

Introdução

A comunidade científica refere que na última década do século XX houve um crescimento gerontológico (Prado & Sayd, 2004 cit in Tavares, 2007), levando assim a que, nos dias de hoje, a psicologia do envelhecimento seja uma área de grande importância, pelos seus contributos para a promoção do bem-estar e da Qualidade de Vida dos idosos (Tavares, 2007).

O progressivo envelhecimento da população contribui para o desenvolvimento de alguns problemas de saúde como o aumento do risco de doenças degenerativas (doenças cardiovasculares, hipertensão, diabetes, osteoporose), a perda de autonomia e a deterioração da Qualidade de Vida (Mateo, 1996 cit in Moura, 2006; Almeida, 2008). Deste modo, a prevenção de doenças é considerada um dos principais objectivos nesta faixa etária, com vista a melhorar a saúde e a Qualidade de Vida dos idosos, para que estes tenham as suas rotinas diárias menos afectadas por doenças crónicas (Veras *et al.*, 1995 cit in Anderson, Assis, Pacheco, Silva, Menezes, Duarte, Storino, & Motta, 1998). Este constante envelhecimento da população coloca também novos desafios em termos sociais, económicos e assume cada vez mais importância nas políticas de saúde (Mateo, 1996 cit in Moura, 2006; Almeida, 2008).

A resposta da sociedade a estas mudanças é a de procurar cada vez mais uma vida com uma alta Qualidade de Vida, para que os anos vividos na velhice sejam cheios de significado e dignidade. A Qualidade de Vida dos idosos é um campo de investigação que só tem significado se for estudado no seu contexto histórico, social e cultural, à dimensão regional e pessoal de cada um que a vive e sente (Martins, 2004).

Apesar do aumento da expectativa de vida e do avanço da ciência, ainda há uma divergência entre longevidade e Qualidade de Vida. As doenças crónico-degenerativas e suas consequências, bem como a hospitalização e dependência para realizar as actividades na vida diária, diminuem a Qualidade de Vida do idoso e aumentam a probabilidade de institucionalização. Este facto é cada vez mais comum nos países em desenvolvimento devido às características da vida familiar em centros urbanos (Tavares, 2007). De facto, o aumento mundial da população idosa é considerado um dos factores que conduz à necessidade da institucionalização de idosos. Diversos estudos evidenciam não só uma relação entre institucionalização e Qualidade de Vida, como sugerem que se verifica maior prevalência de humor depressivo e um pior desempenho cognitivo nos idosos institucionalizados.

Neste sentido, considerámos pertinente explicar o modo como é vivenciado o envelhecimento por idosos institucionalizados, no que se refere à sua Qualidade de Vida. Assim, este estudo visa avaliar um conjunto de variáveis - Qualidade de Vida Global, dimensões da Qualidade de Vida, funcionamento cognitivo, e níveis de depressão – em função de idosos institucionalizados.

Torna-se assim importante explicar os vários capítulos que constituem este trabalho de investigação. No total o trabalho de investigação é composto por sete capítulos. Os três primeiros capítulos são a parte teórica do trabalho de investigação e os restantes quatro são da parte empírica do trabalho.

O Capítulo I foi designado de “Concepção do idoso ao longo dos tempos” uma vez que faz referência a uma breve história sobre o envelhecimento. É composto por três subcapítulos que explicam o envelhecimento humano, as teorias subjacentes ao envelhecimento e as características do processo de envelhecimento. No que diz respeito ao Capítulo II, denominado de “Institucionalização”, e composto por dois subcapítulos, faz-se referência ao processo em si e aos factores de risco da institucionalização nos idosos. Este processo pode desencadear uma série de aspectos negativos que influenciam a vida do idoso. O Capítulo III diz respeito às várias abordagens da Qualidade de Vida, e faz-se referência às consequências da institucionalização na Qualidade de Vida dos idosos.

Os capítulos da parte empírica são compostos por: Capítulo IV reporta-se à Metodologia, no que explicamos o nosso estudo, considerando os participantes, os instrumentos, os procedimentos e a análise de dados. O Capítulo V corresponde aos Resultados obtidos neste trabalho que são discutidos no Capítulo VI. Por último encontra-se o Capítulo VII com as conclusões do estudo e reflexões finais.

Capítulo I – Conceção do idoso ao longo dos tempos

Etimologicamente, o termo velhice deriva de velho, vindo do latim *veclus, vetulusm*, definindo assim uma pessoa de idade. Estes fenómenos (velho, velhice, envelhecimento) referem uma condição temporal e concretamente a uma forma de ter em conta o tempo e a consequência do tempo no indivíduo. A velhice como um estado do indivíduo presume uma etapa da vida: a última, e o envelhecimento é um vasto processo que sucede, desde o nascimento até à morte (Fernández-Ballesteros, 2000 cit in Vaz, 2009).

A velhice tem adoptado diferentes significados ao longo dos séculos, desde a antiga Grécia e Roma até aos dias de hoje, tendo em conta as características culturais e históricas das sociedades em cada época. Com o passar dos séculos, a esperança média de vida do ser humano tem vindo a aumentar. Há séculos atrás eram considerados como velhos as pessoas que atingissem a idade de 30-40 anos, hoje em dia isso já não se verifica (Almeida & Rodrigues, 2008; Jacob, 2002c). O ser idoso difere dos países desenvolvidos para os países em desenvolvimento. Nos países desenvolvidos, as pessoas são consideradas idosas a partir dos 65 anos ou mais, no entanto, nos países em desenvolvimento são considerados idosos os que têm 60 anos ou mais. Desta forma, Portugal como país desenvolvido considera pessoas idosas, os homens e mulheres com idade igual ou superior a 65 anos, idade que está associada à reforma.

É relevante conhecer a concepção do idoso ao longo dos tempos, de forma a percebermos as diferentes perspectivas consoante a cultura e a época.

Nas primeiras sociedades, as primitivas, acreditavam na reencarnação depois da morte, matavam os idosos antes que estes pudessem vir a sofrer pelo desgaste da velhice. Nessa mesma época, no sul do Sudão, os idosos que se encontravam doentes eram enterrados vivos. No Nordeste da Sibéria os povos Yacutas ensinavam os filhos a não sentirem pena dos idosos, orientando-os a expulsá-los de casa, deixá-los sem alimentos, recorrerem a violência física e a trabalhos pesados até à morte. Deste modo, nestas civilizações primitivas eram incentivados a matar os idosos (Hoffmann-Horochovski, 2008; Almeida, 2008). No entanto, a civilização chinesa, foi a primeira a dar valor aos idosos. A organização social desta civilização baseava-se numa organização familiar e patriarcal em que todos deviam obediência ao homem mais velho, considerando-o como possuidor de sabedoria (Fustioni e Passanante, 2001 cit in Almeida, 2008).

A religião desempenhou um papel muito importante neste aspecto, ao fundar no século IV, abrigos e hospitais que, em Roma e Alexandria abrigavam órfãos, doentes e idosos. No século VI assiste-se ao declínio do Império Romano, e à predominância do cristianismo, o que faz com que os idosos sejam expulsos da vida pública, visto que alguns governantes e Papas dessa época eram homens jovens (Ferreira, 2007; Almeida, 2008).

Em França, no séc. XVII, devido às más condições de higiene e de alimentação, bem como ao desgaste do trabalho, a esperança média de vida situava-se entre os 20 e os 25 anos, sendo que metade das crianças morria antes de 1 ano, e os adultos entre os 30 e os 40 anos. No entanto, na Europa no séc. XVIII, assiste-se a um aumento da população idosa devido às melhores condições de higiene e de recursos materiais, sobretudo nas classes mais ricas, porque nos camponeses a longevidade continuava baixa, uma vez que eles eram consumidos pelo trabalho, pela miséria e pela fadiga. No séc. XIX, assiste-se a um progresso da medicina, o que resulta num novo aumento da esperança média de vida, e o envelhecimento e a velhice surgem como uma preocupação para os médicos, cientistas e investigadores. A população idosa na Europa quase que duplica. No séc. XX a situação dos camponeses velhos é relativamente melhor do que no século anterior, diminuindo assim o abandono dos idosos incapacitados. É também neste século que surgem os termos geriatria e Gerontologia (Mazo, Lopes & Benedetti, 2001).

A Geriatria, designa-se como “*o ramo da Medicina que estuda os aspectos clínicos, preventivos, terapêuticos e sociais do idoso em situação de saúde ou doença*” (Vaz, 2009 pp. 17). Quanto à Gerontologia, trata-se de uma ciência que estuda o processo do envelhecimento em todos os seus aspectos (biológicos, psicológicos e sociais). Vai desde a investigação de biologia molecular até estudos socioeconómicos ou às consequências da reforma (Vaz, 2009; Schaie & Willis, 1996). Segundo Bengston, Rice e Johnson (1999, cit in Paúl, 2005), os gerontologistas tentam explicar os problemas funcionais dos idosos (incapacidades e dificuldades para levar uma vida independente), bem como explicar como os indivíduos crescem e envelhecem. A gerontologia pode englobar áreas específicas como: (1) a psicologia dos idosos; (2) a psicologia da idade; e (3) a psicologia do envelhecimento.

1.1 Envelhecimento Humano

Ao estudar o processo de envelhecimento, é importante distinguir dois processos, que sendo diferentes encontram-se relacionados: o envelhecimento individual (biológico) e o demográfico (Pavan, 2008). Este processo é complexo, uma vez que envolve o

envelhecimento biológico e social, em que cada indivíduo se adapta do ponto de vista psicológico (Paúl, 2005).

O conceito de envelhecimento é muito controverso e de difícil definição. Para Fernandes (2002) existem três componentes diferentes a ter em consideração: (1) a idade cronológica, ou seja, o número de anos vividos; (2) o aspecto biológico, que se encontra relacionado com o nível orgânico e funcional; e (3) o estado psicológico, que pode não depender da idade nem do estado funcional. Tomar um deles isoladamente não será suficiente para esclarecer e conceptualizar na totalidade o conceito.

Neste seguimento, é de referir que o envelhecimento tem múltiplas dimensões - física, mental e social, política, económica, histórica e cultural - o que leva à necessidade de desenvolvimento de uma definição de envelhecimento que seja mais flexível (Pavan, 2008). Deste modo Arañeda (2006) designa o envelhecimento como algo reversível, recorrendo à reabilitação de funções ao nível motor, psicossomático e respostas emocionais e intelectuais (Souza & Leão, 2006). Para Rossetto (2008), o envelhecimento, é um processo que acompanha o indivíduo desde o seu nascimento e ao longo da vida. Conclui-se assim, que a espécie humana está programada genética e biologicamente para envelhecer, no entanto, é um processo que varia de indivíduo para indivíduo.

De acordo com vários autores (Fernandes, 2002), o processo de envelhecimento interfere em factores internos, por exemplo, o sexo, raça, idade, genética, personalidade, padrões e hábitos de vida, doenças; e em factores externos, como factores ambientais, sócio-economicos, profissionais, entre outros. Barata e Clara (1997 cit in Moura, 2006) consideram que o que mais influencia o processo de envelhecimento são os hábitos de vida e as influências genéticas, pois o indivíduo está apoiado de uma história genética própria e por um conjunto de experiências de vida que decidem o seu estado de saúde, bem como o desenvolvimento de todo o processo de envelhecimento. Deste modo, é possível interferir no processo de envelhecimento visando uma melhor Qualidade de Vida, mesmo quando esta vem associado a patologias (Rossetto, 2008).

No que diz respeito ao envelhecimento demográfico, observa-se um rápido envelhecimento da população, principalmente nos países em desenvolvimento (Vaz, 2009). Este aumento demográfico traz consequências que levaram a denominar o séc. XX como o século da Revolução vital (Fustione & Passanante, 1980 cit in Almeida, 2008). Houve assim a necessidade por parte dos agentes sociais e governamentais, bem como da Medicina em geral, de dar atenção ao estudo do envelhecimento e dos processos da velhice, como etapa do ciclo vital (Laks, 1995 cit in Aguiar, 2007).

O que distingue as sociedades actuais de outras épocas históricas é fundamentalmente a predominância de uma faixa etária mais idosa (Costa, 2002 cit in Moura, 2006).

A Europa defronta-se com importantes alterações demográficas (Vaz, 2009), que resultam da junção de factores como o envelhecimento demográfico e as migrações, o que sustenta o contínuo aumento da proporção de pessoas idosas no total da população. Também Portugal acompanha estas alterações, e enquadra-se no grupo de países em que processo de envelhecimento demográfico continuará certamente no futuro próximo (Vaz, 2009), embora a sua intensidade possa ser variável (Rosa, 1996).

Para Branco e Gonçalves (2000) o envelhecimento demográfico é o aumento da proporção das pessoas idosas na população total, tendo em conta a diminuição da taxa de natalidade. Quanto às migrações, Vaz (2009) afirma que, se um país recebe população, as pessoas activas aumentam, o que implica uma diminuição de jovens e de idosos. Contudo, nos países em que a população activa vai para outros países, verifica-se o aumento da população idosa a par à diminuição da fecundidade.

Na sociedade portuguesa verifica-se um crescimento do grupo de idosos (Cardoso & Costa, 2006), sendo um problema que tem preocupado bastante os biólogos evolutivos. Os investigadores têm-se questionado quanto ao facto de um organismo, após se desenvolver de forma tão espantosa no que concerne à sua capacidade de responder aos desafios do meio, a partir da altura que exprime todas as suas potencialidades, sobretudo as reprodutivas, começa gradualmente a perder as funções vitais, a tornar-se incapaz de manter a homeostasia, declina e morre. Tem sido uma questão debatida e que constitui motivo de curiosidade científica (Matos & Avelar, 2000 cit in Vaz 2009).

Portugal é considerado um país desenvolvido, e segundo os dados do Eurostat, em 1999, Portugal tem 10.148.883 habitantes, estimando-se que em 2009 esse número aumente para 10.627.250 pessoas. Em 10 anos verificou-se a uma subida populacional significativa, o que significa que não se deve dar apenas atenção ao aumento da esperança de vida relacionada com o envelhecimento, mas também ao aumento da longevidade, nomeadamente das pessoas com doenças crónicas, sendo cada vez mais comum a presença de idosos, ou seja, de sujeitos com mais de 65 anos com diversas patologias (INE, 2008). Prevê-se que em 2050 os idosos sejam o dobro da população jovem (Arroteia e Cardoso, 2006).

De certo modo, o processo de envelhecimento tem preocupado a humanidade desde o início da civilização. Segundo Leme (1996, cit in Trentini, 2004) poucos são os problemas que tenham despertado tanta atenção e preocupação no homem, como o envelhecimento e a incapacidade funcional relacionada com este processo. Portugal, tal como outros países da

Europa, está incluído num conjunto de países que, sob o ponto de vista demográfico, são caracterizados, por uma baixa taxa de natalidade e uma baixa mortalidade (INE, 2008). Assim observou-se, quer um envelhecimento na base, caracterizado pela diminuição da proporção de jovens na população, quer um envelhecimento no topo, caracterizado pelo aumento da proporção de idosos (Nazareth, 1999 cit in Moura, 2006).

Observando o crescimento populacional a nível regional (NUTSII, 2008) destaca-se que, na maioria das regiões Portuguesas, se observa um crescimento populacional positivo, com excepção da região Centro e do Alentejo, que regista crescimentos negativos. Estas duas regiões apresentaram taxas de crescimento negativas devido à perda de população. Sendo assim, a zona Centro e o Alentejo são as regiões do país mais envelhecidas, na zona Centro com um Índice de Envelhecimento de 147,17, e no Alentejo com 172,88. Ou seja, mantém-se a tendência de um duplo envelhecimento da população residente em Portugal, para o que tem contribuído a descida da natalidade a par com o aumento da longevidade nos últimos anos (INE, 2008).

Contudo, ainda é difícil determinar a partir de quando é que podemos considerar uma população envelhecida, visto que no decorrer de cada década, a esperança média de vida tem aumentado cada vez mais (Beltrami e Lopes, 1997). Gerontologistas afirmam que 110 a 120 anos é o limite do ciclo da vida Humana, o que leva à importância da aquisição de uma melhor Qualidade de Vida nesses anos conquistados a mais (Trentini, 2004). A explicação para este facto, pode ser determinada pela melhoria das condições higiénicas de base, da nutrição, da esfera económica, do nível educativo e dos cuidados de saúde, têm contribuído de uma forma determinante para o prolongamento da vida dos indivíduos. Para além disso, o envelhecimento também é muito influenciado pelo facto de se viver num país mais ou menos desenvolvido, uma vez que a longevidade de vida é bastante mais elevada nos países desenvolvidos (Matsudo, 2001). Um aspecto interessante do envelhecimento é o facto de as mulheres vivem mais do que os homens em quase todo o mundo, reflectindo-se assim numa maior taxa de mulheres por homens em faixas etárias mais velhas.

A evolução das estruturas etárias é sempre uma preocupação social. O processo de envelhecimento demográfico, bem como o de rejuvenescimento demográfico, não tem de ser encarado como algo negativo e difícil para a sociedade. Não existe uma evolução ideal para as estruturas etárias. Em certas sociedades, o rejuvenescimento demográfico pode ser um factor de bloqueio social e noutras não, podendo-se dizer o mesmo em relação ao envelhecimento demográfico (Rosa, 1996).

1.2 Teorias do Envelhecimento

Todo o ser humano tem uma duração máxima de vida, sendo que esse limite é antecedido por um período de envelhecimento, cujo desenvolvimento é diferente e a sua duração varia de espécie para espécie. Na tentativa de explicar o processo de envelhecimento foram aparecendo ao longo do séc. XX várias teorias explicativas (Almeida, 2008).

Medvedov em 1990, contabilizou 300 teorias que desde o séc. XVIII tentaram explicar o envelhecimento e os seus mecanismos. Apesar da existência de várias teorias que tentam explicar essas alterações, nenhuma destas é completa, no sentido de envolver a totalidade do processo de envelhecimento (Almeida, 2008).

Para a ciência, durante o século XX, o processo de envelhecimento foi objecto de um acumular de vários pontos de vista, através de modelos teóricos impulsionados por diferentes perspectivas disciplinares, mas também pelas tendências e quadros explicativos que têm movido a iniciativa científica (Achenbaum, 2009). Hall (1922) relata que os primeiros gerontologistas tentaram explicar o envelhecimento humano através de modelos populares e antigos, incluindo a Bíblia, em sânscrito, alegorias medievais, outros textos antigos e mesmo evidências arqueológicas para decifrar as diferenças individuais no bem-estar e na manutenção de capacidades através das diversas fases de vida (Achenbaum, 2009). Estes modelos prematuros de envelhecimento representavam de forma típica a perspectiva do mundo dessa altura, como a obediência bíblica que através da fé aos mandamentos de Deus asseguraria uma longa vida. Novos contextos históricos resultavam em novas declarações sobre o envelhecimento (Vaz, 2009).

Numa perspectiva histórica, Schroots (1996; Barros de Oliveira, 2005 cit in Vaz, 2009) distinguem três períodos na construção das teorias do envelhecimento, (1) o Período Clássico (dos anos 40 a 70 do século passado); (2) o Período Moderno (dos anos 70 a 90); e (3) o Período Recente (iniciado nos anos 80) (cf. Anexo 1). Uma outra taxonomia refere que as teorias explicativas do envelhecimento classificam-se em: (1) teorias psicológicas; (2) teorias biológicas; e (3) teorias sociológicas.

As teorias psicológicas do envelhecimento são compostas pelos modelos de crise normativa e pelo modelo de programação de acontecimentos, que segundo Rossel, Herrera e Rico (2004 cit in Vaz, 2009) permitem explicar a idade adulta e a velhice. O modelo de crise normativa define o desenvolvimento através de uma cadeia universal de alterações, relacionadas a certas idades segundo um plano básico disposto em vários estádios, com uma tarefa predefinida a cumprir em cada fase. Por seu lado, o modelo de programação de eventos,

não considera o desenvolvimento como consequência de um plano pré-estabelecido, mas sim com um desfecho evolutivo provocado por acontecimentos importantes da vida de cada pessoa, como por exemplo, o parto, viuvez, guerra, reforma, entre outros. Outros modelos que se encontram nas teorias psicológicas do envelhecimento são: (1) a teoria da selecção; (2) as teorias da cognição; e (3) as teorias psicossociais. Na teoria da selecção, Baltes, afirma que em cada fase da vida há ganhos e perdas psicológicas, no entanto, na velhice as perdas são muito superiores aos ganhos (Smelser & Baltes, 2001 cit in Vaz, 2009). As teorias da cognição defendem que a maioria das teorias dos adultos se centram em explicar o declínio das capacidades fluidas que são adquiridas e específicas de cada cultura e que tendem a ser mantidas na idade avançada, negligenciando a teorização das capacidades cristalizadas que são geneticamente determinadas e tendem a diminuir durante a idade adulta, as quais continuam em níveis elevados na idade avançada. As teorias psicossociais, que têm ajudado para a compreensão de inúmeros fenómenos normais e prejudiciais relacionados com a idade (Vaz, 2009). Ainda nas teorias psicossociais, o modelo de Baltes (1996) fez referência à dependência aprendida. Segundo este autor, a dependência nos idosos ocorre como resultado de diferentes contingências sociais, que incluem o reforço da dependência ou punição em resposta à busca de independência. (Smelser & Baltes, 2001 cit in Vaz, 2009).

Por seu lado nas Teorias biológicas do envelhecimento, centradas sobre uma análise fisiológica do envelhecimento, são seguidas duas abordagens diferentes. A primeira abordagem refere que a entrada na velhice é um fenómeno único de cada indivíduo, sem qualquer relação com a sua idade, assim, cada um envelhece à custa de factores endógenos ou de circunstâncias particulares. A segunda abordagem defende que cada espécie concede aos seus indivíduos um máximo de longevidade, uma esperança de vida, que é herdada de geração em geração (Rossel, Herrera & Rico 2004 cit in Vaz, 2009). As teorias biológicas podem dividir-se em teorias do envelhecimento baseadas em acontecimentos com um propósito e em teorias do envelhecimento baseadas em eventos aleatórios (Almeida, 2008; Vaz, 2009) (cf. Anexo 2).

Com o avanço da ciência genética e da biologia molecular, surgiram inúmeras teorias biológicas explicativas da velhice que apesar de divergirem na orientação teórica subjacente, decompõem a noção de disfuncionalidade progressiva com a idade, com o consequente aumento da susceptibilidade e incidência de doenças, aumentando a probabilidade de morte (Vaz, 2009).

Por fim, as Teorias sociológicas do envelhecimento encaram o envelhecimento como um fenómeno normal, universal e inevitável, que inclui factores como a personalidade, a

família, atitudes, crenças, valores, a cultura, entre outros. O envelhecimento não é considerado apenas um fenómeno físico, mas que ocorre dentro de um percurso social. Dentro desta óptica, vários autores (Rossel, Herrera, & Rico, 2004 cit in Vaz, 2009; Salgado, 1979 cit in Almeida, 2008; e Mailoux-Poirier, 1995 cit in Almeida, 2008) descrevem de forma simplificada as teorias (cf. Anexo 3).

Assim verificamos que, hoje em dia, existem numerosas teorias que pretendem explicar a causa do processo de envelhecimento. Todas elas apresentam uma justificação, mas nenhuma é suficientemente unitária para proporcionar, por si mesma, uma explicação satisfatória, não se verificando ainda um acordo científico quanto à verdadeira natureza do processo de envelhecimento. Provavelmente, para que se leve a cabo o processo de envelhecimento, é necessário que se verifiquem diversos mecanismos em diferentes âmbitos. Neste sentido, todas ou grande parte destas teorias podem ter uma certa parte de razão (Vaz, 2009).

1.3 Processo do Envelhecimento

Todo o ser humano segue um processo natural de vida, cresce, desenvolve-se, amadurece, envelhece e por fim acaba por morrer. É um processo comum a todas as pessoas, é um facto inerente ao ciclo de vida biológico. Desta forma, é preciso aceitar este processo contínuo e procurar torná-lo o melhor possível, adaptando-nos física e psicologicamente a cada uma das suas etapas (Moura, 2006). Este processo é vivido de forma diferente consoante o contexto social em que as pessoas se encontram (Pavan, 2008), para além do facto de sofrerem influências internas e externas que se vão reflectir na velhice e na forma como se vai envelhecendo (Almeida, 2008).

A partir da terceira idade, o desempenho funcional das pessoas entra em declínio, devido ao processo fisiológico do envelhecimento. A maioria das vezes, as limitações funcionais apresentam uma maior influencia na vida diária de um idoso do que as doenças crónicas (Schneider, Marcolin & Dalacorte, 2008). Para Vargas (1983, cit in Cunha, 2007) o indivíduo envelhece fisicamente, socialmente e psicologicamente. O envelhecimento físico começa a partir dos 30 anos de idade e prossegue ao ritmo de 1% ao ano (Silva, 1999), o corpo humano começa a ter problemas: aparecem as rugas e os músculos começam a fraquejar. A proporção dos músculos e gordura passa a ser igual, a visão e a audição são reduzidas, os ossos tornam-se quebradiços e com perturbação nas articulações. No aspecto

motor há um declínio das qualidades motoras básicas como a agilidade, destreza, velocidade e força. A pressão arterial sobe, a presença de doenças do coração são mais frequentes, sendo o colesterol uma das preocupações destas idades (Silva, 1999). Birren e Bengston (1988, cit in Trentini, 2004) acrescentam que o envelhecimento é composto por processos de transformação do organismo que ocorrem após a maturação sexual. O envelhecimento é seguido por alterações na aparência, no comportamento, na experiência e nos papéis sociais. Existem outros conceitos que Nuno (2008) refere se encontrarem relacionados com o termo idoso, que são, perda, deterioração, inutilidade, fragilidade, decadência, antigo, gasto pelo uso, entre outros. Estes processos que acompanham o envelhecimento traduzem-se, com o passar do tempo, numa diminuição da probabilidade de sobrevivência (Trentini, 2004), que pode ser visto como a última fase do processo do envelhecer (Nunes, 2008).

Existem muitos problemas que costumavam ser considerados como parte da idade avançada, e hoje em dia são atribuídos não ao envelhecimento propriamente dito, mas a factores de estilo de vida ou a doenças que podem acompanhar ou não o envelhecimento (Trentini, 2004). Ao contrário da doença, o processo de envelhecimento é um fenómeno normal e universal (Spirduso, 2005 cit in Moura, 2006). Este processo não ocorre da mesma forma em toda a população, pelo que não é prudente definir “velhice” de acordo com uma determinada idade cronológica (Martins & Gomes, 2002 cit in Moura, 2006; Nunes, 2008; Mazo, Lopes & Benedetti, 2001). Surge então a necessidade de vários autores definirem envelhecimento primário e secundário. O envelhecimento primário é definido como um processo gradual e inevitável de deterioração corporal, que começa mais cedo na vida e continua com o passar dos anos, enquanto que o envelhecimento secundário se define como resultado de doenças (ou abusos), factores que, por vezes, são evitáveis e dentro do controle das pessoas (Busse, 1987; Horn & Meer, 1987, cit in Trentini, 2004; Shock, 1997 cit in Vaz, 2009). É possível limitar os efeitos secundários do envelhecimento através da manutenção da boa forma e com uma alimentação ponderada.

Segundo os gerontologistas e geriátras a velhice não é sinónimo de doença, embora, com o passar do tempo aumentem os riscos de incapacidade, dependência física e cognitiva (Nunes, 2008). Para Papalia e Olds (2000 cit in Trentini, 2004) existem três domínios gerais a ter em conta na velhice. Em primeiro lugar existe um aumento da debilitação física e a saúde tende a ser um problema crescente; em segundo, as pressões e as perdas sociais tendem a se acumular-se; e por fim, em terceiro, os idosos defrontam-se com a ideia de que o tempo de vida se encontra cada vez mais curto.

O envelhecimento é um processo de degradação progressiva e diferencial que afecta todos os seres vivos e a sua meta natural é a morte do organismo. É assim impossível datar o seu começo porque, de acordo com o nível no qual ele se verifica -biológico, psicológico ou sociológico - a sua velocidade e a sua gravidade são extremamente variáveis de indivíduo para indivíduo (Vaz, 2009; Pavan, 2008). De facto, as modificações do processo de envelhecimento são influenciadas por factores genéticos, ambientais, dietéticos, ligados à saúde ou ao stress, entre outros (Eliopoulos, 2005, cit in Pavan, 2008).

Deste modo, no estudo do envelhecimento, vários autores (Rosa, 1999; Rendas, 2001; Costa, 2002 cit in Moura, 2006; Vaz, 2009) fazem referência a três tipos de idade, a idade social, a idade psicológica e a idade biológica, a que correspondem três tipos de envelhecimento.

A idade social refere-se ao envelhecimento social, por corresponder aos papéis que a sociedade define para os idosos. A idade social encontra-se relacionada com papel social do sujeito e com os seus hábitos em relação às outras pessoas, sendo fortemente influenciado pela cultura do meio onde a pessoa se encontra inserida. Por exemplo, o modo como a reforma é encarada, para uns pode ser vista como um prémio, contudo para outros pode ser entendida como uma morte social (Rodrigues, & Terra, 2006). O não ter nada com que se ocupar diariamente, leva o sujeito a aumentar o sentimento de marginalização para consigo próprio, para com a família e para com a sociedade. Sendo assim, a actividade social é de extrema importância para o envelhecimento. Na verdade, o idoso é pressionado pelo tipo de comportamento que a sociedade e a família esperam que este tenha, ou seja, que se enquadre dentro dos padrões considerados ajustados à sua idade, definindo o lugar e o papel que deve assumir. Por este facto, Ferreira (2006) afirma que a nossa sociedade em vez de mostrar algum reconhecimento pelo contributo que os idosos deram à sociedade, limita-se apenas a associa-los a preconceitos.

Por seu lado, a idade psicológica encontra-se relacionada com o comportamento da pessoa em relação às mudanças de ambiente, englobando a memória, a inteligência e as motivações empreendedoras. Caracteriza-se também pela auto-regulação do indivíduo, pela tomada de decisões e de opções, e pela adaptação ao processo de senescência e envelhecimento (Rodrigues, & Terra, 2006; Ferreira, 2006). No processo de envelhecimento presenciamos algumas alterações psicológicas devidos às mudanças que as pessoas idosas sofrem no seu dia-a-dia e que as obriga a desempenhar novos papéis, bem como a enfrentar novos problemas. O tempo passa e os idosos elaboram uma imagem de si que vai de em conta com a estrutura social em que se encontram incluídos, o que leva a que criem limites para eles

próprios, o que por vezes, fica longe das suas reais capacidades o que desencadeia muitas ilusões ou frustrações (Ferreira, 2006). De facto, o envelhecimento é acompanhado por alterações psicológicas: (1) a lentidão do pensamento; (2) enfraquecimento da memória; (3) diminuição do ritmo das capacidades; (4) alteração do ritmo do sono; e (5) pela perda de apetite (Almeida 2008). Também do processo de envelhecimento decorrem consequências psicológicas do envelhecimento apresentadas no Tabela 1.

Tabela 1 – Consequências psicológicas do envelhecimento (Adaptado de Costa, 2003 cit in Almeida, 2008; Zimerman, 2000 cit in Almeida 2008; Mazo, Lopes & Benedetti, 2001).

Consequências psicológicas	As dificuldades de adaptação a novos papéis
	A falta de motivação e dificuldade em planear o futuro
	As alterações psíquicas que exigem tratamento
	Depressão, hipocondria, paranóia, suicídios
	A baixa da auto-imagem e da auto-estima
	A diminuição do entusiasmo, o que leva a necessidade de uma maior estimulação para o desenvolvimento de novas actividades
	A diminuição das suas capacidades físicas e mentais
	A perda de contactos sociais
	Sentimentos de isolamento e solidão

Também no processo de envelhecimento decorrem estas consequências que têm de ser combatidas com uma vida saudável, para que o envelhecimento seja o mais natural possível.

Por último, na idade biológica, relaciona-se com o envelhecimento orgânico, porque se assiste a uma redução da capacidade de funcionamento dos órgãos e a uma menor eficácia da sua auto-regulação. Contudo, os órgãos não envelhecem todos ao mesmo tempo (Birrem e Cunningham, 1985 cit in Almeida, 2008). O envelhecimento é um processo gradual, não envelhecemos de uma só vez. A velhice vai-se instalando lentamente sem que a pessoa se aperceba do que está a acontecer. Contudo, a velhice não é sinónimo de doença, pois existe um grande número de idosos que se consideram saudáveis. Na verdade, o processo de envelhecimento é exclusivo de cada pessoa (Almeida, 2008). Sendo assim não há uma idade certa para se começar a envelhecer, uma vez que mesmo na juventude já começam a surgir algumas mudanças degenerativas (Spidurso, 2005 cit in Almeida 2008). Todo o organismo sofre alterações com o envelhecimento, mas segundo Mazo, Lopes & Benedetti (2001) o declínio harmónico de todo o organismo fica mais acelerado a partir dos 70 anos.

Cunha (2007) refere que o desgaste dos anos facilita o surgimento de doenças, uma vez que o corpo do sujeito em envelhecimento fica mais fraco. As alterações fisiológicas do envelhecimento tanto a nível estrutural como a nível funcional, encontram-se resumidas no Anexo 4. Estas alterações podem levar à perda total de funções fundamentais para a realização de tarefas diárias, à diminuição destas mesmas funções ou à incapacidade de as manter (Rendas, 2001 cit in Almeida, 2008). A idade biológica apelidada de senescência, é a que provoca uma maior vulnerabilidade ao longo da vida e a que apresenta um maior risco de morte e a que mais pode interferir com o bem-estar do idoso.

De facto, o bem-estar psicológico do idoso está directamente relacionado com a possibilidade de manter a sua autonomia (Ferreira, 2006). Deste modo, a redução do equilíbrio, a instabilidade postural e as quedas, associadas a muitos outros factores inerentes ao processo de envelhecimento, interferem na Qualidade de Vida dos idosos (Sanglard et al., 2004 cit in Nunes, 2008). Dados estatísticos demonstram que 30% dos idosos caem pelo menos uma vez por ano, o que resulta em fracturas e lesões que levam a imobilizações prolongadas, à dependência e à perda de autonomia (Schaie & Willis, 1996).

Neste seguimento podemos questionar sobre quem será mais dependente: os adultos sujeitos a horários de trabalho, obrigados a obedecer a múltiplas imposições ou as pessoas idosas que não têm medo do desemprego, nem da competição, nem têm de se preocupar com horários, o seu único problema é, em certos casos, ter uma saúde mais frágil. Sendo assim, a dependência não é um elemento que caracteriza apenas esta fase da vida (Hansson & Carpenter, 1994 cit in Sousa, Galante & Figueiredo, 2003; Almeida, 2008). O envelhecimento pode ser visto noutra perspectiva, o que leva Beauvoir (1990 cit in Nunes, 2008, p33) a afirmar que *“uma vez que em nós, é o outro quem é velho, a revelação da nossa idade vem através dos outros, referindo que, mesmo enfraquecido, empobrecido, exilado no seu tempo, o idoso permanece, sempre o mesmo ser humano”*. É uma citação que representa bem o ser humano, independentemente das mudanças físicas ou outras, o interior de cada pessoa não mudará.

Outra forma de caracterizar o envelhecimento é associando-o á velhice. A velhice deve ser entendida como uma etapa da vida, da mesma forma que existe a infância, a adolescência e a maturidade. São etapas da vida, nas quais ocorrem modificações que afectam a relação do indivíduo com o meio, com o outro e com ele próprio, dentro de um determinado tempo (Zanini, 2003). O desenvolvimento pode ser considerado como uma série de sete etapas (Kusnetzoff 1996, cit in Silva, 1999) cada uma com peculiaridades, tanto do ponto de vista biológico como do psicossocial. A velhice é a última etapa, e o indivíduo idoso

caracteriza-se por dividir a experiência com os outros, por efectuar avaliação do passado, e por ocorrer problemas de saúde, conflitos no âmbito familiar e consciência de solidão.

Para Neri (1993 cit in Trentini, 2004) esta última fase é composta por três realidades do envelhecimento: (1) Velhice “bem sucedida”; (2) Velhice “usual” (ou velhice normal) e por último, (3) a Velhice “com patologia”.

A “velhice bem sucedida” é também conhecida por envelhecimento activo ou envelhecimento com sucesso. Fonseca (2005b) refere que este conceito emergiu em 1960, era sinónimo de mecanismo de adaptação às condições específicas da velhice, ou de procura de um equilíbrio entre as capacidades do indivíduo e as exigências do ambiente. Nesta concepção considera-se a velhice como a preservação da saúde e da funcionalidade no padrão dos adultos jovens, ou seja, significa o óptimo bem-estar físico do idoso, bem como o bem-estar pessoal e social. Não esquecendo os ideais da sociedade, as condições e aos valores existentes no ambiente em que o indivíduo envelhece e as circunstâncias da sua história pessoal e do seu grupo etário. Stevens (2001, cit in Sousa, Galante & Figueiredo, 2003) acrescenta que neste caso o sujeito é pro-activo, regula a sua Qualidade de Vida através da definição de objectivos e luta para os alcançar, acumulando recursos que são úteis na adaptação à mudança e activamente implicados na manutenção do bem-estar. Assim sendo, um envelhecimento bem sucedido é acompanhado de Qualidade de Vida, bem-estar, relações sociais e independência, e deve ser fomentado ao longo dos estados anteriores de desenvolvimento. Segundo Trentini (2004) existem quatro indicadores que medem “velhice bem sucedida”: (1) Satisfação/Índice de satisfação com a vida; (2) Actividade/Envolvimento - quanto mais activo o idoso estiver, maior será a sua satisfação e Qualidade de Vida; (3) Longevidade – a característica mais imediata do envelhecimento com Qualidade de Vida, pela sua preservação temporal em oposição a morte. De facto, uma má Qualidade de Vida encontra-se sempre associada a um aumento da mortalidade; e (4) Saúde física e mental - a “vitalidade” é uma condição necessária para que uma experiência de envelhecimento possa ser considerada como bem sucedida.

A “velhice usual”, é considerada a velhice em que ocorrem doenças físicas ou mentais, ou limitações funcionais objectivamente auferíveis, mas em intensidade moderada ou leve o suficiente para conduzir a mudanças apenas parciais nas actividades da vida diária (Neri, 1993 cit in Trentini, 2004).

Por último, a “velhice com patologia”, refere-se à funcionalidade e ao padrão de saúde física e mental do idoso que foram perdidos ou estão menos visíveis, havendo a presença de doenças crónicas/degenerativas, que limita severamente a vida da pessoa (Neri, 1993 cit in

Trentini, 2004). Somente na década de 1990 a “velhice com patologia” deixou de ser vista como sinónimo de velhice como um todo. O crescimento do número de idosos saudáveis contribuiu para a mudança dos pressupostos teóricos da velhice como sinónimo de doença (Trentini, 2004).

Na actualidade, os gerontólogos tentaram promover um envelhecimento bem-sucedido de forma a que os idosos sejam activos e produtivos, condenando os estereótipos negativos em relação ao envelhecimento. Foi assim relevante a introdução de uma distinção entre o "young old" e o "old old" que tornou possível manter uma imagem do envelhecimento tanto positiva como negativa (Mayer, Baltes, *et al.*, 1999).

Neugarten (1975 cit in Fonseca, 2006; Almeida, 2008) foi dos primeiros investigadores a estabelecer estas duas categorias de velhice: os "jovens-idosos" ("young-old"), dos 55 aos 75 anos, e os "idosos-idosos" ("old-old"), dos 75 anos em diante. Para esta autora, os jovens-idosos iriam caracterizar uma maioria competente e potencialmente activa, mas frequentemente marginalizada pela sociedade, enquanto os idosos-idosos iriam caracterizar a fragilidade (devido ao alto predomínio de doenças) e necessidade de cuidados especiais. Baltes e Smith (2003 cit in Fonseca, 2006), têm criticado a orientação que considera que os idosos se enquadram numa categoria global, sendo dada pouca atenção às diferenças entre eles. Os mesmos autores (1999, 2003 cit in Fonseca, 2006) baseando-se em Neugarten (1975), consideram ser útil proceder a uma distinção entre uma "3ª idade" e uma "4ª idade", diminuindo a importância da idade cronológica e crescendo a importância da idade funcional. Estes autores apresentam a existência de descontinuidades e de diferenças qualitativas entre as idades da velhice. Relativamente aos dilemas da quarta idade bem como a Qualidade de Vida dos idosos, esta pode ser tão diferente, quanto diferentes os momentos da velhice, estando esta subordinada não apenas a factores relativos à história de vida, à integração social e às condições objectivas e materiais de existência, mas também a partir de factores de ordem biológica que se revelem determinantes para o funcionamento global do indivíduo (Baltes & Smith, 2003 cit in Fonseca, 2006).

Também do Berlin Aging Study (BASE), ressalta a distinção entre "young old" e o "old old". Esta investigação multidisciplinar foi realizada com pessoas idosas que habitavam na antiga Berlim Ocidental, com idades compreendidas entre os 70 a 100 anos. No estudo principal (1990-1993), a amostra era composta por 516 indivíduos, os sujeitos eram considerados idosos quando as idades se encontravam entre os 70 e 84 anos (n=258), os sujeitos com idades compreendidas entre os 85 e 103 anos (n=258) foram consideradas muito idosas. Esta amostra foi avaliada quanto à sua saúde física e mental, funcionamento

psicológico, situação social e económica. Desde então, o estudo tem continuado (Berlin Aging Study, 2009).

Na verdade, as idades dos 70 aos 80 anos são caracterizadas por continuidades de períodos anteriores da vida. Esta fase da vida é designada por "idade jovem" ou "terceira idade", e nesta etapa a maioria dos idosos ainda consegue viver a vida de forma autónoma, especialmente se tiverem o conjugue ou mais familiares próximos, com suficientes recursos económicos e com suporte social (Baltes, 1996, 1997 cit in Mayer, Baltes, *et al.*, 1999).

Relativamente à "quarta idade" é de extrema importância recolher mais dados sobre a Qualidade de Vida e sobre o estado funcional em idade avançada, para orientar a pesquisa gerontológica e prática médica, psiquiátrica, psicológica e sócio-política em direcção a esse período da vida. Na idade superior a 85 anos os problemas pessoais, familiares e sociais são mais agudos, e as pessoas muito idosas e seus cuidadores pertencem à parte negligenciada da nossa sociedade (Mayer, Baltes, *et al.*, 1999). A justificação para esta distinção entre a "3ª idade" e a "4ª idade" pode ser feita através de um critério de cariz demográfico-populacional nos países desenvolvidos o critério de transição da 3ª para a "4ª idade", é entre os 75-80 anos de idade, ou de um cariz individual tendo em consideração que, pelos dados actuais, o ciclo de vida máximo de um indivíduo pode variar entre os 80 e os 120 anos de vida, as transições individuais para a "4ª idade" podem ocorrer em idades muito diferentes (Baltes & Smith, 2003 cit in Fonseca, 2006). Deste modo, iremos considerar neste trabalho, que a 3ª idade se inicia aos 65 e vai até aos 80 anos e a 4ª idade varia entre os 81 e 120 anos de idade. No entanto, Baltes e Smith (2003 cit in Fonseca, 2006) consideram que não existe idade certa para se passar à 4ª idade, tudo depende do grau de funcionalidade do idoso.

O BASE (2006) permitiu demonstrar que a 4ª idade não é a simples continuação da 3ª idade, verificando-se uma efectiva descontinuidade em termos da capacidade adaptativa individual da primeira para a segunda, no sentido de progressivo declínio de funções. A 4ª idade testa a adaptabilidade humana (Mayer, Baltes, *et al.*, 1999). Este estudo sugere que a 3ª idade se caracteriza por: (1) o aumento da expectativa de vida; (2) o elevado potencial de manutenção de boa forma (física e mental); (3) as reservas cognitivas e emocionais; (4) os níveis elevados de bem-estar pessoal; e (5) as estratégias eficazes de gestão de ganhos e perdas. Quanto à 4ª idade: (1) começa a existir perdas consideráveis no potencial cognitivo; (2) redução das capacidades de aprendizagem; (3) o aumento de sintomas de stress crónico; (4) o predomínio de demências; e (5) os níveis elevados de fragilidade, disfuncionalidade e multimorbilidade. Justificando esta diferenciação (Mayer, Baltes, *et al.*, 1999).

Assim e segundo os mesmos autores, as pessoas da "3ª idade" revelam uma elevada plasticidade e, têm uma capacidade de regular o impacto de perdas tanto a nível biológico como de saúde. Quanto à "4ª idade" referem que todos os sistemas comportamentais mudam, mas num sentido cada vez mais negativo, sendo a ocorrência de patologias mais provável e inevitável (Baltes & Mayer, 1999; Baltes & Smith, 1999, 2003 cit in Fonseca, 2006; Fonseca, 2005a).

Neste âmbito, o envelhecimento foi desde sempre algo que fez pensar os homens, na confusão que gera face ao sofrimento e à morte. Com o passar dos anos, o conceito de envelhecimento e as atitudes perante os idosos, têm vindo a mudar e reflectem a cultura e as relações sociais das várias épocas (Paúl, 2005). É ainda de salientar que não existem fases do ciclo da vida humana que possam ser consideradas prioritárias em termos de cuidados, pelo que tem que ser dada igual importância a todas as idades da vida (Baltes & Smith, 2003 cit in Fonseca, 2006).

O envelhecimento é algo que ocorre num ritmo e numa velocidade que varia de pessoa para pessoa, iniciando-se em diferentes épocas para as diversas partes e funções do organismo (Trentini, 2004). Ser idoso significa poder experimentar o privilégio de uma vida longa. As várias formas de envelhecer incluem idosos bem-sucedidos e activos, mas também idosos incapazes, em que a autonomia se encontra limitada pela doença e pelo contexto em que vivem (Paúl, Fonseca, Martin & Amado, 2005).

As nossas crenças e conhecimentos sobre velhice e envelhecimento levam a algumas percepções estereotipadas que influenciam a forma como os indivíduos regulam o seu próprio envelhecimento e as nossas interacções no dia-a-dia com pessoas mais velhas. Neste sentido, as concepções estereotipadas, crenças e atribuições também estão reflectidas em adultos mais velhos, nas próprias atitudes sobre si mesmo, nas atitudes das inúmeras pessoas que trabalham com e para pessoas de idade, e as políticas sociais (Mayer, Baltes, *et al.*, 1999).

O idoso é visto pela sociedade actual, como alguém que contribui pouco socialmente, pouco activo e incapaz de adquirir conhecimento. Porém, os estudos têm mostrado que essas crenças e mitos podem ser incoerentes, pois as pessoas activas na terceira idade apresentam uma redução da perda das suas capacidades mnésicas e de flexibilidade de pensamento (Rodrigues & Carvalho, 2008; Ferraz & Peixoto, 1997).

Os estereótipos sobre a velhice têm a tendência a serem generalizados para todos os idosos, no entanto, há muitos idosos que continuam activos, trabalhadores e competentes, embora outros sejam doentes e se encontrem debilitados a nível de saúde (Belsky, 2001). Os mitos existem pelo desconhecimento, por parte das pessoas, do tema em questão. No caso do

processo de envelhecimento, os mitos encontram-se associados a doença, a aborrecimento, a egoísmo, a impotência sexual, a rigidez de carácter, a rugas e aos cabelos brancos, mas o que é certo é que apenas os dois últimos aspectos é que são próprios das pessoas que envelhecem, todos os outros aspectos são comuns a todos os grupos etários (Almeida, 2008).

Na verdade, os idosos tendem a avaliar as mudanças que sucedem com o envelhecimento e a reagir face a elas em termos das crenças que mantém acerca de si e da reformulação dos objectivos perante circunstâncias desfavoráveis, procurando continuamente assegurar uma imagem pessoal positiva e prosseguir o respectivo percurso desenvolvimental. No entanto, apesar das diferenças inter-individuais existente nos idosos, estudos mostram que estes não apresentam uma menor satisfação de vida comparativamente com as pessoas mais novas, bem como não apresentam mais doenças do foro psicológico, como depressões. Ou seja, os idosos apresentam um elevado nível de resiliência e flexibilidade adaptativa do self idoso e traduzem uma imagem positiva quanto à forma como os indicadores da Qualidade de Vida psicológica permanecem relativamente estável com o passar dos tempos (Brandtstadter, Rothermund e Schmitz, 1997 cit in Fonseca, 2005a).

Todas estas ideias pré-concebidas, de um modo geral negativas, contribuem para que a sociedade em termos gerais e os para os próprios idosos percepcionem uma realidade que não é de todo apropriada. Sendo assim cabe a todos nós contribuir para que os idosos sejam vistos com outros olhos, dando-lhes valor pelo que foram, pelo que são e pelo que ainda poderão vir a ser (Ferraz & Peixoto, 1997).

Capítulo II- Institucionalização

Um idoso é considerado como institucionalizado, quando é colocado aos cuidados de uma instituição especializada. Os peritos em questões de envelhecimento referem a importância das pessoas idosas permanecerem no seu próprio ambiente o máximo de tempo possível, contudo, existem vários condicionantes que não o permitem. Deste modo, e ao longo dos séculos a preocupação com as necessidades sociais da população começaram a existir, dando origem a algumas instituições voltadas para determinados sectores da população (Ferreira, 2006; Jacob, 2002).

Remonta ao período bizantino o surgimento das primeiras instituições para abrigar pessoas idosas. No ano 325, ordenou-se pelo primeiro acordo de Nicéia, a construção de pelo menos uma casa para hospedagem de estrangeiros e de viajantes em cada cidade, bem como de casas para outros necessitados, multiplicando-se assim os estabelecimentos de assistência social. No ano 534, a lei justiniana, diferenciou as instituições consoante a sua finalidade, e fixou-lhes uma terminologia específica de radical grego: nosocómio para doentes, ptocotrófios para crianças abandonadas, orfanotrópios para órfãos, gerontocómios para idosos, e paramonórios para trabalhadores inválidos (Almeida, 1965 cit in Vaz, 2009).

No ocidente o primeiro gerontocómio foi fundado pelo Papa Pelágio II, que transformou a sua casa num hospital improvisado para acolher os pobres, os doentes, os idosos e os perseguidos. Em Itália, os estabelecimentos que prestavam auxílio aos idosos ainda hoje são chamados de gerontocómios, embora, actualmente, não seja usada esta designação na maioria dos países (Vaz, 2009).

Segundo Jacob (2002a), no final do séc. XV, estas instituições dividiam-se em quatro tipos: (1) Albergarias; (2) Mercearias (instituições que praticavam o bem pela alma ou saúde de alguém); (3) Hospitais; e por fim, (4) Gafarias ou Leprosarias.

Destas instituições, hoje em dia, apenas os hospitais permanecem activos, dedicando-se especificamente aos cuidados de saúde da população.

A partir do século XVII começa a surgir o entendimento que estas instituições têm a ver com aspectos ligados à solidariedade, não podem estar apenas dependentes de sentimentos religiosos, mas antes de uma consciência social do próprio estado e da sociedade civil. Neste domínio, a criação da Casa Pia em Portugal, nos finais do séc. XVIII (3 de Julho de 1780), constitui um marco extremamente importante, traduzindo uma nova forma de encarar o apoio social por parte das entidades públicas e sociedade civil (Ferreira, 2006; Almeida, 2008).

As Instituições Particulares de Assistência foram fundadas pela Lei 2120, de 19 de Julho de 1963. Foi com a Constituição de 1976 (artigo nº 63), que surgiu pela primeira vez o termo Instituições Particulares de Solidariedade Social (IPSS). Foram posteriormente definidas pelo art.º 1 do Decreto-Lei nº 119/83 de 25 de Fevereiro, como “*Entidades jurídicas constituídas sem finalidade lucrativa, por iniciativa privada, com o propósito de expressão organizada ao dever moral de solidariedade e de justiça entre indivíduos e desde que não sejam administradas pelo Estado ou por um corpo autárquico...*” (Segurança Social, 2009; Vaz, 2009). De acordo com o mesmo Decreto-Lei, as IPSS, do ponto de vista jurídico, podem assumir várias formas, entre as quais podemos destacar as Santas Casas da Misericórdia e os Centros Sociais. Segundo Jacob (2002a) as primeiras foram criadas em 15 de Agosto de 1498, e o seu número foi aumentando ao longo dos tempos. No que diz respeito aos Centros Sociais, estes constituem as segundas IPSS mais antigas e eram denominadas, antes de 1983, por Institutos de Assistência. As IPSS incluem também as Associações de Socorros Mútuos ou Mutualidades, e as Associações de Solidariedade Social. Apenas a partir da década de setenta é que as instituições são criadas com objectivo de prevenção da dependência e a integração das pessoas idosas na comunidade (Fernandes, 1997 cit in Almeida, 2008).

Foi também em 1498 que o encargo social começou a distinguir dois tipos de instituições: as que tinham como objectivo a institucionalização das pessoas idosas, e as que procuravam criar condições para manter a pessoa idosa no seu próprio domicílio (Jacob, 2002c).

As primeiras instituições eram designadas de asilos ou albergues. Pela sua conotação depreciativa de abandono, de pobreza ou de rejeição familiar, eram destinados aos indigentes, mendigos e aos idosos. Eram designados de asilo no sentido de abrigo e recolhimento, e eram habitualmente mantidos pelo poder do público e dos grupos religiosos. No entanto, foram sendo substituídas por nomes como Lar de idosos, Lar de terceira idade, Residência de idosos, Casa de repouso, entre outros (Hoffmann-Horochovski, 2008; Jacob, 2002c; Vaz, 2009). Os lares de idosos constituem a primeira resposta social de apoio aos mais idosos. Esta designação surgiu a partir da década de 50 do séc. XX (Ferreira, 2006; Hoffmann-Horochovski, 2008; Jacob, 2002c).

Com todas as transformações na sociedade portuguesa tanto a nível demográfico como a nível familiar, foi necessário adoptar novas formas de intervenção e ajustar as respostas sociais já existentes à nova realidade, nomeadamente com uma maior dinamização no apoio social desenvolvido no domicílio, assim como em estruturas de convívio, de combate ao

isolamento e à exclusão social, prevenindo ou retardando a institucionalização do idoso (Ministério do Trabalho e da Solidariedade Social, 2006 cit in Vaz, 2009).

Deste modo, a Segurança Social (2009) desenvolveu um programa de apoio a idosos que é composto por diferentes serviços de apoio: (1) o Serviço de apoio domiciliário; (2) Centro de convívio; (3) Centro de dia; (4) Centro de noite; (5) Acolhimento familiar para pessoas idosas; (6) Residência; e por fim, (7) o Lar de idosos (cf. Anexo 5).

Nos últimos anos, as respostas sociais com maior ritmo de crescimento foram dirigidas à população idosa (46,4%). Dos serviços referidos, o que apresentou uma maior taxa de crescimento foi o serviço de apoio domiciliário (75,5%), seguido pelo centro de dia (40,6%) e o lar e residência para idosos (28,4%) (Ministério do Trabalho e da Solidariedade Social, 2006 cit in Vaz, 2009).

Num estudo que compara idosos que recebiam apoio domiciliário com idosos institucionalizados, os autores Greenberg e Ginn (1999 *cit in Vaz, 2009*) concluíram que estes últimos tinham uma maior probabilidade de: (1) serem mulheres; (2) solteiros ou viúvos; (3) não terem filhos; (4) apresentarem um maior número de patologias; (5) uma maior incapacidade funcional, e preferirem viver numa instituição; (6) não terem ajuda de parentes; (7) serem incapazes de tomar medicação; (8) terem uma menor capacidade de tomar decisões; e (9) possuírem uma melhor situação financeira.

Dos serviços apresentados anteriormente, debruçamo-nos sobre a estrutura residencial ou lar de idosos. Este é definido pelo Grupo de Coordenação do Plano de Auditoria Social e CID (2005) como um estabelecimento onde se desenvolvem actividades de apoio social a idosos através do alojamento colectivo (temporário ou permanente), abastecimento alimentar, cuidados de saúde, higiene e conforto, estimulando o convívio, a animação social e a ocupação do tempo livre dos idosos que nele se encontrem. Este contexto é dirigido a pessoas idosas que se encontram em situações de risco, como a perda de autonomia, e em que o estado de saúde seja grave, necessitando assim de cuidados médicos e paramédicos continuados ou intensivos (Grupo de Coordenação do Plano de Auditoria Social & CID, 2005). Deste modo, a institucionalização deve-se também a situações, tais como, a viuvez, inexistência de filhos, no caso da existência de filhos não terem condições de cuidar do idoso, a falta de espaço adequado na casa da família, conflitos familiares, ausência de cuidador, alto grau de dependência da pessoa idosa sem que os seus familiares possam atendê-lo no seu quotidiano de suas vidas (Nunes, 2008; Almeida 2008). As institucionalizações devem-se a factores socioeconómicos, demográficos e de saúde (Tavares, 2007). Quanto mais dependente, tanto

físico como financeiramente se encontrar o idoso, maior será a probabilidade de vir a ser institucionalizado.

A decisão de ir viver para um lar de idosos é um momento de grande mudança para o idoso, obrigando-o a uma separação do meio familiar, sujeitando-se a uma adaptação de um novo ambiente (Papaléo Netto, 1996 cit in Nunes, 2008). Este tipo de mudança repentina de vida, só pode ser realizado, no caso de haver um consentimento livre, expresso e informado do futuro residente. Torna-se ilegal no caso de o idoso ser admitido devido a ter tomado uma decisão sob pressão ou ameaça, ou se os familiares tentarem representar o idoso, introduzindo-o num lar de idosos sem o consentimento deste. Esta situação apenas é permitida se os familiares tiverem poderes de representação legal, ou seja no caso de serem tutores de uma pessoa que se encontre com demência (Instituto de Segurança Social, I.P., 2008).

2.1 A institucionalização de idosos

O envelhecimento demográfico em Portugal é um acontecimento marcante da sociedade actual. O aumento da esperança média de vida, geralmente não é acompanhado por um nível de bem-estar ou de autonomia que permita aos idosos terem uma vida de acordo com as suas necessidades e expectativas.

O conceito de envelhecimento activo e saudável é defendido pelos especialistas, e por Ferreira (2006) como a oportunidade da pessoa idosa continuar autónoma e capaz de cuidar de si própria, no seu meio natural de vida, embora haja a possibilidade de recorrer a apoios. Contudo, a realidade é outra, existem muitas pessoas idosas que não conseguem permanecer no seu meio natural, pela impossibilidade de um familiar cuidar delas, ou mesmo pelo facto de a pessoa idosa necessitar de respostas sociais. De modo a que as dimensões físicas, psíquica, cultural e social da vida de cada indivíduo possam por ele ser desenvolvidas sem limitações dos seus direitos fundamentais à identidade e à autonomia. Neste âmbito, acresce a necessidade do alojamento num lar de idosos, para que a instituição responda às necessidades específicas de cada sujeito (Grupo de Coordenação do Plano de Auditoria Social, & CID, 2005).

A institucionalização surge no momento em que a incapacidade física e psicológica se instala no idoso, e as capacidades do meio ambiente diminuem, é fundamental ter em conta a hipótese de internamento numa instituição (Fernandes, 2002). No entanto, a entrada do idoso para uma instituição, desencadeia um forte impacto emocional, uma vez que ir viver para um

lar de idosos implica para ele e para a sua família, profundas modificações no ambiente de vida e aos hábitos anteriores (Nunes, 2008).

Sendo assim é extremamente importante o acompanhamento do residente nas diversas fases de adaptação, ajudando-o a integrar-se. Este processo de acolhimento deve reduzir os riscos como a de perda de identidade, dos vínculos afectivos, o desenraizamento, o receio de mudança, e tendência a rejeitar a integração, a auto-culpabilização ou sensação de estar a sofrer uma punição. Deste modo, o psicólogo deve ter em conta a personalidade do novo residente, incluindo a sua história, as recordações familiares, a relação que tinha com a comunidade e família da qual se separou (Grupo de Coordenação do Plano de Auditoria Social, & CID, 2005).

Nesta medida, é necessário facilitar a adaptação, manter a identidade pessoal e confirmar o bem-estar psicológico à medida que se envelhece, através de: (1) actividades instrumentais, para prevenir a perda de acontecimentos relevantes para a identidade; (2) de mudanças e reajustamentos de objectivos e aspirações pessoais, para reduzir as avaliações negativas que fazem deles próprios; e (3) mecanismos de imunização para a diminuição do impacto de provas acerca de si mesmo que possam revelar-se diferentes com a preservação da identidade (Brandtstadter e Greve, 1994 cit in Fonseca, 2005a).

A institucionalização tem consequências negativas nalguns idosos. Num estudo, realizado por Plati, Covre, Lukasova e Macedo (2006), com 120 idosos, visava-se avaliar a frequência de sintomas depressivos e o desempenho cognitivo entre idosos não institucionalizados, e institucionalizados que realizavam actividades: como terapia ocupacional, jogos, arte, pintura, literatura, ginástica e institucionalizados que não realizavam actividades. Nesta perspectiva, foram aplicados a Escala de Depressão Geriátrica, o Mini-Exame do Estado Mental, e as versões computadorizadas do Teste Hooper de Organização Visual e do teste de Nomeação de Boston. Foi possível constatar que os idosos institucionalizados apresentaram maior frequência de depressão. Os autores concluíram então, que o pior desempenho cognitivo dos idosos está relacionado com a institucionalização, e as actividades diárias de estimulação podem ser eficazes para minimizar as perdas cognitivas dos idosos institucionalizados (Plati, Covre, Lukasova & Macedo, 2006).

Deste modo, é importante a participação do idoso em actividades, para a sua integração na instituição. Num outro estudo realizado por Reis (1999 cit in Costa, 2005), em que se pretendia avaliar a participação da pessoa idosa institucionalizada, nas actividades pessoais e sociais, a presença de uma maior participação do grupo de idosos rurais nas actividades. Este grupo era composto por um grupo de idosos mais novos, que apresentava

um bom estado funcional. Das ocupações a mais relatada é a de ir a missa e de ver televisão. Embora os idosos gostem de participar nas tomadas de decisão e no planeamento das actividades, a amostra deste estudo apresentou uma baixa taxa na participação destas. O autor também concluiu que quanto maior for a ocupação do idoso em actividades de lazer no lar, maior será a ocupação em actividades domesticas, bem como nas actividades sociais fora do lar e na tomada de decisão no planeamento de actividades quotidianas no lar (Costa, 2005). Desenvolvendo assim, um sentimento de integração na instituição, por parte do idoso.

Na verdade, os principais objectivos de integração das pessoas idosas no lar de idosos são: (1) o de promover Qualidade de Vida; (2) proporcionar serviços permanentes e adequados à pessoa idosa; (3) contribuir para a estabilização ou retardamento do processo de envelhecimento e a conduzir a um envelhecimento saudável, autónomo e activo; (4) privilegiar a interacção com a família e com a comunidade, no sentido de favorecer a participação social; e por último, (5) promover estratégias de reforço da auto-estima, de valorização e de autonomia pessoal e social, assegurando as condições de estabilidade necessárias para o reforço da sua capacidade autónoma para a organização das actividades da vida diária (Grupo de Coordenação do Plano de Auditoria Social & CID, 2005).

2.2 Factores de risco para a institucionalização

Vários são os investigadores que tentam identificar as características dos idosos que são internados nos lares de idosos. Vaz (2009) refere três grupos diferentes de factores de risco para a institucionalização, que se encontram relacionados com a incapacidade cognitiva, a incapacidade física e com as condições socioeconómicas e afectivas.

A incapacidade cognitiva engloba a desordem cognitiva, demência, sintomas depressivos, problemas psiquiátricos, incapacidade para tomar medicação, e menor capacidade para tomar decisões (Vaz, 2009; Cheloni, Pinheiro, Filho & Medeiros, 2003). Nithtila, Martikainen, Koskinen, Reunanen, Noro e Hakkinen (2008) confirmam que a doença de Parkinson e as demências são os maiores factores de risco para a institucionalização. Os factores subsequentes, segundo o mesmo estudo, são: acidente vascular cerebral, fractura da anca e diabetes. Para Vaz (2009) estes encontram-se no grupo da incapacidade física - abrange as limitações de mobilidade, provocando assim uma menor participação nas actividades de vida diárias, uma menor capacidade funcional física, um maior número de doenças e lesões, doenças crónicas, incontinência e incapacidade de tomar medicação (Vaz,

2009). Por último, os factores de risco relacionados com as condições socioeconómicas e afectivas - presencia-se o aumento da idade, a maioria dos idosos são do sexo feminino, solteiros, moram sozinhos, viúvos, de baixos rendimentos, existe uma ausência de apoio social bem como de um cuidador formal ou informal, levando à preferência de viver em instituições.

A institucionalização pode causar desintegração social, despersonalização, perda de responsabilidades por decisões pessoais, rotinas rígidas, ausência de estimulação cognitiva e privação espiritual. O que encaminha o idoso à perda de amor-próprio, redução dos interesses, dependência excessiva, comportamento automático e perda de interesse pelo mundo exterior (Fernandes, 2002). Carvalho e Fernandes (1999 cit in Vaz, 2009; Rodrigues & Leal, 2004) acrescentam que a institucionalização é uma situação que desencadeia stress e depressão, uma vez que o idoso se encontra isolado e é obrigado a optar por um estilo de vida diferente do que tinha antes, adaptando-se a uma rotina de horários, e a dividir o seu ambiente com desconhecidos à distância da família. O facto de partilhar o quarto, por exemplo, pode minimizar a depressão para alguns moradores, contudo, para outros pode contribuir para o desenvolvimento de depressão. O isolamento social leva-os à perda da sua identidade, liberdade, da sua auto-estima e solidão, o que contribuiu para a alta prevalência de depressão em lares (Vaz, 2009).

Num estudo epidemiológico, composto por 211 idosos, em que 105 eram idosos institucionalizados, e 106 idosos encontravam-se a residir na comunidade. Verificou-se que os idosos institucionalizados apresentavam 54,6% (n=57) o predomínio de depressão, e nos idosos residentes na comunidade 67,9% (n=72) apresentavam a presença de depressão (Costa, 2005a). Para Brown, Lapane e Luisi (2002 cit in Vaz, 2009) este resultado é explicado pela influência de outras variáveis, uma vez a taxa de presença de depressão em idosos residentes em lares é três a cinco vezes superiores às pessoas idosas que vivem na comunidade. Esta ideia é confirmada com o estudo realizado por Silva (1990 cit in Fernandes, 2002). Com idosos institucionalizados e frequentadores de centros de dia. Os resultados revelam a prevalência de depressão em 25,47 % dos idosos institucionalizados, e de 14,29% nos que frequentam o centro de dia. Num outro estudo, realizado por Fernandes (2002) com uma amostra de 204 indivíduos, divididos por 3 grupos distintos, 78 idosos institucionalizados, 50 idosos utentes do centro de dia e 76 idosos residentes no seu domicílio, concluí-se que os utentes do sexo feminino, os mais idosos e os que se encontram internados são os mais afectados pela depressão. Outro estudo, realizado por Cardoso e Costa (2006), com uma amostra de 57 idosos institucionalizados, 26 idosos a frequentar o centro de dia, e por 42

idosos apoiados pelo Apoio Domiciliário, demonstrou-se que os idosos não institucionalizados apresentavam uma maior satisfação do que os do Centro de dia. No entanto, os idosos institucionalizados apresentaram uma maior necessidade de ajuda da instituição devido as suas incapacidades e limitações, sentindo-se excluídos da sociedade, e menos satisfeitos.

O primeiro mês de admissão de um idoso num lar, é considerado o período de maior risco para o desenvolvimento de uma sintomatologia depressiva. Neste seguimento, a percentagem de idosos com depressão é maior nos idosos recentemente admitidos numa instituição (Shirley, Leung & Mak, 2000 cit in Vaz, 2009). A depressão é considerada, dentre os distintos transtornos que afectam os idosos, a que merece especial atenção, uma vez que se apresenta com uma grande frequência e consequências negativas para a Qualidade de Vida dos indivíduos afectados (Gazalle et al., 2004 cit in Aguiar, 2007). No estudo de Gameiro, Carona e Pereira, *et al.* (2008) verificou-se que a sintomatologia depressiva afecta de forma negativa e significativa todos os domínios da Qualidade de Vida considerados no WHOQOL-100, no entanto, os domínios mais afectados mostraram ser o psicológico, o físico e o de relações sociais.

A dificuldade clínica nos diagnósticos diferenciais e confusão com quadros demenciais são frequentemente influenciados por queixas de alteração de humor atípico, queixas somáticas, baixa auto-estima, hipocondria, sentimentos de inutilidade, tendência autodepreciativa, alteração do sono e do apetite, ideação paranóide e pensamento em suicídio. Estes sintomas levam a que seja difícil estimar correctamente a verdadeira prevalência da depressão do idoso (Tavares, Marques, Ferreira & Firmino, 2000; Stella, Gobbi, Corazza & Costa, 2002). Estudos epidemiológicos estimam que no atendimento básico de saúde, cerca de 80% dos pacientes não são diagnosticados e que apenas 3,5% dos casos diagnosticados recebem um tratamento adequado (Cheloni, Pinheiro, Filho & Medeiros, 2003).

Outro sintoma frequentemente associado à depressão, de acordo com Gazalle, Hallal e Lima (2004), é o aumento desta patologia com a idade. Os idosos com idade compreendida entre os 75 e 80 anos, correspondia a uma taxa entre 1% e 4%, em relação a idosos com idade ate 85 anos e superior, a taxa depressiva subia para 13% (Valvanne *et al.*, 1996 cit in Aguiar, 2007). Contudo para Mayer e Baltes, *et al.*, (1999) a depressão não é mais frequente com o aumento da idade. Na população idosa os transtornos depressivos surgem com uma prevalência semelhante ou mesmo inferior à da população jovem, mas a sintomatologia depressiva é claramente mais prevalente nos idosos (Tavares, Marques, Ferreira & Firmino, 2000; Santos & Marques, 1989).

Em suma, a depressão no idoso surge num contexto de perda da Qualidade de Vida que por sua vez leva ao isolamento social e ao surgimento de doenças clínicas graves (Stella, Gobbi, Corazza & Costa, 2002).

Capítulo III- Qualidade de Vida

O conceito de Qualidade de Vida (QV) é um termo com uma utilização relativamente recente, embora, a ânsia do ser humano por viver a sua vida da melhor forma possível prevalece desde há muito tempo.

A expressão QV era tradicionalmente utilizada por filósofos e poetas, e mais tarde passou a ser utilizada por médicos e investigadores interessados em avaliar a percepção dos pacientes sobre a doença e o seu respectivo tratamento (Ciconelli, 1997 cit in Aguiar, 2007). Na verdade, a QV é um conceito complexo, que atravessa várias ciências e diferentes áreas de aplicação, desde a economia, a sociologia ou a política (Pais Ribeiro, 2002, 2004, 2006 cit in Martins, 2008). Surgiu nas áreas da medicina e da psicologia após a II Guerra Mundial, relacionada à saúde, sendo muitas vezes confundido com a própria definição de saúde (Martins, 2008).

O termo “Qualidade de Vida” foi citado pela primeira vez em 1920, por Pigou, num livro sobre economia e bem-estar material e então reflectia o suporte governamental para indivíduos de classes sociais mais desfavorecidas, bem como o respectivo impacto nas suas vidas e o orçamento do estado (Wood-Dauphinee, 1999 cit in Almeida, 2008). Contudo, o conceito acabou por ser esquecido, por não se lhe ter sido atribuído grande valor. Foi apenas depois da 2ª Grande Guerra Mundial que este conceito se tornou mais utilizado. Inicialmente era associado a riqueza material, mas depressa englobou aspectos, como a liberdade pessoal, a satisfação e o bem-estar emocional (Almeida, 2008). Foi a partir de 1950 que o conceito foi tornado mais abrangente, e em 1960, o relatório da Comissão dos Objectivos Nacionais do Presidente Eisenhower, inclui a noção de Qualidade de Vida relacionando-o com educação, crescimento individual e económico, saúde e bem-estar.

Em 1999, a Organização Mundial de Saúde (OMS) considera a QV constituída por seis domínios de avaliação: Físico; Psicológico; Nível de independência; Relações sociais; Meio-ambiente; e Espiritualidade/religião/crenças (Almeida, 2008).

Este conceito foi-se ampliando, e foram vários os países que procuraram desenvolver políticas de bem-estar social. Deste modo, concluiu-se que não bastava avaliar e comparar a Qualidade de Vida, entre países, regiões ou cidadãos - Qualidade de Vida objectiva - mas também avaliar a Qualidade de Vida percebida pelas pessoas - Qualidade de Vida subjectiva (Ferreira, 2006). Neste seguimento, para The WHOQOL Group (The World Health Organization Quality Of Life), a Qualidade de Vida é igualmente a percepção que o indivíduo tem da sua vida, no contexto da cultura e sistemas de valores nos quais vive, e em relação aos

seus objectivos, expectativas, padrões e preocupações (Aguiar, 2007; OMS, 1998, cit in Pavan, 2008). Deste modo, foi apenas na década de 80, que este termo começou a entrar no vocabulário de todas as pessoas, porém o seu significado tornou-se muito subjectivo (Martins, 2006 cit in Almeida, 2008).

Para Paschoal (2000 cit in Tahan, 2009, pp.21) Qualidade de Vida define-se como “*um conceito que está submetido a múltiplos pontos de vista e que tem variado de época para época, de país para país, de cultura para cultura, de classe social para classe social e, até mesmo, de indivíduo para indivíduo e inclusive tem variado para o mesmo indivíduo conforme o decorrer do tempo*”.

Campbell *et al.* (1976 cit in Lopes, Ribeiro & Leal, 1999) definem a Qualidade de Vida numa perspectiva cognitiva, por esta abranger uma componente cognitiva e afectiva. Cada uma das componentes pode variar independentemente da outra. No entanto, para Vecchia, Ruiz, Bocchi e Corrente (2005) este constructo está relacionado com a auto-estima e o bem-estar pessoal e ainda com uma série de aspectos como a capacidade funcional, o nível socioeconómico, o estado emocional, a interacção social, a actividade intelectual, o auto cuidado, o suporte familiar, o próprio estado de saúde, os valores culturais, éticos e a religiosidade, o estilo de vida, a satisfação com o emprego e com actividades diárias e o ambiente em que se vive (Bowling, Gabriel, Dakes, Dowding, Evans, Fleissig *et al.*, 2003; Santos, Santos, Fernandes e Henriques, 2002; Velarde & Avila, 2002 cit in Vecchia, Ruiz, Bocchi & Corrente, 2005).

Na verdade, a QV é um conceito amplo que incorpora de uma maneira complexa a saúde física e psicológica de uma pessoa, bem como a dependência, as relações sociais, as crenças e a sua relação com características proeminentes do ambiente (OMS, 1998, cit in Pavan, 2008). Deste modo, a inexistência de uma definição consensual de QV deve-se às seguintes características: (1) subjectividade, (2) multidimensionalidade, (3) bipolaridade, (4) complexidade, e à (5) mutabilidade - que são partilhadas por diversas correntes de opinião (Aguiar, 2007; Tahan, 2009; Paschoal, 2000 cit in Almeida, 2008).

Quanto à subjectividade, diferentes estudos relacionam-se com a existência de condições externas às pessoas, existentes no meio e nas condições de vida e de trabalho, que influenciam a avaliação que os próprios sujeitos fazem da sua Qualidade de Vida. Um estudo realizado por Santos *et al.*, (2002), com uma amostra de 128 idosos em diferentes comunidades do estado de Paraíba, teve por objectivo avaliar a satisfação de idosos em relação à Qualidade de Vida. Os autores afirmaram o carácter subjectivo do conceito de qualidade.

Por outro lado, multidimensionalidade é explicada por alguns investigadores como sendo composta por três áreas - física, psicológica e social - que se encontram na Qualidade de Vida (The WHOQOL Group, 1995 cit in Almeida, 2008). Ou seja, a Qualidade de Vida é determinada por vários domínios ou dimensões, que se inter-relacionam, não constituindo um conceito unitário (Silva, Pais-Ribeiro, Cardos e Ramo, 2003);

Por seu termo, a bipolaridade significa que a QV possui dimensões positivas e negativas. São exemplo de dimensões positivas a autonomia, e de dimensões negativas a dependência (Tahan, 2009);

A complexidade advém do facto deste conceito ser complexo e de difícil avaliação. Na verdade, a avaliação da Qualidade de Vida muda com o tempo, de pessoa para pessoa, segundo o lugar e o contexto cultural, daí a sua mutabilidade (Paschoal, 2000 cit in Almeida, 2008). Vários autores acrescentam ainda outra característica: multi-determinado (Bowling, 2004; Bowling *et al.*, 2003; Fayers & Machin, 2007 cit in Martins, 2008) que se refere à adaptação de indivíduos e grupos de pessoas em diferentes épocas da vida de uma ou várias sociedades. Deste modo, é possível concluir que tanto a velhice como a Qualidade de Vida são eventos dependentes do tempo (Neri, 2000 cit in Trentini, 2004).

O carácter multidimensional e multideterminado da QV foram confirmados no estudo qualitativo realizado por Silva (2005 cit in Nunes, 2008), com uma amostra de 50 idosos de 3 cidades do Sul de Minas Gerais (Brasil). Este estudo teve por objectivo identificar as representações de idosos sobre os significados de “ser uma pessoa idosa” e as suas representações sobre a expressão “Qualidade de Vida” utilizando linhas metodológicas do discurso do sujeito colectivo para a selecção de ideias centrais e de expressões chaves, que foram retiradas do discurso dos idosos. Nesta pesquisa, as representações de Qualidade de Vida para os idosos são, saúde física, independência física, autonomia, psicológica, social, económica, família, religiosidade e transcendência, meio ambiente e cidadania.

Neste âmbito, Campbell, Converse e Rodgers (1976 cit in Martins, 2008) concluíram que a saúde era a variável que melhor explicava a Qualidade de Vida, uma vez que, para o doente a saúde é um dos aspectos mais importantes da sua vida (Jacobson, 2002, cit in Silva, Pais-Ribeiro, Cardos & Ramo, 2003). Surge então a necessidade de avaliar a Qualidade de Vida de pessoas com problemas de saúde (Ribeiro, Meneses, Meneses & Grupo-QDV, 1998 cit in Silva, Pais-Ribeiro, Cardos & Ramo, 2003).

Bradley (2002 cit in Silva, Pais-Ribeiro; Cardos & Ramo, 2003) caracterizou o estado de saúde em relação à Qualidade de Vida, através da percepção que a pessoa tem relativamente à sua saúde, isto é, se é boa ou má. A saúde pode ser vista como um dos muitos

domínios da Qualidade de Vida, mas não pode ser interpretada como sinónimo desta. Ao longo do tempo, as medidas do estado de saúde passaram a incluir os conceitos de saúde, de bem-estar e de Qualidade de Vida (Patrick e Deyo, 1989 cit in Martins, 2008). Surge deste modo, uma outra dimensão de Qualidade de Vida designada por, Qualidade de Vida Relacionada com a Saúde (QVRS), que está relacionada com a saúde física e mental e com a realização de funções sociais associadas a uma condição de saúde, ou mesmo às políticas e serviços de saúde (Patrick e Deyo, 1989 cit in Martins, 2008).

Farquhar (1995, cit in Pavan, 2008) observou que os contactos sociais são um componente tão importante para uma boa Qualidade de Vida quanto a saúde. Estudos concluíram que os idosos que se encontram em constante contacto social superam mais facilmente as doenças e vivem mais tempo. Outro constructo que está relacionado com a Qualidade de Vida é a intensidade de sintomas depressivos, ou seja, quem avalia a sua Qualidade de Vida como negativa apresenta significativamente mais sintomas depressivos (Miller, 1985, Carpenito, 1995, Farran *et al.*, 1995 cit in Trentini, 2004).

Em síntese, o conceito de QV não se baseia apenas no aumento do tempo de duração da vida, mas remete muito mais para o interesse que se tem pela vida. Esse interesse está relacionado ao sentido de viver, de continuar vivo, participando, trocando, interagindo e, acima de tudo, incorporando-se num grupo (Ferreira, 2002 cit in Salvatti, 2005; Neri, 2000 cit in Moura, 2006). Sendo assim, ter Qualidade de Vida significa muito mais que ter satisfeito as necessidades básicas de sobrevivência como alimentação, vestuário, trabalho e moradia. Ela implica ter saúde física e mental, relações sociais harmoniosas e construtivas, educação permanente, relacionamentos respeitosos e amigável como o meio ambiente, tempo livre para o lazer e oportunidades para usufruir a cultura e sua plenitude (Gotani, 2002 cit in Salvatti, 2005). Deste modo, o conceito depende do modo de vida e o estilo de vida dos idosos correlacionados com variáveis económicas, sociais, de género, culturais e espaciais (Fernández-Ballesteros, 1998).

3.1 Abordagens à Qualidade de Vida

O conceito de QV é abrangente interligando diversas abordagens e diversas problemáticas. Neste âmbito, Santos e Martins (2002) referem existir três aspectos importantes de análise da Qualidade de Vida: (1) os aspectos materiais e imateriais da

Qualidade de Vida; (2) os aspectos individuais e os colectivos; (3) aspectos objectivos e subjectivos da Qualidade de Vida (Santos e Martins, 2002).

Os aspectos materiais e imateriais da Qualidade de Vida referem-se às necessidades humanas básicas (como por exemplo, as condições de habitação, de abastecimento de água, do sistema de saúde, ou seja, essencialmente de natureza física e infra-estrutural). Quanto aos aspectos imateriais, estes encontram-se mais ligadas ao ambiente, ao património cultural e ao bem – estar (Santos e Martins, 2002).

Relativamente aos aspectos individuais e colectivos, os primeiros encontram-se mais relacionados com a condição económica, a condição pessoal e familiar dos indivíduos. Quanto às componentes colectivas, encontram-se mais directamente relacionadas com os serviços básicos e os serviços públicos (Santos e Martins, 2002).

Por último, os aspectos objectivos e subjectivos da Qualidade de Vida. Os primeiros são facilmente apreendidos através da definição de indicadores de natureza quantitativa (Santos e Martins, 2002). Jette (1993 cit in Moura, 2006) acrescenta que a abordagem objectiva se refere às avaliações directas ou indirectas dos profissionais de saúde, de forma a justificar o seu diagnóstico, escolhas de tratamento e prognóstico. Os indicadores de natureza subjectiva (Santos e Martins, 2002) remeteriam para a percepção que os indivíduos têm da Qualidade de Vida e que é, claramente, muito diferente de pessoa para pessoa, e de estrato social para estrato social. Jette (1993 cit in Moura, 2006) acrescenta que a abordagem subjectiva se fundamenta nos valores pessoais e crenças dos indivíduos em estudo, reflectindo a importância dos elementos da Qualidade de Vida em diferentes pessoas e no mesmo indivíduo ao longo do tempo.

Estes três âmbitos de análise não são mutuamente exclusivos, mas antes pelo contrário interligam-se. Os principais contributos teóricos para a análise da Qualidade de Vida reflectem precisamente essa interdependência, conjugando os diversos níveis de análise referidos (Santos e Martins, 2002). De acordo com os princípios deste trabalho de investigação, baseamo-nos exclusivamente na abordagem subjectiva.

Diversos autores contribuíram com as suas reflexões, no entanto, iremos apenas fazer referência aos que achamos mais relevantes para o nosso trabalho.

Um dos contributos, foi o de Allardt (1976, 1981 cit in Santos e Martins, 2002) propõe uma diferenciação, na análise da Qualidade de Vida, entre as chamadas condições de vida objectivas e subjectivas. Para este autor a Qualidade de Vida pode ser analisada com base em quatro aspectos: (1) o nível de vida, que tem a ver com as necessidades do tipo material, ou seja, as necessidades humanas básicas acima referidas; (2) a Qualidade de Vida, que se

encontra ligado às condições de vida não materiais, ou seja, aspectos mais relacionados com o indivíduo propriamente dito, a sua relação com a sociedade, com a família, entre outros; (3) a satisfação, que diz respeito à percepção subjectiva das condições de vida; e por fim, (4) a felicidade, que deriva da percepção subjectiva da Qualidade de Vida.

Outro modelo relacionado com a Qualidade de Vida, é o dos investigadores escandinavos. Estes pesquisadores consideraram existir um modelo de Qualidade de Vida baseado em três domínios básicos, que são: (1) *o bem-estar subjectivo*, que é o componente central na avaliação da Qualidade de Vida, referindo-se à percepção do indivíduo sobre a sua situação da vida e incluiria componentes como felicidade, satisfação e afectos; (2) *a saúde*, componente que consiste numa avaliação quer subjectiva quer objectiva do estado físico e mental. Esta seria a dimensão mais importante e incluiria a presença objectiva de doença e o impacto subjectivo dos sintomas; (3) e *o bem-estar objectivo*, que reflecte os factores ambientais objectivos, entre os quais se podem considerar o desempenho profissional e o absentismo. Os factores externos seriam os indicadores sociais e representariam o bem-estar objectivo (David, 2008; Ramos-Cerqueira & Crepaldi, 2000). Ou seja, a Qualidade de Vida efectiva que a pessoa tem é avaliada por um observador exterior. Sendo assim, a avaliação da Qualidade de Vida deve basear-se nestes três factores principais. A importância de cada um destes componentes poderá variar, mas o bem-estar e a saúde subjectivos devem sempre ser incluídos (David, 2008).

Paschoal (2006, cit in Almeida, 2008) refere, com base numa revisão da literatura efectuada por Diener e Suh (1998), os seguintes dados sobre a relação entre eventos objectivos e subjectivos e a avaliação da Qualidade de Vida na velhice: (1) os eventos subjectivos mostram maior associação com Qualidade de Vida na velhice do que os objectivos; (2) existe uma forte relação entre ter medo de ficar velho, solidão e isolamento, sentimento de desânimo e de incompetência, com depressão, baixa saúde percebida e insatisfação com a vida; (3) o desrespeito do declínio na saúde, e da viuvez que ocorre na velhice, existe estabilidade no senso de bem-estar dos idosos, que geralmente alcançam altas pontuações em escalas de satisfação; (4) a diferença entre jovens e idoso, em que os primeiros são mais pessimistas e exigentes quanto à Qualidade de Vida do que os idosos; (5) os idosos mais ajustados são os que têm metas de vida e que são mais capazes de adaptá-las às condições impostas pela velhice; (6) doenças e incapacidade determinam as restrições nas oportunidades de acesso à estimulação e ao envolvimento social relacionam-se com depressão e com afectos negativos; (7) os idosos têm vida emocional menos intensa do que os adultos, possivelmente como resposta adaptativa aos limites da velhice, ou então, como reflexo de um

processo de selecção de interesses; (8) os homens idosos apresentam maiores níveis de satisfação do que as mulheres idosas, as mulheres são mais doentes e mais queixosas do que os homens; (9) as mulheres idosas tendem a apresentar pior Qualidade de Vida do que os homens, porque em geral são mais velhas, mais doentes, mais isoladas, mais pobres e mais carentes por cuidados à casa e ao cônjuge do que os homens.

Schipper *et al.* (1996) referem cinco abordagens utilizadas para as mais recentes concepções de Qualidade de Vida, do ponto de vista gerontológico (Martins, 2006 cit in Almeida, 2008). Estas abordagens descritas no Tabela 2 são: abordagem psicológica, abordagem custo-benefício, abordagem centrada na comunidade, abordagem funcional e a lacuna de Calman.

Tabela 2: Abordagens de Qualidade de Vida (construído a partir de: Martins, 2006 cit in Almeida, 2008)

Abordagem psicológica	Que pressupõem a distinção entre ter uma doença e o sentir-se doente. Centrando-se portanto na percepção do paciente.
Abordagem custo-benefício	Baseia-se na dicotomia quantidade de vida versus Qualidade de Vida. Aqui a avaliação da Qualidade de Vida baseia-se na noção que o próprio indivíduo tem da sua capacidade funcional em áreas que ele mais valoriza.
Abordagem centrada na comunidade	Organização das variáveis de modo a considerar o impacto que as doenças têm na comunidade. Nesta perspectiva a avaliação da Qualidade de Vida orienta-se por parâmetros fisiológicos que se estendem a todo o vasto conjunto de parâmetros de personalidades e sociais.
Abordagem funcional	Caracteriza-se por se centrar em aspectos funcionais e ignorar os aspectos emocionais. Saliencia-se a reorganização dos aspectos funcionais físicos, psicológicos e sociais, harmoniosamente de modo a ajustar a vida às consequências de uma doença incapacitante.
A lacuna de Calman	Traduz-se pela lacuna entre as expectativas do doente e o que ele de facto conseguiu realizar. Esta lacuna será inversamente proporcional à Qualidade de Vida, ou seja, à medida que diminui a lacuna, aumenta a Qualidade de Vida.

Para uma melhor percepção das várias abordagens da Qualidade de Vida, Martins (2006, cit in Almeida, 2008) apresenta os aspectos comuns destas abordagens: (1) a Qualidade de Vida integra domínios relacionados com o bem-estar, satisfação, felicidade, bem-estar físico, velhice bem sucedida, relações interpessoais ou desenvolvimento pessoal. No entanto, estes termos não são sinónimos; (2) este conceito é composto por mais do que uma dimensão

ou categoria, podendo haver inter-relação entre eles; (3) a QV engloba factores externos à pessoa como a interacção com o meio, a funcionalidade, o estatuto socioeconómico, assim como elementos subjectivos relacionados com a experiência de vida e sentimentos do indivíduo como a satisfação e auto-estima; (4) é influenciada e varia com a idade, sexo, raça, cultura, estatuto socioeconómico, apresentando-se assim como um conceito dinâmico, que se altera com tempo, experiências e acontecimentos vivenciados; (5) a QV é caracterizada por uma larga variabilidade intra e inter-sujeitos, diferenciados por padrões culturais e sociais, implicando que uma boa Qualidade de Vida significa coisas diferentes para diferentes pessoas; (6) este termo integra uma visão holística que permite compreender o que é importante para cada indivíduo, atendendo ao seu contexto pessoal, local onde vive, trabalha e se relaciona os seus interesses, as suas necessidades, escolhas e valores; (7) é baseado nas percepções individuais; (8) estes aspectos reflectem a necessidade dos indivíduos terem escolhas e controlo pessoal nas actividades e intervenções, uma forma de *empowerment* que lhes permite um controlo individual.

Em suma, o conceito de Qualidade de Vida difere de autor para autor e, além disso, é um conceito subjectivo e dificilmente operacionalizável, relacionado com a satisfação com a vida e condição de bem-estar subjectivo, dependente do nível sociocultural, da história de vida, da faixa etária, aspectos da personalidade e de repercussões da doença (Vecchia, Ruiz, Bocchi & Corrente, 2005; Kovács, 1994 cit in Tahan, 2009).

3.2 A Qualidade de Vida no idoso

O tempo passa e as pessoas envelhecem, as perdas biológicas e as alterações dos padrões metabólicos são inevitáveis. São comuns as perdas progressivas na memória, na cognição e na capacidade de comunicar, que podem ser agravadas por problemas orgânicos e psicológicos. A proximidade da morte, a incerteza em relação a doenças e o risco crescente de dependência são importantes factores na determinação das perdas e da expectativa de auto-eficácia (Trentini, 2004). Deste modo, à medida que se entra na terceira idade, a pessoa necessita cada vez mais de cuidados relacionados com o conforto e manutenção da Qualidade de Vida e menos com tratamentos específicos relacionadas com a cura de uma determinada doença (Clotet, 2003 cit in Pavan, 2008).

Assim foi necessário identificar várias dimensões para a avaliação da QV associada ao envelhecimento. Castellon (2003) refere que os aspectos normalmente usados são: (1) o bem-

estar subjectivo, que pode ser físico, material, social e emocional; (2) a autonomia; (3) a actividade; (4) os índices materiais e recursos económicos; (5) a saúde; (6) a habitação; (7) a intimidade; (8) a segurança; e por fim, (9) o lugar na comunidade e as relações pessoais. Num estudo realizado em Espanha, com idosos, a maioria dos sujeitos da amostra considera como mais importante do conjunto de indicadores atrás descritos, a saúde e a autonomia. Ou seja, a avaliação da QV engloba, segundo Neri (2003 cit in Tahan, 2009), aspectos de natureza biológica, psicológica e sócio estrutural.

Numa conferência realizada nos EUA, na Universidade da Califórnia, em que o tema era “Medindo a Qualidade de Vida nos idosos debilitados”, conclui-se que onze factores contribuiriam para a Qualidade de Vida (cf. Anexo 6). Os aspectos relacionados com saúde, função física, energia e vitalidade são muito significativos para a Qualidade de Vida dos idosos - também aplicável aos idosos saudáveis - influenciando a expectativa de vida. Em consequência, os idosos que apresentem limitações e sejam dependentes de outra pessoa não possuem uma boa Qualidade de Vida (Spidurso, 2005 cit in Almeida, 2008).

Também Fernandes (1996 cit in Costa, 2005b) investigou o sentido que o conceito de QV tem para o idoso através da identificação de indicadores que os idosos consideram influenciar a Qualidade de Vida. Verificou que para os idosos a QV é influenciada por: (1) sistemas de suporte - apoio familiar, serviços de saúde, serviços socioreligiosos e recursos económicos; (2) pela auto-estima - esta resulta do bem-estar psicoespiritual, atitudes de independência, dos sentimentos de felicidade, força de viver, e da capacidade de ser autónomo nas actividades da vida diária; e (3) pelo modo como preparam a velhice.

O facto de a QV ter imensos aspectos de avaliação, possibilita haver conceitos e instrumentos, apenas para esta faixa etária, sem haver a necessidade de utilizar conceitos e instrumentos da população jovem (Bowling, 2003 cit in Moura, 2006). Num estudo exploratório português realizado por Sousa, Galante e Figueiredo (2003) com uma amostra de 1.354 idosos com idade igual ou superior a 75 anos, foi avaliada a QV e o bem-estar dos idosos, segundo a perspectiva dos próprios, utilizando como instrumento o EASY Care (Sistema de Avaliação dos Idosos). Nesta pesquisa, concluiu-se que para a maioria dos idosos a QV, é considerada positiva. Para a população idosa, o conceito Qualidade de Vida, encontra-se relacionado em primeiro lugar, com hábitos saudáveis, lazer e bens materiais; em segundo lugar, os relacionamentos interpessoais, equilíbrio emocional e boa saúde e por fim espiritualidade, trabalho, rectidão e caridade, conhecimento e ambientes (Vecchia et al., 2005 cit in Moura, 2006).

Segundo Sanduvete (2004) a consequência para uma baixa Qualidade de Vida nos idosos situa-se a três níveis: cognitivo; motivacional e emocional; físico.

O nível cognitivo refere a ausência de estimulação, ou facto de lhes ser retirada a capacidade de tomar decisões, planificar as suas acções ou ter responsabilidades. O que leva a que as suas capacidades cognitivas sejam cada vez menos usadas, conduzindo a uma perda gradual (Fernandez-Ballesteros, Moya, Iñiguez & Zamarrón, 1999 *cit in* Sanduvete, 2004).

A nível motivacional e emocional, refere-se ao idoso que não tem apoio formal nem informal, quando se encontra desintegrado da sociedade, está insatisfeito com o cuidado que recebe ou sente que não tem controlo sobre a própria vida, a sua auto-estima e o seu auto-conceito diminuem, e cria-se um sentimento de inutilidade e dependência o que pode conduzir a consequências negativas (Sanduvete, 2004).

O nível físico diz respeito a situações de maus tratos físicos ou de negligência nos cuidados prestados o que podem levar a consequências também negativas, tais como lesões graves ou mesmo morte do idoso. Mas também a simples inactividade física provoca a perda de funções e capacidade que ainda se possuem, levando mesmo à ocorrência de dores (Godoy & Godoy, 2000 *cit in* Sanduvete, 2004).

Neste âmbito, Lawton (1991 *cit in* Trentini, 2004) refere que a QV na velhice depende de numerosos elementos em interacção constante ao longo da vida do indivíduo. Para este autor a avaliação de Qualidade de Vida assenta em quatro áreas inter-relacionadas: competência comportamental, condições ambientais, Qualidade de Vida percebida e bem-estar psicológico, das quais depende a funcionalidade do idoso. No entanto, Neri (2003 *cit in* Tahan, 2009) acrescenta o bem-estar percebido, bem-estar subjectivo e, mais recentemente, envelhecimento satisfatório ou bem sucedido.

Para Ramos (2001 *cit in* Almeida, 2008) a Qualidade de Vida do idoso depende essencialmente dos seguintes factores: (1) saúde e capacidade funcional, nomeadamente no seu reflexo sobre as actividades da vida diária e das actividades instrumentais da vida quotidiana; (2) relações interpessoais, importantes para que o idoso se sinta acompanhado e querido; (3) independência, ou seja, capacidade de organizar os seu dia a dia e de escolher as actividades a realizar; e por fim, (4) ausência de condições económicas.

Fernández-Ballesteros (1993 *cit in* Aranibar, 2001) tentou perceber de que forma os factores estruturais (a classe social, o género, a etnia, a residência e a idade) influenciam a definição de hierarquização dos factores de Qualidade de Vida dos idosos. Uma das condições que Fernández-Ballesteros (1998) refere influenciar bastante a Qualidade de Vida na velhice é o lugar onde as pessoas vivem, em suas casas ou em instituições.

3.3 Qualidade de Vida de Idosos institucionalizados

Antigamente era a família que cuidava da pessoa idosa, porém hoje em dia, com as alterações que surgiram a nível social - famílias menos numerosas, integração da mulher no mercado de trabalho, o próprio facto de vivermos numa sociedade que muitas vezes privilegia a competição e o consumismo - levou a que algumas famílias transferissem a responsabilidade das pessoas idosas para o estado ou instituições privadas (Almeida, 2008). Assim, um idoso é considerado institucionalizado quando, por qualquer motivo, permanece 24 horas numa determinada instituição (Jacob, 2002b). Geralmente, o idoso é internado em Instituições quando recupera da alta hospitalar e não pode estar sozinho em casa sem um cuidador no domicílio, ou quando se encontra em estágio terminal de uma doença apresentando altos níveis dependência (Chaimowicz e Greco, 1999 cit in Assis, 2006).

Marques (n.d), refere que a maioria das pessoas tenta manter o idoso em sua casa o máximo de tempo possível, e na maioria das vezes o idoso recusa a ideia de ter que ir viver para outro lugar. Para este autor, aqueles idosos que vivem em instituições, públicas ou privadas, têm uma pior Qualidade de Vida que aqueles que continuam a viver nas suas casas, uma vez que a habitação é um local de extrema importância para o idoso que desenvolveu fortes laços com a casa, por esta lhe trazer um conjunto de memórias da sua vida e dos seus entes queridos (Law & Warnes, 1982, Pynoos & Regnier, 1991 cit in Perez et al, 2001; Martins, 2004).

Estudo realizado em Espanha, com 507 idosos residentes nas suas próprias casas, 256 idosos residentes em instituições públicas e 251 idosos residentes em instituições privadas, verificou-se que os três contextos diferentes apresentavam divergências essencialmente na satisfação dos idosos com as suas relações interpessoais. Para além disso, verificou-se também que os idosos mais novos, homens, e aqueles de um nível socioeconómico alto, médio alto e médio apresentavam uma melhor Qualidade de Vida (Fernández-Ballesteros, 1998; Martins, 2004). O que levou a concluir que não é o local de residência que importa, mas sim variáveis como a idade e o género. Fernandez-Ballesteros (1998 cit in Fonseca, 2005b) refere que a Qualidade de Vida das pessoas idosas depende do contexto e das circunstâncias em que estes vivem. Com uma amostra de 1014 idosos, a referida autora conclui que a Qualidade de Vida associada ao envelhecimento depende muito do estilo de vida do sujeito, bem como de condições pessoais particulares (como a posição social, a idade ou o género), não sendo possível estabelecer padrões de Qualidade de Vida generalizáveis.

Outro estudo, com uma amostra com 93 idosos, de quatro instituições do Concelho de Lamego, teve por objectivo conhecer a Qualidade de Vida e factores que a influenciam, e identificar o grau de dependência nas actividades básicas da vida diária (Almeida & Rodrigues, 2008). Verificou-se que as instituições acolhem uma maioria de idosos do sexo feminino. No total dos idosos das quatro instituições 51,6% referem ter Qualidade de Vida e são do sexo masculino. Relativamente ao índice de Qualidade de Vida, verificou-se que a percentagem de idosos institucionalizados que consideram ter má Qualidade de Vida, aumenta conforme a idade vai avançando, ou seja, o índice de Qualidade de Vida do idoso institucionalizado varia consoante o grupo etário. Este resultado pode ser explicado pelo facto de que à medida que o tempo passa surge uma maior dependência na realização das actividades da vida diária, problemas de saúde, mais isolamento e solidão (Almeida & Rodrigues, 2008; Martins, 2004).

Num outro estudo realizado por Martins (2004), que pretendia avaliar a Qualidade de Vida dos idosos na região de Viseu, utilizou uma amostra composta por 673 idosos, em que 336 residiam no seu domicílio e 337 em instituições. Conclui que os idosos residentes no domicílio apresentam Qualidade de Vida superior aos institucionalizados e que quanto menor é a idade melhor é a Qualidade de Vida. Verificou ainda que os idosos casados e divorciados apresentam melhor Qualidade de Vida que os viúvos e solteiros; os níveis médios e superiores de escolaridade correspondem a níveis mais elevados de Qualidade de Vida; a Qualidade de Vida das mulheres é superior à dos homens (sobretudo nos idosos institucionalizados e amostra total); os idosos que percebem melhores níveis de saúde, maior apoio social e melhor funcionalidade familiar têm uma Qualidade de Vida mais elevada (correlações altamente significativas); a Qualidade de Vida é superior nos idosos mais independentes no desempenho de actividades de vida diária e actividades instrumentais e ainda naqueles que praticam maior actividade lúdica (correlações positivas e altamente significativas). Martins (2004) concluiu ainda que nos idosos residentes no domicílio, as variáveis psico-sociais que se mostraram predictoras da Qualidade de Vida foram, o apoio informacional (do apoio social); as actividades de lazer; a independência nas actividades de vida diária; e a percepção da saúde passada. Relativamente aos idosos institucionalizados as variáveis predictoras da Qualidade de Vida são o apoio informacional (do apoio social); a independência nas actividades de vida diária; as actividades de lazer; e a percepção da saúde passada.

Carneiro (2006 cit in Nunes, 2008) também realizou um estudo, para investigar a QV de 30 idosos da Universidade da Terceira Idade da Universidade Federal do Rio de Janeiro, trinta idosos em contexto familiares e quinze idosos que vivem em instituições de residência

de idosos. Utilizou o WHOQOL-Bref, e concluiu que os idosos que vivem em instituições de residência de idosos comparados com a restante amostra, estes apresentam uma pior Qualidade de Vida. Num outro estudo, utilizando o mesmo instrumento, foi realizado por Silva e Resende (2006 cit in Nunes, 2008) para comparar a QV em idosos institucionalizados e participantes de centros de convivência de Uberlândia. Os resultados concluíram que os idosos institucionalizados apresentam uma pior percepção da QV relacionada á saúde em relação a aspectos físicos, psicológicos e do meio em que vivem.

Num estudo observacional de corte transversal, em que se utilizou também o mesmo instrumento (WHOQOL-Bref), os investigadores Pereira *et al.*, (2006), utilizaram uma amostra de 211 idosos, com idade igual ou superior a 60 anos, para saber sobre a contribuição de cada domínio da Qualidade de Vida (físico, social, psicológico e ambiental) na QV global de idoso residentes no município de Teixeira na região Sudeste do Brasil. Observaram que nenhuma das variáveis Sócio-Demográficas interferiu no domínio global de QV, e entre os 4 domínios, o que mais explicou a Qualidade de Vida foi o físico, seguido do ambiental e do psicológico. O domínio social não mostrou contribuição significativa na QV global.

Para Lemke e Moos (1986) também se verificam diferenças entre idosos que recebem cuidados em casa, daqueles que se encontram na instituição. Os primeiros demonstram níveis de autonomia e controlo maiores que os institucionalizados, por outro lado a segurança, a capacidade dos funcionários e os serviços prestados são mais importantes para os idosos institucionalizados. A interacção social, a satisfação com a vida e o bem-estar são factores importantes para a sua Qualidade de Vida de idosos institucionalizados (Salmons & Polivka 1998 cit in Marques, n.d.). Contudo, existem divergências entre utentes das instituições, os funcionários das mesmas e os familiares, uma vez que os idosos estão mais preocupados com aspectos morais e sócio-emocionais do dia-a-dia, enquanto que, a família está mais preocupada com a qualidade do cuidado fornecido aos idosos (Salmons & Polivka 1998 *cit in* Marques, n.d.).

O perfil do idoso institucionalizado no que diz respeito aos cuidados pessoais é de total dependência em relação às actividades de enfermagem bem como a nível da toma de medicação (Pickles, 2002 cit in Assis, 2006). Deste modo, os idosos institucionalizados, vêm o acolhimento como uma recta final, uma vez que afirmam que não sairão de lá vivos, que o dia de amanhã será igual ao de hoje, ou seja, não têm com o que se preocupar (Tavares, 2007). Para estes, a institucionalização é vista como uma perda de liberdade, abandono pelos filhos e aproximação da morte. Contudo, os idosos excluídos da família e da sociedade, vêm a

institucionalização como um ponto de referência para uma vida e um envelhecimento dignos (Freire & Tavares, 2005 cit in Tavares, 2007).

Assim a institucionalização leva a situações stressantes e desencadeadoras de depressão (Papaléo Netto, 1996 cit in Nunes, 2008). O resultado de um estudo realizado por Porcu *et al* (2002 cit in Tavares, 2007) sobre o predomínio de sintomas depressivos entre idosos hospitalizados, institucionalizados e residentes na comunidade, concluiu que os idosos institucionalizados apresentaram pontuações que correspondem a depressão grave e muito grave segundo a escala de Hamilton para a Avaliação de Depressão. Menor predomínio de sintomas depressivos foi verificado nos idosos residentes na comunidade.

Para além da depressão, a institucionalização conduz o idoso a transformações de todos os tipos, como o isolamento social, carência afectiva, perda de autonomia causada por incapacidades físicas e mentais, perda de identidade, de liberdade, de auto-estima, à solidão e muitas vezes à vontade de morrer, o que justifica o predomínio de doenças mentais nas instituições (Ramos, 2001 cit in Assis, 2006; Pereira, Britto, Pertence, Cavalcante & Guerra, 2005; Guzmán e Mariño, 2001). Estas transformações comprometem a autonomia do idoso pondo em causa a Qualidade de Vida destes (Nunes, 2008), porque a mudança por mais simples que seja, implica factores positivos ou negativos, tendo como principal mudança a adaptação á instituição. Pois por mais conformado que esteja o idoso com a ideia de morar na instituição, ele tem os seus passatempos, os seus costumes, o papel de avô/avó, pai ou mãe (Papaléo Netto, 1996 cit in Nunes, 2008).

De modo a combater estas consequências negativas da institucionalização, os idosos refugiam-se na religiosidade e espiritualidade. Vários autores referem que a religião tem impacto na diminuição da mortalidade cardíaca, o stress e a depressão, bem como o aumento da satisfação de vida e bem-estar, a diminuição de ansiedade e da depressão perante a morte, relacionados com as crenças dos idosos (Reyes, 1998; Oliveira, 2006). No entanto, temos que ter em consideração os idosos que não se refugiam na religiosidade. A Direcção-Geral de Saúde (2009) faz referência à promoção do envelhecimento saudável como principal objectivo de prevenção do isolamento social, da solidão das pessoas idosas e da depressão. A Qualidade de Vida, o bem-estar, a manutenção das qualidades mentais estão directamente relacionadas com a actividade social, o convívio, o sentir-se útil a familiares e à comunidade. Surge assim, a importância das pessoas idosas participarem em actividades de grupo, de preferência inter-geracionais, actividades de aprendizagem e de conhecimento (Direcção-Geral de Saúde, 2009).

Num estudo realizado por Okumiya *et al.*, (2005 cit in Tavares 2007), procurou-se averiguar o efeito de um programa de trabalho em grupo para actuar na função cognitiva e na Qualidade de Vida de idosos com declínio cognitivo associado à idade e sintomas depressivos. A amostra era constituída por 36 sujeitos, com média de idade de 79,8 anos, que participavam num programa que abrangia actividades tais como, artesanato, desenhar, tirar fotografias, escrever poesia, cozinhar, jogar jogos, jardinagem, dirigir e fazer caminhadas, brincar com crianças, entre outros. Cada participante realizou quatro meses de sessões (três horas uma vez por semana). Os resultados confirmaram a melhora nos sintomas depressivos e na Qualidade de Vida dos sujeitos. Nos idosos que sofriam de sintomas depressivos, o programa foi decisivo na melhora e prevenção de deterioração, não apenas nos sintomas depressivos, mas também na função cognitiva.

Assim, um dos principais objectivo de qualquer instituição é o de proporcionar uma boa Qualidade de Vida às pessoas que nela se encontram (Santos e Martins, 2002). Nos países desenvolvidos os serviços das instituições para os idosos têm os serviços com o máximo de conforto e eficácia, até nesses casos, o bem-estar dos idosos é posto em causa (Karsch, 1998 cit in Assis, 2006). Na maioria das instituições existe um conjunto de profissionais (médicos, fisioterapeutas, enfermeiros, terapeutas ocupacionais e outros), que trabalham para tentar proporcionar aos idosos atenção na saúde (primário, secundário e terciário), no bem-estar biopsicosocial, bem como potencializar as funções globais, a fim de obter uma maior independência, autonomia e uma melhor qualidade para esta fase de vida (Pereira, Britto, Pertence, Cavalcante & Guerra, 2005).

Capítulo IV - Metodologia

1 Apresentação do estudo

Esta investigação é de cariz quantitativo, transversal e descritivo. Com base na revisão da literatura definimos os objectivos principais da investigação.

Os objectivos principais de investigação são as seguintes:

Considerando como variável dependente a Qualidade de Vida e suas dimensões, e como variáveis independentes os níveis de Funcionamento Cognitivo e os níveis de Depressão, formulamos os seguintes objectivos:

- Averiguar as relações entre o Funcionamento Cognitivo e Qualidade de Vida Global e suas dimensões.
- Averiguar a Qualidade de Vida Global e das suas dimensões em função da depressão.

Considerando como variáveis dependentes a Qualidade de Vida e suas dimensões, os vários níveis de Funcionamento Cognitivo e os níveis de Depressão, e como variáveis independente a idade, o género, o estado civil e o tempo de institucionalização, formulamos os seguintes objectivos:

- Comparar o Funcionamento Cognitivo, Depressão e Qualidade de Vida Global nas suas condições constituintes em idosos da 3ª e 4ª idade.
- Identificar diferenças na Qualidade de Vida Global e suas dimensões, no Funcionamento Cognitivo e na Depressão em função do tempo de institucionalização.
- Comparar a Qualidade de Vida Global e suas dimensões, o Funcionamento Cognitivo e a Depressão em função dos géneros.
- Comparar a Qualidade de Vida Global e suas dimensões, Funcionamento Cognitivo e Depressão em função do estado civil.

2 Método

2.1 Participantes

A amostra foi obtida por conveniência em duas instituições de Solidariedade Social com valência de lar: Lar de São José da Covilhã e a Santa Casa da Misericórdia do Soito (N =

81). Definiram-se como critérios de inclusão na amostra que os participantes tivessem idade igual ou superior a 65 anos e ausência de défice cognitivo determinado pelo Mini Exame Mental State (MMSE).

Os sujeitos apresentam idades compreendidas entre os 65 e os 95 anos. A média de idades é de 81,37 anos, a moda de 85 anos e a mediana de 83 anos. Deste modo, 50% dos inquiridos têm no máximo 83 anos e a idade mais frequente é 85 anos. O desvio-padrão situa-se nos 7,59 anos, ou seja, significa uma alta concentração das idades em torno da média.

Tabela 3 – Distribuição frequencial em função da idade e do género

	Sexo		Total
	Feminino	Masculino	
3ª Idade	20	15	35
4ª Idade	21	25	46
Total	41	40	81

Como se pode observar pela Tabela 3, dos 81 participantes, 35 são da 3ª idade - dos 65 anos aos 80 anos - e 46 são da 4ª idade - com idade superior a 80 anos.

Relativamente ao género, 41 dos inquiridos são do sexo feminino (50,6%), os restantes 40 idosos são do sexo masculino (49,4%).

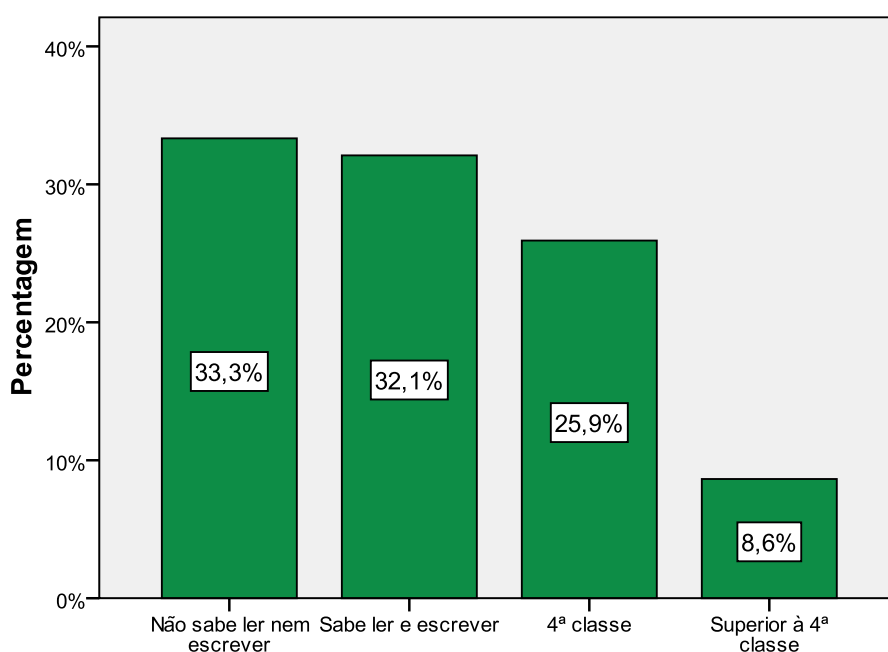


Figura 1 – Distribuição frequencial para as habilitações literárias

A maioria dos inquiridos é viúvo (57%), 25% são solteiros e 16% são casados. Quanto às habilitações literárias, como pode ser visto na Figura 1, dos 81 idosos que compõem a nossa amostra, 33% não sabem ler nem escrever, 32% sabe ler e escrever, 26% possui a 4ª classe, e 9% tem habilitações académicas acima deste nível de escolaridade.

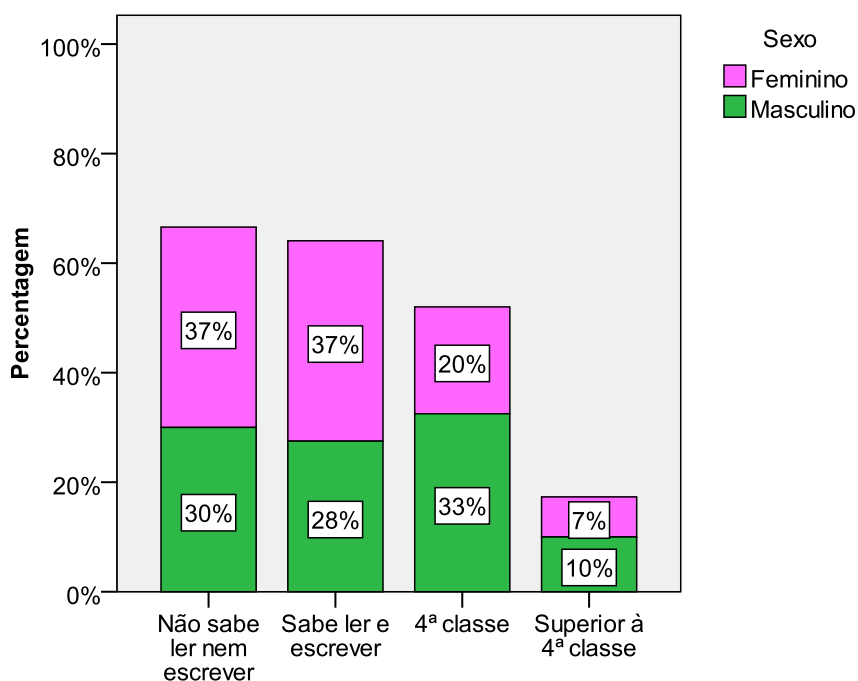


Figura 2 – Distribuição frequencial em função do género e habilitações literárias

No que diz respeito às habilitações literárias por género, verifica-se que os inquiridos do sexo masculino possuem mais habilitações literárias do que as mulheres. Da nossa amostra, 37% das mulheres não sabe ler nem escrever, no entanto, encontram-se na mesma situação 30% dos homens. Dos inquiridos com a 4ª classe 20% são mulheres e 33% homens. Quanto à uma escolaridade superior à 4ª classe, apenas 7% são do género feminino e os restantes 10% são do género masculino.

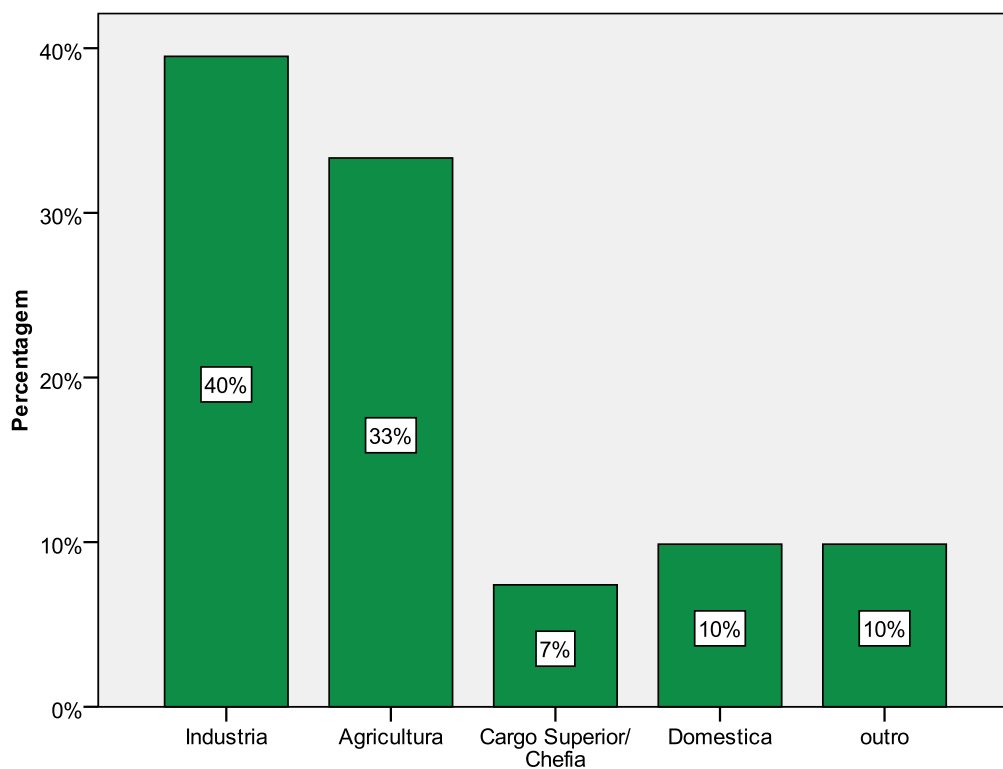


Figura 3 - Distribuição frequencial para a profissão

Dos 81 inquiridos, podemos verificar pela Figura 3 que a maioria trabalhou na indústria (40%) e 33% trabalharam na agricultura. As profissões que se encontram na opção “outro”, refere-se a Guarda Nacional Republicano, Mecânico, Barbeiro, Farmacêutico, entre outros.

Quanto ao motivo de entrada para a instituição residencial, a maioria refere dever-se a problema de saúde (47%), seguindo-se a entrada por vontade própria (31%) e os restantes 22% por falta de suporte familiar e/ou o facto de viverem sozinhos.

No que se refere ao número de anos de vivência em contexto institucional, 42% dos sujeitos residem em lar entre 1 e 5 anos, 32% encontram-se em lar há mais de 5 anos e 26% vivem em Lar há menos de 1 ano.

Relativamente ao grau de satisfação com a instituição, 35% dos sujeitos avaliam-no como “Bom”, 32% avaliam a sua satisfação para com a instituição como “Razoável”, 22% consideram-no “Muito Bom” e 11% consideram “Mau”.

2.2 Instrumentos

Nesta investigação optamos pelos seguintes questionários e instrumentos de recolha de dados:

- Questionário de dados gerais;
- Mini Exame Mental State (MMSE);
- Escala de Depressão Geriátrica (EDG);
- WHOQOL-OLD.

2.2.1 *Questionário de dados gerais*

Este questionário é composto por 14 questões (cf. Anexo 7). Foi construído com o objectivo de recolher informações sobre dados demográficos como a idade, género sexual, estado civil, habilitações literárias e dados referentes à vivência na instituição: tempo de permanência na instituição, motivo da entrada, e grau de satisfação.

2.2.2 *Mini Exame Mental State (MMSE)*

Este instrumento foi criado por Folsteins, Folstein e Mchugh em 1975 e foi largamente utilizado tanto na prática clínica como em investigações (Vaz, 2009). Segundo Fernandes (2002) apresenta uma boa validade e fiabilidade.

Este instrumento tem por objectivo diferenciar os idosos com bom funcionamento cognitivo de idosos com alguma deterioração intelectual. Esta escala pode ser utilizada para rastreio cognitivo em idosos que estejam a viver na comunidade, idosos hospitalizados e institucionalizados (Vaz, 2009). Permitindo avaliar as dimensões de orientação, retenção, atenção e cálculo, evocação, linguagem e habilidade espacial.

Este instrumento é de breve e fácil aplicação (5 a 10 minutos), sendo também prático para ser usado de forma repetida e rotineira (Vaz, 2009). Outra vantagem é o fácil acesso ao instrumento (cf. Anexo 8), que se encontra na Internet, não estando sujeito a *copyright* e pode ser usado livremente (Pinto, 2007). Tem uma cotação máxima de 30 pontos (Pinto, 2007; Vaz, 2009; Ferrari & Dalacorte, 2007).

Este instrumento foi adaptado para a população Portuguesa por Guerreiro e colaboradores em 1994, e a sua validação para a população Portuguesa foi efectuada por Guerreiro, Silva, Botelho, Leitão, Caldas e Garcia em 2003 (Pinto, 2007).

Para minimizar o efeito da limitação da escolaridade que poderia conduzir a um falso resultado, foi validada tendo em conta esse aspecto, recomendando-se na sua cotação se tenha em conta o nível de escolaridade dos sujeitos. Para tal definem-se diferentes pontes de corte. Para as pessoas analfabetas o ponto de corte situa-se nos 15 pontos, os participantes com 1 a 11 anos de escolaridade o ponto de corte situa-se nos 25 pontos e para os participantes com escolaridade superior a 11 anos o ponto de corte situa-se nos 27 pontos (Guerreiro, Silva, Botelho, Leitão, Caldas & Garcia, 2003, *cit in* Vaz, 2009). Sujeitos com valores iguais ou acima do ponto de corte apresentam um bom funcionamento cognitivo. Sujeitos com valores abaixo do ponto de corte apresentam défice cognitivo (Ferrari e Dalacorte, 2007).

2.2.3 *Escala de Depressão Geriátrica*

A Escala de Depressão Geriátrica (EDG) foi criada por Yesavage, Brink, Rose *et al*, 1982 e traduzida e validada para a população Portuguesa por Barreto em 2003 (Vaz, 2009).

Na sua construção inicial aplicaram-se 100 itens criados por peritos que aplicaram numa amostra de indivíduos idosos. Após uma filtragem dos itens, cuja correlação era pequena e não significativa, chegou-se ao seu formato actual de 30 itens. Posteriormente foram desenvolvidas versões de 15 itens (Vaz, 2009) e 5 itens (Hyer, Carpenter, Bishman & Wu, 2005 *cit in* Vaz, 2009).

A Escala de Depressão Geriátrica de 30 itens (cf. Anexo 9) pode ser utilizada com idosos saudáveis, doentes e portadores de debilidade cognitiva ligeira a moderada. Tem sido amplamente utilizado na comunidade e em instituições de acolhimento de idosos (Hyer, Carpenter, Bishman & Wu, 2005, *cit in* Vaz, 2009), sendo um dos instrumentos mais utilizados para o rastreio de depressão em idosos (Paradela, Lourenço & Veras, 2005).

É considerada uma escala com validade satisfatória para rastreio de depressão no idoso (Ertan e Eker, 2000; Hoyl *et al.*, 1999 *cit in* Sousa *et al.*, 2007).

Esta escala é de fácil administração, com respostas simples e excluiu os itens relacionados com sintomas somáticos. Avalia o estado de ânimo de uma maneira extensa, incluindo também alguns itens para avaliar outras áreas relevantes, como as de carácter cognitivo e comportamento social (Vaz, 2009).

Em relação à pontuação tem uma cotação máxima é de 30 pontos. Até 10 pontos indica ausência de depressão, de 11 a 20 pontos é considerada depressão ligeira e de 21 a 30 pontos depressão grave (Vaz, 2009). O ponto de corte é 10 (Sousa *et al*, 2007). O seu formato de resposta é *Sim* ou *Não* e pode ser lida ao sujeito numa entrevista, ou o idoso pode preenchê-la de forma independente (Ferrari & Dalacorte, 2007).

É necessário inverter a pontuação dos seguintes itens: 1, 5, 7, 9, 15, 19, 21, 27, 29, 30.

Diversos autores recomendam que em primeiro lugar se efectue o rastreio dos idosos com o MMSE e usar a EDG apenas quando a pontuação do MMSE é superior a 15 (Hyer, Carpenter, Bishman & Wu, 2005 cit in Vaz, 2009). Numa análise recente sugeriu-se que a escala de 30 itens é a versão mais útil para avaliar a depressão em idosos com uma pontuação no MMSE de 15 ou mais (Hyer, Carpenter, Bishman & Wu, 2005 cit in Vaz, 2009).

2.2.4 WHOQOL-OLD

Hoje em dia, pode-se utilizar dois enfoques gerais de investigação da Qualidade de Vida: (1) um enfoque quantitativo, cujo objectivo é o de operacionalizar o conceito, através do estudo de vários indicadores, nomeadamente sociais, psicológicos e ecológicos; o outro enfoque (2) é o qualitativo, onde se adopta uma posição de escuta da pessoa, enquanto esta relata as suas experiências, desafios e problemas (Dennis, Williams, Giangreco & Cloninger, 1993 cit in Gomez-Vela & Sabeh, n.d.).

Na presente investigação, vamos utilizar o enfoque quantitativo, avaliando a percepção de QV que a pessoa tem de si mesma - Qualidade de Vida subjectiva.

O WHOQOL-OLD (cf. Anexo 10) foi criado pelo WHOQOL-OLD Group. A sua tradução e validação para a população portuguesa foi realizada por Chachamovich e Fleck (Organização Mundial de Saúde, 2005).

Este instrumento fora aplicado por Fleck, Chachamovich, Trentini (2006) numa amostra composta por 424 idosos na cidade de Porto Alegre, em 2005. O instrumento mostrou características satisfatórias de consistência interna (coeficiente de Cronbach de 0,71 a 0,88), validade discriminante ($p < 0,01$), validade concorrente (Coeficiente de correlação entre -0,61 e -0,50).

A escala é composta por 24 itens (escala de Likert) apresentando um alfa de Cronbach's de 0,829 na presente investigação. As dimensões da escala são: (1) Funcionamento sensorial (FS) – $\alpha = 0,908$; (2) Autonomia (AUT) - $\alpha = 0,655$; (3) Actividades

passadas, Presentes e futuras (PPF) - $\alpha = 0,610$; (4) Participação social (PSO) - $\alpha = 0,773$; (5) Morte e morrer (MEM) - $\alpha = 0,841$; (6) Intimidade (INT) $\alpha = 0,947$ (cf. Anexo 11).

A dimensão *Funcionamento Sensorial (FS)* refere-se ao estado de funcionamento sensorial da pessoa, tendo ainda em consideração o impacto da perda de habilidades sensoriais na Qualidade de Vida. Ao estar focalizada nos sentidos (por exemplo, audição, visão, olfacto), a análise deste domínio implica, designadamente, a identificação de necessidades em termos de utilização de ajudas técnicas e a sinalização de estratégias de compensação/ alternativas já implementadas ou a implementar (Grupo de Coordenação do Plano de Auditoria Social, & CID, 2005; Fleck, Chachamovich & Trentini, 2006);

A *Autonomia (AUT)* refere-se à independência, à capacidade ou liberdade de viver de forma autónoma e tomar decisões. Esta dimensão também engloba a identificação das tarefas que o indivíduo realiza autonomamente ou para as que necessita de apoio, considerando os diferentes graus de apoio possíveis (Grupo de Coordenação do Plano de Auditoria Social, & CID, 2005; Fleck, Chachamovich & Trentini, 2006);

Nas *Actividades Passadas, Presentes e Futuras (PPF)* refere-se à satisfação sobre as conquistas na vida e coisas a que se anseia. Este domínio remete para a integração narrativa do ciclo de vida do indivíduo, com particular ênfase nos papéis e actividades desempenhadas. São identificadas as áreas de realização e de reconhecimento pessoal e social do indivíduo, de modo a apoiar a construção de um projecto de vida baseado na combinação virtuosa das actuações realizadas com as actualmente executadas, numa lógica de potenciação das mesmas e de reconstrução das expectativas face às vivências futuras (Grupo de Coordenação do Plano de Auditoria Social, & CID, 2005; Fleck, Chachamovich & Trentini, 2006);

Na *Participação Social (PSO)*, esta dimensão assente na participação nas actividades quotidianas, especialmente na comunidade, este domínio implica a presença em contextos vivenciais e o envolvimento em papéis e actividades de idêntico cariz. Além da implementação de competências de vida em comunidade, inclui a densidade da rede social de apoio (por exemplo, familiares, amigos, sócios de uma mesma associação), bem como a proximidade e intensidade dos contactos. No sentido da efectiva inclusão social, implica ainda a capacidade de afectar e ser afectado pelos dinamismos sociais futuros (Grupo de Coordenação do Plano de Auditoria Social, & CID, 2005; Fleck, Chachamovich & Trentini, 2006);

A dimensão *Morte e Morrer (MEM)* encontra-se relacionada com a integração das narrativas vivenciais requeridas pelo domínio anterior, o presente domínio remete para a preparação para o luto de pessoas próximas (por exemplo, companheiro/a, irmãos, amigos,

outras pessoas residentes na Estrutura Residencial), bem como para a organização psicossocial da conclusão do seu próprio ciclo de vida. Assim sendo, este domínio integra as preocupações, inquietações e temores sobre a morte e sobre morrer, numa lógica de promoção da assimilação funcional e ajustada desse momento como parte integrante da vida futuras (Grupo de Coordenação do Plano de Auditoria Social, & CID, 2005; Fleck, Chachamovich & Trentini, 2006);

E por fim, a *Intimidade (INT)* considera a importância das vivências afectivas do indivíduo, refere-se à capacidade de ter relacionamentos pessoais e íntimos. Inclui a satisfação da pessoa com as relações afectivas, amorosas e sexuais que estabelece, na relação entre as suas expectativas e os resultados alcançados percebidos. Integra ainda as atitudes e os comportamentos adoptados em relação aos outros (Grupo de Coordenação do Plano de Auditoria Social, & CID, 2005; Fleck, Chachamovich & Trentini, 2006).

As pontuações das seis dimensões podem ser combinados para dar origem a uma pontuação geral para a qualidade vida em adultos idosos, designado como o “pontuação total” do módulo WHOQOL-OLD (Pavan, 2008; Organização Mundial de Saúde, 2005).

É importante a utilização da lista de pontuação (cf. Anexo 12) para se poder identificar quais os itens que pertencem a cada dimensão e quais os itens a serem recodificados. Assim na dimensão de funcionamento sensorial, são invertidos os itens 1, 2 e 10; e na dimensão morte e morrer, são invertidos os itens 6, 7, 8 e 9. Para recodificar os itens que estão na negativa, ou seja, têm que ser invertidos de modo que os valores numéricos atribuídos são invertidos: 1 = 5, 2 = 4, 3 = 3, 4 = 2, 5 = 1 (Organização Mundial de Saúde, 2005).

As pontuações vão de 0 a 100 pontos, considerando-se como ponto de corte as pontuações superiores a 50 pontos (Da Silva, Medeiros & Saldanha, 2008). Assim, as pontuações superiores a este valor significam uma alta Qualidade de Vida, e as inferiores ao referido valor significam uma baixa Qualidade de Vida (Organização Mundial de Saúde, 2005).

2.3 Procedimento

Inicialmente as Direcções do Lar de São José da Covilhã e da Santa Casa da Misericórdia do Soito foram contactadas através de uma carta, pedindo a autorização para a aplicação dos questionários e deixando claro os objectivos da investigação. Assim que recebemos a autorização destas, demos início à recolha da amostra que se realizou entre Dezembro de 2009 a Abril de 2010.

Deste modo, os aspectos éticos relativos ao desenvolvimento metodológico do estudo foram tidos em consideração. Por um lado, quer através dos pedidos de autorização enviados às instituições, quer através de garantias de confidencialidade das informações recolhidas. Por outro lado, os participantes foram voluntários, tendo sido informados do objectivo da investigação, bem como da confidencialidade da sua participação, permitindo assim o consentimento informado por parte dos sujeitos.

Para a selecção destes participantes, efectuou-se a consulta dos processos individuais de cada idoso. De seguida, aplicámos os quatro instrumentos seguindo sempre a mesma ordem (Questionário de Dados Gerais; MMSE; EDG; WHOQOL-OLD). A duração da aplicação dos instrumentos foi de aproximadamente 50 minutos. No final de cada aplicação de instrumentos, agradeceu-se a participação dos sujeitos no trabalho de investigação.

3 Análise de dados

Para o tratamento estatístico dos dados recolhidos utilizámos o software informático *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS) versão 17.0. Com o objectivo de avaliar se a nossa amostra seguia uma distribuição normal, realizamos o teste *Kolmogorov-Smirnov*, cujo resultado confirmou a normalidade da amostra, permitindo assim a utilização de testes paramétricos.

Começamos com a estatística descritiva, para realizar a caracterização da amostra, seguindo da utilização de medidas de estatística inferencial, o *Teste t de Student* e a *Análise da Variância (ANOVA)* para comparar os resultados dos sujeitos nas diversas variáveis que integraram o estudo.

No que diz respeito aos níveis de significância, seguimos o seguinte critério: resultados significativos (*) sempre que a probabilidade de erro for inferior a 0,05; muito significativos (**) quando a probabilidade de erro for inferior a 0,01; altamente significativos (***) se a probabilidade de erro dos inferior a 0,001.

Capítulo V - Resultados

Relativamente às dimensões da Qualidade de Vida, verificámos que 18,5% dos participantes apresentam um bom *Funcionamento Sensorial*, 14,8% dos idosos apresentam elevadas preocupações e medo sobre a morte (*Morte e Morrer*) e 4,9% mostram capacidade de ter relações pessoais e íntimas com outro (*Intimidade*). No que diz respeito às outras dimensões – *Autonomia; Actividades Passado, Presente e Futuro; Participação Social* – apenas 1,2 % dos inquiridos refere ter independência na velhice ao ponto de ser capaz de viver de forma autónoma e tomar suas próprias decisões; mostra estar satisfeito na vida; e refere participar em actividades do quotidiano, especialmente na comunidade.

Em termos de sintomatologia depressiva construámos três grupos – Ausência de Depressão, Depressão Ligeira e Depressão Grave - e verificámos que 38,3% da nossa amostra não tem depressão, 46,9% apresentam depressão ligeira e os restantes 14,8% apresentam depressão grave.

Não havendo participantes com défice cognitivo, dividimos o Funcionamento Cognitivo em dois grupos – Bom Funcionamento Cognitivo e Elevado Funcionamento Cognitivo – e verificamos assim que 50,6% dos sujeitos apresentam um bom funcionamento cognitivo, os restantes 49,4% da amostra apresentam um elevado funcionamento cognitivo.

No que diz respeito à Qualidade de Vida Global dos idosos institucionalizados da nossa amostra, verificámos diferenças estatisticamente significativas ($t(79) = -2,459$; $p = 0,016$) entre a média dos idosos com um elevado funcionamento cognitivo ($M = 75,43$; $DP = 12,90$) e as médias dos idosos com um bom funcionamento cognitivo ($M = 68,02$; $DP = 14,13$).

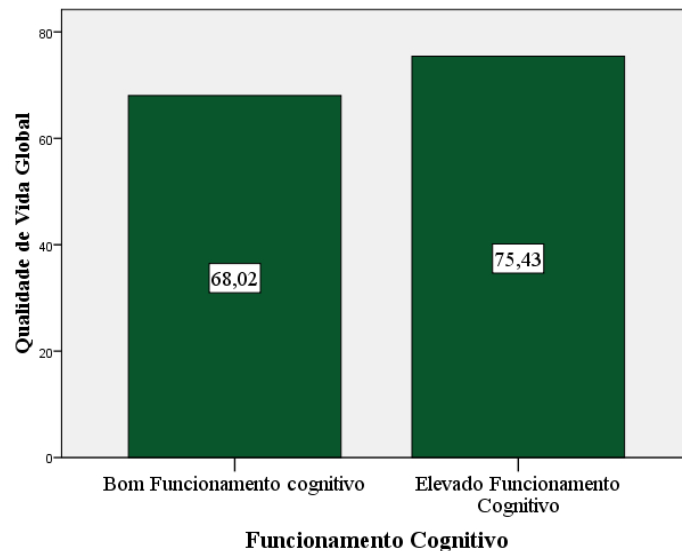


Figura 4 – Médias obtidas na dimensão Qualidade de Vida Global em função dos níveis de Funcionamento Cognitivo

Quanto às dimensões de Qualidade de Vida, verificámos na *Autonomia* diferenças estatisticamente significativas ($t(79) = -2,160$; $p = 0,034$) entre as médias dos idosos com elevado funcionamento cognitivo ($M = 14,08$; $DP = 2,74$) dos idosos com bom funcionamento cognitivo ($M = 12,73$; $DP = 2,84$). Outra dimensão que apresenta diferenças estatisticamente significativas ($t(79) = -2,019$; $p = 0,047$) é *Morte e Morrer*, em que os idosos com bom funcionamento cognitivo sobressaem com uma média de 14,03 ($DP = 4,74$) em comparação com os idosos com bom funcionamento cognitivo que apresentam uma média de 11,56 ($DP = 6,13$).

No que se refere às outras dimensões da Qualidade de Vida, não verificámos diferenças estatisticamente significativas para a dimensão *Funcionamento Sensorial* ($t(79) = -0,520$; $p = 0,604$), para a dimensão *Actividades Passadas Presentes e Futuras* ($t(79) = -0,467$; $p = 0,642$), para a dimensão *Participação Social* ($t(79) = -1,182$; $p = 0,241$), e para a dimensão *Intimidade* ($t(79) = -1,703$; $p = 0,092$), em função de um baixo ou elevado funcionamento cognitivo. O grupo com elevado funcionamento cognitivo apresenta as médias mais elevadas em todas as dimensões.

Estes resultados podem ser observados na Tabela 4.

Tabela 4: Resultados dos níveis de Funcionamento Cognitivo em função da Qualidade de Vida Global e suas dimensões (n = 81).

Factor		Média	Desvio Padrão	Df	t
Qualidade de Vida Global	Bom funcionamento cognitivo	68,02	14,13	79	-
	Elevado funcionamento cognitivo	75,43	12,90		
Funcionamento Sensorial	Bom funcionamento cognitivo	12,66	5,32	79	-0,520
	Elevado funcionamento cognitivo	13,28	5,34		
Autonomia	Bom funcionamento cognitivo	12,73	2,84	79	-
	Elevado funcionamento cognitivo	14,08	2,74		
Actividades Passadas Presentes e Futuras	Bom funcionamento cognitivo	13,10	2,82	79	-0,467
	Elevado funcionamento cognitivo	13,38	2,50		
Participação Social	Bom funcionamento cognitivo	11,83	3,51	79	-1,182
	Elevado funcionamento cognitivo	12,65	2,66		
Morte e Morrer	Bom funcionamento cognitivo	11,56	6,13	79	-
	Elevado funcionamento cognitivo	14,03	4,74		
Intimidade	Bom funcionamento cognitivo	6,15	4,52	79	-1,703
	Elevado funcionamento cognitivo	8,03	5,38		

Nota: * p < 0,05; ** p < 0,01; *** p < 0,001.

No que diz respeito à Qualidade de Vida Global, verificámos diferenças estatisticamente significativas ($F(2; 78) = 7,225$; $p = 0,001$) entre as médias dos vários níveis de Depressão.

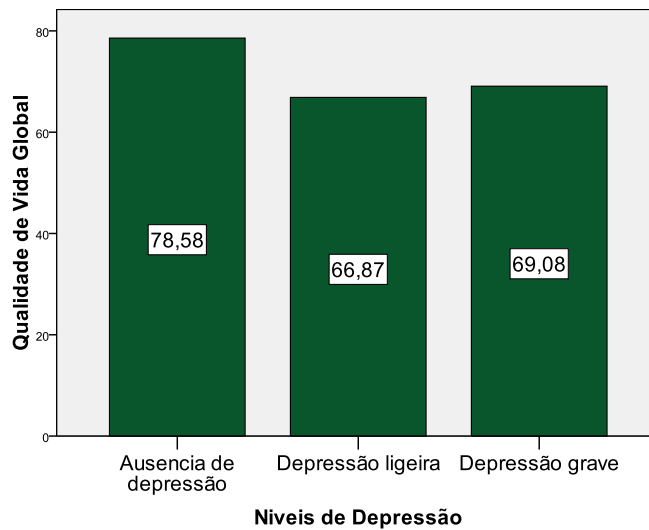


Figura 5 – Médias obtidas na dimensão Qualidade de Vida Global em função dos níveis de Depressão.

Na dimensão da Qualidade de Vida designada de *Autonomia*, verificámos diferenças estatisticamente significativas ($F(2; 78) = 7,247$; $p = 0,001$), entre as médias dos níveis de depressão, verificando-se uma média superior nos idosos com ausência de depressão ($M = 14,74$; $DP = 2,11$), em comparação com as médias dos idosos com depressão ligeira ($M = 12,29$; $DP = 3,02$) e depressão grave ($M = 13,42$; $DP = 2,71$).

Nas dimensões de Qualidade de Vida que apresentam diferenças altamente significativas, encontram-se *Actividades Passadas Presentes e Futuras* ($F(2; 78) = 10,947$; $p = 0,000$), e *Participação Social* ($F(2; 78) = 11,350$; $p = 0,000$), em função dos vários níveis de depressão. As médias aumentam em função da presença de depressão, nas *Actividades Passadas Presentes e Futuras*. Os idosos com ausência de depressão, nesta dimensão têm uma média de 14,81 ($DP = 2,25$), em comparação com os idosos com depressão ligeira ($M = 12,24$; $DP = 2,19$) e com os idosos com depressão grave ($M = 12,33$; $DP = 3,17$).

Quanto à *Participação Social*, os idosos com ausência de depressão têm uma média nesta dimensão de Qualidade e Vida de 14,10 ($DP = 2,59$), em comparação com o grupo de idosos com depressão ligeira ($M = 11,21$; $DP = 2,86$) e com depressão grave ($M = 10,67$; $DP = 3,02$).

Não verificámos diferenças estatisticamente significativas nas dimensões *Funcionamento Sensorial* ($F(2; 78) = 0,376$; $p = 0,688$), *Morte e Morrer* ($F(2; 78) = 0,694$; $p = 0,503$), e *Intimidade* ($F(2; 78) = 0,552$; $p = 0,578$), em função dos vários níveis de depressão. No que diz respeito ao grupo de idosos com ausência de depressão, os valores

médios são superiores ($M = 78,58$) em comparação com idosos com depressão ligeira ($M = 66,87$) e depressão grave ($M = 69,08$).

Estes resultados podem ser observados na Tabela 5.

Tabela 5: Resultados dos níveis de Depressão em função da Qualidade de Vida Global e das suas dimensões ($n = 81$).

Factor		Média	Desvio Padrão	Df	F
Qualidade de Vida Global	Ausência de depressão	78,58	11,16	2; 78	7,225*
	Depressão ligeira	66,87	13,04		
	Depressão grave	69,08	16,83		
	Total	71,68	13,96		
Funcionamento Sensorial	Ausência de depressão	13,61	5,29	2; 78	0,376
	Depressão ligeira	12,61	5,26		
	Depressão grave	12,42	5,77		
	Total	12,96	5,30		
Autonomia	Ausência de depressão	14,74	2,11	2; 78	7,247*
	Depressão ligeira	12,29	3,02		
	Depressão grave	13,42	2,71		
	Total	13,40	2,86		
Actividades Passadas Presentes e Futuras	Ausência de depressão	14,81	2,25	2; 78	10,947***
	Depressão ligeira	12,24	2,19		
	Depressão grave	12,33	3,17		
	Total	13,23	2,66		
Participação Social	Ausência de depressão	14,10	2,59	2; 78	11,350***
	Depressão	11,21	2,86		

	ligeira			
	Depressão grave	10,67	3,02	
	Total	12,23	3,13	
Morte e Morrer	Ausência de depressão	13,68	5,14	
	Depressão ligeira	12,08	5,54	2; 78
	Depressão grave	12,67	6,93	0,694
	Total	12,78	5,59	
Intimidade	Ausência de depressão	7,65	4,82	
	Depressão ligeira	6,45	4,89	2; 78
	Depressão grave	7,58	6,06	0,552
	Total	7,07	5,02	

Nota: * $p < 0,05$; ** $p < 0,01$; *** $p < 0,001$.

No que diz respeito aos resultados médios no *Funcionamento Sensorial* em função dos grupos de idade constatámos diferenças estatisticamente significativas ($t(79) = 2,312$; $p = 0,023$) entre as médias da 3ª idade ($M = 14,49$; $DP = 5,15$) e 4ª Idade ($M = 11,80$; $DP = 5,18$).

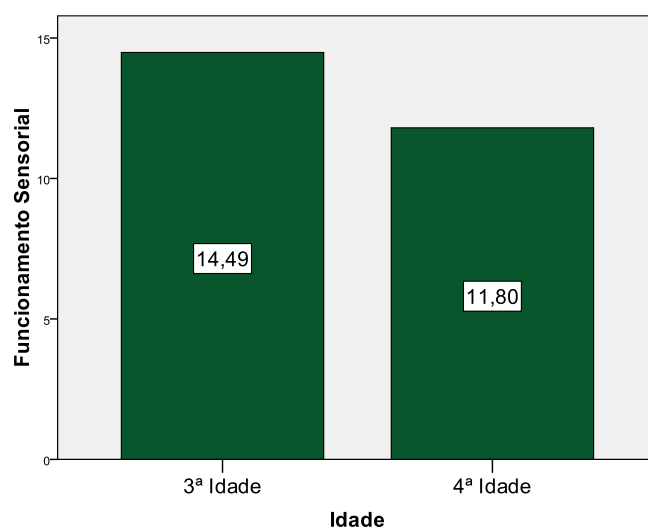


Figura 6 – Médias obtidas na dimensão Funcionamento Sensorial em função da idade.

Em todas as outras variáveis não encontramos diferenças estatisticamente significativas em função da 3ª e 4ª idade, no entanto, os idosos da 3ª idade apresentam na Qualidade de Vida Global uma média de 74,71 (DP = 14,13) e os idosos da 4ª idade exibem uma média de 69,37 (DP = 13,52). No que diz respeito às dimensões de Qualidade de Vida, os idosos da 3ª idade obtiveram médias superiores aos idosos da 4ª idade nas *Atividades Passadas, Presentes e Futuras* (M = 13,71; DP = 2,79); *Participação Social* (M = 12,60; DP = 3,31); *Morte e Morrer* (M = 12,83; DP = 5,79); e *Intimidade* (M = 7,89; DP = 5,54). Ao nível do Funcionamento Cognitivo não se verificaram diferenças estatisticamente significativas entre a 3ª e 4ª idade ($t(79) = 0,751$; $p = 0,455$). Os idosos da 3ª idade obtiveram uma média de 24,46 (DP = 3,89) e os da 4ª idade de 23,76 (DP = 4,30).

Os idosos da 4ª idade evidenciam médias superiores na dimensão *Autonomia* (M = 13,54; DP = 2,46) em comparação com os idosos da 3ª idade (M = 13,20; DP = 3,34). Na Depressão obtiveram também resultados superiores (M = 13,04; DP = 6,71) comparativamente aos idosos da 3ª idade (M = 12,57; DP = 7,38).

Estes resultados podem ser observados na Tabela 6.

Tabela 6: Resultados das variáveis Qualidade de Vida Global e suas dimensões, Funcionamento Cognitivo e Depressão em função da idade (n = 81).

Factor		Média	Desvio Padrão	Df	t
Qualidade de Vida Global	3ª Idade	74,71	14,13	79	1,728
	4ª Idade	69,37	13,52		
Funcionamento Sensorial	3ª Idade	14,49	5,15	79	2,312*
	4ª Idade	11,80	5,18		
Autonomia	3ª Idade	13,20	3,34	79	-0,533
	4ª Idade	13,54	2,46		
Actividades Passadas Presentes e Futuras	3ª Idade	13,71	2,79	79	1,424
	4ª Idade	12,87	2,52		
Participação Social	3ª Idade	12,60	3,31	79	0,915
	4ª Idade	11,96	2,99		
Morte e Morrer	3ª Idade	12,83	5,79	79	0,071
	4ª Idade	12,74	5,50		
Intimidade	3ª Idade	7,89	5,54	79	1,274
	4ª Idade	6,46	4,55		
Funcionamento Cognitivo	3ª Idade	24,46	3,89	79	0,751
	4ª Idade	23,76	4,30		
Depressão	3ª Idade	12,57	7,38	79	-0,300
	4ª Idade	13,04	6,71		

Nota: * p < 0,05; ** p < 0,01; *** p < 0,001.

Quanto aos anos de vivência na instituição em função das variáveis, Qualidade de Vida Global, dimensões da QV, Funcionamento Cognitivo e Depressão, não verificámos diferenças estatisticamente significativas. No entanto, observámos que os idosos que se encontram institucionalizados há mais de dois anos apresentam médias superiores na dimensão *Funcionamento Sensorial* (M = 13,04; DP = 5,67) comparativamente aos idosos institucionalizados até dois anos (M = 12,84; DP = 4,78); o mesmo se verifica na dimensão *Morte e Morrer* com os idosos institucionalizados há mais de dois anos (M = 13,00; DP = 5,42) em comparação com os idosos institucionalizados até dois anos (M = 12,44; DP =

5,92); e na Variável depressão em que os idosos institucionalizados há mais de dois anos obtiveram uma média de 13,51 (DP = 7,28) relativamente aos idosos institucionalizados até dois anos (M = 11,81; DP = 6,43). Em contrapartida, os idosos que se encontrem até dois anos institucionalizados apresentam médias superiores na dimensão *Autonomia* (M = 13,41; DP = 2,52) em comparação aos idosos institucionalizados há mais de dois anos (M = 13,39; DP = 3,08); nas *Actividades Passadas, Presentes e Futuras*, os idosos institucionalizados até dois anos evidenciam uma média de 13,50 (DP = 2,95) em comparação aos idosos institucionalizados há mais de dois anos que obtiveram uma média de 13,06 (DP = 2,47); o mesmo sucede com a dimensão *Participação Social*, na qual os idosos institucionalizados até dois anos verificam médias superiores (M = 12,31; DP = 3,18) aos idosos institucionalizados há mais de dois anos (M = 12,18; DP = 3,12); também na dimensão de QV - *Intimidade* - os idosos institucionalizados até dois anos verificam médias superiores (M = 7,25; DP = 5,16) aos idosos institucionalizados há mais de dois anos (M = 6,96; DP = 4,97); os idosos institucionalizados até dois anos também obtiveram médias superiores (M = 71,75; DP = 12,70) aos idosos institucionalizados há mais de dois anos (M = 71,63; DP = 14,85) na Qualidade de Vida Global; e por fim, o mesmo se verifica no Funcionamento cognitivo onde os idosos institucionalizados até dois anos apresentam uma média de 24,47 (DP = 4,31) em comparação com os idosos institucionalizados há mais de dois anos, que apresentam uma média de 23,80 (DP = 4,01).

Estes resultados podem ser observados na Tabela 7.

Tabela 7: Resultados das variáveis Qualidade de Vida Global, dimensões da QV, Funcionamento Cognitivo e Depressão em função dos anos de institucionalização (n = 81).

Factor		Média	Desvio Padrão	Df	t
Qualidade de Vida Global	Até 2 anos de institucionalização	71,75	12,70	79	0,037
	Há mais de dois anos de institucionalização	71,63	14,85		
Funcionamento Sensorial	Até 2 anos de institucionalização	12,84	4,78	79	-0,162
	Há mais de dois anos de institucionalização	13,04	5,67		
Autonomia	Até 2 anos de institucionalização	13,41	2,52	79	0,028

	Há mais de dois anos de institucionalização	13,39	3,08		
Actividades Passadas Presentes e Futuras	Até 2 anos de institucionalização	13,50	2,95		
	Há mais de dois anos de institucionalização	13,06	2,47	79	0,723
Participação Social	Até 2 anos de institucionalização	12,31	3,18		
	Há mais de dois anos de institucionalização	12,18	3,12	79	0,180
Morte e Morrer	Até 2 anos de institucionalização	12,44	5,92		
	Há mais de dois anos de institucionalização	13,00	5,42	79	-0,440
Intimidade	Até 2 anos de institucionalização	7,25	5,16		
	Há mais de dois anos de institucionalização	6,96	4,97	79	0,253
Funcionamento cognitivo	Até 2 anos de institucionalização	24,47	4,31		
	Há mais de dois anos de institucionalização	23,80	4,01	79	0,716
Depressão	Até 2 anos de institucionalização	11,81	6,43		
	Há mais de dois anos de institucionalização	13,51	7,28	79	-1,073

Nota: * p < 0,05; ** p < 0,01; *** p < 0,001.

Verificámos diferenças estatisticamente significativas na Qualidade de Vida Global ($t(79) = -2,215$; $p = 0,030$) em função do género. Os idosos do género masculino revelam uma média de 75,08 (DP = 13,26) em comparação com os idosos do género feminino com uma média de 68,37 (DP = 13,98).

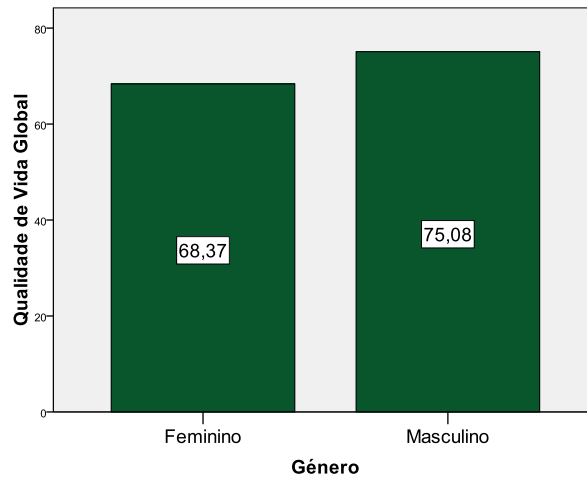


Figura 7 – Médias obtidas na dimensão Qualidade de Vida Global em função do género.

Também na dimensão *Actividades Passadas, Presentes e Futuras* se verificaram diferenças estatisticamente significativas ($t(79) = -2,465$; $p = 0,016$) em função do género. Nesta dimensão as médias do género Feminino ($M = 12,54$; $DP = 2,88$) são inferiores às do género Masculino ($M = 13,95$; $DP = 2,23$).

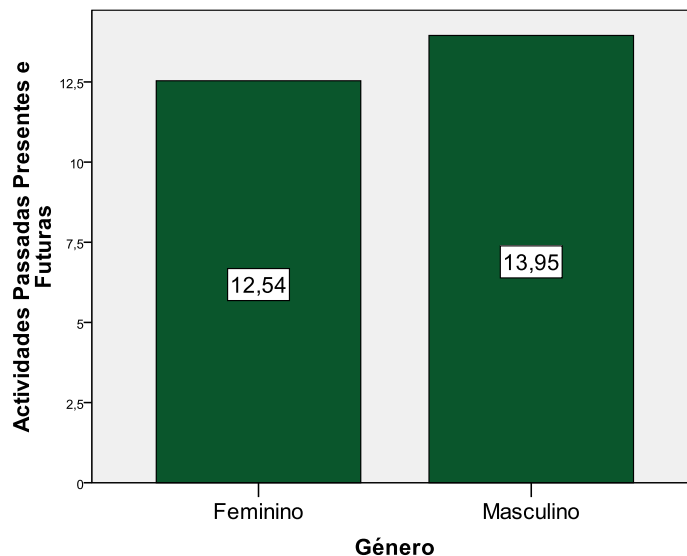


Figura 8 – Médias obtidas na dimensão Actividades Passadas, Presentes e Futuras em função do género.

Todas as outras variáveis não apresentam diferenças estatisticamente significativas. No entanto, os homens apresentam médias superiores no *Funcionamento Sensorial* ($M = 13,03$; $DP = 5,50$) comparativamente às mulheres ($M = 12,90$; $DP = 5,18$); na *Autonomia* verificando-se uma média de 13,95 ($DP = 2,73$) nos homens e uma média de 12,85 ($DP = 2,91$) nas mulheres; também se verificaram médias superiores ($M = 13,95$; $DP = 2,23$) nos

homens na dimensão *Actividades Passadas, Presentes e Futuras* comparativamente às mulheres (M = 12,54; DP = 2,88); na dimensão de QV - *Participação Social* – a média obtida pelos homens também foi superior (M = 12,53; DP = 2,94) à média obtida pelas mulheres; o mesmo se verificou na dimensão *Morte e Morrer* com médias superiores nos homens (M = 13,95; DP = 4,85) em comparação às mulheres (M = 11,63; DP = 6,08); na dimensão *Intimidade* os homens apresentaram médias de 7,68 (DP = 5,38) comparativamente às mulheres que apresentaram médias de 6,49 (DP = 4,63); por fim, no Funcionamento Cognitivo os homens também apresentaram médias superiores (M = 24,83; DP = 3,78) às mulheres (M = 23,32; DP = 4,34).

As Mulheres apresentaram médias superiores no factor depressão (M = 13,41; DP = 6,98) em comparação aos homens (M = 12,25; DP = 6,99).

Estes resultados podem ser observados na Tabela 8.

Tabela 8: Resultados das variáveis Qualidade de Vida Global e suas dimensões, Funcionamento Cognitivo e Depressão em função do género (n = 81).

Factor		Média	Desvio Padrão	Df	t
Qualidade de Vida Global	Feminino	68,37	13,98	79	-2,215*
	Masculino	75,08	13,26		
Funcionamento Sensorial	Feminino	12,90	5,18	79	-0,103
	Masculino	13,03	5,50		
Autonomia	Feminino	12,85	2,91	79	-1,745
	Masculino	13,95	2,73		
Actividades Passadas Presentes e Futuras	Feminino	12,54	2,88	79	-2,465*
	Masculino	13,95	2,23		
Participação Social	Feminino	11,95	3,31	79	-0,823
	Masculino	12,53	2,94		
Morte e Morrer	Feminino	11,63	6,08	79	-1,892
	Masculino	13,95	4,85		
Intimidade	Feminino	6,49	4,63	79	-1,065
	Masculino	7,68	5,38		
Funcionamento	Feminino	23,32	4,34	79	0,100

cognitivo	Masculino	24,83	3,78	79	0,456
	Feminino	13,41	6,98		
Depressão	Masculino	12,25	6,99		

Nota: * $p < 0,05$; ** $p < 0,01$; *** $p < 0,001$.

Verificámos diferenças altamente significativas na dimensão *Intimidade* ($F(3; 77) = 25,061$; $p = 0,000$), em função dos quatro níveis do estado civil. Os idosos da amostra que se encontram casados são os que apresentam média superior com 15,08 (DP = 5,85), seguem-se os idosos viúvos ($M = 5,61$; DP = 3,18), os solteiros ($M = 5,55$; DP = 2,83), e divorciados ($M = 4,00$; DP = 0,00) (cf. Anexo 6).

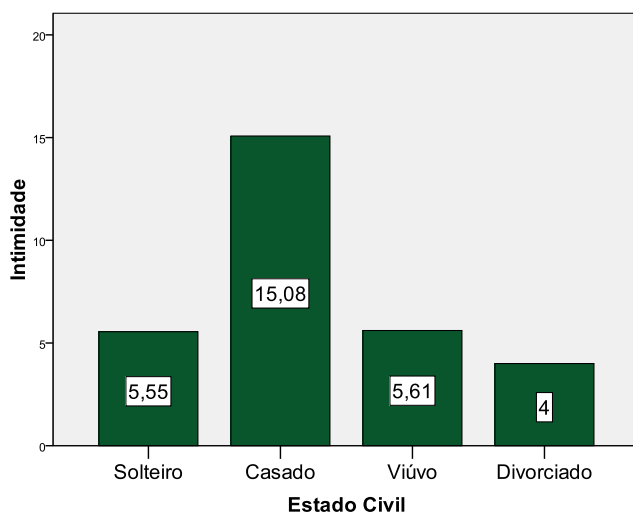


Figura 9 – Médias obtidas na dimensão Intimidade em função do Estado Civil.

As outras variáveis não apresentam diferenças estatisticamente significativas. No entanto, através dos resultados médios é possível verificar que os idosos solteiros apresentam médias superiores ($M = 13,85$; DP = 5,07) na dimensão de QV - *Funcionamento Sensorial* - comparativamente aos idosos casados ($M = 13,77$; DP = 5,96), viúvos ($M = 12,37$; DP = 5,13) e divorciados ($M = 12,50$; DP = 10,60). Também na dimensão de QV - *Participação social* - os idosos solteiros obtiveram médias superiores ($M = 13,20$; DP = 4,06) comparativamente aos idosos viúvos ($M = 11,96$; DP = 2,69), casados ($M = 11,85$; DP = 3,07) e divorciados ($M = 11,50$; DP = 2,12).

Os idosos casados revelam médias superiores ($M = 79,77$; DP = 14,28) na Qualidade de Vida Global comparativamente aos idosos solteiros ($M = 73,00$; DP = 15,43), divorciados

(M = 73,00; DP = 15,55) e viúvos (M = 68,76; DP = 12,55). O mesmo se verifica na depressão, o grupo de idosos casados evidenciam uma média superior (M = 25,77; DP = 3,78) comparativamente ao grupo de idosos solteiros (M = 24,00; DP = 4,03), divorciados (M = 24,00; DP = 5,65) e viúvos (M = 23,61; DP = 4,20).

Os idosos divorciados apresentam médias superiores na dimensão *Autonomia* com uma média de 15 (DP = 0,000) comparativamente aos idosos casados (M = 13,69; DP = 3,30), solteiros (M = 13,55; D = 3,31) e viúvos (M = 13,17; D = 2,61). Também na dimensão de QV - *Actividades Passadas, Presentes e Futuras* – os idosos divorciados obtiveram médias superiores (M = 13,50; DP = 3,53) comparativamente aos idosos casados (M = 13,38; DP = 2,36), solteiros (M = 13,35; DP = 3,55) e viúvos (M = 13,13; DP = 2,33). Os idosos divorciados evidenciaram médias superiores (M = 16,50; DP = 0,70) na dimensão de QV - *Morte e Morrer* – comparativamente aos restantes grupos de estado civil, ou seja, os idosos solteiros (M = 13,50; DP = 5,33), viúvos (M = 12,52; DP = 5,76) e casados (M = 12,00; DP = 5,93). Ao nível do Funcionamento Cognitivo os idosos divorciados evidenciaram médias superiores (M = 18,50; DP = 2,12) comparativamente aos idosos casados (M = 14,15; DP = 6,86), viúvos (M = 13,09; DP = 6,57) e solteiros (M = 10,85; DP = 7,96).

Estes resultados podem ser observados na Tabela 9.

Tabela 9: Resultados das variáveis Qualidade de Vida Global e suas dimensões, Funcionamento Cognitivo e Depressão em função do estado civil (n = 81).

Factor		Média	Desvio Padrão	Df	F
Qualidade de Vida Global	Solteiro	73,00	15,43	3; 77	2,297
	Casado	79,77	14,28		
	Viúvo	68,76	12,55		
	Divorciado	73,00	15,55		
	Total	71,68	13,96		
Funcionamento Sensorial	Solteiro	13,85	5,07	3; 77	0,473
	Casado	13,77	5,96		
	Viúvo	12,37	5,13		
	Divorciado	12,50	10,60		
	Total	12,96	5,30		
Autonomia	Solteiro	13,55	3,31	3; 77	0,359
	Casado	13,69	3,30		
	Viúvo	13,17	2,61		
	Divorciado	15,00	0,00		
	Total	13,40	2,86		
Actividades Passadas Presentes e Futuras	Solteiro	13,35	3,55	3; 77	0,054
	Casado	13,38	2,36		
	Viúvo	13,13	2,33		
	Divorciado	13,50	3,53		
	Total	13,23	2,66		
Participação Social	Solteiro	13,20	4,06	3; 77	0,853
	Casado	11,85	3,07		
	Viúvo	11,96	2,69		
	Divorciado	11,50	2,12		
	Total	12,23	3,13		
Morte e Morrer	Solteiro	13,50	5,33	3; 77	0,512
	Casado	12,00	5,93		

	Viúvo	12,52	5,76		
	Divorciado	16,50	0,70		
	Total	12,78	5,59		
	Solteiro	5,55	2,83		
	Casado	15,08	5,85		
Intimidade	Viúvo	5,61	3,18	3; 77	25,061***
	Divorciado	4,00	0,00		
	Total	7,07	5,02		
	Solteiro	10,85	7,96		
	Casado	14,15	6,86		
Funcionamento Cognitivo	Viúvo	13,09	6,57	3; 77	0,928
	Divorciado	18,50	2,12		
	Total	12,84	6,97		
	Solteiro	24,00	4,03		
	Casado	25,77	3,78		
Depressão	Viúvo	23,61	4,20	3; 77	1,163
	Divorciado	24,00	5,65		
	Total	24,06	4,12		

Nota: * $p < 0,05$; ** $p < 0,01$; *** $p < 0,001$.

Capítulo VI - Discussão dos resultados

Os resultados obtidos permitem concluir que, os idosos com elevado funcionamento cognitivo consideram ter uma melhor Qualidade de Vida Global (QVG) que os idosos com bom funcionamento cognitivo.

No que diz respeito ao grupo de idosos da nossa amostra sem sintomatologia depressiva, 38,3%, consideram ter uma melhor Qualidade de vida Global que os restantes 61,7%. A depressão parece ter consequências negativas na Qualidade de Vida dos idosos da nossa amostra. Este padrão de resultados está de acordo com o que é referido pela literatura (Gazalle et al., 2004 cit in Aguiar, 2007).

De acordo com os diversos estudos, os idosos institucionalizados são maioritariamente solteiros ou viúvos (Greenberg e Ginn, 1999 cit in Vaz, 2009). Esta situação também se verifica na nossa amostra. Martins (2004) refere que os idosos casados e divorciados apresentam melhor Qualidade de Vida Global que os viúvos e solteiros. No nosso estudo verificámos que o estado civil não influencia a Qualidade de Vida Global. No entanto, os idosos casados e divorciados reportam uma melhor Qualidade de Vida que os idosos viúvos e solteiros.

Segundo Fernández-Ballesteros (1998) e Martins (2004) os idosos mais novos apresentam uma melhor Qualidade de Vida Global. Na presente investigação concluiu-se que a Qualidade de Vida Global não é influenciada pela idade. Contudo, os idosos da 3ª idade ($M = 74,71$) consideram ter uma melhor QVG que os idosos da 4ª idade ($M = 69,37$). Almeida e Rodrigues (2008) e Martins (2004) afirmam que nos idosos institucionalizados a Qualidade de Vida diminui à medida que a idade vai avançando. Este facto também se observou na nossa investigação, uma vez que os idosos pertencentes à 4ª idade referem menor Qualidade de Vida Global. No que diz respeito à influência do tempo de institucionalização na Qualidade de Vida Global ($t(79) = 0,037$; $p = 0,971$) e no funcionamento cognitivo ($t(79) = 0,716$; $p = 0,476$) dos idosos da nossa amostra verificámos que não existe diferenças estatisticamente significativas.

Também no que diz respeito à QVG, Fernández-Ballesteros (1998), Martins (2004) e Paschoal (2006 cit in Almeida, 2008) referem que os homens apresentam uma melhor Qualidade de Vida Global. Este facto foi suportado pelos resultados no nosso estudo. Tal poderá ser explicado pelo aumento da esperança média de vida das mulheres, que vivendo

mais anos se torna uma população mais velha, com maior probabilidade de doenças, de isolamento e de pobreza (Paschoal, 2006 cit in Almeida, 2008).

No que diz respeito às várias dimensões de Qualidade de Vida, concluímos no nosso trabalho de investigação, que os idosos com um elevado funcionamento cognitivo mostram ser capazes de viver de forma autónoma e tomar suas próprias decisões, bem como manifestam preocupação sobre a morte e medo de morrer. No que diz respeito às outras dimensões de Qualidade de Vida em função do funcionamento cognitivo não encontramos diferenças estatisticamente significativas na nossa amostra – *Funcionamento sensorial* ($t(79) = -0,520$; $p = 0,604$); *Actividades Passadas, Presentes e Futuras* ($t(79) = -0,467$; $p = 0,642$); *Participação Social* ($t(79) = -1,182$; $p = 0,241$); e *Intimidade* ($t(79) = -1,703$; $p = 0,092$). No entanto, os idosos com elevado funcionamento cognitivo consideram avaliar de forma mais positiva o funcionamento sensorial e o impacto da perda das habilidades sensoriais na qualidade vida; também consideram mais positiva a satisfação em relação às conquistas na vida; consideram ter uma participação elevada em actividades do quotidiano, especialmente na comunidade; e referem obterem uma capacidade mais elevada de terem relações pessoais e íntimas.

Outro dado que se torna evidente em função dos resultados obtidos diz respeito ao facto de que os idosos da nossa amostra sem sintomatologia depressiva apresentarem uma maior *Autonomia* em comparação aos idosos com depressão. Deste modo, os idosos sem depressão tomam as suas próprias decisões, sentem controlo sobre o futuro, conseguem realizar as tarefas sem ajuda de outrem, o que se reflecte na capacidade de viver de forma autónoma (Gameiro, Carona e Pereira, *et al.* 2008). Outro dado igualmente importante diz respeito à dimensão *Actividades Passadas, Presentes e Futuras*, na qual os resultados demonstram que os idosos sem sintomatologia depressiva manifestam satisfação relativamente ao que conseguiram alcançar da vida. Em contrapartida, os idosos com sintomatologia depressiva não expressaram essa satisfação (Gameiro, Carona e Pereira, *et al.* 2008). No que diz respeito à dimensão *Participação Social* concluímos que os idosos com depressão, não se encontram satisfeitos com o modo como utilizam o tempo, não se mostram motivados para participar em actividades do quotidiano, especialmente na comunidade. Assim, à semelhança do que afirma Gameiro, Carona e Pereira, *et al.* (2008) a sintomatologia depressiva afecta de forma negativa e significativa todos os domínios da Qualidade de Vida considerados no WHOQOL. Também não verificamos a influência da depressão nas restantes dimensões da Qualidade de Vida - *Funcionamento Sensorial*; *Morte e Morrer*; e *Intimidade* – embora os idosos sem depressão apresentam valores superiores nestas dimensões. Assim,

os idosos sem sintomatologia depressiva avaliam de forma mais positiva o funcionamento sensorial e o impacto da perda das habilidades sensoriais na qualidade vida; apresentam uma maior preocupação com a morte; e referem ter capacidades mais elevadas para ter relações pessoais e íntimas.

Quanto às dimensões de Qualidade de Vida em função das idades, concluímos que existem diferenças estatisticamente significativas em função do *funcionamento sensorial* ($t(79) = 2,312$; $p = 0,023$). Assim verificámos na nossa amostra, a influência da idade na avaliação que o idoso faz do funcionamento sensorial, bem como o impacto da perda das habilidades sensoriais na qualidade vida. Os sujeitos da 3ª idade referem um funcionamento sensorial mais positivo que os idosos da 4ª idade da nossa amostra. Também averiguamos que os idosos mais novos da nossa amostra, comparativamente com os mais velhos, apresentam um bom funcionamento cognitivo (Mayer, Baltes, *et al.*, 1999), uma maior satisfação com as conquistas da vida, participação mais elevada em actividades do quotidiano, especialmente na comunidade, uma melhor capacidade de ter relações pessoais e íntimas com outrem, bem como uma maior preocupação com a morte e medo de morrer. Os nossos resultados revelam também, que os idosos da 4ª idade consideram ter uma melhor *Autonomia* e presença de depressão mais elevada que os idosos da 3ª idade. Estes resultados são apoiados pela literatura, que refere que os idosos mais velhos são os mais afectados pela depressão (Baltes & Mayer, 1999; Baltes & Smith, 1999, 2003 cit in Fonseca, 2006; Fonseca, 2005a; Fernandes, 2002; Valvanne *et al.*, 1996 cit in Aguiar, 2007; Mayer e Baltes, *et al.*, 1999).

Não se verificaram diferenças estatisticamente significativas ao nível dos anos de institucionalização em função das várias dimensões de QV – *Funcionamento Sensorial* ($t(79) = -0,162$; $p = 0,871$); *Autonomia* ($t(79) = 0,028$; $p = 0,978$); *Actividades Passadas, Presentes e Futuras* ($t(79) = 0,723$; $p = 0,472$); *Participação Social; Morte e Morrer* ($t(79) = 0,180$; $p = 0,858$); e *Intimidade* ($t(79) = 0,253$; $p = 0,801$). Os idosos institucionalizados há mais de dois anos, avaliam de forma mais positiva o seu funcionamento sensorial e o impacto da perda das habilidades sensoriais na qualidade vida; manifestaram também uma maior preocupação com a morte; bem como, uma maior presença de sintomatologia depressiva (Plati, Covre, Lukasova e Macedo, 2006; Carvalho e Fernandes, 1999 cit in Vaz, 2009; Rodrigues e Leal, 2004; Costa, 2005a; Fernandes, 2002; Gazalle, Hallal e Lima, 2004).

A institucionalização parece ser um factor relevante para o surgimento da depressão (Carvalho e Fernandes, 1999 cit in Vaz, 2009; Rodrigues & Leal, 2004). Do nosso trabalho concluímos que, as mulheres da nossa amostra (Fernandes, 2002) e os idosos que se

encontram institucionalizados há mais de dois anos consideraram ter depressão. Este facto pode ser explicado pela criação, por parte dos idosos, de laços afectivos com outros utentes, que com o passar dos anos observam nos outros um declínio físico e cognitivo que leva à morte. Estas perdas podem ser uma das possíveis justificações. Também o facto de, por exemplo, muitos idosos serem internados numa instituição com o intuito de ser apenas uma fase temporária, no caso de terem que permanecer institucionalizados mesmo quando verificam melhorias, prejudica bastante a Qualidade de Vida e bem-estar do idoso. A ausência de suporte familiar também pode justificar estes factores.

Shirley, Leung e Mak (2000 cit in Vaz, 2009) referem que a percentagem de idosos com depressão é maior nos idosos recentemente admitidos numa instituição. Tal facto não vai de encontro com os resultados do nosso trabalho de investigação. Quanto aos idosos que se encontrem até dois anos institucionalizados notámos que consideram ter uma *Autonomia* superior, também evidenciam uma maior satisfação sobre as conquistas da vida, maior participação nas actividades do quotidiano, nomeadamente na comunidade, consideram desenvolver mais relações pessoais e íntimas, e demonstram também um melhor funcionamento cognitivo.

Obtivemos diferenças estatisticamente significativas no que diz respeito ao género em função à dimensão de QV - *Actividades do Passado, Presente e Futuro* ($t(79) = -2,465$; $p = 0,016$). Ou seja, o género influencia o modo como se encaram as conquistas da vida. A nossa amostra masculina considera ter uma maior satisfação sobre as conquistas da vida, do que a feminina.

Também são os idosos do género masculino que apresentam um melhor funcionamento cognitivo, que avaliam o funcionamento sensorial e o impacto da perda das habilidades sensoriais na qualidade vida de forma mais positiva, que evidenciam uma autonomia mais elevada, e uma melhor satisfação sobre conquistas na vida. O mesmo se verifica com uma participação mais elevada em actividades do quotidiano, nomeadamente na comunidade, uma maior preocupação com a morte e medo de morrer, bem como uma maior capacidade para ter relações pessoais e íntimas. No entanto, as mulheres apresentam resultados mais elevados na sintomatologia depressiva (Fernandes, 2002).

Por último, no que diz respeito ao estado civil em função às várias dimensões da QV, obtivemos diferenças estatisticamente significativas no que diz respeito à dimensão *Intimidade* ($F(3; 77) = 25,061$; $p = 0,000$). Assim o estado civil influencia esta dimensão da QV. Deste modo, os idosos casados da nossa amostra consideraram ter uma maior capacidade de ter relações pessoais e íntimas que os idosos viúvos, solteiros e divorciados.

No que concerne às outras dimensões de Qualidade de Vida – *Funcionamento Sensorial* ($F(3; 77) = 0,473$; $p = 0,702$); *Autonomia* ($F(3; 77) = 0,359$; $p = 0,783$); *Actividades Passadas, Presentes e Futuras* ($F(3; 77) = 0,054$; $p = 0,983$); *Participação Social* ($F(3; 77) = 0,853$; $p=0,469$); e *Morte e Morrer* ($F(3; 77) = 0,512$; $p = 0,675$) - não obtivemos diferenças estatisticamente significativas. Contudo, os idosos solteiros obtiveram médias superiores na avaliação do funcionamento sensorial e no impacto da perda das habilidades sensoriais na qualidade vida ($M = 13,85$; $DP = 5,07$), bem como, evidenciaram uma maior participação em actividades do quotidiano, especialmente na comunidade ($M = 13,20$; $DP = 4,06$). Os idosos divorciados obtiveram médias superiores na *Autonomia* ($M = 15,00$; $DP = 0,00$); na preocupação da morte e medo de morrer ($M = 16,50$; $DP = 0,70$); e na satisfação sobre as conquistas na vida ($M = 13,50$; $DP = 3,53$). Os idosos divorciados também consideram ter um funcionamento cognitivo superior aos outros grupos.

Os idosos viúvos apresentaram médias inferiores nas seguintes dimensões de QV: *Funcionamento Sensorial* ($M = 12,37$; $DP = 5,13$); *Autonomia* ($M = 13,17$; $DP = 2,61$); *Actividades do Passado, Presente e Futuro* ($M = 13,13$; $DP = 2,337$). Na perspectiva dos idosos casados e viúvos a presença de depressão é superior que nos idosos solteiros e divorciados.

Um Ressaltamos ainda que são os idosos do género masculino, com elevado funcionamento cognitivo e com ausência de depressão que obtém pontuações mais elevadas nas dimensões de Qualidade de Vida - *Funcionamento Sensorial, Autonomia e Morte e Morrer*. Ou seja, consideram avaliar de forma mais positiva o seu funcionamento sensorial, evidenciaram tomar as suas próprias decisões bem como viver de forma autónoma sem ajuda de outrem, e mostraram uma maior preocupação com a morte e medo de morrer. Tal pode ser explicado pelo simples facto de a presença de saúde mental - Funcionamento Cognitivo e ausência de depressão - permitir fazer uma melhor avaliação do seu funcionamento sensorial e do seu modo de vida, o que poderá despertar no idoso o medo de morrer e de abdicar do que tem.

Também os idosos da 3ª idade e institucionalizados há mais de dois anos obtiveram resultados superiores nas dimensões de Qualidade de Vida - *Funcionamento Sensorial e Morte e Morrer*. Verificou-se anteriormente que os idosos da 3ª idade da nossa amostra apresentavam uma melhor QVG e um funcionamento cognitivo superior, assim podemos supor que estes idosos têm um medo de perder esta qualidade de vida e morrer.

Capítulo VII – Conclusão

Segundo Vaz (2009), nos últimos anos, devido à pressão demográfica, o número de idosos cresce em todos os países desenvolvidos, alcançando-se idades mais elevadas, com um maior nível de saúde e cultura. Deste modo, é fulcral identificar as condições que permitem envelhecer bem, com uma boa Qualidade de Vida (Tahan, 2009).

O estudo que desenvolvemos pretende contribuir para o esclarecimento de questões no contexto específico das instituições residenciais de idosos, uma vez que é uma opção cada vez mais frequente para as pessoas idosas, que permanecem nos lares durante períodos significativos das suas vidas. Assim, procurámos estudar a prevalência de depressão e a influência do funcionamento cognitivo na Qualidade de vida e nas suas dimensões, em idosos institucionalizados. Também procurámos analisar se o género, a idade, o estado civil e os anos de institucionalização se encontravam relacionadas com a Qualidade de Vida dos idosos, como seu funcionamento cognitivo e com o nível de depressão. De entre os vários factores implicados neste estudo, a Qualidade de Vida Global assume particular relevância, uma vez que, na literatura e também no nosso estudo, se verifica que os idosos com uma boa QVG são os idosos com bom funcionamento cognitivo, ausência de depressão (Gazalle et al., 2004 cit in Aguiar, 2007), idosos da 3ª idade (Fernández-Ballesteros, 1998; Martins, 2004), do género masculino (Fernández-Ballesteros, 1998; Martins, 2004; Paschoal, 2006 cit in Almeida, 2008), casados e divorciados (Martins, 2004); e com um tempo de institucionalização até 2 anos.

No estudo de Berlim (BASE, 2006) sugere-se que na 4ª idade: (1) começam a existir perdas consideráveis no potencial cognitivo; (2) redução das capacidades de aprendizagem; (3) o aumento de sintomas de stress crónico; (4) o predomínio de demências; e (5) os níveis elevados de fragilidade, disfuncionalidade e multimorbilidade (Mayer, Baltes, *et al.*, 1999). No nosso estudo, todos os idosos evidenciavam bom funcionamento cognitivo, independentemente do grupo etário a que pertenciam. Também verificámos uma diminuição do funcionamento cognitivo da 3ª para a 4ª idade, embora sem existência de défice.

Os resultados por nós encontrados permitem constatar a importância de cada uma das variáveis consideradas no estudo. No entanto, características como a história de vida, com uma diversidade de situações e vivências, distintas a nível familiar e social podem também interferir na Qualidade de Vida. Outros aspectos igualmente importantes referidos na literatura, a ser objecto de investigações futuras, são nomeadamente a saúde (Mateo, 1996 cit

in Moura, 2006; Almeida, 2008; Veras *et al.*, 1995 cit in Anderson, Assis, Pacheco, Silva, Menezes, Duarte, Storino, e Motta, 1998), o contexto ambiental (Martins, 2004), os traços de personalidade (Fernandes, 2002), e os hábitos de vida (Fernandes, 2002).

No presente estudo consideramos relevante mencionar a limitação relativa à utilização do instrumento de Qualidade de Vida para idosos - WHOQOL- OLD. Segundo a Organização Mundial de Saúde (2005), deve ser aplicado em conjunto com o WHOQOL- BREF. No entanto, para diminuir o tempo total de aplicação dos instrumentos, optámos pela sua não inclusão. Outra limitação prende-se com a desejabilidade social das respostas, ou seja, consiste no participante responder de acordo com o que se associa a uma maior aprovação social. Também o erro de tendência central foi verificado no questionário WHOQOL- OLD. Tendo em conta estas limitações importa relativizar os resultados obtidos na avaliação de Qualidade de Vida.

A investigação sobre condições que permitem uma boa Qualidade de Vida na velhice é de uma grande importância científica e social. Neste sentido, a pesquisa pode não só contribuir para a compreensão do envelhecimento e dos limites para o desenvolvimento humano, como também para a geração de alternativas válidas de intervenção, visando a Qualidade de Vida de pessoas idosas (Neri, 2003 cit in Tahan, 2009).

Esta linha de investigação torna-se um desafio para todos os que pretendem contribuir para um melhor conhecimento do envelhecimento com Qualidade de Vida. Assim consideramos importante para futuros estudos, uma amostra composta por mais sujeitos, bem como um acompanhamento ao longo do tempo dos idosos institucionalizados, ou seja, a realização de um estudo longitudinal.

Os principais contributos do presente estudo são, na nossa perspectiva, a contribuição para a literatura que diz respeito ao estudo da Qualidade de vida dos idosos institucionalizados em Portugal, o incentivar do aprofundamento deste tema noutros estudos e o permitir ainda o estudo da Qualidade de Vida numa população específica do Centro de Portugal.

Referências Bibliográficas

- Acção Social para Pessoas Idosas. (2009). Programa de Apoio Integrado a Idosos (PAII).
Acedido a 5 de Novembro de 2009, em:
http://www.portaldocidadao.pt/PORTAL/entidades/MTSS/DGSS/pt/SER_acciao+social+para+peessoas+idosas.htm
- Achenbaum, W.A. (2009). Perspective on Theories of Aging (Online) (pp 25-38). In: V. L, Bengtson., D, Gans., N.M, Putney, & M. Silverstein, *Handbook of Theories of Aging* (2ª Ed). New York: Springer.
- American Psychiatric Association. (2002). *DSM-IV-TR, Manual de diagnóstico e estatística das perturbações mentais*. 4ª Edição. Lisboa: Climepsi Editores.
- Anderson, M.I.P., Assis, M., Pacheco, L.C., Silva, E.A., Menezes, I.S., Duarte, T., Storino, F. & Motta, L. (1998). Saúde e Qualidade de Vida na Terceira Idade. *Textos sobre Envelhecimento*, Rio de Janeiro. 1, 1-44.
- Aguiar, C.C.T. (2007). *Análise da qualidade de vida, depressão e saúde oral em Pacientes diabéticos idosos*. (Dissertação de mestrado em Saúde Colectiva). Universidade de Fortaleza, Fortaleza.
- Almeida, A.J.P.S. (2008). *A Pessoa Idosa institucionalizada em Lares: Aspectos e contextos da Qualidade de Vida*. (Dissertação de Mestrado). Instituto de Ciências Biomédicas de Abel Salazar, Porto.
- Almeida, A.J.P.S. & Rodrigues, V.M.C.P. (2008). A Qualidade de Vida da pessoa idosa institucionalizada em lares. *Revista Latino-americana de Enfermagem*, 16 (6) 1025-1031.
- Aranibar, P. (2001). Acercamiento conceptual a la situación del adulto mayor en América Latina. *CEPAL – SERIE Población y Desarrollo*, 21, 1-70.
- Arroteia, J.C. & Cardoso, A.P.O. (2006). *O envelhecimento da população portuguesa: responsabilidade social e cidadania*. *Psychologica*, 42, 9-24.

- Assis, R.V. (2006). *Perspectiva da qualidade de vida de idosos institucionalizados e não institucionalizados*. (Dissertação de mestrado em fisioterapia). Faculdade Assis Gurgacz, Cascavel.
- Belsky, J. (2001). *Psicología del envejecimiento*. Madrid: Paraninfo-Thomson.
- Beltrami, D.M. & Lopes, M.I.S. (1997). Lazer Activo – Os Novos Velhos/Aposentados do Novo Século: Educação Social da Memória Corporal. *Revista Horizonte*, 17 (100), 12-16.
- Berlin Aging Study (BASE), acessido a 13 de Novembro de 2009, em: <http://www.base-berlin.mpg.de/Introduction.html>.
- Cardoso, A.P.P.O. & Costa, L.M.A.C. (2006). Velhice e Exclusão social: um estudo de convívio e apoio à terceira idade do Tortosendo. *Psychologica*, 42, 89 – 114.
- Castellon, A. (2003). *Calidad de vida en la atencion al mayor*. *Revista multidisciplinary de Gerontologia*, 13 (3), 188-192.
- Cunha, R.R.S. (2007). Musicoterapia na abordagem do portador de doença de Alzheimer. *Revista Científica/FAP*, 2(2) 1-15.
- Cheloni, C.L.P., Pinheiro, F.L.S., Filho, M.C. & Medeiros, A.L. (2003). Prevalência de depressão em idosos institucionalizados no município de Mossoró/RN segundo escala de depressão geriátrica (Yesavage). *Expressão, Mossoró*, 34 (1-2) 61-73.
- Costa, A. (2005a). *A depressão nos idosos Portugueses*. In Paúl, C., & Fonseca, A. M.,(coords.), (2005). *Envelhecer em Portugal: Psicologia, saúde e prestação de cuidados*. Lisboa: Climepsi Editores.
- Costa, A. (2005b). Cuidados de Enfermagem aos idosos. Percursos de formação de investigação. In Paúl, C., & Fonseca, A. M.,(coords.), *Envelhecer em Portugal: Psicologia, saúde e prestação de cuidados*. Lisboa: Climepsi Editores.
- Da Silva, J., Medeiros, B. & Saldanha, A.A.W. (2008). "Morte e Morrer" e qualidade de Vida: a influência da participação social da religiosidade na sobrevivência de pessoas acima de 50 anos HIV positivo. In: IX Congresso Virtual HIV/AIDS – A infecção e o Direito. Lisboa: AidsCongress, 2008. v. I

- David, M.A.P. (2008). *Qualidade de vida nos doentes com Narcolepsia*. (Dissertação de Mestrado em Medicina do Sono). Faculdade de Medicina de Lisboa, Lisboa.
- Direcção-geral de saúde. (2009). *Envelhecimento saudável. Programa nacional para a saúde das pessoas idosas*. Acedido a 23 de Outubro de 2009, em: <http://www.app.com.pt/wp-content/uploads/2009/01/envelhecimento-saudavel.pdf>
- Eurostat, (2009). *Total population*. Acedido em 5 de Outubro de 2009, em: <http://epp.eurostat.ec.europa.eu/portal/page/portal/eurostat/home/>
- Fernandes, P. (2002). *Depressão no idoso* (2ª Ed.). Coimbra: Quarteto Editora.
- Fernández-Ballesteros, R. (1998). Quality of life: the differential conditions. *Psychology in Spain*, 2(1), 57-65.
- Ferrari, J.F. & Dalacorte, R. (2007). Uso da Escala de Depressão Geriátrica de Yesavage para avaliar a prevalência de depressão em idosos hospitalizados. *Scientia Medica*, Porto Alegre. 17(1), 3-8.
- Ferraz, A.F. & Peixoto, M.R.B. (1997). Qualidade de vida na velhice: estudo em uma instituição pública de recreação para idosos. *Revista da Escola de Enfermagem USP*, 31(2), 316-38.
- Ferreira, J.L.S. (2006). *Educación na Terceira Idade: Estudio do Colectivo de Pessoas Maiores no contexto comunitário de Vila Nova de Gaia*. (Dissertação de Doutoramento). Faculdade de CC. Da Educación, Santiago de Compostela.
- Filho, J.R.P. & Dos Santos, F.H. (2009). *Défices cognitivos associados ao HIV: Experiências brasileiras*. In: I Congresso Luso-Brasileiro de Psicologia da Saúde. Anais do I Congresso Luso-Brasileiro de Psicologia da Saúde. Universidade do Algarve, Portugal.
- Fleck, M. (2000). O instrumento de avaliação de Qualidade de vida da Organização Mundial de Saúde (WHOQOL-100): características e perspectivas. *Ciência & Saúde Colectiva*, 5 (1), 33-38.
- Fleck, M.P.A., Chachamovich, E. & Trentini, C.M. (2003). Projecto WHOQOL-OLD: método e resultado de grupos focais no Brasil. *Revista de Saúde Pública*, 37 (6), 793-799.

- Fleck, M.P., Chachamovich, E. & Trentini, C. (2006). Development and validation of the Portuguese version of the WHOQOL-OLD module. *Revista de Saúde Pública*, 40 (5), 785-791
- Flusser, E. (2007). Música para idosos institucionalizados: percepção dos músicos atuantes. *Revista da Escola de Enfermagem USP*, 42 (1), 73-80.
- Fonseca, A.M. (2005a). A acção e o controlo pessoal sobre o desenvolvimento na idade adulta e velhice. In Fonseca, A.M. (2005). *Desenvolvimento humano e envelhecimento. Manuais Universitários*. Lisboa: Climepsi Editions.
- Fonseca, A.M. (2005b). *O envelhecimento Bem-Sucedido*. In Paúl, C. & Fonseca, A.M., (coords.). (2005). *Envelhecer em Portugal: Psicologia, saúde e prestação de cuidados*. Lisboa: Climepsi Editores.
- Fonseca, A.M. (2006). *O envelhecimento – Uma abordagem psicológica (2ª Ed.)*. Lisboa: Universidade Católica Editora.
- Fonseca, A.M., Paúl, C., Martin, I. & Amado, J. (2005). *Condição psicossocial de idosos rurais numa aldeia do interior de Portugal*. In Paúl, C. & Fonseca, A. M.,(coords.), *Envelhecer em Portugal: Psicologia, saúde e prestação de cuidados*. Lisboa: Climepsi Editores.
- Gameiro, S., Carona, C., Pereira, M., et al. (2008). Sintomatologia depressiva e qualidade de vida na população geral. *Psicologia da Saúde & Doenças*, 9(1), 103-112.
- Gazalle, F.K., Hallal, P.C. & Lima, M.C. (2004). Depressão na população idosa: os médicos estão investigando? *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 26 (3), 145-149.
- Gomez-Vela, M. & Sabeh, E. (n.d.). *Calidad de Vida. Evolución del concepto y su influencia en la investigación y la práctica*. Retirado dia 14 de Outubro de 2009 em: <http://www.fejidif.org/Herramientas/cd/herramientas%20de%20trabajo/Investigacion/General/CALIDAD%20DE%20VIDA.pdf>
- Guzmán, A.C. & Mariño, C.A. (2001). La calidad de vida en salud en el período Revolucionário. *Revista Cubana Salud Pública*, 27 (1), 45-9.

- Grupo de Coordenação do Plano de Auditoria Social., & CID., (2005). *Manual de boas práticas: um guia para o acolhimento residencial das pessoas mais velhas. Para dirigentes, profissionais, residentes e familiares*. Instituto de Segurança Social, Lisboa.
- Hoffmann-Horochovski, M.T. (2008). *Memórias de morte e outras memórias: Lembranças de velhos*. (Dissertação de Doutoramento em Sociologia) Universidade Federal do Paraná, Paraná.
- Instituto Nacional de Estatística. (2008). *Estimativas de População Residente, Portugal, NUTS II, NUTS III e Municípios*. Acedido em 26 de Setembro de 2009, em: http://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_destaques&DESTAQUESdestbou=56741344&DESTAQUESmodo=2.
- Instituto de Segurança Social, I.P. (n.d.). *Manual processos-chave: estruturas residenciais para idosos*. Acedido a 23 de Outubro de 2009, em: http://www1.seg-social.pt/preview_documentos.asp?r=21436&m=PDF.
- Jacob, L. (2002a). *Origem e desenvolvimento das IPSS*. Acedido dia 28 de Outubro de 2008 em: <http://www.socialgest.pt/cgi-bin/registos/scripts/redirect.cgi?redirect=EEVEEZAEEAIUyACVIn>
- Jacob, L. (2002b). *Serviços para idosos*. Acedido dia 28 de Outubro de 2008 em: <http://www.socialgest.pt/cgi-bin/registos/scripts/redirect.cgi?redirect=EEVELIFZVZYnTJExqh>
- Jacob, L. (2002c). *Ajudantes Sénior: Uma Hipótese de perfil profissional para as Ipss*. (Dissertação de mestrado em Políticas de desenvolvimento de Recursos Humanos). Instituto Superior de Ciências do Trabalho e da Empresa, Lisboa.
- Kielhofner, G. (1995). *A model of human occupation: Theory and application* (2nd Ed.). Baltimore, MD: Williams & Wilkins.
- Lopes, H.B., Ribeiro, J.L.P. & Leal, I.P. (1999). Estudos sobre qualidade de vida em mulheres submetidas a histerectomia ou anexectomia para tratamento de cancro do útero ou ovário. *Análise Psicológica*, 3 (17), 483-497.

- Marques, M.M. (n.d.). *Qualidade de vida em idosos: estudo comparativo entre sujeitos institucionalizados e não institucionalizados, e determinantes sócio demográficos*. (Projecto de investigação em Psicologia Clínica e da saúde, não publicado). Universidade da Beira Interior, Covilhã.
- Martins, A.C. (2008). *Indicadores da Qualidade de Vida nas Pessoas Utilizadoras de Cadeiras de Rodas: Uma análise exploratória dos hábitos de vida, características psicológicas, clínicas, sociodemográficas e relacionadas com tecnologias de apoio*. (Dissertação de doutoramento em Psicologia). Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade do Porto, Porto.
- Martins, R.M.L. (2004). *Qualidade de vida dos idosos da região de Viseu*. Dissertação de Doutoramento em desenvolvimento e intervenção psicológica). Universidade de Extremadura, Badajoz.
- Matsudo, M. (2001). Actividade Física e Envelhecimento: Aspectos Epidemiológicos: *Revista Brasileira de Medicina do Desporto*, 7 (1), 2-12.
- Mayer, K.U., Baltes, P.B., Baltes, M.M., Borchelt, M., Delius, J., Helmchen, H., Linden, M., Smith, J., Staudinger, U.M., Steinhagen-Thiessen, E. & Wagner, M. (1999). What do we know about old age and aging? Conclusions from the Berlin Aging Study. In Baltes, P.B. & Mayer K.U. (Eds.), *The Berlin Aging Study: Aging from 70 to 100* (pp. 475-519). New York: Cambridge University Press.
- Mazo, G.Z., Lopes, M.A. & Benedetti, T.B. (2001). *Actividade física e o idoso*. Porto Alegre: Editora Sulina.
- Mazzeo, R., Cavanagh, P., Evans, W., Fiatarone, M., Hagberg, J., McAuley, E. & Startzell, J. (1998). Exercise and Physical Activity for Older Adults. *Medicine & Science in Sports & Exercise*, 30(6), 1-25.
- Moura, C.M. (2006). *Envelhecimento, Aptidão Física e Qualidade de Vida. Diferenças entre idosos activos e não – activos da comunidade e utentes do Concelho de Santa Maria da Feira*. (Dissertação de Mestrado em Ciências do Desporto). Faculdade de Desporto da Universidade do Porto, Porto.

- Munk, M. & Laks, J. (2005). Depressão em idosos em um lar protegido ao longo de três anos. *Jornal Brasileiro Psiquiatria*, 54 (2), 98-100.
- Nitthila, E., Martikainen, P., Koskinen, S., Reunanen, A., Noro, A. & Hakkinen, U. (2008). Chronic conditions and the risk of long-term institutionalization among older people. *The European Journal of Public Health*, 77-84.
- Nunes, V. M. A. (2008). *Qualidade de vida na perspectiva de idosos institucionalizados no Município de Natal*. (Dissertação de mestrado em Enfermagem). Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Rio Grande do Norte.
- Oliveira, J. B. (2006). Espiritualidade, sabedoria e sentido da vida nos idosos. *Psychologica*, 42, 133 – 145.
- Organização Mundial de Saúde. (2005). *WHOQOL-OLD – Manual*. Retirado a 13 Outubro de 2009, em: <http://www.ufrgs.br/psiq/whoqol-old.html>.
- Paradela, E. M. P., Lourenço, R. A., & Veras, R. P. (2005). Validação da escala de depressão geriátrica em um ambulatório geral. *Revista saúde pública*. 39 (6) 918-923.
- Paúl, C. (2005). *A construção de um modelo de envelhecimento Humano*. In Paúl, C., & Fonseca, A, M., (coords.), *Envelhecer em Portugal: Psicologia, saúde e prestação de cuidados (pp.21-45)*. Lisboa: Climepsi Editores.
- Paúl, C., Fonseca, A.M., Martin, I., & Amado, J. (2005). Satisfação e Qualidade de vida em idosos Portugueses. In Paúl, C., & Fonseca, A, M., (coords.), *Envelhecer em Portugal: Psicologia, saúde e prestação de cuidados (pp.77-98)*. Lisboa: Climepsi Editores.
- Pavan, A. P. (2008). *Avaliação da Qualidade de Vida e tomada de decisão em idosos participantes de grupos socioterápicos da cidade de arroio do meio, RS/Brasil*. (Dissertação de Mestrado em Gerontologia Biomédica). Instituto de Geriatria e Gerontologia da Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, Porto Alegre.
- Pereira, R.J., et al. (2006). Contribuição dos domínios físicos, social, psicológico e ambiental para a qualidade de vida global de idosos. *Revista de Psiquiatria*, 28 (1), 27-38.

- Pereira, L.S.M., Britto, R.R., Pertence, A.E.M., Cavalcante, E.C. & Guerra, V.A. (2005). *Programa Melhoria da Qualidade de Vida dos Idosos Institucionalizados*. Anais do 8º Encontro de Extensão da UFMG Belo Horizonte, Brasil.
- Plati, M.C.F., Covre, P., Lukasova, K. & Macedo, E.C. (2006). Sintomas depressivos e desempenho cognitivo nos idosos: relações entre institucionalização e realização de atividades. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 28 (2), 118-21.
- Pinto, A.C. (2007). O teste SLUMS: Apresentação, tradução e normas de cotação. *Psicologia, Educação e Cultura*, 11 (2), 393-403.
- Provedor da Justiça. (1999). *Linha do idoso*. Acedido a dia 23 de Outubro de 2009, em: <http://www.provedor-jus.pt/idoso.htm>
- Ramos-Cerqueira, A.T.A. & Crepaldi, A.L. (2000). Qualidade de vida em doenças pulmonares crônicas: aspectos conceituais e metodológicos. *Jornal de Pneumologia*, 26 (4), 207-213.
- Reyes, C. (1998). Importancia de la Religión en los Ancianos. *Colombia Médica*, 29 (4), 155-157.
- Rodrigues, E.D.R. & Carvalho, M.C.A. (2008). O idoso e a aprendizagem musical: ilusão ou realidade? *IV Simpósio de Cognição e Artes Musicais*, 1-6.
- Rodrigues, C.F., Leal, I.P. (2004). *Limitações da qualidade de vida e depressão em pessoas idosa*. Actas do 5º Congresso Nacional de Psicologia da Saúde. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.
- Rodrigues, N.C. & Terra, N.L. (2006). *Gerontologia Social para Leigos* (Online) (pp. 33-42). Porto Alegre: Edipucrs.
- Rosa, M.J.V. (1996). *O envelhecimento da População Portuguesa*. Instituto de Ciências Sociais da Universidade de Lisboa, Lisboa.
- Rossetto, T.C.F.S. (2008). *Interface entre a musicoterapia e a terapia Ocupacional na estimulação da memória em um grupo de idosos*. (Monografia apresentada como requisito para obtenção do grau de Especialista em Musicoterapia). Universidade de Ribeirão Preto, Ribeirão Preto.

- Salvatti, A.T. (2005). *Estudo de caso: A Hidrocinesioterapia como melhora na sintomatologia dolorosa e Qualidade de Vida da paciente Fibromiálgica*. (Dissertação de mestrado em Fisioterapia). Faculdade Assis Gurgacz, Cascavel.
- Sanduvete, S. (2004). Calidad de vida en las personas mayores. *Apuntes de psicología*, 22 (4), 277-288.
- Santos, Z. & Marques, R. (1989). Aspectos da depressão na 3ª Idade. *Psiquiatria Clínica*, 10 (4), 271-275.
- Santos, L.D. & Martins, I. (2002). *A Qualidade de Vida Urbana: o caso da cidade do Porto*, Working Papers da FEP, Porto. Retirado a 28 de Setembro de 2009, em: <http://www.fep.up.pt/investigacao/workingpapers/wp116.pdf>.
- Santos, S.R., Santos, L.B.S., Fernandes, M.G.M. & Henriques, M.E.R.M. (2002). Qualidade de vida do idoso na comunidade: aplicação da Escala de Flanagan. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 10 (6), 757-764.
- Schaie, K.W. & Willis, S.L. (1996). *Adult Development and aging* (4ª Ed). New York: Harper Collins College Publishers.
- Schneider, R.H., Marcolin, D. & Dalacorte, R.R. (2008). Avaliação funcional de idosos. *Scientia Medica*, 18 (1),4-9.
- Segurança Social, retirado dia 6 de Outubro de 2009 em: <http://195.245.197.202/left.asp?01.03.01>.
- Silva, E. (1999). *Hidropsicomotricidade na terceira idade, Brincando para ser sério*. (Monografia apresentada para obtenção do título de Especialista em Actividades Aquáticas). Universidade do Estado de Santa Catarina, Florianópolis.
- Silva, A., Pais-Ribeiro, J., Cardos, H. & Ramo, H. (2003). Qualidade de vida e complicações crónicas da diabetes. *Análise Psicológica*, 2 (21), 185-194.
- Souza, C.M.S., & Leão, E. (2006). Terceira idade e música: perspectivas para uma educação musical. *XVI Congresso da Associação Nacional de Pesquisa e Pós-graduação em Música*, Brasília. 56-60.

- Sousa, L., Galante, H. & Figueiredo. (2003). Qualidade de vida e bem-estar dos idosos: um estudo exploratório na população portuguesa. *Revista Saúde Pública*, 37 (3), 364-371.
- Sousa, R.L., Medeiros, J.G.M., Moura, A.C.L., Souza, C.L.M. & Moreira, I.F. (2007). Validade e fidedignidade da Escala de Depressão Geriátrica na identificação de idosos deprimidos em um hospital geral. *Jornal Brasileiro Psiquiátrico*, 56 (2), 102-107.
- Stella, F., Gobbi, S., Corazza, D.I. & Costa, J.L.R. (2002). Depressão no Idoso: Diagnóstico, Tratamento e Benefícios da Atividade Física. *Motriz*, 8 (3), 91 - 98.
- Tahan, J. (2009). *Envelhecimento e Qualidade de Vida: significados para idosos participantes de Grupos de Promoção de Saúde no contexto da Estratégia Saúde da Família*. (Dissertação de mestrado em Medicina Social). Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, São Paulo.
- Tavares, L. (2007). *Estimulação em Idosos Institucionalizados: Efeitos da prática de Atividades Cognitivas e Atividades Físicas*. (Dissertação de mestrado em Psicologia). Universidade Federal de Santa Catarina, Santa Catarina.
- Tavares, A., Marques, L.M., Ferreira, L. & Firmino, H. (2000). Aspectos patoplásticos da depressão geriátrica. *Psiquiatria Clinica*, 21 (3) 237-242.
- Trentini, C.M. (2004). *Qualidade de Vida em Idosos*. (Dissertação de Doutorado em Psiquiatria). Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre.
- Vaz, F.S.A. (2009). *A Depressão no Idoso Institucionalizado: Estudo em Idosos Residentes nos Lares do Distrito de Bragança*. (Dissertação de mestrado em psicologia do Idoso). Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação, Porto.
- Vecchia, R.D., Ruiz, T., Bocchi, M.C.S. & Corrente, J.E. (2005). Qualidade de vida na terceira idade: um conceito subjetivo. *Revista Brasileira Epidemiol*, 8 (3), 246-252.
- Zanini, C.R.O. (2003). Envelhecimento saudável - o cantar e a gerontologia social. *Revista da Universidade Federal de Goiás*, 5,(2), 27-31.