



## Universidades Lusíada

Valério, Elisabete Cristina Marques

### **Estado mental e qualidade de vida nos idosos**

<http://hdl.handle.net/11067/2767>

#### **Metadados**

**Data de Publicação**

2012

**Resumo**

O presente trabalho teve por objectivo avaliar as relações entre o estado mental e a qualidade de vida em idosos institucionalizados versus não institucionalizados e verificar se os idosos institucionalizados têm ou não mais qualidade de vida e por conseguinte melhor estado mental. Todos os sujeitos foram submetidos ao protocolo constituído por o questionário sociodemográfico, o WHOQOL-Bref e o MMSE, individualmente e numa única sessão para cada sujeito. A amostra foi constituída por 100 sujei...

**Palavras Chave**

Psicologia, Psicologia clínica, Avaliação psicológica, Envelhecimento bem sucedido, Teste psicológico : Instrumento de Avaliação de Qualidade de Vida (WHOQOL-Bref), Teste psicológico : Mini Mental State Examination (MMSE), Gerontologia

**Tipo**

masterThesis

**Revisão de Pares**

Não

**Coleções**

[ULP-IPCE] Dissertações

Esta página foi gerada automaticamente em 2024-09-21T07:20:52Z com informação proveniente do Repositório

ESTADO MENTAL  
E QUALIDADE DE VIDA NOS IDOSOS

Dissertação  
para a obtenção  
do Grau de Mestre em:  
**Psicologia Clínica**



**ESTADO MENTAL  
E QUALIDADE DE VIDA NOS IDOSOS**

*Elisabete Cristina Marques Valério*

PORTO 2012



Instituto de Psicologia  
e Ciências da Educação  
Universidade Lusíada do Porto



*Elisabete Cristina Marques Valério*



Instituto de Psicologia  
e Ciências da Educação  
Universidade Lusíada do Porto

Dissertação  
para a obtenção  
do Grau de Mestre em:  
**Psicologia Clínica**



## **ESTADO MENTAL E QUALIDADE DE VIDA NOS IDOSOS**

*Elisabete Cristina Marques Valério*

**PORTO 2012**

**ORIENTAÇÃO:**  
Prof.<sup>a</sup> Doutora Joana Oliveira



**Instituto de Psicologia  
e Ciências da Educação**  
Universidade Lusíada do Porto



**PANTONE 151 C**

**C: 0**

**M: 48**

**Y: 95**

**K: 0**

*“Ser Psicólogo é uma imensa responsabilidade. É também uma notável dádiva pois recebemos o dom de usar a palavra, o olhar, as expressões, e até mesmo o silêncio. O dom de tirar lá de dentro o melhor que temos para cuidar, fortalecer, compreender, aliviar...”*

*Walmir Monteiro*

## ...Agradecimentos...

As minhas palavras de apreço, gratidão e o meu mais profundo reconhecimento são dedicados...

À minha orientadora, Professora Doutora Joana Oliveira, a quem estou profundamente grata pela sua dedicação, disponibilidade e simpatia com que sempre me recebeu, pelas suas sugestões, pelas palavras de apoio, paciência, cuidado e incentivo, nos momentos de fraqueza.

Aos idosos, que participaram activamente neste estudo, que tiveram sempre palavras sábias e um grande sorriso para me receber e sem os quais este estudo não poderia ter sido realizado.

À colega de mestrado, Alexandra que contribuiu com a sua boa-disposição e incentivo durante toda a investigação.

Todavia, este trabalho só foi possível dada a disponibilidade, incentivo, ajuda, encorajamento e apoio da minha querida família.

Ao meu namorado, companheiro de todos os momentos, pela sua paciência e carinho.

Aos meus pais, pelos ensinamentos de toda a vida, que me ensinaram a persistir sempre, mesmo nos momentos mais difíceis.

Às minhas irmãs pela sua amizade, apoio e encorajamento.

À minha sobrinha, pelas suas pertinentes questões e pela sua vaidade.

Agradeço aos colegas de trabalho, por todas as vezes em que me facilitaram os horários e pelo alento que me deram.

Por fim, agradeço a todos aqueles que me ajudaram neste meu percurso e que não foram referidos neste espaço.

A todos, mas a cada um de uma forma especial, **o meu sincero obrigado**, pois contribuíram para a realização deste projecto bem como para o meu desenvolvimento pessoal e profissional.

*" O valor das coisas não está no tempo que elas duram, mas na intensidade com que acontecem. Por isso existem momentos inesquecíveis, coisas inexplicáveis e pessoas incomparáveis" (Fernando Pessoa)*

# Índice

Agradecimentos .....	II
Índice .....	III
Resumo e palavras-chave .....	IV
Abstract and Key-words .....	VI
Lista de Siglas .....	VII
Índice de tabelas .....	VIII
Introdução .....	X

## PARTE I - Enquadramento Teórico

### Capítulo 1 - Envelhecimento humano: Características e desafios

1.1 Envelhecimento biológico

1.2 Envelhecimento Psicológico

1.3 Envelhecimento social

### Capítulo 2 - Qualidade de Vida

2.1 Origem

2.2 Delimitação Conceptual

### Capítulo 2 - Qualidade de Vida (continuação)

2.3 Qualidade de Vida e envelhecimento

2.4 Qualidade de Vida e modelos de envelhecimento

2.4.1 Envelhecimento activo

2.4.2 Envelhecimento bem-sucedido

2.5 Qualidade de vida relacionada com a saúde

### **Capítulo 3 - Estado Mental e envelhecimento**

3.1 Bem-estar psicológico e qualidade de vida

3.2 Saúde mental e envelhecimento activo

## **PARTE II - Estudo Empírico**

### **Capítulo 4 – Metodologia**

4.1 Objectivos e hipóteses de estudo

4.2 Caracterização da amostra

4.3 Instrumentos

4.4 Procedimentos

### **Capítulo 5 – Apresentação de Resultados**

### **Capítulo 6 – Discussão de Resultados**

### **Capítulo 7 - Limitações da investigação**



## 7.1 Propostas para futuras investigações

Bibliografia

### **PARTE III – Anexos**

Índice de anexos .....	
Protocolo de intervenção .....	90
Consentimento informado .....	91
Questionário sócio-demográfico .....	93
Whoqol-Bref .....	95
MMSE .....	98

## RESUMO

O presente trabalho teve por objectivo avaliar as relações entre o estado mental e a qualidade de vida em idosos institucionalizados versus não institucionalizados e verificar se os idosos institucionalizados têm ou não mais qualidade de vida e por conseguinte melhor estado mental.

Todos os sujeitos foram submetidos ao protocolo constituído por o questionário sociodemográfico, o WHOQOL-Bref e o MMSE, individualmente e numa única sessão para cada sujeito.

A amostra foi constituída por 100 sujeitos de ambos os sexos, idosos, dos quais 51 estão institucionalizados em centro de dia e 49 não estão agregados a qualquer instituição.

Conclui-se com este estudo que existem diferenças no estado mental em função da situação dos sujeitos institucionalizado/ não institucionalizado, foram realizados testes de U de Mann Whitney, obtiveram-se diferenças estatisticamente significativas nas dimensões atenção e cálculo e linguagem, sendo que os sujeitos não institucionalizados (atenção e cálculo 56,58 e linguagem 58,62) apresentam médias significativamente superiores aos sujeitos de centro de dia (atenção e cálculo 44.66 e linguagem 42.70); no que diz respeito á presença de diferenças na qualidade de vida em função da situação dos sujeitos face à institucionalização foram realizados testes de U de Mann Whitney, nos quais se obtiveram diferenças estatisticamente significativas nos domínios psicológico e meio ambiente, sendo que os sujeitos não institucionalizados (Domínio psicológico - 59.47 e no domínio meio ambiente - 59.35) apresentam médias significativamente superiores aos sujeitos de centro de dia (domínio psicológico - 41.88 e no domínio meio ambiente - 42.00). No que diz respeito a relação entre o estado mental e a qualidade de vida, através da correlação de Pearson, verificou-se que de facto sujeitos com qualidade de vida mais elevada têm associados com melhores níveis de estado mental.

**Palavras-chave:** Estado Mental; qualidade de vida e idosos.

## ABSTRACT

This study aimed to assess the relationship between mental state and quality of life in institutionalized elderly versus non-institutionalized and verify whether or not the institutionalized elderly have more quality of life and therefore better mental state.

All subjects underwent a protocol consisting of sociodemographic questionnaire, the WHOQOL-Bref and the MMSE, individually and in a single session for each subject.

The Sample was composed by 100 subjects of both sexes, the elderly, of which 51 are institutionalized in a day center and 49 are not attached to any institution.

We conclude from this study that differences in mental state to the situation of institutionalized individuals / non-institutionalized, tests were performed by Mann Whitney U, we obtained statistically significant differences in the dimensions of attention and calculation, and language, and non-institutionalized subjects (attention and calculation 56.58 58.62 and language) have significantly higher means for the subjects in day care (attention and calculation, and language 44.66 42.70) with respect to the presence of differences in quality of life in depending on the situation of the subjects given the institutionalization tests were performed by Mann Whitney U, where we obtained statistically significant differences in domains psychological and environment, and the subjects not institutionalized domain psychological - 59.47 and in the environment - 59.35) have averages significantly higher than the subject of day care (domain psychological and domain environment 41.88 - 42.00). As regards the relationship between the mental status and quality of life by Pearson correlation, it was found that in fact subject to higher quality of life have associated with better mental state.

**Keywords:** Mental State, quality of life and the elderly.

## **Lista de siglas**

APA	Associação Americana de Psiquiatria
AVD's	Actividades de vida diárias
INE	Instituto Nacional de Estatística
ONU	Organização das Nações Unidas
QVRS	Qualidade de Vida Relacionada com a Saúde
WHOQOL-BREF	World Health Organization Quality of Life - Bref
MEEM	Mini Exame do estado Mental
MMSE	Mini-mental State Examination

## Índice de Tabelas

Tabelas 1 e 2 .....	55
Tabelas 3 e 4 .....	56
Tabela 5 .....	57
Tabelas 6 e 7 .....	58
Tabela 8 .....	59
Tabela 9 .....	66
Tabelas 10, 11 e 12 .....	67
Tabelas 13, 14 e 15 .....	68
Tabelas 16 e 17 .....	69
Tabelas 18, 19 e 20 .....	70
Tabelas 21 e 22 .....	71
Tabela 23 .....	72
Tabela 24 .....	73

## **Introdução**

A presente investigação realizou-se no âmbito do mestrado em Psicologia Clínica, segundo ciclo de estudos de Bolonha.

O principal objectivo desta investigação consistiu em estudar as relações, caso existam entre o estado mental e a qualidade de vida em idosos, comparando idosos institucionalizados, em centro de dia, com idosos não institucionalizados.

A escolha do tema na área do envelhecimento adveio da necessidade de aprofundar conhecimentos e contribuir com algo novo em prol da melhoria da qualidade de vida desta população.

A saúde e doença desenrolam-se de acordo com as vivências e a história de vida de cada pessoa, o estado mental poderá depender vários factores é isso que se pretende aprofundar com este estudo.

A investigação foi levada a cabo no grande Porto, através do método de questionários, foi utilizado um questionário sociodemográfico, o exame do estado mental (MMSE) e o whoqol-bref, que que visa avaliar a qualidade de vida. A amostra desta investigação é composta por 100 sujeitos, com idades compreendidas entre os 52 e os 95 anos, dos quais 51 estão institucionalizados em Centro de dia e os restantes 49 não estão agregados a qualquer instituição.

Esta dissertação está dividida em duas partes, na primeira parte é feita a revisão bibliográfica na qual se delimitam os temas do envelhecimento, da qualidade de vida e do estado mental; e na segunda parte é demonstrado o estudo empírico, na qual se apresentam a amostra desta investigação e os resultados obtidos.

*A vida adulta  
é de todas as fases do ciclo de vida  
a mais longa  
e a que melhor  
mantém segredos na nossa  
sociedade  
e provavelmente  
na generalidade da história  
humana.*

(Levinson).

## **PARTE I**

---

### **Enquadramento Teórico**

## **Capítulo I**

### **Envelhecimento humano: Características e desafios**

Como seres humanos que somos, o envelhecimento faz parte do nosso ciclo de vida e da nossa participação gregária na família. Como técnicos de ciências humanas e da saúde, o envelhecimento torna-se um processo que é imperioso estudar e em relação ao qual é necessário tomar opções e implementar serviços, face às novas questões que se levantam.

Assim, uma das principais problemáticas associadas ao envelhecimento são os fenómenos associados à demografia, que assume hoje uma particular importância nos países desenvolvidos, essencialmente no que diz respeito às políticas económicas e sociais. Kofi Annan, Secretário-geral da ONU, ao inaugurar o Ano Internacional das Pessoas Idosas, a 1 de Outubro de 1998, afirmou que “estamos no meio de uma revolução silenciosa que transcende a demografia, com importantes repercussões económicas, sociais, culturais, psicológicas e espirituais”. O aumento da população idosa deve-se essencialmente a dois factores: esperança média de vida mais elevada e uma taxa de fecundidade mais baixa. Isto significa que o declínio da fecundidade provoca um envelhecimento na base e, conseqüentemente, um aumento da importância relativa aos idosos, invertendo desta forma, a pirâmide demográfica. Por outras pode-se, então, apresentar “dois tipos de envelhecimento: a partir da base da pirâmide, isto é, redução drástica de crianças e de jovens; a partir do topo, aumento da faixa etária dos jovens” (Oliveira, 2005).

O envelhecimento da população revela-se como uma tendência positiva que está intimamente ligada à maior eficiência das medidas preventivas em saúde, ao progresso da ciência no combate às doenças, a uma melhor intervenção no meio ambiente e,



sobretudo, à consciencialização progressiva de que somos os principais agentes da nossa própria saúde.

As investigações relativas ao fenómeno do “envelhecimento humano” assumem, presentemente, uma grande actualidade e pertinência devido sobretudo ao rápido aumento da designada terceira idade em todo o mundo, mas sobretudo nos países mais industrializados ou considerados de primeiro mundo.

O envelhecimento representa uma etapa do desenvolvimento individual, cujas características principais são a acentuada perda da capacidade de adaptação, ou seja proporciona maiores limites ao indivíduo e a diminuição das expectativas de vida mas isso não significa que o idoso tenha que se abster de tudo, seja trabalho, sexualidade, vida social ou lazer.

A adaptação perante uma fase nova da vida é, então, a maior dificuldade encontrada pelos idosos. Desta forma, a promoção e a manutenção de projectos de vida e a participação activa nos grupos sociais em que se está inserido pode ser um dos factores de enorme preponderância para o desenvolvimento de um processo de envelhecimento coerente e saudável.

Na perspectiva de Dias (2001), para se perceber o processo de envelhecimento é necessário desenvolver uma visão ampla “dos aspectos individuais e colectivos da vida, desde os factores genéticos, biológicos, físicos, químicos e nutricionais aos aspectos psicológicos, sociológicos, económicos, comportamentais, ambientais e, sobretudo, a Pessoa”.

Importa agora realçar a falsidade da crença de que no idoso ocorra num declínio geral da sua inteligência. No entanto, é verdade que à volta da sexta década de vida aparecem algumas modificações a nível de algumas funções psicológicas. De uma forma esquemática, podemos dizer que a velhice se caracteriza, a nível da actividade nervosa central, pela lentificação do processamento da informação, por uma redução ao nível da memória operativa e uma diminuição da capacidade de aprendizagem de

material verbal, as últimas duas dependendo em grande parte do grau de instrução e do desempenho intelectual habitual do indivíduo. Porém, algumas capacidades permanecem inalteradas, nomeadamente a competência linguística (a amplitude do vocabulário e as competências sintáctica e lexical), o conhecimento dos conceitos e da realidade que nos rodeia e a capacidade de abstracção e raciocínio lógico. A nível da actividade do córtex cerebral, estas modificações manifestam-se numa diminuição da actividade do lobo frontal perante novas informações e num aumento da actividade das áreas parietais, destinadas à elaboração superior das informações.

Assim, o envelhecimento é um fenómeno natural no processo de vida que é marcado por diversas alterações ao nível psicológico, social e fisiológico. É nesta altura que se inicia a diminuição da sensibilidade, da força muscular, da visão e da audição, alterações ao nível da tensão arterial, aumento do tempo de reacção às situações de perigo, o sedentarismo, a depressão, a demência, a diminuição da motivação e da cognição, entre outros. Estes factores vêm comprovar a importância do diagnóstico e da avaliação das patologias e alterações psicológicas, para que possamos reduzir ou eliminar as queixas e assim proporcionar ao idoso uma melhor qualidade de vida.

O Envelhecimento é um processo universal, inerente a todos os seres vivos. Com o declínio progressivo das capacidades físicas devido ao envelhecimento podem surgir consequências como: redução da capacidade de concentração e coordenação que, por sua vez, podem provocar processos de auto-desvalorização, diminuição da auto-estima, apatia, desmotivação, solidão e isolamento social.

As modificações fisiológicas do envelhecimento fazem-se de maneira progressiva e são irreversíveis. Ao contrário do processo de doença, o processo de envelhecimento é um fenómeno normal e natural. As alterações causadas pelo envelhecimento desenvolvem-se a um ritmo diferente de pessoa para pessoa e dependem de vários factores: factores intrínsecos (inerentes ao próprio indivíduo) e factores extrínsecos (inerentes ao meio ambiente).

Para o envelhecimento podem contribuir, segundo Purificação Fernandes (2000), duas grandes classes de factores: os factores pessoais que abrangem a idade, as perdas e a adaptação e, por outro lado, os factores situacionais que incluem aspectos sociodemográficos, socioeconómicos, ambiente e, para terminar, a institucionalização.

Em relação aos factores pessoais, a idade surge como uma “variável vazia, na medida em que é apenas um índice da passagem no tempo. Em si, a idade não produz mudanças, fenómeno este originado pela complexa interacção de factores de vária ordem: biológicos, psicológicos e sociais, não significando isto que a idade cronológica seja de todo inútil, enquanto variável explicativa do processo de envelhecimento” (Simões 1982). No que diz respeito a este factor, a idade não pode ser compreendida apenas tendo em conta o tempo de vida, ou seja, a idade apresentada no bilhete de identidade, pois esta tem que ser analisada sob outras perspectivas, tais como a idade cronológica, a idade biológica, a idade social e a idade psicológica.

Para Purificação Fernandes (2000), a idade cronológica é determinada pelo calendário, pelo passar do tempo. De acordo com Cavanaugh (1997) a idade cronológica é de veras importante pois constitui um método simples de calendarização dos acontecimentos da vida humana.

Enquanto que a idade biológica é definida como a posição actual do indivíduo no seu ciclo de vida e que pode não coincidir com a idade cronológica, a sua avaliação implica a observação das capacidades funcionais do organismo. Segundo Birren e Cunningham (1985 cit. por Fonseca, 2004) a idade biológica “refere-se ao funcionamento dos sistemas vitais do organismo humano e é especialmente importante para a consideração dos problemas de saúde que afectam os indivíduos, pois é verificável que a capacidade de auto-regulação do funcionamento desses sistemas diminui com o tempo”.

A idade social refere-se aos papéis e hábitos do indivíduo em relação com o seu grupo social já que pode avaliar-se através de padrões de comportamento como, por exemplo, o desempenho de funções sociais. Assim, a idade social “revela-se um índice importantíssimo para se compreender muitos dos papéis sociais que adoptámos, sendo

que tomamos decisões (casamos, temos filhos, reformámo-nos) baseados naquilo que julgamos ser a nossa idade sociocultural” (Fonseca, 2004).

Por último, a idade psicológica que diz respeito às capacidades do indivíduo se adaptar ao meio ambiente – inclui o uso de capacidades adaptativas como a aprendizagem, a motivação, a memória, etc. A “idade psicológica é influenciada pelos factores biológicos e sociais mas envolve capacidades como a inteligência, as habilidades, os sentimento e as emoções, para exercer controlo comportamental ou auto regulação” (Paúl, 1997). A “idade psicológica” refere-se às capacidades de natureza psicológicas que as pessoas utilizam para se adaptarem às mudanças de natureza ambiental, o que inclui sentimentos, cognições, motivações, memória, inteligência e outras competências que sustentam o controlo pessoal e a auto-estima” (Birren e Cunningham, 1985 cit. por Fonseca, 2004).

Assim, “o que estudamos no desenvolvimento durante a idade adulta e a velhice é o resultado dos processos que dependem do tempo – ou a idade -, não o resultado da idade em si mesma” (Cavanaugh, 1997).

O processo de envelhecimento envolve o acompanhamento de toda a vida humana, deterioração endógena e irreversível da estrutura e funcionalidade dos órgãos e dos tecidos, bem como o reconhecimento de contribuição de factores extrínsecos para o mesmo. Este é um fenómeno que não se consegue evitar, uma vez que é inerente à própria vida (Martins, 1999), e onde se observa um agravamento cada vez maior da vulnerabilidade face ao aparecimento de doenças (Rowe 1995, citado por Sousa e Figueiredo, 2003).

De acordo com a Organização Mundial de Saúde, a terceira idade tem inicio entre os 60 e os 65 anos, contudo a idade cronológica e biológica difere de indivíduo para indivíduo, logo não deve ser padronizada (Duarte et. al., 2005).

Segundo Oliveira (1999) o relevante na definição de idoso, tem a ver com o estado de saúde e não propriamente com a idade cronológica. Este divide o grupo etário dos idosos em três partes: os idosos jovens, entre os 65 anos até aos 75 ou 80 anos de idade; os idosos velhos, a partir dos 75 ou 80 anos até aos 90 anos e por ultimo os idosos muito velhos que se enquadram na faixa etária acima dos 90 anos. No entanto é importante referir que existem divergências quanto à delimitação do inicio do envelhecimento.

Têm sido apresentadas diversas propostas acerca da definição de envelhecimento apesar de todas as divergências existentes acerca deste assunto, no entanto parece existir consenso no que diz respeito à universalidade deste fenómeno. Assim, parece-nos pertinente descrever o envelhecimento na sua globalidade enquadrando as suas três vertentes: o envelhecimento biológico, o envelhecimento psicológico e o envelhecimento social, explicados em traços gerais, de seguida.

## **1.1. Envelhecimento biológico**

O envelhecimento biológico diz respeito às alterações nas estruturas e funções do corpo, o organismo pode vir a sofrer alterações biológicas, ou seja, alterações físicas (Rodrigues e Diogo, 2000, citados por Granja, 2006).

Este envelhecimento prevê inúmeras alterações nas funções orgânicas e mentais originadas pelos efeitos da idade avançada. O indivíduo perde a capacidade de manter o equilíbrio começando a verificar-se uma diminuição das funções fisiológicas (Straub, e tal., 2001 e Leite, 1990, citados por Teixeira, 2006). Assim sendo, em termos físicos, pode dizer-se que o envelhecimento é separado da doença, visto que existe uma relação entre o normal e o patológico, devido à existência de transformações nesta fase da vida, como por exemplo as rugas que não podem ser vistas como patológicas (Figueiredo, 2007).

Relativamente ao termo psicológico, o envelhecimento normal, encara o desenvolvimento do indivíduo dentro de papéis e expectativas específicas de cada idade para os quais está culturalmente determinado (Brink, 2001).

A evolução deste tipo de envelhecimento é variável, estando assim relacionado com o surgimento de incapacidades e de doenças, nomeadamente a demência senil (Pimentel, 2005).

De acordo com Lidz (1983), o envelhecimento é dividido em três fases sucessivas, podendo estas ser, ou não, progressivas: Fase do idoso, o indivíduo ainda se considera autónomo; Fase da senescência, o indivíduo começa a ter necessidade de procurar ajuda de outras pessoas; Fase da senilidade, o indivíduo é um ser completamente dependente de cuidados de toda a ordem.

Contudo é importante distinguir senescência de senilidade. No que diz respeito à senescência, esta é considerada um conjunto de alterações orgânicas, morfológicas e funcionais que ocorrem em consequência de um processo de envelhecimento; por fim, senilidade, é um conjunto de modificações determinadas pelas afecções que frequentemente acometem os indivíduos idosos (Filho, 1996).

## **1.2. Envelhecimento Psicológico**

O envelhecimento psicológico prevê de certa forma a diminuição das faculdades psíquicas e físicas do indivíduo, proporcionando-lhe um sentimento de desadaptação ao meio, afastamento, isolamento dos familiares e amigos dependência económica e física, sentimentos de solidão e de inutilidade (Mestre, 1999).

Para além das modificações perceptíveis no corpo, o envelhecimento proporciona ao ser humano uma série de transformações psíquicas que podem resultar na dificuldade de se adaptar a novos papéis; falta de motivação e dificuldade de planear o futuro; necessidade de trabalhar as perdas orgânicas, afectivas e sociais; dificuldade de se adaptar às mudanças rápidas, que podem ser dramáticas; alterações psíquicas que requerem tratamento especializado; baixa auto-imagem e auto-estima, (Zimerman, 2000).

No entanto, Pimentel (2005) considera que a inteligência e a capacidade de aprendizagem desde que exercitadas, podem progredir.

Deste modo, será importante referir que a hereditariedade e a história de vida de cada indivíduo são determinantes destas características. Todas aquelas pessoas que são mais saudáveis e que têm um pensamento mais positivo adaptam-se mais facilmente às transformações trazidas pelo envelhecimento (Zimerman, 2000).

Os factores psicológicos que a velhice engloba, são compostos por duas componentes situacionais: os papéis profissionais e as interacções sociais neste período de vida. No que respeita aos papéis profissionais, é a reforma a principal mudança partilhada pela maioria das pessoas que atingem a idade e que se vêem retirados da actividade profissional e colocados numa situação de reforma. A reforma arrasta



consigo uma alteração brusca de papéis profissionais formais, determinado o fim de estes para a maioria dos idosos (Mota, 1995).

Surge assim um processo de adaptação em que os indivíduos começam a envelhecer de forma consciente com o seu estilo de vida. Por vezes, existem pessoas que não conseguem encarar este processo de envelhecimento, acabando por entrar em situações de profundo desespero e insatisfação. À medida que o tempo vai avançando, os idosos vão percebendo que estão a perder capacidades, vendo-se privados em situações tais como a saúde, actividade profissional, com o meio social, com o cônjuge. Isto associa-se sem dúvida a um sentimento de perda de meios pessoais, para dar lugar ao stress de origem interna (angústia) e ao stress de origem externa (situações de mudança).

Todas estas circunstâncias anteriormente referidas causam no idoso vulnerabilidade e fragilidade psico-afectiva (Mota, 1995).

Assim sendo, o envelhecimento não deve ser encarado de modo negativo, uma vez que, a forma de se manifestar é diferente de indivíduo para indivíduo e poderá estar associado ao modo de como se encara essa mudança (Berger, 1995).

Dias Cordeiro (1987, citado por Mota, 1995) refere que o envelhecimento psicológico é considerado um processo complexo intimamente ligado aos factores pessoais, que provocam no indivíduo uma série de readaptações a diferentes níveis.

Oliveira (2005) refere que o envelhecimento psicológico dá mais importância ao estudo das crenças e expectativas da sociedade relacionadas com a terceira idade.

### **1.3. Envelhecimento social**

Ao lado de todas as alterações físicas e psicológicas ocorridas na terceira idade, estão as alterações associadas às transformações que dizem respeito aos papéis sociais, exigindo por parte do idoso adaptação a novas condições de vida (Figueiredo, 2007).

O envelhecimento social, de acordo com Fontaine (2000), diz respeito ao estatuto e hábitos da pessoa relativamente aos membros da sociedade.

Já para Lima e Viegas (1988, citados por Mota, 1995) a compreensão do conceito de envelhecimento enquanto fase do processo de desenvolvimento do ciclo vital, diz respeito a uma alteração e transformação que pode dar ou retirar prestígio aos indivíduos.

Este tipo de envelhecimento está relacionado com os papéis que são impostos pela sociedade, na qual o indivíduo está inserido Rossel, et.,al (2004), visto que o idoso é confrontado dia após dia atormentado com os fantasmas do envelhecimento, solidão, medo do desconhecido e morte (Duarte, 2002). Estes fantasmas surgem, por consequência das ideias que são erradas e pré-concebidas acerca da velhice. (Papalia e Olds, 2000).

No entanto, Costa (1998) cita que “por mais que o homem envelheça, por mais que a sociedade determine sua idade e classifique-o como velho, enquanto viver, ele não deixará de “ser” “existir” como pessoa e de ter direito a um espaço dentro da sociedade”.

Cavan e Vargas (1998, citados por Vieira, 2005) referem que a estabilidade social do idoso e o seu ajustar face ao ambiente depende de quatro factores: um bom contacto, não depreciando deste modo o idoso como alguém “acabado” e inútil”;

ocupação com significado, não ser encarado como incapacitado pela sociedade e ter alguma ocupação; ter segurança social, isto é, ter auxílios financeiros por parte do Estado, sendo indispensável para o seu equilíbrio e adaptação; por fim, um estado de saúde satisfatório, de forma global, quer físico ou mentalmente.

Neste âmbito de análise, é relevante referir que a velhice se denomina a partir da alteração e perda de papéis, tais como no estatuto profissional, e na mudança das relações familiares e redes sociais (Figueiredo, 2007).

## Capítulo II - Qualidade de Vida

### 2.1 Origem

O conceito de qualidade de vida foi descrito por volta do ano de 1964 nos Estados Unidos pelo seu então presidente, Lyndon Johnson, no entanto ele ao utilizar o termo qualidade de vida referia-se aos aspectos económicos “os objectivos não podem ser medidos através do balanço dos bancos. Eles só podem ser medidos através da qualidade de vida que proporcionam às pessoas.” Posteriormente, por volta da década de sessenta, o conceito aparece relacionado aos indicadores sociais, como a existência de saneamento ou a acesso aos cuidados de saúde. O conceito de qualidade de vida, evolui nas décadas seguintes para a conceptualização de bem-estar objectivo e social (Fernández-Mayoralas et al., 2007).

A partir dos anos oitenta, este conceito passou a ser multidimensional, a reflexão sobre a qualidade de vida levou a considerar que esta envolvia diferentes perspectivas (biológica, psicológica, cultural e económica). Por volta dos anos noventa conclui-se também que este conceito era subjectivo, pois, cada indivíduo avalia a sua qualidade de vida de forma pessoal, nas diferentes perspectivas e difere de pessoa para pessoa.

Segundo Neri (2000) a qualidade de vida no idoso, ganhou relevância nos últimos 30 anos, esta relevância deve-se ao facto do número de idosos e a sua longevidade estarem francamente em expansão, assim houve um aumento de investigadores nesta área e por conseguinte aumentaram as publicações.

A qualidade de vida em pessoas idosas tem sido sujeita a vários debates e discussões por causa da indefinição do termo, contudo é indispensável defini-lo para

que a sua avaliação seja possível. Até á actualidade, entendia-se o envelhecimento como um processo onde a deterioração orgânica do idoso tinha o papel primordial, inclusivamente ainda hoje são feitos estudos, onde é notória a confusão entre diminuição da qualidade de vida com diminuição cognitiva e grau de dependência.

Mariz (2003) reforça esta concepção quando afirma que, durante muito tempo, o envelhecimento foi considerado um fenómeno patológico, resultante do desgaste do organismo e da acumulação de sequelas de doenças e de acidentes da infância e da idade adulta. Assim sendo, *poderia alguém ter qualidade de vida?* A evolução da ciência permitiu a clarificação dos conceitos inerentes ao processo de envelhecimento e novas perspectivas, que ajudam a tornar mais perceptível o conceito de qualidade de vida. No entanto, este conceito é, ainda hoje, complexo e de difícil definição.

De acordo com Brown, Bowling e Flynn (2004) o conceito de qualidade de vida tem vindo a ser perspectivado sob duas dimensões: uma *macro*, social e objectiva; outra *micro*, individual e subjectiva. Assim, a qualidade de vida pode ser entendida como um conceito (Brown, Bowling & Flynn, 2004): *objectivo*, que inclui as condições de emprego, habitação, educação e circunstâncias ambientais; ou *subjectivo*, englobando as experiências de vida, valores, sensação de bem-estar, felicidade e satisfação de vida de cada indivíduo.

A Organização mundial de Saúde através do Grupo WHOQOL, citado por Fleck (2006, p. 5), definiu qualidade de vida como “a percepção do indivíduo de sua posição na vida no contexto da cultura e sistema de valores nos quais ele vive e em relação aos seus objectivos, expectativas, padrões e preocupações.”

Segundo Sousa *et al.* (2003, p. 365) citando Victor *et al.*, “a qualidade de vida inclui um alargado espectro de áreas da vida. Os modelos da qualidade de vida vão

desde a satisfação com a vida ou bem-estar social a modelos baseados em conceitos de independência, controle, competências sociais e cognitivas.”

Dada a complexidade inerente ao conceito de qualidade de vida, ainda não existe consenso relativamente às abordagens teóricas que procuram conceptualizar e avaliar a qualidade de vida na idade avançada. Enquanto conceito dinâmico e multidimensional, o termo *qualidade de vida* apresenta vários desafios relativamente à sua medição. Basta reflectir no facto de, na sua definição, se contemplar as experiências individuais, positivas e negativas que ao longo do tempo condicionam a própria percepção do indivíduo sobre o conceito (Brown, Bowling & Flynn, 2004).

Posto isto, pode constatar-se que o conceito de qualidade de vida é subjectivo, cultural e individual, onde também ele tem sido sujeito a alterações resultantes das modificações da sociedade, que hoje dá valor à noção de maiores ou menores recursos materiais, assim como ao valor do direito a “gozar a vida” (Sousa *et al.*, 2003). Estes valores eram impensáveis para a maioria dos idosos das anteriores gerações, assim como o são ainda hoje para determinadas sociedades onde faltam bens essenciais como água potável, alimentação, higiene e saúde.

A multiplicidade de perspectivas disciplinares sobre este conceito torna compreensível a inexistência de uma definição ou medida de avaliação consensual. Segundo Walker (2005), a própria possibilidade de um modelo teórico de qualidade de vida é discutível porque, na prática, ele teria de operacionalizar um constructo com diferentes níveis, capaz de englobar as múltiplas dimensões de cada pessoa.

Em suma e ressaltando os constrangimentos em definir este conceito, ter qualidade de vida não é apenas ter uma boa saúde física ou psicológica, mas é sentir-se bem consigo mesmo, com a sociedade e com o meio que o rodeia.

## 2.2 Delimitação conceptual

Foi nos anos 60, que surgiu o termo qualidade de vida, tendo como objectivo superar as limitações da concepção existente, na qual o bem-estar dizia respeito apenas a problemas económicos. A qualidade de vida da época vem definida com os valores que cada grupo social atribui à forma de viver. Assim sendo, uma constante evolução da sociedade também irá provocar uma evolução das variáveis que definem a qualidade de vida, dependendo sempre de aspectos económicos, culturais e sociais (Dasil, 2004).

Segundo Boer (2002), a qualidade de vida diz respeito ao bem-estar geral quotidiano das pessoas, podendo ser dividido em três componentes principais: saúde física, mental e social.

Outros autores definem qualidade de vida, como sendo o nível de satisfação com a vida, na qual depende o envolvimento de factores, como hábitos de vida, actividade física, percepção de bem-estar, condições físicas e ambientais, relacionamento familiar e amizade (Neri, 2001).

Já segundo Pimentel (2001), quando se fala em qualidade de vida, a saúde física é considerada fundamental. Contudo, os problemas físicos trazem consequências a nível psicológico (dificuldades de locomoção, traduzem-se na perda de autonomia e levam a situações de auto-estima).

O conceito de qualidade de vida é uma dimensão da vida humana, que todas as pessoas desejam, desde que nascem até à sua morte. É assim definida, como as

reações avaliativas de uma pessoa à sua vida, quer em termos de satisfação ou de efeito negativo (Weinberg e Gould, 2001).

A avaliação da qualidade de vida num idoso, compreende o adoptar de inúmeros critérios de natureza biológica, psicológica e sócio-cultural, uma vez que, vários elementos são apontados como os determinantes do bem-estar na terceira idade: longevidade, saúde biológica, saúde mental, satisfação, controlo cognitivo, competência social, produtividade, actividade, eficácia cognitiva, estatuto social, suporte económico, continuidade de papéis familiares, ocupacionais e continuidade de relações informais com os amigos (Pereira, 2002).

Pode dizer-se que o conceito de qualidade de vida está então relacionado com a auto-estima e bem-estar pessoal, abrangendo deste modo determinados aspectos como: o nível socioeconómico; o estado emocional; a capacidade funcional; a interacção social; a actividade intelectual; o auto cuidado; o suporte familiar; o estado de saúde; os valores culturais, éticos e a religiosidade; o estilo de vida; a satisfação com o emprego e/ou com actividades diárias e o ambiente em que se vive (Vecchia, et al 2005).

Deste modo, a qualidade de vida deve ser conceptualizada como uma construção multidimensional, que compreende dimensões subjectivas (percepção da pessoa) e objectivas (componentes externos observáveis) (McIntyre, Barroso e Lourenço, 2002).

De acordo com Ribeiro (1997), para se intervir na promoção da qualidade de vida temos de considerar alguns pressupostos subjacentes ao próprio conceito de qualidade de vida como sendo: A qualidade de vida não é ausência de doença; a qualidade de vida manifesta-se ao nível do bem-estar e da funcionalidade; a qualidade de vida define-se por uma configuração de bem-estar que é uma dimensão auto-



percebida; a qualidade de vida abrange aspectos físicos, mentais, sociais e ambientais; a qualidade de vida é um processo dinâmico.

Assim, este termo, é uma das dimensões da vida humana, em que a pessoa busca activamente uma vida saudável, desenvolvida à luz do bem-estar ou satisfação, reflectindo a função física, mental, intelectual de cada indivíduo, o que o habilita a participar nas actividades (Anderson e tal., 1998, citados por Henrique e Sá, 2007).

Qualidade de vida é assim um conceito multidimensional e extremamente complexo porque, como já foi referido anteriormente, inclui três dimensões: a física, a psicológica e a social. No entanto, Whoqol, inclui uma outra dimensão, a espiritual, isto é, a percepção da pessoa acerca do significado da vida, ou acerca das crenças pessoais que estruturam e qualificam a sua experiência existencial (Paschoal, 2000 citado por Paschoal, 2004).

Observa-se deste modo, uma enorme subjectividade e versatilidade do conceito, assim sendo, podemos definir que, ter qualidade de vida é garantir um agregado de condições, para que os indivíduos consigam desenvolver ao máximo as suas potencialidades, como viver, sentir, trabalhar e produzir (Santos et al., 2002).

Portanto, é toda esta realidade incontroversa de metamorfoses demográficas iniciadas no último século, que fazem constatar que a população está cada vez mais envelhecida, evidenciando-se assim, a importância de garantir aos idosos não só uma sobrevivência maior, mas também uma boa qualidade de vida (Vecchia et al 2005).

A definição do conceito de qualidade de vida, varia de autor para autor, uma vez que é bastante subjectivo, sendo por vezes dependente do nível sociocultural, da faixa etária e das aspirações pessoais do indivíduo. Muitos dos instrumentos utilizados para

análise da qualidade de vida de um modo geral não se adaptam aos idosos, ou porque têm uma abordagem unidimensional ou porque os próprios idosos se denominaram com boa qualidade de vida, sem dar seguimento à interpretação dos instrumentos mencionados, no entanto, se dessem seguimento a esses instrumentos talvez não tivessem o que se entende por boa qualidade de vida (ibidem).

De acordo com a variabilidade e subjectividade do conceito de qualidade de vida, tem-se uma determinada intenção, a de se orientar políticas para um envelhecimento bem sucedido, uma vez que, é indispensável reconhecer o que, para a maioria dos idosos, está relacionado ao bem-estar, à felicidade, à realização pessoal, ou seja, à qualidade de vida nessa faixa etária (ibidem)

A qualidade de vida tem sido preocupação constante do ser humano, desde o início de sua existência, constituindo actualmente um compromisso pessoal, a busca contínua de uma vida saudável, desenvolvida à luz de um bem-estar indissociável das condições do modo de viver (Santos et al., 2002).

A qualidade de vida boa ou excelente é aquela toda aquela que fornece um mínimo de condições para que os indivíduos possam desenvolver o máximo das suas potencialidades. Por outro lado, muitas associam a qualidade de vida à saúde, que resulta das condições de vida biológica, social e cultural (ibidem).

Fazer uma avaliação da qualidade de vida do idoso implica uma adopção de múltiplos critérios de natureza biológica, psicológica, uma vez que, são elementos apontados como determinantes ou indicadores de bem-estar na velhice, isto é, longevidade, saúde biológica, saúde mental, satisfação, controlo cognitivo, competência social, produtividade, actividade, eficácia cognitiva, estatuto social, renda, papéis familiares, ocupacionais e relações informais com amigos (ibidem).

Deste modo, avaliar as condições de vida do idoso reveste-se de grande importância científica e social por permitir a implementação de alternativas válidas de

intervenção, tanto em programas gerontogerítricos, como em políticas sociais, com a intenção de promover o bem-estar das pessoas (ibidem).

### 2.3 Qualidade de Vida relacionada com a Saúde

O aparecimento de um novo termo “qualidade de vida relacionada à saúde” (QVRS) derivou, em grande parte, da redefinição de saúde dada pela OMS em 1948: “um estado de completo bem-estar físico, mental e social e não meramente a ausência de doença ou enfermidade”.

Assim sendo, as avaliações de QVRS medem o grau de limitação e desconforto que a doença e/ou seu tratamento causam na saúde física, funcional, mental e social do indivíduo (Testa & Simonson, 1996). De acordo com as razões para se avaliar a QVRS evidenciam-se: a importância de se medir o impacto de doenças crônicas sobre os indivíduos; a necessidade de se criar critérios mais subjectivos para medir a diferença de resultados entre pacientes com gravidades clínicas semelhantes; monitorizar o atendimento à saúde de uma população; diagnosticar a natureza, gravidade e prognóstico das doenças; avaliar os efeitos dos tratamentos; avaliar os efeitos das políticas de saúde e políticas sociais e alocar recursos de acordo com as necessidades (Guyatt et al., 1993; Mendonça & Marques Neto, 2003).

Foram surgindo desenvolvimentos no campo dos resultados da investigação em saúde que, estimularam o interesse na avaliação da qualidade de vida. Deve salientar-se que, no âmbito de estudos clínicos, os técnicos de saúde estão mais interessados na relação entre saúde, sintomas, doença e o seu tratamento por um lado, e qualidade de vida por outro, usando assim um conceito mais rigoroso que deixa de parte aspectos como felicidade, padrão de vida ou ambiente. Este conceito, habitualmente é referenciado como Qualidade de Vida Relacionada com a Saúde. Neste contexto, qualidade de vida, reporta-se aos problemas relacionados com a saúde, compreendendo o impacto da doença e tratamento no funcionamento, crenças de saúde e bem-estar subjectivo (Ribeiro, 1994a; Snoek, 2000). QVRS é, assim, definida como o “... *valor*

*atribuído à duração da vida que se altera pela deficiência, o estado funcional, a percepção e as oportunidades sociais devidas a uma doença, um acidente, um tratamento ou uma decisão política” (Lopez et al,1996a).*

É um marcante resultado em saúde e representa a meta última de todas as intervenções, sendo que a sua avaliação só é possível tendo em conta a percepção do próprio doente e servirá como fonte complementar na abordagem diagnóstica e terapêutica do doente. Testa e Simonson (1996) refere, que o termo QVRS diz respeito aos domínios físico, psicológico e social de saúde, vistos como áreas distintas que são influenciadas pelas experiências, crenças, expectativas e percepções individuais, e colectivamente são referidas como “percepção de saúde”.

É claramente reconhecido que a carga a nível individual de ter uma doença não é completamente descrita pelas habituais medidas de estado da doença, como por exemplo, a extensão do enfarte, tamanho do tumor ou volume expiratório; os factores psicológicos como dor, apreensão, restrição da mobilidade e funcionalidade, dificuldades de cumprir globalmente responsabilidades pessoais e familiares, sobrecarga financeira, entre outros aspectos, devem ser também considerados e é esta área que é denominada como QVRS. Move-se por trás das manifestações da doença, estudando os vários efeitos que a doença e o seu tratamento têm na vida diária e a satisfação com a mesma (Muldoon *et al*, 1998).

Assim, a qualidade de vida, em geral, é influenciada por muitos outros factores, para além da saúde de cada um, como uma larga variedade de condições que podem afectar a percepção de um indivíduo, sentimentos e comportamentos relacionados com o funcionamento do dia-a-dia. Começou a ser conhecida e estudada no âmbito da Sociologia, nos anos 60, e a QVRS constitui uma aplicação desta noção aos aspectos relacionados com a saúde (Ribeiro, 1997). No entanto, para maior brevidade, usa-se nos

estudos de investigação em saúde o termo qualidade de vida para referir o estado de saúde percebido como uma ampla variedade de experiências subjectivas relacionadas com a saúde (Guyat *et al*, 1990), o qual passará a adoptar-se.

## **2.4 Qualidade de Vida e Envelhecimento**

Como já referido anteriormente, de acordo com o campo biológico, o processo de envelhecimento compreende transformações no organismo que sucedem após maturação sexual e que implicam a diminuição progressiva da probabilidade de sobrevivência. Todos estes processos são resultado da interacção, uma vez que, se iniciam em épocas diferentes e com ritmos distintos, apresentado deste modo, resultados diversos para diferentes partes e funções do organismo (Neri, 2001).

O envelhecimento é um fenómeno biológico, psicológico e social que atinge o ser humano na plenitude da sua existência, modifica a sua relação com o tempo, pois o idoso tem tendência a pensar persistentemente e prever a sua morte, provoca alterações no seu modo de se ver e no seu relacionamento com o mundo. O Envelhecimento é um processo universal, inerente a todos os seres vivos (Aiken, 1995) É nesta altura, que os idosos tendem a fazer um balanço da sua existência e da sua vida. Durante esse balanço podem surgir fragilidades, memórias, momentos que ficaram em suspenso, saudades e nostalgia.

Por outro lado, a falta de suporte social, a quebra e/ou o afastamento nas relações (com familiares e amigos), a perda de capacidades físicas e cognitivas podem gerar muitas dificuldades e problemas.

Tanto o desenvolvimento como o envelhecimento, são reconhecidos pela psicologia como factos correspondentes, visto que, tanto um como outro são decursos adaptativos presentes ao longo de toda uma vida, em que há oposição entre ganhos e perdas (Conte e Lopes, 2005).

De acordo com Castellón, (2003) os indicadores de “qualidade de vida” associados ao envelhecimento são: a autonomia, a actividade, os recursos económicos, a saúde, a habitação, a intimidade, a segurança, a pertença a uma comunidade.

Um bom envelhecimento, é inseparável do desenvolvimento do potencial humano que existe em cada um de nós, o que obriga como condição preliminar a satisfazer as necessidades humanas básicas como amar e ser amado, comunicar, estar em relação com os outros, ser reconhecido, são substanciais ao reforço do sentido de identidade fragilizado, por vezes, não só com o avanço da idade, mas também com o esforço necessário à gestão no dia-a-dia de imagens contraditórias. Assim sendo, todas as relações de proximidade, familiares e outras, bem como, o desempenho de papéis sociais, cultural e economicamente úteis, constituem um eixo para uma maior integração das pessoas idosas na comunidade.

Torna-se indispensável, a intervenção na promoção da qualidade de vida das pessoas idosas, em particular no que refere a examinar todos os seus pontos fortes e fazer frente aos mesmos, tentando sempre que a satisfação na vida do idoso seja uma realidade, para que ele se consciencialize da sua existência e importância e para que invista em si mesmo como fonte de satisfação em relação com a sociedade, desenvolvendo e valorizando a sua história (Rodrigues, 2004)..

A área de investigação da qualidade de vida em idosos, não está muito instigada, na medida em que grande parte dos estudos realizados até então, são na sua grande maioria associados a doenças específicas como alzheimer, o parkinson, sintomatologia depressiva mas não em relação ao estado mental em geral. De qualquer forma, quando investigada a qualidade de vida e o alzheimer as funções cognitivas dos sujeitos e a sua capacidade de executar tarefas diárias são sempre afectadas, conforme refere Wlodarczyk (2003).

Relativamente á avaliação da qualidade de vida em idosos (WHOQOL-OLD) pacientes com doença de Parkinson: a influência do sono e sintomas depressivos,



Regina Margis et al (2009) concluíram que a severidade da doença de Parkinson e os sintomas depressivos podem comprometer negativamente a qualidade de vida.

No que diz respeito à sintomatologia depressiva em relação à qualidade de vida, o estudo refere-se à população em geral, não aos idosos, no entanto as conclusões de Gameiro et al (2008) foram que existe de facto impacto negativo da sintomatologia depressiva na qualidade de vida dos sujeitos.

## 2.5 Qualidade de Vida e Modelos de Envelhecimento

### 2.5.1 Envelhecimento Activo

Segundo a ONU (Organização das Nações Unidas) (WHO, 2002), o envelhecimento activo é uma terminologia indicada para as políticas públicas relacionadas com o envelhecimento. Ela vem estabelecer a optimização das oportunidades de saúde a fim de aumentar a qualidade de vida, conforme as pessoas envelhecem. Envelhecer, portanto, é um processo natural, todavia, isso não supõe que o idoso esteja determinado à ausência de saúde ou à falta de acesso aos meios necessários que possibilitem o usufruto de qualidade de vida. No entanto, este conceito deve ser compreendido no contexto da cultura e do género.

A palavra “activo” refere-se à participação contínua nas questões sociais, económicas, culturais, espirituais e civis, e não somente à capacidade de estar fisicamente activo ou de fazer parte da força de trabalho (WHO, 2002). Os idosos têm de continuar a assumir os diversos papéis que desempenharam até então na sociedade para que se mantenham activos e se sintam uteis.

A concepção do envelhecimento activo introduzido pela Organização Mundial de Saúde definido como “ *o processo pela qual se optimizam as oportunidades de bem-estar físico, social e mental durante toda a vida com o objectivo de aumentar a esperança de vida saudável, a produtividade e a qualidade de vida na velhice*” (WHO, 2002)

Fernández-Ballesteros (2002), refere que activo é um conceito inovador que reflecte a importância que os factores psicológicos e psicossociais assumem na

promoção da adaptação face ao envelhecimento, já que os estilos de vida e a auto-eficácia, entre outros factores, podem influenciar e determinar um maior bem-estar.

O termo “saúde” refere-se ao bem-estar físico, mental e social, como definido pela Organização Mundial da Saúde. Por isso, num projecto de envelhecimento activo, as políticas e programas que promovem saúde mental e relações sociais são tão importantes quanto aquelas que melhoram as condições físicas de saúde. Manter a autonomia e independência durante o processo de envelhecimento é uma meta fundamental para indivíduos. Além disto, o envelhecimento ocorre dentro de um contexto que envolve outras pessoas – amigos, colegas de trabalho, vizinhos e membros da família. Esta é a razão pela qual a interdependência e a solidariedade entre gerações são princípios relevantes para o envelhecimento activo. A criança de ontem é o adulto de hoje e o idoso de amanhã. A qualidade de vida que as pessoas terão quando idosas depende não só dos riscos e oportunidades que experimentarem durante a vida, mas também da maneira como as gerações posteriores irão oferecer ajuda e apoio mútuos, quando necessário.

O termo “envelhecimento activo” foi adoptado pela Organização Mundial da Saúde no final dos anos 90. Procura transmitir uma mensagem mais abrangente do que “envelhecimento saudável”, e reconhecer, além dos cuidados com a saúde, outros factores que afectam o modo como os indivíduos e as populações envelhecem (Kalache e Kickbusch, 1997). A abordagem do envelhecimento activo baseia-se no reconhecimento dos direitos humanos das pessoas mais velhas e nos princípios de independência, participação, dignidade, assistência e auto-realização estabelecidos pela Organização das Nações Unidas. Assim, o planeamento estratégico deixa de ter um enfoque baseado nas necessidades (que considera as pessoas mais velhas como alvos passivos) e passa ter uma abordagem baseada em direitos, o que permite o reconhecimento dos direitos dos mais velhos à igualdade de oportunidades e tratamento em todos os aspectos da vida à medida que envelhecem. Essa abordagem apoia a responsabilidade dos mais velhos no exercício de sua participação nos processos políticos e em outros aspectos da vida em comunidade.

De acordo com um artigo elaborado por Ana Catarina Meireles, no âmbito da comemoração do Dia Internacional do Idoso (2008), *“o investimento individual da pessoa idosa (e respectivas famílias), carece obviamente de políticas e infraestruturas comunitárias. Em vários países da Europa (Espanha, Holanda, Reino Unido, Suécia, entre outros) estas orientações têm sido implementadas, com particular relevo de programas de natureza inter-geracional. Também em Portugal é defendida a importância destas iniciativas, sendo que as escolas têm um papel importante a este nível. Há investigadores nacionais que defendem até a necessidade de “educar para a velhice” desde as idades mais precoces. Com efeito, na abordagem da terceira idade, o encontro e convivência das várias gerações através de eventos comemorativos de datas especiais, envolvimento no processo de pesquisa sobre as tradições, costumes, depoimentos de memórias, transmissão de conhecimentos práticos (gastronomia, artesanato, profissões em vias de extinção, saberes agrícolas...).*

*Acima de tudo, há que assumir e transmitir que a pessoa idosa tem uma vida de trabalho, experiência e sabedoria, que não pode ser negligenciado e desperdiçado, em benefício da própria sociedade. Por outro lado, educam-se os mais jovens para os afectos e valores de respeito, dignidade, solidariedade e responsabilidade para com os mais vulneráveis. Um dia, também eles serão pessoas idosas – necessariamente diferentes – mas sempre iguais no valor de pessoa humana.”*

### **2.5.2. Envelhecimento Bem-Sucedido**

O conceito de envelhecimento bem-sucedido surgiu na Gerontologia em 1960, associado a uma importante mudança ideológica, que consistiu em considerar que a velhice e o envelhecimento não são sinónimos de perda, doença, inactividade e algo contrário ao desenvolvimento. O envelhecimento bem-sucedido seria um modelo que pretendia um equilíbrio entre a capacidade da pessoa idosa e as exigências do ambiente (Fonseca, 2005a). O essencial contributo para a afirmação deste conceito foi um estudo realizado pela Fundação MacArthur, lançado em 1984, numa tentativa de ultrapassar a visão do envelhecimento centrado na doença e na incapacidade (Fonseca, 2005b).

Fonseca (2005), refere que o conceito de “envelhecimento positivo”, “envelhecimento com sucesso”, ou ainda “envelhecimento bem-sucedido”, surgiu nos anos 60 e definia, tanto um mecanismo de adaptação às condições específicas da velhice, como uma procura de equilíbrio entre as capacidades do indivíduo e as exigências do ambiente. De acordo com Correia (2003), o envelhecimento bem-sucedido tem sido alvo de vários estudos de investigação nos EUA, apoiados pela “McArthur Foundation Research Network On Successful Aging”.

Envelhecimento bem-sucedido é um tema amplamente difundido entre os meios de comunicação, serviços, pesquisas e textos que instruem leis e políticas públicas no campo da Gerontologia. Nessa área, admite-se que o tempo cronológico deve ser acrescido de vida activa, necessidade identificada como produto de esforços agenciados nos últimos anos, em grande medida, relacionados ao incremento da produção em ciência, tecnologia e práticas de atenção à saúde dos idosos. É desejável que o envelhecimento ocorra com qualidade e manutenção da autonomia dos indivíduos,

tentando preservar a oportunidade de os mais velhos continuarem a participar da sociedade, e minimizar as possibilidades de exclusão social (Teixeira, Neri, 2008; Lima, 2005, 2003; Holstein, Minkler, 2003; Kahn, 2003; Paschoal, 2002).

O envelhecimento bem sucedido é influenciado pelas oportunidades educacionais e sociais, pela saúde física mental e pelo estilo de vida, variáveis que exercem papel importante na determinação e no ritmo de envelhecimento. As capacidades intelectuais básicas podem manter-se desde que as condições biológicas e intelectuais permaneçam.

As especialidades cognitivas no domínio profissional, da vida diária e da sabedoria em relação às questões existenciais crescem. A personalidade conserva a sua estrutura e os seus mecanismos de auto-regulação na velhice e são mantidos desde que a integridade do organismo e a interação social estejam presentes (Neri, 2001).

Um envelhecimento bem-sucedido, segundo Rowe e Kahn (1998), citados por Fonseca (2005), caracteriza-se por evitar doenças, especialmente daquelas que se repercutem negativamente na autonomia da pessoa, por um alto nível de funcionamento físico e cognitivo, bem como pelo empenhamento activo face à vida. O envelhecimento bem sucedido inclui variáveis psicológicas, dimensões como a saúde, a alimentação, o exercício físico, as relações sociais e os hábitos de vida de entre outros.

Rowe e Kahn (1998), citados por Fonseca (2005), defendem que “o envelhecimento bem-sucedido não deve ser uma tentativa de “imitação da juventude”, adquirindo antes uma especificidade que lhe seja própria, não necessitando de pedir

emprestadas configurações normalmente associadas ao sucesso noutras fases do ciclo de vida”.

Um compromisso activo com a vida, para ser mantido é necessários dar seguimento às relações com os outros e à realização de actividades produtivas (Rowe e Kahn, 1998).

De acordo com Rowe e Kahn (1998) actividades produtivas são todas aquelas que, remuneradas ou não, originarão bens ou serviços de valor, contrariando assim todos aqueles que, quando pensam em ser produtivos, pensam em actividades geradoras de dinheiro.

Um baixo risco de doença e de incapacidade funcional é fundamental ao longo de toda a vida, no entanto sabe-se que alguns riscos se alteram com a idade. A prevenção dos riscos é determinante para um envelhecimento bem-sucedido. A sua prevenção passa pela adopção de estilos de vida saudáveis, como a manutenção da capacidade cognitiva que passa pelo uso contínuo da mente e pela manutenção de actividades com complexidade cognitiva. Mas acima de tudo, a realização do exercício físico assume uma grande importância para um envelhecimento bem-sucedido. Os meios apropriados para se praticar exercício físico variam com a idade, no entanto, este é vital para o bem-estar físico e conseqüentemente para a *manutenção da função cognitiva*. (Rowe & Kahn, 1998).

Sabe-se hoje que, quem tiver hábitos de vida saudáveis, estes serão os alicerces para um envelhecimento bem-sucedido, ou seja, um envelhecimento com boa qualidade de vida, em termos de noção de saúde. Por vezes, um envelhecimento bem-sucedido, não é percebido pelo idoso com um nível elevado de qualidade de vida, devido aos outros domínios que englobam a noção de qualidade de vida.

O envelhecimento bem-sucedido aproxima-se de um princípio organizacional para o alcance de metas, que ultrapassa a objectividade da saúde física, expandindo-se em um *continuum* multidimensional. Fonseca (2005a) vem considerar que as teorias de envelhecimento bem-sucedido perspectivam a pessoa idosa como proactiva, definindo os seus objectivos e dispondo de recursos que lhe permitam adaptar-se às mudanças decorrentes da idade. Portanto, não há um único modo de envelhecer com sucesso, mas existem caminhos divergentes e formas diferentes de os percorrer, podendo as pessoas opostas alcançar a mesma satisfação de vida e um sucesso idêntico (Fonseca, 2005a).



## Capítulo III - Estado Mental e Envelhecimento

### 3.1. Bem-estar psicológico e Qualidade de Vida

A população idosa, em especial, é bastante afectada por doenças do foro mental, e por isso, esta área da saúde merece uma maior atenção por parte dos agentes sociais, profissionais da área da saúde e dos próprios governantes (Benedetti, Borges, Petroski e Gonçalves, 2007 e Almeida, 1999). Dos diversos transtornos mentais, os que mais afectam a população idosa são a Demência e a Depressão, sobretudo porque levam à perda da independência e quase inevitavelmente, da autonomia do idoso (Benedetti et. al., 2007 e Almeida, 1999). Estudos indicam que 20% dos indivíduos com mais de 65 anos de idade, no mundo, sofrem de alguma doença mental (Converso e Iartelli, 2007 e Benedetti et. al., 2007). Deste grupo, a doença que mais se destaca é o Alzheimer que atinge cerca de 50% a 60% destes indivíduos (Converso e Iartelli, 2007).

À medida que o processo de senescência vai ocorrendo, as funções que permitem ao indivíduo ser autónomo deterioram-se (Converso e Iartelli, 2007). É, sobretudo, o sistema nervoso central o mais afectado tanto por factores intrínsecos (genéticos), como por factores extrínsecos (radicais livres, meio ambiente) (Converso e Iartelli, 2007 e Rocha e Duarte). Devido a esta diminuição das diversas capacidades intelectuais e cognitivas, torna-se bastante difícil para estes indivíduos viverem sem a ajuda de terceiros e é aqui que surgem todos os problemas relacionados com o seu bem-estar psicológico e com a sua qualidade de vida (Converso e Iartelli, 2007 e António, 2001).

Para os indivíduos que sofrem de doenças mentais, manter uma qualidade de vida sustentável é algo que envolve certas dificuldades devido aos efeitos decorrentes

destas enfermidades. E, para além disto, o conceito de qualidade de vida é um conceito bastante subjectivo e varia de indivíduo para indivíduo, no entanto, é necessário que existam indicações do que é que significa qualidade de vida para os idosos.

Num estudo efectuado no interior do Estado de São Paulo, no Brasil, acerca do conceito de qualidade de vida, os 365 indivíduos com mais de 60 anos de idade dividiram-se em três perfis quanto ao conceito: no primeiro grupo o mais importante era a família e as questões afectivas; no segundo grupo prevaleceram os hábitos saudáveis, o lazer e a aquisição de bens materiais e no terceiro grupo a prioridade era a espiritualidade, o trabalho e o conhecimento (Vecchia, Ruiz, Bocchi e Corrente 2005).

É, pois, notória a relação entre o bem-estar psicológico e a qualidade de vida e como tal, é necessário que as condições que geram uma boa qualidade de vida sejam garantidas a esta população para que esta possa viver de forma íntegra e minimamente autónoma.

A própria União Europeia, tendo em consideração o acelerado processo de envelhecimento que se verifica actualmente, estabeleceu um Pacto Europeu para a Saúde e o Bem-Estar Mental que tem como prioridades:

- Prevenir a depressão e o suicídio;
- Saúde mental dos jovens e educação;
- Saúde mental no trabalho;
- Saúde mental das pessoas idosas;
- Luta contra a estigmatização e a exclusão social.

### **3.2.Saúde Mental e Envelhecimento Activo**

Os indivíduos que sofrem de doenças mentais têm uma maior dificuldade em manter um nível de qualidade de vida adequado e que permita serem suficientemente independentes.

Actualmente, pesquisas na área da Gerontologia e da Geriatria vêm ganhando cada vez mais importância e sendo que doenças como a Demência e a Depressão são umas das que mais afectam a população idosa, é necessário conhecer-se mais sobre elas de modo a que se efectue um tratamento mais adequado e para que possam ser estabelecidas praticas diárias de modo a facilitar a vida do doente (Converso e Iartelli, 2007 e Almeida, 1999).

A Organização Mundial da Saúde (OMS) refere que a participação em actividades físicas leves e moderadas podem levar a que os efeitos psicológicos que estas doenças provocam possam ser diminuídos (Benedetti et. al., 2007). Existem mesmo estudos realizados na Austrália, Brasil e Estados Unidos que comprovam a relação entre um maior nível de exercício físico e uma menor prevalência da Demência e Depressão (ibidem).

Para além da actividade física existem outras formas de se retardar e de se diminuir os efeitos das doenças mentais como estimular a memória visual para conservar a memória a curto prazo e promover a utilização da memória a longo prazo que contém o vocabulário e as lembranças passadas (António, 2001).

Portanto, é fundamental fazer-se um diagnóstico o mais correcto possível e por isso existem, actualmente, instrumentos de avaliação geriátrica que são especializados nas condições que mais afectam esta população (Lourenço, 2006). Um dos instrumentos mais utilizados é o Mini-Exame do Estado Mental elaborado por Folstein *et. al.* em 1975 (Lourenço e Veras, 2006). Este permite fazer uma avaliação das funções cognitivas como a memória, a atenção e as habilidades construtivas e, portanto, permite identificar a existência ou não de doenças mentais (Lourenço e Veras, 2006 e Loureiro e Silva).

## **PARTE II**

---

### **Estudo Empírico**

## Capítulo 4 – Metodologia

### 4.1 Objectivo da investigação

Esta investigação tem como principal objectivo, explorar e compreender as relações entre o estado mental e qualidade de vida em idosos institucionalizados versus idosos não institucionalizados.

Assim, foram definidos os objectivos específicos, tais como averiguar se é esperado que os idosos tenham melhor qualidade de vida, relativamente ao seu estado mental; se de facto os idosos institucionalizados têm melhor qualidade de vida que os não institucionalizados.

No que diz respeito à investigação e estudos anteriormente realizados, existem vários estudos relativos à qualidade de vida mas em função de doenças mentais específicas, como a doença de Parkinson, a doença de Alzheimer ou ainda os sintomas depressivos, de acordo com Kirchengast e Haslinger (2009) o aumento da idade está associado a factores de risco o que resulta em maior vulnerabilidade á doença, e reduz qualidade de vida.

Após a nossa pesquisa não foram encontrados estudos que relacionem estas duas dimensões, estado mental e qualidade de vida, estudos anteriores examinaram a contribuição independente de domínios específicos da cognição com a qualidade de vida relacionada à saúde.

Dada a natureza deste estudo e a dimensão da amostra (n=100), optou-se pelo recurso a métodos quantitativos, designadamente, a utilização de um questionário sociodemográfico construído pelo investigador, o exame do estado mental e o Whoqol-Bref que avalia a qualidade de vida.

## 4.2 Hipóteses do estudo

Para a investigação foram delineadas hipóteses, através da revisão da literatura;

Hipótese 1: É esperado que os idosos institucionalizados tenham um estado mental com maior défice comparativamente aos idosos não institucionalizados.

Para Folstein et al (1975) “O MMSE é um questionário amplamente utilizado e conhecido, usado para a triagem do comprometimento cognitivo (ou seja, MMSE <24.)”

Martins e Medeiros (s/d) através de um estudo onde avaliaram a capacidade funcional de idosos institucionalizados e não Institucionalizados, concluíram que “a única variável que não houve diferença entre os idosos institucionalizados (I) e não institucionalizados (NI), foi a mobilidade, mostrando que as demais variáveis analisadas, mostraram um déficit maior da Capacidade Funcional dos idosos institucionalizados.”

Hipótese 2: É esperado que os idosos institucionalizados tenham maior qualidade de vida que os não institucionalizados.

Hipótese 3: Independentemente da institucionalização ou da não institucionalização, maiores níveis de qualidade de vida estão relacionados com menor deterioração mental. Segundo Ostbye e Crosse (1994) pessoas que sofrem de declínio cognitivo tem uma reduzida qualidade de vida.

## 4.2 Caracterização da amostra

A amostra do presente estudo foi constituída por 100 sujeitos, agrupados de forma equilibrada em duas condições (Tabela 1): utentes institucionalizados em centro de dia (n= 51) e não institucionalizados (n= 49).

**Tabela 1.** Distribuição dos sujeitos quanto à institucionalização

Institucionalização	n	%
Centro de dia	51	51,0
Não Institucionalização	49	49,0
Total	100	100,0

Tal como é possível observar na tabela 2, verificou-se um predomínio de sujeitos do género feminino (n= 70) face ao masculino (n= 30).

**Tabela 2.** Distribuição dos sujeitos quanto ao género

Género	n	%
Masculino	30	30,0
Feminino	70	70,0
Total	100	100,0

A forma de distribuição do género em função da condição do sujeito face à institucionalização (tabela 3) difere significativamente ( $\chi^2_{(1)}= 10,155$ ,  $p= 0,001$ ), verificando-se que na valência centro de dia existe um número maior de mulheres (n=43) comparativamente aos homens (n=8), havendo uma distribuição mais homogénea na não institucionalização (mulheres = 27; homens = 22).



**Tabela 3.** Distribuição dos sujeitos quanto ao gênero em função da condição de institucionalização.

	Situação do Sujeito		Total	
	Centro de dia	Não Institucionalização		
Gênero do sujeito	Masculino	8	22	30
	Feminino	43	27	70
Total		51	49	100

A forma como a idade dos sujeitos se distribui face à situação relativa à institucionalização, apresenta diferenças significativas ( $\chi^2_{(34)}= 61,184$ ;  $p= 0,003$ ), sendo que os sujeitos em centro de dia possuem idades mais avançadas comparativamente aos não institucionalizados (tabela 4).

**Tabela 4.** Distribuição dos sujeitos quanto à idade em função da condição de institucionalização.

	Situação do Sujeito		Total	
	Centro de dia	Não Institucionalização		
	52	0	1	1
	55	0	1	1
	57	1	1	2
	59	0	4	4
	60	0	1	1
	61	0	1	1
	62	0	1	1
	63	0	5	5
	64	0	5	5
	65	1	4	5
	66	0	5	5
	67	1	3	4
Idade do sujeito	68	3	2	5
	69	1	1	2
	70	0	2	2
	71	1	2	3
	72	2	3	5
	73	1	0	1
	74	3	1	4
	75	3	1	4
	76	6	0	6
	77	1	2	3
	78	1	1	2
	79	4	0	4
	80	2	1	3

	81	2	0	2
	82	3	1	4
	83	1	0	1
	84	2	0	2
	85	3	0	3
	86	3	0	3
	87	2	0	2
	88	2	0	2
	92	1	0	1
	95	1	0	1
Total		51	49	100

Do mesmo modo, a variável estado civil apresenta uma distribuição com diferenças significativas em função da situação do sujeito face à institucionalização ( $\chi^2_{(3)} = 35,667$ ;  $p = 0,000$ ), verificando-se que o número de sujeitos casados é mais elevado na não institucionalização ( $n=31$ ), face ao centro de dia ( $n= 12$ ), registando-se no centro de dia mais casos de viuvez ( $n=34$ ) face à não institucionalização ( $n=5$ ).

**Tabela 5.** Distribuição dos sujeitos quanto ao estado civil em função da condição de institucionalização.

	Situação do Sujeito		Total
	Centro de dia	Não Institucionalização	
Casado(a)/ União de facto	12	31	43
Viúvo(a)	34	5	39
Divorciado (a) / Separado(a)	3	12	15
Solteiro(a)	2	1	3
Total	51	49	100

Na tabela 6 é apresentada a forma de distribuição dos sujeitos em função do nível de escolaridade nas duas situações face à institucionalização. Obtiveram-se diferenças significativas ( $\chi^2_{(4)} = 11,618$ ;  $p = 0,020$ ) que apontam para níveis analfabetismo superiores na amostra de centro de dia.

**Tabela 6.** Distribuição dos sujeitos quanto nível de escolaridade em função da condição de institucionalização.

	Situação do Sujeito		Total	
	Centro de dia	Não Institucionalização		
	Não sabe ler nem escrever	11	2	13
	Sabe ler /escrever	3	0	3
Nível de escolaridade	1º ciclo do ensino básico	30	36	66
	2º ciclo do ensino básico	6	7	13
	3º ciclo do ensino básico	1	4	5
Total		51	49	100

No que diz respeito aos rendimentos do agregado familiar (tabela 7), conseguimos apurar que apenas um idoso tem rendimentos inferiores a 300€, 3 idosos tem rendimentos que variam entre 300 e 450€, 31 idosos auferem entre 450 e 600€, 7 idosos recebem entre 600 e 750€,

**Tabela 7.** Distribuição dos sujeitos quanto ao rendimento médio do agregado familiar em função da condição de institucionalização.

Rendimento médio do agregado familiar		
(em euros)	n	%
150 - 300	1	1,0
300 - 450	3	3,0
450 - 600	31	31,0
600 - 750	32	32,0
750 - 1000	7	7,0
1000 - 1500	6	6,0
7,00	12	12,0
8,00	8	8,0
Total	100	100,0

De um modo geral os sujeitos da amostra são crentes na religião (tabela 8), em ambas as situações de centro de dia e de não institucionalização ( $\chi^2_{(1)}= 0,386$ ;  $p= 0,534$ ).

**Tabela 8.** Distribuição dos sujeitos quanto à religião em função da condição de institucionalização.

		Situação do Sujeito		Total
		Centro de dia	Não Institucionalização	
Religião	Sim	50	47	97
	Não	1	2	3
Total		51	49	100

### **4.3 Instrumentos**

A recolha de dados foi feita através de um questionário sóciodemográfico construído pela investigadora para este estudo e de dois questionários, o MEEM (MMSE) e o WHOQOL-Bref para avaliação do estado mental e da qualidade de vida, respectivamente.

#### MMSE

Os autores do MMSE foram M. F. Folstein, S. E. Folstein, P. R. McHugh e G. Fanjiang em 1975, este teste é destinado a adultos, é de aplicação individual e demora aproximadamente 15 minutos.

A versão portuguesa é constituída por uma série de 6 blocos, com 30 perguntas e tarefas, que avaliam aspectos cognitivos das funções mentais como sejam: capacidade de orientação do sujeito, quer no tempo como no espaço, repetição de três palavras, atenção e cálculo, recordação, com evocação das três palavras anteriormente evocadas, linguagem e habilidade construtiva (Spar & La Rue, 1998; Maia & Costa, 2004).

Verifica-se assim, que as áreas para as quais a utilização do MMSE se revela particularmente útil incluem as funções executivas como são a capacidade de orientação, memória, linguagem e capacidade construtiva.

Cada item apresenta uma questão ou uma tarefa que é cotada como correcta ou incorrecta, 1 e 0 pontos respectivamente. O sujeito avaliado pode obter um mínimo de zero pontos de cotação ou um máximo de 30 pontos.

Segundo Ventura e Bottino (2002), uma das vantagens do MMSE é conseguir avaliar objectivamente uma queixa, muitas vezes subjectiva, de declínio cognitivo. Para

além disso, pode ser utilizado para testar a eficácia de tratamento de qualquer doença, psiquiátrica ou não, que decorra com alteração da cognição do paciente.

Na versão original (Folstein, Folstein & McHugh, 197), a cotação de 23/24 pontos (de 0 a 30 pontos) era considerado o valor indicador de declínio cognitivo.

Vários estudos realizados com amostras amplas (em que se utilizou o MMSE) sugerem que o desempenho do sujeito pode ser influenciado por vários factores, como por exemplo a idade e o nível de escolaridade, bem como os pontos de corte do MMSE (Lyketsos, Chen & Anthony, 1999, *In* McLay, Maki & Lyketsos, 2003).

Na opinião de Botelho (2000) é necessário ter em atenção que os resultados obtidos são afectados pelo nível de instrução dos indivíduos.

Também na versão portuguesa o aspecto da escolaridade do sujeito avaliado foi considerado (Maia e Costa, 2004).

Para a versão portuguesa do MMSE devem-se considerar como apresentando défice cognitivo, os sujeitos analfabetos com pontuações igual ou inferior a 15. No caso de o sujeito possuir entre 1 a 11 anos de escolaridade são as pontuações iguais ou inferiores a 22, que determinam o declínio cognitivo, e no caso de pessoas com mais de 11 anos de escolaridade será a pontuação igual ou inferior a 27 (Spar & La Rue, 1998).

O MMSE não tem como objectivo estabelecer diagnósticos identificando sim, indivíduos com possível declínio cognitivo, o que poderá justificar o alargamento da avaliação (Folstein, Folstein & McHugh, 1975, citados por Maia & Costa, 2004).

Nishiyama e Osaki (2009) estudaram o limite da qualidade de vida em ambientes psiquiátricos e revelam que o mmse pode ajudar a alcançar o equilíbrio e a garantia de que as perspectivas dos pacientes são levadas em conta e em simultâneo assegurar que os dados obtidos são confiáveis e validos.

## WHOQOL-Bref

O WHOQOL BREF adaptada para português de Portugal, por Maria Cristina Canavarro, Adriano Vaz Serra, Mário Rodrigues Simões, Marco Pereira, Sofia Gameiro, Manuel João Quartilho, Daniel Rijo, Carlos Carona & Tiago Paredes em 2006, é uma versão abreviada composta pelas 26 questões que obtiveram os melhores desempenhos psicométricos extraídas do WHOQOL-100. A versão abreviada do WHOQOL é composta por 26, como já referido anteriormente, questões essas subdivididas em quatro domínios da qualidade de vida, sendo que cada domínio tem por objectivo verificar a capacidade física (sete questões), o bem-estar psicológico (seis questões), as relações sociais (três questões) e o meio ambiente onde o indivíduo está inserido (oito questões). Além destes quatro domínios, o questionário tem duas perguntas gerais sobre a qualidade de vida global.

O instrumento Whoqol-bref considera as duas últimas semanas, anteriores a aplicação, vividas pelos sujeitos e para o seu preenchimento são necessários cerca de dez minutos. As respostas às questões são dadas numa escala com um único intervalo de 1 (um) a 5 (cinco), em cada domínio os valores podem assumir diferentes classificações conforme se descreve abaixo:

**1** = Nada/ Muito má/ Muito Insatisfeito/ Nunca

**2** = Pouco/ Má/ Insatisfeito/ Poucas vezes

**3** = Moderadamente/ Nem boa Nem má/Nem satisfeito Nem insatisfeito/ Nem muito Nem pouco/Algumas vezes

**4** = Bastante/ Boa/ Satisfeito/ Muito/ Frequentemente

**5** = Completamente/ Muito boa/ Muito satisfeito/ Muitíssimo/ Sempre

A equação sugerida pela OMS foi aplicada para a estimativa de valores de cada domínio. Os valores finais de cada domínio são calculados por uma sintaxe, que considera as respostas de cada questão que compõem o domínio, resultando em valores (ou pontos) finais numa escala de 4 a 20.

WHOQOL-Bref, é uma medida genérica, multidimensional e multicultural, para uma avaliação subjectiva da qualidade de vida, podendo ser utilizada num largo espectro de distúrbios psicológicos e físicos, bem como com indivíduos saudáveis.

Fleck et al (2007) realizaram um estudo do qual concluíram que pacientes psiquiátricos de longa permanência no hospital, foram capazes de responder ao whoqol. Pois se a pessoa tiver défices graves não conseguirá responder com viabilidade as questões do teste.



#### 4.4 Procedimentos

Numa primeira fase para que pudesse ser realizada esta investigação, solicitou-se a autorização para utilizar o Whoqol-Bref adaptado para português de Portugal ao Grupo Português de Avaliação da Qualidade de Vida, na pessoa da Doutora Maria Cristina Canavarro. Posteriormente, solicitaram-se as devidas autorizações ao Centro de dia para se poder trabalhar com os idosos aí integrados e procuraram-se idosos não institucionalizados que quisessem participar neste estudo. Após a selecção da amostra, iniciou-se a administração dos questionários, no entanto todos os sujeitos foram informados dos objectivos e os procedimentos desta investigação. Foi-lhes explicado que a sua participação no estudo voluntaria, anónima e que a sua identidade seria sempre resguardada, foram ainda informados que poderiam desistir da sua participação em qualquer altura sem qualquer prejuízo. Os questionários foram realizados individualmente, tendo os idosos a oportunidade de colocar dúvidas acerca do estudo e também da compreensão das questões colocadas.

Todos os questionários foram administrados pela investigadora,

O protocolo constituído para esta investigação era composto por o consentimento informado um questionário sociodemográfico (construído pelo investigador)

Foi utilizado o contrabalanceamento para contrariar o efeito da ordem de apresentação dos questionários, agrupando-os de forma diferente.

Após a administração do protocolo, foram analisados estatisticamente no programa SPSS (Statistical Package for the Social Sciences) versão 20.0 para Windows.

Foram utilizados os testes do  $\chi^2$  por forma a perceber a distribuição do género em função da condição dos sujeitos face à institucionalização, para verificar a distribuição dos sujeitos quanto à idade, para verificar a repartição dos sujeitos quanto ao estado civil, quanto nível de escolaridade, quanto aos seus rendimentos médios,

relativamente a religião, em função da sua institucionalização; os testes de normalidade Kolmogorov-Smirnov, para a verificação das dimensões em estudo, no entanto optou-se pela utilização da estatística não-paramétrica, na medida em que violava a normalidade da distribuição. Foram também realizados testes de U de Mann Whitney para apurar a existência de diferenças no estado mental em função da situação dos sujeitos face à institucionalização. Foram ainda determinados os coeficientes de correlação de Pearson.

## Capítulo 5 - Apresentação dos resultados

Num primeiro momento foram conduzidos testes de normalidade Kolmogorov-Smirnov para as dimensões em estudo, os quais revelaram a violação da normalidade da distribuição, pelo que se optou pela utilização da estatística não-paramétrica.

Quanto à condição de saúde, que na amostra de sujeitos de centro de dia quer na amostra de não institucionalizados o número de sujeitos que reportam sofrerem de uma doença é semelhante ( $\chi^2_{(1)}= 1,634$ ;  $p= 0,442$ ), bem como o tempo em que são portadores da mesma ( $\chi^2_{(1)}= 39,331$ ;  $p= 0,076$ ).

**Tabela 9.** Distribuição dos sujeitos quanto ao estado de doença actual em função da condição de institucionalização.

		Situação do Sujeito		Total
		Centro de dia	Não Institucionalização	
está actualmente doente?	Sim	42	38	80
	Não	9	11	19
Total		51	49	100

Uma vez que o tipo de actividades que os sujeitos realizam como forma de ocupação dos tempos livres pode interferir com o estado mental e com a qualidade de vida, foram analisadas o tipo de actividades praticadas, bem como a diferença existente entre as duas amostras.

Quanto ao número de actividades praticadas, a distribuição é semelhante na condição centro de dia e não institucionalização ( $\chi^2_{(1)}= 7,739$ ;  $p= 0,102$ ), tal como se pode observar na tabela 10.

**Tabela 10.** Distribuição dos sujeitos quanto número de actividades de tempos livres em função da condição de institucionalização.

	Situação do Sujeito		Total	
	Centro de dia	Não Institucionalização		
	1	2	1	3
Número de actividades de tempos livres	2	29	24	53
	3	19	15	34
	4	1	7	8
	5	0	2	2
Total		51	49	100

Aproximadamente metade dos sujeitos não institucionalizados dedica-se à agricultura, sendo um número bastante baixo aqueles que se encontram na valência centro de dia que também o fazem ( $\chi^2_{(1)} = 14,896$ ;  $p = 0,000$ ). Estes dados podem ser consultados na tabela 11.

**Tabela 11.** Distribuição dos sujeitos quanto à dedicação ao trabalho na agricultura em função da condição de institucionalização.

	Situação do Sujeito		Total	
	Centro de dia	Não Institucionalização		
Trabalho na agricultura	Não	47	29	76
	Sim	4	20	24
Total		51	49	100

Na generalidade, os sujeitos da amostra não beneficiam de actividades de estimulação cognitiva (tabela 12), com excepção de um utente de centro de dia, verificando a inexistência de diferenças no formato de distribuição ( $\chi^2_{(1)} = 0,970$ ;  $p = 0,325$ ).

**Tabela 12.** Distribuição dos sujeitos quanto à estimulação cognitiva em função da condição de institucionalização.

	Situação do Sujeito		Total	
	Centro de dia	Não Institucionalização		
Estimulação cognitiva	Não	50	49	99
	Sim	1	0	1
Total		51	49	100

De igual modo, apenas dois sujeitos de centro de dia se dedicam à ocupação de tempos livres com a dança (tabela 13), não se registando diferenças na forma de distribuição ( $\chi^2_{(1)}= 1,961$ ;  $p= 0,161$ ).

**Tabela 13.** Distribuição dos sujeitos quanto à prática de dança em função da condição de institucionalização.

		Situação do Sujeito		Total
		Centro de dia	Não Institucionalização	
Dança	Não	49	49	98
	Sim	2	0	2
Total		51	49	100

A prática desportiva (tabela 14) é uma das actividades a que aproximadamente um terço da amostra se dedica, quer em centro de dia quer não institucionalizados ( $\chi^2_{(1)}= 0,120$ ;  $p= 0,729$ ).

**Tabela 14.** Distribuição dos sujeitos quanto à prática desportiva em função da condição de institucionalização.

		Situação do Sujeito		Total
		Centro de dia	Não Institucionalização	
Desporto (Ginástica,	Não	38	35	73
Natação,...)	Sim	13	14	27
Total		51	49	100

O mesmo se verifica com a ocupação de tempos livres com jogos de tabuleiro (tabela 15), havendo homogeneidade na distribuição nas duas amostras ( $\chi^2_{(1)}= 0,010$ ;  $p= 0,920$ ).

**Tabela 15.** Distribuição dos sujeitos quanto à actividade de jogos de tabuleiro em função da condição de institucionalização.

		Situação do Sujeito		Total
		Centro de dia	Não Institucionalização	
Jogos (cartas, damas, dominó,	Não	41	39	80
xadrez)	Sim	10	10	20
Total		51	49	100

A frequência de associações recreativas (tabela 16) é outra das actividades que reúne um terço dos sujeitos da amostra, independentemente da sua condição face à institucionalização ( $\chi^2_{(1)}= 0,636$ ;  $p= 0,425$ ).

**Tabela 16.** Distribuição dos sujeitos quanto à frequência de associações recreativas em função da condição de institucionalização.

		Situação do Sujeito		Total
		Centro de dia	Não Institucionalização	
Frequenta associações recreativas	Não	39	34	73
	Sim	12	15	27
Total		51	49	100

De igual modo, a conversa ou passeio com familiares e amigos é outra actividade que se distribui de modo semelhante nas duas amostras ( $\chi^2_{(1)}= 0,007$ ;  $p= 0,935$ ), sendo referida por aproximadamente um terço dos participantes neste estudo (tabela 17).

**Tabela 17.** Distribuição dos sujeitos quanto a actividades de conversa ou passeio com familiares em função da condição de institucionalização.

		Situação do Sujeito		Total
		Centro de dia	Não Institucionalização	
Conversa e/ou passeia com amigos e familiares	Não	35	34	69
	Sim	16	15	31
Total		51	49	100

Outra actividade praticada pelos sujeitos é a leitura de livros, revistas ou jornais (tabela 18), sendo de igual modo praticada quer pelos utentes de centro de dia quer pelos não institucionalizados ( $\chi^2_{(1)}= 1,210$ ;  $p= 0,271$ ).

**Tabela 18.** Distribuição dos sujeitos quanto à prática de actividades de leitura em função da condição de institucionalização.

		Situação do Sujeito		Total
		Centro de dia	Não Institucionalização	
Lê livros, revistas, jornais	Não	30	34	64
	Sim	21	15	36
Total		51	49	100

A televisão e o rádio (tabela 19) constituem-se uma forma de ocupação dos tempos livres para metade dos sujeitos do nosso estudo, de forma semelhantes nas duas condições ( $\chi^2_{(1)} = 0,170$ ;  $p = 0,680$ ).

**Tabela 19.** Distribuição dos sujeitos quanto à dedicação a ver televisão e a ouvir rádio em função da condição de institucionalização.

		Situação do Sujeito		Total
		Centro de dia	Não Institucionalização	
Vê televisão, ouve rádio	Não	25	22	47
	Sim	26	27	53
Total		51	49	100

Existem ainda outras actividades (tabela 20) referidas de igual modo por ambas as condições da amostra de sujeitos ( $\chi^2_{(1)} = 0,125$ ;  $p = 0,724$ ) como se constituindo forma de ocupação do seu tempo.

**Tabela 20.** Distribuição dos sujeitos quanto à prática de outras actividades em função da condição de institucionalização.

		Situação do Sujeito		Total
		Centro de dia	Não Institucionalização	
Outras actividades	Não	35	32	67
	Sim	16	17	33
Total		51	49	100

Com o objectivo de perceber a existência de diferenças na forma como os sujeitos se distribuem no que diz respeito à existência de defeito cognitivo na amostra de centro de dia e na amostra de não institucionalizados, recorreu-se ao qui-quadrado. Apesar de se verificarem mais casos de defeito cognitivo na situação de centro de dia ( $n=6$ ) comparativamente com os não institucionalizados ( $n=2$ ), as diferenças não se revelaram estatisticamente significativas ( $\chi^2_{(1)} = 2,004$ ;  $p = 0,157$ ) (tabela 21).

**Tabela 21.** Distribuição dos sujeitos quanto ao defeito cognitivo em função da condição de institucionalização.

		MMSE Defeito cognitivo		Total
		Com defeito cognitivo	Sem defeito cognitivo	
Situação do Sujeito	Centro de dia	6	45	51
	Não Institucionalização	2	47	49
Total		8	92	100

No sentido de se averiguar a existência de diferenças no estado mental em função da situação dos sujeitos face à institucionalização foram realizados testes de U de Mann Whitney. Tal como se pode observar na tabela 22, obtiveram-se diferenças estatisticamente significativas nas dimensões atenção e cálculo e linguagem, sendo que os sujeitos não institucionalizados apresentam médias significativamente superiores aos sujeitos de centro de dia.

**Tabela 22.** Testes U de Mann Whitney para as dimensões do MMSE em função da situação do sujeito face à institucionalização.

Dimensão	Centro de Dia (n=51)	Não Instit. (n= 49)	U Mann Whitney	p
	Mean Rank	Mean Rank		
MMSE Total	45.71	55.49	1494.00	0.084
Orientação	54.49	46.35	1046.00	0.064
Retenção	50.12	50.90	1269.00	0.722
Atenção e Cálculo	44.66	56.58	1547.50	<b>0.017</b>
Evocação	48.16	52.94	1369.00	0.342
Linguagem	42.70	58.62	1647.50	<b>0.003</b>
Habilidade Construtiva	49.85	51.17	1282.50	0.782



Do mesmo modo, no sentido de se averiguar a existência de diferenças na qualidade de vida em função da situação dos sujeitos face à institucionalização foram realizados testes de U de Mann Whitney. Tal como se pode observar na tabela 23, obtiveram-se diferenças estatisticamente significativas nos domínios psicológico e meio ambiente, sendo que os sujeitos não institucionalizados apresentam médias significativamente superiores aos sujeitos de centro de dia.

**Tabela 23.** Testes U de Mann Whitney para as dimensões do WHOQOL-Bref em função da situação do sujeito face à institucionalização.

Dimensão	Centro de Dia (n=51)	Não Instit. (n= 49)	U Mann Whitney	<i>p</i>
	Mean Rank	Mean Rank		
TWDG – Geral	48,94	52,12	1329,00	0,567
Domínio 1 - Físico	48.27	52.82	1363.00	0.432
Domínio 2 - Psicológico	41.88	59.47	1689.00	<b>0.002</b>
Domínio 3 – Relações sociais	47.14	54.00	1421.50	0.214
Domínio 4 – Meio ambiente	42.00	59.35	1683.50	<b>0.003</b>

Foram ainda analisadas as associações entre as dimensões do estado mental e as da qualidade de vida, tendo sido determinados os coeficientes de correlação de Pearson, os quais se apresentam na tabela 24. Verificaram-se correlações entre as dimensões do estado mental e as da qualidade de vida, apontando no sentido de qualidade de vida mais elevada se associar com melhores níveis de estado mental.

**Tabela 24.** Correlações de Pearson entre as dimensões do estado mental e as dimensões da qualidade de vida.

	TWDG	TWD1	TWD2	TWD3	TWD4
Orientação (MMSE)	,269**	,405**	,414**	,538**	,530**
Retenção (MMSE)	,121	,139	,265**	,442**	,322**
Atenção e Cálculo (MMSE)	,225*	,234*	,241*	,183	,260**
Evocação (MMSE)	,273**	-,088	,159	,337**	,368**
Linguagem (MMSE)	,225*	,269**	,279**	,108	,284**
Habilidade Construtiva (MMSE)	,172	-,110	-,116	-,415**	-,339**
MMSETotal	,332**	,253*	,340**	,335**	,412**
MMSE Defeito cognitivo	,219*	,235*	,322**	,218*	,240*

\* p< 0,05; \*\* p< 0,01

## Capítulo 6 – Discussão de Resultados

Avaliar a qualidade de vida é algo que se tornou importante nas últimas décadas.

Esta investigação demonstra que o estado mental nos idosos não institucionalizados é melhor e apresenta valores mais elevados na atenção, no cálculo e linguagem, o que permite aceitar parcialmente a H1 por nós colocada.

Apesar de não se ter verificado diferenças estatisticamente significativas no número de sujeitos com defeito cognitivo em centro de dia e não institucionalizados, foram encontradas duas diferenças significativas nas dimensões do MMSE.

No sentido de se averiguar a existência de diferenças no estado mental em função da situação dos sujeitos face à institucionalização foram realizados testes de U de Mann Whitney e obtiveram-se diferenças estatisticamente significativas nas dimensões atenção e cálculo e linguagem, sendo que os sujeitos não institucionalizados apresentam médias significativamente superiores aos sujeitos de centro de dia. Porcu e colaboradores (2002) também verificaram na realidade brasileira que os idosos institucionalizados apresentam mais sintomas depressivos quando comparados com idosos não institucionalizados. Alguns estudos, como o de Wang, Snyder e Kaas (2001), destacam que há grande prevalência de depressão e ansiedade entre os idosos, e que estes apresentam um número significativo de comorbilidades associadas, sendo que uma das principais é o prejuízo cognitivo.

Revela-nos também que a qualidade de vida nos idosos não institucionalizados também é melhor, na medida em que estes apresentam valores mais altos nos domínios psicológico e meio ambiente do whoqol, resultados que também confirmam a H2. Mincato e Freitas (2006), enquanto avaliadores da qualidade de vida em idosos institucionalizados da cidade de Caxias do Sul, encontraram pior qualidade de vida nos

idosos institucionalizados, em comparação com idosos não-institucionalizados o que corrobora com os resultados obtidos através da presente investigação, pois através dos Testes U de Mann Whitney para as dimensões do WHOQOL-Bref em função da situação do sujeito face à institucionalização, os sujeitos não institucionalizados (domínio 2 =59.47 e domínio 4 =59.35) apresentam médias significativamente superiores aos sujeitos de centro de dia (domínio 2=41.88 domínio 4= 42.00) nos domínios 2 (psicológico) e 4 (ambiente).

Vários estudos têm demonstrado a influência de determinadas variáveis na qualidade de vida. Sprangers et al (citados por Pereira et al 2006) “*mostraram que factores como idade avançada, sexo feminino, baixo nível de escolaridade e não ter companheiro estão relacionados a baixos níveis de qualidade de vida.*” Castellón e Pino (citados por Pereira et al 2006) referem “*que a qualidade de vida subjectiva é melhor para os homens do que para as mulheres idosas, talvez porque o envelhecimento seja percebido pela mulher como mais negativo.*”

Por estes motivos, estes resultados devem ser lidos com precaução, uma vez que as duas amostras diferirem significativamente em variáveis demográficas que podem interferir com na qualidade de vida, nomeadamente, a idade (amostra de centro de dia era mais velha), o género (no centro de dia existem mais sujeitos do género feminino do que do masculino) e o nível de escolaridade (maiores níveis de analfabetismo no centro de dia) e o estado civil (maior número de casos de viuvez no centro de dia).

Pudemos com este estudo concluir que de facto, existem associações entre o estado mental e qualidade de vida, ou seja quanto maior a qualidade de vida, melhor o estado mental que vai de encontro à H3 colocada inicialmente.

Na amostra desta investigação e descrito na tabela 2, verificou-se um predomínio de sujeitos do género feminino (n= 70) face ao masculino (n= 30), Freitas e Scheicher (2010) na sua investigação também havia maior prevalência de sujeitos do

sexo feminino em relação ao masculino em duas das três instituições avaliadas e justificam essa ocorrência por vários motivos, dos quais se destacam: a expectativa de vida das mulheres é maior em relação à dos homens; a viuvez é mais frequente nas mulheres.

De um forma geral, os sujeitos da nossa amostra não beneficiam de actividades de estimulação cognitiva, com excepção de um utente de centro de dia, no entanto não se verifica a inexistência de diferenças no formato de distribuição ( $\chi^2_{(1)} = 0,970$ ;  $p = 0,325$ ).

No entanto, Plati, Covre, Lukasova e Macedo (2006) ressaltam que, actividades diárias de estimulação podem ser eficientes em minimizar as perdas cognitivas dos idosos institucionalizados.

Relativamente ao nível de escolaridade nos dois grupos de idosos obtiveram-se diferenças significativas ( $\chi^2_{(4)} = 11,618$ ;  $p = 0,020$ ) que apontam para níveis de analfabetismo superiores na amostra de centro de dia. Estes resultados vão de encontro aos estudos que demonstram a relação entre um menor declínio cognitivo e elevados níveis de escolaridade (Albert, 1995).

## **Capítulo 7 - Limitações da investigação**

Como em todas as investigações, esta não foi excepção e teve algumas limitações, tais como, a dimensão da amostra e o facto de ser uma amostra de conveniência.

Também se verificaram diferenças nas duas amostras no que diz respeito à distribuição das variáveis demográficas tais como a idade e o nível de escolaridade, o que poderá interferir com os resultados obtidos entre as duas amostras.

Esta investigação necessitava de mais tempo para ser concluída com mais sucesso.

O facto de a maioria dos sujeitos serem do sexo feminino, também poderá ter enviesado o estudo.

## **7.1 Propostas para futuras investigações**

Na medida em que cada vez mais temos uma população envelhecida e a institucionalização é efectuada cada vez mais tarde, quando as pessoas já estão debilitadas, é de facto importante continuar a valorizar a investigação na população idosa, para que possamos contribuir para melhores políticas e melhor qualidade de vida nos idosos.

Seria interessante, voltar a efectuar esta investigação mas sem que a amostra fosse de conveniência e que que a amostra também pudesse ser maior, contemplasse mais homens e pudesse ser mais representativa.

Relativamente ao facto de as questões serem efectuadas e anotadas pelo investigador ficando a cargo do idoso apenas responder, pode dificultar na hora de se aplicar um questionário, pois de acordo com O'Connor (1989, citado por Paschoal, 2006), os idosos tendem a inventar nas respostas a questionários e entrevistas, mais do que os jovens.

É importante continuar a investir e a investigar cada vez mais a população idosa e aferir outros testes para aplicar nesta população, com vista ao seu profundo conhecimento e a sua melhor qualidade de vida.

## 5. Bibliografia

- Albert, M. (1995). How does education affect cognitive function? *Ann Epidemiol*, 5, (1),76-78.
- Agree, M.E e Freedman, A.V. (2001).Implicações de envelhecimento da população para a saúde geriátrica. In: Assistência ao idoso: aspectos clínicos do envelhecimento. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan.
- Aiken, L. (1995). An Introduction to Gerontology, New York: Sage Publications, Inc.
- Almeida, M.L.F. Bem-estar e qualidade de vida nos idosos utentes de centro de dia: Influencia das variáveis sócio-demográficas e psicossociais.
- Meireles A. (2008), no âmbito da comemoração do Dia Internacional do Idoso; Portal da Saúde Pública
- António, S. (2001). Envelhecimento Demográfico ou Populacional. Problemas Sociais Contemporâneos, Universidade Aberta.
- APA – *American Psychiatric Association: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (1994). 4a ed. Washington (DC): American Psychiatric Association.
- Baltes, P.B.; Baltes, M.M. *Successful aging: perspective from the behavioral sciences*. Cambridge: Cambridge University Press, 1990.
- Baltes, P.B.; Smith, J.(2006) Novas fronteiras para o futuro do envelhecimento: a velhice bem-sucedida do idoso jovem aos dilemas da quarta idade. *A Terceira Idade*, v.17, n.36, p.7-31.
- Barreto, J. (1984) Envelhecimento e saúde mental. Estudo de epidemiologia psiquiátrica no concelho de Matosinhos. Tese de Doutoramento apresentada à Faculdade de Medicina. Porto: Universidade do Porto.
- Batista, P. (1995). *Satisfação com a Imagem Corporal e Auto-Estima. Estudo comparativo de adolescentes envolvidos em diferentes níveis de actividade física*. Dissertação de Mestrado. Faculdade de Ciências do Desporto e de Educação Física da Universidade do Porto.



- Baumeister, R. F., Campbell, J. D., Krueger, J. I. & Vohs, K. D. (2003). Does high self-esteem cause better performance, interpersonal success, happiness, or healthier lifestyles? *Psychological Science in the Public Interest*, 4, 1-44.
- Benedetti, T., Borges, L., Petroski, E. e Gonçalves, L. (2008). Atividade física e estado de saúde mental de idosos. *Revista Saúde Pública*.
- Berger, L. (1995). Aspectos psicológicos e cognitivos do envelhecimento. In L. Berger & D. Mailloux-Poiried (Coord.), *Pessoas Idosas. Uma abordagem global* (pp.157-197). Loures: Lusodidacta.
- Boer, H. (2002). Qualidade de vida para pessoas com epilepsia. In: <http://www.comciencia.br/reportagens/epilepsia/ep27.htm>.
- Botelho, A. (2005). A funcionalidade dos idosos. In: C.Paul e A. M. Fonseca (Eds.). *Envelhecer em Portugal*. Lisboa: Climepsi Editora.
- Bowling, A., Seetai, S., Morris, R., & Ebrahim, S. (2007). Quality of life among older people with poor functioning. The influence of perceived control over life. *Age and Ageing*, 36, 310-315.
- Bowling, A., Seetai, S., Morris, R., & Ebrahim, S. (2007). Quality of life among older people with poor functioning. The influence of perceived control over life. *Age and Ageing*, 36, 310-315.
- Bowling, A.: (1997). *Measuring Health; a Review of Quality of Life Measurement Scales (2nd ed.)*. Buckingham, Open University Press.
- Brink, J.J (2001). Biologia e fisiologia celular do envelhecimento. In: *Assistência ao idoso; aspectos clínicos do envelhecimento*. Rio de Janeiro: Editora Guanabara.
- Brown, J. D., Huajian, C., Oakes, M. A. & Ciping, D. (2009). Cultural similarities in self-esteem functioning: East is east and west is west, but sometimes the twain do meet. *Journal of Cross-Cultural Psychology*, 40(1), 140-157.

- Brown, J., Bowling A. & Flynn T. (2004). Models of quality of life: a taxonomy, overview and systematic review of literature. *European Forum on Population Ageing Research*.
- Brown, J., Bowling A. & Flynn T. (2004). Models of quality of life: a taxonomy, overview and systematic review of literature. *European Forum on Population Ageing Research*.
- Burns, R. (1986). *The self-concept. Theory, measurement, development and behavior*. Essex, Longman. New York.
- Butt, D., & Beiser, M. (1987). Successful aging: A theme for international psychology. *Psychology and Aging*, 2, 87-94.
- Campbell, J. (1984). The new science: Self-esteem psychology. *University Press of America*. Lanham, MD.
- Canavarro, M. C., Simões, M. R., Vaz Serra, A., Pereira, M., Rijo, D., Quartilho, M. J., Carona, C. (2007). Instrumento de avaliação da qualidade de vida da Organização Mundial de Saúde: WHOQOL-Bref. In M. Simões, C. Machado, M. Gonçalves, & L. Almeida (Eds.), *Avaliação psicológica: Instrumentos validados para a população portuguesa* (Vol. III, pp. 77-100). Coimbra: Quarteto Editora.
- Carvalho, J. (1999). Aspectos metodológicos no trabalho com idosos. In: J. Mota e J. Carvalho (Eds.), *Actas do seminário de qualidade de vida no idoso: O papel da actividade Física da Universidade do Porto*.
- Christie-Mizell, C. A., Kimura Ida, A. & Keith, V. M. (2008). African americans and physical health: The consequences of self-esteem and happiness. *Journal of Black Studies*.
- Coelho, C. (2003). Pintura na Gerontologia. *Revista da Universidade Moderna do Porto*.

- Coleman, P., Ivani-chalian, C., & Robinson, M. (1993). Self-esteem and its sources: Stability and change in later life. *Ageing and Society*, 11, 217-224.
- Conte, E.M.T e Lopes, A. S. (2005). Qualidade de vida e actividade física em mulheres idosas. *Revista Brasileira de Ciências do Envelhecimento Humano*.
- Converso, M. e Iartelli, I. (2007). Caracterização e análise do estado mental e funcional de idosos institucionalizados em instituições públicas de longa permanência. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*.
- Cordeiro, J.C.D. (1982). A saúde mental e a vida, pessoas e populações em risco psiquiátrico. Lisboa: Moraes Editores.
- Correia, M.G. (1993). O idoso: o seu sentir e o seu viver. *Geriatrics*.
- Costa, E. (1998). Gerontodrama: A velhice em cena: estudos clínicos e psicodramáticos sobre o envelhecimento e a terceira idade. São Paulo, Agora.
- Dosil, J. (2004). *Psicologia de la Actividade Física y del Desporte*. Madrid, McGraw-Hill.
- Duarte, V.B., Dias, D.G., Santana, M. da G., Soares, M. C e Thofern, M.B. (2005). A perspectiva do envelhecer para o ser idoso e sua família. *Família Saúde Desenvolvimento*.
- Faria, L e Marinho, C. (2003). Perspectivas sobre o envelhecimento: actividade física e promoção do bem-estar físico e psicossocial de idosos. *Revista de Psiquiatria*, 24 (3), 51-69.
- Faria, L e Marinho, C. (2004). Actividade física, saúde e qualidade de vida na terceira idade. *Revista Portuguesa de Psicossomática*.
- Fernadéz- Ballesteros, R. (Eds.) (2002). *Viver com vitalidad*. Madrid: Pirâmide.
- Fernandes da Fonseca, A. (2001). A saúde mental e terceira idade. *Revista Psiquiátrica*
- Fernandes, A. (1999). *Velhice e Sociedade*. Oeiras: Celta Editora.

- Fernandes, P. (2002). A Depressão no idoso – Estudo da relação entre factores pessoais e situacionais e manifestações da depressão (2ªedi). Coimbra: Quarteto Editora
- Fernandez-Mayoralas, G. et al. (2007). *El significado de la salud en la calidad de vida de los mayores*. Madrid, Portal Mayores, Informes Portal Mayores, nº 74.
- Figueiredo, D. (2007). *Cuidados familiares ao idoso dependente*. Lisboa: Climepsi Editores.
- Figueiredo, L. (2007). *Cuidados Familiares ao idoso dependente*. Lisboa: Climepsi Editores.
- Fleck, M. (2006). *O projecto WHOQOL: desenvolvimentos e aplicações*. Psiquiatria Clínica. Coimbra. Vol. 27. nº 2. p. 5-13.
- Fleming, J.S.; Courtney, B. E. (1984). The dimensionality of self-esteem II. Hierarchical facet model for revised measurement scales. *Journal of Personality and Social Psychology*, 46 (2): 404-421.
- Folstein MF, Folstein SE, McHugh PR: "Mini-mental state". A practical  
Fonseca, A.M., (2005a). *Desenvolvimento humano e envelhecimento*. Lisboa: Climepsi Editores.
- Fonseca, A.M., (2005a). *Desenvolvimento humano e envelhecimento*. Lisboa: Climepsi Editores.
- Fonseca, A.M., (2005b). O envelhecimento bem sucedido. In C. Paúl & A. Fonseca (Coord.), *Envelhecer em Portugal* (pp. 281-311). Lisboa: Climepsi Editores.
- Fonseca, A.M., (2005b). O envelhecimento bem sucedido. In C. Paúl & A. Fonseca (Coord.), *Envelhecer em Portugal* (pp. 281-311). Lisboa: Climepsi Editores.
- Gameiro, Sofia et al. Sintomatologia depressiva e qualidade de vida na população geral. *Psic., Saúde & Doenças*, 2008, vol.9, no.1, p.103-112. ISSN 1645-0086

- Guyatt, G.H.; Feeny, D.H.; Patryck, D.L. (1993) Measuring health-related quality of life. *Ann. Inter. Med.*, v. 118, p. 622-629.
- Holstein, M.B.; Minkler, M. (2003) Self, society and the "new gerontology". *Gerontologist*, v.43, n.6, p.787-96..
- Hortelão, A. (2003). *Envelhecimento e Qualidade de Vida: estudo comparativo de idosos residentes na comunidade e idosos institucionalizados na região de Lisboa*. Servir. ISSN: 0871-2370. Vol. 52. Nº 3. p. 119-131.
- INE (2001). Recenseamento Geral da População. Resultados Definitivos.
- Instituto Nacional de Estatística (2002). O envelhecimento em Portugal, situação demográfica e socioeconómica recente das pessoas idosas. Lisboa: INE.
- Jacques, M. (2003). *Promoção da longevidade activa e com autonomia*. Informar. Ano IX. Nº 31. P. 14-17.
- Juth, V., Smyth, J. M. & Santuzzi, A. M. (2008). How do you feel?: Self-esteem predicts affect, stress, social Interaction, and symptom severity during daily life in patients with chronic illness. *Journal of Health Psychology*, 13(7), 884-894.
- Kahn, R.L. (2003) Successful aging: intended and unintended consequences of a concept. In: POON, L.W.; GUELDNER, S.H.; SPROUSE, B.M. (Eds.). *Successful aging and adaptation with chronic diseases*. New York: Springer Publishing Company.
- Lawton, M. (1991). A multidimensional view of quality of life in frail elders. In R.P. Abeles (Ed.), *The concept and management of quality of life in the frail elderly* (pp.3-27). New York: Academic Press.
- Lidz (1983). *A pessoa: Seu desenvolvimento durante o ciclo vital*. Porto Alegre: Artmed.

- Lima, A.M.M. Saúde no envelhecimento: uma questão de justiça social. *Revés do avesso*, v.14, p.8-11, 2005.
- Lopez , J.A.F. & Mejia, R.H. & Espinar, A.C. (1996). La calidad de vida: un tema de investigacion necesario: concepto y metodo (I). *Medicina Integral*.27:2,75-78.
- Lourenço, R. e Veras, R. (2006). Mini-Exame do Estado Mental: características psicométricas em idosos ambulatoriais. *Revista Saúde Pública*.
- Mailloux-Poirier, D. (1995). As Teorias do envelhecimento. In L., Berger & D., Mailloux-Poirier (Coord), *Pessoas Idosas* (pp.99-106). Loures: Lusodidacta.
- Maques, L.; Firmino, H. (2003). Depressão e comportamentos suicidários no Idoso. In *Medicina, temas actuais – Depressão*, Atral Cipan, Dezembro, pp.133- 162.
- Freitas, e M, Scheicher., M, (2010) Qualidade de vida de idosos institucionalizados, *Rev. Bras. Geriatr. Gerontol.* v.13 n.3 Rio de Janeiro
- Mariz, J. (2003). *A enfermagem e a Pessoa Idosa, a prática de cuidados como experiência formativa*. Loures. Lusociência.
- McIntyre, T., Barroso, R., e Lourenço, M. (2002). Depressão e qualidade de vida. *Psiquiatria mais Prática*, 5 (IV), 13-23.
- Medvedev, Z. (1990) *An attempt at rational classification of theories of ageing*. *Biol. Rev.* 65: 375-398.
- Meireles, A. (2008) Dia Internacional do Idoso; Portal da Saúde Pública; In: [://www.saudepublica.web.pt/TabCatarina/EnvelhecimentoActivoIdoso\\_CMeireles.htm](http://www.saudepublica.web.pt/TabCatarina/EnvelhecimentoActivoIdoso_CMeireles.htm)

- Mendonça, J.A.; Marques Neto, J.F. Qualidade de vida do idoso institucionalizado frente aos grupos de afecções crônicas. *Rev. ciências médicas*, . 12, n. 4, p. 299-306, 2003.
- Mestre, O. (1999) O envelhecimento e a mobilização. Prevenção das diabetes. Geriatria.
- Mota, M.E.V. da S. (1995). O quotidiano do idoso – Espaço de regulação ou de Emancipação. Dissertação de Mestrado apresentada ao Instituto de Serviço Social do Porto.
- Neri, A.L (2001). Desenvolvimento e Envelhecimento: Perspectivas biológicas, psicológicas e sociológicas. São Paulo, Papyrus.
- Neri, AL. (2008). *Qualidade de vida e idade madura* Campinas, São Paulo, Brasil: Papyrus
- Novo, R. F. (2003). *Para além da eudaimonia: o bem-estar psicológico em mulheres na idade adulta avançada*. Coimbra: Imprensa de Coimbra.
- Oliveira, J. (1999). Os idosos vistos por eles mesmos: Variáveis personológicas e representações da morte. *Psicologia, Educação e Cultura*.
- Oliveira, J.H.B (2005). *Psicologia do envelhecimento e do idoso*. Porto: Livpsic-Psicologia.
- Osório, A. R., (2007). Os idosos na sociedade actual. In A. R., Osório & F. C., Pinto (Coord.), *As pessoas idosas: contexto social e intervenção educativa* (pp. 11-45). Lisboa: Instituto Piaget.
- Paschoal, S. (2004). Qualidade de vida na velhice. In E. Freitas, L. Py, F. Cançado, J. Doll e M. Gorzoni (Eds.), *Tratado de Geriatria e Gerontologia*. 2ª Edição. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan.
- Paúl, C. (2007). Old-old people: major recent findings and the European contribution to the state of the art. In R. Fernández-Ballesteros (Ed.), *Geropsychology*,

*European perspectives for an aging world* (pp. 128-144). Göttingen: Hogrefe & Huber Publishers.

Paúl, C., Fonseca, A. M., Martin, I., & Amado J. (2005). Satisfação de vida e qualidade de vida em idosos portugueses. In C. Paúl & M. F. Fonseca (coord.), *Envelhecer em Portugal* (pp.75-95). Lisboa, Climepsi Editores.

Paúl, M. (1992). Satisfação de vida em idosos. *Psycologica*, 8, 61-80.

Pereira, D. E.C (2002). Qualidade de vida na terceira idade e sua relação com o trabalho. Florianópolis: Dissertação de Mestrado apresentada à Universidade Federal de Santa Catarina.

Pimentel, L. (2005). O lugar do idoso na família: contextos e trajetórias. Coimbra: Quarteto Editora, 244p.

Prince, M.J. et al (1997). Impairment disability and handicap as risk factors for depression in old age .The Gospel oak Project V". *Psychol. Med.*nº27, pp.311-321.

Ranzjin, R., & Luszcz, M. (2000). The measurement of subjective quality of life of elders. *International Journal of Aging and Human Development*, 50 (4), 19-34.

Ribeiro, J. L. P. (2000). Mental Health Inventory: um estudo de adaptação à população portuguesa. *Psicologia, Saúde e Doenças*, 2 (1), 77-99.

Ribeiro, J.L.P. (1997). A promoção da saúde e da qualidade de vida em pessoas com doença crónica. In: J.L.P Ribeiro (Eds.) Actas do 2ºCongresso Nacional de Psicologia da Saúde. Lisboa: ISPA

Ribeiro, M. de L.N.R e Teixeira, D. de C. (2005). Efeitos da actividade física na percepção de bem-estar de idosas que residem sozinhas e acompanhadas. UNOPAR Científico: Ciência, Biologia e Saúde Londrina.

Rocha, M. e Duarte, M. Análise da atenção de idosos através do mini-exame do estado mental.



- Rosa, C., Martín, J. (2007). A epidemiologia da depressão nas pessoas de idade avançada. In *A psicogeriatría nos cuidados primários*, Revisfarma – Edições Médicas Lda., pp.13-15.
- Rossel, N., Herrera, R. e Rico, M. (2004). *Introducción a la Psicogerontología*. Madrid: Ediciones Pirâmide.
- Rowe, J. & Kahn, R. (1998). *Successful Aging*. New York: Dell Publisher.
- Santos, S., Santos, I., Fernandes, M. e Henriques, M. (2002). Qualidade de vida do idoso na comunidade: Escala de Flanagan. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*.
- Saúde Mental. Saúde-UE – Portal de saúde pública da União Europeia. In: [http://ec.europa.eu/health-eu/health\\_problems/mental\\_health/index\\_pt.htm](http://ec.europa.eu/health-eu/health_problems/mental_health/index_pt.htm)
- Schaie, K. W., & Willis, S. L., (2002). *Adult Development and Aging*. New York: Prentice-Hall.
- Simões, M. (1996). Depressão nas idades avançadas - aspectos práticos do diagnóstico, terapêutica e da relação médico – paciente deprimido idoso e seus familiares. *Revista Portuguesa de Medicina Geriátrica – Geriatria*, Ano IX, nº 86, pp.23-34.
- Sousa, L. et al. (2003). Qualidade de Vida e bem-estar dos idosos: um estudo exploratório na população portuguesa. *Revista de Saúde Pública*. Vol. 37. nº 3.
- Sousa, L., Figueiredo, D. & Cerqueira, M. (2006). *Envelhecer em família* (2ª ed.). Porto: Âmbar.
- Spar J. E & La Rue A. (1998). *Guia de Psiquiatria Geriátrica*. Climepsi Editores, Lisboa.
- Spar, J & La Rue, A. (2005). *Guia Prático de Psiquiatria Geriátrica*. Lisboa: Climepsi Editores.

- Tamer, N.L., & Petriz, G. (2007). A qualidade de vida dos idosos. In A. R. Osório, & F. C. Pinto (Coord.), *As pessoas idosas: contexto social e intervenção educativa* (pp.181-201) Lisboa: Instituto Piaget.
- Tavares, A. *et al.* (2000). *Aspectos patoplásticos da Depressão Geriátrica*. *Psiquiatria Clínica*, Vol.21, nº3, pp.237-242.
- Teixeira, R.M.O.C. (2004). A qualidade de vida e as influencias que têm sobre ela a domiciliação e as construções do idoso sobre os problemas com a família. Dissertação de Mestrado em Psicologia – Ramo Psicologia da Saúde e intervenção comunitária. Porto: Universidade Fernando Pessoa.
- Testa, M.A. & Simonson, D. C. (1996). Assessment of Quality of Live outcomes. *The New England Journal of Medicine*.
- Testa, M.A. & Simonson, D.C. (1998). Health economic benefits and quality of life during improved glycemic control in patients with type 2 diabetes mellitus. *Journal of the American Medical Association*.
- Vecchia, R., Ruiz, T., Bocchi, S. e Corrente, J. (2005). *Qualidade de vida na terceira idade: um conceito subjectivo*. *Revista Brasileira Epidemiol.*
- Walker, A. (2005). A European perspective on quality of life in old age. *European Journal of Ageing*, 2, 2-12.
- Wang, J.J, Snyder, M. & Kaas, M. (2001). Stress, loneliness, and depression in Taiwanese rural community-dwelling elders. *International Journal of Nursing Studies*, 38, 339-347.
- Weinberg, R.S.; Gould D. (2001) *Fundamentos da Psicologia do Esporte e do Exercício*. 2º Ed. Porto Alegre: Artmed.
- Who, (2002). *Active Ageing: a policy framework*. Madrid: World Health Organization.
- Włodarczyk J.H. *et al.* / *Arch. Gerontol. Geriatr.* 39 (2003) 25-33 31

Zimerman, G.I (2000). Velhice. Aspectos biopsicossociais. Porto Alegre: Artemed Editora

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.

Porcu, M., Scantamburlo, V.M, Albrecht, N.R., Silva, S.P., Vallim, F.L., Araújo, C.R., Deltreggia, C. & Faiola, R.V. (2002). Estudo comparativo sobre a prevalência de sintomas depressivos em idosos hospitalizados, institucionalizados

## **PARTE III**

---

### **Anexos**

## Índice de Anexos

I.	Anexo – Protocolo de intervenção	90
II.	Anexo – Consentimento informado	91
III.	Anexo – Questionário sociodemográfico	93
IV.	Anexo – Whoqol-Bref	95
V.	Anexo MMSE	98

# Universidade Lusíada do Porto

## Mestrado em Psicologia Clínica

### Protocolo de intervenção

1. Tema da dissertação: O estado mental e a qualidade de vida em idosos;

Esta dissertação tem como objecto de estudo as relações, caso existam, entre o estado mental e a qualidade de vida dos idosos.

#### **Instrumentos utilizados:**

- ↳ Consentimento informado;
- ↳ Questionário demográfico;
- ↳ Questionário WHOQOL;
- ↳ Exame do estado mental;
- ↳ Escala de Auto-estima de Rosenberg\*;
- ↳ Escala de satisfação com a vida;\*;
- ↳ Escala de Optimismo;\*;
- ↳ Escala de Integridade vs. Desespero de Erickson;\*;
- ↳ Índice de Barthel.\*

Mestranda:

Elisabete Valério, nº de aluna 2157490

\*Não foram aplicados

## ***Consentimento informado***

Declaro que fui convidado a participar de um estudo denominado,  
\_\_\_\_\_, cujos  
objectivos e instruções são: (apresentar *o estudo, objectivos e porque vai ser realizado*)

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

A minha participação no referido estudo será no sentido de,  
*(descrever o procedimento/instruções em linguagem acessível ao sujeito)*

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Fui informado que a minha privacidade será respeitada, portanto será mantido sigilo.

Assim, recebi todos os esclarecimentos necessários sobre o estudo, e sei que posso retirar o meu consentimento a qualquer momento.

Os investigadores envolvidos no estudo são: *(nomes dos investigadores)*

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

pertencentes à instituição **Universidade Lusíada do Porto – Faculdade de Psicologia.**

É também assegurada a assistência durante toda pesquisa, bem como me é garantido o livre acesso a todas as informações e esclarecimentos adicionais sobre o estudo e suas consequências, enfim, tudo o que eu queira saber antes, durante e depois da minha participação.

Assim manifesto meu livre consentimento em participar neste estudo.

Porto, \_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2011

*Investigador (es) do estudo*

\_\_\_\_\_

*Consentimento informado*

<i>Os participantes do estudo</i>		



## Questionário Sócio-demográfico

### I. Situação

- Institucionalização  
 Centro de dia  
 Lar  
 Não institucionalizado

### II. Género

M  F

III. Idade

### IV. Estado civil

- Casado(a) / Em união de facto  
 Viúvo (a)  
 Divorciado(a) / Separado(a)  
 Solteiro(a)

### V. Tem alguma religião?

Sim  Não

### VI. É praticante

Sim  Não

### VII. Qual o rendimento médio mensal do seu agregado familiar ?

- Menor que €150  
 [€150 - €300[  
 [€300 - €450[  
 [€450 - €600[  
 [€600-€750[  
 [€750 - €1000[  
 [€1000 - €1500[

### VIII. Com ocupa os seus tempos livres?

- Trabalho na agricultura
- Estimulação da Linguagem
- Estimulação Cognitiva
- Dança
  
- Ginástica
- Jogos (cartas, damas, dominó, xadrez)
- Frequenta associações recreativas
- Conversa e/ou passeia com amigos e familiares
  
- Lê livros, revistas, jornais
- Vê televisão, ouve rádio
- Outras actividades.

Quais? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

## Whoqol- Bref

Este questionário procura conhecer a sua qualidade de vida, saúde, e outras áreas da sua vida.

Por favor, responda a todas as perguntas. Se não tiver a certeza da resposta a dar a uma pergunta, escolha a que lhe parecer mais apropriada. Esta pode muitas vezes ser a resposta que lhe vier primeiro à cabeça.

Por favor, tenha presente os seus padrões, expectativas, alegrias e preocupações. Pedimos-lhe que tenha em conta a sua vida nas **duas últimas semanas**.

Por exemplo, se pensar nestas duas últimas semanas, pode ter que responder à seguinte pergunta:

	Nada	Pouco	Moderadamente	Bastante	Completamente
Recebe das outras pessoas o tipo de apoio que necessita?	1	2	3	4	5

Deve pôr um círculo à volta do número que melhor descreve o apoio que recebeu das outras pessoas nas duas últimas semanas. Assim, marcaria o número 4 se tivesse recebido bastante apoio, ou o número 1 se não tivesse tido nenhum apoio dos outros nas duas últimas semanas.

**Por favor leia cada pergunta, veja como se sente a respeito dela, e ponha um círculo à volta do número da escala para cada pergunta que lhe parece que dá a melhor resposta.**

		Muito má	Má	Nem boa nem má	Boa	Muito boa
1 (G1)	Como avalia a sua qualidade de vida?	1	2	3	4	5

		Muito insatisfeito	Insatisfeito	Nem satisfeito nem insatisfeito	Satisfeito	Muito Satisfeito
2 (G4)	Até que ponto está satisfeito (a) com a sua saúde?	1	2	3	4	5

As perguntas seguintes são para ver até que ponto sentiu certas coisas nas duas últimas semanas.

		Nada	Pouco	Nem muito nem pouco	Muito	Muitíssimo
3 (F1.4)	Em que medida as suas dores (físicas) o (a) impedem de fazer o que precisa de fazer?	1	2	3	4	5
4 (F11.3)	Em que medida precisa de cuidados médicos para fazer a sua vida diária?	1	2	3	4	5
5 (F4.1)	Até que ponto gosta da vida?	1	2	3	4	5

6 (F24.2)	Em que medida sente que a sua vida tem sentido?	1	2	3	4	5
7 (F5.3)	Até que ponto se consegue concentrar?	1	2	3	4	5
8 (F16.1)	Em que medida se sente em segurança no seu dia-a-dia?	1	2	3	4	5
9 (F22.1)	Em que medida é saudável o seu ambiente físico?	1	2	3	4	5

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

		Nada	Pouco	Moderadamente	Bastante	Completamente
10 (F2.1)	Tem energia suficiente para a sua vida diária?	1	2	3	4	5
11 (F7.1)	É capaz de aceitar a sua aparência física?	1	2	3	4	5
12 (F18.1)	Tem dinheiro suficiente para satisfazer as suas necessidades?	1	2	3	4	5
13 (F20.1)	Até que ponto tem fácil acesso às informações necessárias para organizar a sua vida diária?	1	2	3	4	5
14 (F21.1)	Em que medida tem oportunidade para realizar actividades de lazer?	1	2	3	4	5

		Muito má	Má	Nem boa nem má	Boa	Muito boa
15 (F9.1)	Como avaliaria a sua mobilidade [capacidade para se movimentar e deslocar por si próprio(a)]?	1	2	3	4	5

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

		Muito insatisfeito	Insatisfeito	Nem satisfeito Nem insatisfeito	Satisfeito	Muito Satisfeito
--	--	--------------------	--------------	------------------------------------	------------	------------------

<b>16 (F3.3)</b>	Até que ponto está satisfeito(a) como seu sono?	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>
<b>17 (F10.3)</b>	Até que ponto está satisfeito(a) com a sua capacidade para desempenhar as actividades do seu dia-a-dia?	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>
<b>18 (F12.4)</b>	Até que ponto está satisfeito(a) com a sua capacidade de trabalho?	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>
<b>19 (F6.3)</b>	Até que ponto está satisfeito(a) consigo próprio(a)?	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>
<b>20 (F13.3)</b>	Até que ponto está satisfeito(a) com as suas relações pessoais?	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>
<b>21 (F15.3)</b>	Até que ponto está satisfeito(a) com a sua vida sexual?	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>
<b>22 (F14.4)</b>	Até que ponto está satisfeito(a) com o apoio que recebe dos seus amigos?	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>
<b>23 (F17.3)</b>	Até que ponto está satisfeito(a) com as condições do lugar em que vive?	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>
<b>24 (F19.3)</b>	Até que ponto está satisfeito(a) com o acesso que tem aos serviços de saúde?	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>
<b>25 (F23.3)</b>	Até que ponto está satisfeito(a) com os transportes que utiliza?	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>

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

		<b>Nunca</b>	<b>Poucas vezes</b>	<b>Algumas vezes</b>	<b>Frequentemente</b>	<b>Sempre</b>
<b>26 (F8.1)</b>	Com que frequência tem sentimentos negativos, tais como tristeza, desespero, ansiedade ou depressão?	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>

## Mini Mental State Examination (MMSE)

### 1. Orientação (1 ponto por cada resposta correcta)

Em que ano estamos? \_\_\_\_\_

Em que mês estamos? \_\_\_\_\_

Em que dia do mês estamos? \_\_\_\_\_

Em que dia da semana estamos? \_\_\_\_\_

Em que estação do ano estamos? \_\_\_\_\_

Nota: \_\_\_\_\_

Em que país estamos? \_\_\_\_\_

Em que distrito vive? \_\_\_\_\_

Em que terra vive? \_\_\_\_\_

Em que casa estamos? \_\_\_\_\_

Em que andar estamos? \_\_\_\_\_

Nota: \_\_\_\_\_

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

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

Pêra \_\_\_\_\_

Gato \_\_\_\_\_

Bola \_\_\_\_\_

Nota: \_\_\_\_\_

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

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

27\_ 24\_ 21\_ 18\_ 15\_

Nota: \_\_\_\_\_

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

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

Pêra \_\_\_\_\_

Gato \_\_\_\_\_

Bola \_\_\_\_\_

Nota: \_\_\_\_\_

**5. Linguagem** (1 ponto por cada resposta correcta)

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

Relógio \_\_\_\_\_

Lápis \_\_\_\_\_

**Nota:** \_\_\_\_\_

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

**Nota:** \_\_\_\_\_

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

Pega com a mão direita \_\_\_\_\_

Dobra ao meio \_\_\_\_\_

Coloca onde deve \_\_\_\_\_ **Nota:** \_\_\_\_\_

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

Fechou os olhos \_\_\_\_\_

**Nota:** \_\_\_\_\_

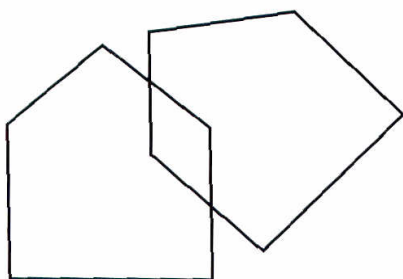
e. "Escreva uma frase inteira aqui". Deve ter sujeito e verbo e fazer sentido; os erros gramaticais não prejudicam a pontuação.

Frase:

**Nota:** \_\_\_\_\_

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

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



Cópia:

Nota: \_\_\_\_\_

TOTAL(Máximo 30 pontos): \_\_\_\_\_

**Considera-se com defeito cognitivo:** • analfabetos  $\leq 15$  pontos

- 1 a 11 anos de escolaridade  $\leq 22$
- com escolaridade superior a 11 anos  $\leq 27$

**Muito obrigada pela sua colaboração!**