

Qualidade de Vida e Depressão na Pessoa Idosa Institucionalizada

DISSERTAÇÃO DE MESTRADO

Maria Goreti Freitas de Andrade

MESTRADO EM GERONTOLOGIA



UNIVERSIDADE da MADEIRA

A Nossa Universidade

www.uma.pt

Setembro | 2011

Ma
3.9
ua

Qualidade de Vida e Depressão na Pessoa Idosa Institucionalizada

DISSERTAÇÃO DE MESTRADO

Maria Goreti Freitas de Andrade

MESTRADO EM GERONTOLOGIA

ORIENTAÇÃO
Maria João Rodrigues

SIGLAS

CSSM - Centro de Segurança Social da Madeira
EUA - Estados Unidos da América
GDS - Geriatric Depression Scale (Escala de Depressão Geriátrica)
IPSS - Instituições Particulares de Solidariedade Social
OMS - Organização Mundial de Saúde
QVRS - Qualidade de Vida Relacionada com a Saúde
RAM - Região Autónoma da Madeira
SOC - Selection Optimization Compensation
SPSS - Statistical Package for the Social Science
UE - União Europeia
WHOQOL - World Health Organization Quality of Life

ABREVIATURAS

% - percentagem
 \leq - menor ou igual
 ρ - *Rhó de Spearman*
= - Igual
 \geq - maior ou igual
et al. - e outros
M - Média
N - Amostra
NR - Não Respondeu
 p - valor de prova
s.d. - Sem Data
SD - Standard Deviation (Desvio Padrão)

“Aquilo que nos mantém vivos é a capacidade de sentirmos alegria, de fazermos algo com vontade e amor – é a capacidade de amar”

Riemann

DEDICATÓRIA

Ao meu pai, que no meio da vida desceu às portas da morte, privado do resto dos seus anos e do prazer da contemplação, da beleza e da serenidade que um pôr-do-sol pode ofertar junto dos que mais se ama...

Aos que percorrem a vida de mãos cheias para ofertar...

Aos que chegam ao fim da vida de mãos vazias, sem nada para dar...

Aos que são amados e queridos...

Aos que são deixados e esquecidos...

Àqueles que me fizeram sorrir e pensar...

Àqueles a quem fiz rir e cantar...

Dedico o meu trabalho!

AGRADECIMENTOS

Sentimo-nos privilegiadas pois neste momento tão especial, apercebemo-nos da existência de um grande número de amigos que com a sua boa vontade, o seu esforço, dedicação e saber, tornaram possível a realização deste trabalho. A todos os que fazem parte deste caminho o nosso carinho, amizade e um *Muito Obrigada!*

Às Professoras Maria João Rodrigues e Luísa Santos, orientadoras científicas desta dissertação, pelas ideias, conselhos e orientações no rumo a seguir. Pela sua disponibilidade, apoio e incentivo, que me ajudaram a ver com mais clareza e a caminhar com mais confiança.

Ao Centro de Segurança Social da Madeira, pela atenção e colaboração eficiente na obtenção de dados pertinentes para o desenvolvimento deste trabalho.

As Direcções do Lares contactados e aos seus Directores, pela sua atenção, disponibilidade e colaboração neste projecto, facilitando a relação e o contacto com os idosos.

Aos idosos que aceitaram colaborar neste projecto, pela sua paciência e disponibilidade e generosidade em contribuir com as suas respostas e sem os quais a realização deste trabalho não seria possível.

À enfermeira Deolinda Fernandes, pela sua simpatia, empenho, disponibilidade e preciosa colaboração.

Aos amigos e colegas pelo seu incentivo, apoio, paciência e atenção ao longo desta etapa das nossas vidas.

À minha comunidade e à minha família, pelo seu apoio e compreensão nesta fase de grande trabalho e de ausências.

A todos os que acima não foram mencionados e que contribuíram para a realização deste trabalho o meu muito sincero *OBRIGADA!*

RESUMO

A melhoria do nível de vida, veio influenciar positivamente a longevidade humana e a relação entre a qualidade de vida e o envelhecimento.

O presente estudo, Qualidade de Vida e Depressão na Pessoa Idosa Institucionalizada nos Lares da Região Autónoma da Madeira (RAM), tem por objectivo: analisar a qualidade de vida dos idosos, identificar o nível de depressão e relacionar a qualidade de vida com o nível de depressão e foi realizado com uma amostra de 155 dos idosos institucionalizados em 16 lares da RAM.

Para a avaliação da qualidade de vida utilizou-se a escala WHOQOL-Bref, da Organização Mundial de Saúde (OMS).

Para a avaliação da Depressão usamos a Escala de Depressão Geriátrica (Geriatric Depression Scale - GDS), construída por Brink, Jesavage, Lum, Heersema, Adey e Rose (1982).

Dos dados obtidos verificou-se que, relativamente à satisfação com a saúde, 37,4%, dos idosos estão satisfeitos, 33,5% não estão satisfeitos nem insatisfeitos, 23,9% estão insatisfeitos e 3,2% estão muito insatisfeitos.

Na avaliação geral da qualidade de vida, 51,0% dos idosos considera a sua qualidade de vida nem boa nem má e 37,4% boa. No domínio geral da qualidade de vida obteve-se uma média de 55,84. O domínio que apresentou a média mais elevada (64,98) foi o que avalia a percepção dos idosos relativamente às relações sociais (domínio social) e o domínio com média mais baixa (52,84) foi o que avalia a percepção dos idosos relativamente ao domínio físico.

Quanto à depressão, verificou-se que 40,6% dos idosos apresentam depressão ligeira e 21,3% apresentam depressão grave, mas 38,1% não apresentam depressão.

Relacionando a qualidade de vida e a depressão, concluiu-se que a depressão apresenta um efeito significativo em todos os domínios da qualidade de vida e que os idosos que não apresentam depressão têm uma percepção mais positiva acerca da sua qualidade de vida, quer a nível geral, quer a nível de cada um dos domínios em estudo, físico, psicológico, social e ambiental.

O estudo conclui que os idosos apresentam uma percepção positiva da sua qualidade de vida, ausência de depressão ou apenas depressão ligeira e os idosos que não têm depressão apresentam uma percepção mais positiva da sua qualidade de vida.

SUMMARY

The improvement of living standards influenced positively the human longevity and the relationship between aging and quality of life.

The present study, Quality of Life and Depression of elderly who lives in older people's homes in Região Autónoma da Madeira (RAM), have as objectives: analyze the quality of life of older people, identify the level of depression and relate the quality of life with the level of depression and we studied a sample of 155 elderly institutionalized in sixteen older people's homes of RAM.

In order to assessment the quality of life we use the WHOQOL-Bref scale produced by the World Health Organization (WHO).

To assessment of Depression we use the Geriatric Depression Scale (GDS), built by Brink, Heersema, Jesavage, Lum, Adey and Rose (1982).

Relatively satisfaction with health, 37,4% of elderly are satisfied, 33,5% are not satisfied neither dissatisfied, 23,9% are dissatisfied and 3,2% are very dissatisfied.

In the general assessment of the quality of life, 51,0% of the elderly feels that their quality of life is not good neither bad and 37,4% considered good. In general domain the quality of life we obtained an average of 55,84.

The domain of quality of life that has a higher average value (64,98) was what evaluates the perception of elderly social relationships (social domain), while the domain with the lowest average value (52,84) was what evaluates the perception of elderly physical domain.

As result of assessment of depression, 40,6% present a slight depression and 21,3% had a severe depression, but 38,1% of elderly did not exhibit depression,

On the relationship between the quality of life and depression, the values obtained led to the conclusion that the depression has a significant effect on all domains of quality of life, and the elderly who haven't depression have a more positive perception about your quality of life, either general, either of each one domains under study, physical, psychological, social and environmental.

This study concludes that the elderly in the study have, in general, a positive perception of their quality of life, present no depression or only slight depression, and the elderly who have no depression have a more positive perception of their quality of life.

ÍNDICE

INTRODUÇÃO	13
PARTE I – ENQUADRAMENTO TEÓRICO	17
1- O ENVELHECIMENTO HUMANO.....	18
1.1- TEORIAS SOCIOLÓGICAS DO ENVELHECIMENTO.....	28
1.2- ENVELHECIMENTO COM SUCESSO	31
1.3- A INSTITUCIONALIZAÇÃO	34
2- QUALIDADE DE VIDA.....	41
2.1- QUALIDADE DE VIDA E ENVELHECIMENTO.....	48
3- DEPRESSÃO NA PESSOA IDOSA	59
3.1- QUALIDADE DE VIDA E DEPRESSÃO	67
PARTE II – ESTUDO EMPÍRICO	72
1- METODOLOGIA	73
1.1- OBJECTIVOS E CONCEPTUALIZAÇÃO DO ESTUDO	73
1.2- POPULAÇÃO E AMOSTRA	76
1.3- INSTRUMENTOS DE COLHEITA DE DADOS	77
1.3.1- Avaliação da Função Cognitiva (MMS)	77
1.3.2- Escala de Depressão Geriátrica (GDS)	78
1.3.3- Avaliação da Qualidade de Vida (WHOQOL-Bref)	79
1.4- VARIÁVEIS.....	82
1.5- CONSIDERAÇÕES ÉTICAS	83
1.6- PROCEDIMENTOS ESTATÍSTICOS.....	84
2- APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DE DADOS	86
2.1- CARACTERIZAÇÃO DA AMOSTRA	86
2.2- QUALIDADE DE VIDA.....	91
2.3- DEPRESSÃO	96
3- DISCUSSÃO DE RESULTADOS E CONCLUSÕES.....	100

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	111
ANEXOS	124
Anexo I - Pedido de Autorização ao Centro de Segurança Social da Madeira (CSSM)	125
Anexo II - Mini Mental State (MMS).....	128
Anexo III - Escala de Depressão Geriátrica (GDS).....	133
Anexo IV - Escala de Avaliação da Qualidade de Vida (WHOQOL-Bref)	136
Anexo V - Autorização para Aplicação da Escala de Avaliação da Qualidade de Vida (WHOQOL-Bref)	140
Anexo VI - Questionário de Dados Sócio-Demográficos	142

ÍNDICE DE QUADROS

Quadro 1: Classificação das definições de Qualidade de Vida	44
Quadro 2: Domínios relevantes da qualidade de vida das pessoas idosas	49
Quadro 3: Domínios da Qualidade de Vida do WHOQOL-Bref	81
Quadro 4: Coeficiente de correlação <i>Rhó</i> de <i>Spearman</i> (ρ).....	85

ÍNDICE DE TABELAS

Tabela 1: Caracterização segundo o Género	86
Tabela 2: Caracterização segundo o Grupo Etário	87
Tabela 3: Caracterização segundo a Escolaridade	87
Tabela 4: Caracterização segundo o Estado Civil	87
Tabela 5: Caracterização segundo a Presença de Doença Actual	88
Tabela 6: Caracterização segundo o Regime de Tratamento	88
Tabela 7: Caracterização segundo o Motivo de Internamento	89
Tabela 8: Caracterização segundo a Coabitação antes do Internamento	89
Tabela 9: Caracterização segundo o Tempo de Residência no Lar	89
Tabela 10: Caracterização segundo a Iniciativa de Institucionalização	90
Tabela 11: Caracterização segundo a Frequência das Visitas	90
Tabela 12: Caracterização segundo a Participação nas Actividades de Ocupação e Lazer	91
Tabela 13: Caracterização segundo a Participação nas Actividades Religiosas	91
Tabela 14: Caracterização da Avaliação da Qualidade de Vida	91
Tabela 15: Caracterização do nível de Satisfação com a Saúde	92
Tabela 16: Caracterização da Qualidade de Vida, segundo os Domínios	93
Tabela 17: Relação entre a Qualidade de Vida e o Grupo Etário	93
Tabela 18: Relação entre a Qualidade de Vida e Género	94
Tabela 19: Relação entre a Qualidade de Vida e Doença	94
Tabela 20: Relação entre a Qualidade de Vida e o Tempo de Residência no Lar	95
Tabela 21: Relação entre a Qualidade de Vida e a Participação em Actividades de Ocupação e Lazer	95
Tabela 22: Relação entre a Qualidade de Vida e a Participação em Actividades Religiosas	96
Tabela 23: Caracterização do nível de Depressão Geriátrica	96
Tabela 24: Relação entre a Depressão e o Grupo Etário	96
Tabela 25: Relação entre a Depressão e o Género	97
Tabela 26: Relação entre a Depressão e Doença	97
Tabela 27: Relação entre a Depressão e Tempo de Residência no Lar	98
Tabela 28: Relação entre a Depressão e a Participação em Actividades de Ocupação e Lazer	98

Tabela 29: Relação entre a Depressão e a Participação em Actividades Religiosas..	99
Tabela 30: Relação entre a Qualidade de Vida e a Depressão	99

INTRODUÇÃO

As sociedades deparam-se com o aumento significativo do número de idosos, evidenciando-se a necessidade de se criar novos modelos de apoio que possam responder adequadamente às demandas reais desta população.

O envelhecimento humano, objecto de muita investigação nos últimos anos, é considerado um processo dinâmico e contínuo, onde alterações biológicas, bioquímicas e funcionais vão actuando progressivamente sobre o indivíduo, deixando-o, muitas vezes, mais frágil e susceptível tanto a agressões internas como externas.

Relacionando a esperança de vida ao nascer e a qualidade de vida que as nações oferecem aos seus cidadãos, a Organização da Nações Unidas (ONU, 1982) refere que o conceito de pessoa idosa nos países desenvolvidos é atribuído aos indivíduos com 65 anos e mais, enquanto que nos países em desenvolvimento se consideram os indivíduos com 60 anos e mais. Convenhamos que o critério cronológico é o mais utilizado na definição de ‘idoso’, no entanto a idade pode ser também entendida como biológica, psicológica ou social, no sentido em que se olha a pessoa através de diferentes perspectivas de envelhecimento.

O contributo da psicologia na área da velhice e do processo de envelhecimento é relativamente recente na história da psicologia e das ciências sociais. Trentini *et al.* (2008) afirmam, paradoxalmente, que “a velhice é jovem” e que, de um ponto de vista histórico-cultural, é o período etário sobre o qual dispomos de menos conhecimentos.

Sendo o crescimento da população um fenómeno demográfico, o facto de as pessoas viverem mais tempo é uma manifestação do progresso e do sucesso científico, tecnológico e social alcançado nas últimas décadas. Este é um fenómeno universal, cuja evolução se deve genericamente à queda da fecundidade, natalidade e mortalidade, à melhoria das condições de vida e ao aumento da esperança de vida. O fenómeno é também conhecido por transição demográfica.

De acordo com o Plano Gerontológico para a RAM (2009), em Portugal no ano de 2007, o número de pessoas com 65 anos e mais era de 1.787.344 indivíduos, sendo que na RAM este número correspondia a 32.259 indivíduos.

As projecções mostram também, que na RAM, em 2050 os indivíduos com 65 anos e mais ascenderão a um número de 71.242, sendo que a população idosa será o dobro da actual, isto é 57,44% da população total.

A promoção do bem-estar da pessoa idosa é pois um desafio crescente também no nosso meio, onde a partilha de responsabilidades e a necessidade de respostas adequadas urge em serem reflectidas e implementadas.

Não podemos esquecer que o estudo da pessoa idosa e do processo de envelhecimento é um tema transversal a muitas áreas do saber (Medicina, Sociologia, Demografia, Economia, Política, entre outros). É nesta base multidisciplinar que se desenvolve o entendimento do que é a Gerontologia.

O Plano Gerontológico da RAM pretende a melhoria da qualidade de vida dos idosos de modo a que possam viver mais e melhor, antecipando respostas e criando soluções para que a velhice possa ser vivida de uma forma saudável e autónoma. Perspectiva-se um envelhecimento activo e bem sucedido, onde os serviços de saúde, sociais e educacionais possam promover a autonomia e o bem-estar físico e psicológico e social.

Uma das questões que se pode colocar acerca desta etapa da vida, na nossa sociedade e não só, é a da qualidade de vida, averiguando em que medida os idosos se encontram satisfeitos e realizados com o que conseguiram e com o que lhes é actualmente oferecido.

No nosso meio a institucionalização tem sido uma das respostas encontradas para o desafio crescente da dependência e da vulnerabilidade à qual os idosos estão sujeitos. Importa saber em que medida estas soluções vão de encontro às necessidades individuais e como são percebidas em termos de qualidade de vida, pois viver cada vez mais, tem implicações importantes na qualidade de vida (Paschoal, 2000).

Assim, a avaliação da qualidade de vida da pessoa idosa é uma variável que tem vindo a ser progressivamente tida em conta na abordagem do envelhecimento, assumindo um carácter fundamental, junto desta população. Como tal, também os instrumentos de medida têm sofrido uma evolução nesta área, saindo paulatinamente de uma avaliação baseada em dados objectivos e medíveis para uma avaliação mais subjectiva e individual.

Advoga-se que uma boa qualidade de vida cria um impacto positivo tanto na longevidade como na morbilidade.

Neste contexto consideramos oportuno reflectir sobre a qualidade de vida e a depressão na pessoa idosa institucionalizada, nos Lares da RAM. No sentido de uma maior aproximação da temática em foco, iniciaremos o enquadramento teórico reflectindo sobre a questão do envelhecimento da pessoa idosa e do seu impacto na sociedade. Teceremos breves considerações sobre a institucionalização como resposta social, passando depois à temática da qualidade de vida e finalizamos com o tema depressão.

Os olhares que lançaremos sobre a realidade actual da população idosa pretendem conduzir-nos ao entendimento do processo de envelhecimento nos seus diversos componentes e abordagens, reflectindo sobre os principais aspectos das teorias do envelhecimento. A perspectiva biológica, psicológica e social contribui para uma abordagem mais global do processo de envelhecimento.

Prosseguiremos reflectindo na Institucionalização, definindo o que se entende por institucionalização, considerando alguns dos determinantes sociais que têm contribuído para o aumento da institucionalização e em alguns factores que podem ser determinantes para a institucionalização da pessoa idosa. Apresentar-se-ão alguns dos aspectos tanto positivos como negativos decorrentes da institucionalização.

De seguida reflectiremos sobre qualidade de vida, iniciando com uma breve abordagem da mesma. Referiremos a sua evolução decorrente da sua inicial utilização, em 1920, no contexto das condições de trabalho e das suas consequências no bem-estar dos trabalhadores, passando pelo esquecimento, até reaparecer mais tarde, ampliando-se gradualmente o conceito passando a considerar não só os aspectos económicos mas também o desenvolvimento social como a educação, a saúde, o lazer, o bem-estar material e o trabalho, até chegar ao conceito de percepção individual e subjectiva.

Neste sentido serão revistos o modelo da satisfação desenvolvido a partir de abordagens sociológicas e psicológicas e o modelo funcional centrado na capacidade de desempenho funcional. Daqui procuraremos referir o que se entende por qualidade de vida a nível da literatura consultada, dando ênfase ao significado do conceito qualidade de vida.

Avançando abordaremos o tema da qualidade de vida e do envelhecimento, onde reflectimos sobre a qualidade de vida na perspectiva do envelhecimento e na qualidade de vida na terceira idade e onde desenvolvemos os factores determinantes da qualidade de vida e da percepção da qualidade de vida. Focamo-nos ainda, nos factores condicionantes de uma boa qualidade de vida relacionados com a pessoa idosa, realçando-se a saúde, a família, a actividade, a independência, as relações sociais, familiares e com o meio, o suporte financeiro e as condições económicas como principais factores referidos pelos idosos e averiguaremos como o conceito de qualidade de vida está intimamente relacionado com o conceito de saúde

A reflexão teórica abordará também o modelo do envelhecimento bem sucedido de Rowe e Kahn (1997) e o Modelo de Optimização Selectiva e Compensação (SOC) de Baltes e Baltes (1990a).

Reflecte-se na evolução das diferentes abordagens de avaliação da qualidade de vida, isto é de uma avaliação externa à pessoa idosa, (da perspectiva dos pesquisadores) para uma abordagem progressivamente mais interna (centrada na opinião e per-

cepção do idoso), acerca da sua própria qualidade de vida e das conclusões daí decorrentes.

Ainda dentro da qualidade de vida abordaremos a questão da medição da qualidade de vida onde nos referiremos ao desenvolvimento das tentativas de medição da qualidade de vida e à necessidade de se encontrar uma medida genérica mas adequada à medição da mesma. Neste ponto referimo-nos a existência das escalas mais conhecidas entre nós, salientado o desenvolvimento da escala de qualidade de vida que aplicamos no trabalho de pesquisa, o WHOQOL-Bref, a qual tem sido traduzida, validada e aplicada em vários países, entre os quais Portugal, por uma equipa coordenada pelo Prof. Doutor Adriano Vaz Serra, da Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra e pela Prof. Doutora Maria Cristina Canavarro, da Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação da Universidade de Coimbra. A escala é composta por 26 questões que avaliam quatro domínios essenciais da qualidade de vida – físico, psicológico, relações sociais e meio ambiente.

O ponto com que finalizaremos a primeira parte é a *Depressão* onde se explica o que se entende genericamente por depressão, as suas causas e factores determinantes bem como alguns dos aspectos clínicos e a sua avaliação, sempre na relação com a pessoa idosa, uma vez que esta patologia se encontra entre os principais distúrbios mentais que afectam o idoso sendo frequentemente causa de sofrimento emocional e de limitação da qualidade de vida (Aparício *et al.*, 2009).

A segunda parte do nosso trabalho, assentará essencialmente na investigação empírica realizada e será constituída por três capítulos: a metodologia do estudo, a apresentação e análise dos dados e a discussão de resultados.

Os nossos objectivos são:

- analisar a Qualidade de Vida dos Idosos Institucionalizados nos Lares da RAM, domínios físico, psicológico, social e ambiental;
- identificar o nível de Depressão dos Idosos Institucionalizados e
- relacionar a Qualidade de Vida e a Depressão dos Idosos Institucionalizados.

De acordo com os objectivos apresentados desenvolve-se um estudo descritivo-exploratório.

A população do estudo será constituída pelo número de idosos internados nos Lares da RAM em 31 de Dezembro de 2010, partindo dos dados gentilmente disponibilizados pelo Centro de Segurança Social da Madeira (CSSM) cujo número nesta data era de 1261 idosos. Os idosos encontram-se distribuídos por 24 lares (6 públicos e 18 particulares), tendo sido seleccionados 5 Lares Públicos e 11 Particulares, com uma amostra constituída por 155.

PARTE I – ENQUADRAMENTO TEÓRICO

1- O ENVELHECIMENTO HUMANO

O aumento da esperança de vida, um fenómeno crescente em todo o mundo, surge como uma das conquistas do desenvolvimento humano e ao mesmo tempo, como um dos seus maiores desafios, mesmo nos países mais desenvolvidos conduzindo, inevitavelmente, a mudanças em todos os sectores da sociedade.

Conhecido como envelhecimento populacional, este fenómeno deve-se sobretudo à diminuição das taxas de mortalidade e das taxas de fecundidade e natalidade (Paschoal, 2006; Giddens, 2009) a que se juntaram, por outro lado, os progressos da medicina curativa e preventiva, bem como a melhoria das condições de vida que tornaram possível o prolongamento da esperança de vida (Barreto, s.d.).

De uma perspectiva mais abrangente, estes processos decorrem genericamente da melhoria da saúde pública, da educação e da promoção da saúde, da melhoria das condições sociais e da nutrição (Figueiredo, 2007) sendo que o envelhecimento demográfico se apresenta como um fenómeno globalmente positivo, uma vez que traduz uma melhoria qualitativa e quantitativa da condição humana (Hortelão, 2004).

A referência ao envelhecimento, de acordo com o Instituto Nacional de Estatística (INE) (2002) pode ser observada sob dois pontos de vista: o envelhecimento demográfico e o envelhecimento individual.

O envelhecimento demográfico é aqui entendido como o aumento da proporção das pessoas idosas na população total e o envelhecimento individual, como aquele que assenta na maior longevidade dos indivíduos, isto é no aumento da esperança média de vida.

O conceito de envelhecimento individual é um conceito subjacente ao envelhecimento biológico, associado à progressiva alteração das capacidades de adaptação do corpo e às alterações psicológicas associadas às pessoas idosas, como são exemplo as perdas de memória.

A estes factores associam-se ainda os aspectos do ambiente externo susceptíveis de influenciar a vivência e o modo de estar nesta fase da vida.

O envelhecimento em Portugal enquadra-se dentro do padrão da média comunitária.

As projecções, segundo a Comissão das comunidades Europeias (2001), apontavam para uma percentagem de pessoas idosas com idades superiores a 80 anos, equivalente a 6% em 2025 e a 10% em 2050.

Entre 1960 e 2001, o fenómeno do envelhecimento demográfico, em Portugal, traduziu-se por um decréscimo efectivo de 36% da população jovem e um incremento de 140% da população idosa (INE, 2002). O número de pessoas idosas, mais que duplicou nos últimos 40 anos, passando de 8% em 1960 para 16% em 2001.

Os dados do Plano Gerontológico da RAM (2009), afirmam que em Portugal no ano de 2007, o número de indivíduos com 65 anos e mais era de 1.787.344, sendo que na RAM este número correspondia a 32.259 indivíduos.

Os indicadores demográficos, relativos a 2008, continuam a reflectir as principais tendências demográficas observadas nos últimos anos, ou seja, um abrandamento do crescimento populacional total e o envelhecimento populacional (INE, 2009).

A população residente em Portugal tem vindo a mostrar um contínuo envelhecimento demográfico, observado também como resultado do declínio da fecundidade e do aumento da longevidade.

A esperança média de vida é um dos importantes factores que tem contribuído para este envelhecimento. Em Portugal, entre 1960 e 2001, a esperança média de vida aumentou cerca de 11 anos para os homens e de 13 para as mulheres (INE, 2002), e para o período entre 2006 e 2008, a esperança média de vida à nascença, foi estimada em 78,7 anos, sendo de 75,49 para os homens e 81,74 para as mulheres (INE, 2009). A esperança média de vida para as mulheres é sempre superior à dos homens, isto é válido tanto para a União Europeia (UE), bem como para Portugal e para a RAM.

O índice de envelhecimento que em 1960 foi de 27 idosos por cada 100 jovens, ultrapassou pela primeira vez os 100 indivíduos em 1999 (INE, 2002) e em 2008 atingiu os 115 idosos por cada 100 jovens (INE, 2009). Estima-se que a proporção de idosos volte a duplicar nos próximos anos, representando em 2050, 32% do total da população (INE, 2002).

Ao mesmo tempo assiste-se também ao fenómeno do próprio envelhecimento da população idosa, ou seja, ao aumento do número dos muito idosos, isto é daqueles com 85 anos e mais. De acordo com o INE (2002) a proporção da população com 75 e mais anos aumentou de 2,7% para 6,7% do total da população entre 1960 e 2000, e a população com 85 e mais anos aumentou de 0,4% para 1,5% no mesmo período.

O envelhecimento surge no entanto a ritmos diferentes entre as várias regiões do país. As regiões do Alentejo, Algarve e Centro pautam-se por elevados níveis de envelhecimento, um fenómeno que se deve sobretudo aos seus surtos migratórios tanto internos como externos encontrando-se uma faixa litoral menos envelhecida.

Em outras regiões, como o Norte do país e as Regiões Autónomas, encontramos ainda uma taxa de natalidade elevada, quando comparada com a média nacional (INE, 2002).

Na RAM a esperança média de vida em 2001 foi de 63,52 anos para os homens e de 77,50 para as mulheres (Plano Gerontológico da RAM, 2009). Constatase que na RAM a esperança média de vida à nascença é mais baixa do que em Portugal e na UE, sendo que em Portugal os homens vivem mais 5,4 anos e as mulheres mais 2,9 do que na RAM e na UE os homens vivem mais 7,2 anos e as mulheres mais 4,1 anos do que na RAM.

Na RAM a população residente com 65 anos e mais aumentou nos últimos 20 anos cerca de 28,5%. Constatase também em 2001, que da população com 65 e mais anos, 37,5% são homens e 62,5% são mulheres, representando 2/3 da população da total RAM (Plano Gerontológico da RAM, 2009). Comparando-se a população idosa da RAM com o todo Nacional, verifica-se que a proporção de idosos com 75 e mais anos é inferior na RAM.

O índice de envelhecimento na RAM em 2006 foi de 72,9 indivíduos idosos por cada 100 jovens. O Concelho de Câmara de Lobos apresentava-se com o menor índice de envelhecimento, 36,5 pessoas idosas por cada 100 jovens e o Concelho de Santana com o valor mais elevado 156,2. Saliente-se que é no Concelho do Porto Moniz que o sexo feminino predomina em termos de população idosa com um índice de 209,7 mulheres com 65 anos e mais por cada 100 mulheres jovens. Aproximadamente um terço da população idosa residente na RAM, habita no concelho do Funchal (Plano Gerontológico da RAM, 2009).

Das projecções para população residente na RAM, sobressai a previsão de um decréscimo populacional a partir de 2020, acentuando-se em 2030. Prevê-se ainda que em 2050 as Regiões Autónomas dos Açores e da Madeira, bem como a Região do Norte deixem de ser as detentoras do título de regiões mais jovens, passando a observar proporções muito próximas das esperadas para o total nacional. As projecções mostram também, que na RAM, em 2050 os indivíduos com 65 anos e mais ascenderão a um número de 71.242, sendo que a população idosa será o dobro da actual, isto é 57,44% da população total.

Para 2050 prevê-se a diminuição do número de jovens dos 0 – 14 e dos 15 – 24 anos e o acréscimo de 112,17% da população com 65 e mais anos, em comparação com 2001 (Plano Gerontológico da RAM, 2009).

Este aumento contínuo da população idosa exige cuidados especiais, em resultado das incapacidades que lhe estão associadas, com consideráveis implicações económicas e sociais.

Segundo Giddens (2009), à medida que o rácio de dependência aumenta (relação entre o número de crianças e aposentados em relação ao número de pessoas em idade activa), irá também aumentar a pressão sobre os serviços de saúde e de segurança social, uma vez que haverá um incremento da sua procura.

Sobressai actualmente, em Portugal, uma preocupação crescente devido ao aumento de inactivos, cuja sobrevivência depende essencialmente de pensões e de um sistema de segurança social já em crise de financiamento (Barreto, s.d). Verifica-se que as despesas sociais e médicas com este grupo etário têm tido um crescimento contínuo. O INE (2002) ao citar o Eurostat (2001) afirma que as despesas com a velhice registaram em 1999, em Portugal, a maior proporção do total das prestações de protecção social, ainda que inferior à da média comunitária.

Calcula-se que em Portugal, 60% dos idosos apresentam pelo menos uma doença crónica, com consequente limitação e sofrimento, e 33% padeçam duas dessas doenças sobrepostas, além de que, a idade avançada constitui um risco acrescido de doença mental (Barreto, s.d).

O envelhecimento é pois um desafio para as sociedades mas também para as famílias, que alteradas em suas estruturas, têm cada vez maiores dificuldades em acompanhar e manter no seu seio as pessoas idosas. Vários foram os factores que contribuíram para essas alterações, podendo referir-se de entre eles as migrações, a integração da mulher no mundo do trabalho, a mobilidade social ligada à cidade e ao trabalho industrial, a educação e a assimilação de novos valores, as atitudes e condutas e à nuclearização das famílias. Conhecidas como importantes mudanças sociais, conduziram a significativas implicações ao nível das estruturas e das relações familiares.

No entanto, é ainda a família que se constitui como principal garante da solidariedade necessária aos seus idosos. Em Portugal, e com base nos resultados dos Censos de 2001, conclui-se que em 32,5% das famílias vive um idoso e que as famílias constituídas apenas por idosos representam 17,5% do total das famílias (INE, 2002).

Os estudos revelam que a maior parte da população idosa vive com o cônjuge. A dissolução familiar verifica-se essencialmente por morte do cônjuge mas os divórcios revelam uma tendência crescente entre a população idosa. Referimos ainda que, do total das famílias só de idosos a grande maioria são constituídas por apenas um idoso (50,5%) e por dois idosos 48,1% (INE, 2002).

No que diz respeito aos aspectos socioeconómicos o INE (2002) revela que a maioria da população idosa é inactiva (81%), representando cerca de 74% na população masculina e 86% na feminina. No entanto a população activa com 65 anos e mais cresceu 64,1% de 1992 a 2001.

Relativamente aos níveis de instrução a maioria dos idosos é analfabeta, sendo esta característica mais acentuada na população idosa feminina.

É importante salientar que a maioria dos idosos tem como profissão principal a agricultura e a pesca, seguido dos quadros superiores da administração pública.

Quanto à ocupação do tempo a maioria das mulheres dedica-se às actividades domésticas, as quais são muito pouco frequentes entre os homens. Já os trabalhos de jardinagem registam valores próximos entre os dois géneros. A maioria das mulheres ocupa mais de 28 horas semanais nos cuidados a outros.

No que se refere às relações sociais e de lazer é bastante significativo o número de relações de vizinhança, materializada nas conversas com os vizinhos, amigos e familiares. No que diz respeito as actividades de lazer quase a totalidade das pessoas mais velhas vê televisão. Os dados do INE (2002) reflectem uma baixa participação sociocultural entre os idosos, constatando que a solidão entre os idosos é um problema bastante actual, com efeitos negativos no bem-estar e na saúde.

Quanto às condições de vida e indicadores de pobreza o INE (2002) refere que a população idosa apresenta baixos níveis de instrução, baixos rendimentos, isolamento físico e social, baixa participação social e cívica a que se juntam condições da saúde, de habitação e de conforto desfavoráveis.

Na consideração da velhice observamos que esta não decorre de um único processo, mas da soma de vários e distintos processos em si, os quais ainda não são conhecidos na sua totalidade.

Os termos ‘velhice’ e ‘envelhecimento’ são distintos, e enquanto o envelhecimento compreende um processo contínuo que, se inicia no momento do nascimento, a velhice corresponde a última etapa da vida, a qual pode ser mais ou menos retardada de acordo com cada indivíduo e com a sua história de vida.

Fernandez-Ballesteros (2009) afirma que etimologicamente a palavra velhice deriva da palavra velho e tem a sua origem no latim “veclus” e que significa “pessoa de muita idade”.

O envelhecimento é definido por Yates (2007, p.545) como *qualquer mudança temporal num objecto ou sistema (...) que pode ser bom, mau ou indiferente a um determinado juízo ou observador.*

Em definitivo, uma assunção básica é que, a velhice (em todos os seus derivados) está em função do tempo que transcorre para um determinado organismo frequentemente medido segundo a sua idade (Robert, 1994; Soares, 2001; Hortelão, 2004).

A primeira Assembleia Mundial sobre o envelhecimento ocorrida em Viena em 1982, foi um dos primeiros eventos que levou a um novo olhar sobre as implicações da

longevidade nas sociedades e no mundo, despertando-as para a necessidade do desenvolvimento de políticas que respondam a esta nova realidade.

O ano de 1999 foi declarado pela Organização das Nações Unidas como o Ano Internacional das Pessoas Idosas e teve como tema 'Uma Sociedade para todas as Idades'. Este foi um ano de reflexão acerca da necessidade da união de esforços em favor da terceira idade de modo que esta etapa da vida possa ser mais digna, tranquila e feliz. Aquela organização considera o período entre 1975 e 2025 como a 'Era do Envelhecimento', gerando consequentemente novos actores sociais os quais precisam de ocupar novos espaços sociais, políticos e económicos que reivindicarão os seus direitos, fazendo prevalecer as suas opiniões. Os idosos têm vindo a ocupar um lugar cada vez mais significativo na estrutura demográfica mundial e como tal na estrutura demográfica portuguesa.

No entanto, para vários autores é a idade cronológica da pessoa que marca a velhice, sendo que outros consideram o aspecto físico, a capacidade intelectual, a forma de ser e a saúde (Fernandes, 2000; Fernandez-Ballesteros, 2009).

Neste sentido, o INE (2002) considera os seguintes limites de idade para cada categoria: 0 – 14 (população jovem); 15 – 64 (população em idade activa ou potencialmente activa); 65 e mais anos (população idosa), idade esta, que em Portugal está associada à idade da reforma.

Apesar de frequentemente a velhice estar associada a aparência física, tendo o seu enfoque na idade cronológica, outras concepções há que consideram ainda a perspectiva psicológica e social (Paschoal, 1996; Paúl, 1997; Fernandes 2000; Fernandez-Ballesteros 2009) e apresentam três conceitos diferentes: a idade cronológica; a idade biológica e a idade psicológica.

A idade cronológica corresponde à idade oficial, marcada pela data do nascimento. A velhice aparece associada à idade da reforma, sendo atribuída aos indivíduos com 65 anos e mais (Fernandez-Ballesteros, 2009). De acordo com Fernandez-Ballesteros (2009), as classificações com base na idade cronológica dizem muito pouco a respeito da forma de envelhecimento, pois considera mais atractivas aquelas respeitantes ao como se envelhece, as quais aparecem muito ligadas à idade funcional.

A idade biológica, por sua vez corresponde ao estado orgânico e funcional dos diferentes órgãos, aparelhos e sistemas. É entendida como um processo contínuo e é medida pelas capacidades funcionais ou vitais e pelo limite de vida dos sistemas orgânicos que vão perdendo a sua capacidade adaptativa e de auto-regulação (Paúl 1997; Figueiredo, 2007).

Por fim, a idade psicológica, que, segundo Fernandes (2000), não depende nem da idade, nem do estado orgânico. Neste sentido, o envelhecimento psicológico resul-

ta de um equilíbrio conseguido entre a estabilidade e a mudança, entre o crescimento e o declínio.

Nesta linha, foi posteriormente introduzido o termo ‘idade sociocultural’ para definir os papéis adoptados e esperados pelos idosos dentro da sua sociedade e cultura. Este conceito é suportado por um conjunto de comportamentos, hábitos e estilos pelos quais o indivíduo é julgado no seu ambiente. Refere-se aos papéis sociais apropriados às expectativas da sociedade face aos idosos (Figueiredo, 2007). A sociedade estabelece determinados papéis às distintas idades da vida, estabelece uma educação obrigatória, a idade do matrimónio, a idade laboral.

Nesta perspectiva o envelhecimento deve ser entendido como um conceito referente à forma como cada sociedade conceptualiza esta fase do ciclo de vida.

Fernandez-Ballesteros (2009) procurou ultrapassar estas distinções entre idades e trouxe à luz o termo de “idade funcional”, definindo-a como o conjunto de indicadores (elasticidade cutânea, equilíbrio estático, força, capacidade vital, tempo de reacção, habilidades funcionais, satisfação com a vida e amplitude de redes sociais) que permitem prever o envelhecimento satisfatório – menos mudança e mais estabilidade.

Esta abordagem no entanto apresenta as suas dificuldades, concretamente na validação do conceito em si, pelo que o autor considera ser esta a justificação do termo ter pouco uso, sendo por isso, o conceito de idade biológica, o único que se mantém mais presente, pelo que a idade física continua a ser um dos principais indicadores de velhice.

Costa (2002) considera que a velhice fará sempre parte do ‘destino biológico’ do homem, pois embora não exista ainda uma base fisiológica, psicológica ou social que permita marcar o seu início, o envelhecimento traduz-se por uma diminuição das capacidades de adaptação ao meio e às agressões de vida, e que as diferenças de envelhecimento são, em parte, geneticamente determinadas, mas substancialmente influenciadas pela nutrição, estilos de vida e ambiente.

Unânime é a conclusão de que o envelhecimento é um processo complexo e resultante da interacção entre factores biológicos, psicológicos e sociais.

Lidz (1983, citado por Fernandes, 2000), caracteriza o envelhecimento de acordo com três fases sucessivas, as quais podem acontecer em simultâneo ou não ocorrer alguma delas.

Na primeira fase, designada por ‘Idoso’, não se observam grandes alterações orgânicas mas sim as modificações no modo de vida, decorrentes da reforma, sendo a pessoa idosa ainda capaz de satisfazer as suas necessidades.

A segunda fase designada por ‘Senescência’ ocorre quando o idoso passa a sofrer alterações na sua condição física, que o levam a ter de confiar nos outros, correspondendo a uma velhice avançada (Barreto, s.d.; Figueiredo, 2007).

A terceira fase, a 'Senilidade', acontece quando o cérebro já não exerce a sua função como órgão de adaptação, tornando-se o indivíduo dependente e necessitado de cuidados completos.

Outras abordagens do envelhecimento são, no entanto apresentadas por outros autores, tendo subjacente o conhecimento das alterações decorrentes deste mesmo processo. Eles caracterizam o envelhecimento de acordo com três tipos: primário, secundário e terciário, na consideração da distinção entre o fisiológico e o patológico.

O envelhecimento primário (normal), é entendido como o limite intrínseco da longevidade celular, processo normal, gradual e previsível o qual está geralmente na dependência de factores genéticos. O envelhecimento primário parece estar subjacente à longevidade máxima relativamente constante e o envelhecimento secundário explica muita da variabilidade entre seres da mesma espécie (Figueiredo, 2007).

O envelhecimento secundário (patológico), é entendido como consequente de efeitos acumulados das agressões ambientais, traumatismos e doenças ao longo da vida.

Por fim o envelhecimento terciário, corresponde a um período mais ou menos longo, próximo da morte em que se assiste à deterioração, de aspectos geralmente considerados como não variando com a idade.

Paúl (1997), ao se referir a Birren e Cunningham, (1995) salienta que, enquanto no envelhecimento primário o aspecto do funcionamento intelectual mais afectado seria a velocidade perceptiva, no secundário seria o raciocínio com implicação da capacidade indutiva e no terciário seria a própria compreensão verbal que seria afectada.

Também Figueiredo (2007) menciona Birren e Schroots (1996), que propõem um padrão de envelhecimento apresentando o conceito de "envelhecimento terciário", ou padrão de declínio terminal, o qual é caracterizado por mudanças súbitas em diversas capacidades cognitivas e funcionais que ocorre num dado momento da velhice e que precede imediatamente a morte.

Em sentido oposto, Fernandez-Ballesteros (2009) cita vários autores, os quais, se referem à velhice em termos velhice normal e velhice patológica e aludem a um terceiro tipo de velhice, a velhice saudável, competente, satisfatória ou com êxito. Este tipo de velhice é definido, como tendo baixa probabilidade de enfermidade e de incapacidade, associada a um alto funcionamento cognitivo, físico e funcional e um compromisso activo com a vida. Esta diferenciação é, no entanto, uma questão particularmente complexa, no que se refere à sua dificuldade de delimitação entre o normal e o patológico principalmente nos grupos conhecidos por grandes idosos.

Quando estabelecemos como objecto de estudo o 'velho', geralmente focalizamos aquele que sofre de certas doenças, por esta razão com frequência, a gerontologia se vê reduzida ao estudo da velhice deficitária (Ballesteros, 2009).

Mas a velhice é um estado do indivíduo, supõe uma etapa de vida, uma condição temporal, um largo processo que ocorre, desde o nascimento até à morte.

Neste sentido se desenvolve, o que já referimos por, 'Idade Psicológica', a qual está relacionada com às capacidades de natureza psicológica utilizada pelos indivíduos para adaptação às mudanças ambientais. Neste conceito estão incluídos sentimentos, cognições, motivações, memória, inteligência, e outras capacidades de auto - controlo e auto-estima.

O desenvolvimento psicológico não segue apenas uma direcção de mudança, nomeadamente crescente, mas envolve declínios e perdas, pois nenhuma fase do crescimento é caracterizada exclusivamente por crescimento ou declínio. Durante a vida, ganhos e perdas na função biológica e psicológica coexistem e condicionam-se mutuamente (Baltes *et al.*, 1998; Heckhausen, 2005; Fernandez-Ballesteros, 2009).

A investigação no âmbito da psicologia do envelhecimento, segundo Figueiredo (2007), tem focado essencialmente os domínios da personalidade e do funcionamento cognitivo, privilegiando o estudo da inteligência, memória e aprendizagem.

No modelo de evolução da personalidade, elaborado por Erickson (1976), o desenvolvimento dar-se-ia em oito estádios, cada um deles assentando no precedente e constituindo a base do seguinte, sendo o conflito e a sua resolução o motor que permitiria a passagem de um estágio a outro. De acordo com o modelo proposto por Erickson (1976), a tarefa da velhice é gerir a contradição entre a integridade pessoal e o desespero, entre o desejo de sentir prazer em viver e envelhecer com dignidade e a ansiedade associada à morte. Nesta fase da vida a pessoa faz o balanço da sua vida, medindo a distância entre as finalidades a que se propôs e as que atingiu (Berger, 1995).

A última etapa da vida pode ser aqui entendida como a continuação do que foi a existência da pessoa, dos seus sucessos e fracassos, das suas ambições e realizações, do seu sonho e da sua realidade. Este balanço alternado entre ganhos e perdas ao longo da vida é bem reflectido em muitas concepções acerca do desenvolvimento psicológico dos adultos. Os últimos anos de vida poderão ser um tempo de reflexão acerca dos feitos de uma vida, mas que permite também que os indivíduos continuem a crescer, a aprender e a explorar (Giddens 2009).

Para Erickson (1976), o estilo de integridade desenvolvido pela cultura ou civilização torna-se o 'património de sua alma', o selo de si mesmo, sendo que, a falta ou a perda dessa integração acumulada do ego é simbolizada no temor da morte: o uno e único ciclo da vida que não é aceite como o limite extremo da vida. A desesperança

exprime aqui o sentimento de que o tempo já é curto, para a tentativa de começar outra vida e para experimentar rotas alternativas para a integridade.

Envelhecer satisfatoriamente depende, assim, do delicado equilíbrio entre os limites impostos pelos anos vividos e as capacidades e potencialidades de cada pessoa. Esta relação irá possibilitar ao idoso lidar, com diferentes graus de sucesso e com as perdas características do envelhecimento (Trentini *et al.*, 2008).

Em resumo, podemos dizer que o envelhecimento psicológico resulta de um equilíbrio entre estabilidade e mudança e, também, entre crescimento e declínio. Significa, que a partir de uma determinada idade algumas funções estabilizam (como a maior parte das variáveis da personalidade), outras, - na ausência de doença - experimentam um crescimento ao longo de todo o ciclo vital (como a experiência ou os conhecimentos) e, finalmente, outras declinam e comportam-se da mesma forma, como a chamada idade física (como a inteligência fluida ou o tempo de reacção).

Os diferentes percursos de vida, determinam em grande medida os recursos dos idosos, mas não se pode aceitar uma visão simplista onde os idosos nos são apresentados como grupo homogéneo e uniforme, caracterizado pela diminuição de capacidades vitais, de recursos sociais e económicos (Paúl, 1997). Pelo contrário o envelhecimento tem como principal característica a variabilidade inter e intra individual, isto é, existem padrões de envelhecimento diferentes entre indivíduos com a mesma idade cronológica, como nas distintas funções de um mesmo indivíduo (Paúl, 1997; Figueiredo, 2007).

No limiar do século XXI, um dos primeiros objectivos da OMS é aumentar a expectativa de vida activa, ao contrário do objectivo anterior, aumentar a esperança de vida (Soares, 2001), assim o importante é não só dar mais anos à vida mas essencialmente dar mais vida aos anos, com saúde para todos. Para a concretização desta meta, é necessário identificar e conhecer as necessidades e as forças escondidas em cada situação específica de modo a potenciar e qualificar a vida da pessoa idosa, para o que será necessário ter em conta a autonomia, a assistência, a participação, a saúde e a protecção (Oliveira, 2006).

Nas últimas décadas o tempo médio de vida tem aumentado consideravelmente, a qualidade de vida dos mais velhos é muito melhor e a preocupação com uma saúde suficiente é uma exigência não só das organizações de saúde internacionais como nacionais e locais (Grün, 2009).

Tanto a perspectiva biológica como social não apresentam de todo uma visão global do envelhecimento, pelo que é importante abordar a perspectiva psicológica, pois o número de anos não dá por si só uma visão sobre a qualidade de vida, sobre a saúde ou sobre a experiência psicológica ou social do indivíduo.

Segundo Grün (2009), envelhecer não é apenas uma desintegração, tal como todas as etapas da vida, tem o seu próprio valor, a sua própria magia, a sua própria sabedoria.

A idade em última análise não se mede tanto pelo número de anos, mas pelo como, a pessoa se sente, como vive, como se relaciona com a vida e com os outros.

1.1- TEORIAS SOCIOLOGICAS DO ENVELHECIMENTO

A pesquisa gerontológica tem-se centrado na reflexão do bem-estar das pessoas idosas e na satisfação com as suas vidas. No entanto, encontramos desacordo acerca do que constitui a boa qualidade de vida. Alguns acreditam que a boa qualidade de vida consiste na manutenção da actividade e envolvimento (teoria da actividade) e outros na reforma – retirada e libertação das actividades da meia-idade (teoria da separação) (Bond & Corner, 2004).

Três importantes teorias têm dominado os estudos da gerontologia social tentando explicar a influência dos factores culturais e sociais: teoria da actividade, teoria da continuidade e teoria da separação.

A essência da teoria da actividade é a de que existe uma relação positiva entre actividade e satisfação de vida. Uma relação linear foi postulada: quanto maior é o papel das perdas, menor é a satisfação de vida (Bond & Corner, 2004). Esta teoria procura explicar como é que os indivíduos se ajustam às mudanças decorrentes da idade.

Na Teoria da Actividade (Bond & Corner, 2004), a chave é acreditar que o envelhecimento com sucesso pode ser conseguido pela manutenção dentro da velhice dos modelos de actividade e valores experienciados na meia-idade.

Esta teoria baseia-se em duas hipóteses, a primeira defende que as pessoas mais velhas e mais activas são mais satisfeitas e mais bem ajustadas do que as pessoas passivas, a segunda considera que as pessoas idosas podem substituir a perda de papéis antigos por novos, para manterem o seu lugar na sociedade. A felicidade no final da vida é conseguida com a recolocação de novas relações, actividades e papéis no sentido de manter a satisfação de vida (Berger, 1995; Bond & Corner 2004).

Em particular a actividade interpessoal foi demonstrada como sendo consistentemente importante para predizer o sentido individual de bem-estar nos anos tardios. As pessoas que ocupam grande parte do seu tempo em organizações sociais e voluntárias são, provavelmente, as que possuem maior ajustamento pessoal e social.

Um elevado nível de actividade na idade avançada foi também evidenciado como bom preditor de satisfação de vida (Neugarten *et al.*, 1961; Paul, 1996). As relações

com confidentes próximos têm sido demonstradas como sendo protectoras da depressão (Brown & Harris, 1978).

A conclusão substantiva da relação simples e linear entre níveis de actividade na velhice e satisfação de vida, referida em estudos empíricos foram, no entanto, insuficientes para explicar a complexa interacção entre os indivíduos e as mudanças no ambiente social.

Na actualidade é possível para as pessoas da terceira idade estarem empenhadas num estilo de vida activo mas, para muitos, o declínio nas redes sociais, perdas de confidentes próximos e má saúde física e mental torna a manutenção de um estilo de vida activo um desafio. Sendo uma teoria que enfatiza a acção, pode conduzir a uma perspectiva reducionista, não atendendo ao declínio físico e mental incapaz de compensar antigos papéis (Siqueira, 2002).

A Teoria da Continuidade, por sua vez, enfatiza a continuidade na vida das pessoas e as estratégias de adaptação utilizadas para manter os modelos de pensamento, o perfil de actividade, as relações sociais e toda a qualidade de vida.

A teoria da continuidade, refere-se ao desenvolvimento contínuo e à adaptação ao longo do curso de vida, ou seja, apesar das mudanças no estado de saúde, funcionamento físico e circunstâncias sociais, uma larga proporção de pessoas idosas, apresentam considerável consistência nas suas atitudes e valores, nos modelos de pensamento, actividades sociais em que participam e na natureza das suas redes sociais (Berger, 1995; Born & Corner, 2004).

A essência desta teoria centra-se na habilidade das pessoas para desenvolver estruturas cognitivas com as quais organizam e interpretam as suas experiencias de vida. Ao envelhecermos, desenvolvemos concepções claras de nós mesmos e do mundo à nossa volta, usando as nossas experiencias do tempo de vida: tomamos decisões, actuamos e propomos metas para realizar as nossas vidas diárias; assumimos ser dinâmicos e entidades auto-sabedoras que conhecem as suas forças e fraquezas; e adquirimos um sentido de acção pessoal.

A teoria da continuidade assume que os nossos modelos de adaptação, não obstante a continuação do desenvolvimento e da aprendizagem ao longo do curso de vida, tem como objectivo, não permanecer o mesmo, mas adaptar atitudes, valores e crenças em resposta às mudanças do curso de vida e às mudanças sociais (Bond & Corner, 2004).

O processo de adaptação ao longo da vida é influenciado pelo contexto social no qual vivemos. As nossas construções sociais da realidade são influenciadas por tudo o que nos rodeia e pelos meios de comunicação. A nossa própria construção desenvolve-se em resposta às nossas experiências de vida e estas determinam o modo como pensamos acerca de nós mesmos, os nossos estilos de vida pessoais e qualidade de

vida. Nós somos livres para decidir como construímos a nossa própria realidade social, contudo muitas sociedades tentam influenciar o modo como pensamos acerca de nós mesmos. Isto tem implicações no modo como a qualidade de vida é definida. Percepções subjectivas acerca da nossa própria qualidade de vida terão maior significância para a teoria do que os chamados indicadores objectivos.

A teoria da continuidade evidencia tanto a continuidade interna como a continuidade externa. A continuidade interna pode ser conseguida em termos de como mantemos a maneira de pensamento acerca do ser e o significado que damos às nossas vidas. A continuidade externa pode ser observada através do nível de consistência ao longo do tempo nos nossos papéis sociais, actividades e relações.

Por último e, em contraste com a teoria da actividade, a teoria da separação, também conhecida como teoria da desinserção, formalmente testada segundo Bond e Corner (2004), foi inicialmente explicada por Cumming e Henry (1961, p.211) como sendo *um processo inevitável no qual muitas das relações entre as pessoas e os outros membros da sociedade são separadas e aquelas que permanecem são alteradas em qualidade*. A teoria diz que o processo de separação é o método pelo qual a sociedade se prepara para a mudança de papéis dos seus membros então quando o inevitável chega não há um rompimento na ordem de funcionamento da sociedade.

A essência da teoria da separação é a ideia de que os idosos e a sociedade se preparam, através da redução na actividade social e participação, pelo ultimato “separação”, o qual é causado pela doença incapacitante ou morte.

Esta perspectiva preconiza que as pessoas idosas desejam reduzir os seus contactos sociais para se sentirem mais felizes. O processo de retirada pode ser iniciado pelo indivíduo ou pela sociedade. Esta teoria é muito influenciada pelos padrões culturais tendo sido, no entanto, criticada, particularmente, porque a sua implicação sugere que a separação é desejável e portanto conduz a uma política de indiferença para com os problemas da pessoa idosa (Bond & Corner, 2004).

Esta teoria foi mais tarde sujeita a modificações no sentido de se apresentar menos rígida em relação à sua concepção. Assim, Thomae (2003) destacou os aspectos qualitativos considerando o envelhecimento menos marcado por uma diminuição quantitativa de contactos, mas por uma reestruturação qualitativa dos mesmos e apontou também para os aspectos das diferenças de personalidade.

Embora raramente seja apresentada e usada, a sua base conceptual permanece implícita em algumas teorias gerontológicas correntes. Assim, como a teoria da actividade, a sua simplicidade contrasta com a complexidade do mundo moderno mas é suportada pelo comportamento de algumas pessoas idosas.

1.2- ENVELHECIMENTO COM SUCESSO

Na consideração do processo de envelhecimento e das teorias acerca do fim da vida, a psicologia social marcou o seu contributo com a perspectiva do curso de vida (life-span), (Sugarman, 1986) e a psicologia com as teorias do envelhecimento com sucesso (Baltes & Carstensen, 1996), as quais têm sido um importante contributo na literatura gerontológica (Paul, 1996).

O conceito de envelhecimento com sucesso é também um dos temas em destaque dentro do âmbito gerontológico já há um largo número de anos. O conceito foi descrito inicialmente tendo como suporte a ideia de que o envelhecimento com sucesso pode estar à volta de factores tais como a boa saúde, segurança económica e presença de amigos e familiares (Bond & Corner, 2004).

O ressurgimento da noção de envelhecimento com sucesso pode ser atribuído ao trabalho pioneiro de Baltes e Baltes (1990b). A sua abordagem do processo de envelhecimento em termos de satisfação de vida foca-se no entendimento da maximização dos benefícios associados ao envelhecimento juntamente com a minimização das perdas. Os autores equacionam um balanço entre aspectos qualitativos e quantitativos do envelhecimento, identificam um número de indicadores chave do envelhecimento com sucesso frequentemente usados na medição de resultados no fim da vida e propõem os seguintes indicadores chave: Duração da vida; Saúde biológica; Saúde mental; Eficácia cognitiva; Competência social e produtividade; Controlo pessoal; Satisfação de vida (Baltes & Baltes, 1990b), entendendo-se que os idosos bem sucedidos são aqueles que têm boa saúde, com altos níveis de funcionamento físico e mental e compromisso activo no meio ambiente (Rowe & Kahn, 1977).

Passadas duas décadas (Baltes *et al.* 1984; Baltes & Baltes 1980, 1990a; Featherman *et al.* 1990; Baltes & Carstensen 1996; Baltes *et al.*, 2005) apresentaram o modelo da optimização selectiva com a compensação.

Baltes e Baltes (1990a), deram relevo a alguns dos recursos psicológicos dos idosos especialmente a sua habilidade de empregar estratégias compensatórias, quando se deparam com dinâmicas de mudança e diminuição das suas reservas. Essas estratégias compensatórias, ou estratégias para o envelhecimento com sucesso, são a Selecção, a Optimização e a Compensação (SOC). Brown *et al.*, (2004), consideram que estas estratégias estão associadas a elevados níveis de satisfação com a vida e de qualidade de vida.

Assim, o envelhecimento com sucesso surge como um processo dinâmico de balanço assimilativo (actividades de manutenção), acomodativo (ajustamento a objectivos flexíveis) e selectivo (estratégias com objectivos de manutenção realísticos e sentido prático do ser), Brown *et al.* (2004). O tema do envelhecimento com sucesso é

compreendido como envelhecimento positivo e óptimo, orientado para alcançar o próprio potencial e encontrar o bem-estar físico, psicológico e social, bem como a capacidade de se adaptar valores para conhecer as mudanças do fim da vida (Brown *et al.*, 2004).

O modelo do envelhecimento bem sucedido de Rowe e Kahn (1997) aborda multidimensionalmente a heterogeneidade do processo de envelhecimento e define o envelhecimento saudável como a capacidade de manter três componentes ou características chave: baixo risco de doença e deficiência relacionada com a doença, alta actividade mental e física e envolvimento na vida quotidiana. Estes indicadores ilustram o desafio da teoria do envelhecimento com sucesso, nomeadamente a rivalidade entre indicadores objectivos e subjectivos. Baltes e Baltes (1990b) adoptaram a posição 'científica' de que os indicadores subjectivos não são 'úteis' devido à habilidade da mente humana de reprimir as expectativas e consideram os indicadores objectivos mais apropriados. As suas críticas aos indicadores subjectivos focam-se na evidência de que as pessoas idosas experienciam qualidades de vida muito diferentes quando referem visões similares na sua qualidade de vida (Bond & Corner 2004).

A teoria do envelhecimento com sucesso apresentada por Baltes e Baltes (1990a) assenta em sete proposições:

- 1) existem maiores diferenças entre o envelhecimento normal, óptimo e patológico.
- 2) existe muita variabilidade no envelhecimento.
- 3) existem muitas reservas latentes.
- 4) existe um envelhecimento de perdas perto dos limites de reserva.
- 5) o conhecimento baseado na pragmática e na tecnologia pode contrabalançar os declínios referentes à idade na mecânica cognitiva.
- 6) com o envelhecimento o balanço entre ganhos e perdas torna-se menos positivo.
- 7) o ser permanece resiliente na velhice.

Baltes e Baltes (1990b) apresentam seis pontos aos quais chamam de estratégias para o envelhecimento com sucesso:

- empenhamento com um estilo de vida saudável para reduzir os efeitos do envelhecimento patológico;
- ter soluções simples, coragem individual e flexibilidade social;
- fortalecer a própria capacidade de reserva através de actividades educacionais, motivacionais e de referências de saúde;
- identificar métodos de compensação para limitar a capacidade reserva através de planos apropriados à idade, estilo de vida e ambientes amigos da idade;

- assistir os indivíduos para adquirirem estratégias efectivas envolvendo mudanças nas aspirações e o alcance das metas e
- aceitação das perdas funcionais e cognitivas e mudanças de objectivos e aspirações.

Mas para muitos indivíduos estas estratégias não são aceitáveis por motivos sociais e culturais. Estratégias de melhoramento de saúde pública e da qualidade de vida através do ajustamento ao processo de envelhecimento serão difíceis de implementar como as políticas públicas. Muitas das barreiras de adopção de tais estratégias são o resultado da sociedade em que vivemos.

O envelhecimento bem sucedido tem mais a ver com o caminho que se percorre (processo) do que com o destino (estado final), ter metas e motivação para tentar alcança-las, implicando a existência de sentido e direcção na vida bem como capacidade de acção para seguir essa direcção (Daatland, 2005). Nesta direccionalidade, considera a autora, encontra-se o sentido de auto-estima e o propósito da vida concluindo que o teste final do que é qualitativamente boa vida, pode não ser claro para nós até atingirmos o grande fim da vida de nós mesmos. Os grandes pontos de viragem e o cruzamento da vida tendem a nos ajudar a separar o importante do trivial, a extrair o que realmente conta, das coisas com menor importância. O importante pode ser depois o sentir-se na casa em si mesmo e junto de outros significantes e não ser um estranho na vida e na sociedade (Daatland, 2005).

Tomando a abordagem da orientação do processo os indivíduos podem definir a sua própria vida no mundo, fixando metas apropriadas às suas necessidades pessoais e desejos, antes da imposição do mundo social e universal (Baltes & Carstensen, 1996).

A abordagem da diversidade de conhecimentos das pessoas idosas foi reconhecida pelas gerações nascentes de gerontologistas. A idade em si mascara a variação considerável em auto-concepções tanto nos recursos pessoais como sociais os quais existem claramente entre as pessoas da mesma idade. A abordagem centra-se nas estratégias individuais usadas para alcançar as metas e foca-se no balanço entre ganhos e perdas providenciando uma perspectiva positiva do envelhecimento humano ainda que o fim da vida seja visto como um tempo de perdas, isolamento social, empobrecimento e dependência.

Ao longo dos anos o conceito de envelhecimento com sucesso tem sido equacionado com a ideia da boa qualidade de vida. Paul *et al.* (2005), consideram a qualidade de vida como um dos aspectos centrais no âmbito da gerontologia, entendendo que envelhecer com sucesso implica ser competente e empenhado na vida.

1.3- A INSTITUCIONALIZAÇÃO

O envelhecimento é reconhecido como uma conquista civilizacional, mas apresenta como contraponto questões sociais e económicas com elevadas repercussões financeiras, havendo necessidade de se estabelecer e definir os diferentes níveis de responsabilidade nas repostas para esta população.

A sociedade, a família e o próprio indivíduo são agentes nas respostas a serem encontradas, embora nos últimos anos os governos tenham procurado traçar programas de modo a poder responder a esta demanda.

Martins (s.d.) considera que a velhice se tornou um problema social e como tal passou a mobilizar gente, meios, esforços e atenções de modo a encontrar respostas adequadas e orientadas para este grupo da sociedade.

A consciencialização social levou a que o apoio aos idosos fosse paulatinamente transferido do seio familiar para a esfera social e institucional.

A instituição é definida como *acto ou efeito de instituir, organização ou estabelecimento de utilidade pública* (Manuel, 1998).

Historicamente, os 'asilos' e 'albergues' para idosos destinavam-se aos desprovidos de recursos - sem vínculos familiares e impossibilitados de viverem sozinhos (Oliveira, 2006).

A partir do século XIX surgem novas instituições, a par do conceito de terceira idade, criadas idealmente para incorporar os idosos na sociedade.

À institucionalização de longa permanência era atribuído um carácter mais assistencialista, onde o cuidado ao idoso se baseava no oferecer abrigo e alimentação.

Actualmente, os Lares de Idosos são entendidos como equipamentos colectivos de alojamento permanente ou temporário, destinados a oferecer respostas aos idosos que se encontram em risco ou com perda de independência e ou autonomia, assegurando a satisfação das necessidades básicas. Nesta resposta além do fornecimento de alimentação, higiene e conforto e fomenta-se o convívio e a ocupação dos tempos livres (Plano Gerontológico da RAM, 2009)

Deve procurar-se que este serviço seja cada vez mais de qualidade, de modo a que cada idoso seja atendido adequadamente na satisfação das suas necessidades, pois a instituição deverá ser um lugar onde a vida seja valorizada e a dignidade do idoso reconhecida, até no seu leito de morte (Born, 1996).

No que se refere à atenção a dar à pessoa idosa, Zimmerman (2000) refere que é essencial aprender a respeitar e a valorizar alguns aspectos para um cuidado mais ajustado. Neste sentido a autora refere a importância do respeito, da preservação da independência e da autonomia, a promoção da estimulação biopsicossocial e oferta de cuidados específicos.

Na RAM, os estabelecimentos de acolhimento de idosos apresentam uma configuração tripartida atendendo à natureza jurídica das entidades que estão na sua génese. Assim encontramos os estabelecimentos oficiais, cuja iniciativa é pública e a sua gestão é assegurada pelo Centro de Segurança Social da Madeira (CSSM); os estabelecimentos de organizações particulares sem fins lucrativos à responsabilidade de pessoas colectivas de direito privado e utilidade pública, as Instituições Particulares de Solidariedade Social (IPSS); e os estabelecimentos de iniciativa privada, com fins lucrativos (Provedor de Justiça, 2008).

As instituições sem fins lucrativos, destinadas a idosos, são geralmente mantidas por associações religiosas ou beneficentes. Assiste-se, contudo, a um número crescente de instituições privadas, com fins lucrativos cujo objectivo é a oferta de serviços aos idosos nas mais variadas vertentes.

Actualmente pretende-se que a instituição seja um local onde a pessoa idosa encontre o apoio necessário para recuperar e otimizar as suas capacidades físicas, psíquicas, emocionais e de relação com o meio. O objectivo é preservar, promover ou recuperar as competências e habilidades de cada idoso.

Paúl (1997) considera que o desenvolvimento do trabalho assalariado retira progressivamente à família a sua anterior função educativa e de segurança social, a qual passa a ser, cada vez mais, da responsabilidade pública, do Estado. As consequências desta evolução vão pois reflectir-se na vida dos idosos, determinando em grande parte o aumento da institucionalização.

Para Martins (s.d.) foram as alterações nas políticas sociais, bem como, o aumento da procura e a ocorrência de mudanças no tecido e contexto da sociedade, que levaram ao alargamento de uma rede de instituições de alojamento para idosos.

Assim vemos emergir uma acção social, que na sua maior parte, é exercida por instituições particulares de solidariedade social e outras organizações privadas, apoiadas financeiramente pelo estado, mediante protocolos de cooperação.

Na conclusão do seu trabalho, Coimbra e Brito (1999) afirmam que apesar de se promover a permanência do idoso no seu meio ambiente habitacional e social, ainda não existem condições necessárias e suficientes por parte do meio e também das próprias famílias para assumir este compromisso.

Os factores que levam à institucionalização dos idosos, na opinião de Araújo (2009), estão assim, relacionados com a alteração da sua condição de saúde que muitas vezes conduz à exaustão do exercício do papel do cuidador e aos custos associados aos cuidados. A dependência dos idosos, bem como sua deterioração cognitiva, são factores preponderantes e conduzem por norma, à sua institucionalização, transferindo-se o apoio à pessoa idosa, da família para as instituições de acolhimento tanto estatais, como particulares.

Se a perda de autonomia física é um factor determinante na opção do internamento, e se muitos idosos que vivem nos lares são dependentes fisicamente, também é verdade que associados estão outros factores que condicionam a decisão do internamento em lar, tais como a vulnerabilidade, o isolamento e a pobreza (Fernandes 2000; Hortelão, 2004).

Paúl (1997) afirma que a institucionalização ocorre geralmente na sequência da incapacidade funcional, combinada com a ausência ou insuficiência de apoios sociais, sendo para isso necessário um ambiente que proporcione ao idoso oportunidades de autonomia. As perdas acontecem nas fases da vida em que o apoio dos mais próximos se encontra muitas vezes diminuído, quer por morte quer também por incapacidades (Paschoal, 1996), considerando Oliveira (2006) que quanto maior é o apoio da família, menor é a probabilidade de institucionalização.

O recurso à institucionalização apresenta-se, assim como uma forma de proporcionar o suporte que as famílias apresentam dificuldade em garantir, de oferecer níveis de bem-estar favoráveis a uma melhor inserção socioeconómica e de influenciar positivamente a qualidade de vida dos idosos que vivem sós (Coimbra & Brito, 1999), sendo que uma vez dada a institucionalização, o que importa é evitar os factores negativos da mesma (Fernandes, 2000).

A resposta à institucionalização poderia consistir na entrada na vida e no ambiente do idoso de “alguém”, conhecido ou desconhecido, no sentido de acompanhar e/ou responsabilizar-se pelos cuidados necessários à pessoa dependente, permitindo que o idoso permaneça mais tempo no seu ambiente, adiando ou mesmo evitando um internamento.

A institucionalização pode apresentar-se, como um factor de stress, como uma perda de controlo, mas pode constituir-se também como uma opção benéfica para o idoso com progressiva dependência e necessidade de cuidados mais específicos.

O trabalho realizado por Araújo (2009), constatou que nas relações estabelecidas em contexto institucional, por um lado está subjacente a afectividade, expressa em sentimentos de respeito e estima, e por outro, a existência de um vínculo entre os idosos e a instituição que os acolhe.

Este vínculo é percebido por grande parte dos idosos, como um aspecto favorável à sua permanência na instituição, ou seja, é neste espaço que os idosos consideram que não representam uma sobrecarga para as famílias. Muitas viviam no domicílio num dualismo intransponível, porque dependiam totalmente dos cuidadores informais para as actividades da vida diária, mas não queriam constituir um fardo para os cuidadores familiares.

Tentando compreender quais são os benefícios da institucionalização para a vida dos idosos, ao serem cuidados por parte de cuidadores formais, Araújo (2009) salienta

o apoio nas actividades de vida diária, a redução das suas responsabilidades, a independência, as actividades de lazer, a vigilância do seu estado de saúde e o bem-estar. A presença de profissionais aumenta o sentimento de segurança, representando a institucionalização uma forma de apoio eficaz e o apoio nas actividades de vida diária uma mais-valia para os idosos institucionalizados (Araújo, 2009).

De igual modo a redução da responsabilidade permite ao idoso e de acordo com a sua condição de saúde, usufruir do tempo disponível para outras actividades. A independência é outro dos benefícios que leva alguns idosos a optar pela institucionalização, pois assim, não se sentem dependentes de familiares ou sobrinhos, particularmente as pessoas solteiras.

A autora supracitada (2009) verificou que as actividades de lazer constituem um aspecto gratificante e compensador para os idosos institucionalizados, pois permitem ocupar melhor o seu tempo. Estas previnem a deterioração cognitiva e o declínio funcional. A manutenção de actividades de lazer permite ao idoso institucionalizado manter vínculos afectivos com o exterior, sem que a institucionalização represente um corte radical com o contexto domiciliário e com as relações existentes e anteriores à institucionalização.

A institucionalização pode também levar ao aumento de oportunidades de interacção e papéis sociais adequados ao idoso, melhorando assim a sua auto-estima.

Fernandes (2000) defende que os idosos devem ser sensibilizados para a realização de actividades que aumentem a sua actividade física e mental de modo a evitar que adopte uma atitude passiva ou de queixas. A autora defende ainda a necessidade de se determinar periodicamente os efeitos da institucionalização no idoso.

Como dificuldades e aspectos negativos Araújo (2009) sublinha os sentimentos de tristeza e anedonia manifestados através da solidão, os quais estão relacionados com a falta de relação com as pessoas significativas.

Falando dos cuidados prestados pelos cuidadores formais, a dor e a falta de afecto são os aspectos mais referidos pelos idosos. Neste sentido, entre os factores que podem intervir de forma negativa na institucionalização podem estar a despersonalização, a desinserção familiar e comunitária, o tratamento massificado e a vida monótona e rotineira que trata todos os idosos de igual forma, sem atender às suas diferenças em contraste com o amor e o ambiente seguro providenciado pela família ou pelos membros da comunidade (Fernandes, 2000; Victor, 2000).

Fernandes (2000) considera que a institucionalização pode ter os seus riscos e perigos, podendo causar regressão e desintegração social, falta de privacidade, perda de responsabilidade por decisões pessoais, rotinas rígidas, ausência de estimulação intelectual e privação espiritual, o que poderá conduzir à perda de amor-próprio, inte-

resses e respostas emocionais diminuídas, dependência excessiva, comportamento automático e perda de interesse pelo mundo exterior.

No que se refere aos cuidados de enfermagem, Araújo (2009) salienta que são os cuidados técnicos e relacionais, que os idosos mais valorizam no exercício profissional dos enfermeiros, reiterando que a sua presença permanente nas instituições seria crucial para a melhoria da qualidade de vida aos idosos institucionalizados.

No entanto, há que reconhecer que ainda hoje o recurso à institucionalização é conotado com uma imagem negativa, um último recurso, um destino inevitável no percurso de vida, sendo poucos os idosos que a aceitam de forma positiva e tranquila.

Apenas a consciência de um problema físico grave, a perda do cônjuge, ou outro facto marcante podem determinar que o idoso se mude da sua casa voluntariamente, pois os idosos mostram-se mais satisfeitos no seu lar, mesmo que não tenham os níveis de qualidade desejáveis (Hortelão, 2004).

Coimbra e Brito (1999) consideram que embora exista a opinião generalizada de que o idoso integrado no seu seio familiar poderá ter uma vida com mais qualidade, independência e convívio social, verifica-se que maioria ainda se encontra perante inúmeros constrangimentos, dificuldades e situações críticas que poderiam ser ultrapassadas pela institucionalização.

A Institucionalização, por sua vez, tem maior probabilidade de ser bem sucedida quando o idoso se encontra preparado e quando são discutidas abertamente as suas expectativas e preocupações.

Paschoal (1996), afirma existir uma suposição geral de que as pessoas idosas socialmente bem integradas podem ter capacidade aumentada para os processos de recuperação e referencia três abordagens disponíveis para evitar ou diminuir a necessidade aumentada de cuidado Institucional de longa duração, nomeadamente aumentar a prestação do cuidado informal ou não pago na comunidade, aumentar a prestação do cuidado formal não institucional de longa duração ou, por último diminuir as incapacidades funcionais das pessoas idosas.

Considera-se que o sucesso da primeira abordagem, o aumento da prestação de cuidado informal ou não pago, tenderá a ter pouco êxito, pois que morar sozinho, não ter filhos ou não estar casado, situação cada vez mais frequente entre os idosos, são factores de risco para a institucionalização dos que necessitam de cuidados de longa duração (Paschoal, 1996). Estes factores, por sua vez, tendem a ser mais prevalentes nas próximas décadas devido às alterações demográficas e dos papeis femininos, fazendo com que a provisão de cuidado informal diminua.

Quanto à segunda abordagem, aumento do cuidado formal não institucional, o autor afirma que este poderia ser efectivado através de políticas que retardassem a institucionalização, tais como a atenção domiciliária, a ajuda doméstica e o forneci-

mento de refeições, entre outras. No entanto, estas medidas, apesar de importantes e fundamentais, apenas postergam o internamento do idoso.

A melhor abordagem segundo Paschoal (1996) seria a terceira, dirigida para a diminuição da incidência do declínio funcional, através da prevenção de doenças, sequelas e complicações e da promoção e protecção da saúde dos idosos. Neste contexto o autor afirma:

todos querem ser donos de sua própria vida, ter a capacidade de decidir e escolher caminhos, mesmo para actos corriqueiros do seu dia-a-dia, como na escolha da roupa a vestir ou da marca do produto a comprar. Se esse objectivo não for alcançado, sentem-se infelizes, despojados da possibilidade de auto-realização, adoentados, impotentes (Paschoal, 1996, p.322).

A Carta Social (2008) refere que na RAM existem 23 lares de idosos, 16 dos quais geridos por IPSS ou equiparadas, 6 pelo CSSM e 1 por uma entidade privada com fins lucrativos.

Quanto às principais actividades dinamizadas nos lares de idosos para além do alojamento e da satisfação das necessidades básicas dos utentes, destacam-se as actividades religiosas, os passeios, as actividades desportivas e ginástica e outras actividades ocupacionais como as artes plásticas, as actividades intergeracionais e culturais e o intercâmbio com outras instituições (Carta Social, 2008).

O aumento do número de idosos e de idosos com dependência exige uma assistência multiprofissional, sendo este hoje, um dos desafios que se colocam às instituições.

No entanto há a considerar que, apenas uma diminuta proporção de idosos vive em Lares e a sua maior parte de idade bastante avançada. O Lar é muitas das vezes, a família do idoso e constitui-se como a última alternativa quando todas as outras se tornam inviáveis. O objectivo é caminhar para que o idoso se possa integrar numa nova vivência comunitária, mantendo sempre que possível a autogestão e o controle da sua própria vida.

Neste sentido, desenvolveu-se chamada política social tendo por finalidade, a manutenção na vida social, conservando e melhorando a qualidade de vida dos idosos, adoptando medidas incentivadoras da participação das pessoas na vida da comunidade.

A política social para a terceira idade é aqui entendida como o conjunto de intervenções públicas que estruturam de forma implícita ou explícita as relações entre a velhice e a sociedade, abarcando esta, medidas aos mais variados níveis incluindo as de carácter económico, social, cultural e de saúde (Fernandes, 1986). A actual tendência afirma-se na importância da família como instituição privilegiada para a integração social dos idosos.

Sem dúvida que as respostas sociais organizadas são bastantes e diversificadas, mas o ritmo de crescimento da população idosa tem sido tão acelerado, que estas não têm conseguido acompanhá-lo nem satisfazê-lo. É reconhecido que a intervenção conjunta dos serviços de saúde e de acção social são a melhor forma de dar resposta às múltiplas carências que atingem os idosos.

Resume-se, do que foi dito, que o envelhecimento é uma conquista civilizacional, na qual cada indivíduo tem responsabilidade na forma como envelhece, pois um envelhecimento activo e com boa qualidade de vida conduzirá a uma maior sobrevida com mais saúde e autonomia. Estilos de vida saudáveis, com reforço das capacidades de auto-determinação e de combate ao isolamento, com novas oportunidades de aprendizagem e com maior atenção para as condições sociais e económicas, poderão contribuir para a melhoria da qualidade de vida dos idosos, sendo a sua presença um contributo válido e activo nas sociedades em que se encontram inseridos.

2- QUALIDADE DE VIDA

Ter qualidade de vida é um dos objectivos do Homem, que tenta sempre alcançar melhores condições ao longo da sua vida. O conceito qualidade de vida encontra-se intimamente relacionado a um dos anseios básicos do ser humano, que é viver bem e sentir-se bem.

À primeira vista o conceito surge-nos como sendo inerentemente dinâmico, complexo e multidimensional, reflectindo influências macro-sociais (sociais e objectivos) e micro-individuais (individual e subjectivo) (Brown *et al.*, 2004).

Não existe ainda uma definição genérica satisfatória a todos os proponentes da pesquisa em qualidade de vida, pois este é um conceito vasto e problemático, na medida em que pessoas diferentes valorizam coisas diferentes (Farquhar, 1995).

Também no que se refere à qualidade de vida da pessoa idosa ou à qualidade de vida na velhice, não encontramos ainda um consenso para a sua definição (Brown *et al.*, 2004).

A literatura revela que a qualidade de vida, alvo de pesquisa crescente também entre as pessoas idosas, pode teoricamente compreender uma larga série de domínios incluindo o funcionamento, a saúde física, o bem-estar psico-social, o suporte social e os recursos, a independência e a autonomia, a percepção de controlo sobre a vida, as circunstâncias materiais e financeiras, as relações sociais e comunitárias e o ambiente externo e social.

De acordo com Wood-Dauphinee e Kuchler (1992), citados por Ribeiro (2002), o termo qualidade de vida foi utilizado pela primeira vez em 1920 no contexto das condições de trabalho e das suas consequências no bem-estar dos trabalhadores, tendo-se entretanto mantido no esquecimento. A popularidade do termo ressurgiu, porém na segunda metade do século XX, onde o conceito reaparece, referindo-se à obtenção e posse de bens materiais e ampliando-se aos conceitos de desenvolvimento económico objectivo e medível. Posteriormente, conceitos relacionados com o desenvolvimento social, tais como a escolaridade, a mortalidade infantil, as condições de vida e de trabalho, de transporte e de saneamento básico, entre outros, foram incorporados na definição de qualidade de vida, atendendo ao seu impacto no bem-estar (Patrick, 2008). Assim, inicialmente monopolizado por economistas e cientistas políticos o termo foi usado para indicar o nível material dos cidadãos (contabilizando o número de

bens que a pessoa possuía, como o número de carros, electrodomésticos, tipo de habitação), (Smith, 2000).

Segundo Paschoal (2000), foi a partir da década de 60 que o conceito qualidade de vida, além de considerar e se basear apenas em indicadores objectivos (socioeconómicos), passou a dar relevo a percepção das pessoas acerca do mesmo, procurando conhecer a sua opinião individual fazendo assim, surgir a dimensão subjectiva da qualidade de vida. A pessoa deveria julgar a qualidade da sua vida e não apenas avaliar como se enquadrava nos modelos definidos pelo pesquisador. O ímpeto para ir além das medidas objectivas e encontrar factores mais subjectivos foi em parte precipitado pelo nascimento da psicologia humanística na segunda metade da década de 50.

Foi ainda na segunda metade do último século que as ciências médicas produziram largas descobertas em qualidade de vida. O foco de pesquisa centrou-se na doença, no doente e nos tratamentos em relação com a qualidade de vida individual, especificamente a função física e a função mental (Smith, 2000).

O conceito qualidade de vida, associado ao conceito de saúde, surge assim como medida de desfecho em saúde na década de 70, tendo contribuído para o seu desenvolvimento os estudos epidemiológicos sobre felicidade e bem-estar, a busca de indicadores sociais, a insuficiência de medidas objectivas de resultados de saúde, a psicologia positiva, a satisfação do cliente e o movimento de humanização da medicina (Fleck, 2008).

A mudança de abordagem das questões da saúde com a passagem do modelo biomédico para um modelo biopsicossocial mais holístico, permitiu o avanço do conceito de qualidade de vida na área da saúde.

Em comparação, neste campo as descobertas das ciências sociais foram poucas e limitadas, mas em geral extensas, com um paradigma ainda mais holístico da qualidade de vida que o existente nas ciências médicas.

Ao falar-se da qualidade de vida no contexto específico da doença, esta passou a ser avaliada através do conceito de funcionalidade.

Neste sentido Ribeiro (2002) observa que, enquanto a avaliação da qualidade de vida numa perspectiva funcional, incide na avaliação de doenças específicas e no seu impacto sobre os indivíduos, a avaliação da qualidade de vida numa perspectiva de bem-estar, questiona e avalia o indivíduo sobre a forma como se sente no momento.

Fleck (2008) considera que o termo 'qualidade de vida relacionada com a saúde' tem sido utilizado num conjunto de instrumentos desenvolvidos a partir de uma perspectiva funcionalista. Neste sentido a qualidade de vida relacionada com a saúde pode ser entendida como a *capacidade de um indivíduo de desempenhar as actividades da vida diária, considerando a sua idade e papel social* (Fleck, 2008, p.22).

O termo qualidade de vida relacionado com o estado de saúde, de acordo com Canavarro (2006), teve a sua origem na clássica definição de saúde da OMS, segundo a qual a saúde é um estado de completo bem-estar físico, mental e social e não simplesmente ausência de doença. Assim dentro do âmbito da qualidade de vida relacionada com a saúde, passou-se a falar do termo 'status de saúde'.

O 'status de saúde', de acordo com Fleck (2008), pode ser definido como o nível da saúde de um indivíduo, grupo ou população avaliado de forma objectiva pelo indivíduo. O mesmo autor ao citar Gill e Feinstein (1994) observa que estes diferenciam a '*qualidade de vida*' de '*status de saúde*', e afirmam que a *qualidade de vida*, ao invés de ser uma descrição do status de saúde, é um reflexo da maneira como o paciente percebe e reage ao seu status de saúde e a outros aspectos não médicos de sua vida (Fleck, 2008, p.21).

Nesta perspectiva, Patrick (2008) esclarece que a Qualidade de vida é mais abrangente que status de saúde uma vez que inclui também aspectos do meio ambiente que podem ou não ser afectados pela saúde. Quanto ao status funcional, o autor considera que este se refere habitualmente, à limitação no desempenho dos papéis sociais ou das actividades. Por sua vez as medidas de bem-estar referem-se às percepções subjectivas, incluindo relatos de sensações agradáveis ou não e às avaliações globais de saúde ou do estado subjectivo.

A presença do conceito qualidade de vida na área da saúde, levou a que outros constructos independentes se desenvolvessem, embora que por vezes de modo pouco claro e com uma visão distante do conceito. Exemplo disso é a visão essencialmente biológica e funcional como encontramos nas concepções de 'status de saúde', 'status funcional' e 'incapacidade/deficiência'.

Coimbra e Brito (1999) salientam que a qualidade de vida é um conceito muito mais abrangente do que a saúde, podendo esta, ser um dos seus indicadores, e considera que é a saúde que apresenta maior correlação com o resultado total de qualidade de vida.

No entanto, como já referimos, a compreensão da qualidade de vida ultrapassa em muito a questão da saúde e inclui também o suporte social, as finanças, a felicidade, a satisfação com a vida, o bem-estar emocional, as relações com a família e as relações de vizinhança, a autonomia, a independência, a mobilidade e outros, apresentando-se como uma intersecção de vários conceitos. Neste sentido, observamos que vários domínios do conhecimento se debruçam ao redor da questão da qualidade de vida encontrando-se entre eles a saúde, a psicologia, a sociologia, a antropologia, a filosofia, a economia entre outros, cada um observando e apresentando diferentes contribuições que permitem obter maior clareza acerca do tema.

Podemos afirmar que a qualidade de vida apresenta um rosto multifacetado sendo um constructo que necessita ser especificado para se tornar pesquisável, nesta linha as actuais condições de vida têm, de acordo com esta concepção, um efeito indirecto no bem-estar.

Nos anos 90 Farquhar (1995), desenvolveu um estudo aprofundado sobre qualidade de vida apresentando então uma evolução da definição do termo (Quadro 1), que podemos estruturar em quatro tipos.

Quadro 1: Classificação das definições de Qualidade de Vida

DEFINIÇÕES DOS PERITOS	
Definições Gerais	<p>Definições que predominaram até a década de 80. São muito gerais, não abordam possíveis dimensões do constructo, nem há operacionalização do conceito. Centra-se na avaliação 'satisfeito/insatisfeito'.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Abrams (1973) define Qualidade de Vida como “nível de satisfação ou insatisfação sentido pelas pessoas com respeito a vários aspectos da sua vida”; - McCall (1975) define Qualidade de Vida como “provisão das condições necessárias para a felicidade e a satisfação.
Definições Componentes	<p>Surtem nos anos 80 e baseiam-se em componentes. Inicia-se o fraccionamento do conceito geral em várias componentes e dimensões.</p> <p>Dá-se prioridade aos estudos empíricos e à operacionalização do conceito.</p> <p>Enfatiza a natureza multidimensional do conceito e separa as diferentes dimensões.</p> <ul style="list-style-type: none"> - George e Bearon (1980) identificam 4 dimensões: 2 objectivas (Saúde em Geral/ Status Funcional e Status Socioeconómico) e 2 subjectivas (Satisfação de Vida e Auto-estima). - Hughes (1990) elegeu 8 dimensões ou elementos constituintes como parte de um modelo conceptual: 1) Autonomia Pessoal; 2) Satisfação Expressa; 3) Bem-estar físico e Mental; 4) Status Socioeconómico; 5) Qualidade do ambiente; 6) Actividade com um objectivo em Vista; 7) Integração Social; 8) Factores Culturais. - Bond (1999) apresentou uma versão modificada do trabalho de Hughes (Satisfação subjectiva; Factores do Ambiente Físico; Factores do Ambiente Social; Factores Socioeconómicos; Factores Culturais; Factores do Status de Saúde; Factores da Personalidade; Factores da Autonomia Pessoal).
Definições Focalizadas	<p>Valorizam componentes específicos geralmente centrados em 1 ou 2 dimensões e reflectem as agendas políticas e profissionais.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Bowling (1996), na pesquisa sobre os serviços de saúde, focou a Qualidade de Vida na saúde e na medição do Status funcional. - Torrance (1986), Economia da Saúde – utilidade da avaliação. <p>Desenvolvem-se instrumentos para a avaliação da Qualidade de Vida em Saúde.</p>

DEFINIÇÕES FICCIONAIS	
Definições Combinadas	<p>Definições dadas pelas pessoas quando questionadas acerca do que é para elas a qualidade de vida. Favorecem os aspectos do conceito em termos gerais e abrangem diversas dimensões que compõem o constructo. Desenvolvem-se instrumentos de avaliação global e factorial.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Fisher (1992) a avaliação aparece baseada nas suas expectativas; as pessoas fazem comparação com os seus pares e colocam as suas vidas no contexto do tempo. - Farquhar (1994-1995) apresenta os componentes mais importantes para a qualidade de vida referidos pelos idosos: Família; Contactos Sociais; Saúde; Mobilidade (capacidade); Autonomia; Circunstancias Materiais; Actividades; Felicidade; Ambiente de Vida.

Fonte: Adaptado de Bond, J. & Corner, L. (2004). *Quality of Life and Older People: Rethinking Ageing*. (p.5). London: McGraw-Hill Education.

Lawton (1991) entende a qualidade de vida como uma colecção de dimensões, ambas objectivas e subjectivas interagindo juntas e define-a como *uma avaliação multidimensional* entre critérios intrapessoais e socioeconómicos da pessoa, com o sistema ambiente do indivíduo, para a qual contribuem inúmeros domínios e componentes (Coimbra & Brito, 1999; Courver, 2001;Oliveira, 2008).

Courver (2001) concorda também em que a qualidade de vida abrange simultaneamente um aspecto objectivo e subjectivo. Para este autor o aspecto objectivo tem a ver com a utilização do potencial intelectual, emocional criador do ser humano, bem como as condições sociais e as circunstâncias externas nas quais se desenvolve a existência. O aspecto subjectivo é dado pelo grau de satisfação dos indivíduos e pela percepção das suas condições globais de vida, as quais podem ser traduzidas por sentimentos positivos e negativos.

Ribeiro (2005), por sua vez, entende o aspecto subjectivo da qualidade de vida como a *percepção* da pessoa avaliada, sendo idiossincrática ao indivíduo, uma vez que depende de valores, crenças, julgamentos, preferências, expectativas e percepções pessoais.

Na operacionalização do conceito de qualidade de vida, desenvolveu-se gradualmente o consenso de que o bem-estar subjectivo deveria incluir quer a dimensão cognitiva, quer a dimensão emocional, dando-se mais tarde o entendimento de que o conceito deveria também abranger os aspectos positivos como a felicidade e negativos como o sofrimento (Josen *et al.*, 1998; Daatland, 2005).

As tendências actuais realçam pois a subjectividade e o carácter multidimensional da qualidade de vida, cuja definição não é ainda uniforme. É nesta perspectiva que surge a proposta de definição da OMS, a qual se apresenta, segundo Fleck (2008), como a que melhor traduz a abrangência do constructo ‘qualidade de vida’.

O Grupo do Projecto de Estudo da Qualidade de Vida a nível Transcultural da Organização Mundial de Saúde (Projecto WHOQOL) entende a qualidade de vida

como a percepção do indivíduo de sua posição na vida, no contexto da sua cultura e no sistema de valores nos quais ele vive e em relação aos seus objectivos, expectativas, padrões e preocupações (Fleck, 2006, p.6). Esta definição da expressão qualidade de vida permite perceber que a mesma engloba um vasto conceito do que é o bem-estar, a satisfação ou não do indivíduo com a sua qualidade subjectiva de vida, enfim com o auto-julgamento do próprio indivíduo. Está ainda dependente das representações individuais, sociais e culturais.

Fleck (2008) afirma ainda que este conceito de qualidade de vida incorpora, de forma complexa, a saúde física, o estado psicológico, o nível de independência, as relações sociais, as crenças pessoais e a relação com aspectos significativos do meio ambiente.

Esta definição de qualidade de vida proposta pelo Grupo do Projecto WHOQOL, compreende um constructo que engloba três características fundamentais: a 'subjectividade' (porque a realidade objectiva que conta é a que é percebida pela perspectiva do indivíduo), a 'multidimensionalidade' (pois a qualidade de vida inclui pelo menos três dimensões ou domínios: físico, psicológico e social) e a 'bipolaridade' (abarca os elementos positivos e negativos relacionados com a qualidade de vida), (Fleck, 2006).

Na sua reflexão Paschoal (2000), fala de uma quarta característica que poderá ser acrescentada ao constructo: a 'mutabilidade', a qual se refere ao modo como a qualidade de vida pode ser avaliada de acordo com o tempo, o lugar, a pessoa, o contexto cultural.

Estas múltiplas dimensões influenciam-se determinando a qualidade de vida da pessoa.

Ao citar Calman (1987), Fleck (2008) afirma que uma 'boa qualidade de vida' está presente quando as esperanças e as expectativas do indivíduo são satisfeitas, contudo, essas mesmas expectativas são modificadas pela idade e pela experiência. Há que ter em conta que o que é considerado como qualidade de vida para um indivíduo pode não o ser para outro.

O autor continua apresentando as implicações que a definição da 'qualidade de vida' contém, ou seja o que a qualidade de vida deve abarcar ou supor:

- só pode ser descrita pelo próprio indivíduo;
- precisa ter em conta vários aspectos da vida;
- está relacionada com os objectivos e as metas de cada indivíduo;
- a melhoria da qualidade de vida está relacionada à capacidade de identificar e de atingir esses objectivos;
- a doença e o seu respectivo tratamento podem modificar esses objectivos;
- os objectivos deverão ser realistas, já que o indivíduo precisa manter a esperança de poder atingi-los;

- a acção é necessária para poder diminuir a lacuna entre a realização dos objectivos e as expectativas. Essa acção pode dar-se através do crescimento pessoal ou da ajuda dos outros e
- o hiato entre as expectativas e a realidade pode ser a força motora de alguns indivíduos.

Fleck (2008) refere a existência de alguns modelos teóricos subjacentes aos conceitos de qualidade de vida e considera possível reuni-los em dois grupos: O Modelo da Satisfação e o Modelo Funcionalista.

O modelo da satisfação foi desenvolvido a partir de abordagens sociológicas e psicológicas de ‘felicidade’ e ‘bem-estar’. Com base neste modelo, a qualidade de vida está directamente relacionada à satisfação com os vários domínios da vida, definidos como importantes pelo próprio indivíduo, sendo que o sentido de satisfação é uma experiência muito subjectiva e refere duas contribuições importantes para o desenvolvimento deste modelo.

O primeiro contributo é atribuído originalmente às ideias de Thomas More (1994) e de Maslow (1954), com a referência à teoria das necessidades básicas do ser humano, as quais, de acordo com o autor, precisam ser preenchidas para que a pessoa se possa sentir bem.

A teoria da Hierarquia das Necessidades de Maslow (1954) examina cinco níveis de necessidades para a manutenção a vida humana e da existência. Esta teoria sugere que ao nível mais básico as pessoas necessitam de ar, água, comida, abrigo e segurança. Eram estas, primeiramente, as necessidades que as pessoas procurariam obter para sobreviver e só depois viriam as necessidades de ser amado, de pertença, de respeito próprio e de auto-realização. Contudo Maslow (1954), observou que poucas pessoas atingem um estado de auto-realização, porque a maioria apresenta falhas nas necessidades precedentes (Smith, 2000).

O segundo contributo vem da chamada ‘abordagem cognitiva individual’, a qual considera que a qualidade de vida é uma percepção idiossincrática e que, só pode ser medida individualmente. A esta abordagem teórica serve o instrumento Self Evaluation Instrument for Quality of Life (SEIQOL).

O modelo Funcionalista (Fleck, 2008), por sua vez, considera que, para ter uma boa qualidade de vida, o indivíduo precisa estar a ‘funcionar’ bem, desempenhando de forma satisfatória o seu papel social e as funções que valoriza. Neste modelo a doença torna-se um problema na medida em que interfere no desempenho dos papéis, fazendo com que, implicitamente, a saúde seja considerada o maior valor da existência.

Este modelo é contudo alvo de muitas críticas, pois vários estudos demonstraram uma referência positiva em relação à qualidade de vida de indivíduos com deficiências

graves, sendo que nestas situações a percepção de uma boa qualidade de vida teria a sua origem na convivência satisfatória dos indivíduos com as limitações que lhes foram impostas.

Ribeiro (2002), referindo-se a estas duas grandes áreas que influenciaram a concepção do conceito da qualidade de vida, a satisfação e a funcionalidade, salienta que enquanto a funcionalidade é considerada mais pragmática e substantiva e por sua vez mais trabalhada em ambientes médicos, a satisfação, ou seja a percepção do bem-estar é menos substantiva e mais imaterial aparecendo mais vezes ligada às ciências humanas.

2.1- QUALIDADE DE VIDA E ENVELHECIMENTO

A preocupação com a qualidade de vida da pessoa idosa, tem assumido progressiva importância nos contextos de investigação, pois o envelhecimento e o aumento da longevidade são um fenómeno em crescimento em todos os continentes, pelo que a qualidade de vida e a sua avaliação são questões centrais no que diz respeito aos idosos.

O corrente e crescente interesse na qualidade de vida das pessoas idosas pode ser atribuído a vários factores, de entre os quais: o crescimento da percentagem de pessoas idosas, com consequentes mudanças em termos de necessidades de saúde e necessidade de cuidados/serviços sociais; os avanços médicos e tecnológicos que trouxeram por conseguinte, mais anos à vida, mas não necessariamente qualidade à vida; a mudança, do foco secundário e terciário, para a intervenção primária e para a prevenção; e por fim, a um nível mais geral, a globalização que criou maior competitividade internacional e levou à necessidade das nações melhorarem a qualidade de vida dos seus cidadãos na esperança de aperfeiçoar nos seus países o perfil político, social e económico (Smith, 2000).

A melhoria do nível de vida influenciou positivamente a longevidade humana e a relação entre qualidade de vida e envelhecimento. A qualidade de vida da pessoa idosa, segundo Ramos (2001), depende sobretudo dos seguintes factores: da sua saúde e capacidade funcional; das relações interpessoais; da independência, entendida aqui como a capacidade de organizar o seu dia-a-dia e de escolher as actividades a realizar; da certeza da sua utilidade e de condições económicas.

Marques (2001) ao citar a Comissão Independente da População e Qualidade de Vida, refere que:

a saúde física e mental para a maior parte das pessoas constitui a verdadeira essência do que é entendido como Qualidade de Vida. Quando através de

inquéritos, se pergunta às pessoas que factores consideram mais importantes para a felicidade, a saúde vem, normalmente, no topo da lista, juntamente com uma vida familiar feliz. A saúde, é uma pré condição para a sobrevivência, para o prazer de viver e para uma participação plena na vida económica e social (p.233).

Muitos dos domínios chave da qualidade de vida identificados na pesquisa da gerontologia social reflectem a demanda de políticas de pesquisa e particularmente a avaliação dos ambientes físicos e sociais nos quais as pessoas idosas vivem.

Bond e Corner (2004) referem que Hughes (1990) considera uma abordagem (Quadro 2), onde apresenta os domínios da qualidade de vida relacionados com as pessoas idosas e onde inclui aspectos positivos bem como negativos do envelhecimento.

Quadro 2: Domínios relevantes da qualidade de vida das pessoas idosas

DOMÍNIOS	CARACTERÍSTICAS
Satisfação subjectiva	Qualidade de vida global como avaliada individualmente pelas pessoas idosas.
Factores do ambiente físico	Nível da habitação ou classificação da vida institucional, controle do ambiente físico envolvente, acesso a facilidades tais como lojas, transportes públicos e providência de descanso.
Factores socioeconómicos	Rendimentos e riqueza, nutrição e todo o nível de vida.
Factores Culturais	Idade, género, etnia, religião e classe de origem.
Factores do estado de saúde	Bem-estar físico, habilidade funcional e saúde mental.
Factores da Personalidade	Bem-estar psicológico, moral, satisfação de vida e felicidade.
A autonomia pessoal	Habilidade (capacidade) para fazer as coisas, exercício do controlo e negociação no seu ambiente.

Fonte: Adaptado de Bond, J. & Corner, L. (2004). *Quality of Life and Older People: Rethinking Ageing*. (p.6). London: McGraw-Hill Education

O domínio mais importante da qualidade de vida, se é que há um, deverá ser a total satisfação individual com a sua qualidade de vida.

Arnold (1991) sugere que a qualidade de vida relacionada com as pessoas idosas deverá referir-se aos sintomas e funcionamento físico, capacidade emocional, comportamental, cognitiva e intelectual, exercício e suporte social, satisfação de vida, percepção de saúde, níveis económicos, habilidades para prosseguir os seus interesses e recreação.

Em alguns estudos a maioria das pessoas identificaram as relações com familiares e próximos, a sua saúde, a saúde dos mais chegados, as suas finanças e as actividades sociais e de lazer, como as áreas mais importantes para manter e experienciar qualidade de vida (Bowling, 1995; Smith, 2000).

A importância da família e do parentesco para a qualidade de vida tem sido largamente reconhecida nos estudos de gerontologia social. Uma alta proporção de pessoas idosas, nomeiam as relações com a família como uma das áreas mais importantes da vida. A família imediata (os mais próximos) permanece como central para a vida das pessoas idosas, providenciando um papel protector e emocional para as mesmas. Para as pessoas idosas os preferidos para as confidências permanecem dentro da família (Jerrome & Wenger, 1999).

Neste sentido, o papel da família e das redes sociais, os níveis de actividade recreacional, a participação social e a disponibilidade de serviços formais e informais têm sido largamente observados como importantes indicadores da qualidade de vida e do ambiente social da pessoa idosa.

Também, o tipo de ambiente físico tem sido, um dos importantes factores na pesquisa da qualidade de vida da pessoa idosa. Verificamos como os indicadores do ambiente físico têm mudado ao longo dos anos reflectindo um relativo melhoramento nas condições de vida. Nesta perspectiva, as facilidades do ambiente físico e institucional ou das casas residenciais vêm sendo avaliadas pela ocupação singular ou múltipla dos quartos, a natureza dos quartos comuns, acesso às pessoas com incapacidades e as condições físicas do edifício (Bond & Corner 2004). O crescente controlo do ambiente físico tem-se tornado um importante padrão na consideração da qualidade física do ambiente.

O desempenho social, por sua vez, é um conceito amplo que abrange todas as actividades e relações humanas (Paschoal, 2000). Este autor ao citar Kane (1997), refere que há diversas dimensões do funcionamento social dos idosos, importantes para a avaliação gerontogeriátrica, entre as quais, as relações sociais (frequência, contexto e qualidade); as actividades sociais (frequência, natureza e qualidade) e o suporte social (tipos de ajuda recebe de outros e com que tipos de ajuda pode contar).

Por sua vez olhando a hegemonia da cultura de consumo globalizado e a resposta dos indivíduos à mesma os rendimentos e riquezas são vistos como factores chave na influência da qualidade de vida. Em termos absolutos a lista de bens essenciais diários cresce diariamente.

Outros factores são ainda considerados e aprofundados na literatura gerontológica, tais como a auto-estima, o sentido do ser e da identidade, o sentido do controlo e o bem-estar espiritual. Estes aspectos são importantes, pois permitem dar às pessoas uma visão positiva de si mesmas, com impacto favorável nas suas relações e actividades. Tornam-se também relevantes, permitindo uma melhor gestão das suas vidas, a adaptação às mudanças e o sentido de vida (Bond & Corner, 2004).

Como factores chaves da qualidade de vida e como tal de um envelhecimento com sucesso, Brown (2004), sugere a manutenção da independência, a actividade

social, o crescimento e o controlo da vida, a competência cognitiva, a adaptabilidade, o bem-estar e a satisfação de vida. Contudo, Oliveira (2008) verifica que diversos estudos revelam que os idosos não se mostram menos satisfeitos com a vida em relação aos outros grupos etários, apesar dos problemas de saúde e outros.

Observa-se que a qualidade de vida em idosos não depende apenas do passado, mas sobretudo do presente e de um horizonte de futuro, mesmo que seja limitado e está associada à ausência de doença, ao suporte social e ao bom funcionamento físico e cognitivo (Hortelão, 2004; Martins *et al.*, 2007).

Na Segunda Assembleia Mundial das Nações Unidas sobre o envelhecimento, realizada em Espanha, em Abril de 2002, foi adoptado o Plano de Acção Internacional de Madrid, o qual se constitui como uma chamada de atenção para a mudança de atitudes, políticas e acções práticas relacionadas com o envelhecimento satisfatório. Garantir uma vida de qualidade às pessoas longevas é o novo desafio na maioria dos países para as próximas décadas. É por isso importante reflectir sobre a qualidade de vida que queremos ter na velhice e tomar medidas no sentido de proteger a nossa saúde e bem-estar no futuro.

Para um idoso ter uma boa qualidade de vida pode ser ter uma boa saúde, segurança, lazer, uma boa situação financeira ou uma casa adequada. Pode significar também ter uma casa adaptada à sua nova situação, ter um bom suporte social, manter contacto com os amigos e/ou família, ter cuidados adequados. A satisfação das necessidades do indivíduo poderá ser compreendida como a satisfação com a sua qualidade de vida.

Na velhice, as mudanças nos recursos disponíveis ao indivíduo, podem exigir alterações radicais em actividades rotineiras.

Neste sentido Erikson *et al.* (1986) afirmam que:

a velhice é necessariamente um tempo de abdicação – de desistir de velhas amizades, de velhos papeis, de trabalho anterior que foi significativo, e até de bens ou objectos que pertencem a um estágio de vida anterior e que são agora um impedimento à flexibilidade e à liberdade, que parecem ser requisitos à adaptação aos desafios desconhecidos que caracterizam o estágio final da vida (p.332).

Também Trentini *et al.* (2008) afirmam que cada idade apresenta diferentes estratégias de coping e que enquanto os mais jovens apresentam estratégias mais interactivas como a expressão de emoções e a busca de informações, os mais velhos usam uma estratégia mais intrapessoal como a reflexão e a reavaliação, dependendo a qualidade de vida na velhice de muitos elementos em interacção constante ao longo da vida, sendo, por isso também considerada como um processo adaptativo multidimensional.

Considerando a teoria do processo de stress, esta sugere que um elevado sentido de percepção do controlo promove a adaptação e aumenta a resistência às mudanças adversas da vida, enquanto um baixo sentido da percepção do controlo aumenta os sentimentos de perda de poder e a crença de que a vida é afectada pelo destino (Brown *et al.*, 2004).

Paul *et al.* (2005), salientam que a qualidade de vida é tida como um dos indicadores de adaptação ao envelhecimento. A manutenção de elevado nível de bem-estar subjectivo na velhice, apesar das perdas de recursos (saúde, sociais e económicos) é por alguns interpretado como evidência da resiliência e capacidade adaptativa entre idosos e constitui-se como estratégia para manter a auto-estima quando a autonomia está ameaçada (Baltes & Baltes, 1990a).

A pessoa idosa pode carregar muitas perdas, sentir o peso evidente do declínio e julgar que o fim se aproxima, mas se encontrar um objectivo, por mais pequeno e simples que seja, pode atingir o bem-estar psicológico, fazendo renascer a confiança em si mesmo e reconquistando o sentido de auto-controlo da sua própria vida.

Isto significa que a maior ou menor satisfação com que a pessoa idosa encara a vida, tem a ver com a representação que ela faz da vida passada e da vida que ainda tem à sua frente, especialmente se atingiu ou não os objectivos que tinha traçado, experimentado sentimentos de realização ou de fracasso, consoante o sucesso percebido.

Daatland (2005) cita Dinner e Suls (1997) para referir que os trabalhos destes autores introduzem os termos de 'satisfação de vida ajustada', referindo-se ao equilíbrio encontrado quando as perdas relativas à idade estão controladas, daí que se possa encontrar em muitos idosos uma satisfação de vida normal e estável.

Porque é a saúde tão importante para a nossa percepção de qualidade de vida? Para muitas pessoas a sua saúde é a barreira para o sucesso na velhice e é uma causa subjacente para a dependência física e psicológica e consequente má qualidade de vida (Elizari, 1996; Barreto, 1998; Xavier *et al.*, 2003), mas a investigação mostra que, também as relações com os outros, o modo como usam o seu tempo e as emoções positivas se constituem como fundamentais nesta área.

Vieira (2002) num estudo por si realizado sobre a 'qualidade de vida e suporte social dos Idosos em ambiente institucional', desenvolvido em Lares e Centros de Dia de Viana do Castelo, procurou encontrar evidência a favor do efeito positivo do suporte social sobre a qualidade de vida.

O estudo que envolveu um grupo de 223 idosos institucionalizados em Lares e Centros de Dia, aos quais foi aplicado o Questionário de Avaliação de Qualidade de Vida (SF-36), a Escala de Satisfação de Suporte Social (ESSS) e a Escala de Avaliação da Sintomatologia Depressiva Geriátrica (GDS). Os resultados deste trabalho indi-

cam que a qualidade de vida da população idosa tende a apresentar um nível baixo em todas as dimensões da escala SF-36, não tendo sido encontradas diferenças estatisticamente significativas entre os idosos residentes em Lar e os que frequentavam o Centro de Dia. Em relação à satisfação com o suporte social foi encontrado um valor médio, não se encontrando diferenças significativas excepto no que se refere ao factor 'Actividades Sociais', cujos resultados são superiores para o grupo dos utentes dos Lares, relativamente aos dos Centros de Dia. Quanto à presença de sintomatologia depressiva, foi observada uma significativa a percentagem de indivíduos com sintomas depressivos (60,1%), sendo a mesma mais frequente na população feminina. A pesquisa concluiu que os idosos institucionalizados apresentam baixos níveis de qualidade de vida. Não foram encontradas diferenças estatisticamente significativas em relação à satisfação com o suporte social, quando comparado o tipo de institucionalização. A percentagem de sintomatologia depressiva tendia a ser elevada, evidenciando-se uma associação negativa entre esta e o suporte social percebido.

A qualidade de vida implica reestruturar recursos, cuidados e apoios em benefício do idoso, para se sinta integrado, de modo que esse espaço seja o seu.

Também, Silva e Resende (2006) desenvolveram um trabalho de pesquisa cujo tema foi a Avaliação Transversal da Qualidade de Vida de Idosos participantes de Centros de Convivência e Institucionalizados, o qual tinha por objectivos conhecer e comparar a qualidade de vida relacionada com a saúde, identificar as correlações de variáveis sócio - demográficas, morbilidade e grau de independência em actividades de vida diária e depressão em relação com a qualidade de vida relacionada com a saúde (QVRS). Os autores entrevistaram 86 idosos institucionalizados e 87 idosos de centros de convivência, com idade superior a 60 anos, aos quais foi aplicado um protocolo de pesquisa que incluía um questionário com dados sócio-demográficos, a escala de Depressão Geriátrica, versão reduzida, o Índice de Katz, para o grau de dependência e o WHOQOL-Bref para a avaliação da qualidade de vida.

Concluiu-se que os idosos institucionalizados apresentavam scores mais baixos nos domínios físico, psicológico e meio ambiente e no total da pontuação do Whoqol-bref, verificando os autores que a depressão, a maior morbilidade e a dependência em actividades de vida diária se repercutiam negativamente na QVRS. O género e a idade influenciaram também a percepção de alguns domínios da QVRS.

Também Almeida e Rodrigues (2008) efectuaram um estudo do tipo descritivo e transversal, com o tema a qualidade de vida da pessoa idosa institucionalizada em lares. A amostra foi constituída com 93 idosos, divididos por quatro instituições do Concelho de Lamego (Portugal), com o objectivo de conhecer a qualidade de vida, e factores que a influenciam, e identificar o grau de dependência nas actividades básicas da vida diária. Na recolha de dados utilizaram um formulário bio-relacional do ido-

so, uma grelha de avaliação da qualidade de vida do idoso e o índice de Katz. Os autores concluíram que das pessoas idosas institucionalizadas, 51,6% referiam incluir-se no grupo com qualidade de vida, existindo uma correlação positiva entre o índice de Katz e o índice de qualidade de vida do idoso institucionalizado. Neste trabalho, o índice de qualidade de vida não diferia em função do sexo, estado civil, nível de instrução ou da existência de dor na pessoa idosa institucionalizada.

Por sua vez, Pereira (2008) desenvolveu um estudo exploratório sobre o bem-estar subjectivo em idosos institucionalizados com o objectivo de avaliar a concepção de bem-estar psicológico entre os idosos institucionalizados e verificar quais as fontes de significado pessoal e seu impacto sobre o bem-estar psicológico.

Participaram no estudo 15 idosos, de ambos os sexos, com idade entre 63 e 87 anos, provenientes de asilos e casas de cuidados. Adoptou-se uma metodologia qualitativa, que incluiu análise de conteúdos de informações geradas por entrevistas semi-estruturadas realizadas com voluntários. A análise de dados demonstrou que a maioria dos idosos aponta a velhice como uma fase natural da vida. Para a maior parte dos sujeitos não há ganho com a velhice e o aspecto que mais se perde é o vigor físico e a saúde, sendo os aspectos como a solidão, a dependência e a falta de saúde indicadores de falta de bem-estar na velhice. A maioria dos idosos avaliou sua saúde como “boa” e a sua vida com a nota 10, atribuindo os demais, nota superior a 5.

Num outro estudo desenvolvido por Nejati *et al.* (2008) sobre a qualidade de vida nas pessoas idosas em Kashan, no Irão, com o objectivo identificar os determinantes da qualidade de vida e a sua associação com as funções físicas e sociais, papéis físicos e emocionais e saúde mental e física nas pessoas idosas, foi aplicada uma entrevista estruturada com 36 questões, incluindo sub questões relacionadas com os diferentes aspectos da vida, usando o SF-36, e dirigiu-se a um corte de 389 pessoas idosas não institucionalizadas, com uma média de idades de 69,8 anos.

Nesta pesquisa, com excepção do papel emocional, foram obtidas pontuações elevadas no grupo dos idosos masculinos, nos aspectos da função física, percepção da saúde em geral, papel físico, vitalidade, saúde mental e tolerância à dor.

Conhecer os factores determinantes de uma boa qualidade de vida torna-se importante, pois permite que se trace uma intervenção de promoção para um envelhecimento mais bem sucedido, visto ser esta uma das maiores preocupações relativas à velhice.

As doenças crónicas levam a maior prevalência de incapacidades, além do próprio processo natural do envelhecimento que diminui a capacidade funcional de cada sistema do nosso organismo, sendo o envelhecer sem incapacidade um factor indispensável para a manutenção da boa qualidade de vida.

Contudo há que considerar que o portador de doença poderá sentir-se saudável e activo no seu meio, percepcionando para si mesmo uma boa qualidade de vida, pois como afirma Hortelão (2004) ao citar Gaudet (1992), o desafio da última fase da vida consiste em saber negociar o declínio fisiológico inevitável aliado a acumulação de perdas no percurso existencial e valorizar a imagem de si, mantendo a capacidade de independência.

Na velhice, uma vida mais saudável está intimamente ligada à manutenção ou à restauração da autonomia e da independência, que constituem bons indicadores de saúde, principalmente para a população de mais idade e que são definidas, respectivamente, como: autonomia – capacidade de decisão e de comando, e independência – capacidade de realizar algo com seus próprios meios (Netto e Ponte, 1996; Paschoal, 1996).

A autonomia é a capacidade ou direito que a pessoa tem de ser ela mesma a fazer as suas escolhas, o seu próprio governo, as suas próprias normas e regras de sua conduta (Fernandes 2000; Serrão, 2009).

A perda de autonomia é um dos fenómenos que, sobretudo a nível psicológico, maior influência exerce na vida dos idosos e na qualidade da mesma (Barreto 1998; Fernandes, 2000).

Sendo a autonomia entendida como a capacidade individual para a realização da vontade própria, Fernandes (2000), defende que a autonomia torna-se uma ‘aproximação’ da saúde, constituindo-se componente fundamental para o bem-estar.

A autonomia da pessoa idosa deverá ser um valor a preservar tanto pelo idoso como pelos seus cuidadores e/ou familiares, pois respeitar o idoso é criar condições para que ele possa exercer a sua autonomia, ainda que limitado por incapacidades físicas ou deficiências sensoriais (Born, 1996; Thompson *et al.*, 2004; Periago 2005).

Para se conseguir uma vida mais saudável e com melhor qualidade dever-se-á ter como objectivo manter a autonomia e o máximo de independência possível. A independência pode ser medida através do seu oposto, a dependência. Mede-se o quanto as pessoas são dependentes no desempenho de suas actividades diárias, levando em conta o desempenho físico, psíquico e social.

A dependência contudo, pode ser encontrada ao longo de toda a vida, não sendo um atributo único da velhice. O que acontece frequentemente é que na velhice a dependência tende a se ampliar e a multiplicar, efectivando-se como permanente ou definitiva. A dependência acontece quando, o idoso não consegue efectuar sem ajuda as principais actividades de vida, quer sejam físicas, psicológicas, sociais ou económicas, resultando a mesma de uma complexidade de factores e surgindo com mais frequência quando existe falta de apoio familiar, isolamento ou solidão, inactividade por

reforma ou perda de forças, alteração do estatuto ou prestígio, ou por passividade e falta de compromissos (Fernandes, 2000).

Paschoal (1996), considera que há uma correlação positiva entre velhice saudável e vida independente e salienta que dependência e independência são conceitos que existem apenas em relação a alguma coisa, pois a mesma pessoa poderá ser independente num aspecto e dependente noutro.

Há que considerar que o idoso pode depender de outros para sua própria segurança, mesmo sendo difícil aceitar a condição de dependente. Baldessin (1996) considera ser importante nesta fase da vida evidenciar a dimensão positiva da dependência, isto é, vive-se a primeira etapa da vida na dependência e, muitas vezes, também a última, pois para este autor a dependência fala da necessidade humana de receber, de dar ao outro a alegria de doar, de aceitação serena dos próprios limites, pois, altos níveis de bem-estar, em idades avançadas, apesar de perdas relacionadas com a idade não são necessariamente paradoxais.

A qualidade de vida é muitas vezes confundida com uma vida sem problemas, sem obstáculos ou sem sofrimento, estando por detrás desta ideia errada a convicção de que o sofrimento diminui a qualidade de vida, sendo incompatível com ela (Renaud, 2009)

Magalhães (2001) considera dois aspectos a ter em conta na reflexão sobre a vida com qualidade de vida. O autor refere a dimensão da antropologia científica, que considera os traços caracterizantes do 'ser humano' e a dimensão da antropologia filosófica que considera o que é essencial ao 'ser pessoa', defendendo que é da conjugação e discussão destes dois indicadores que resultará uma opinião mais ponderada do que será a 'qualidade de vida'.

Ribeiro (2002) refere ser aceite pelos investigadores, no âmbito dos estudos sobre a qualidade de vida que este conceito abarca a percepção pessoal do entrevistado, inclui aspectos físicos, psicológicos e sociais, envolve estratégias de coping como as características mais salientes do meio ambiente e envolve tanto, aspectos objectivos como subjectivos. Salienta ainda que a qualidade de vida tem uma característica peculiar que é ser uma experiência pessoal, a qual deve, como tal reflectir-se na sua avaliação, pois ninguém melhor que a própria pessoa sabe como corre a sua vida.

Assim, para melhor responder às necessidades particulares do idoso, são indispensáveis a existência de escalas capazes de avaliar os factores relacionados com a qualidade de vida e com o processo de envelhecimento de modo adequado.

Fleck (1998), considera que houve nas últimas décadas uma proliferação de instrumentos de avaliação da qualidade de vida. Ogden (2004), ao citar Browne e colaboradores (1997), aponta para diferenciação das medidas de avaliação da qualidade de vida que se apresentam referidas ou pela abordagem das necessidades básicas ou

pela perspectiva do processo psicológico. A primeira abordagem baseia-se na suposição de que existe um consenso sobre o que é boa ou má qualidade de vida, ou que pelo menos é possível descobri-lo através da investigação. Ao contrário a segunda perspectiva, a do processo psicológico, considera a qualidade de vida como construída pelas avaliações individuais dos aspectos pessoalmente salientes da vida.

Ogden (2004) refere que Muldoon e colaboradores (1998) vêm oferecer um quadro conceptual alternativo para a qualidade de vida, o qual se baseia na possibilidade de validar os domínios a classificar. Estes autores defendem que:

as medidas da qualidade de vida deviam ser divididas naquelas que avaliam o funcionamento objectivo e as que avaliam o bem-estar subjectivo. A primeira delas reflecte as medidas que descrevem o nível de funcionamento do indivíduo que, defendem os autores, tem de ser directamente validado por comparação com o desempenho comportamental observado, enquanto a segunda descreve a avaliação que o indivíduo faz do seu próprio bem-estar (p.390).

Verifica-se assim, que as medidas das ciências sociais tendem a adoptar medidas multidimensionais com variáveis sobre a saúde, a alegria, a satisfação com a vida, rendimentos e papéis sociais (Smith, 2000).

Encontramos inúmeros instrumentos de avaliação da qualidade de vida (Fleck, 1998). Alguns dos instrumentos são designados como genéricos, isto é, avaliam aspectos que não se encontram direccionados para uma avaliação baseada em doenças, outros são designados de específicos pelo que estão directamente relacionados com doenças e são utilizados na avaliação das intervenções em saúde. Estes instrumentos são geralmente multidimensionais e avaliam também a percepção geral da qualidade de vida, embora a sua ênfase incida sobre sintomas ou incapacidades originadas pela doença. Entre estes encontramos o Life Satisfaction Index A e B – LSIA e LSIB, de Ferrans e Powers (1985), um instrumento que analisa o bem-estar psicológico partindo de cinco dimensões: apatia e entusiasmo, resolução e decisão, congruência entre objectivos desejados e alcançados, auto conceito positivo e capacidade de humor; o Philadelphia Geriatric Center Morale Scale, um instrumento com 17 itens que mede três dimensões: preocupação, atitude em relação ao próprio envelhecimento e insatisfação com a solidão; o Nottingham Health Profile (NPH) que mede os problemas de saúde física, social e emocional e o Sickness Impact Profile (SIP) que avalia as alterações no comportamento devido as doenças (Paschoal, 2000).

O SF-36 (Short Form–36) é também um dos mais divulgados e difundidos instrumentos de qualidade de vida. É um bom instrumento genérico de a avaliação da qualidade de vida relacionada com a saúde e de fácil aplicação. O SF-36, foi desenvolvido nos Estados Unidos da América (EUA), no final dos anos 80, apresentando, boa sensibilidade, nas diversas situações em que foi aplicado e tem sido utilizado para avaliar

a qualidade de vida dos idosos em diversos estudos (Pimenta *et al.*, 2008). O questionário recorre à avaliação da qualidade de vida ou da percepção do estado de saúde visando orientar recursos limitados, ou escolhas do doente perante tratamentos ou programas de intervenção alternativos (Ribeiro 2005).

Em Portugal o SF-36 foi estudado e adaptado o SF-36 pelo Professor Pedro Lopes Ferreira (Ribeiro 2005).

Entretanto, a ausência de um instrumento que avaliasse a qualidade de vida dentro de uma perspectiva internacional e transcultural, fez com que na década de 90 a OMS, criasse um grupo com representantes de diferentes regiões do mundo – Grupo WHOQOL-, com o objectivo inicial de trabalhar o refinamento conceptual do termo qualidade de vida, para depois desenvolver um instrumento capaz de a medir (Fleck, 2006). Este autor considera que o desenvolvimento de uma escala dentro de uma perspectiva transcultural traz inúmeras vantagens, entre as quais o facto de permitir comparações entre diferentes culturas.

No entanto, Paschoal (2000) refere que, apesar dos muitos instrumentos de avaliação da qualidade de vida existentes e já traduzidos, poucos são os desenvolvidos especificamente para a população idosa, pelo que muitos destes são apenas adaptações de instrumentos produzidos para a população em geral.

3- DEPRESSÃO NA PESSOA IDOSA

A tristeza é uma resposta natural à perda, à derrota, à desilusão, ao trauma ou à catástrofe e pode ser psicologicamente vantajosa, porque permite que uma pessoa se mantenha afastada de situações ofensivas ou desagradáveis, o que pode ajudar na recuperação.

O termo depressão ao mesmo tempo que nos surge como familiar e dentro do âmbito do nosso conhecimento, torna-se, quando aprofundado, complexo, abrangente de difícil definição e precisão.

A depressão é uma patologia muito frequente na pessoa idosa, está associada a grande sofrimento psíquico e envolve vários aspectos clínicos. Surgindo associada às doenças clínicas gerais e anormalidades estruturais e funcionais do cérebro (Stella *et al.*, 2002), afecta cerca de uma em cada seis pessoas idosas. Alguns idosos já sofreram uma depressão durante a vida, enquanto outros só a desenvolvem pela primeira vez na idade avançada.

O aumento do número de idosos leva a um aumento da prevalência de doenças crónicas e degenerativas entre as quais as doenças do foro neuropsiquiátrico, dentro das quais se pode destacar a depressão.

Aparício *et al.* (2009) afirmam que a depressão está entre os principais distúrbios mentais no idoso e provavelmente é a causa mais frequente de sofrimento emocional e de limitação da qualidade de vida.

De acordo com Paul (1993), a depressão pode ser definida como uma situação clínica que ao surgir do cruzamento de factores predisponentes e precipitantes, determina uma alteração semi-permanente na regulação do humor, nas perspectivas pessoais e nos mecanismos de defesa biológica do indivíduo.

Entre os factores que predis põem o indivíduo à depressão, estão a história familiar, a hereditariedade, e os acontecimentos emocionalmente angustiantes, como a morte de um ente querido, o fim de uma relação importante, uma mudança de ambiente, o stress crónico ou latente provocado por falta de recursos económicos, o agravamento de uma doença crónica, a perda gradual de independência ou a falta de apoio social (Paul, 1993; Chen *et al.*, 2000).

Prats (2002) divide os factores de risco de desencadeamento da depressão no idoso em acontecimentos vitais e stress crónico. Dentro dos acontecimentos vitais o

autor refere o falecimento ou separação do casal, doença aguda incapacitante, doença de algum familiar, institucionalização, problemas económicos, problemas de relação com os familiares. Quanto ao stress crónico o autor inclui os problemas de saúde e mobilidade (dependência) os problemas cognitivos, os défices sensoriais, a reforma e o cuidar de familiar com doença crónica ou dependência.

Ao que parece o género da pessoa tem um papel determinante na possibilidade do indivíduo vir a ter depressão, pois as mulheres têm duas vezes mais probabilidade de sofrer de depressão do que os homens, apresentando portanto maior risco, maiores taxas de prevalência e maior frequência de sintomas (Fiske e Jones, 2005; Merk Sharp & Dhome 2008).

Outro factor de risco é a existência de história prévia de depressão. Judd (1997) salienta que o episódio depressivo major está associado a 80% de risco de outro futuro episódio. Também a depressão minor e o temperamento depressivo são considerados como preditores da depressão major.

Paúl (1993) baseada no estudo de Kivela *et al.* (1998) refere que um maior risco de depressão está associado ao sexo feminino, à viuvez e ao estar institucionalizado há muito tempo. Nesta referência a autora salienta ainda não se ter verificado que a ocorrência da depressão estivesse relacionada com a idade, o nível de educação ou com a ocupação.

Aos aspectos biológicos, que debilitam a pessoa à medida que a idade aumenta, juntam-se os aspectos ambientais como a perda do estatuto profissional, e ainda a desmotivação, o isolamento e um sentimento de auto-depreciação. Os idosos acabam por interromper as suas actividades diárias de trabalho fora ou em casa e podem simplesmente deixar de fazer qualquer esforço para se cuidarem.

O impacto das doenças sobre o estado mental faz com que os idosos sejam um dos grupos que mais necessite de apoio na área da saúde mental, no entanto a depressão é considerada um transtorno mental comum em idosos, sendo frequentemente vista como natural e como tal muitas vezes subdiagnosticada e subestimada tanto pelos idosos como pelos seus cuidadores. Observada como uma reacção normal à doença, ao tratamento e até ao próprio envelhecimento, acaba sendo sub-tratada, embora a maioria seja curável ou pelo menos tratável (Barreto 1984). É importante que se reconheça que a depressão não é uma das facetas normais do envelhecimento e que a falha ou atraso no seu diagnóstico se traduz em deterioração do funcionamento, na instalação de sofrimento e em mortalidade.

A depressão nos idosos é, muitas vezes, motivo de hospitalização pelo menos tão frequente quanto a demência (Fernandes, 2000). O quadro clínico que desencadeia é, de um modo geral, parecido com o que se pode encontrar nas outras idades, sendo contudo menos vulgares o sentimento de culpa e a incapacidade grave e mais fre-

quentes certas características como a hipocondria, a agitação e sintomas obsessivos. A perda de autonomia e o agravamento da sintomatologia, associado ao maior risco de morbilidade e mortalidade leva ao aumento da utilização dos serviços de saúde, à negligência no auto cuidado, à não adesão ao regime terapêutico e consequentemente, ao maior risco de suicídio (Galhardo, 2009).

Para Blazer (1992), a depressão pode ser abordada de acordo com três perspectivas diferentes: como fenómeno unitário; numa dimensão categórica e numa perspectiva funcional como um fenómeno unitário varia em termos de identidade, onde as suas manifestações formam um continuo entre extremos, que podem ser 'aguda e crónica', 'ligeira e severa'. Pode também ser referenciada de um modo mais categórico que está de acordo com o modelo médico tradicional, onde os distúrbios afectivos são considerados como um grupo de entidades distintas ou síndromes independentes em que cada uma das categorias é exclusiva relativamente às outras. Numa terceira abordagem, pode ser encarada numa dimensão funcional em que, quando a função está prejudicada e, sobretudo, o desempenho de papéis de responsabilidade deixa de poder ocorrer, os sintomas depressivos assumem uma conotação de severidade.

A depressão no fim da vida pode ser conceptualizada como o resultado da interrelação entre o biológico, o psicológico e as influências sociais que mudam o curso da vida.

Segundo o Manual de Diagnósticos e Estatísticas para as Desordens Mentais (DSM-IV) da Associação Americana de Psiquiatria e a Classificação Internacional de Doenças (ICD-10) da OMS (1993), a depressão é definida em várias categorias. Entre elas estão a Depressão Major e a Distímia. A primeira, a Depressão Major, é definida como um estado de espírito ou temperamento depressivo ou perda de interesse ou prazer, pelo menos nas duas últimas semanas, juntamente com cinco ou mais dos nove outros sintomas entre os quais se inclui a perda de peso significativa, mudanças de apetite, agitação psíquica, retardamento psicomotor, dificuldade de concentração ou de tomada de decisões e sentimentos de culpa ou de falta de dignidade. A desordem depressiva major está presente em 1-2% dos indivíduos com idade igual ou superior a 65 anos e a distímia afecta aproximadamente 2%, enquanto a depressão minor se encontra em 3-13% destes indivíduos (Fiske & Jones, 2005).

Além dos critérios listados na DSM-IV e no ICD-10, para a definição de depressão, podem ser incluídos como indicadores de depressão nos idosos a preocupação excessiva com sintomas somáticos, incapacidade desproporcionada a actual condição física e pouca cooperação com o tratamento ou a recusa do mesmo (Fiske & Jones, 2005).

Por seu lado a distímia, é caracterizada por sintomas depressivos, os quais podem ser menos severos do que a depressão major, mas cuja duração se prolonga

há pelo menos dois anos. Na pessoa idosa a depressão major e a distímia podem ocorrer simultaneamente.

Enquanto nos adultos jovens a depressão é caracterizada essencialmente por alterações emocionais e cognitivas como a tristeza e atitudes negativas, nos idosos são mais típicos os sintomas somáticos como a fadiga, a insónia, os distúrbios do apetite e sentimentos de apatia e desesperança (Fiske & Jones, 2005). O aparecimento de transtornos depressivos em idosos constitui um factor de risco para o desenvolvimento posterior de processos demenciais (Stella *et al.*, 2002).

Quando a depressão aparece tardiamente, ocorrendo só nas primeiras fases do envelhecimento, é muitas vezes relacionada com dano cognitivo, podendo predizer o aparecimento de Doença de Alzheimer ou de Demência Vascular, sendo comum a sua comorbilidade com doença física ou mental, podendo ser portanto, a manifestação prodrômica de uma síndrome demencial.

A depressão de início tardio é definida por Marinho (2007), como a ocorrência do primeiro episódio de depressão após os 60 anos e caracteriza-se por maior grau de apatia, disfunção cognitiva e alteração de neuroimagem com anormalidade no lobo temporal, achados semelhantes aos encontrados em sujeitos com demência, sendo que os factores genéticos parecem ser menos proeminentes.

Fiske e Jones (2005) ao citar Gatz *et al.* (1996) referem que, de acordo com o modelo Diathesis/Stress, existe uma propensão genética para a depressão mas que esta assume maior relevo nas depressões que acontecem mais cedo, sendo que as depressões no fim da vida têm como maior factor de risco o aspecto biológico manifestado nas mudanças neuroanatômicas e em certas doenças físicas.

Stella *et al.* (2002) defendem que a depressão na pessoa idosa surge dentro de um conjunto amplo de componentes onde actuam factores genéticos, eventos vitais, como o luto e abandono e doenças incapacitantes, entre outros. A depressão emerge muitas vezes num contexto de perda de qualidade de vida associada ao isolamento social e ao surgimento de doenças clínicas graves, constituindo-se estes, factores de risco para a depressão. A natureza crónica e recorrente da depressão major tem sido foco de crescente atenção, pois estima-se que mais de metade dos indivíduos que apresentam um episódio de depressão major, venham a apresentar pelo menos mais um episódio de depressão ao longo da vida.

De acordo com Vaz Serra (1977), a depressão, quando surge num indivíduo de terceira idade, geralmente mais não é do que a repetição de uma crise depressiva cujo surto inicial terá decorrido bastantes anos antes, podendo ter apresentado já vários episódios recorrentes. O autor aponta-nos para as afirmações de Muller (1969), que nos dizem que apenas em 1% de todas as primeiras hospitalizações psiquiátricas de doentes idosos, se trata da primeira vez em que surge um surto depressivo; nas res-

tantes situações, tratar-se-á da repetição de uma crise depressiva cujo surto inicial e mesmo outras crises recorrentes aconteceram ou vêm acontecendo há vários anos antes.

De referir porém que, ainda segundo o mesmo autor, muito embora as crises depressivas na terceira idade sejam, na sua generalidade, uma repetição de surtos anteriores, existem motivos que levam a pensar que as mesmas assumem contornos clínicos diferentes, devido ao inexorável processo de envelhecimento implicar modificações de natureza biológica, psicológica e social. Nesta perspectiva, a problemática das condições que acompanham o fenómeno do 'envelhecimento' levaram a que autores como Muller (1969) tenham caracterizado a depressão na terceira idade por um aumento da duração média dos episódios depressivos, por um quadro atenuado das emoções e por uma monotonia progressiva dos seus conteúdos.

Alguns dos autores que estudam a depressão de início tardio advogam uma origem vascular para esses quadros de depressão. Foi em 1995 que Krishnan e McDonald sugeriram que a depressão de início tardio era secundária a mudanças cerebrovasculares subtis, devido à arteriosclerose. Factores de risco vascular levariam à arteriosclerose e esta levaria à isquémia de regiões frontais e dos núcleos das bases.

Fiske e Jones (2005) salientam que Alexopoulos *et al.*, (1997) usam o termo 'Depressão Vascular' para descrever o que propõem ser um subtipo de depressão em idosos. Este tipo de depressão seria caracterizado pelo seu aparecimento tardio e pela presença de substância branca anormal na neuroimagem. A depressão vascular estaria associada a um perfil de sintomas entre os quais se incluiria retardamento psicomotor, défice da função executiva e deterioração do conhecimento profundo, ideação depressiva limitada, baixa consciência da doença, ausência de história familiar de distúrbio afectivo (Blanco, 2009), sendo pouco frequente a agitação e os sentimentos de culpa. Está também, frequentemente associada aos distúrbios cognitivos e à pior execução em testes neuropsicológicos, observando-se um pior desempenho na fluência verbal, no funcionamento executivo, na memória e nas tarefas de aprendizagem. Alguns estudos referem que este tipo de depressão responde menos à medicação antidepressiva em relação à depressão com outras etiologias, mas esta relação ainda não está efectivamente demonstrada.

Sendo que a hipótese da depressão vascular é relativamente recente, aguardam-se ainda novas pesquisas, no entanto este tipo de depressão pode apresentar diferenças na sua expressão sintomatológica em relação às formas de início precoce.

Os principais aspectos desta forma de depressão são os sintomas psicóticos, hipocondríacos e melancólicos e a psicomotricidade.

Os 'sintomas psicóticos' são frequentemente encontrados em indivíduos idosos deprimidos. Teixeira e Branco (1989) consideram que a depressão com sintomas psi-

cóticos, ansiedade, irritabilidade e instabilidade emocional inclinam-se ao surgimento de distúrbios de comportamento, em particular agressividade e agitação psicomotora.

Os 'sintomas hipocondríacos e melancólicos' ocorrem nos idosos deprimidos que apresentam um maior nível de hipocondria e ansiedade somática com tendência à super-valorização dos sintomas físicos, maior consumo de medicação e procura de serviços de saúde, podendo levar também à anorexia e à perda de peso. Stella *et al.* (2002), no seu trabalho, refere que além dos sintomas comuns, a depressão na terceira idade costuma ser acompanhada por queixas somáticas, hipocondria, baixa auto-estima, sentimentos de inutilidade, humor disfórico, tendência auto-depreciativa alteração do sono e do apetite, ideação paranoide e pensamento recorrente de suicídio.

A 'psicomotricidade ou distúrbio psicomotor' é considerada uma característica essencial na depressão. Estes indivíduos apresentam redução da actividade motora grosseira; alteração dos movimentos corporais discretos, aumento de frequência de toques corporais, redução do contacto directo do olhar com outros, redução da frequência de sorrisos e nos movimentos de sobrancelha; pobreza da fala, lentidão das respostas, frases monotónicas e articulação pobre da fala; aumento no tempo de decisão e tempo de resposta motora. Algumas pessoas deprimidas tornam-se inquietas, torcem as mãos e falam continuamente, enquanto outras se mostram introvertidas, dando a impressão de sentir cansaço continuamente, movem-se com lentidão e ganham peso.

Stella *et al.* (2002) afirmam que do ponto de vista mental, no idoso, a lentificação psicomotora e imobilidade física provocam baixa auto-estima, diminuição da sua participação na comunidade e a redução do círculo de relações sociais, tendo isto como consequência o agravamento do sofrimento psíquico, da sensação de incapacidade funcional e dos sentimentos de isolamento e de solidão. As mulheres apresentam com mais frequência preocupação, choro, desesperança, solidão, ideias suicidas, dores e uma postura parada. Por seu lado os homens apresentam uma redução e lentidão de movimentos e discurso, sendo a tristeza um sinal comum a ambos os sexos (Paul, 1993).

Os distúrbios psicomotores são proeminentes em idosos deprimidos, sendo a apatia e a perda de interesse os achados mais frequentemente descritos.

Tem sido verificado que a presença de suporte social está associada a mais baixos níveis de sintomatologia depressiva e que a existência deste pode servir de amortecedor dos efeitos de uma má saúde e incapacidade. Por outro lado a solidão e o isolamento, são em si mesmos factores de risco para a depressão, tanto nos idosos em instituições residenciais como nos idosos hospitalizados (Fiske & Jones, 2005).

Embora a depressão seja o factor de risco mais comum para suicídio em todos os grupos etários, esta associação é maior no fim da vida (Fiske & Jones, 2005), sendo

os factores de risco para o suicídio a doença mental, principalmente a depressão, a presença de doença física e a sua interacção com a depressão; isolamento social e solidão; rede social não estruturada; luto; estado civil (viúvos e divorciados) e problemas familiares. O comportamento suicida no fim da vida é caracterizado por alta letalidade.

Por sua vez, Marques (1989 citado por Fernandes, 2000), elege três factores etiológicos associados à depressão na pessoa idosa, os ambientais; os genéticos e os orgânicos.

Como factores ambientais o autor considera o isolamento e a falta de convívio social; a ausência de trabalho com consequente imobilidade; a saída dos filhos da casa paterna ou síndrome do ninho vazio; a morte do cônjuge ou de uma pessoa da família; a noção da desvalorização social e profissional; a noção de fardo para a família; as perdas físicas, mentais e sociais próprias do idoso (Fernandes, 2000).

Os acontecimentos de vida negativos particularmente os que trazem mudanças e/ou emoções negativas, são percebidos como indesejáveis, situando-se fora de controlo e como sendo ameaçadores à vida ou integridade, graves e de longa duração. O suporte social inadequado e o isolamento social são também factores que contribuem para o risco aumentado de depressão em idosos.

Paul (1993), ao citar Blezer (1985), refere que o luto é a situação que mais comumente contribui para a sintomatologia depressiva, mas esta opinião é contraposta pela mesma autora ao citar Murrell e Himmelfard (1989) que, no seu trabalho, consideram que o luto tem uma importância limitada na etiologia da depressão.

No que diz respeito aos factores genéticos, diz-se que a maioria das crises de depressão em idades mais avançadas são aquelas em que o peso genético é maior, além de que os indivíduos que sofrem uma primeira crise na terceira idade são mais ajustados emocional, social e psicologicamente, do que os indivíduos que sofrem estas primeiras crises em idades mais jovens.

O autor salienta que existem 'factores genéticos' predisponentes para a depressão em idades tardias e que as suas manifestações crescem de geração em geração (Fernandes, 2000).

No que se refere aos 'factores orgânicos', são considerados uma diversidade de doenças que podem causar sinais e sintomas característicos da depressão. Nestas salientam-se as alterações senis e ateroscleróticas e os acidentes vasculares cerebrais (Fernandes, 2000). Entre estes factores encontram-se ainda alterações neuroendócrinas (redução da hormona estimuladora da tiróide), alterações de neurotransmissores (redução da actividade serotoninérgica e noradrenérgica), processos de degeneração dos circuitos corticais e subcorticais responsáveis pelo processamento e elaboração da vida afectiva e emocional (Stella *et al.*, 2002). A autora considera ainda

que a produção diminuída de serotonina pelos Núcleos de Rafe e a diminuição dos receptores para estes neurotransmissores representam factores de vulnerabilidade à depressão no idoso.

A relação entre o estado de saúde e a depressão surge como recíproca, sendo que a pobre saúde conduz à depressão e a depressão, por sua vez conduz ao aumento da morbilidade e mortalidade (Fiske & Jones, 2005). A depressão nos idosos é fortemente influenciada pela saúde, principalmente quando esta é entendida como ameaça à sua integridade e dignidade (Paúl, 1993).

Nos casos de acidente vascular encefálico, os episódios de depressão são muito comuns, com frequência entre os 25% e 50% dos doentes. Na meia-idade e no início da velhice a depressão está associada à ocorrência do primeiro ataque cardíaco, piorando o prognóstico após a ocorrência do mesmo. A depressão após queda bem como a depressão associada a Doença de Parkinson estão já comprovadas.

A perda ou diminuição de independência para actividades de vida diária – incapacidades novas ou prolongadas – trazem a diminuição da produtividade e aumentam o risco de novos episódios depressivos. A restrição das actividades normais intervém na relação entre a severidade da doença e a sintomatologia depressiva. A restrição da actividade pode resultar da doença, da incapacidade ou da dor, mas pode também ser associada a outros factores tais como recursos financeiros e suporte social (Williamson & Shaffer, 2000).

A espiritualidade e religiosidade têm mostrado efeitos variáveis na depressão, dependendo exactamente do que está sendo estudado, no entanto a religiosidade intrínseca encontra-se relacionada com a melhoria dos quadros depressivos. Diferentes dimensões de religiosidade podem ter diferentes efeitos. A religiosidade ‘intrínseca’ e privada, tem sido observada como redutora do tempo de remissão da depressão entre idosos, não se encontrando igual efeito com comportamento religioso ‘extrínseco’.

Por vários motivos a depressão costuma ser mais difícil de diagnosticar nas pessoas idosas. Os sintomas podem ser menos evidentes porque as pessoas podem estar desocupadas ou ter menos relações sociais, porque algumas pessoas pensam que a depressão é uma debilidade e são reticentes em admitir que sentem tristeza ou sofrem outros sintomas, porque a ausência de emoções pode não ser interpretada como depressão, mas sim como indiferença, porque a família e os amigos podem considerar os sintomas da pessoa deprimida simplesmente como a evidencia de que está a envelhecer ou porque os sintomas podem ser atribuídos a outras perturbações (Merk Sharp & Dhome, 2004).

A depressão pode tornar mais lento o pensamento e afectar a concentração e a memória, até que algumas pessoas idosas com depressão acreditam que têm demên-

cia devido ao facto de apresentarem confusão, esquecimentos e desorientação, um quadro conhecido como pseudodemência, podendo constituir-se como um motivo de institucionalização e/ou hospitalização.

Paúl, (1997), ao citar Schulz (1976), afirma que também em meios institucionais, a perda de controlo é considerada a responsável, pelo menos em parte, pelos sentimentos de desanimo e depressão, assim como do declínio físico e acelerado.

No que se refere ao idoso institucionalizado Paúl (1993), cita o trabalho efectuado por Parmelee *et al.* (1989), o qual aponta para uma maior prevalência de depressão nestes idosos relativamente aos residentes na comunidade. A depressão major era mais frequente em pessoas recentemente institucionalizadas, enquanto, nos residentes de longa data em lares era mais provável encontrar deficiências cognitivas combinadas com depressões menores.

Vários autores ressaltam que a depressão na pessoa idosa manifesta-se muitas vezes por queixas físicas frequentes em associação com doenças clínicas gerais, levando à dependência física e à perda de autonomia o que muitas vezes conduz à hospitalização e à institucionalização, agrava as patologias presentes e eleva a mortalidade (Stella *et al.*, 2002; Marinho, 2007). Os autores consideram ainda que períodos prolongados de dor, nutrição comprometida, emagrecimento e factores advindos de doenças físicas que conduzem à diminuição da autonomia e à perda de mobilidade física contribuem decisivamente para a instalação da depressão.

Os idosos que consideram a velhice como um fenómeno natural, encaram a vida com maior positividade e respondem adequadamente às solicitações do seu meio ambiente e social.

Fernandes (2000) afirma que a sociedade tem de compreender que a integração social dos idosos é o caminho para lhes reduzir a dependência, preservar a autoconfiança e contribuir de forma positiva para a prosperidade da mesma.

O diagnóstico de depressão em indivíduos com doenças graves ou terminais pode apresentar especial dificuldade. Os factores de risco entre estes pacientes incluem doença avançada, dor e o uso específico de medicação.

Entre os instrumentos que avaliam a depressão, a GDS de Yesage *et al.* (1983), tem sido adoptada por muitos profissionais de saúde

3.1- QUALIDADE DE VIDA E DEPRESSÃO

As desordens depressivas têm um impacto negativo na sobrevivência e na qualidade de vida da pessoa idosa, levando ao comprometimento físico, social e do funcionamento em geral. Como tal a qualidade de vida dos idosos deprimidos apresenta

declínio nos aspectos físicos, funcionais e sociais em comparação com os idosos não deprimidos (Galhardo, 2009).

Uma pessoa poderá então sentir-se saudável apesar das suas doenças ou fragilidades, desde que consiga desempenhar algumas actividades, ter e alcançar alguns dos seus objectivos e ter uma vida social que lhe ofereça uma boa qualidade de vida. Stella *et al.* (2002) considera que o tratamento da depressão no idoso tem como finalidade reduzir o sofrimento e melhorar o seu estado geral e garantir uma melhor qualidade de vida.

Num estudo efectuado por Xavier *et al.* (2003), os idosos que avaliavam a sua qualidade de vida como negativa apresentavam, significativamente, mais problemas de saúde e mais sintomas depressivos. De igual modo a vulnerabilidade para a desesperança pode estar associada à severidade das perdas que a dependência impõe ou que é pressuposta por quem as vive. Os autores, ao compararem a satisfação e a insatisfação dos muito idosos, encontraram mais problemas de saúde e mais sintomas de depressão entre os idosos que se percebiam como doentes e verificaram ainda que a presença ou ausência de satisfação estava associada ao género. Nesta pesquisa, enquanto os determinantes para a qualidade de vida negativa estavam limitados a uma só razão (neste caso a saúde), os determinantes para a qualidade de vida positiva foram pelo menos três estando entre eles a saúde. Desta diferença concluíram os autores que, enquanto o envelhecimento com satisfação é um estado que varia de indivíduo para indivíduo, o envelhecimento com sofrimento é um estado com um único determinante, a saúde. Pode haver diversos tipos de envelhecimento com satisfação, mas um mau envelhecimento é quase sempre sinónimo de doença.

Neste estudo foram apontados como bons indicadores de bem-estar e qualidade de vida aspectos como actividade, rendimentos, vida social, relações com a família, bem como a saúde. O aspecto referente à realização de actividades e o trabalho aparece como satisfatório, quando os idosos se referem ao que vai bem na sua vida corrente. A actividade pode ser um determinante de satisfação, devido ao facto das pessoas se sentirem habilitadas, experimentando um sentimento de controlo sobre o ambiente e sobre os eventos da sua vida. Em sentido oposto, as perdas prováveis do envelhecimento podem representar um risco crescente para a experiencia de controlo pessoal.

Trentini *et al.* (2008) consideram que a relação entre qualidade de vida e intensidade de sintomas depressivos no idoso é estreita. Num estudo por eles realizado sobre as variáveis de impacto na qualidade de vida das pessoas idosas, realizado com 339 pessoas idosas acima dos 60 anos, um dos principais achados foi a associação entre maior intensidade de sintomas depressivos e percepção subjectiva de doença e uma pior qualidade de vida. Também uma associação entre pior qualidade de vida em

idosos e depressão tem sido apontada em vários estudos, enquanto outros reforçam a hipótese de associação directa entre nível de depressão e qualidade de vida, ao evidenciarem a melhoria da qualidade de vida que se segue ao tratamento efectivo da depressão.

Apesar da existência destes estudos sugerindo a presença de associação entre depressão e qualidade de vida, a maior parte deles utiliza um conceito restrito: o conceito de qualidade de vida 'relacionada à saúde'.

Outro estudo mostrou que estar deprimido interfere mais com a qualidade de vida do que se perceber doente. Este mesmo estudo revelou uma associação entre maior depressão e pior nível de independência.

Trentini *et al.* (2008) aludem ao estudo efectuado por Ormel e colaboradores (2002), o qual mostrou que a depressão e a perda de funcionalidade são mutuamente reforçadoras uma da outra ao longo do tempo, chegando à conclusão de que, para melhorar a qualidade de vida dos idosos, os tratamentos devem ser dirigidos tanto para a disfunção, no caso de esta estar recentemente instalada, como para o quadro depressivo em si.

Por sua vez o estudo realizado por Asakawa *et al.* (2000), acompanhando longitudinalmente cerca de 700 idosos, funcionais e não deprimidos, observaram que, entre os 12% que apresentaram declínio da funcionalidade, havia significativa perda de contacto social, maior declínio na satisfação com a vida e um número significativamente maior de sintomas depressivos após dois anos de seguimento. Foi também observada uma associação entre domínio psicológico e pior qualidade de vida para idosos mais velhos, para sujeitos com menor escolaridade e para casados. A condição de aposentado, a falta de recursos económicos e o género foram outras variáveis que se mostraram significativamente associadas com pior qualidade de vida em certos domínios.

Num estudo realizado por Gameiro *et al.* (2008) cujos objectivos foram analisar a presença de sintomatologia depressiva na população em geral, avaliar o impacto do grau de sintomatologia depressiva na qualidade de vida dos sujeitos, foram avaliados 307 indivíduos da população em geral, 59 sujeitos (19,2%) referiram sintomatologia depressiva, de entre estes, 47 apresentavam depressão leve, 11 depressão moderada e apenas 1 depressão grave.

Os sujeitos com sintomatologia depressiva apresentavam valores significativamente mais baixos de qualidade de vida em todos os domínios e facetas. A sintomatologia depressiva mostrou estar negativamente associada com a qualidade de vida. Os sujeitos categorizados com depressão leve apresentaram valores significativamente mais baixos de qualidade de vida em todos os domínios, exceptuando Espiritualidade, do que os sujeitos saudáveis.

Um estudo realizado por Naumann e Byrne (2004) no Hospital de Prince Charles, Brisbane, Austrália, com 39 indivíduos idosos, dos quais a maioria (94,9%) tinham o diagnóstico de Desordem Depressiva Major, de acordo com o DSM-IV e com níveis de comorbilidade altos. Três dos quatro domínios do WHOQOL-Bref (físico, psicológico e ambiente) demonstraram fidedignidade e validade satisfatórias. Contudo o domínio das Relações Sociais apresentou uma pobre validade. Os scores de qualidade de vida apresentaram forte correlação com a severidade da depressão, número de sintomas auto-referidos e auto-concordância com o status de saúde em geral. Não foi encontrada relação entre a comorbilidade do diagnóstico e os scores de qualidade de vida.

Lopes (1988) desenvolveu um trabalho utilizando a escala de depressão de Hamilton numa amostra constituída por seis grupos tendo concluído que os idosos, com 60 anos e mais que, pela primeira vez, adoeceram com depressão na terceira idade apresentam como características fundamentais a lentidão e a inibição e, embora com menor realce, sintomas gastrointestinais; o grupo dos mais jovens (com menos de 45 anos) evidencia predomínio de sentimentos de culpa, ideias de suicídio, ansiedade psíquica, desespero e humor depressivo. Por seu lado, no grupo intermédio (entre os 45 e os 59 anos) predominam sintomas como a ansiedade psíquica, a ansiedade somática, problemas gastrointestinais e grande ansiedade, surgindo ainda, embora com menor evidência, sentimentos de culpa e despersonalização.

Neste mesmo estudo, o autor concluiu que a incidência da depressão nos gerentes depende da sua condição social, encontrando-se maior número de depressões nos que não trabalham e nos que se encontram sujeitos a tratamentos de doenças físicas, desempenhando a ocupação e a actividade um importante papel na profilaxia das depressões.

Com o objectivo de determinar a prevalência de depressão provável em idosos e analisar factores sócio-demográficos associados, Sousa *et al.* (2010) desenvolveram um estudo observacional, transversal analítico em 2008, no Centro de Saúde (CS) da Senhora da Hora, Unidades de Saúde Familiar (USF) Oceanos e Horizonte e Unidade de Saúde Atlântida, da Unidade Local de Saúde de Matosinhos (ULSM). A população deste estudo foi constituída por Idosos inscritos no CS e unidades de saúde referidas que, na altura da recolha dos dados, apresentavam idade igual ou superior a 65 anos (N=11,600). A pesquisa desenvolveu-se entre Maio e Setembro de 2008, tendo sido realizada através de uma entrevista a uma amostra de 590 idosos. A GDS (versão reduzida) foi usada para rastreio de depressão, considerando depressão provável um resultado superior a quatro. Os resultados levaram à conclusão de que a prevalência de depressão provável foi de 42,1%. A prevalência foi maior no sexo feminino ($p<0,001$), nos indivíduos com baixa escolaridade ($p=0,002$) e nos não casados ($p=0,008$). Na análise multivariada por regressão logística só se manteve associação

estatisticamente significativa com o sexo feminino. Os autores concluíram que a prevalência de depressão provável encontrada é superior à dos estudos existentes. A associação entre a depressão e o sexo feminino encontrava-se em concordância com a literatura referenciada.

No que se refere à evolução e prognóstico da depressão, Lopes (1988), fala-nos ainda da tendência de, com o aumento da idade, aumentar igualmente a dificuldade em obter remissões e para o alongamento do período de tratamento, conduzindo assim a uma tendência para a cronicidade.

Procedendo a uma breve síntese do que acabamos de expor, podemos dizer que a depressão é a mais frequente perturbação psíquica nos idosos, variando a sua prevalência entre 5 e 65%, consoante os estudos e a população alvo dos mesmos.

Galhardo (2009) afirma que a depressão é maior em idosos institucionalizados relativamente aos que moram na comunidade, referindo no seu trabalho que os idosos apresentavam maior número de medicamentos em uso, provavelmente devida à apresentação de queixas somáticas relacionadas com a depressão. Segundo diversos autores, mais do que os factos reais, o que desempenharia uma acção fundamental na determinação desta reacção por parte do idoso seria a “percepção individual” que o mesmo tem do suporte social, do seu estado de saúde e dos acontecimentos de vida.

Dos estudos consultados parece resultar evidente que os coeficientes de prevalência verificados em Portugal são superiores àqueles que foram encontrados no estrangeiro, nomeadamente nos Estados Unidos da América.

A depressão no fim da vida é uma desordem heterogénea cuja sintomatologia difere de outros grupos etários daí que métodos de avaliação efectivos, opções de tratamento e a existência de estratégias preventivas poderão contribuir para reduzir e minimizar este problema tão prevalente na população idosa, considerando Ribeirinho (2005) que envelhecer com sucesso é uma alternativa possível à perspectiva determinista do envelhecimento associado à dependência, à doença; à incapacidade, e à depressão.

PARTE II – ESTUDO EMPÍRICO

1- METODOLOGIA

A elaboração de um projecto de pesquisa e o seu desenvolvimento necessitam, de estar baseados num planeamento cuidadoso com reflexões conceituais sólidas e alicerçadas em conhecimentos já existentes, sendo nesta fase do processo de investigação que se define como será realizada a pesquisa.

Nesta fase o investigador deverá definir a população e escolher os instrumentos mais apropriados para efectuar a colheita dos dados, pois as diversas decisões metodológicas são importantes para assegurar a fiabilidade e qualidade dos resultados de investigação (Fortin, 1999).

Assim, descrevemos os aspectos mais importantes a desenvolver nesta etapa, tais como o tipo de estudo, as variáveis, a população alvo, a amostra, o instrumento de colheita de dados, a consideração dos aspectos éticos e o tratamento estatístico dos dados.

1.1- OBJECTIVOS E CONCEPTUALIZAÇÃO DO ESTUDO

As sociedades deparam-se actualmente com o aumento significativo do número de idosos, o que vem evidenciar a necessidade de se criarem novos modelos de apoio que possam responder as demandas concretas desta população.

Este é um fenómeno universal, cuja evolução se deve genericamente à queda da fecundidade, natalidade e mortalidade, melhoria das condições de vida e aumento da esperança de vida. O fenómeno é também conhecido por transição demográfica.

De acordo como Plano Gerontológico da RAM (2009), em 2007 registaram-se 32.259 indivíduos com idade superior a 65 anos. O mesmo Plano refere que, no período da sua análise, existiam 22 lares na RAM, os quais acolhiam um total de 958 idosos, representando o sexo feminino 75,3% desta população e o masculino 24,7%.

Por sua vez o estudo da Provedoria de Justiça (2008) refere que em Dezembro de 2007 existiam 991 idosos acolhidos nos lares da Madeira, o que correspondia a cerca de 2,91% da população com 65 anos ou mais.

O mesmo documento (2008) indica que em igual data existia um total de 773 idosos aguardando acolhimento em Lar, sendo que desses, 160 correspondiam a idosos a aguardar internamento em unidades de saúde e 150 estavam referenciados como casos prioritários.

Em 2008 o número de Lares passou a 23, acolhendo em Dezembro do mesmo ano um total de 989 idosos. Nesta data o género feminino é o que mais se destaca com um total de 740 utentes internadas, o que corresponde a cerca de 75% da população residente em lar. A promoção do bem-estar da pessoa idosa é pois um desafio crescente também no nosso meio, onde a partilha de responsabilidades e a necessidade de respostas adequadas urge em serem reflectidas e implementadas.

O Plano Gerontológico da RAM (2009) pretende a melhoria da qualidade de vida da pessoa idosa de modo a que se possa viver mais e melhor, antecipando respostas e criando soluções para que a terceira idade possa ser vivida de uma forma saudável e autónoma. Perspectiva-se um envelhecimento activo e bem sucedido, onde os serviços da saúde, sociais e educacionais possam promover a autonomia e o bem-estar físico e psicológicos, sendo que uma das questões que se podem colocar acerca desta etapa da vida, na nossa sociedade e não só, é a da qualidade de vida, no sentido de averiguar em que medida os idosos se encontram satisfeitos e realizados com o que conseguiram e com o que lhes é actualmente oferecido a nível institucional e qual é a prevalência da depressão nesta população.

No nosso meio a institucionalização tem sido uma das respostas encontradas para o desafio da dependência e da vulnerabilidade a qual os idosos estão sujeitos. Importa saber em que medida estas soluções vão de encontro às necessidades individuais e como são percebidas em termos de qualidade de vida.

A avaliação da qualidade de vida da pessoa idosa é uma constante que tem vindo a ser progressivamente tida em conta na abordagem do envelhecimento, assumindo um carácter fundamental, junto desta população. Uma boa qualidade de vida vai ter um impacto positivo tanto na longevidade como na morbilidade, sentindo-se assim, a necessidade de aprofundar esta temática para se poder encontrar respostas adequadas às necessidades específicas desta população.

Dos estudos observados, podemos concluir que o envelhecimento envolve um conjunto de transformações físicas, psíquicas e sociais em interacção recíproca e por vezes sentidas como perdas, dificuldades cognitivas e sensoriais, doenças físicas, dependência, perda de autonomia, de relações afectivas por morte do cônjuge, parentes e amigos, reforma e isolamento social. Face a este conjunto de realidades, o idoso pode reagir de uma forma positiva, adaptando-se às referidas transformações, ou, pelo contrário, ser incapaz de se reorganizar, entrando em quadros depressivos e consequentemente experienciando uma má qualidade de vida.

Perante o que atrás referimos e observando a realidade dos idosos institucionalizados saltam à nossa mente algumas questões:

Qual é a percepção dos idosos acerca da sua qualidade de vida?

Qual é o nível de depressão das pessoa idosas?

Será que a sintomatologia depressiva influencia a sua qualidade de vida?

Esta nossa pesquisa tem como objectivos:

- analisar a Qualidade de Vida dos Idosos Institucionalizados nos Lares da RAM, nos domínios: físico, psicológico, social e ambiental;
- identificar o nível de Depressão dos Idosos Institucionalizados nos Lares da RAM e
- relacionar a Qualidade de Vida e o nível de Depressão dos Idosos Institucionalizados nos Lares da RAM.

Assim, desejamos ajudar a implementar processos de actuação, tendo em conta a saúde e bem-estar da pessoa idosa, bem como contribuir na colaboração a todos os que se dedicam a estas questões para que se possam constituir um auxílio na implementação de políticas e critérios institucionais que promovam e melhorem a condição de quantos habitam nos lares.

Optamos por efectuar um Estudo Descritivo e Exploratório.

Deste estudo fazem parte os idosos em regime de internamento nas Instituições – Lares, públicos e privados de apoio à pessoa idosa na RAM.

A escolha destas instituições prende-se com os objectivos do estudo e por ser nelas que se encontram tradicionalmente a maior percentagem dos idosos institucionalizados.

Após a decisão de escolha da população efectuamos junto do CSSM o pedido dos dados relativos ao número de Lares, Públicos e Privados, existentes em 31 de Dezembro de 2010, bem como o número de idosos internados nesta data, para conhecer a população e poder proceder à selecção da amostra.

Nesta data foi referenciado pelo CSSM existência de 24 instituições, com uma população total de 1261 pessoas. Do conjunto das instituições 10 são as existentes no concelho do Funchal, três no concelho de Santa Cruz, duas nos concelhos da Calheta, Ribeira Brava e Machico e uma nos concelhos de Câmara de Lobos, Ponta do Sol, S. Vicente, Porto Moniz, e Porto Santo.

Depois de seleccionada a amostra iniciamos o processo de pedido de autorização para a aplicação dos questionários nos lares públicos, junto do CSSM¹. Os pedidos de autorização junto dos Lares privados foi iniciado por contacto telefónico, tendo a documentação relativa ao estudo e o pedido escrito sido posteriormente formalizado

¹ Anexo I - Pedido de Autorização ao Centro de Segurança Social da Madeira (CSSM)

através de endereço electrónico e a uma instituição foi enviada a documentação por correio normal.

No pedido de autorização apresentavam-se em traços gerais o enquadramento do estudo, o tema, os objectivos, os questionários a aplicar, bem como os documentos de consentimento informado.

Foi assumido o compromisso de que seria garantida a completa confidencialidade, dos dados e o anonimato, bem como a participação no estudo seria voluntária. A colheita dos dados, seria efectuada por nós num local indicado e de forma a não perturbar o funcionamento da instituição, nomeadamente o horário das refeições ou visitas, o desejo de eventuais saídas e o repouso dos utentes.

Ao longo da recolha dos dados tivemos em conta a referência à vida dos idosos nas últimas duas semanas, como preconizado tanto pelo grupo WHOQOL da OMS, no que se refere à escala WHOQOL-Bref e como recomendado também para a Escala de Depressão Geriátrica.

1.2- POPULAÇÃO E AMOSTRA

A população do estudo foi constituída por todos os idosos internados nos Lares da RAM em 31 de Dezembro de 2010, partindo do número de camas existentes, num total de 1261 (Centro de Segurança Social da Madeira, 2011),

Os idosos encontram-se distribuídos por 24 Lares (6 públicos e 18 particulares).

No nosso estudo optamos por utilizar uma amostragem probabilística, de modo a se obter uma amostra representativa. Esta técnica de amostragem assegura uma certa precisão na estimação dos parâmetros da população e reduz o erro amostral (Fortin, 1999). Dentro desta técnica de amostragem, escolhemos o tipo de amostragem por grupos, também conhecida por amostragem por cachos ou conglomerados.

Considerando que o número de elementos da população é de 1261 e optando pelo erro máximo de 8%, (Gil, 1999) concluímos que, para obter uma amostra representativa, o número de elementos da mesma teria de ter no mínimo 135 elementos. Para obter um grau de homogeneidade adequado, constituíram critérios de inclusão os seguintes:

- possuir idade igual ou superior a 65 anos;
- residir habitualmente no Lar;
- possuir capacidades cognitivas e físicas que permitissem a comunicação (Mini Exame Mental de Folstein *et al.*, 1975).

Assim, procedeu-se à selecção dos lares utilizando a amostragem por cachos. Foram apuradas, aleatoriamente, um total de 16 Instituições (5 Lares Públicos e 11 Lares Privados) a fim de obter um largo número de idosos disponíveis. Este número procurou ter em conta a incerteza de se conseguir o número desejado de elementos aptos a responder aos questionários, dado o nível de dependência dos idosos institucionalizados, os possíveis erros e questionários não preenchidos e a necessidade de ter as autorizações suficientes e atempadamente. Duas instituições recusaram a sua participação.

Dos contactos efectuados obtivemos uma amostra de 530 elementos, no entanto 375 foram eliminados por não responderem ao terceiro critério de inclusão, tendo a amostra ficado constituída com 155 idosos.

1.3- INSTRUMENTOS DE COLHEITA DE DADOS

Os instrumentos de colheita de dados deverão atender aos objectivos do estudo e o nível do mesmo (Fortin, 1999). Uma vez que os estudos exploratórios descritivos visam o acumular de maior quantidade de informação possível, os questionários são um dos métodos a considerar, pois permitem colher informações sobre vários aspectos (ideias, comportamentos, sentimentos, atitudes)

Neste estudo optamos pela utilização quatro questionários, um para a selecção da amostra e três para aplicação aos participantes no estudo (WHOQOL-Bref, GDS e um breve questionário por nós elaborado para obtenção de alguns dados demográficos).

Os instrumentos de colheita de dados foram aplicados nos meses de Março, Abril, Maio e Junho.

1.3.1- Avaliação da Função Cognitiva (MMS)

Como instrumento de avaliação da função cognitiva para idosos, Fernandez-Ballesteros (1992) considera entre outros o Mini Exame Mental² (Mini Mental State – MMS) de Folstein *et al.* (1975). Segundo este autor os instrumentos de avaliação cognitiva têm como função diferenciar idosos com alguma deterioração intelectual de qualquer grau. Embora permitam estabelecer diferentes graus de intensidade de dete-

² Anexo II - Mini Mental State (MMS)

rioração, não possibilitam discriminar diferentes tipos de deterioração nem conhecer as causas da mesma.

A aplicação do MMS, segundo Folstein *et al.* (1975), para a avaliação da função cognitiva no idoso é recomendada por peritos, não apenas pela sua fiabilidade mas também pela sua validade. Optamos por aplicar o MMS de Folstein *et al.* (1975), no sentido de nos assegurar que os elementos da amostra apresentavam um funcionamento cognitivo que lhes permitisse compreender e responder às questões que lhes foram colocadas. O questionário foi retirado do documento Escalas e Testes na Demência, dos Grupos de Estudos de Envelhecimento Cerebral e Demência (Guerreiro, *et al.*, 2003).

O MMS é composto por 11 questões, cujos conteúdos incidem sobre os aspectos cognitivos das funções mentais. Neste teste são avaliados a orientação, a memória, a atenção e a linguagem, demonstrando elevados níveis de sensibilidade para identificar o declínio cognitivo. Uma das críticas mais frequente a este teste é o elevado número de falsos positivos em indivíduos pouco escolarizados.

A pontuação máxima para o teste total varia entre 0 e 30. Os valores de Corte para a população portuguesa com idade superior a 40 anos são: analfabetos - defeito ≤ 15 ; 1 a 11 anos de escolaridade - defeito ≤ 22 ; superior a 11 anos de escolaridade - defeito ≤ 27 (Guerreiro *et al.*, 2003).

1.3.2- Escala de Depressão Geriátrica (GDS)

Fernandes (2002), ao citar Barreto (1972), afirma que a depressão é um tipo de manifestação das emoções mais frequentes nos idosos e que esta se expressa geralmente por auto-verbalizações negativas referentes a si e à velhice, por um baixo reconhecimento das suas capacidades e por uma baixa estima e participação social.

Neste sentido a escala o instrumento de colheita de dados escolhido para avaliar a Depressão foi a GDS³ (Barreto *et al.*, 2003).

A GDS, construída por Brink, Yesavage, Lum, Heersema, Adey e Rose em 1982, destina-se à avaliação da sintomatologia depressiva especificamente, nas pessoas idosas. Além disso, elimina a confusão, geralmente presente em outros instrumentos de avaliação da depressão, entre indicadores somáticos da depressão e manifestações físicas normais da velhice (Ferreira 2005).

³ Anexo III - Escala de Depressão Geriátrica (GDS)

Quer estudos iniciais de validação como outros posteriormente efectuados levaram à consideração desta escala como um instrumento recomendável e ajustável para a avaliação da depressão, em indivíduos idosos, sendo utilizada universalmente.

Esta escala considera os níveis de actividade e participação nas áreas básicas e papéis da vida social e está validada para a população idosa portuguesa. A escala original é constituída por 30 itens, com duas alternativas de resposta (sim ou não), consoante o modo 'como o idoso se tem sentido ultimamente, em especial de há uma semana para cá'. A escala foi desenvolvida especialmente para o rastreio de transtornos de humor em idosos, com questões que evitam a esfera das queixas somáticas.

É composta por perguntas de fácil entendimento, com diminuta variação nas possibilidades de resposta e podendo ser auto-aplicada ou aplicada por um entrevistador treinado.

A Escala foi traduzida, aferida e adaptada à população portuguesa por Veríssimo (1988) na 'Avaliação Diagnostica dos Síndromes Demenciais', proposta no serviço de neurologia e neurocirurgia do Hospital de S. João no Porto.

Como procedimento para o preenchimento da GDS deve-se atender à seguinte pontuação: 1 ponto para as respostas SIM nas questões: 2-4; 6; 8; 10-14; 16-18; 20; 22-26 e 28, e 1 ponto para as respostas NÃO nas questões: 1; 5; 7; 9; 15; 19; 21; 27; 29 e 30.

Veríssimo (1988) sugere que, para a quantificação dos resultados, se proceda à seguinte classificação: valores de 0-10 pontos são indicadores de idosos normais, isto é com ausência de depressão; os valores superiores a 11 são indicadores de depressão crescente, sendo os valores entre 11-20 correspondem a depressão ligeira e os valores entre 21-30 são indicadores de depressão grave. Esta escala foi retirada do documento Escalas e Testes na Demência, dos Grupos de Estudos de Envelhecimento Cerebral e Demência (Guerreiro, *et al.*, 2003).

1.3.3- Avaliação da Qualidade de Vida (WHOQOL-Bref)

Medir a qualidade de vida é um dos aspectos úteis no trabalho com a pessoa idosa de modo a encontrar e antecipar respostas e a criar soluções para que a terceira idade seja vivida de forma plena, saudável e autónoma (Plano Gerontológico da RAM, 2009).

Para a avaliação da qualidade de vida dos idosos institucionalizados utilizamos como instrumento de colheita de dados o WHOQOL-Bref⁴.

⁴ Anexo IV - Escala de Avaliação da Qualidade de Vida (WHOQOL-Bref)

Desde 1995 o Grupo WHOQOL desenvolveu dois instrumentos genéricos de qualidade de vida, o WHOQOL-100 e o WHOQOL-Bref e elaborou módulos específicos para HIV (WHOQOL-HIV), Espiritualidade, Religiosidade e crenças pessoais (WHOQOL-SRPB), pessoas idosas (WHOQOL-Old) e está a desenvolver um instrumento para avaliar a qualidade de vida em pessoas com incapacidades intelectuais e físicas (WHOQOL-QOL).

De acordo com Fleck (2006), o instrumento WHOQOL-100 consiste em cem perguntas referentes a 6 domínios: físico, psicológico, independência, relações sociais, meio ambiente e espiritualidade/religiosidade/crenças pessoais. Os domínios são divididos em 24 facetas e cada faceta é composta por quatro questões. O instrumento contém ainda uma outra faceta composta por questões gerais sobre a qualidade de vida. O objectivo do grupo foi desenvolver uma medida de qualidade de vida que possa ser usada internacionalmente para populações saudáveis ou doentes (The WHOQOL Group, 1995).

No entanto, foi a necessidade de se obter um instrumento mais reduzido para a avaliação da qualidade de vida, que preservasse as características psicométricas satisfatórias do WHOQOL-100, que fez com que o mesmo grupo desenvolvesse uma versão mais abreviada, a que se designou por WHOQOL-Bref.

O WHOQOL-Bref tem como base conceptual a definição da OMS, a qual afirma que a qualidade de vida *é a percepção do indivíduo sobre a sua posição na vida dentro do contexto do sistema de cultura e valores nos quais está inserido e em relação aos seus objectivos, expectativas, padrões e preocupações* (Fleck, 2006, p.6).

A escala WHOQOL-Bref tem como objectivo único avaliar a qualidade de vida das pessoas, saudáveis ou não, com base em quatro dimensões fundamentais: física; psicológica; relação social e meio ambiente, introduzindo variáveis diversificadas e não sobreponíveis à satisfação de vida, na compreensão do processo de envelhecimento.

A nível conceptual foi definido pelo Grupo de Qualidade de Vida da OMS, que o carácter abrangente das facetas do instrumento original deveria ser preservado. Assim, a nível psicométrico, foi seleccionada a questão de cada faceta que mais altamente se correlacionasse ao score total do WHOQOL-100, apresentando o WHOQOL-Bref também uma avaliação ampla e abrangente.

O WHOQOL-100 e o WHOQOL-Bref avaliam uma ampla variedade de domínios da qualidade de vida e apresentam um grande avanço na metodologia usada para o desenvolvimento de instrumentos interculturais confiáveis e válidos (Power, 2008).

Estes instrumentos foram traduzidos para várias línguas e testados largamente e de forma segura transversalmente a várias culturas e situações.

De acordo com Canavarro (2006), as variações linguísticas e a existência de um contexto cultural diferente conduziram à necessidade de criar uma nova versão do instrumento para português de Portugal.

Assim, os instrumentos de colheita de dados, designados escala WHOQOL-100 e WHOQOL-Bref, foram traduzidos e validados em Portugal por uma equipa de profissionais da saúde coordenada pelo Professor Doutor Adriano Vaz Serra, da Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra, e pela Professora Doutora Maria Cristina Canavarro, da Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação da Universidade de Coimbra.

Os estudos psicométricos do WHOQOL-Bref para português de Portugal, apresentam bons valores de consistência interna, validade discriminante, validade de constructo e estabilidade teste – reteste, tornando-se um bom instrumento para avaliar a qualidade de vida em Portugal.

Deste modo, a escala WHOQOL-Bref é composta por 26 questões, duas gerais sobre a qualidade de vida e saúde e 24 correspondentes às facetas que compõem o instrumento original (Quadro 3).

Quadro 3: Domínios da Qualidade de Vida do WHOQOL-Bref

DOMÍNIO I	DOMÍNIO II	DOMÍNIO III	DOMÍNIO IV
Físico (7 questões)	Psicológico (6 questões)	Relações Pessoais (3 questões)	Meio Ambiente (8 questões)
Q1- Dor e desconforto; Q2- Energia e fadiga; Q3- Sono e repouso; Q9- Mobilidade; Q10- Actividades da vida Quotidiana; Q11- Dependência de medicação ou tratamentos; Q12- Capacidade de trabalho;	Q4- Sentimentos positivos; Q5- Pensar, aprender, memória e concentração; Q6- Auto-estima; Q7- Imagem corporal e aparência; Q8- Sentimentos negativos; Q24- Espiritualidade / Religião / crenças pessoais;	Q13- Relações pessoais; Q14- Suporte (apoio) social; Q15- Actividade Sexual;	Q16- Segurança física e protecção; Q17- Ambiente no lar; Q18- Recursos financeiros; Q19- Cuidados de saúde e sociais: disponibilidade e qualidade; Q20- Oportunidades de adquirir novas informações e habilidades; Q21- Participação em, e oportunidades de recreação/lazer Q22- Ambiente físico: (poluição / ruído / trânsito / clima); Q23- Transporte;

Fonte: Adaptado de Fleck. (2006). O Projecto WHOQOL: Desenvolvimento e Aplicações. *Psiquiatria Clínica* (27) 2, 8.

As questões são apresentadas numa escala de resposta tipo Likert, de intensidade (nada, pouco, nem muito nem pouco, muito, muitíssimo), de capacidade (nada, pouco, moderadamente, bastante, completamente), de frequência (nunca, poucas vezes, algumas vezes, frequentemente, sempre) e de avaliação (muito insatisfeito, insatisfeito, nem satisfeito nem insatisfeito, satisfeito, muito satisfeito). Para cada item da escala o inquirido deve escolher apenas uma alternativa que representa uma pontuação que vai de um a cinco, sendo que um corresponde ao mais baixo estado e cin-

co ao mais elevado estado ou condição. Os resultados são apresentados com um perfil em que os valores dados a cada domínio, após processo de transformação, variam entre 0 a 100.

Optamos por aplicar o WHOQOL-Bref, tendo sido solicitada a respectiva autorização à Professora Doutora Maria Cristina Canavarro, da Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação da Universidade de Coimbra. A disponibilidade do questionário e da sua sintaxe foi-nos facultada pela Doutora Sofia Gameiro⁵, membro do mesmo grupo de trabalho.

1.4- VARIÁVEIS

No nosso estudo consideramos as seguintes variáveis de caracterização: Idade, Género, Escolaridade, Estado civil, Presença de doenças actuais. As variáveis Motivo de Internamento, Tempo de residência no Lar, Iniciativa da Institucionalização, Periodicidade das visitas, Participação nas actividades de Lazer e Religiosas, foram introduzidas para melhor caracterização da amostra.

A variável 'Género' foi categorizada em feminino e masculino.

A variável 'Grupo Etário' foi categorizada em: [65-75[anos; [75-85[anos e ≥ 85 anos.

A variável 'Escolaridade' foi categorizada em: não sabe ler nem escrever; sabe ler e/ou escrever; 1º ciclo; 2º ciclo; 3º ciclo; licenciatura; formação pós-graduada e não respondeu.

A variável 'Estado Civil', foi categorizada em: solteiro(a); casado(a); separado(a); divorciado(a); viúvo(a).

A Variável 'Presença de Doença', foi categorizada em sim e não.

A variável 'Regime de Tratamento' foi categorizada em: internamento; consulta externa; sem tratamento.

A variável 'Motivo de Internamento no Lar', apresenta-se como uma questão de resposta múltipla e foi categorizada em: solidão/abandono (não tem familiares); desejo de acompanhamento/companhia; indisponibilidade dos familiares existentes; falta de condições da habitação própria; falta de condições da habitação de familiares; necessidade de assistência permanente e outros.

Quanto à variável 'Com quem residia antes do Internamento', esta foi categorizada em: só; filho(a); sobrinho(a); esposo(a); outros.

⁵ Anexo V - Autorização para Aplicação da Escala de Avaliação da Qualidade de Vida (WHO-QOL-Bref)

A variável 'Tempo de Residência no Lar', foi categorizado em: [0-2[anos; [2-5[anos; [5-10[anos e ≥ 10 anos.

A variável 'Iniciativa da Institucionalização', apresenta-se como um questão de que permite a escolha de uma ou mais opções e foi categorizada em: própria; filhos; sobrinhos; cônjuge; irmãos e outros.

A variável 'Frequência das Visitas', foi categorizada em: semanais; mensais; trimestrais; semestrais; anuais e outras.

A variável 'Participação em Actividades de Lazer' e a variável 'Participação em Actividades Religiosas foram categorizadas em: sim e não.

A variável depressão foi categorizada em três níveis: ausência de depressão, depressão ligeira e depressão grave.

Para a variável dependente, situação que corresponde ao nosso objecto de estudo, ou seja, a qualidade de vida, foi categorizada em quatro domínios fundamentais: Físico, Psicológico, Relações Pessoais e Meio Ambiente como já foi apresentado quando apresentamos as características dos instrumentos de colheitas de dados.

1.5- CONSIDERAÇÕES ÉTICAS

Qualquer investigação em seres humanos levanta questões morais e éticas que podem lesar os seus direitos mais fundamentais. A investigação nos seres humanos deverá salvaguardar os seus direitos e liberdades, sendo por isso imprescindível tomar todas as providências para os salvaguardar, garantir e proteger.

Ao realizarmos o presente estudo de investigação, procuramos ter em atenção os aspectos éticos, consignados no código de ética, de modo a não causar danos aos direitos e liberdades da pessoa.

Fortin (1999) aponta cinco princípios ou direitos aplicáveis aos seres humanos determinados pelo código de ética e os quais devem ser tidos em conta na investigação. Assim sendo, temos o direito à autodeterminação; o direito à intimidade; o direito ao anonimato e à confidencialidade; o direito à protecção contra o desconforto e prejuízo e o direito ao tratamento justo e equitativo.

O 'direito à autodeterminação' baseia-se no princípio ético do respeito pelas pessoas segundo o qual todas as pessoas têm capacidade de tomar as suas decisões por si próprias. Deste modo as pessoas são livres de decidir em participar ou não no estudo e a sua opção não pode ser influenciada (Fortin, 1999).

O 'direito à intimidade' apela à liberdade da pessoa para decidir sobre o tipo e quantidade da informação a dar e determinar até que ponto pretende e aceita partilhar

informações íntimas e privadas, pois qualquer investigação constitui uma forma de intromissão na vida pessoal dos sujeitos (Fortin, 1999).

O 'direito ao anonimato e à confidencialidade' é respeitado, se a identidade do sujeito não puder ser associada às respostas individuais. As pessoas têm o direito de não quererem ser identificadas e de não serem divulgados ou partilhados os seus dados pessoais, sem a sua autorização prévia.

A apresentação dos resultados deve ser efectuada de forma que nenhum dos participantes do estudo seja reconhecido quer pelo investigador quer pelo leitor.

O 'direito à protecção contra o desconforto e prejuízo' corresponde às regras de protecção do sujeito contra inconvenientes susceptíveis de lhe fazerem mal ou de o prejudicar. Ele assenta na importância de avaliar os benefícios e os prejuízos do sujeito submetido ao estudo, de modo a não se causarem danos.

O 'direito ao tratamento justo e equitativo' corresponde ao direito da pessoa ser informada quanto à natureza, o fim e a duração da investigação, assim como os métodos utilizados no estudo. Sendo assim, a pessoa no decurso do estudo de investigação tem o direito à recusa e ao acesso à informação relativa à sua participação sem que daí advenha prejuízo para o próprio.

Este direito implica ainda que os participantes sejam tratados de igual forma no decurso da investigação

Para garantir aos inquiridos todos estes direitos, responsabilizamo-nos a assegurar o consentimento do investigado através da explicação da natureza e finalidade do estudo, assim como os nossos objectivos e da sua importância futura, do seu direito de recusa, privacidade e anonimato.

1.6- PROCEDIMENTOS ESTATÍSTICOS

A escolha do método estatístico a utilizar em investigação depende dos objectivos do estudo, devendo-se atender que cada tipo de investigação exige um método específico de análise estatística. Para sistematizar a informação fornecida pelos dados, utilizamos técnicas da estatística descritiva e da estatística inferencial. Os dados foram tratados estatisticamente no software SPSS, versão 18.0.

A caracterização da amostra será apresentada em tabelas de frequência absoluta (N) e relativa (%) enquanto as questões de natureza numérica, serão referidas as medidas descritivas: mínimo, máximo, média e desvio padrão. Nas questões de escolha múltipla, a soma das frequências absolutas assim como a soma das frequências relativas, poderá exceder respectivamente, o total de inquiridos e os 100%. Isto deve-se ao facto de um inquirido ter escolhido mais do que uma opção.

Os testes estatísticos utilizados foram o Teste *Kolmogorov-Smirnov* e *Shapiro-Wilk*; *Levene*; os Testes Paramétricos *t-Student* e os Testes Não Paramétricos *Mann-Whitney*, *Kruskal-Wallis* e Independência do Qui-Quadrado.

Os Testes *Kolmogorov-Smirnov* e *Shapiro-Wilk* foram utilizados para testar a normalidade das variáveis. A normalidade das variáveis tem de ser testada dentro de cada um dos grupos de comparação, razão pela qual se utiliza o teste *Kolmogorov-Smirnov* quando a dimensão do grupo é igual ou superior a 50 enquanto o teste *Shapiro-Wilk*, para grupos com dimensão inferior a 50. Em ambos, a hipótese nula é a existência de distribuição Normal, que é rejeitada quando o valor de prova (p) é inferior ou igual a 0,05. Nesta situação uma vez que não se verifica o pressuposto da normalidade recorreu-se a testes não paramétricos. Quando o valor de prova é superior a 0,05, a hipótese nula não é rejeitada estando reunido o pressuposto da normalidade, e em condições de recorrer a testes paramétricos. O Teste de *Levene* foi aplicado para testar a igualdade de variâncias, que é rejeitada quando o valor de prova é inferior ou igual a 0,05. Nesta situação a igualdade de variâncias não é assumida, se o valor de prova for superior a 0,05, a hipótese de igualdade de variâncias não é rejeitada, sendo assumida a igualdade de variâncias.

O Teste Paramétrico *t-Student* foi utilizado aquando a comparação entre dois grupos independentes. O Teste Não Paramétrico *Mann-Whitney* foi utilizado quando a comparação se deu entre dois grupos independentes. O Teste Não Paramétrico *Kruskal-Wallis* foi usado na comparação de três ou mais grupos independentes.

O Teste do Qui-Quadrado foi utilizado na comparação de duas variáveis de natureza categórica. Ainda foi utilizado o coeficiente de correlação *Rhó* de *Spearman* (ρ), tendo como valores de referência os que constam no quadro seguinte:

Quadro 4: Coeficiente de correlação *Rhó* de *Spearman* (ρ)

<i>RHÓ</i> DE <i>SPEARMAN</i> (ρ)	TIPO DE CORRELAÇÃO
Menor que 0,2	Muito baixa
Entre 0,2 e 0,39	Baixa
Entre 0,4 e 0,69	Moderada
Entre 0,7 e 0,89	Alta
Entre 0,9 e 1	Muito alta

Fonte: Adaptado de Pestana, M. & Gageiro, J. (2005). *Análise de Dados para Ciências Sociais - A Complementaridade do SPSS*. (4ªed.; p.179).Lisboa: Edições Sílabo.

A opção por este coeficiente justifica-se ou por ausência de distribuição Normal numa das variáveis ou por se tratar de variáveis de natureza numérica mas discretas.

2- APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DE DADOS

A apresentação e análise dos resultados consiste na construção de quadros, tabela ou gráficos, acompanhados da respectiva análise e comentário dos principais resultados. A interpretação dos resultados fundamenta-se na revisão de literatura, permitindo estabelecer relações e elaborar conclusões.

Ao longo da apresentação e análise de resultados referenciamos estudos realizados os quais focam perspectivas gerais e particulares da qualidade de vida na terceira idade, de modo a comparar e melhorar a conclusões do estudo.

2.1- CARACTERIZAÇÃO DA AMOSTRA

A amostra é constituída por 155 idosos institucionalizados em Lares da RAM.

Do total da amostra, 81,9% corresponde ao género feminino e 18,1% ao género masculino (Tabela 1), verificando-se, assim uma predominância do género feminino.

Tabela 1: Caracterização segundo o Género

GÉNERO	N	%
Masculino	28	18,1
Feminino	127	81,9
Total	155	100,0

A média das idades dos idosos é 81 anos, com um desvio padrão de 8 anos e um coeficiente de variação de 9,9%, representando uma grande homogeneidade de idade. A idade mínima foi de 65 anos e a máxima de 104 anos. Uma vez agrupadas as idades em faixas etárias (Tabela 2), verifica-se que a maioria dos idosos (45,8%) tem entre 75 a 84 anos, seguindo-se os que têm 85 ou mais anos (32,3%) e, por fim, os que têm entre 65 a 74 anos (21,9%).

Tabela 2: Caracterização segundo o Grupo Etário

GRUPO ETÁRIO	N	%
[65-75[	34	21,9
[75-85[	71	45,8
≥85 anos	50	32,3
Total	155	100,0

No que respeita à escolaridade, 54,2% têm o 1º Ciclo, seguindo-se o grupo dos que não sabem ler nem escrever. Se tivermos em conta os valores obtidos nos três níveis de ensino mais baixos, obtém-se o valor expressivo de 87,7% correspondente aos idosos que têm no máximo o 1º Ciclo (Tabela 3). Verifica-se assim, que a maioria destes idosos tem níveis de ensino baixos.

Tabela 3: Caracterização segundo a Escolaridade

ESCOLARIDADE	N	%
Não sabe ler nem escrever	43	27,7
Sabe ler e/ou escrever	9	5,8
1º Ciclo	84	54,2
2º Ciclo	4	2,6
3º Ciclo	7	4,5
Secundário	2	1,3
Licenciatura	5	3,2
NR	1	0,6
Total	155	100,0

Quanto ao estado civil (Tabela 4), constata-se que 52,9% dos idosos são viúvos e 34,2% solteiros.

Tabela 4: Caracterização segundo o Estado Civil

ESTADO CIVIL	N	%
Solteiro(a)	53	34,2
Casado(a)	14	9,0
Separado(a)	2	1,3
Divorciado(a)	4	2,6
Viúvo(a)	82	52,9
Total	155	100,0

Relativamente ao facto dos idosos estarem ou não doentes, uma grande maioria (91%) referiu estar “actualmente doente” (Tabela 5). Existe no mínimo a presença de uma doença e no máximo seis. Em média estes idosos queixaram-se da presença de duas doenças. No que respeita ao tempo de doença, constata-se uma média de 15 anos, variando de 1 a 50 anos, sendo o desvio padrão igual a 13 e a mediana igual a 10, indicando que 50% dos indivíduos da amostra sofre de alguma doença há pelo menos de 10 anos.

Tabela 5: Caracterização segundo a Presença de Doença Actual

PRESENÇA DE DOENÇA ACTUAL	N	%
Sim	141	91,0
Não	14	9,0
Total	155	100,0

Quanto ao regime de tratamento a que os idosos com doença costumam recorrer, 88,7% refere à consulta externa, enquanto 6,4% indicou outro, o que basicamente se refere ao médico do lar ou médico particular (Tabela 6).

Tabela 6: Caracterização segundo o Regime de Tratamento

REGIME DE TRATAMENTO	N	%
Internamento	1	0,7
Consulta Externa	125	88,7
Sem tratamento	4	2,8
Outro	9	6,4
NR	2	1,4
Total	141	100,0

O motivo de internamento, era uma pergunta que se apresentava com resposta de escolha múltipla. Verifica-se de acordo com os valores apresentados na tabela 7, que 52,9% das respostas referem a solidão/abandono (não terem familiares) O segundo motivo mais referido foi a necessidade de assistência permanente (37,4%), o que poderá estar relacionado com o facto da maioria dos idosos terem indicado que estão actualmente doentes. O terceiro motivo mais referido foi a indisponibilidade dos familiares existentes (32,9%).

Tabela 7: Caracterização segundo o Motivo de Internamento

MOTIVO DE INTERNAMENTO	N	%
Solidão/abandono (não tem familiares)	82	52,9
Desejo de acompanhamento/companhia	27	17,4
Indisponibilidade dos familiares existentes	51	32,9
Falta de condições da habitação própria	11	7,1
Falta de condições da habitação de familiares	1	0,6
Necessidade de assistência permanente	58	37,4
Outros	11	7,1

Segundo os dados apresentados (Tabela 8), 52,9% dos idosos viviam sós antes do internamento, 12,9% viviam com o filho ou filha e 10,3% com o esposo ou esposa.

Tabela 8: Caracterização segundo a Coabitação antes do Internamento

COABITAÇÃO ANTES DO INTERNAMENTO	N	%
Só	82	52,9
Filho (a)	20	12,9
Sobrinho (a)	6	3,9
Esposo (a)	16	10,3
Outros	31	20,0
Total	155	100,0

Quanto ao tempo de residência no lar, verifica-se que 41,9% dos idosos reside há menos de 2 anos no lar, seguindo-se o grupo que reside entre 2 a 5 anos (27,7%) e, por fim, os idosos que residem entre 5 a 10 anos (20%) (Tabela 9).

Tabela 9: Caracterização segundo o Tempo de Residência no Lar

TEMPO DE RESIDÊNCIA NO LAR (ANOS)	N	%
[0-2[	65	41,9
[2-5[	43	27,7
[5-10[	31	20,0
≥10	14	9,0
NR	2	1,3
Total	155	100,0

Quanto à iniciativa da institucionalização, podemos observar na tabela que se segue (Tabela 10), que a percentagem mais elevada (46,5%) corresponde aos idosos que o fizeram por iniciativa própria.

Tabela 10: Caracterização segundo a Iniciativa de Institucionalização

INICIATIVA DA INSTITUCIONALIZAÇÃO	N (N=155)	%
Própria (o)	72	46,5
Filhos	26	16,8
Sobrinhos	7	4,5
Cônjuge	3	1,9
Irmãos	9	5,8
Outros	42	27,1

De acordo com os valores apresentados na tabela seguinte (Tabela 11), verifica-se que 35,5% dos idosos inquiridos recebem visitas semanalmente e 24,5% mensalmente. Salientamos que cerca de 11,6% refere receber visitas apenas uma vez no ano.

Tabela 11: Caracterização segundo a Frequência das Visitas

VISITAS	N	%
Semanais	55	35,5
Mensais	38	24,5
Trimestrais	17	11,0
Semestrais	3	1,9
Anuais	18	11,6
Outras	21	13,5
NR	3	1,9
Total	155	100,0

Ao analisar a tabela seguinte (Tabela 12) observa-se que 73,5% dos idosos inquiridos costumam participar nas actividades de ocupação e lazer proporcionadas pelo lar onde se encontram institucionalizados, enquanto 24,5% referem não participar.

Tabela 12: Caracterização segundo a Participação nas Actividades de Ocupação e Lazer

ACTIVIDADES DE OCUPAÇÃO E LAZER	N	%
Sim	114	73,5
Não	38	24,5
NR	3	1,9
Total	155	100,0

Quanto à participação em actividades religiosas (Tabelas 13), 76,1% dos idosos indicou ter o hábito em participar nestas actividades e 21,3 %, relatam não o fazer.

Tabela 13: Caracterização segundo a Participação nas Actividades Religiosas

ACTIVIDADES RELIGIOSAS	N	%
Sim	118	76,1
Não	33	21,3
NR	4	2,6
Total	155	100,0

2.2- QUALIDADE DE VIDA

Na presente pesquisa verificamos que, 51% dos idosos inquiridos considera a sua qualidade de vida nem boa nem má. A segunda percentagem mais elevada (37,4%) corresponde aos idosos que a consideram como sendo boa. Note-se que nenhum idoso indicou que a sua qualidade de vida é muito má, apresentando-se também baixa, a percentagem dos que a consideram má (7,7%).

Tabela 14: Caracterização da Avaliação da Qualidade de Vida

AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DE VIDA	N	%
Muito má	0	0,0
Má	12	7,7
Nem boa nem má	79	51,0
Boa	58	37,4
Muito boa	6	3,9
Total	155	100,0

Com base nos resultados da tabela que se segue (Tabela 15) constata-se que a percentagem mais elevada (37,4%) corresponde ao grupo de idosos que estão satisfeitos com a sua saúde, seguindo-se uma percentagem de 33,5%, que não estão nem satisfeitos nem insatisfeitos. Cerca de 23,9% dos idosos encontram-se insatisfeitos com a sua saúde, enquanto os muito insatisfeitos representam 3,2% do total da amostra.

Tabela 15: Caracterização do nível de Satisfação com a Saúde

SATISFAÇÃO COM A SAÚDE	N	%
Muito insatisfeito	5	3,2%
Insatisfeito	37	23,9%
Nem satisfeito nem insatisfeito	52	33,5%
Satisfeito	58	37,4%
Muito satisfeito	2	1,3%
NR	1	0,6%
Total	155	100,0

Quanto à qualidade de vida, nos seus quatro domínios, observamos que, dos idosos participantes do estudo dois não preencheram devidamente as questões referentes aos domínios psicológico e social, três não responderam adequadamente às questões do domínio físico e cinco não responderam adequadamente às questões do domínio ambiente. No entanto as médias encontradas são semelhantes, demonstrando uma certa homogeneidade entre os vários domínios.

Observamos que as médias obtidas em cada um dos domínios assim como na qualidade de vida em geral, estão acima da média da escala de variação de 0-100, indicando que os idosos inquiridos consideram a sua qualidade de vida positiva (Tabela 16). A percepção dos idosos em relação ao domínio físico, é a que apresenta a média mais baixa (52,84) com um desvio padrão de 15,86. A média mais elevada (64,98) é a que avalia o domínio das relações sociais e apresenta um desvio padrão de 11,76.

Os scores máximos e mínimos foram obtidos pelo domínio psicológico com valores de 87,5 e 12,5 respectivamente. Ainda é de referir que no domínio geral da qualidade de vida, encontramos um score máximo de 100, o que corresponde à avaliação da qualidade de vida como muito boa.

Tabela 16: Caracterização da Qualidade de Vida, segundo os Domínios

DOMÍNIOS	N (N=155)	MÍNIMO	MÁXIMO	MÉDIA	SD
Domínio 1 (Físico)	152	14,29	85,71	52,84	15,86
Domínio 2 (Psicológico)	153	12,50	87,50	61,96	13,13
Domínio 3 (Social)	153	16,67	83,33	64,98	11,76
Domínio 4 (Ambiental)	150	31,25	84,38	63,44	9,41
Qualidade de Vida Geral	154	12,50	100,00	55,84	16,37

Comparando-se os domínios da qualidade de vida por grupo etário (Tabela 17), observa-se, que existem diferenças significativas entre os grupos nos domínios, físico, psicológico. De acordo com os resultados da ordem das médias, são os idosos com 65 a 74 anos que percebem melhor qualidade de vida.

Tabela 17: Relação entre a Qualidade de Vida e o Grupo Etário

DOMÍNIOS	GRUPO ETÁRIO		[65-75[ANOS		[75-85[ANOS		≥85 ANOS		KRUSKAL-WALLIS	p
	M	SD	M	SD	M	SD	M	SD		
Domínio 1 (Físico)	58,82	18,43	50,00	15,02	53,00	14,40	8,748	0,013		
Domínio 2 (Psicológico)	65,69	15,99	60,56	12,03	61,37	12,21	7,457	0,024		
Domínio 3 (Social)	66,42	10,36	65,46	10,33	63,33	14,29	0,79	0,674		
Domínio 4 (Ambiental)	66,50	8,41	63,81	8,51	60,91	10,66	5,346	0,069		
Qualidade de Vida Geral	57,58	17,10	55,11	16,31	55,75	16,21	0,583	0,747		

Quanto à relação entre a qualidade de vida e o género (Tabela 18) e com base no resultado do teste estatístico não paramétrico *Mann-Whitney*, pode afirmar-se que existem diferenças significativas entre os idosos e as idosas, no domínio social ($p = 0,029 < 0,05$). A média mais alta (65,88), ocorre no género feminino, e o desvio padrão é 11.47. A média mais baixa (52,20), encontra-se também no género feminino e apresenta um desvio padrão de 15,83).

Tabela 18: Relação entre a Qualidade de Vida e Gênero

DOMÍNIOS	GÊNERO	MASCULINO		FEMININO		MANN-WHITNEY	p
		M	SD	M	SD		
Domínio 1 (Físico)		55,82	15,95	52,20	15,83	-1,291	0,197
Domínio 2 (Psicológico)		63,84	16,97	61,53	12,15	-1,452	0,147
Domínio 3 (Social)		60,58	12,37	65,88	11,47	-2,181	0,029
Domínio 4 (Ambiental)		62,83	8,69	63,58	9,60	-0,473	0,636
Qualidade de Vida Geral		54,02	14,46	56,25	16,79	-0,732	0,464

Os dados da tabela 19, permitem aferir a existência de uma correlação significativa entre o número de doenças e a qualidade de vida no domínio físico, bem como na qualidade de vida geral. As associações são negativas e baixas, uma vez que os coeficientes ρ são negativos. Verifica-se que quanto maior o número de doenças, menor é a percepção da qualidade de vida geral e menor é a percepção da qualidade de vida no domínio físico.

Tabela 19: Relação entre a Qualidade de Vida e Doença

DOMÍNIOS	NÚMERO DE DOENÇAS		
	N	ρ	ρ
Domínio 1 (Físico)	138	0,002	-0,257
Domínio 2 (Psicológico)	139	0,111	-0,136
Domínio 3 (Social)	139	0,066	-0,156
Domínio 4 (Ambiental)	137	0,130	-0,130
Qualidade de Vida Geral	140	0,001	-0,283

No que se refere à relação entre a qualidade de vida e o tempo de residência no lar (Tabela 20), como todos os valores de prova são superiores a 0,05, não foi encontrada evidência suficiente para afirmar que existam diferenças entre os diferentes grupos etários no que se refere à qualidade de vida.

Tabela 20: Relação entre a Qualidade de Vida e o Tempo de Residência no Lar

RESIDÊNCIA NO LAR	[0-2[ANOS		[2-5[ANOS		[5-10[ANOS		≥10 ANOS		KRUSKAL-WALLIS	P
DOMÍNIOS	M	SD	M	SD	M	SD	M	SD		
Domínio 1 (Físico)	52,29	16,25	54,65	15,52	53,33	15,88	50,00	16,57	1,494	0,684
Domínio 2 (Psicológico)	60,05	13,19	63,76	12,32	63,17	14,72	60,71	11,98	3,167	0,367
Domínio 3 (Social)	64,19	13,25	65,89	11,62	64,44	9,52	65,48	9,73	1,068	0,785
Domínio 4 (Ambiental)	62,85	9,48	65,10	9,00	61,35	11,39	64,90	4,07	1,960	0,581
Qualidade de Vida Geral	55,19	18,21	57,14	14,90	56,85	16,09	51,79	13,74	1,452	0,693

Relativamente à qualidade de vida e à participação nas actividades de ocupação e lazer proporcionada pelo lar (Tabela 21) existe evidência suficiente para afirmar que existem diferenças significativas entre os idosos que participam e os que não participam nas actividades quanto à qualidade de vida, com excepção do domínio social. Pode-se afirmar que os idosos que participam nas actividades de ocupação e lazer têm uma percepção mais positiva da sua qualidade de vida em geral, e da qualidade de vida nos domínios, físico, psicológico e ambiental.

Tabela 21: Relação entre a Qualidade de Vida e a Participação em Actividades de Ocupação e Lazer

ACTIVIDADES OCUPACIONAIS E DE LAZER	SIM		NÃO		Mann-Whitney	P
DOMÍNIOS	M	SD	M	SD		
Domínio 1 (Físico)	54,89	14,43	46,71	18,29	-2,555	0,011
Domínio 2 (Psicológico)	64,40	11,60	53,73	14,23	-4,108	<0,001
Domínio 3 (Social)	65,56	11,22	62,39	13,12	-1,461	0,144
Domínio 4 (Ambiental)	64,45	9,67	59,73	7,94	-3,262	0,001
Qualidade de Vida Geral	57,96	15,41	49,01	18,00	-2,690	0,007

Quanto à relação entre a qualidade de vida e a participação nas actividades religiosas (Tabela 22), verifica-se que é no domínio ambiental ($p=0,017$) que há evidência suficiente para afirmar que existem diferenças significativas entre os grupos. Os idosos que participam neste tipo de actividades apresentam melhor qualidade de vida no domínio ambiental.

Tabela 22: Relação entre a Qualidade de Vida e a Participação em Actividades Religiosas

ACTIVIDADES RELIGIOSAS DOMÍNIOS	SIM		NÃO		MANN- WHITNEY E t-Student (*)	p
	M	SD	M	SD		
Domínio 1 (Físico)	53,73	15,71	50,32	15,96	1,093 (*)	0,276
Domínio 2 (Psicológico)	62,68	12,31	58,20	15,61	-1,434	0,152
Domínio 3 (Social)	65,32	11,88	63,17	11,13	-1,159	0,247
Domínio 4 (Ambiental)	64,25	9,63	60,64	7,89	-2,391	0,017
Qualidade de Vida Geral	56,62	16,62	53,03	15,94	-1,175	0,240

2.3- DEPRESSÃO

Relativamente à depressão (Tabela 23), a maior percentagem de idosos corresponde aos que apresentam depressão ligeira (40,6%), seguindo-se os que não apresentam depressão (38,1%). Os idosos com depressão grave concentram 21,3% do total da amostra. Se associarmos os níveis de depressão ligeira com os níveis de depressão grave, encontramos um total de 61,9% de idosos com sintomas depressivos.

Tabela 23: Caracterização do nível de Depressão Geriátrica

NÍVEL DE DEPRESSÃO	N	%
Ausência de depressão	59	38,1%
Depressão ligeira	63	40,6%
Depressão grave	33	21,3%
Total	155	100,0%

Na relação entre a depressão e a idade, como o valor de prova foi igual a $0,566 > 0,05$, não existe evidência para afirmar que o tipo de depressão que o idoso tem esteja relacionado com a idade.

Tabela 24: Relação entre a Depressão e o Grupo Etário

GRUPO ETÁRIO DEPRESSÃO	[65-75[ANOS		[75,85[ANOS		≥85 ANOS		TOTAL	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Ausência de Depressão	16	47,1	22	31,0	21	42,0	59	38,1
Depressão Ligeira	12	35,3	33	46,5	18	36,0	63	40,6
Depressão Grave	6	17,6	16	22,5	11	22,0	33	21,3
Total	34	100,0	71	100,0	50	100,0	155	100,0

Teste de Independência do Qui-Quadrado $\chi^2=3,236$; $p=0,519$

Quanto à relação entre a depressão e o género, observa-se que não existe associação significativa entre depressão e género (Tabela 25), sendo de destacar que a ausência de depressão é mais acentuada no género masculino (50%) e que a depressão ligeira e grave apresenta valores mais elevados no género feminino (41,7% e 22,8% respectivamente).

Tabela 25: Relação entre a Depressão e o Género

GÉNERO DEPRESSÃO	MASCULINO		FEMININO		TOTAL	
	N	%	N	%	N	%
Ausência de Depressão	14	50,0	45	35,4	59	38,1
Depressão Ligeira	10	35,7	53	41,7	63	40,6
Depressão Grave	4	14,3	29	22,8	33	21,3
Total	28	100,0	127	100,0	155	100,0

Teste de Independência do Qui-Quadrado $\chi^2=2,271$; $p=0,321$

Quanto à relação entre a depressão e o número de doenças (Tabela 26), como se constata na tabela seguinte, não existe evidência suficiente para afirmar que o idoso pelo facto de um idoso ter mais ou menos doenças, é mais ou menos depressivo ($p=0,103>0,05$).

Tabela 26: Relação entre a Depressão e Doença

NÚMERO DE DOENÇAS DEPRESSÃO	N	MÍNIMO	MÁXIMO	MÉDIA	SD	KRUSKAL-WALLIS
Ausência de Depressão	52	1,00	4,00	2,00	1,03	$\chi^2=4,545$ $p=0,103$
Depressão Ligeira	58	1,00	6,00	2,43	1,30	
Depressão Grave	31	1,00	6,00	2,58	1,34	

Relativamente à depressão e ao tempo de residência no Lar (Tabela 27), os dados obtidos permitem afirmar que existe uma associação entre a depressão e o tempo de residência no lar ($p=0,028<0,05$). Comparando as percentagens obtidas, verifica-se que a ausência de depressão é mais relevante (58,1%) no grupo de idosos que residem no lar entre 5 a 9 anos. A depressão ligeira é mais elevada (50,8%) no grupo de idosos que residem no lar à menos de 2 anos. Por fim, a depressão grave é mais acentuada (28,6%) no grupo de idosos que residem no lar a mais de 10 anos.

Tabela 27: Relação entre a Depressão e Tempo de Residência no Lar

RESIDÊNCIA NO LAR DEPRESSÃO	[0-2[ANOS		[2-5[ANOS		[5-10[ANOS		>10 ANOS		TOTAL	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Ausência de Depressão	17	26,2	17	39,5	18	58,1	5	35,7	57	37,3
Depressão Ligeira	33	50,8	20	46,5	5	16,1	5	35,7	63	41,2
Depressão Grave	15	23,1	6	14,0	8	25,8	4	28,6	33	21,6
Total	65	100,0	43	100,0	31	100,0	14	100,0	153	100,0

Teste de Independência do Qui-Quadrado $\chi^2=14,198$; $p=0,028$

No que diz respeito à relação entre a depressão e as actividades de ocupação (Tabela 28), pode-se afirmar que existe associação significativa entre a depressão e a participação em actividades de ocupação e lazer promovidas pelo lar. De acordo com o valor residual estandardizado mais alto (2,0), é no grupo dos idosos que não participam nas actividades de ocupação e lazer promovidas pelo lar, que podemos encontrar mais idosos com depressão grave.

Tabela 28: Relação entre a Depressão e a Participação em Actividades de Ocupação e Lazer

ACTIVIDADES DE OCUPAÇÃO E LAZER DEPRESSÃO	SIM			NÃO			TOTAL	
	N	%	Ri	N	%	Ri	N	%
Ausência de Depressão	49	43,0	1,1	7	18,4	-1,9	56	36,8
Depressão Ligeira	46	40,4	-0,2	17	44,7	0,3	63	41,4
Depressão Grave	19	16,7	-1,2	14	36,8	2,0	33	21,7
Total	114	100,0		38	100,0		152	100,0

Teste de Independência do Qui-Quadrado $\chi^2=10,142$; $p=0,006$

Na relação entre a depressão e a participação em actividades religiosas (Tabela 29) não se encontra evidência suficiente para afirmar que existe associação significativa entre a depressão e a participação em actividades religiosas, uma vez que o valor de prova obtido no teste estatístico foi superior a 0,05 ($p=0,531$). Os níveis de ausência de depressão são mais elevados (39,0%) nos idosos que participam nas actividades religiosas e os níveis de depressão ligeira e grave é mais acentuada nos que não participam nestas actividades, com valores de 42,4% e 27,3% respectivamente.

Tabela 29: Relação entre a Depressão e a Participação em Atividades Religiosas

ACTIVIDADES RELIGIOSAS DEPRESSÃO	SIM		NÃO		TOTAL	
	N	%	N	%	N	%
Ausência de Depressão	46	39,0	10	30,3	56	37,1
Depressão Ligeira	49	41,5	14	42,4	63	41,7
Depressão Grave	23	19,5	9	27,3	32	21,2
Total	118	100,0	33	100,0	151	100,0

Teste de Independência do Qui-Quadrado

 $\chi^2=1,266$; $p=0,531$

Por fim, ao relacionarmos a depressão com a qualidade de vida, pode afirmar-se que a depressão tem efeito significativo em todos os domínios que avaliam a qualidade de vida. De acordo com as médias mais altas, os idosos que não têm depressão possuem uma percepção mais positiva acerca da sua qualidade de vida em geral, a nível físico, psicológico, social e ambiental.

Os idosos com sintomatologia depressiva apresentavam valores significativamente mais baixos de qualidade de vida em todos os domínios.

Tabela 30: Relação entre a Qualidade de Vida e a Depressão

DEPRESSÃO DOMÍNIOS	AUSÊNCIA DE DEPRESSÃO		DEPRESSÃO LIGEIRA		DEPRESSÃO GRAVE		KRUS- KAL- WALLIS	p
	M	SD	M	SD	M	SD		
Domínio 1 (Físico)	61,44	13,23	51,93	12,90	38,73	15,07	40,795	<0,001
Domínio 2 (Psicológico)	72,03	7,58	59,14	8,95	48,83	13,89	73,347	<0,001
Domínio 3 (Social)	67,39	9,91	66,80	9,48	57,32	15,27	13,325	<0,001
Domínio 4 (Ambiental)	68,15	6,53	61,90	9,65	57,86	9,58	31,344	<0,001
Qualidade de Vida Geral	65,09	13,20	53,97	14,34	43,18	15,65	37,332	<0,001

Após a análise e comparação da qualidade de vida e da depressão nos idosos institucionalizados passamos ao capítulo da discussão de resultados e conclusões.

3- DISCUSSÃO DE RESULTADOS E CONCLUSÕES

A qualidade de vida da pessoa idosa depende de múltiplos factores, pode ser afectada por perdas e carências, porém pode também estar dependente do significado que o próprio idoso lhe atribui, com o conceito de si mesmo, com a importância do seu papel na vida familiar e social, com adaptação contínua às mudanças.

Neste contexto, assentamos as seguintes questões:

- qual é a percepção dos idosos institucionalizados nos lares da RAM acerca da sua qualidade de vida?
- qual é o nível de depressão dos idosos institucionalizados nos lares da RAM?
- será que a sintomatologia depressiva influencia a qualidade de vida dos idosos institucionalizados nos lares da RAM?

O enquadramento teórico, por nós desenvolvido, levou-nos a considerar as questões do envelhecimento, da qualidade de vida, da depressão e da institucionalização.

O estudo, exploratório foi desenvolvido entre 2010 e 2011, com o tema ‘Qualidade de Vida e Depressão dos Idosos Institucionalizados nos lares da RAM’, com os seguintes objectivos deste estudo foram analisar a qualidade de vida, identificar a depressão e relacionar a qualidade de vida com a depressão, numa amostra constituída por idosos institucionalizados nos Lares Região Autónoma da Madeira. Para avaliar a qualidade de vida foi utilizada a escala WHOQOL-Bref, da OMS, já validada em Portugal por um grupo coordenado por Vaz Serra e Canavarro, para a avaliação da depressão foi usada a GDS, de Yesavage (1982), traduzida por Veríssimo (1988) e foi também elaborado um breve questionário para complemento dos dados demográficos.

Para tratamento e análise dos dados recorreu-se ao SPSS, versão 18.0.

A amostra foi constituída por 155 idosos institucionalizados nos Lares da RAM nos Concelhos do Funchal, Santa Cruz, Machico, Câmara de Lobos, Ribeira Brava e Calheta, sendo a sua maioria composta por idosas (81,9%). Confirmou-se, a elevada predominância do género feminino nas instituições, o que se encontra de acordo com os dados do INE e com os encontrados em outros estudos (Silva & Resende, 2006; Almeida & Rodrigues, 2008), onde se apontam, entre outros, os factores de protecção hormonal, os estilos de vida mais saudáveis e o maior cuidado e preocupação com as situações de doença como promotores de maior longevidade no género feminino.

O Plano Gerontológico da RAM (2009) refere que em 2001, da população com 65 e mais anos, 62,5% são mulheres, representando dois terços da população total da RAM. O mesmo Plano refere que, no período da sua análise, existiam 22 lares na RAM que acolhiam, no total, 958 idosos, representando o sexo feminino 75,3%. Em 2008, o número de Lares passou a 23, acolhendo em Dezembro do mesmo ano um total de 989 idosos (Carta Social, 2008). Nesta data o género feminino representava um total de 740 idosas internadas, correspondendo a cerca de 75% da população residente em lar, enquanto o género masculino apresentava um total de 249 indivíduos, representando 25% da população total residente em lar.

A idade média dos idosos é de 81 anos, com um desvio padrão de 8 anos e um coeficiente de variação de 9.9% o que representa uma grande homogeneidade de idades nos idosos da amostra. A idade mínima foi de 65 anos e a máxima foi de 104 anos com um predomínio de idades acima dos 75 anos. A faixa etária dos 75-84 anos é a mais representada com 45,8% e a faixa etária menos representada é a dos idosos entre 65 a 74 anos com 21,9%).

Estes dados aproximam-se dos referidos para a esperança média de vida à nascença em Portugal, 78,7 anos, sendo de 75,49 para os homens e de 81,74 para as mulheres (INE, 2009), e reforça a ideia do fenómeno do próprio envelhecimento da população idosa. Almeida e Rodrigues (2008), no trabalho realizado sobre a avaliação da qualidade de vida da pessoa idosa institucionalizada em lares, verificaram que a maior percentagem de idosos em ambiente institucional se situava no grupo etário dos 75-84 anos.

No que respeita à escolaridade, 54,2% dos idosos têm o 1º Ciclo, seguindo-se o grupo dos que não sabem ler nem escrever. Se tivermos em conta os valores obtidos nos três níveis de ensino mais baixos, obtém-se o valor expressivo de 87,7%, o que correspondente aos idosos que têm no máximo o 1º Ciclo. Estes dados encontram-se ligeiramente abaixo dos dados estatísticos (INE, 2002) os quais referem que mais de metade da população (55,1%) com 65 e mais anos não possuem qualquer nível de instrução, sendo esta proporção superior no género feminino. Estes dados levam a consequentes implicações quanto às condições de vida e indicadores de pobreza da população idosa no geral a qual é caracterizada por baixos níveis de instrução, baixos rendimentos, isolamento físico e social, baixa participação social e cívica a que se juntam condições da saúde, de habitação e de conforto desfavoráveis (INE, 2002).

Quanto ao estado civil dos idosos inquiridos, constata-se que 52,9% são viúvos e 34,2% solteiros, o que poderá estar relacionado com os motivos de internamento. Dados similares foram encontrados por Silva e Resende (2006) e por Almeida e Rodrigues (2008), realçando a maior predominância de idosos viúvos institucionalizados, o que reflecte o diminuto suporte familiar e social dos idosos que acabam por

viver sós, sendo este, um dos factores que podem levar à institucionalização (Ramos, 1987).

Cerca de 91% dos idosos refere estar actualmente doente. A média de duração da doença foi de 15 anos e o desvio padrão de 13, variando de 1 ano no mínimo a 50 anos no máximo. Em média os idosos queixam-se da presença de duas doenças.

No estudo desenvolvido por Barreto (s.d.) cerca de 60% dos idosos apresentavam pelo menos uma doença crónica, com consequente limitação e sofrimento, dos quais 33% dos idosos apresentavam duas dessas doenças sobrepostas. Também Figueiredo (2007), salienta que a maioria das pessoas com 65 e mais anos, padece de pelo menos uma doença, a qual poderá limitar a autonomia e diminuir a qualidade de vida.

Quanto ao regime de tratamento a que os idosos com doença costumam recorrer, 88,7% refere a consulta externa e 6,4% refere o médico da instituição ou médico particular

No que diz respeito ao motivo de internamento no Lar, 52,9% das respostas referem a solidão/abandono e não terem familiares. O segundo motivo mais referido (37,4%), foi o facto de sentirem necessidade de assistência permanente, o que poderá estar relacionado com o facto da maioria dos idosos terem indicado que estão actualmente doentes. O terceiro motivo mais referido prende-se com a indisponibilidade dos familiares existentes (32,9%). Vários autores referem-se a diversos factores que conduzem à institucionalização, tais como a dependência e a deterioração cognitiva com a perda de autonomia física, a vulnerabilidade, o isolamento, a pobreza (Fernandes, 2000; Hortelão, 2004), a ausência ou insuficiência de apoios sociais (Paúl, 1997), a falta de suporte familiar (Oliveira, 2006) e a exaustão do exercício do papel do cuidador (Araújo, 2009).

A perda de autonomia física, com consequente necessidade de cuidados, constitui um dos factores determinantes na institucionalização sendo para isso necessário um ambiente que proporcione ao idoso oportunidade de cuidados e de autonomia e níveis de bem-estar favoráveis capazes de influenciar positivamente a qualidade de vida dos que estão sós (Coimbra & Brito, 1999; Fernandes, 2000; Victor, 2000; Araújo, 2009). Estas perdas acontecem em fases da vida em que o apoio dos mais próximos se encontra muitas vezes ausente ou diminuído, quer por morte quer por incapacidades (Paschoal, 1996; Oliveira, 2006).

No que se refere à iniciativa da institucionalização, verificou-se que o maior número de idosos (46,5%), o fez por iniciativa própria, tendo-se encontrado resultados similares no estudo efectuado por Almeida e Rodrigues (2008). Neste sentido salienta-se que quando o idoso está preparado, a institucionalização tem maior probabilidade de ser bem sucedida. A iniciativa do idoso para a institucionalização pode estar relacionada com o facto de vivem sós, serem solteiros, viúvos e/ou sem filhos.

No que concerne ao tempo de residência no lar, verifica-se que 41,9% dos idosos reside há menos de 2 anos, seguindo-se o grupo que reside entre 2 a 5 anos (27,7%), e por fim os que residem entre 5 a 10 anos (20%).

Quanto às visitas recebidas 35,5% dos idosos inquiridos recebem visitas semanalmente, 24,5% mensalmente e 12% que refere receber visitas apenas uma vez no ano.

No que diz respeito à coabitação antes do internamento, 52,9% dos idosos inquiridos referiram viver sós, 20,6% referiram viver com outros, 12,9% com o filho ou filha e 10,3% com o esposo ou esposa. Estes resultados aproximam-se dos referidos pelo INE (2002), os quais referem que, 50,5% dos idosos vivem sós. Vários estudos revelam que a maior parte da população idosa vive com o cônjuge. A dissolução familiar verifica-se essencialmente por morte do cônjuge, apresentando, no entanto, o divórcio uma tendência crescente entre a população idosa. Em Portugal, e com base nos resultados provisórios dos Censos de 2001, em 32,5% das famílias clássicas vivia um idoso e as famílias constituídas apenas por idosos representam 17,5% do total das famílias em Portugal (INE, 2002).

Cerca de 73,5% dos idosos inquiridos costumam participar em actividades de ocupação e lazer proporcionadas pelo lar onde se encontram institucionalizados, enquanto 24,5% referem não participar. Lembramos que Araújo (2009) na sua pesquisa, concluiu que as actividades de lazer constituem um aspecto gratificante e compensador para os idosos institucionalizados, pois permitem ocupar melhor o seu tempo, previnem a deterioração cognitiva e o declínio funcional e ajudam a manter vínculos afectivos com o exterior.

Fernandes (2000) defende que os idosos devem ser sensibilizados para a realização de actividades que aumentem a sua actividade física e mental de modo a evitar a adopção de uma atitude passiva ou de queixas. O incentivo à participação de actividades encontra a sua fundamentação na teoria da actividade (Burgess, 1954), a qual considera que as pessoas mais activas encontram maior satisfação na vida, podendo a felicidade ser conseguida com a recolocação de novas relações, actividades e papéis (Berger, 1995; Bond & Corner 2004; Araújo, 2009), levando-as a um estilo de vida activo, evita ou atrasa o declínio funcional e a deterioração cognitiva.

Quanto à participação em actividades religiosas, 76,1% dos idosos indicou ter o hábito de participar nas mesmas enquanto 21,3% referem não o fazer.

A maioria dos idosos (51%), considera a sua qualidade de vida nem boa nem má. A segunda percentagem mais elevada corresponde aos idosos que a consideram como sendo boa (37,4%). É de notar que nenhum idoso indicou que a sua qualidade de vida é muito má, apresentando-se também uma baixa percentagem dos que a consideram má (7,7%).

Apesar dos limites impostos pela velhice, a maioria dos idosos refere estar satisfeita com a sua qualidade de vida, indicando esta, por sua vez, o sentido da adaptação ao próprio envelhecimento (Paul *et al.*, 2005). Neste sentido, também Oliveira (2008), na sua pesquisa, verificou que os idosos não se mostram menos satisfeitos com a vida em relação aos outros grupos etários, apesar dos problemas de saúde e outros com os quais se defrontam. Baltes e Baltes (1990a) consideram que a manutenção de um elevado nível de bem-estar subjectivo na velhice, apesar das perdas de recursos (saúde, sociais e económicos), é por alguns interpretado como evidência da resiliência e capacidade adaptativa, constituindo uma estratégia para manter a auto-estima quando a autonomia está ameaçada. O equilíbrio encontrado quando as perdas relativas à idade estão controladas, leva a que se encontre muitos idosos com uma satisfação de vida normal e estável (Daatland, 2005).

Cerca de 37,4%, dos idosos da amostra em estudo estão satisfeitos com a sua saúde, enquanto 33,5% responderam não estar satisfeitos nem insatisfeitos. Cerca de 23,9% encontram-se insatisfeitos com a sua saúde, enquanto os muito insatisfeitos representam 3,2% da amostra.

Como verificado na literatura, a saúde é em geral identificada pelos idosos como uma das áreas mais importantes para manter e experienciar a qualidade de vida (Bowling, 1995; Smith, 2000). Para muitas pessoas a saúde é a barreira para o sucesso na velhice (Xavier *et al.*, 2003), as doenças crónicas levam a incapacidades, e o próprio processo de envelhecimento diminui a capacidade funcional.

Contudo no que se refere à saúde da pessoa idosa, há que considerar também, que muitas vezes, o portador de doença poderá sentir-se 'saudável', activo no seu meio e perceber uma boa qualidade de vida, pois como afirma Hortelão (2004 ao citar Gaudet, 1992), o desafio da última fase da vida consiste em saber negociar o declínio fisiológico inevitável aliado a acumulação de perdas no percurso existencial e valorizar a imagem de si, mantendo a capacidade de independência.

A escala WHOQOL-Bref, utilizada neste estudo, mede a qualidade de vida em quatro domínios, Físico, Psicológico, Relações Sociais e Ambiente.

Verificamos que os valores médios obtidos em cada um dos domínios, físico, psicológico, relações sociais e ambiente, assim como na qualidade de vida em geral, estão acima da média da escala de variação de 0-100, indicando que os idosos inquiridos consideram a sua qualidade de vida positiva. A percepção do idoso em relação ao domínio físico é a que apresenta a média mais baixa (52,84), com um desvio padrão de 15,86. A média mais alta (64,98) é a que avalia o domínio das relações sociais e apresenta um desvio padrão de 11,76. Os scores máximos e mínimos foram obtidos pelo domínio psicológico com valores de 87,5 e 12,5 respectivamente. Ainda é de referir que no domínio geral, encontramos um score máximo de 100 o que corres-

ponde à avaliação da qualidade de vida como muito boa. Os resultados relacionados com o domínio físico poderão dever-se à progressiva deterioração da saúde física e mental, que conduz, por conseguinte, à perda de autonomia e de independência, que são factores determinantes para a má qualidade e também para a institucionalização.

Os resultados obtidos por Almeida e Rodrigues (2008), evidenciam que a maioria dos idosos institucionalizados (51,6%) consideram ter qualidade de vida e 48,4% se consideram sem qualidade de vida.

Comparando-se os domínios da qualidade de vida por grupo etário, verificou-se que existem diferenças significativas entre os grupos nos domínios, físico e psicológico. De acordo com os resultados da ordem das médias, são os idosos com 65 a 74 anos que percebem melhor qualidade de vida. Também no estudo efectuado por Almeida e Rodrigues (2008), o índice de qualidade de vida dos idosos institucionalizados variava em função do grupo etário, uma vez que nas idades mais avançadas a qualidade de vida diminuía.

Analisando os dados referentes à qualidade de vida e ao género, verifica-se diferenças significativas entre os idosos e as idosas no domínio social ($p=0,029<0,05$). A média mais alta (65,88%) ocorre no género feminino com um desvio padrão de 11,47. A média mais baixa (52,20) encontra-se também no género feminino e apresenta um desvio padrão de 15,83.

Os estudos efectuados por Xavier et al. (2003) e por Almeida e Rodrigues (2008), indicam que a qualidade de vida não difere em função do género dos idosos institucionalizados. Já no estudo de Silva e Resende (2006) as mulheres obtiveram pontuações mais baixas de qualidade de vida.

Verifica-se que existe uma correlação significativa entre o número de doenças e a qualidade de vida no domínio físico, bem como em relação com a qualidade de vida em geral. Verifica-se que quanto maior o número de doenças, menor é a qualidade de vida no domínio físico, menor é a percepção da qualidade de vida em geral e menor é a percepção da qualidade de vida no domínio físico.

Num estudo efectuado por Xavier et al. (2003), os idosos que avaliavam a sua qualidade de vida como negativa apresentavam, significativamente, mais problemas de saúde e mais sintomas depressivos. Nesta pesquisa, os autores concluíram que um mau envelhecimento era quase sempre sinónimo de doença. Silva e Resende (2006), nos seus resultados, referem também correlações negativas significantes entre o número de doenças referidas e o domínio físico da qualidade de vida.

Paúl (1996) considera que deveria ser privilegiada a manutenção dos idosos na comunidade, reservando a solução institucional para os grandes dependentes e situações problemáticas de ausência de integração social, ressaltando no entanto a não consensualidade desta mesma ideia. No entanto Gardner (2006) refere que Konos

(2000) considera ser importante salientar que o lar, ao contrário de outros espaços de residência não compromete a independência do idoso.

No que se refere à qualidade de vida e ao tempo de residência no lar, não foi encontrada evidência suficiente para afirmar que existem diferenças entre os diferentes grupos de idosos, no que se refere à qualidade de vida.

Concluiu-se que a média da qualidade de vida é mais elevada nos idosos que participam em actividades de ocupação e lazer proporcionadas pelo lar, com excepção da qualidade de vida no domínio social.

A participação por parte da maioria dos idosos nas actividades de ocupação e lazer constitui, provavelmente, um benefício em vários aspectos da vida dos idosos. A actividade física, por exemplo, está associada a uma diminuição da morbilidade e mortalidade, melhorando a independência funcional (Silva & Resende, 2006). Este tipo de actividade promove também a melhoria das relações sociais e dos aspectos psicológicos, da auto-estima, da diminuição da ansiedade e em alguns casos da depressão (Ferrari, 2000).

No estudo da relação entre a qualidade de vida e a participação em actividades religiosas, verificou-se que é no domínio ambiental que há evidência suficiente para afirmar que existem diferenças significativas entre os grupos de idosos. Os idosos que participam neste tipo de actividades apresentam melhor qualidade de vida no domínio ambiental. Xavier *et al.* (2003) salienta que a religiosidade não difere entre os indivíduos que estão satisfeitos ou insatisfeitos com a sua vida.

Relativamente ao nível de depressão, verificou-se que a maior percentagem de idosos, 40,6%, apresentam depressão ligeira, seguindo-se o número dos que não apresentam depressão (38,1%). Os idosos com depressão grave correspondem a 21,3% do total da amostra. Se associarmos os níveis de depressão ligeira com os níveis de depressão grave, encontramos um total de 61,9% de idosos com sintomas depressivos. Os valores encontrados estão muito próximos dos referidos na literatura a qual aponta para uma percentagem de 60,1% indivíduos com sintomas depressivos. Paul (1993) refere que, 40% dos idosos institucionalizados apresentam sintomatologia depressiva, a qual é mais frequente no género feminino, na viuvez e nos maiores períodos de institucionalização.

Fernandes (2000) refere-se a vários estudos acerca da prevalência da depressão nos idosos, nomeadamente o estudo de Blazer (1992) numa amostra de 1300 idosos de zonas rurais e urbanas dos EUA, dos quais 27% apresentavam depressão, o estudo de Barreto (1984), numa comunidade de idosos do Norte de Portugal, com a prevalência de 25%, o estudo de Seabra *et al.* (1991), desenvolvido no Algarve com uma prevalência de 72% e o estudo de Silva (1990), num lar em Sintra com uma prevalência de depressão de 25,47%. Também Santos *et al.* (2003), num estudo realizado com

157 idosos institucionalizados, chegaram à conclusão que 49,5% dos idosos apresentava síndrome depressiva.

Fernandes (2000) conclui que a depressão é uma perturbação frequente nos idosos, cuja prevalência varia entre 5 a 65%, contudo nos idosos institucionalizados é superior, entre os 25% a 80% a nível internacional e 25% a 73% em Portugal. Os valores elevados de depressão nos idosos institucionalizados são consistentes os diferentes estudos efectuados, o que poderá estar relacionado com o maior número de perdas (Paúl, 1993; Fernandes, 2000; Chen *et al.*, 2000).

Paúl (1993), refere que a ocorrência da depressão não está relacionada com a idade, tal se como afirmou no presente estudo, porém Lopes (1988), faz alusão à tendência para a cronicidade da doença com o aumento da idade, e assim maior prevalência da depressão nas idades mais avançadas.

No que se refere à relação entre a depressão e o género, observou-se que não existe associação significativa entre estas duas variáveis, sendo de destacar que a ausência de depressão é mais acentuada no género masculino, o que é consistente com os estudos feitos, de que as mulheres têm duas vezes mais probabilidade de vir a sofrer depressão do que os homens, apresentando portanto maior risco, maiores taxas de prevalência e maior frequência de sintomas (Merk Sharp & Dhome 2008; Fiske & Jones, 2005). O risco genético constitui uma forma de vulnerabilidade biológica para a depressão (Paúl, 1993; Fernandes, 2000; Vieira 2002; Sousa *et al.*, 2010).

A relação entre o estado de saúde e a depressão surge como recíproca, verificando-se que o défice de saúde conduz à depressão e a depressão, por sua vez, conduz ao aumento da morbilidade e mortalidade, principalmente quando esta é entendida como ameaça à integridade e à dignidade (Paúl, 1993; Fiske & Jones, 2005).

A depressão é muitas vezes considerada um transtorno mental comum em idosos, frequentemente vista como natural, levando a que seja subdiagnosticada e subestimada tanto pelos idosos como pelos seus cuidadores, embora a sua maioria seja curável ou pelo menos tratável (Barreto, 1984). O facto da maioria dos idosos referirem a presença de doença, torna mais compreensível a presença da depressão, pois algumas patologias apresentam-se directamente relacionadas com a depressão, como é o caso dos acidentes vasculares encefálicos, nos quais os episódios de depressão são muito comuns, com uma frequência entre os 25% e 50% dos doentes. Vários autores ressaltam que a depressão na pessoa idosa se manifesta muitas vezes por queixas físicas frequentes em associação com doenças clínicas gerais, levando à dependência física e à perda de autonomia, conduzindo à hospitalização e à institucionalização (Stella *et al.*, 2002; Marinho, 2007).

A ausência de depressão é mais relevante (58,1%) no grupo de idosos que residem no lar entre 5 a 9 anos. A depressão ligeira é mais elevada (50,8%) no grupo de

idosos que residem no lar à menos de 2 anos e a depressão grave é mais acentuada (28,6%) nos idosos que residem no lar a mais de 10 anos.

É no grupo dos idosos que não participam nas actividades de ocupação e lazer promovidas pelo lar, que se encontram mais idosos com depressão grave, ou seja, existe a indicação de que as actividades poderão ajudar os idosos a ultrapassar o problema da depressão.

Neste sentido Santana e Filho (2007) referem uma maior prevalência de sintomas depressivos (26,3%) nos idosos que não tinham nenhuma ocupação, comparativamente àqueles que realizavam actividades ocupacionais (14%). Pelo contrário, Paúl (1993) refere não ter verificado que a ocorrência da depressão esteja relacionada com a ocupação.

Observa-se que os níveis de ausência de depressão é mais elevada (39,0%) nos idosos que participam nas actividades religiosas e os níveis de depressão ligeira e grave é mais acentuada nos que não participam nestas actividades (42,4% e 27,3% respectivamente). Santana e Filho (2007), no seu trabalho com idosos institucionalizados, verificaram que os idosos que referiram a ausência de prática religiosa, apresentavam menor prevalência de sintomas depressivos (17,5%), comparativamente aos que praticavam a sua religião (22,5%), não havendo uma diferença estatisticamente significativa. A maior prevalência de sintomas depressivos em idosos participantes em actividades religiosas, poderá estar relacionado com a acomodação, resignação ou aceitação da doença ou da sua realidade como algo determinado pela vontade de Deus (Carvalho & Fernandez, 1999), excluindo ou minimizando outras forças ou esforços pessoais e/ou de grupo. Diferentes dimensões de religiosidade podem ter diferentes efeitos na vida dos idosos. A religiosidade 'intrínseca' e privada tem sido encontrada como redutor do tempo de remissão da depressão entre idosos, não tendo igual efeito o comportamento religioso 'extrínseco'.

Relativamente à relação entre a qualidade de vida e a depressão, concluímos que a depressão tem efeito significativo em todos os domínios que avaliam a qualidade de vida. De acordo com os valores médios mais altos, concluímos que os idosos que não têm depressão têm uma percepção mais positiva acerca da sua qualidade de vida em geral, e da qualidade de vida nos domínios, físico, psicológico, social e ambiental. Os idosos com sintomatologia depressiva apresentam valores significativamente mais baixos em todos os domínios da qualidade de vida. Trentini *et al.* (2008) referem-se a uma associação entre a maior intensidade de sintomas depressivos e a percepção subjectiva de doença e uma pior qualidade de vida. Silva e Resende (2006), ao comparar os idosos institucionalizados com depressão com os idosos institucionalizados sem depressão, verificaram que os primeiros apresentavam pontuações mais baixas nos domínios, físico, psicológico, ambiente e na qualidade de vida geral, encontrando-

se estas conclusões presentes no nosso trabalho no que corresponde aos domínios, físico e psicológico.

Os resultados obtidos por Vaz Serra (2006), verificaram também que um melhor resultado na qualidade de vida estava associado a uma menor pontuação nos indicadores de depressão. Por sua vez, uma associação entre pior qualidade de vida em idosos e depressão tem sido apontada em vários estudos, enquanto outros reforçam a hipótese de associação directa entre nível de depressão e qualidade de vida, ao evidenciarem a melhoria da qualidade de vida que se segue ao tratamento efectivo da depressão (Naumann & Byrne, 2004).

O estudo de Vieira (2002) sobre a qualidade de vida e suporte social dos Idosos em ambiente institucional, concluiu que os idosos institucionalizados apresentam baixos níveis de qualidade de vida e que a sintomatologia depressiva tendia a ser elevada. A depressão emerge muitas vezes num contexto de perda de qualidade de vida associada ao isolamento social e ao surgimento de doenças clínicas graves (Stella *et al.*, 2002). Apesar da existência destes estudos sugerindo a presença de associação entre depressão e qualidade de vida, a maior parte deles utiliza um conceito restrito: o conceito de qualidade de vida ‘relacionada à saúde’.

A qualidade de vida da pessoa idosa encontra-se dependente de uma série de factores, pelo que seria uma árdua tarefa referi-los a todos ou com a devida profundidade.

Este trabalho permitiu-nos compreender e aprofundar a temática da qualidade de vida e da depressão do idoso institucionalizado e entender melhor os fenómenos e processos inerentes ao envelhecimento humano, à qualidade de vida e à depressão.

Neste sentido pretendemos devolver às instituições o resultado deste estudo divulgando os dados obtidos e a reflexão feita, através da disponibilidade do documento elaborado, da formação e da sensibilização junto de colaboradores e voluntários e da elaboração de panfletos elucidativos acerca da depressão, seus sinais e sintomas nas pessoas idosas e acerca da promoção da qualidade de vida em ambiente institucional.

Neste estudo focamo-nos num pequeno número de variáveis, as quais consideramos como as mais pertinentes para o trabalho, estando cientes de uma série de possibilidades que ficaram por investigar, como o aprofundamento das questões relacionadas com a saúde, a dependência, os rendimentos e o apoio recebido.

Ao concluir o trabalho verificamos que teria sido útil e certamente mais abrangente, ter analisado a questão da dependência/independência nas actividades de vida diária e a sua relação com a qualidade de vida, ou um estudo discriminatório por instituições, ou ainda realizar um estudo que permitisse relacionar os dados obtidos com idosos não institucionalizados, ficando estes como sugestões para possíveis trabalhos

futuros. Gostaríamos também, de ter obtido um número maior de participantes de modo a tornar os resultados do trabalho mais válidos e seguros.

Como maiores dificuldades deparamo-nos com as questões das características da população idosa, na sua maioria, impossibilitada de responder ao questionário.

Sentimo-nos gratas por toda a disponibilidade manifestada tanto por parte das instituições como dos idosos na sua colaboração neste projecto.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Almeida, L. & Freire, T. (2000). *Metodologia da Investigação em Psicologia e Educação*. (2ª. Ed.). Braga: Psiquilíbrios, Compolito.
- Aparicio M. A. M., Ávila, R. & Bottino, C. M. C. (2009). Depressão Cerebrovascular. In Orestes V. Forlenza, *Psiquiatria Geriátrica, do Diagnóstico Precoce à Reabilitação* (pp.71-77). São Paulo: Atheneu.
- Araújo, O. (2009). Idosos em contexto familiar e institucional: um estudo exploratório e descritivo. *Revista Portuguesa de Bioética – cadernos de bioética*. Ano XIX/48 (7), 95-110. Gráfica de Coimbra.
- Arnold S. (1991). Measurement of quality life in the frail elderly. In J.E. Birren, J. E. Lubben, & J.C. Rowe (Eds). *The concept and measurement of quality life in the frail elderly* (pp.50-73). San Diego CA: Academic Press.
- Asakawa, T., Koyano, W., Ando, T. & Shibata, H. (2000). Effects of functional decline on quality o life among the Japanese elderly. *International Journal of Aging & Human Development*, (4), 50, 319-328.
- Baldessin, A. (1996). Idoso: Viver e Morrer com Dignidade. In M. Papaléo Neto. *Gerontologia* (pp.491- 498). São Paulo. Editora Atheneu.
- Baltes, M. M. & Carstensen, L. L (1996). The process of successful ageing. *Ageing and Society*, 16 (4), 397-422.
- Baltes, P. B. & Baltes, M. M. (1980). Plasticity and variability in psychological aging: methodological and theoretical issues. In Gurski, G. E. (ed.) *Determining the Effects of Aging on the Central Nervous System* (pp.41-46). Berlin: Schering AG.
- Baltes, P. B. & Baltes, M. M. (1990a). Psychological perspectives on successful aging: the model of selective optimization with compensation. In: P. B. Baltes e M. M. Baltes, (Eds.). *Successful aging: perspectives from the behavioral sciences* (pp.1-34). New York: Cambridge - Cambridge University Press.

- Baltes, P. B. & Baltes, M. M. (Eds) (1990b). *Successful aging: perspectives from the behavioral sciences*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Baltes, P. B., Dittmann-Kohli, F. & Dixon, R. A. (1984). New perspectives on the development of intelligence in adulthood: toward a dual process conception and a model of selective optimization with compensation, *Life-Span Development and Behavior*, 6: 33-76.
- Baltes, P. B., Freund, A. M. & Li, S. (2005). The Psychological Science of Human Development. In M.L. Johnson, *The Cambridge Handbook of Age and Ageing* (pp. 47-71). Cambridge: Cambridge University Press.
- Baltes, P. B., Lindenberger, U. & Staudinger, U. M. (1998). Life-span theory in developmental psychology. In R. M. Lerner. (Ed.). *Handbook of child psychology*. Vol I: Theoretical Models of human development (pp. 1029-1143). (5ª Ed.). New York: Wiley.
- Barreto, J. (1984). Envelhecimento e Saúde Mental. FMP, Porto.
- Barreto, J. (1988). Aspectos psicológicos do envelhecimento. *Revista Psicologia* VI, (2), 159-170.
- Barreto, J., Leuschner, A., Santos, F., & Sobral, M. (2003). Escala de Depressão Geriátrica. In A. Mendonça, C. Garcia, & Guerreiro, *Escala e Testes na Demência. Grupo de Estudos de Envelhecimento Cerebral e Demência* (pp. 59-61). Lisboa: Novartis.
- Berger, L. (1995). Aspectos Psicológicos e Cognitivos do Envelhecimento. In L. Berger & D. Mailloux-Poirier (Coords.). *Pessoas Idosas, uma Abordagem Global* (pp.157-197). Lisboa: Lusodidacta.
- Blanco, A. J. (2009). *Depressão em grupos especiais – depressão no idoso*. Algés: Edições Médicas.
- Blazer, D. G. (1999). Distúrbios afectivos no idoso. In E. W. Busse & D. G. Blazer, *Psiquiatria Geriátrica*, (pp. 204-220). Porto Alegre: Artmed.
- Bond, J. & Corner, L. (2004). *Quality of Life and Older People: Rethinking Ageing*. London: McGraw-Hill Education.
- Born, T. (1996). Cuidado ao Idoso em Instituição. In M. Papaléo Neto. *Gerontologia* (pp. 403-414). São Paulo: Atheneu.

- Bowling, A. (1995). What things are important in people's lives? A survey of the public's judgments to inform scales of health related quality of life. *Social Science and Medicine*, 41 (10), 1447-1462.
- Brown, G. W. & Harris, T. (1978). *Social Origins of Depression. A study of Psychiatric Disorder in Women*. London:Tavistock Publications.
- Brown, J., Bowling, A. & Flynn, T. (2004). *Models of Quality of Life: A Taxonomy, Overview and Systematic Review of the Literature*. European Forum on Population Ageing Research/ European Group on Quality of Life Extending quality of life in old age (EQUAL). Forum Review.
- Canavarro, M. C., Vaz Serra, A., Pereira, M., Simões, M., Quintais, L., Quartilho, M.J., (...), Paredes, T. (2006). Desenvolvimento do Instrumento da Avaliação da Qualidade de Vida da Organização Mundial de Saúde (WHOQOL-100) para Português de Portugal. *Psiquiatria Clínica*, Abr./Jun. 27 (2), 15-22.
- Carvalho, V. F. C. & Fernandez, M. E. D. (2000). Depressão no Idoso. In M. Papaléo Netto, (Eds), *Gerontologia: a velhice e o envelhecimento em visão globalizada* (pp. 160-173). São Paulo: Atheneu.
- Chen, L., Eaton, W. W., Gallo, J.J., Nestadt, G. & Grum, R.M (2000). Empirical examination of current depression categories in a population-based study: symptoms, course and risk factors. *American Journal of Psychiatry*, 157, 573-580.
- Coimbra, J. A. J. & Brito, I.S. (1999, Novembro). Qualidade de Vida do Idoso. *Revista Referência* nº 3, 29-35.
- Comissão das Comunidades Europeias (2001). *Comunicação da Comissão ao Conselho, ao Parlamento Europeu, ao Comité Económico e Social e ao Comité das regiões – O futuro dos cuidados de saúde e dos cuidados para as pessoas idosas: garantir a acessibilidade, a qualidade e a viabilidade financeira*. Bruxelas.
- Costa, A. (2002). A depressão nos idosos portugueses. In C. Paul & M. F. Fonseca, *Envelhecer em Portugal* (pp. 256-302). Lisboa: Climepsi.
- Courver, C. (2001). *A qualidade de vida – Arte para viver no século XXI*. Loures: Luso-ciência.
- Cumming, E. & Henry, W. E. (1961). *Growing Old: The Process of Disengagement*. New York: Basic Books.

- Daatland, S. O. (2005). Quality of Life and Ageing. In M. L. Johnson, *The Cambridge Handbook of Age and Ageing* (pp. 371-377). Cambridge: Cambridge University Press.
- Elizari, F. J. (1996). *Questões de Bioética – Vida em Qualidade*. Porto: Editorial Perpétuo Socorro.
- Erickson, E. H. (1976). *Infância e Sociedade*. (2ª. Ed.). Rio de Janeiro: Editora Zahar.
- Erikson, E., Erikson, J. M. & Kivnick, H. K. (1986). *Vital Involvement in old age: the experience of old age in our time*. Londres: Norton
- Farquhar, M. (1995). Definitions of Quality of Life: a taxonomy. *Journal of Advanced Nursing*, 22, 502-508.
- Farquhar, M. (1995). Elderly People's Definitions of Quality of Life. *Social Science and Medicine*, 41 (10), 1439-1446.
- Featherman, D.L., Smith, J. & Peterson, J.G. (1990). Successful aging in a post retired society. In P.B. Baltes, M.M. Baltes (Eds), *Successful aging: perspectives from the behavioral sciences* (pp. 50-93). Cambridge: Cambridge University Press.
- Fernandes, A. A. (1996), *Velhice e Sociedade*. Oeiras: Celta Editora.
- Fernandes, P. (2000). *A Depressão no Idoso*. (2ª. Ed.). Coimbra: Quarteto Editora.
- Fernandez-Ballesteros, R. (2009). *Gerontologia Social*. Madrid: Edições Pirâmide.
- Ferrans, C. E. & Powers, M. J. (1985). Quality of Life Index: development and psychometric properties. *Advances in Nursing Science*. October (8) 1, 15-24.
- Ferrari, M. A. C. (2000). Lazer e Ocupação do Tempo Livre na Terceira Idade. In M. Papaléo Neto, *Gerontologia: a velhice e o envelhecimento uma visão globalizada*. (pp.3-12). São Paulo: Atheneu.
- Figueiredo, D. (2007). Cuidados Familiares ao Idoso Dependente. Cadernos Climepsi de Saúde (Vol. 4). Lisboa: Climepsi.
- Fiske, A. & Jones, R. (2005). Depression. In M.L. Johnson, *The Cambridge Handbook of Age and Ageing* (pp. 245-251). Cambridge: Cambridge University Press.
- Fleck, M. P. A. (2006). O projecto WHOQOL: desenvolvimentos e aplicações. In *Psiquiatria Clínica*. Abr./Jun. 27 (2), 5-13.

- Fleck, M. P. A. (2008). Problemas conceituais em Qualidade de Vida. In M. P. A. Fleck, & colaboradores, *A avaliação de qualidade de vida – Guia para profissionais de saúde*. (pp. 19-28). Porto Alegre: Artmed.
- Fleck, M. P. A., Fachel, O., Louzada, S., Xavier, M., Chachamovic, E., Vieira, G., Santos, L., ... Teruchkin B. (1998). Versão em Português dos Instrumentos de Avaliação de Qualidade de Vida da OMS (WHOQOL-100). *Revista de Psiquiatria*, 1-6.
- Fortin, M. F. (1999). *O Processo de investigação: da concepção à realização*. Loures: Lusociência.
- Galhardo, V. A. C. (2009). Depressão no Idoso. In J. Silva, *Saúde do Idoso: Processo de Envelhecimento sob Múltiplos Aspectos*. (pp. 182-187). São Paulo: Iátria Editores.
- Gameiro, S., Carona, C., Pereira, M., Canavarro, M. C., Simões, M., Rijo, (...) Vaz Serra, A. (2008). Sintomatologia depressiva e qualidade de vida na população geral. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 9 (1), 203-112.
- Gardner, P.J. (2006). Envelhecimento Saudável: uma revisão das pesquisas em língua inglesa. *Revista Em Foco*, 12 (2), 69-92.
- Giddens, A. (2009). *Sociologia*. (7ª. Ed.). Edição da Fundação Calouste Gulbenkian (Serviço de Educação e Bolsas).
- Gil, A. C. (1999). *Métodos e Técnicas de Pesquisa Social*. (5ª. Ed.). São Paulo: Atlas
- Grun, A. (2009). A sublime arte de envelhecer e tornar-se uma bênção para os outros. Lisboa: Paulina Editora.
- Guerreiro, M., Silva, A. P., Botelho, M. A., Leitão, O. & Caldas, A. C. & Garcia, C. (2003). Avaliação breve do Estado Mental. In A. Mendonça, C. Garcia, & Guerreiro, *Escala e Testes na Demência. Grupo de Estudos de Envelhecimento Cerebral e Demência* (pp.27-32). Lisboa: Novartis.
- Heckhausen, J. (2005). Psychological Approaches to Human Development. In M. L. Johnson, *The Cambridge Handbook of Age and Ageing* (pp. 181-185). Cambridge: Cambridge University Press.

- Hortelão, A. P. S. (2004). Envelhecimento e Qualidade de Vida: estudo comparativo de idosos residentes na comunidade e idosos institucionalizados na região de Lisboa. *Servir*, Maio/Junho, 52 (3), 119-131.
- Instituto Nacional de Estatística – Portugal (2002). *O Envelhecimento em Portugal: Situação demográfica e socio-económica recente das pessoas idosas*. Documento preparado pelo Serviço de estudos sobre a população do Departamento de Estatísticas Censitárias e da População.
- Instituto Nacional de Estatística – Statistics Portugal (2009). *Estatísticas Demográficas 2008*. (Lisboa: Impressão Instituto Nacional de Estatística, I.P.).
- Jerome, D. & Wenger, G. C. (1999). Stability and change in late life friendships. *Ageing and Society*, 19, 661-676.
- Josen, A. R., Siegler, M. & Winslade, W. J. (1998). *Ética Clínica*. (4ª. Ed.). Editora McGraw-Hill.
- Judd, L. L. (1997). The clinical course of unipolar major depressive disorders. *Archives of General Psychiatry*, 56, 848-891.
- Lawton M. P. (1991). A multidimensional view of quality life in frail elders. In J. E. Birren, J. E. Lubben, J. C. Rowe & D. E. Deutchman, *The concept and measurement of quality of life in the frail elderly* (pp. 3-27). San Diego: Academic Press.
- Lopes, J. S. (1988). As depressões nas idades tardias. *Psicologia*, 6 (2), 175-195.
- Magalhães, V. P. (2001). Qualidade de vida: desafios e ambiguidades. In L. Archer, J. Biscaia, W. Osswold & M. Renaud, *Novos desafios à bioética* (pp. 222-224). Porto: Porto Editora.
- Manuel, A. (1998). *Dicionário Enciclopédico*. Printer Portuguesa.
- Marinho, V. M. (2007). Transtornos do Humor. In O.V. Forlenza, *Psiquiatria Geriátrica: do Diagnóstico Precoce à Reabilitação* (pp. 63-70). São Paulo. Atheneu.
- Marques, A. (2001). Qualidade de Vida em doenças crónicas. In L. Archer, J. Biscaia, W. Osswold & M. Renaud, *Novos desafios à bioética* (pp. 232-235). Porto: Porto Editora.
- Martins, C. R., Albuquerque, F. J., Gouveia, C. N., Rodrigues, C. F. & Neves, M. T. (2007). Avaliação da Qualidade de Vida Subjectiva dos Idosos: uma compara-

ção entre residentes em cidades rurais e urbanas. *Estudos Interdisciplinares Envelhecimento*. Porto Alegre. Vol. 11, 135-154.

Maslow, A. (1954). *Motivation and Personality*. New York: Harper.

Merck Sharp & Dohme. (2004). *Perturbações Mentais*. In Manual Merck, *Geriatrics* (pp.376-389). Espanha: Editorial Oceano.

Merck Sharp & Dohme. (2008). *Depressão e Mania*. In Manual Merck, *Informação Médica* (pp.738-749). Barcelona: Editorial Oceano.

More, T. (1994). *A Utopia*. São Paulo:Edipro.

Netto, M. P & Ponte, J. R. (2000). *Envelhecimento: Desafio na Transição do Século*. In Papaléo Neto, M. *Gerontologia: a velhice e o envelhecimento uma visão globalizada*. (pp.3-12). São Paulo: Atheneu.

Neugarten, B. L., Havighurst, R. J. & Tobin, S. S., (1961). The measurement of life Satisfaction. *J. Gerontology Journal*, 16, 134-143.

Ogden, J. (2004). *Psicologia da Saúde*. Manuais Universitários 11, (pp. 389-400). (2ª. Ed.). Lisboa: Climepsi Editores.

Oliveira, C. C. (2006). *Optimizando a qualidade de vida das pessoas idosas institucionalizadas*. *Virtual Textos & Contextos*, 6, ano V, Dezembro, 1-20.

Oliveira, J.H.B., (2008). *Psicologia do envelhecimento e do idoso*. (3ª Ed.). Porto: Legis Editora.

Organização das Nações Unidas (1982). *Assembleia Geral sobre Envelhecimento – Resolução 39/125*. Viena.

Paschoal, S. M. P., (2000). *Autonomia e Independência*. In Papaléo Neto, M. *Gerontologia: a velhice e o envelhecimento em visão globalizada* (pp. 313-323). São Paulo: Atheneu.

Paschoal, S. M. P., (2000). *Epidemiologia do Envelhecimento*. In M. Papaléo Neto, *Gerontologia: a velhice e o envelhecimento em visão globalizada*. (pp. 26-43). São Paulo. Editora Atheneu.

Paschoal, S. M. P., (2000). *Qualidade de vida do idoso: elaboração de um instrumento que privilegia a sua opinião*. Dissertação de Mestrado em Medicina. Universidade de São Paulo. São Paulo.

- Paschoal, S. M. P., (2006). Desafios da longevidade: qualidade de vida. In L. Pessini & C. P. Barchifontaine [orgs.], *Bioética e Longevidade Humana* (pp. 329-337). Centro Universitário São Camilo. São Paulo: Edições Loyola.
- Patrick, D. L. (2008). A qualidade de vida pode ser medida? Como? In M. P. A. Fleck, & colaboradores, *A avaliação de qualidade de vida – Guia para profissionais de saúde* (pp.29-39). Porto Alegre: Artmed.
- Pau, C., Fonseca, A. M., Martin, I. & Amado, J. (2005). Satisfação e Qualidade de Vida em Idosos Portugueses. In C. Paul & A. M. Fonseca (Coords.). *Envelhecer em Portugal* (pp.75-95). Lisboa: Climepsi Editores.
- Paul, M. C. (1993). A Depressão em Idosos: Estudo Exploratório. In *Análise Psicológica*, Out. /Dez, (XI) 4, 609-617. Lisboa.
- Paul, M. C. (1996). *Psicologia dos Idosos: O Envelhecimento em meios urbanos*. Braga: Edição S.H.O. – Sistemas Humanos e Organizacionais.
- Paul, M.C. (1997). *Lá para o fim da vida: idosos, família e meio ambiente*. Coimbra: Almedina.
- Pereira, A. (2008). *Bem-estar subjectivo em idosos institucionalizados*. Anais do III Encontro de Bolsistas do Programa de Apoio a Acções Afirmativas para Inclusão Social. Nov. – Londrina/PR
- Periago, M. R. (2005). Calidad de Vida y Longevidad: un nuevo reto para la salud pública en las Américas. *Revista Panam Salud Publica/ Pan Am J Public Health* (17) 5/6, 295-296.
- Pestana, M. & Gageiro, J. (2005). *Análise de Dados para Ciências Sociais - A Complementaridade do SPSS*. (4ª. Ed.). Lisboa: Edições Sílabo.
- Pimenta, F. A. P., Simil, F. F., Torres, H. O., Amaral, C. F., Rezende, C. F., Coelho, T. O. & Rezende, N. A. (2008). Avaliação da qualidade de vida de aposentados com a utilização do questionário SF-36. *Revista da Associação Médica Brasileira*, 54 (1), 55-60.
- Power, M. (2008). Qualidade de vida: visão geral do Projecto WHOQOL. In M. P. A. Fleck & colaboradores, *A avaliação de qualidade de vida: Guia para profissionais de saúde* (pp. 48-59). Porto Alegre: Artmed.

- Prats, M. (2002). Aspectos clínicos de la dependência em el anciano. In Sociedad Española de Geriatria y Gerontología, Monografias en geriatria: Depression en el anciano (pp. 27-34). (s.l.): Ed. Glosa.
- Provedor de Justiça. (2008). Os Idosos e as Instituições de Acolhimento da Região Autónoma da Madeira. Lisboa: (s.n.).
- Ramos, H. V. (2001). Qualidade de vida e envelhecimento. In L. Archer, J. Biscaia, W. Osswold & M. Renaud (Coords.). *Novos Desafios à Bioética* (pp. 225-231). Porto: Porto Editora.
- Ramos, L. R., Veras, R. P. & Kalache, A. (1987). Envelhecimento Populacional: uma realidade brasileira. *Revista de Saúde Pública*, 21 (3), 211-224.
- Região Autónoma Da Madeira. Secretaria Regional dos Assuntos Sociais (s.d.). *Carta Social 2008 – Rede de Equipamentos e Serviços Sociais no âmbito da Segurança Social da RAM*. Edição do Centro de Segurança Social da Madeira. (Funchal: Impressão Eco do Funchal).
- Região Autónoma Da Madeira. Secretaria Regional dos Assuntos Sociais (2009). *Plano Gerontológico da RAM: Viver mais, viver melhor 2009-2013*. Funchal: Secretaria Regional dos Assuntos Sociais.
- Renaud, I. C. R. (2009) A qualidade de vida – merece toda a vida ser vivida? *Revista Portuguesa de Bioética - cadernos de bioética*, Maio ano XIX/48, 81-94.
- Ribeirinho, C. (2005). *Projecto de Vida – A Vida continua a Ter Sentido*. I Jornada – Para um envelhecimento Activo: Descobrir Novos Caminhos. Fátima.
- Ribeiro, J. L. P. (2002). Qualidade de Vida e doença Oncológica. In M. R. Dias, & E. Durát, *Territórios da Psicologia Oncológica* (pp. 75-97). Lisboa: Climepsi
- Ribeiro, J. L. P. (2005). *O importante é a saúde: Estudo de Adaptação de uma técnica de avaliação do estado de Saúde – SF-36*. Fundação Merk Sharp & Dohme. (s.l.): Taligraf – Artes Gráficas.
- Riemann, F. (1981). Die Kunst des Alterns. Estugarda: (s.n.).
- Robert, L. (1994). *O envelhecimento*. Lisboa: CNRS Editions – Instituto Piaget.
- Rowe, J. W. & Kahn, R. L. (1997). Human Ageing: Usual and Successful. *Science*, (237) 4811, 143-149.

- Rowe, J. W. & Kahn, R. L. (1997). Successful Ageing. *Gerontologist*, 37 (4), 433-440.
- Santana, A. J. & Filho, J. C. B. (2007). Prevalência de sintomas depressivos em idosos institucionalizados na cidade do Salvador. *Revista Baiana de Saúde Pública*, 3, (1), 134- 146.
- Serrão, D. (2009). Autonomia – Um Difícil Conceito. *Revista Portuguesa de bioética – Cadernos de Bioética*, Setembro ano XIX/49, 175-185.
- Siqueira, M. E. C. (2002). Teorias Sociológicas do Envelhecimento. In E. V. Freitas, L. Py, A. L. Neri, F. A. Cançado, M. Gorzini & M Roche, *Tratado de Geriatria e Gerontologia* (pp. 47-57). Rio de Janeiro: Guanabara.
- Soares, M. L. B. (2001). Envelhecimento e Dependência. In *Cadernos de Bioética*, 27, ano XI, Dezembro, 123-128.
- Sousa, L., Figueiredo, D. & Cerqueira, M. (2004). *Envelhecer em família, cuidados familiares na velhice*. Porto: Ambar.
- Sousa, M., Nunes, A., Guimarães A. E., Cabrita, J. M., Cavadas, L. F. & Alves N. F. (2010). Depressão em Idosos: prevalência e factores associados. *Estudos Originais - Revista Portuguesa de Clínica Geral* (26), 384-391.
- Stella, F., Gobbi, S., Corazza, D. I. & Costa, J. L. (2002). Depressão no Idoso: Diagnóstico, Tratamento e Benefícios da Actividade Física. *Revista Motriz*. Ago/Dez. 8, 91-98.
- Sugarman, L. (1986). *Life-span Development: Concepts, Theories and Interventions*. London: Methuen.
- Teixeira, J. A. C. & Branco, A. (1989). Fenomenologia da dor moral. *Psiquiatria Clínica*, 10, 31-34.
- The WHOQOL Group. (1995). The World Health Organization Quality of Life Assessment (WHOQOL): Position paper from the World Health Organization. *Soc. Sci. Med.* 41 (10), 1403-140.
- Thomae, H. (2003). *Psicologia de la senectud: proceso y aprendizaje del envejerimento*. Baelona: Helder.
- Thompson, I. E., Mélia, K.M.& Boyd, K.M. (2004). *Ética em Enfermagem*. (4ª. Ed.) Loures: Lusociência.

- Trentini, C. M., Chachamovick, E. & Fleck, M. P. A. (2008). Qualidade de Vida em Idosos. In, M. P. A. Fleck *et al.*, *A avaliação de qualidade de vida – Guia para profissionais de saúde* (pp.219-228). Porto Alegre: Artmed.
- Vaz Serra, A. (1977). Depressões na Terceira Idade. *O Médico*, 1352, 149-157.
- Vaz Serra, A., Canavarro, M. C., Simões, M. R., Pereira, M., Gameiro, S., Quartilho, M. (...) Paredes, T. (2006). Estudos Psicométricos do Instrumento de Avaliação da Qualidade de Vida da Organização Mundial de Saúde (WHOQOL-Bref) para Português de Portugal. *Psiquiatria Clínica*. Abr. /Jun. 27 (2), 41-49.
- Vaz Serra, A., Canavarro, M. C., Simões, M. R., Pereira, M., Gameiro, S., Quartilho, M. (...) Paredes, T. (2006). Estudos Psicométricos do Instrumento de Avaliação da Qualidade de Vida da Organização Mundial de Saúde (WHOQOL-100) para Português de Portugal. *Psiquiatria Clínica*. Abr. /Jun. 27 (2), 31-40.
- Veríssimo, M. T. (1988). Avaliação Diagnóstica dos Síndromes Demenciais: Escala de Depressão Geriátrica. Porto: Serviço de Neurologia do Hospital de São João do Porto.
- Victor, C. (2000). Do we need institutional care? In F. Laczko, & C. R. Victor. *Social Policy and Elderly People* (pp. 259-275). Great Britain: Biddles.
- Williamson, G. M. & Shaffer, D. R. (2000). The activity restriction model of depressed affect: antecedents and consequences of restricted normal activity. In G. M. Williamson, D. R. Saffer e P.A. Parmelee, (Eds). *Physical illness and depression in older adults: a handbook of theory, research, and practice* (pp.173-200). New York: Kluwer Academic-Plenum.
- Xavier, F. M. F., Ferraz, M. P. T. Marc, N. Escosteguy N. U. & Moriguchi, E. H. (2003). Elderly people's definition of quality of life. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 25 (1), 31-39.
- Yates, F. E. (2007). Theory of Aging: Biological. In J. Birren (ed.), *Encyclopedia of Gerontology*, (pp. 601-610), (2nd Ed.). San Diego: Academic Press.
- Yesavage, J. A. et al. (1983). Development and validation of a geriatric depression screening scale: a preliminary report. *Journal of Psychiatric Research*, 17 (1), 37-49.
- Zimmerman, G.I. (2000). Velhice: Aspectos Biopsicossociais. Porto Alegre: Artmed Editora.

Referências Da Internet

- Almeida, A. & Rodrigues, V. (2008). A Qualidade de Vida da Pessoa Idosa Institucionalizada em Lares. *Revista Latino-am Enfermagem*, 16 (6), Novembro/Dezembro. Edição Internet: www.scielo.br/pdf/rlae/v16n6/pt_14.pdf. (Consultado a 05/03/2010).
- Barreto, J. (s.d.). A Realidade Social do Idosos em Portugal: O Desafio do Ano 2000. *Revista Saber Educar*, 17-24. Edição Internet: http://repositorio.esef.pt/bitstream//handle/10000/206/SeE_3RealidadeSocial.pdf. (Consultado a 18/11/2009).
- Barreto, J. (s.d.). *Envelhecimento e Qualidade de Vida: o Desafio Actual*. Edição Internet: <http://Lerletras.up.pt/uploads/ficheiros/3733pdf>. Consulta de 2009/11/18.
- Ferreira, S. (2005). *Escala de Depressão Geriátrica (Yesavage)*. Formação Especializada em Geriatria e Gerontologia. Universidade de Aveiro. Edição Internet: www.forumenfermagem.org. (Consultado a 17/12/2010).
- Martins, R. (s.d.). *Envelhecimento e Políticas Sociais*. Edição Internet: <http://www.ipv.pt/millennium/Millennium32/10pdf>. (Consultado a 08/09/2010).
- Naumann, V. & Byrne, G. (2004). WHOQOL-Bref as a Measure of Quality of Life in Older Patients with Depression. *Int. Psychogeriatric*, (16) 2, 159-73. Junho. (On-Line) Available: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15318762>. (Consultado a 08/03/2010).
- Nejati, V., Shirinbayan, P., Kamrani, A. K., Foroughan, M. Taheri, P. Seikhvatan, M. (2008). Quality life in elderly people in Kashan, Iran. *Middle East Journal of Age and Ageing*, (5) 2, 21-25. (On-Line) Available: <http://www.globalaging.org/elderrights/wold/2008/iran.pdf>. (Consultado a 08/09/2010).
- Organização Mundial de Saúde (2002). *Active Aging: a framework*. Second United Nations World Assembly on Aging. Madrid. (On-Line). Available: www.who.int/ageing/ActiveAgeingPoliceFrame.pdf. (Consultado em 08/09/2010).
- Silva, T. & Resende, C. H. A. (2006). *Avaliação Transversal da Qualidade de Vida de Idosos participantes de Centros de Convivência e Institucionalizados por meio do questionário genérico WHOQOL-Bref*. (On-Line). Available:

[http://www.propp.ufu.br/revistaeletronica/Edição%202006 1/D/tais_estevevao.pdf](http://www.propp.ufu.br/revistaeletronica/Edição%202006%201/D/tais_estevevao.pdf). (Consultado a 18/11/2009).

Smith, A. (2000). *Researching Quality of Life of Older People: Concepts, Measures and Findings*. Centre for Social Gerontology – Keele University. (On-Line) Available: http://www.keele.ac.uk./resarch/les/esg/downloads/research_quality.pdf. (Consultado a 28/02/2010).

Vieira, A. (2002). *Qualidade de vida e suporte social dos idosos em ambiente institucional. Contributos da bioética*. Edição Internet: http://www.apbioetica.org/fotos/gea/1149697695_pt.pdf. (Consultado a 05/03/2010)

ANEXOS

Anexo I - Pedido de Autorização ao Centro de Segurança Social da Madeira (CSSM)

**PEDIDO DE AUTORIZAÇÃO AO CENTRO DE SEGURANÇA SOCIAL DA MADEIRA
(CSSM)**

Maria Goreti Freitas de Andrade
Caminho da Igreja, 31
9060-130 Funchal
Telef: 965514795

Exma. Senhora Presidente do
Centro de Segurança Social da Madeira
Dra. Maria Bernardete Olival Pita Vieira
Rua Elias Garcia n.º 14
9054 – 503 Funchal

Assunto: Pedido de Autorização para realização de estudo de investigação nos Lares do Centro de Segurança Social da Madeira

Eu, Maria Goreti Freitas de Andrade, aluna do 2º ano do Mestrado em Gerontologia da Universidade da Madeira, venho por este meio solicitar a V. Ex.^a autorização para realização de um estudo nos Lares pertencentes ao Centro de Segurança Social da Madeira.

Este pedido decorre da elaboração da dissertação de mestrado subordinada ao tema “Qualidade de Vida e Depressão da Pessoa Idosa Institucionalizada”, cujo objectivo principal é precisamente conhecer o nível de qualidade de vida dos idosos que frequentam essas estruturas de apoio.

Na realização desta investigação, todos os idosos serão informados dos objectivos e finalidades do estudo, destino dos dados e contribuição dos resultados. Serão também informados da garantia de sigilo das informações, do anonimato e do respeito à liberdade de desistência do estudo em qualquer momento. Após esta fase, aqueles que aceitarem participar no estudo, darão o seu consentimento informado escrito.

Para recolha dos dados necessários à investigação, será aplicado um formulário composto por três partes. A primeira, tem em vista o registo dos dados sócio-demograficos necessários à caracterização da amostra de idosos participantes, a

segunda, trata-se do instrumento de medida de Qualidade de Vida da Organização Mundial de Saúde – WHOQOL-Bref e a terceira consiste no instrumento de avaliação da depressão, a Escala de Depressão Geriátrica. A aplicação do formulário será efectuada por mim, enquanto autora da referida investigação, através de entrevista a cada participante.

Sem outro assunto de momento, agradeço desde já a atenção dispensada.

Com os melhores cumprimentos.

Funchal, 06 de Janeiro de 2001

(Goreti Andrade)

Anexo II - Mini Mental State (MMS)

MINI MENTAL STATE (MMS)

ESCALA VALIDADA PARA A POPULAÇÃO PORTUGUESA

IDADE: _____ Anos

Data: ____ de _____ de _____

I – ORIENTAÇÃO:

“Vou fazer-lhe algumas perguntas. A maior parte delas são fáceis. Tente responder o melhor que for capaz.”

(Dar 1 ponto por cada resposta correcta)

- | | | |
|------|--|-------|
| 1 - | Em que ano estamos? | _____ |
| 2 - | Em que mês estamos? | _____ |
| 3 - | Em que dia do mês estamos? (Quantos são hoje?) | _____ |
| 4 - | Em que estação do ano estamos? | _____ |
| 5 - | Em que dia da semana estamos? | _____ |
| 6 - | Em que País estamos? (Como se chama o nosso País?) | _____ |
| 7 - | Em que Distrito vive? | _____ |
| 8 - | Em que Terra vive? | _____ |
| 9 - | Em que casa estamos? (Como se chama esta casa?) | _____ |
| 10 - | Em que andar estamos? | _____ |

Nota:

II – RETENÇÃO:

“Vou dizer-lhe três palavras. Queria que as repetisse e que procurasse decorá-las porque dentro de alguns minutos vou pedir-lhe que me diga essas três palavras.”

As três palavras são:

Pêra _____

Gato _____

Bola _____

Nota:

Repita as três palavras (Dar 1 ponto por cada resposta correcta).

III – ATENÇÃO E CÁLCULO:

“Agora peço-lhe que me diga quantos são 30 menos 3, e que ao número encontrado, volte a subtrair 3 até eu lhe dizer para parar.”

(Dar 1 ponto por cada resposta correcta. Parar ao fim de 5 respostas. Se fizer 1 erro na subtracção, mas continuando a subtrair correctamente a partir do erro, conta-se como um único erro.)

30 _____ 27 _____ 24 _____ 21 _____ 18 _____ 15 _____ **Nota:**

Se a pessoa não conseguir executar esta tarefa, faz-se **em alternativa**, uma outra:

“Vou dizer-lhe uma palavra e queria que me dissesse essa palavra, letra por letra, mas ao contrário, isto é, do fim para o princípio.”

A palavra é: P O R T A (Dar 1 ponto por cada letra correctamente repetida).

A _____ T _____ R _____ O _____ P _____ **Nota:**

IV – EVOCAÇÃO:

(Só se efectua no caso da pessoa ter aprendido as três palavras referidas na prova de “II – RETENÇÃO”.)

“Agora veja se me consegue dizer quais foram as três palavras que lhe pedi há pouco para repetir.”

(Dar 1 ponto por cada resposta correcta)

Pêra _____ Gato _____ Bola _____ **Nota:**

V – LINGUAGEM:

(Dar 1 ponto por cada resposta correcta)

- a) Mostrar o relógio de pulso.

“Como se chama isto?”

Nota:

- b) Mostrar o lápis.

“Como se chama isto?”

Nota:

- c) Repetir a frase: *“O rato rói a rolha.”*

Nota:

- d) *“Vou dar-lhe uma folha de papel. Quando eu lhe entregar o papel, pegue nele com a sua mão direita, dobre-o ao meio e coloque-o no chão.”*

(Dar 1 ponto por cada etapa bem executada. A pontuação máxima é de 3 pontos.)

Pega no papel com a mão direita

Dobra o papel ao meio

Coloca o papel no chão

Nota:

- e) *“Leia e cumpra o que diz neste cartão.”*

(Mostrar um cartão com a frase: “FECHE OS OLHOS”. Se a pessoa for analfabeta, o examinador deverá ler-lhe a frase.)

(Dar 1 ponto por cada realização correcta)

Fechou os olhos _____

Nota:

- f) *“Escreva uma frase.”*

(A frase deve ter sujeito, verbo e ter sentido, para ser pontuada com 1 ponto. Erros gramaticais ou de troca de letra não contam como erros.)

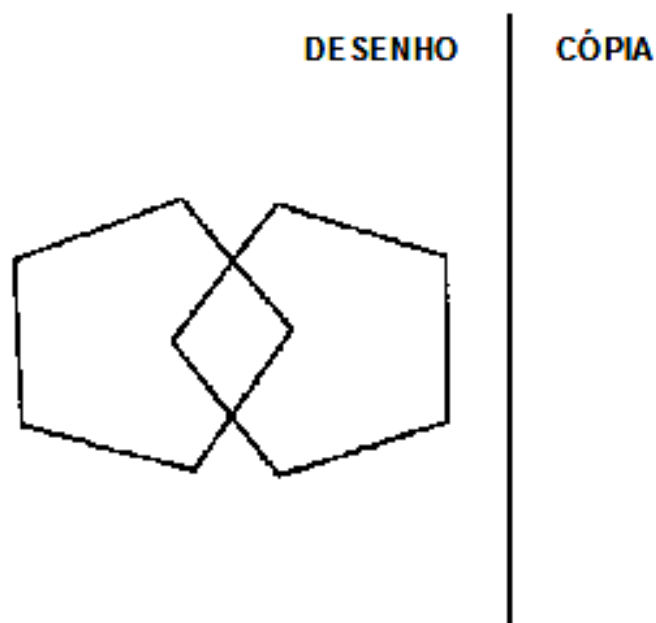
Nota:

g) "Copie o desenho que lhe vou mostrar."

(Mostrar o desenho)

(Os 10 ângulos devem estar presentes, e 2 deles devem estar interceptados para pontuar 1 ponto. Tremor e erros de rotação não são valorizados.)

Nota:



Nota Total:

Considera-se com Defeito Cognitivo:

- Analfabetos ≤ 15 ;
- 1 a 11 anos de escolaridade ≤ 22 ;
- Com escolaridade superior a 11 anos ≤ 27 .

Bibliografia:

- Folstein MF e *tal*. "Mini-Mental State": A practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician. *Journal of Psychiatric Research*, 1975; 12: 189-98;
- Guerreiro M. Contributo da Neuropsicologia para o estudo das Demências. Dissertação de doutoramento. Faculdade de Medicina de Lisboa, 1998.

Anexo III - Escala de Depressão Geriátrica (GDS)

ESCALA DE DEPRESSÃO GERIÁTRICA
(GERIATRIC DEPRESSION SCALE – GDS)

Yesavage, *et al.* (1983). Development and Validation of a Geriatric Depression Screening Scale. *J. Psychiatric Res.* 17, 37-49.

Idade: _____ Data: _____

Responda Sim ou Não consoante se tem sentido de há uma semana para cá:

	SIM	NÃO
1. Está satisfeito(a) com a sua vida?	S	N
2. Pôs de lado muitas das suas actividades e interesses?	S	N
3. Sente a sua vida vazia?	S	N
4. Fica muitas vezes aborrecido(a)?	S	N
5. Tem esperança no futuro?	S	N
6. Fica muitas vezes incomodado(a) com pensamentos que não consegue afastar?	S	N
7. Está bem-disposto(a) a maior parte do tempo?	S	N
8. Tem medo que lhe vá acontecer alguma coisa de mal?	S	N
9. Sente-se feliz a maior parte do tempo?	S	N
10. Sente-se muitas vezes desamparado(a)?	S	N
11. Fica muitas vezes inquieto(a) e nervoso(a)?	S	N
12. Prefere ficar em casa, em vez de sair e fazer coisas novas?	S	N
13. Preocupa-se muitas vezes com o futuro?	S	N
14. Acha que tem mais dificuldades de memória do que as outras pessoas?	S	N
15. Pensa que é muito bom estar vivo(a)?	S	N
16. Sente-se muitas vezes desanimado(a) e abatido(a)?	S	N
17. Sente-se inútil?	S	N
18. Preocupa-se muito com o passado?	S	N
19. Acha a sua vida interessante?	S	N
20. É difícil começar novas actividades?	S	N
21. Sente-se cheio(a) de energia?	S	N
22. Sente que para si não há esperança?	S	N

23. Pensa que a maioria das pessoas passa melhor do que o senhor(a)?	S	N
24. Aflige-se muitas vezes com pequenas coisas?	S	N
25. Sente muitas vezes vontade de chorar?	S	N
26. Tem dificuldade em se concentrar?	S	N
27. Gosta de se levantar de manhã?	S	N
28. Prefere evitar encontrar-se com muitas pessoas?	S	N
29. Tem facilidade em decidir as coisas?	S	N
30. O seu pensamento é tão claro como era dantes?	S	N

Pontuação:

1 ponto para as respostas Sim nas questões: 2-4, 6, 8, 10-14, 16-18, 20, 22-26, 28.

1 ponto para as respostas Não nas questões: 1, 5, 7, 9, 15, 19, 21, 27, 29, 30.

0-10 = Ausência de depressão

11-20 = Depressão ligeira

21-30 = Depressão grave

O autor considera que a escala está no domínio público.

Anexo IV - Escala de Avaliação da Qualidade de Vida (WHOQOL-Bref)

ESCALA DE AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DE VIDA (WHOQOL-Bref)

DADOS PESSOAIS

A1 Idade anos

A2 Data de Nascimento / /

A3 Sexo Masculino
 Feminino

A4 Escolaridade	Não sabe ler nem escrever	<input type="text"/>
	Sabe ler e/ou escrever	<input type="text"/>
	1º-4º anos	<input type="text"/>
	5º-6º anos	<input type="text"/>
	7º-9º anos	<input type="text"/>
	10º-12º anos	<input type="text"/>
	Estudos Universitários	<input type="text"/>
	Formação pós-graduada	<input type="text"/>

A5 Profissão

A6.1 Freguesia	<input type="text"/>
A6.2 Concelho	<input type="text"/>
A6.3 Distrito	<input type="text"/>

A7 Estado Civil	Solteiro(a)	<input type="text"/>
	Casado(a)	<input type="text"/>
	União de facto	<input type="text"/>
	Separado(a)	<input type="text"/>
	Divorciado(a)	<input type="text"/>
	Viúvo(a)	<input type="text"/>

B1a Está actualmente doente? Sim ☐ Não ☐

B1b Que doença é que tem?

B2 Há quanto tempo?

B3 Regime de tratamento? Internamento ☐ Consulta Externa ☐ Sem tratamento ☐

C. Forma de administração do questionário

1. Auto-administrado ☐

2. Assistido pelo entrevistador ☐

3. Administrado pelo entrevistador ☐

D. Tem alguns comentários a fazer a este estudo?

OBRIGADO PELA SUA AJUDA!

Instruções

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

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

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

Anexo V - Autorização para Aplicação da Escala de Avaliação da Qualidade de Vida
(WHOQOL-Bref)

AUTORIZAÇÃO PARA APLICAÇÃO DA ESCALA DE AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DE VIDA (WHOQOL-Bref)

Cara Dra. Maria Goretti Andrade,

Em anexo envio o material relativo ao WHOQOL-Bref, nomeadamente:

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

Poderá encontrar outra informação relevante em:

- <http://www.fpce.uc.pt/saude/qv.htm>
- <http://www.fpce.uc.pt/saude/whoqolbref.htm>

A equipa do Projecto de Validação do WHOQOL (100 e Bref) para Português de Portugal agradecia se pudesse, após realização do trabalho/investigação a que se propõe, disponibilizar um resumo dos resultados obtidos.

Estou disponível para o esclarecimento de qualquer questão.

Grata

Sofia Gameiro.

(sgameiro@fpce.uc.pt)

(e-mail de 30/04/2010)

Anexo VI - Questionário de Dados Sócio-Demográficos

QUESTIONÁRIO DE DADOS SÓCIO-DEMOGRÁFICOS

1- Motivo de Internamento no Lar:

- (1) – Solidão/abandono (não tem familiares) ☐
- (2) – Desejo de acompanhamento/companhia ☐
- (3) – Indisponibilidade dos familiares existentes ☐
- (4) – Falta de condições da habitação própria ☐
- (5) – Falta de condições da habitação de familiares ☐
- (6) – Necessidade de assistência permanente ☐
- (7) – Outros ☐ _____

2- Com quem residia antes do internamento:

- (1) – Só ☐
- (2) – Filho(a) ☐
- (3) – Sobrinho(a) ☐
- (4) – Esposo(a) ☐
- (5) – Outros ☐ _____

3- Tempo de Residência no Lar

- (1) – [0-2 anos [☐
- (2) – [2-5 anos [☐
- (3) – [5-10 anos [☐
- (4) – >10 anos ☐

4- Iniciativa da Institucionalização

- (1) – Própria(o) ☐
- (2) – Filhos ☐
- (3) – Sobrinhos ☐
- (4) – Cônjuge ☐
- (5) – Irmãos ☐
- (6) – Outros ☐ _____

5- Costuma receber visitas

- (1) – Semanais ☐
- (2) – Mensais ☐
- (3) – Trimestrais ☐
- (4) – Semestrais ☐
- (5) – Anuais ☐
- (6) – Outras ☐ _____

6- Costuma participar nas actividades de ocupação e lazer proporcionadas pelo Lar?

- (1) – Sim ☐
- (2) – Não ☐

7- Costuma participar em alguma actividade religiosa?

- (1) – Sim ☐
- (2) – Não ☐

Muito Obrigada pela sua colaboração!

