dos Participantes foi previamente preenchido pela investigadora do R.H.I.S à recolha de dados com as informações arquivadas no G.A.S.Porto, confirmando-se estas informações com os participantes e completando-as, em alguns casos. Os dados foram recolhidos ao longo de sete meses.

Procedimentos de Análise de Dados

Para caracterizar os participantes e o seu nível de qualidade de vida recorreu-se à estatística descritiva, que engloba um conjunto de medidas de tendência central e de dispersão – frequências relativas, médias, desvios-padrão (Martins, 2011). De referir que, para efetuar o cálculo do nível de qualidade de vida no domínio relações sociais foi necessário alterar os *missing values* para 3 (= nem satisfeito nem insatisfeito), uma vez que nenhum participante respondeu ao item 21 (“Até que ponto está satisfeito(a) com a sua vida sexual?”) por se ter considerado delicado colocar esta questão a este grupo de idosos. Para a realização da análise de dados de natureza quantitativa, num primeiro momento foi construída a respetiva base de dados, utilizando-se para o devido efeito o programa informático Statistical Package for the Social Sciences (IMB SPSS v.22).

Quanto aos dados de natureza qualitativa, num primeiro momento as entrevistas semiestruturadas foram transcritas na íntegra (pela investigadora do R.H.I.S e pela mestranda) e, posteriormente, procedeu-se à análise do seu conteúdo numa abordagem semi-indutiva. O conteúdo das entrevistas foi fragmentado em unidades de registo, tendo como critério de definição o facto de constituírem uma ideia única (Fernandes & Maia, 2001). O sistema de categorias (anexo 4) evoluiu garantindo-se a criação de novas categorias e subcategorias refletindo os conteúdos emergentes dos dados sublinhando-se, assim, a lógica indutiva subjacente. Os dados foram analisados (por ambas as investigadoras, com supervisão de uma investigadora do CEDH) com recurso ao *software* NVIVO, versão 10.

III. Apresentação e Análise dos dados

Neste ponto serão apresentados e integrados os dados obtidos através das diferentes fontes de recolha e realizada uma análise articulada dos mesmos com as considerações teóricas sobre o fenómeno em estudo. Esta apresentação e análise dos dados organiza-se em torno das questões de investigação. Inicialmente caracteriza-se o nível de qualidade de vida dos participantes do projeto R.H.I.S e, posteriormente, será explorado o modo como os participantes percecionaram o impacto das intervenções de que foram alvo na sua qualidade de vida.

1. Qual o nível de qualidade de vida de um grupo de idosos que integraram o projeto R.H.I.S?

Os participantes do presente estudo apresentaram, após a intervenção do projeto R.H.I.S, um nível de qualidade de vida geral baixo ($M= 38.70$, $DP=20,2$), avaliado pelo *WHOQOL-Bref* (Canavarro et al., 2007). Na análise por domínios encontrámos níveis superiores de qualidade de vida nos domínios *Relações Sociais* ($M=62.36$, $DP=10.9$), *Psicológico* ($M=59.94$; $DP=11.0$) e *Ambiente* ($M=56.85$, $DP=11.5$), encontrando-se o valor mais inferior no domínio *Físico* ($M=36.98$; $DP=11.72$). Assim, os participantes envolvidos no presente estudo percecionaram o seu nível de qualidade de vida geral como sendo baixo, em particular no domínio físico. Estes dados vão de encontro à pertinência e objetivo do projeto R.H.I.S - melhorar a qualidade de vida de pessoas com idades mais avançadas da cidade do Porto. Especificamente, em relação aos valores mais baixos no domínio físico, estes parecem

também ser congruentes com as características sociodemográficas e clínicas (e.g.: idade, dados clínicos relevantes) dos participantes envolvidos neste estudo. Estes resultados vão no mesmo sentido do referido na literatura uma vez que a saúde física em pessoas de idade avançada é um domínio da qualidade de vida tendencialmente avaliado de forma negativa, na medida em que, para além da vulnerabilidade para o aparecimento de problemas de saúde, também está associado a uma variedade de mudanças biológicas (e.g.: declínio gradual das funções e alguns órgãos, aparecimento de doenças crónicas, infeções, enfraquecimento muscular, alteração nos processos sensoriais e perceptivos) (WHO, 2002) que diminuem a funcionalidade da população idosa.

2. De que modo é que os idosos percebem o impacto das intervenções desenvolvidas no projeto R.H.I.S na sua qualidade de vida?

No sentido de compreendermos as perceções dos idosos sobre o impacto do projeto R.H.I.S na sua qualidade de vida, importa iniciar a presente análise partindo do conceito de qualidade de vida subjacente ao presente estudo - “perceção do indivíduo sobre a sua posição na vida, dentro do contexto dos sistemas de cultura e valores nos quais está inserido e em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações” (WHOQOL Group, 1995, p. 103). Este conceito contempla a complexa influência das dimensões física (e.g., energia e fadiga, dor, desconforto), psicológica (e.g., aparência, imagem corporal, sentimentos negativos e positivos, memória, autoestima), relações sociais (e.g., suporte social) e relações com características salientes do respetivo meio na avaliação subjetiva da qualidade de vida individual (e.g., recursos financeiros, participação em oportunidades para aquisição de novas informações e competências e oportunidades recreativas).⁴ Neste sentido, torna-se importante referir que, a presente análise, terá na sua base esta mesma integração.

Em termos gerais, os discursos dos participantes remeteram para um impacto positivo das intervenções (social e física) do projeto R.H.I.S na sua qualidade de vida, uma vez que, a totalidade dos participantes, que foram alvo das intervenções físicas, das intervenções sociais e de ambas, apresentaram narrativas positivas face às intervenções realizadas, em especial, nas dimensões física, psicológica, relações sociais e meio ambiente (e.g.: P011: “*Senti-me*

⁴ Apenas foram exploradas as dimensões descritas, não sendo consideradas, neste estudo, a dimensão nível de independência (e.g.: cuidados do dia-a-dia, cuidados médicos) e a dimensão crenças pessoais (e.g.: religião e espiritualidade) da qualidade de vida.

bem na generalidade”). Noutros estudos de avaliação de programas de intervenção, cujo objetivo destes programas, centra-se, igualmente, na promoção da qualidade de vida da população idosa, verificam-se, após a sua implementação, diferenças estatisticamente significativas entre os níveis pré e pós intervenções, revelando-se melhorias na perceção de qualidade de vida dos seus participantes (Torres & Marques; Mateus, 2015; Rebelo, 2015). Uma análise específica do impacto das intervenções nas diferentes dimensões da qualidade de vida dos participantes será realizada seguidamente, considerando conjuntamente os participantes submetidos a diferentes tipos de intervenções (apenas um tipo de intervenção ou ambas). Não obstante, importa realçar que, embora seja realizada uma análise por domínios/dimensões as mesmas não poderão ser consideradas de forma independente/estaque, uma vez que se interrelacionam entre si (World Health Organization Quality Of Life [WHOQOL] Group, 1995).

No *domínio físico*, tal como referido anteriormente os participantes apresentaram valores baixos, sendo o domínio com os valores mais inferiores de qualidade de vida, avaliados pelo *WHOQOL-Bref*. Através da entrevista, explorou-se o impacto da intervenção física na dimensão física dos participantes. Dos relatos obtidos emergiram discursos positivos decorrentes da intervenção física sendo que 10 (66.6%) em 15 dos participantes, sendo que destes últimos, 1 foi alvo da intervenção física e 14 foram alvo de ambas as intervenções, perceberam-na como positiva (e.g.: P016: “São (...) é, é, é melhor porque é mais cómodo, dá-me mais jeito, não faço tanto esforço por exemplo para (...) eu tinha de fazer ali uma ginástica grande por causa de me darem banho e, e, e portanto é bom, é melhor.”). Assim, apesar do domínio físico apresentar valores inferiores, parecendo estes estar relacionados com as próprias características sociodemográficas e clínicas dos participantes, a maioria dos participantes que foram alvo da intervenção física perceberam-na como tendo tido um impacto positivo na dimensão física da sua qualidade de vida e sete (46.6%) dos 15 participantes anteriormente descritos, descreveram-na como “boa”, emergindo outras caracterizações como “maravilhoso” e “útil”. De acordo com a literatura, uma boa saúde física é essencial para que as pessoas mais idosas possam manter uma qualidade de vida aceitável e possam continuar a assegurar os seus contributos na sociedade, uma vez que as pessoas idosas ativas e saudáveis, para além de se manterem autónomas, constituem um importante recurso para as suas famílias, comunidades e economias (OMS, 1999),

compreendendo-se, por isso, o importante papel e impacto do projeto R.H.I.S na vida destes participantes.

O *domínio psicológico*, e tal como referido anteriormente, foi um dos três domínios com valores mais elevados de qualidade de vida, avaliados pelo *WHOQOL-Bref* e, como tal, procurámos explorar como era percebido, pelos participantes, o impacto nesta dimensão. Através das narrativas dos participantes entrevistados, pudemos compreender que parecia existir uma considerável influência da intervenção física na dimensão psicológica destes idosos, uma vez que 12 (80%) dos 15 participantes, considerando-se que destes últimos, 1 foi alvo da intervenção física e 14 foram alvo de ambas as intervenções, percecionaram-na como positiva (e.g.: 046: *“Ai pois senti menina mais satisfeita porque realmente eu queria, queria tomar banho e não conseguia.”*). Em alguns estudos é reportado que a realização de alterações habitacionais estiveram associadas a níveis mais elevados de satisfação com a vida, sentimentos de alegria e sentido de vida da população idosa (Sousa, Galante & Figueiredo, 2003). No que concerne ao impacto da intervenção social na dimensão psicológica, 25 (83.3%) dos 30 participantes, sendo que destes últimos, 16 foram alvo da intervenção social e 14 foram alvo de ambas as intervenções, percecionaram-na como tendo um impacto bastante positivo (P003: *“Acho que me sinto assim melhor, já tenho com quem desabafar, com quem conversar, eu acho que já me sinto melhor. Acho-me assim, acho que já não estou tão desamparada, que já não me sinto tanto sozinha.”*; P029: *“Quer dizer ajudaram porque davam-me aquele apoio que eu às vezes estava assim um bocado negativa e elas, quer dizer, davam-me apoio e conversavam comigo e estavam-me sempre a dar a volta, é.”*). Para além disso, 21 (70%) dos 30 participantes descritos anteriormente, descreveram-na como “Boa/Muito boa”, surgindo ainda descrições como “a maior maravilha que há” ou “amizade”. Com base nos estudos de Liang, Krause & Bennet (2001), as trocas sociais – dar apoio, receber apoio – podem constituir-se como experiências importantes para o desenvolvimento de bem-estar psicológico, sendo que, *ter por que viver e para quem viver* são condições necessárias ao bem-estar e, por conseguinte, à saúde mental (Peralta & Silva, 2002).

No *domínio relações sociais*, os participantes, tal como foi referido anteriormente, revelaram níveis superiores de qualidade de vida, avaliados pelo *WHOQOL-Bref*. Contudo, de acordo com a indicação fornecida nas entrevistas, apenas dois (6.6%) dos 30 participantes, considerando-se que destes últimos, 16 foram alvo da intervenção social e 14 foram alvo de

ambas as intervenções, perceberam a intervenção social como tendo um papel positivo na dimensão social (e.g.: P048: *“Tenho mais vontade de falar, conversar.”*). De salientar que, os relatos dos participantes eram relativos à satisfação com as suas relações pessoais e amigos, podendo justificar o baixo número de testemunhos sobre a percepção do impacto da intervenção na sua vida social. Não obstante, apesar de apenas dois (6.6%) participantes terem percebido um papel positivo da intervenção social na sua vida social, os discursos dos participantes revelaram elevado nível de satisfação com as visitas, com o contacto e apoio emocional prestado pelos voluntários considerado por 26 (86.6%) em 30 participantes (e.g.: P003: *“São meus amigos, dão-me conforto e dão-me carinho, que só isso vale tudo.”*; P029: *“Eles dão-me, conversam comigo, dão-me apoio. Fazem-me companhia.”*; P034: *“Miminhos, beijinhos, amigos, conversas. Eles também gostam que eu converse com eles. Riem-se que eu conto assim anedotas malucas”*.), como tendo um impacto muito positivo na sua vida social. Diferentes estudos sugerem a importância das relações sociais, e salientam que estas oferecem suporte social, tendo uma influência positiva na vida social dos idosos, uma vez que, para além de contribuírem para a redução do isolamento social (e a solidão) aumentam a sua satisfação com a vida (Soares, 2012). Os dados das entrevistas remetem, assim, para o contributo do apoio prestado pelos voluntários na vida dos participantes, parecendo contribuir para uma diminuição do seu isolamento. Podemos compreender o impacto positivo do apoio prestado pelos voluntários ao encontrar referência a testemunhos por parte de 10 (33.3%) em 30 participantes, que verbalizaram sentimentos muito positivos associados aos voluntários (P047: *“Uma alegria de as ver aqui de vez em quando, que não gostava que vocês fossem retirados.”*; P043: *“Têm-me ajudado bastante e gosto muito deles”*; P034: *“Porque eu fico, no dia que eles vêm eu fico muito contente porque tenho com quem conversar, com quem me rir, com quem dizer maluqueiras, é tudo assim...”*; P023: *“Quanto aos outros, os outros eu só tenho a dizer bem deles o que me fizeram nunca mais me vai sair do coração, isso não já se sabe que não.”*), sendo que 9 (29%) participantes descreveram-nos numa palavra, como sendo *“boas pessoas”*, emergindo outras caracterizações como *“simpáticos”*, *“amigos”*, *“são como família”*, *“bem-dispostos”*, *“queridas”* e *“são muito doces”*. A literatura sugere que as relações que os idosos estabelecem, constituem-se como mecanismos de *coping* para lidar com os stressores que acompanham o envelhecimento, dado que estas relações promovem uma vivência relacional de partilha e diálogo (Hunter & Gillen, 2009). Relativamente ao *domínio meio ambiente*, e tal como referido anteriormente, foi um dos três domínios com valores mais elevados de qualidade de vida, avaliados pelo WHOQOL-Bref.

Do ponto de vista teórico a dimensão ambiente engloba, por exemplo, a participação em atividades de lazer, o acesso a informações de vida de diária e acessibilidade nos transportes (WHOQOL, 1997). Ao analisarmos o conteúdo das entrevistas encontramos, nos enunciados dos participantes, referências que revelam uma percepção dos participantes em serem ajudados pelos voluntários a acederem a informações necessárias para organizarem a sua vida diária (P024: “Ajudou por exemplo a ir com o meu filho à Segurança Social...hum...ajudou na internet.”; P043: “Às vezes pergunto, já tenho perguntado alguma coisinha.”), nos transportes que utilizam (P029: “Quer dizer...tenho, tive alturas que já recorri a elas, às vezes para me levar ao hospital, já a x foi comigo à consulta e tudo, também tenho.”) e na participação de atividades de lazer (P001: “Vão passear comigo até lá ao 24 de agosto. ”), uma vez que, 10 (33.3%) dos 30 participantes, sendo que destes últimos, 16 foram alvo da intervenção social e 14 foram alvo de ambas as intervenções, relataram que recorriam ao apoio dos voluntários quando necessitavam retirar alguma dúvida ou quando precisavam efetivamente de ajuda (P015: “Às vezes já tenho pedido.”; P016: “Olhe já recorri, já recorri para me irem à mercearia buscar-me pão ou qualquer coisa assim.”; P049: “Eles amanhã já me vão levar à avenida de França fazer o eletrocardiograma e vêm-me trazer a casa.”).

Para além dos aspetos anteriormente referidos, a dimensão ambiente engloba, igualmente, a satisfação com as condições com o lugar onde vive e o sentimento de que o seu ambiente físico é saudável (WHOQOL, 1997). Nesse sentido, quando questionados se sentiam a necessidade de alterações ou melhorias em futuras intervenções físicas que pudessem ser realizadas, sete (46.6%) em 15 participantes, considerando-se que destes últimos, 1 participante foi alvo da intervenção física e 14 participantes foram alvo de ambas as intervenções, partilharam que ainda gostariam de melhorar e modificar alguns aspetos nas suas casas (e.g.: P054: “Gostava de comprar uma mesinha para pôr lá a televisão”; P011: “Mudar-me para uma casa”; P025: “Gostava de uma banheira, não há lugar para a pôr.”). Compreende-se que o envelhecimento está associado a uma necessidade crescente e constante desta população em aceder e usufruir de condições adaptadas às suas necessidades no lugar em que vive.

Em síntese, os discursos dos participantes são indicadores de um impacto percebido como positivo do Projeto R.H.I.S. nas dimensões - física, psicológica, social e ambiente - da qualidade de vida deste grupo de idosos, dimensões que, se interrelacionam entre si, parecendo impactar umas nas outras, embora pareça destacar-se a dimensão psicológica.

Segundo a literatura, o envelhecimento está muito associado ao aumento de situações de exclusão social que cada vez são mais frequentes (Correia, 2009) e a alterações do estado emocional, nomeadamente, a diminuição da capacidade do idoso em adaptar-se às alterações do seu meio, às mudanças nos seus papéis sociais e à diminuição dos seus contactos sociais (Paúl, 2005). De notar que estamos perante um grupo de participantes, na generalidade, muito isolados socialmente, com escassos vínculos significativos e cujo apoio (instrumental e emocional) prestado pelos voluntários pareceu revelar-se fundamental no seu dia-a-dia, impactando positivamente a dimensão psicológica destes idosos.

IV. Conclusões

No presente estudo foram envolvidos 31 idosos do projeto R.H.IS que, através da avaliação do *WHOQOL-Bref*, revelaram possuir uma perceção de qualidade de vida geral baixo, em particular no domínio físico.

Relativamente ao impacto percebido da avaliação do Projeto R.H.I.S na qualidade de vida deste grupo de idosos, os dados permitem compreender que o impacto foi percecionado como positivo nas dimensões da qualidade de vida - física, psicológica, social e ambiente- verificando-se, fundamentalmente, um impacto mais positivo dos dois tipos de intervenção do projeto R.H.I.S. (física e social) na dimensão psicológica.

As intervenções desenvolvidas no projeto R.H.I.S., centradas na promoção da qualidade de vida da população idosa, constituem-se como pertinentes, contribuindo para que os idosos desfrutem de mais saúde e estejam menos isolados da sua comunidade.

Este estudo possui limitações, salientando-se o facto de os participantes serem, na sua maioria, do género feminino, não permitindo compreender se existem diferenças de género. Em termos metodológicos, considera-se como limitação, o facto do preenchimento dos questionários ter sido efectuado pela investigadora e não pelos próprios participantes, podendo ter conduzido ao fenómeno de desejabilidade social e por consequência, a um viés nos resultados. Em termos da análise de dados, existem igualmente limitações, repercutindo-se estas no facto de não ter sido considerada a amplitude das idades dos participantes, sendo que, idosos com idades muito distintas, possuirão características muito diferentes. O facto de serem realizadas as análises misturando participantes submetidos a diferentes tipos de intervenções (apenas um tipo de intervenção ou ambas as intervenções), constitui-se, igualmente, como uma limitação do estudo. Os participantes que foram alvo das duas

intervenções (física e social) podem ter percepcionado um maior impacto do projeto R.H.I.S, uma vez estas podem ter-se potenciado, influenciando-se positivamente.

Como sugestões para a investigação futura, considera-se pertinente a realização de uma pré-avaliação, através de uma metodologia quantitativa, para comparação dos resultados antes e após a implementação das intervenções. Seria, também, importante, ao invés de considerar apenas algumas dimensões, explorar todas as dimensões da qualidade de vida dos participantes, no sentido de compreender qual a percepção dos participantes relativamente ao impacto das intervenções também nessas dimensões.

Em Portugal, torna-se importante a realização de intervenções junto desta população-alvo e a avaliação do seu impacto. De salientar, que é um dos países mais envelhecidos da União Europeia (Carrilho, 2009), tornando-se, por isso, fundamental, promover um envelhecimento ativo e saudável desta população (Comissão Europeia, 2014).

Os dados deste estudo poderão ser úteis para quem planifica e implementa intervenções para a população idosa, na medida em que poderão contribuir para a compreensão do potencial das mesmas na promoção da qualidade de vida. Os dados deste estudo permitem, igualmente, ainda pensar o papel do psicólogo neste âmbito, uma vez que, ao considerarmos a importância da promoção de um envelhecimento saudável e ativo, a atuação dos psicólogos, enquanto profissionais preparados para compreender a idiossincrasia dos indivíduos, poderá desenhar-se no sentido de avaliar e compreender as necessidades desta população e, assim, contribuir para a planificação e implementação de intervenções direccionadas para esta população.

Referências Bibliográficas

- Cancela, D. (2007). *O processo de envelhecimento*. Consultado no website: <http://www.psicologia.pt/artigos/textos/TL0097.pdf>.
- Carvalho, J. & Frango, P. (2011). Intervenção Preventiva com Grupos Vulneráveis: A experiência do Programa de Intervenção Focalizada. Instituto da Droga e da Toxicod dependência – IDT, 1-192.
- Comissão Europeia. (2010, Março, 3). *Estratégia para um crescimento inteligente, sustentável e inclusivo*. Consultado no website Comissão Europeia: <http://eurlex.europa.eu/LexUriServ/LexUriServ.do?uri=COM:2010:2020:FIN:pt:PDF>
- Correia, C. (2009). O apoio social e a qualidade de vida dos idosos do concelho de faro. Universidade do Algarve.
- Ferreira, P. (1985). Manual de geriatria e gerontologia. Rio de Janeiro: Ed. Brasileira de Medicina.
- Figueiredo, L. (2007). *Cuidados familiares ao idoso dependente*. Lisboa: Climepsi Editores.
- Fonseca, A. M. (2005). *Desenvolvimento humano e envelhecimento* (1ª edição). Lisboa: Climepsi Editores.
- Fonseca, A. M. (2006). *O Envelhecimento: Uma bordagem psicológica*. (2.º edição). Lisboa: Universidade Católica Portuguesa.
- Fonseca, A. M., Nunes, M. V., Teles, L., Martins, C., Paúl, C. & Castro-Caldas, A. (2009). Instrumento de Avaliação da Qualidade de Vida (IAQdV) – Estudo de Validação para a população Idosa Portuguesa. *Psychologica*, 50, 373-388.
- Fundo de População das Nações Unidas. (2012). *Envelhecimento no Século XXI: Celebração e Desafio*. New York: Fundo de População das Nações Unidas.
- Gonçalves, A & Vilarta, R. (2004). Qualidade de vida: identidades e indicadores. In: Gonçalves, A & Vilarta, R (orgs.) *Qualidade de vida: explorando teorias e práticas*. Barueri, 03-25.

- Instituto Nacional de Estatística (2014). *Estatísticas Demográficas 2014: Relatório anual 2014*. Consultado no website:
https://www.ine.pt/ngt_server/attachfileu.jsp?look_parentBoiu=244482483&att_display=n&att_download=y.
- Jeamment, P. (1989). *Manual de psicologia médica*. S. Paulo: Masson.
- Liang, J., Krause, N., & Bennet, J. (2001). Social Exchange and well-being: Is giving better than receiving? *Psychology and Aging*, 16, 511-523.
- Martins, C. (2011). *Manual de análise de dados quantitativos com recurso ao IBM SPSS: saber decidir, fazer, interpretar e redigir*. Braga: Psiquilibrios.
- Mateus, P. (2015). *Efeitos de um Programa de Envelhecimento Ativo em Sentimentos de Idosos*. (Dissertação de Mestrado). Disponível em [Biblioteca Digital do Instituto Politécnico de Bragança]. (Acesso: <http://hdl.handle.net/10198/12565>).
- Moraes, E., Moraes, F., & Lima, S. (2010). Características biológicas e psicológicas do envelhecimento. *Revista Médica de Minas Geras*, 20(1). 67-73.
- Nahas, M. (2006). *Atividade física, saúde e qualidade de vida: Conceitos e sugestões para um estilo de vida ativo*. Londrina: Midiograf.
- Oliveira, B. (2008). *Psicologia do envelhecimento e do idoso*. Livpsic: Porto.
- Organização Mundial de Saúde (1999). *Relatório Mundial de Saúde: Banco de dados*. Genebra: Organização Mundial de Saúde.
- Organização Mundial de Saúde (2001). *Health and aging: a discussion paper*. Genebra: Departement of Health Promotion.
- Panzini, R., Rocha, N., Bandeira, D., & Fleck, M. (2007). Qualidade de vida e espiritualidade. *Revista de Psiquiatria Clínica*, 34(1), 105-115.
- Paúl, C. (2006). Psicologia do envelhecimento. In H. Firmino (Ed.), *Psicogeriatrics* (pp. 43-68). Coimbra: Psiquiatria Clínica.
- Peralta, E., & Silva, D. (2002) Purpose in life in old age. Poster apresentado na 16th Conference of European Health Psychology Society. Lisboa: Outubro.

Grupo de Acção Social do Porto (2016). *Projeto Reabilitação Habitacional e Intervenção Social* (Projeto não publicado). Energias de Portugal.

Rebelo, F. (2015). *Qualidade de vida em Idosos Institucionalizados submetidos a um Programa de Envelhecimento Ativo*. (Dissertação de Mestrado). Disponível em [Biblioteca Digital do Instituto Politécnico de Bragança]. (Acesso: <http://hdl.handle.net/10198/12571>).

Serra, A. V. (2006). Que significa envelhecer? In H. Firmino (Ed.), *Psicogeriatrics* (pp. 21-33). Coimbra: Psiquiatria Clínica.

Simões, P. (2010). *Envelhecer bem: um estudo sobre a qualidade de vida e espiritualidade*. Aveiro

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

Straub, R. O. (2005). *Psicologia da saúde*. Porto Alegre: Artmed.

Torres, M. & Marques, E. (2008). *Envelhecimento activo: um olhar multidimensional sobre a promoção da saúde*. Estudo de caso em Viana do Castelo. Consultado no website: <http://www.aps.pt/vicongresso/pdfs/233.pdf>.

United Nations Educational, Scientific and Cultural Organization (2010). *Engineering: Issues, Challenges and Opportunities for Development*. France: United Nations Educational, Scientific and Cultural Organization.

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

Vecchia, R., Ruiz, T., Bocchi, S. & Corrente, J. (2005). Qualidade de vida na terceira idade: um conceito subjetivo. *Revista Brasileira de Epidemiologia*, 8 (3), 246-252.

World Health Organization (2002). *World Health Report 2002: Reducing Risks, Promoting Healthy Life*. Geneva: World Health Organization.

World Health Organization Quality Of Life Group (1993). Study protocol for the World Health Organization project to develop a Quality of Life assessment instrument (WHOQOL). *Quality of Life Research*, 2, 153-159.

World Health Organization Quality Of Life Group (1994). Development of the World Health Organization Quality of Life: Rationale and current status. *International Journal of Mental Health*, 23 (3), 24-56.

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

World Health Organization Quality Of Life (1997). *Measuring Quality of Life*. Consultado no website World Health Organization: http://www.who.int/mental_health/media/68.pdf

World Health Organization Quality Of Life Group (1998). The World Health Organization Quality of Life Assessment (WHOQOL): Development and general psychometric properties. *Social Science e Medicine*, 46 (12), 1569-1585.

Anexos

Anexo 1. Guião de entrevista de exploração do impacto percebido do R.H.I.S. na qualidade de vida de idoso

AVALIAÇÃO DO IMPACTO PERCEBIDO DO RHIS_ PROJETO R.H.I.S.

Reabilitação Habitacional e Intervenção Social

**PROPOSTA AVALIAÇÃO DO IMPACTO PERCEBIDO PROJETO R.H.I.S.
Reabilitação Habitacional e Intervenção Social**

Luísa Campos_Luísa Ribeiro Trigo_Mariana Barbosa _ 18.05.2015

N.º processo: _____

Data de recolha dos dados WHOQOL: ____ / ____ / ____

Data de realização de entrevista: ____ / ____ / ____

DADOS PARTICIPANTE (a ser preenchido previamente à recolha de dados)

Género:

Feminino Masculino

Data de nascimento:

____ / ____ / ____

Estado civil:

- Solteiro/a
 Casado/a
 Divorciado/a
 Separado/a
 Viúvo/a
 União de Facto

Escolaridade e Profissão:

- Não sabe ler nem escrever
 Sabe ler e/ou escrever
 1º Ciclo (1º- 4º ano)
 2º Ciclo (5º - 6º ano)
 3º Ciclo (7º - 9º ano)
 Secundário (10º - 12º ano)
 Estudos universitários
 Formação pós-graduada
 Outra - Qual? _____

Profissão (última): _____ **Tempo de trabalho:** _____

Características do agregado:

Nº de pessoas do agregado: 1 2 3 4 + de 5 Quantos? ____

Grau(s) de parentesco: _____

Nº de filhos: 1 2 3 4 + de 5 Quantos? ____

Idade(s) do(s) filho(s): _____

Dinâmica familiar/social:

Visitas regulares dos filhos:

Sim Não N/A

Outras visitas: _____

Contacto telefónico regular com familiares/vizinhos:

Sim Não

Quem? _____

Saúde:

Doenças Crónicas:

Hipertensão Diabetes Osteoporose Depressão Desnutrição Obesidade

Asma/Bronquite Outra Qual(is)? _____

Informação clínica relevante:

Tipos de intervenção:

Intervenção social Intervenção física Ambas

INTERVENÇÃO FÍSICA

1. Que tipo(s) de intervenção(ões) foi(foram) realizada(s) na sua casa?

(e.g., poliban, humidade)

2. Numa palavra, como descreve a intervenção/a mudança que foi realizada na sua casa?

(e.g, ... mas, se tivesse de escolher ...)

3. Qual a principal diferença que sente na sua vida após a realização da intervenção na sua casa?

(e.g., conforto, autonomia, segurança)

4. Já tinha pensado que esta transformação era possível, ou só o “descobriu” quando o(s) voluntário(s)o/a abordaram?

5. Durante o tempo em que a intervenção ocorreu, em algum momento se arrependeu de a ter aceite? (Se sim, porquê)

6. Agora, que conhece esta possibilidade de melhoria, era capaz de pagar por esta intervenção na sua casa? Até quanto estava disposto a pagar?

7. Classifique o impacto da intervenção realizada na sua casa ao nível do seu bem-estar:

7.1 Em que medida sentiu melhorias no seu bem-estar psicológico?

Satisfação com a vida, sentido de vida, aceitação da sua aparência física, satisfação consigo próprio, sentimentos negativos (depressivos, ansiosos, tristeza).

Nenhumas	Poucas	Algumas	Muitas	Não sabe/Não responde
1	2	3	4	5

Exemplo: _____

7.2 Em que medida sentiu melhorias no seu bem-estar físico?

Dores físicas, cuidados médicos, energia para a vida diária, mobilidade (deslocar-se por si próprio), sono, capacidade para desempenhar atividades da vida diária.

Nenhumas	Poucas	Algumas	Muitas	Não sabe/Não responde
1	2	3	4	5

Exemplo: _____

7.3 Em que medida sentiu melhorias na sua vida social?

Relações pessoais (amizade, vizinhança...)

Nenhumas	Poucas	Algumas	Muitas	Não sabe/Não responde
1	2	3	4	5

Exemplo: _____

8. Há alguma coisa na sua casa que ainda gostava de mudar?

INTERVENÇÃO SOCIAL

9. Que tipo de apoio tem por parte do voluntariado?

(e. g., toma de medicação, marcação de consultas, conselhos, tarefas domésticas)

10. Quando tem alguma dúvida/insegurança/dificuldade recorre à ajuda dos voluntários?

(e.g., liga ao voluntário)

11. Numa palavra, como descreve o apoio do voluntariado?

(e.g, ... mas, se tivesse de escolher ...)

12. Alguma vez se sentiu desconfortável em ter o(s) voluntário(s) em sua casa ou não lhe apeteceu recebê-lo(s)? Quais(qual) o(s) motivo(s)?

13. Qual a principal diferença que sente na sua vida, desde que começou a receber visitas do(s) voluntário(s)?

(e.g., O que mais a/o marcou enquanto beneficiário do apoio por parte do voluntário? sair de casa, feliz, seguro, confiante)

14. Classifique o impacto que as visitas dos voluntários têm no seu bem-estar:

14.1 Em que medida sentiu melhorias no seu bem-estar psicológico?

Satisfação com a vida, sentido de vida, aceitação da sua aparência física, satisfação consigo próprio, sentimentos negativos (depressivos, ansiosos, tristeza).

Nenhumas	Poucas	Algumas	Muitas	Não sabe/Não responde
1	2	3	4	5

Exemplo: _____

14.2 Em que medida sentiu melhorias no seu bem-estar físico?

Dores físicas, cuidados médicos, energia para a vida diária, mobilidade (deslocar-se por si próprio), sono, capacidade para desempenhar atividades da vida diária.

Nenhumas	Poucas	Algumas	Muitas	Não sabe/Não responde
1	2	3	4	5

Exemplo: _____

14.3 Em que medida sentiu melhorias na sua vida social?

Relações pessoais (amizade, vizinhança ...)

Nenhumas	Poucas	Algumas	Muitas	Não sabe/Não responde
1	2	3	4	5

Exemplo: _____

15. Gostava que alguma coisa fosse diferente no voluntariado? O que mudaria no voluntariado?

(e.g. outras situações/dimensões em que poderia ser ajudado)

OBSERVAÇÕES:

Anexo 2. Autorização dos autores para utilização do WHOQOL-Bref

Cara Professora Doutora Luísa Campos,

Na sequência do pedido efectuado, em anexo envio o material relativo ao WHOQOL-Bref, nomeadamente:

- a versão para português de Portugal do instrumento WHOQOL-Bref;
- manual de aplicação e cotação;
- sintaxe para utilização no pacote estatístico SPSS.

Informação adicional poderá ser encontrada em <http://www.fpce.uc.pt/saude/qv.htm> .

Mais, sugiro-lhe que, como pretende avaliar a qualidade de vida de população idosa, solicite o acesso à versão portuguesa do WHOQOL-Old. Para tal deverá contactar o Professor Doutor Mário Simões (simoesmr@fpce.uc.pt) e/ou a Dra. Manuela Vilar (mvilar@fpce.uc.pt).

Atente que o WHOQOL-Old é um instrumento que avalia os domínios da versão geral do instrumento WHOQOL e possui um módulo específico para população idosa. Por este motivo, se o utilizar, não fará sentido utilizar simultaneamente o WHOQOL-Bref.

Com os melhores cumprimentos,

Cláudia Melo. P'lo Grupo Português de Avaliação da Qualidade de Vida.

Anexo 3. Consentimento Informado



CATÓLICA PORTO
EDUCAÇÃO E PSICOLOGIA

Título do Estudo: Avaliação do impacto percebido do projeto R.H.I.S. (Reabilitação Habitacional e Intervenção Social)

O presente estudo está a ser desenvolvido pela Faculdade de Educação e Psicologia da Universidade Católica Portuguesa e tem como o objetivo compreender qual o impacto percebido do projeto R.H.I.S.

Eu, abaixo-assinado, compreendi a explicação que me foi dada sobre este estudo, bem como em que consiste a minha colaboração - preenchimento do Instrumento Abreviado de Avaliação da Qualidade de Vida da Organização Mundial de Saúde (WHOQOL-Bref) e participação numa entrevista.

Fui informado(a) que a entrevista será gravada (apenas som).

Foi-me assegurado que as informações recolhidas serão anónimas e confidenciais pelo que o meu nome não ficará associado à informação recolhida e tratada.

Foi-me dada oportunidade de fazer as perguntas que julguei necessárias e para todas obtive resposta satisfatória.

Além disso, foi-me afirmado que tenho direito de recusar a todo o tempo a minha participação no projeto, sem que isso possa ter como efeito qualquer prejuízo.

_____ / _____ / _____

Assinatura: _____

Em caso de qualquer dúvida poderá contactar diretamente com a investigadora responsável do projeto: Prof.^a Dr.^a Luísa Campos (mcampos@porto.ucp.pt).

Anexo 6. Sistema de categorias

Categoria	Subcategorias	Descrição	Exemplo de dados	Nº Doc	Nº UR
Alterações no Voluntariado	Não	Codificam-se nesta subcategoria todas as unidades de registo relativas à perceção do sujeito sobre a ausência de sugestões de alteração ao voluntariado.	P1: “Ah...não. Sim não mudava nada, não.”	20	21
	Não sabe	Codificam-se nesta subcategoria todas as unidades de registo relativas à perceção do sujeito sobre o desconhecimento de sugestões de alterações no voluntariado.	P1: “Ah...quer dizer...mudar? Eu não sei o que é que havia de mudar. “	4	4
	Sim	Mais visitas	Codificam-se nesta subcategoria todas as unidades de registo relativas à perceção do sujeito sobre a sua vontade de existirem mais visitas por parte do voluntariado.	P6: “Não pode ser melhor. Como digo, havia, havia de ter mais mas não pode ser. Tudo tem as suas vidas não é.”	1
Apoio dos Voluntários	Emocional	Codificam-se nesta subcategoria todas as unidades de registo relativas à perceção do sujeito acerca o apoio emocional prestado pelos voluntários: convívio, companhia, etc.	P29: “Eles dão-me, conversam comigo, dão-me muito apoio. Fazem-me companhia.”	26	42
	Instrumental	Codificam-se nesta subcategoria todas as unidades de registo relativas à perceção do sujeito acerca do apoio instrumental prestado pelos voluntários: disponibilidade para prestar ajuda, etc..	P24: “Ajudou por exemplo a ir com o meu filho à Segurança Social...hum...ajudou na internet também...”	11	25
Arrependido face à intervenção	Arrependido	Codificam-se nesta subcategoria todas as unidades de registo relativas à perceção do sujeito acerca do seu arrependimento face à realização da intervenção.	P15: “Ainda me arrependi depois...Para não dar tanto trabalho.”	1	1
	Não arrependido	Codificam-se nesta subcategoria todas as unidades de registo relativas à perceção do sujeito acerca do seu não arrependimento face à realização da intervenção.	P39: “Não, não, não me arrependi. Na altura fiquei contentíssimo.”	13	13

Categoria	Subcategorias	Descrição	Exemplo de dados	Nº Doc	Nº UR	
Bem-estar físico	Intervenção física	Ausência de melhorias	Codificam-se nesta subcategoria todas as unidades de registo relativas à percepção do sujeito sobre a ausência de melhorias no seu bem-estar físico após a realização da intervenção física.	P24: “Não, no meu estado físico não. Não sinto melhorias.”	4	4
		Melhorias parciais	Codificam-se nesta subcategoria todas as unidades de registo relativas à percepção do sujeito sobre algumas melhorias que evidenciaram mas sem as identificarem. Respostas como "mais ou menos".	P13: “Mais ou menos.”	1	1
	Intervenção social	Ausência de melhorias	Codificam-se nesta subcategoria todas as unidades de registo relativas à percepção do sujeito sobre a ausência de melhorias no seu bem-estar físico após a realização da intervenção social.	P51: “Não. Acho que não. “	16	17
		Existência de melhorias	Codificam-se nesta subcategoria todas as unidades de registo relativas à percepção do sujeito sobre a existência de melhorias no seu bem-estar físico após a realização da intervenção social.	P23: “Sim porque eu estava a tomar medicação sem receita médica e o x leu e ele “ai a Senhora não tome isto, isto faz-lhe mal”, esteve-me a ler...e escreveu-me tudo num papel, tenho ali escrito por ele, “isto tudo está a fazer-lhe mal”, eu não podia levantar a cabeça de manhã, deixei de tomar, estou tomar outra coisa, sinto-me melhor. “	5	6
Bem-estar social	Intervenção física	Ausência de melhorias	Codificam-se nesta subcategoria todas as unidades de registo relativas à percepção do sujeito sobre a ausência de melhorias no seu bem-estar psicológico após a realização da intervenção física.	P13: “Não mexeu em nada. (...) Tudo na mesma. Tudo na mesma.”	2	2
		Existência de melhorias	Codificam-se nesta subcategoria todas as unidades de registo relativas à percepção do sujeito sobre a existência de melhorias no seu bem-estar psicológico após a realização da intervenção física.	P25: “Senti melhorias. Muito.”	9	13
	Intervenção social	Ausência de melhorias	Codificam-se nesta subcategoria todas as unidades de registo relativas à percepção do sujeito sobre a ausência de melhorias no seu bem-estar psicológico após a realização da intervenção social.	P37: “Não.”	1	1
		Existência de melhorias	Codificam-se nesta subcategoria todas as unidades de registo relativas à percepção do sujeito sobre a existência de melhorias no seu bem-estar psicológico após a realização da intervenção social.	P3: “Sentia-me assim sozinha e agora desde que começaram a vir os voluntários sinto-me que estou, que tenho carinho, que tenho conforto de outras pessoas novas. “	25	42

Categoria	Subcategorias	Descrição	Exemplo de dados	Nº Doc	Nº UR
Caracterização da intervenção física		Codificam-se nesta categoria todas as unidades de registo relativas à percepção do sujeito sobre a caracterização que atribui à intervenção realizada.	P47: “Numa palavra...foi maravilhoso!” P25: “Foi uma coisa boa.”	13	21
Caracterização do Voluntariado	A melhor maravilha que há	Codificam-se nesta subcategoria todas as unidades de registo relativas à percepção do sujeito sobre a caracterização que atribui ao voluntariado: “a melhor maravilha que há.”	P47: “Numa palavra? É...é...é a maior maravilha que há.”	1	1
	Amizade	Codificam-se nesta subcategoria todas as unidades de registo relativas à percepção do sujeito sobre a caracterização que atribui ao voluntariado: “amizade.”	P13: “O voluntariado é amizade.” P53: “Amizade.”	2	2
	Bom-Muito bom	Codificam-se nesta subcategoria todas as unidades de registo relativas à percepção do sujeito sobre a caracterização que atribui ao voluntariado: “bom- muito bom.”	P1: “Eu sinto-me satisfeita sempre. Mais ou menos. Não sou assim uma pessoa que seja pessimista.” P4: “Eu de modo geral concentro-me. Tive sempre grande facilidade em concentrar-me.”	20	26
	Distração	Codificam-se nesta subcategoria todas as unidades de registo relativas à percepção do sujeito sobre a caracterização que atribui ao voluntariado: “distração.”	P37: “É uma boa distração.”	1	1
	GAS	Codificam-se nesta subcategoria todas as unidades de registo relativas à percepção do sujeito sobre a caracterização que atribui ao voluntariado: “GAS.”	P29: “GAS.”	1	1
	Melhor coisa que me apareceu	Codificam-se nesta subcategoria todas as unidades de registo relativas à percepção do sujeito sobre a caracterização que atribui ao voluntariado: “melhor coisa que me aconteceu.”	P48: “Foi a coisa melhor que me apareceu.”	1	1
Caracterização dos Voluntários	Amigos	Codificam-se nesta subcategoria todas as unidades de registo relativas à percepção do sujeito sobre a caracterização que atribui aos voluntários: “amigos.”	P3: “São meus amigos, dão-me conforto e dão-me carinho, que só isso vale tudo. Só, gosto de os ver até e gosto de conversar com eles e até lhe tenho, gosto de fazer a convivência com eles.”	3	3
	Bem-dispostos	Codificam-se nesta subcategoria todas as unidades de registo relativas à percepção do sujeito sobre a caracterização que atribui aos voluntários: bem-dispostos.”	P23: “Estão mesmo sempre bem-dispostos.”	2	4

Categoria	Subcategorias	Descrição	Exemplo de dados	Nº Doc	Nº UR
	Boas pessoas	Codificam-se nesta subcategoria todas as unidades de registo relativas à perceção do sujeito sobre a caracterização que atribui aos voluntários: “boas pessoas.”	P24: “Foram boas pessoas.” P40: “São boas pessoas. São, são boa gente.”	9	12
	Deus os ajude	Codificam-se nesta subcategoria todas as unidades de registo relativas à perceção do sujeito sobre a caracterização que atribui aos voluntários: “deus os ajude.”	P15: “Olhe que Deus as ajuda também.”	1	1
	Queridas	Codificam-se nesta subcategoria todas as unidades de registo relativas à perceção do sujeito sobre a caracterização que atribui aos voluntários: “queridas.”	P23: “Eles são muito queridos.”	2	3
	São como família	Codificam-se nesta subcategoria todas as unidades de registo relativas à perceção do sujeito sobre a caracterização que atribui aos voluntários: “são como família.”	P24: “Amizade por eles pois, por, como hei-de dizer, como se fossem pessoas de família.” P43: “É uma família.”	3	3
	São muito doces	Codificam-se nesta subcategoria todas as unidades de registo relativas à perceção do sujeito sobre a caracterização que atribui aos voluntários: “são muito doces.”	P47: “São muito doces.”	2	2
	Simpáticos	Codificam-se nesta subcategoria todas as unidades de registo relativas à perceção do sujeito sobre a caracterização que atribui aos voluntários: “simpáticos.”	P48: “São pessoas simpáticas que me apoiam.” P21: “E por acaso são muito, muito simpáticos comigo, todos eles.”	4	8
Conhecimento prévio	Com conhecimento	Codificam-se nesta subcategoria todas as unidades de registo relativas à perceção do sujeito acerca do seu pensamento face à realização deste tipo de intervenção.	P7: “Já tinha pensado.”	3	3
	Sem conhecimento	Codificam-se nesta subcategoria todas as unidades de registo relativas à perceção do sujeito acerca do seu não pensamento face à realização deste tipo de intervenções.	P23: “Nunca me tinha lembrado nem nem nem me passava pela cabeça.” P11: “Só quando os voluntários me abordaram.”	3	3
Custos da intervenção	Com custos	Codificam-se nesta subcategoria todas as unidades de registo relativas às intervenções físicas nas quais os sujeitos quiseram contribuir monetariamente, de forma parcial.	P6: “Mas a gente auxiliou. A gente auxiliou. (...) Pois. Demos 300€. E lá está ajudamos porque podíamos. (...) Porque há pessoas que não podem não é...”	3	3

Categoria	Subcategorias		Descrição	Exemplo de dados	Nº Doc	Nº UR
	Sem custos		Codificam-se nesta subcategoria todas as unidades de registo relativas às intervenções físicas realizadas de forma completamente gratuita para os sujeitos.	P46: “Nada, nada.”	5	5
Valor atribuído	Ficava caro		Codificam-se nesta subcategoria todas as unidades de registo relativas à percepção do sujeito sobre o custo da intervenção física: ficava caro.	P54: “Ai ficava, ficava, ficava que eu até nem fazia.”	1	1
	Não sabe		Codificam-se nesta subcategoria todas as unidades de registo relativas à percepção do sujeito sobre o custo da intervenção física: não sabe.	P13: “Isso não sei.”	5	6
Disponibilidade dos voluntários			Codificam-se nesta categoria todas as unidades de registo relativas à percepção do sujeito sobre a disponibilidade/ocupação dos voluntários	P46: “Comecei, chegando ao dia que eles vêm, eles se não vêm à quarta vêm à quinta, se não vierem à quinta vêm à sexta, eles aparecem aí.” P53: “Trabalham coitados, só vêm quando podem e estão aqui quando podem.”	8	17
Frequência das visitas	Quinzenal		Codificam-se nesta subcategoria todas as unidades de registo relativas à percepção do sujeito sobre a periodicidade quinzenal das visitas dos voluntários.	P51: “de 15 em 15 dias.”	1	1
	Semanal		Codificam-se nesta subcategoria todas as unidades de registo relativas à percepção do sujeito sobre a periodicidade semanal das visitas dos voluntários.	P37: “Eles vêm aqui uma vez por semana.”	6	7
Impacto da intervenção	Impacto da intervenção física	Positivo	Codificam-se nesta subcategoria todas as unidades de registo relativas à percepção do sujeito sobre as diferenças positivas sentidas após a realização da intervenção física	P46: “Deixaram-me isto muito jeitoso. Fiquei muito feliz. Muito feliz.” P23: “Não ia. Agora vou muito facilmente ao quarto de banho.” P49: “Bem menina, eu o que eu, o que eu escolhi, estou satisfeita com o polibã e tiraram-me o tanque	9	17
		Sem impacto	Codificam-se nesta subcategoria todas as unidades de registo relativas à percepção do sujeito sobre a ausência de impacto após a realização da intervenção física.	P13: “Ficou na mesma. Foi só isso, a sanita.”	2	3

Categoria	Subcategorias	Descrição	Exemplo de dados	Nº Doc	Nº UR	
	Impacto da intervenção social	Positivo	Codificam-se nesta subcategoria todas as unidades de registo relativas à perceção do sujeito sobre as diferenças positivas sentidas após a realização da intervenção social.	P3: “Acho que me sinto assim melhor, já tenho com quem desabafar, com quem conversar, eu acho que já me sinto melhor. Acho-me assim, acho que já não estou tão desamparada, que já não me sinto tanto sozinha.” P7: “Tenho companhia.” P49: “Ai comecei-me, comecei-me a sentir mais alegre.” P53: “Acho que tenho mais amizades.”	23	40
		Sem impacto	Codificam-se nesta subcategoria todas as unidades de registo relativas à perceção do sujeito sobre a ausência de impacto após a realização da intervenção social.	P10: “É, eu vivo na mesma como se não tivesse cá visitas nenhuma. É igual é.”	2	2
Intervenções futuras	Quinzenal	Não	Codificam-se nesta subcategoria todas as unidades de registo relativas à perceção do sujeito sobre a não necessidade de serem realizadas mais intervenções nas suas casas.	P1: “aqui não tenho nada que mudar. O quarto é bom de uma maneira, a cama é larga, o quarto é largo, a cadeira anda por todo o lado, move-se bem.”	7	8
	Semanal	Sim	Codificam-se nesta subcategoria todas as unidades de registo relativas à perceção do sujeito sobre a necessidade de serem realizadas mais intervenções nas suas casas.	P11: “Mudar-me para uma casa. (vive numa pensão)” P46: “Ai menina eu gostar gostava que pintassem a minha casinha.” P54: “Obras eu precisava de fazer na casa de banho.”	9	14
Posicionamento face à solicitação de ajuda	Não recorre aos voluntários		Codificam-se nesta subcategoria todas as unidades de registo relativas à perceção do sujeito sobre o não pedido de ajuda aos voluntários quando necessita de alguma coisa.	P1: “Eu nunca lhes pedi ajuda.” P20: “Não, por acaso não recorro.”	16	38
	Recorre aos voluntários		Codificam-se nesta subcategoria todas as unidades de registo relativas à perceção do sujeito sobre o pedido de ajuda aos voluntários quando necessita de alguma coisa.	P15: “Às vezes já tenho pedido.” P16: “Olhe já recorri, já recorri para me irem à mercearia buscar-me pão ou qualquer coisa assim. ((risos))” P43: “Às vezes pergunto, já tenho perguntado alguma coisinha.”	9	8

Categoria	Subcategorias	Descrição	Exemplo de dados	Nº Doc	Nº UR
Posicionamento face às visitas		Codificam-se nesta categoria todas as unidades de registo relativas à percepção do sujeito sobre as visitas dos participantes.	P1: “Eu, eu gosto...o tempo é que também não é muito longo não é...não é uma tarde inteira ou uma noite inteira, e se fosse também não me importava.” P6: “Não. Por amor de Deus. Tomara eu mais.” P40: “Até sinto a falta deles quando eles não vêm.”	29	39
Sentimentos associados à intervenção		Codificam-se nesta categoria todas as unidades de registo relativas à percepção do sujeito acerca dos seus sentimentos face à intervenção física.	P34: “Fiquei porque, lá com a retrete é que não fiquei muito contente. Mas, fiquei com o polibã fiquei contente.” P39: “Não eu agradeço, agradeço a ideia de vocês, agradeço a ideia de vocês e...e fiquei contente.” P46: “Deixaram-me isto muito jeitoso. Fiquei muito feliz. Muito feliz.”	5	11
Sentimentos associados ao voluntariado	Negativos	Codificam-se nesta subcategoria todas as unidades de registo relativas à percepção do sujeito sobre todos os seus sentimentos negativos relativamente ao voluntariado e/ou aos voluntários.	P23: Mas pronto se vão embora pronto a gente fica triste porque pensávamos que eles que gostam de nós toda a vida mas eles têm a vida deles.	1	2
	Positivos	Codificam-se nesta subcategoria todas as unidades de registo relativas à percepção do sujeito sobre todos os seus sentimentos positivos relativamente ao voluntariado e/ou aos voluntários.	P34: “Porque eu fico, no dia que eles vêm eu fico muito contente porque tenho com quem conversar, com quem me rir, com quem dizer maluqueiras, é tudo assim...” P43: “Têm-me ajudado bastante e gosto muito deles.” P47: “Mas, mas sinto-me muito bem. Muito feliz com eles aqui.”	12	22

Categoria	Subcategorias	Descrição	Exemplo de dados	Nº Doc	Nº UR	
Tipo de intervenção física		Codificam-se nesta categoria todas as unidades de registo relativas à percepção do sujeito acerca das intervenções físicas realizadas na sua casa.	P7: “Foi mudar o, a banheira velha e me pôr um novo...Um polibã.” P11: “Foi arranjar as janelas e uma cortina na casa de banho.” P16: “Foi, foi o...foi as lâmpadas aqui, das, das lâmpadas boas, das das economicas. E foi posto uma cadeira no quarto de banho, da sanita. Pode ir ver, é aqui à beira.” P39: “As obras que fizeram que me lembre foi vir pintar, a menina x veio pintar o quarto de banho.”	15	37	
Vida social	Intervenção física	Ausência de melhorias	Codificam-se nesta subcategoria todas as unidades de registo relativas à percepção do sujeito sobre a ausência de melhorias na sua vida social após a realização da intervenção física.	P6: “Não.” P34: (acenou que não)	10	10
		Existência de melhorias	Codificam-se nesta subcategoria todas as unidades de registo relativas à percepção do sujeito sobre a existência de melhorias na sua vida social após a realização da intervenção física.	P47: “Sim.”	2	2
	Intervenção social	Ausência de melhorias	Codificam-se nesta subcategoria todas as unidades de registo relativas à percepção do sujeito sobre a ausência de melhorias na sua vida social após a realização da intervenção social.	P6: “Não, é a mesma coisa.” P10: “Não, não tenho. Não tenho melhorias.” P13: “Eu, eu nunca saio à rua. (...) Estou sempre em casa.”	20	21
		Existência de melhorias	Codificam-se nesta subcategoria todas as unidades de registo relativas à percepção do sujeito sobre a existência de melhorias na sua vida social após a realização da intervenção social.	P3: “Ah sim, sinto-me assim confortável de falar com os vizinhos, dou-me bem com eles, de eles me darem um conforto e o carinho também.” P48: “Tenho mais vontade de falar, conversar.”	6	7
		Melhorias parciais	Codificam-se nesta subcategoria todas as unidades de registo relativas à percepção do sujeito sobre a existência de algumas melhorias na sua vida social, evidenciando-as mas sem as identificarem. Respostas como "mais ou menos".	P7: “Mais ou menos.”	1	1