

UNIVERSIDADE DE ÉVORA

MESTRADO EM SAÚDE E BEM-ESTAR DAS PESSOAS IDOSAS

Área de Especialização em

GESTÃO DE SAÚDE

**INFLUÊNCIA DO NÍVEL DE ACTIVIDADE FÍSICA E DA
INSTITUCIONALIZAÇÃO NA QUALIDADE DE VIDA DOS
IDOSOS DO CONCELHO DE ÉVORA**

Carmen de Jesus Serrano Horta

Orientadores: Professor Doutor Pablo Tomás Carús

Professor Doutor Jorge Fernandes

Évora

Abril de 2009

"Esta Dissertação não inclui as críticas e sugestões feitas pelo júri"

UNIVERSIDADE DE ÉVORA
MESTRADO EM SAÚDE E BEM-ESTAR DAS PESSOAS IDOSAS

Área de Especialização em
GESTÃO DE SAÚDE

INFLUÊNCIA DO NÍVEL DE ACTIVIDADE FÍSICA E DA
INSTITUCIONALIZAÇÃO NA QUALIDADE DE VIDA DOS
IDOSOS DO CONCELHO DE ÉVORA

Carmen de Jesus Serrano Horta



170 173

Orientadores: Professor Doutor Pablo Tomás Carús
Professor Doutor Jorge Fernandes

Évora

Abril de 2009

"Esta Dissertação não inclui as críticas e sugestões feitas pelo júri"

AGRADECIMENTOS

Esta dissertação contou com inúmeros apoios e incentivos que não posso deixar de mencionar.

Em primeiro lugar, o meu reconhecimento é dirigido ao Professor Doutor Pablo Tomás Carús pela confiança depositada e pelo acompanhamento prestrado no decorrer do meu percurso académico e científico. Especificamente, agradeço a forma rigorosa como orientou esta investigação, promovendo, simultaneamente, a minha autonomia na sua realização.

Ao Professor Doutor Jorge Fernandes quero expressar a minha gratidão pelos conselhos relevantes e pela amabilidade e disponibilidade que manifestou desde o início.

Agradeço igualmente as sugestões preciosas no âmbito da análise estatística prestadas pelo Professor Doutor Luis Grilo e pela Mestre Catarina Pereira.

Aos colegas com quem tenho tido oportunidade de reflectir conjuntamente sobre tópicos deste estudo, agradeço o interesse expresso e a disponibilidade manifestada para a clarificação de diversas dúvidas e questões com que me confrontei nos caminhos percorridos para a realização da Tese.

Quero também manifestar o meu sincero apreço aos inúmeros idosos que se disponibilizaram a participar nesta investigação, sem os quais esta não seria concretizável.

Pela permissão concedida para a recolha de dados e pelo apoio institucional, agradeço à Direcção e aos Órgãos de gestão das diversas instituições e associações onde o estudo foi realizado.

Expresso ainda o meu agradecimento à Fundação Eugénio de Almeida pela bolsa concedida para a realização desta investigação.

À minha família, em particular aos meus pais, sobrinhos e namorado, bem como aos meus amigos, agradeço o apoio incondicional e a compreensão por esta opção que me tornou menos disponível para partilharmos experiências durante este período da minha vida.

Finalmente, à minha irmã, Vanessa, agradeço a dedicação e o suporte afectivo e logístico imprescindível.

INDÍCE

1. INTRODUÇÃO	10
2. ENQUADRAMENTO TEÓRICO	12
2.1. ENVELHECIMENTO	12
2.2. QUALIDADE DE VIDA	17
2.3. INSTITUCIONALIZAÇÃO	20
2.4. ACTIVIDADE FÍSICA.....	22
3. OBJECTIVOS E HIPÓTESES	24
4. MATERIAL E MÉTODOS.....	25
4.1. PARTICIPANTES	25
4.2. INSTRUMENTOS	26
4.2.1. Qualidade de Vida	26
4.2.2. Actividade Física.....	28
4.2.3. Capacidade Cognitiva.....	29
4.3. ANÁLISE ESTATÍSTICA.....	30
5. RESULTADOS	31
5.1. PARTICIPANTES	31
5.2. QUALIDADE DE VIDA	32
5.3. NÍVEL ACTIVIDADE FÍSICA.....	35
6. DISCUSSÃO.....	40
7. LIMITAÇÕES DO ESTUDO	47
8. CONCLUSÕES.....	48
9. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	50
ANEXOS.....	60
Anexo I - Consentimento Informado.....	61
Anexo II - WHOQOL-BREF	63
Anexo III - Sintaxe.....	68
Anexo IV - IPAQ versão reduzida	70
Anexo V- MMSE	72
Anexo VI - Base de dados.....	75

INDICE DE FIGURAS

Figura 1- Modificações Biológicas Ligadas à Senescência	14
Figura 2- Domínios e facetas do WHOQOL-BREF	27
Figura 3 – Avaliação da qualidade de vida geral.....	32
Figura 4 – Satisfação com o estado de saúde	33
Figura 5 – Nível de actividade física dos idosos do concelho de Évora.....	35

INDICE DE TABELAS

Tabela 1- Categorias do Nível de Actividade Física	29
Tabela 2 – Características socio-demográficas dos participantes	31
Tabela 3 - Média dos domínios da qualidade de vida dos idosos do Concelho de Évora	34
Tabela 4 - Relação dos domínios da qualidade de vida entre si e com a qualidade de vida geral através do teste de Spearman.....	35
Tabela 5- Minutos semanais de actividade física dos idosos do Concelho de Évora ..	36
Tabela 6 – Minutos sentado dos idosos do Concelho de Évora	37
Tabela 7 - Correlação dos domínios da qualidade de vida e da qualidade de vida geral com o nível de actividade física, as actividades físicas realizadas e o tempo sentado	37
Tabela 8 - Relação dos componentes do domínio físico com as actividades físicas realizadas e o tempo sentado através do teste de Spearman.....	38
Tabela 9 - Relação dos componentes do domínio psicológico com as actividades físicas realizadas e o tempo sentado através do teste de Spearman.....	38

SIGLAS E ABREVIATURAS

Fi – Frequência Absoluta

INE – Instituto Nacional de Estatística

IPAQ - Questionário Internacional de Actividade Física

MMSE - Mini Mental State Examination

N – Número de Elementos

OMS – Organização Mundial de Saúde

WHOQOL - World Health Organization Quality of Life

RESUMO

Objectivo: Caracterizar a qualidade de vida dos idosos do concelho de Évora, avaliando a influência da institucionalização e do nível de actividade física na mesma.

Métodos: Foram analisados 196 idosos institucionalizados em lar da rede pública e 189 idosos não institucionalizados pertencentes a associações de reformados do concelho. A recolha dos dados foi efectuada utilizando o questionário de qualidade de vida da OMS- WHOQOL-BREF e o questionário de avaliação do nível de actividade física- IPAQ. **Resultados:** Os idosos do concelho de Évora têm uma avaliação positiva da qualidade de vida, apresentando os idosos não institucionalizados melhores resultados no domínio físico, psicológico e do ambiente. Verificou-se ainda que os idosos mais activos apresentam melhores resultados no domínio físico e psicológico da qualidade de vida, assim como uma melhor percepção da qualidade de vida global.

Conclusão: A principal conclusão deste estudo revela que, embora a institucionalização contribua negativamente para a qualidade de vida dos idosos, esta poderia ser compensada pela prática regular de actividade física e pela implementação de actividades organizadas que promovam a actividade física dos idosos institucionalizados.

Palavras-chave: idoso, institucionalização, actividade física, qualidade de vida

ABSTRACT

Objective: Characterize the quality of life of elderly in the district of Évora, by assessing the influence of institutionalization and the level of physical activity in it. **Methods:** We analyzed 196 elderly institutionalized in a public home, and 189 non-institutionalized elderly that belong to associations of pensioners of the county. The collection of data was conducted using the questionnaire of quality of life of the WHO-WHOQOL-BREF, and the questionnaire for assessing the level of physical activity-IPAQ.

Results: The elderly in the district of Évora have a positive assessment of the quality of life where the non-institutionalized elderly people have better results in physical, psychological and environmental domains. Additionally it was assessed that the elderly with more assets have better physical and psychological quality of life and a better perception of quality of life in overall. **Conclusion:** The main conclusion of this study shows that although the institutionalization contributes negatively on the quality of life of older people, these could be offset by regular practice of physical activity and implementation of activities that promote physical activity in institutionalized elderly.

Keywords: elderly, institutionalization, physical activity, quality of life

1. INTRODUÇÃO

No século XX assistiu-se a um aumento, sem precedentes, do número de indivíduos com mais de 75 anos, tornando-se a longevidade num desafio às sociedades actuais.

Existem no mundo cerca de 400 milhões de pessoas idosas, sendo a Europa uma das regiões mundiais que apresenta uma população mais envelhecida. Portugal, à semelhança dos restantes países europeus, apresenta uma estrutura etária cada vez mais envelhecida¹.

De acordo com as projecções do Instituto Nacional de Estatística (INE), o número de idosos portugueses continuará a crescer, atingindo em 2060 os 271 idosos por cada 100 jovens, ou seja, mais do dobro do valor estipulado para 2009 (116 idosos por cada 100 jovens). Este aumento esperado na população idosa estará sobretudo relacionado com a tendência de evolução da população mais idosa, com mais de 80 anos, que poderá passar de 4,2% do total da população em 2008 para valores entre 12,7% e 15,8% em 2060, resultado do aumento da esperança média de vida².

No entanto, viver mais só faz sentido se agregarmos qualidade de vida a esses anos adicionais. Desta forma, o principal desafio do século XXI centra-se na melhoria da qualidade de vida ao envelhecer.

O conceito de qualidade de vida tem evoluído desde o seu aparecimento até à actualidade, sendo encarado, presentemente, como um constructo multidimensional, que aborda quer parâmetros objectivos, quer subjectivos da vida do indivíduo. A definição de qualidade de vida mais abordada é apresentada pela Organização Mundial de Saúde (OMS) que define qualidade de vida como “a percepção do indivíduo sobre a sua posição na vida, no contexto da cultura e sistemas de valores nos quais ela vive, e em relação aos seus objectivos, expectativas, padrões e preocupações”³.

O plano de acção mundial sobre o envelhecimento desenvolveu estratégias de orientação nas políticas dos diversos países com o objectivo de melhorar a qualidade de vida das pessoas idosas e garantir que toda a população possa envelhecer com dignidade. Neste sentido, tem sido incentivado o desenvolvimento de estudos que promovam o conhecimento da qualidade de vida dos diferentes grupos de idosos e os factores que mais se relacionam com a mesma⁴.

A actividade física pode constituir-se para o idoso como um contributo essencial na melhoria da qualidade de vida da pessoa idosa, assumindo-se como um meio de aumentar os níveis de independência e melhorar a capacidade funcional⁵.

Teoricamente tem-se assumido a diminuição da aptidão funcional e o aumento da dependência como algo inevitável e difícil de alterar face ao envelhecimento. Actualmente sabe-se que muitos dos declíneos associados ao envelhecimento derivam da falta de actividade física, embora ainda não exista documentação sobre o quanto esta inactividade pode afectar o sentido qualitativo da existência humana⁶.

Esta realidade adopta uma especial relevância quando se pensa nos idosos institucionalizados, já que a maioria das instituições se concentra na satisfação das necessidades humanas básicas, sem considerar a pessoa como um ser holístico.

Científica e politicamente todos concordam que se deve manter o idoso no domicílio, sendo a família um pilar fundamental na qualidade de vida da população idosa. Todavia, face às alterações ocorridas na sociedade, o número de pessoas institucionalizadas é cada vez maior⁷.

O conhecimento da qualidade de vida nestas instituições é ainda reduzido, e é muitas vezes substituído por ideias pré-concebidas e irreais acerca das mesmas, sendo os idosos institucionalizados estereotipados como senis, inúteis e dependentes.

Neste sentido, urge a necessidade de caracterizar a qualidade de vida desta população, desmistificando as ideias pré-concebidas acerca das mesmas e determinando alternativas que promovam a qualidade de vida dos idosos institucionalizados.

Face a esta necessidade, e tendo subjacente a contextualização global desta problemática, no âmbito do Mestrado em saúde e bem-estar das pessoas idosas da Universidade de Évora, pareceu-nos pertinente a realização de um estudo descritivo, transversal e de abordagem quantitativa. Este estudo pretende realizar a caracterização da qualidade de vida dos idosos do concelho de Évora, tentando compreender a influência da institucionalização e da actividade física na mesma.

Para tal, apresenta-se numa primeira fase a fundamentação científica mais recente acerca do tema. Numa segunda parte apresentam-se os objectivos e hipóteses do estudo, assim como, o desenho metodológico do mesmo. Posteriormente, surge a apresentação e discussão dos resultados obtidos. E, por último, tecem-se as principais conclusões deste estudo.

2. ENQUADRAMENTO TEÓRICO

2.1. ENVELHECIMENTO

O crescente envelhecimento da população tem sido tema de interesse preponderante na reflexão científica, constituindo, actualmente, um fenómeno estruturante das sociedades contemporâneas.

As alterações demográficas provocadas pelo envelhecimento da população causaram, na segunda metade do século XX, alterações profundas nestas sociedades, quer a nível económico, quer a nível social, enfrentando-se uma situação que os epidemiologistas designaram como transição demográfica.

Esta transição demográfica é caracterizada tanto pelo declínio progressivo das taxas de mortalidade, consequente do aumento da esperança de vida; como pelo declínio das taxas de natalidade.

Assiste-se, deste modo, a uma modificação da estrutura da pirâmide etária que, no caso concreto da população portuguesa, se traduz por um duplo envelhecimento, ou seja, o envelhecimento da base devido à diminuição do número de jovens e o envelhecimento no topo consequência do aumento do número de idosos.

Segundo dados recolhidos pelo INE, entre 2002 e 2007, e relativamente ao total da população, a proporção de jovens (com menos de 15 anos de idade) reduziu-se de 16,0% para 15,3% (15,5% em 2006), em simultâneo com um aumento da proporção da população idosa (65 e mais anos de idade), de 16,4% para 17,4% (17,3% em 2006). A conjugação de ambas as tendências consubstancia-se num continuado envelhecimento da população, tendo o índice de envelhecimento aumentado de 105 idosos por cada 100 jovens, em 2002, para 114 em 2007 (112 em 2006)⁸.

Neste contexto, as projecções confirmam que, de acordo com a tendência observada nas últimas décadas, a população continuará a envelhecer. Até 2050, a proporção de jovens dos 0 aos 14 anos de idade poderá vir a decrescer até cerca de 13% do total de efectivos, face aos 15,3% em 2007, em oposição ao que se poderá verificar relativamente à percentagem de idosos, que continuará a aumentar até aos 32%, valor que quase duplica face aos 17,4% observados em 2007. A conjugação de ambas as tendências explica o aumento do índice de envelhecimento, que poderá atingir, neste cenário, os 243 idosos por cada 100 jovens, em 2050, valor em muito superior aos 114 observados em 2007⁹.

Face a esta realidade, o envelhecimento é, na actualidade, um tema privilegiado na investigação, o que origina uma pluralidade de reflexões e

considerações acerca do mesmo. O conceito é sistematicamente abordado no âmbito de várias ciências, emanando uma diversidade de definições e percepções.

Esta etapa passa, então, a ser encarada como um processo cuja definição varia de acordo com o campo de pesquisa e o objecto de interesse¹⁰. Isto é, os biólogos salientam as alterações que ocorrem no organismo, os sociólogos centram-se nos problemas de integração e adaptação social e os psicólogos referem as alterações em determinadas funções¹¹.

Concomitantemente a esta perspectiva, surgem três tipos de idades, as quais podem ser superiores ou inferiores à idade cronológica: a idade biológica, a idade social e a idade psicológica. A idade biológica diz respeito ao envelhecimento orgânico que leva ao declínio funcional dos diferentes órgãos. A idade social está relacionada com o papel, estatuto e hábitos do indivíduo em relação aos outros membros da sociedade e é condicionada pela cultura, valores e história da sociedade. Por fim, a idade psicológica, que se refere às competências comportamentais do indivíduo na sua adaptação ao meio¹².

Seguindo esta tipologia, o envelhecimento é encarado como um processo que enquadra três componentes: o envelhecimento biológico ou senescência, o envelhecimento social e o envelhecimento psicológico. O envelhecimento biológico corresponde às mudanças biológicas que conduzem a uma crescente vulnerabilidade e a uma maior probabilidade de morrer. O envelhecimento social relaciona-se com os papéis sociais esperados pela sociedade, para este grupo etário. O envelhecimento psicológico é definido pela auto-regulação do indivíduo na adaptação ao processo de senescência¹³.

A velhice é, assim, encarada como uma etapa do desenvolvimento, marcada pelas suas tarefas próprias, que varia de cultura para cultura e ocorre de forma particular em cada pessoa e em cada contexto¹⁴.

Desta forma, pode dizer-se que o envelhecimento é um processo natural no contínuo do desenvolvimento evolutivo, dinâmico e progressivo, marcado por modificações de âmbito biológico, psicológico e social, que surgem com o passar dos anos, conjuntamente com o desenvolvimento e a deterioração¹⁵.

As mudanças físicas estão associadas ao envelhecimento das estruturas do corpo e à diminuição da qualidade e velocidade das funções orgânicas dos vários sistemas corporais. Estas alterações desenvolvem-se a um ritmo diferente para cada pessoa e em cada órgão e são influenciadas por factores internos e externos; podendo

os sinais de envelhecimento combinar-se de múltiplas formas e em proporções variadas¹⁶.

Embora o padrão de envelhecimento dos vários sistemas orgânicos seja individual, existem elementos similares que são universais e devem ser identificados. Assim, apresentam-se de seguida as mudanças fisiológicas que fazem parte do processo de envelhecimento (ver Figura 1).

Figura 1- Modificações Biológicas Ligadas à Senescência¹⁷

Modificações biológicas ligadas à senescência	
<p>1. ALTERAÇÕES ESTRUTURAIS</p> <p>a. Celulas e tecidos</p> <ul style="list-style-type: none"> • Diminuição do número de células activas • Aparecimento de lipofuscina e de estatura em diversas células do tecido¹⁷ • Abrandamento do ritmo da multiplicação celular • Diminuição do número de glóbulos (vermelhos e brancos) e perda de eficácia • Modificação dos tecidos gordos e subcutâneos • Atrofia e perda de elasticidade tecidual <p>b. Composição global do corpo e peso corporal</p> <ul style="list-style-type: none"> • Aumento do tecido gordo em relação ao tecido magro • Modificações no peso corporal e no peso dos órgãos <p>c. Músculos, ossos e articulações</p> <ul style="list-style-type: none"> • Diminuição de 25 a 30 % da massa muscular (podendo atingir os 50%) • Diminuição da mobilidade de diversas articulações • Adelgaçar dos discos vertebrais, o que provoca uma redução de 1,2 a 5 cm na altura 	<ul style="list-style-type: none"> • Redução da dimensão da caixa torácica • Perdas de cálcio (osteoporose) • Diminuição no funcionamento locomotor e preventivo de equilíbrio <p>d. Pele e tecido subcutâneo</p> <ul style="list-style-type: none"> • Perdas dos tecidos de suporte subcutâneo, vertebra e adelgaçar da pele, possibilidade de equimoses e queratoses, modificações vasculares e cutâneas múltiplas • Atrofia e baixa de eficácia das glândulas sebáceas e sudoríparas • Perda de elasticidade da pele • Persistência da prega cutânea • Aparecimento de rugas • Acentuação das proeminências ósseas • Descar das faces, queixo e pálpebras, e alongamento dos lobos das orelhas <p>e. Tegumentos</p> <ul style="list-style-type: none"> • Pelos finos e raros, excepto na face • Perda de cabelos, calvície ou cabelos brancos (cãs) • Acinzentar e descolorir dos cabelos • Espessamento das unhas (onicogribose)
<p>2. ALTERAÇÕES FUNCIONAIS</p> <p>a. Sistema cardiovascular</p> <ul style="list-style-type: none"> • Degenerescência cálcica das válvulas • Diminuição de 18 % do volume do ágru • Diminuição de 40 % do débito cardíaco (capacidade máxima) • Aumento da tensão arterial em repouso (sístole e diástole) • Redistribuição do fluxo sanguíneo: o cérebro, artérias coronárias e músculos esqueléticos recebem um maior fluxo residual do que o fígado e rins • Perda de elasticidade dos vasos e acumulação de depósitos nas paredes • Aumento da resistência dos vasos periféricos (1 % ao ano) <p>b. Sistema respiratório</p> <ul style="list-style-type: none"> • Perda de capacidade de expansão pulmonar • Diminuição de 50 % da capacidade respiratoria • Diminuição do consumo basal de oxigénio • Possibilidade de enfisema e bronquite senil • Atrofia e rigidez pulmonar • Problemas de expectoração das secreções brônquicas <p>c. Sistema renal e urinário</p> <ul style="list-style-type: none"> • Diminuição do número de nefrónios • Diminuição da taxa de filtração glomerular, de filtração tubular, do fluxo sanguíneo renal e da "clearance" urinária • Possibilidade de incontinência, primeiro nas mulheres, depois nos homens • Micções mais frequentes e menos abundantes <p>d. Sistema gastrointestinal</p> <ul style="list-style-type: none"> • Modificações dos tecidos dentários, mais difícil ajustamento das próteses dentárias, perda de dentes, cáries, etc. • Mais lenta cicatrização da mucosa oral • Perda do tonus muscular • Atrofia das glândulas salivares • Baixa do sentido do paladar • Atrofia da mucosa gástrica e da secreção dos sucos digestivos (lipase) • Diminuição da secreção de ácido clorídrico (60 %), da pepsina e do suco pancreático • Diminuição do tonus e da motilidade gástrica gerando uma diminuição do esvaziamento gástrico e do peristaltismo • Perturbações da absorção • Ligeira diminuição do peso do fígado e das células funcionais • Diminuição da secreção de enzimas hepáticas e da acção anti-tóxica do fígado • Ligeira baixa da absorção intestinal 	<ul style="list-style-type: none"> • Diminuição da motilidade do intestino grosso e retardar da evacuação (fecalomas, obstipação, etc.) <p>e. Sistema nervoso e sensorial</p> <ul style="list-style-type: none"> • Diminuição do número de unidades funcionais no cérebro • Perda de massa cerebral (5 a 10 %) • Baixa do consumo de oxigénio pelo cérebro e da perfusão cerebral • Declínio gradual da condução nervosa (10 a 15 %) e demora no tempo de reacção • Diminuição da condução periférica (nervos), sobretudo após os 40 ou 50 anos, e dos neurotransmissores • Perda de eficácia dos proprioceptores (sobretudo da dor e do tacto) • Dificuldade no controlo da postura e no equilíbrio • Perda da motricidade fina • Alteração do controlo do sistema autónomo • Diminuição da capacidade mnemónica a curto prazo <p>Sistema sensorial</p> <ul style="list-style-type: none"> • Elevação do limiar da percepção do sabor e dos odores • Diminuição das sensações tácteis e das que se relacionam com a pressão e temperatura • Diminuição auditiva (presbiacusia), sobretudo para os sons agudos • Sensações auditivas anómalas (acufenos) • Diminuição, a partir dos 20 anos, da adaptação à iluminação insuficiente e à visão nocturna • Presbita ou presbiopia (pelos 40, 50 anos) • Redução da acuidade visual e da visão periférica • Possibilidade de cataratas senis e/ou de glaucoma <p>f. Sistema endócrino e metabólico</p> <ul style="list-style-type: none"> • Perturbação no metabolismo da glucose em 70 % dos idosos • Abrandamento da utilização periférica da tiroxina • Alterações menores do funcionamento corticossuprenal • Baixa do metabolismo basal • Diminuição da taxa de estrogénio a partir dos 35 ou 45 anos <p>g. Sistema reprodutor</p> <ul style="list-style-type: none"> • Atrofia dos órgãos genitais internos e externos • Modificação do ritmo de erecção e de ejaculação • Modificação da libido no homem e na mulher <p>h. Sistema imunitário</p> <ul style="list-style-type: none"> • Lentidão da resposta imunitaria a um antígeno • Imunodeficiência relativa <p>i. Ritmos biológicos e sono</p> <ul style="list-style-type: none"> • Modificação das fases do sono • Períodos mais frequentes de sono ligeiro • Diferente repartição das horas de sono

A nível social, as limitações que o idoso enfrenta são, em grande parte, produto da sociedade em que está inserido, ou seja, do estatuto que lhe é imposto pela sociedade a que pertence¹⁸.

Seguindo esta linha de pensamento, verifica-se que a velhice, além dos aspectos individuais, comporta em si, características sociais e culturais, próprias de cada realidade social. Assim, o indivíduo vivencia socialmente esta fase da vida de acordo com o ambiente onde está inserido¹⁹.

A influência dos factores sociais e culturais sobre o processo de envelhecimento está referenciada em várias teorias explicativas, sendo as mais importantes a teoria do descomprometimento e a teoria da actividade. A primeira tem uma visão do envelhecimento como um afastamento progressivo da vida social, centrando-se o indivíduo em si mesmo e diminuindo as relações com os outros. A segunda sustenta que os idosos que envelhecem com mais êxito são aqueles que mantêm os interesses e actividades e que se negam a diminuir a quantidade e qualidade da interacção social¹⁷.

A velhice é uma construção social das sociedades modernas e industrializadas, onde, face ao prolongamento da longevidade, o indivíduo ultrapassa o período de vida em que é encarado como uma unidade produtiva. Desta forma, embora o idoso esteja sujeito a variados condicionantes sociais, a reforma torna-se um dos mais importantes marcos desta faixa etária²⁰.

Numa sociedade de consumo onde predomina a lógica da produtividade e lucro, os idosos são excluídos por já não participarem na vida económica. Deste modo, a reforma apresenta-se muitas vezes como uma situação geradora de sentimentos de inutilidade, desprestígio e isolamento social, uma vez que confronta o indivíduo com alterações económicas, do papel social e do tempo disponível²¹.

Num sentido positivo, a reforma pode representar uma época de descanso, onde é possível desenvolver novas actividades e interesses, as quais podem ser tão gratificantes, úteis e proveitosas como a actividade laboral²².

As atitudes da sociedade face à velhice são, em parte, responsáveis pela imagem que os idosos têm de si mesmo. Presentemente, a imagem que a sociedade tem da velhice é por norma negativa. A velhice aparece associada a perdas biológicas e cognitivas, a inutilidade, a inactividade, ao isolamento e à dependência. Estas ideias pré-concebidas sobre os idosos condicionam a maneira de ser e estar dos mesmos¹⁷.

A sensibilidade e vulnerabilidade do idoso à opinião emitida pelos outros acerca da velhice impedem o indivíduo de reconhecer a sua condição real e particular. Ao ser endossado sem se questionar por etiquetas, que lhe são impostas de tal forma que acaba por acreditar e conformar-se, o idoso fica impedido de reconhecer as suas potencialidades e procurar soluções adequadas aos seus problemas.

As variáveis psicológicas, juntamente com a atitude e a personalidade, determinam a capacidade do indivíduo de enfrentar as mudanças fisiológicas e a influência social ao envelhecer²³.

Existem determinadas circunstâncias na vida do idoso que podem subtilmente focalizar a sua atenção, fazendo, provavelmente, com que o próprio ritmo do processo de envelhecimento se active. Deste modo, algumas situações frequentes na vida do idoso, como a perda de familiares e amigos, do papel e do status social, das capacidades físicas, e os medos da velhice, da deterioração, da dependência, da solidão e da morte, podem precipitar o declínio físico e psicológico²⁴.

A capacidade de compensar as perdas e enfrentar o futuro é imprescindível para quem envelhece, diminuindo, desta forma, a probabilidade de existência de problemas psicológicos. O desafio desta etapa consiste em saber negociar o declínio biológico aliado às perdas cumulativas, no percurso existencial mantendo a auto-estima e equilíbrio pessoal através da definição de novos objectivos pessoais²⁵.

A teoria psicossocial de Erikson, mostra que a missão dos idosos, ao entrarem nesta etapa final da vida, consiste em contemplar a vida no seu todo e com coerência. Para tal, é necessário aceitar a vida tal como a viveu, acreditando que fez o melhor possível naquelas circunstâncias. Se tiver êxito, terá desenvolvido a integridade do eu, lutando contra o desespero. Quando impera a integridade, a pessoa possui a força própria da sua idade, que é a sabedoria e com ela sabe aceitar as limitações e a morte como um facto inevitável da existência. Ao contrário, quem fica pelo desespero, despreza a vida, teme a morte e é incapaz de fazer frente às crises da velhice²⁶.

A forma como se envelhece e a maior ou menor valorização que é dada a esse processo depende do modo como se lida com as modificações biológicas, sociais e psicológicas e reproduz-se inevitavelmente na qualidade de vida durante este período do ciclo vital²⁷.

2.2. QUALIDADE DE VIDA

O conceito de qualidade de vida surge formalmente nos anos 60, com um relatório da responsabilidade do Governo dos EUA que apresentava, como objectivos da nação, um conjunto de indicadores sociais e ambientais de bem-estar ou de qualidade de vida²⁸.

O interesse pelo tema foi ainda mais notório no pós-guerra, devido ao crescimento exponencial das economias de então, e conseqüente necessidade de estudar, aprofundar e desenvolver investigações para compreender aspectos como as condições e qualidade de vida²⁹.

Na década de 70 começaram a surgir os primeiros estudos específicos acerca do tema sendo divulgados os mais clássicos, realizados por Liu em 1975, Campbel, Converse e Rogers em 1976 e por Flanagan em 1982.

Passado mais de vinte anos, não existe ainda uma definição de qualidade de vida consensual, não sendo, contudo, um facto estranho, devido à natureza do objecto a que se refere – a vida.

Desta forma, o termo é definido por muitos autores como um conceito amorfo, abstracto, sem limites claros, difícil de definir e operacionalizar. De facto, face à popularização da expressão na linguagem diária, quer pela população em geral, quer por jornalistas, políticos e outros profissionais, o conceito tornou-se difícil de especificar, sendo sobreposto por outras expressões como: satisfação com a vida, felicidade, existência com significado, estado de saúde e bem-estar subjectivo. No entanto, ainda que relacionadas, estas designações são estruturalmente diferentes do conceito de qualidade de vida³⁰.

Por outro lado, devido ao facto da qualidade de vida ser estudada em diversos contextos e em diferentes populações, têm sido utilizados diversos indicadores para a avaliar e, de uma forma geral, cada definição reflecte o contexto e os indicadores estudados.

Uma definição influente, por surgir de organismo internacional, é a elaborada pelo grupo de Qualidade de Vida da Organização Mundial de Saúde, que a descreve como “a percepção do indivíduo sobre a sua posição na vida, no contexto da cultura e sistemas de valores nos quais ela vive, e em relação aos seus objectivos, expectativas, padrões e preocupações”³.

Em complementaridade a esta perspectiva, Cummins³¹ apresenta uma definição segundo a qual a qualidade de vida é um “constructo universal, definido tanto objectiva como subjectivamente, onde os domínios objectivos compreendem medidas

culturalmente relevantes de bem-estar objectivo e os domínios subjectivos compreendem a satisfação com as diferentes dimensões ponderadas de acordo com a sua importância para o indivíduo”.

Torna-se, assim, imprescindível que a investigação em qualidade de vida considere tanto as condições objectivas da vida do indivíduo como a avaliação subjectiva que este realiza. Considerar apenas uma vertente, objectiva ou subjectiva, é avaliar de forma redutiva, empobrecendo e desvirtualizando um conceito que, pela sua natureza, é extraordinariamente amplo.

Embora não haja nenhum acordo geral em relação à definição precisa de qualidade de vida, existe um acordo generalizado no que diz respeito à multidimensionalidade do constructo, sendo este encarado como um uma construção de diferentes áreas, com diversos domínios ou componentes, explicável só pela combinação ou interligação de todos eles³².

No contexto dos domínios da qualidade de vida não existe concordância em relação ao número e natureza das dimensões a tratar, uma vez que estas se circunscrevem aos aspectos que os investigadores consideram relevantes para os objectivos concretos das suas investigações. A análise da bibliografia científica mais recente revela uma ampla lista de componentes da qualidade de vida e confirma a complexidade do termo e as múltiplas aproximações a cada estudo, definição e método de avaliação³³.

Lawton³⁴ sugere a existência de quatro categorias nas quais se englobam muitos outros domínios específicos: qualidade de vida física, qualidade de vida social, qualidade de vida psicológica e qualidade de vida percebida. A primeira engloba os aspectos relacionados com a saúde física tais como, dor, limitações funcionais, sintomas e função cognitiva. A segunda inclui indicadores relativos ao mundo externo, nomeadamente, a dimensão da rede social, a frequência de contactos, a participação em actividades e o ambiente social. A terceira é composta pelos afectos, pelos sintomas disfóricos e pelas necessidades pessoais que têm um efeito mais generalizado na qualidade de vida global. A última, representa a analogia subjectiva da qualidade de vida social, como a qualidade familiar, os amigos, a ocupação do tempo e a segurança económica.

Na mesma ordem de ideias, o grupo WHOQOL³⁵ da OMS apresenta quatro grandes dimensões ou factores da qualidade de vida, referenciados como os domínios físico, social, psicológico e o ambiente. O primeiro engloba a percepção do indivíduo sobre sua condição física. O segundo traduz a percepção do indivíduo sobre sua

condição afectiva e cognitiva. O terceiro diz respeito à percepção do indivíduo sobre os relacionamentos sociais e os papéis sociais adoptados na vida. E, o último, representa a percepção do indivíduo sobre aspectos diversos relacionados ao ambiente onde vive. Além dessas dimensões, abrange, ainda, uma avaliação da qualidade de vida percebida de modo global através de quatro itens específicos.

A falta de consenso sobre os componentes da qualidade de vida a incluir em estudos globais, reforça a perspectiva individual e levanta a discussão sobre a natureza idiográfica ou nomotética do conceito. Questiona-se, então, se deve ser o sujeito a determinar quais são os aspectos que intervêm na sua qualidade de vida; ou se pode ser estabelecida uma qualidade de vida geral para todos os indivíduos.

Por um lado, a qualidade de vida faz referência a aspectos subjectivos, logo, alguns autores defendem que só o próprio sujeito é que poderá designar quais os elementos que determinam a sua qualidade de vida. Por outro lado, uma vez que as necessidades humanas básicas são de carácter universal, é pouco provável que exista uma grande disparidade nos componentes da qualidade de vida em diferentes indivíduos. Poderá, sim, ser atribuído um maior significado a determinados componentes, em determinadas situações ou contextos. Por exemplo, a saúde é um dos domínios em que parece existir acordo quanto à sua participação na qualidade de vida, no entanto, esta assume maior relevância na determinação da qualidade de vida numa pessoa idosa do que num jovem³². Assim, enfatiza-se a necessidade de serem os próprios indivíduos a ponderar a sua satisfação de acordo com a importância que atribuem a cada domínio, pois a satisfação em áreas consideradas de grande importância para o indivíduo terão uma influência maior na qualidade de vida do que a mesma satisfação em áreas ou domínios menos valorizados³⁶.

Desta forma, embora seja possível estabelecer um conceito idiográfico de qualidade de vida, o que se postula é a aplicação de um conceito nomotético, sujeito a ponderação relativa de acordo com cada sujeito, aproximando-se, deste modo, a um conceito quase idiográfico³⁴.

Tendo em consideração os aspectos atrás referenciados, pode dizer-se que a qualidade de vida é um macroconceito multidimensional, na qual se integram distintas condições, cuja importância varia de acordo com uma série de parâmetros pessoais ou sociais.

De uma forma geral, a qualidade de vida expressa-se não só de acordo com parâmetros de ordem objectiva mas também tendo em consideração a avaliação e valorização que os sujeitos fazem desses parâmetros.

A velhice é dos contextos onde se desenvolveram inúmeras investigações sobre qualidade de vida, sobretudo porque neste período se verificam uma série de perdas ou limitações em aspectos específicos da vida dos idosos que se repercutem, previsivelmente, na qualidade de vida dos mesmos.

Alguns autores referem que os factores relacionados com aspectos sócio-demográficos e com os estilos de vida são os que melhor explicam uma parte substancial das diferenças inter-individuais da qualidade de vida da população idosa³⁷. Assim, as características pessoais e a circunstância em que o indivíduo se encontra permitem explicar, até certo ponto, a sua qualidade de vida diferencial³⁸.

O facto de viver na sua própria residência ou numa instituição é, sem dúvida, uma das variáveis que influencia a qualidade de vida de uma pessoa idosa. Neste sentido, o Grupo de Investigação de Gerontologia sobre Qualidade de Vida identifica a qualidade de vida e residência (institucionalização versus meio familiar) como um dos quatro grandes eixos de análise da qualidade de vida na velhice³⁹.

2.3. INSTITUCIONALIZAÇÃO

Envelhecer na casa onde ocupam a maior parte do seu tempo e onde desenvolvem a maioria das actividades diárias, é um desejo de quase todos os idosos⁴⁰. Este espaço representa para os mesmos um local de grande vínculo afectivo, repleto de simbolismo e memórias do passado⁴¹.

Científica e politicamente todos concordam que se deve manter o idoso no seu ambiente, uma vez que este está associado ao sentido de bem-estar psicológico, reflectindo os valores relativos à identidade pessoal e social do mesmo. De facto, o meio físico e social onde o idoso está inserido é de crucial importância na promoção de uma velhice bem sucedida, podendo uma inadequada adaptação do idoso ao meio de residência conduzir a uma perda de identidade e independência⁴².

Desta forma, o contexto de residência é um dos aspectos centrais na compreensão dos diferentes padrões de envelhecimento, podendo explicar porque é que algumas pessoas alcançam um envelhecimento bem sucedido e outras não⁴³.

Tradicionalmente, a família é reconhecida como a principal entidade na promoção da independência dos idosos, sendo entendida como uma via facilitadora da manutenção do mesmo no seu ambiente natural, ao responder da melhor forma às suas necessidades. No entanto, devido às alterações da sociedade actual e ao aumento da dependência no idoso, o número de idosos institucionalizados tem vindo a crescer. Em Portugal, cerca de 51017 idosos, num total de 1702120⁴⁴, residem em

lares, sendo esta a terceira resposta social mais seleccionada entre as valências reconhecidas pela Segurança Social⁴⁵.

O principal condicionante apontado pelo idoso para o internamento é o isolamento, isto é, a inexistência de uma rede de apoio que facilite a integração social e familiar do mesmo e que garanta o apoio em caso de maior necessidade. Outro dos motivos apontados, antes dos problemas de saúde e conseqüente dependência física, é a falta de recursos, económicos ou habitacionais²².

Sem considerar a causa da institucionalização, o certo é que esta confronta sempre o indivíduo com um processo de separação e abandono do seu espaço conhecido e vivido e, por outro lado, exige por parte do próprio, uma adaptação e integração num meio que, por vezes, é limitativo¹³. Deste modo, a institucionalização implica sempre uma ruptura com o quadro de vida diário e impõe-se, de grosso modo, como uma situação irreversível, sendo representada como a última etapa da vida da pessoa idosa, sem antever qualquer expectativa ou hipótese de retorno.

Esta situação é agravada, em grande parte, pela imagem social que a população tem destas instituições. Isto é, a sociedade no geral considera as pessoas que vivem em família como fazendo parte da mesma, e os que estão institucionalizadas como dela excluídas. Assim, independentemente do papel activo que possam desempenhar e das relações que mantêm com familiares e amigos, a ideia corrente é que os idosos institucionalizados estão afastados das relações sociais da comunidade¹³.

O interesse pela situação dos idosos institucionalizados tem sido objecto de vários estudos, pois sabe-se que, nas pessoas idosas, existe uma diminuição das capacidades de adaptação que as torna mais sensíveis ao meio envolvente. A teoria da adequação pessoa - ambiente torna-se útil na avaliação do bem-estar psicológico em função do contexto de residência, uma vez que esta prevê uma adaptação satisfatória quando, no âmbito da transacção entre a pessoa e o ambiente, as características individuais de uma pessoa são congruentes com as exigências do meio⁴⁶.

Num estudo realizado em Portugal observou-se que os idosos residentes em lar revelam sentir-se mais sós e insatisfeitos por estarem afastados da sua rede social num quotidiano rotineiro e sem esperança ou investimento no futuro. Por outro lado, estes idosos vivem menos agitados e têm uma atitude mais positiva face ao envelhecimento, considerando todos a institucionalização como uma opção favorável⁴³.

Castellón³⁹, num estudo similar constatou que não existem diferenças significativas entre os idosos institucionalizados e residentes em meio familiar, concluindo que a principal preocupação de todos é a saúde e o seu maior desejo é viver o melhor possível. Os idosos institucionalizados valorizam também positivamente a institucionalização, tendo a relação com os outros uma grande influência neste facto.

Quer nestes estudos, quer noutros⁴⁷, verificou-se que, embora a variável institucionalização não seja por si só indicadora de maior ou menor bem-estar e qualidade de vida, a verdade é que só uma minoria dos idosos deseja viver numa residência e que a maioria deseja viver na sua própria casa.

Esta realidade pode estar relacionada, além doutros aspectos, com o facto de muitas vezes, mesmo que os idosos sejam institucionalizados com um nível de autonomia bastante elevado, as oportunidades que lhe são proporcionadas nestas instituições no sentido de terem uma vida activa são limitadas. Quando vivem na comunidade, para além de serem responsáveis pelas tarefas domésticas, que nas instituições não lhe são concedidas, mantêm-se mais activos e o nível de actividade física é mais elevado⁴⁸.

2.4. ACTIVIDADE FÍSICA

O papel da actividade física no aumento da esperança média de vida, e sobretudo na melhoria da qualidade de vida durante esses anos, tem emergido como um aspecto fundamental na amenização dos efeitos deletérios do processo de envelhecimento⁴⁹. Neste sentido, diversos estudos^{50,51} foram desenvolvidos no sentido de avaliar os benefícios da actividade física na terceira idade.

Actualmente, reconhece-se a influência da actividade física, tanto no âmbito físico-funcional, como na vertente psicossocial⁵². Na verdade, a prática de actividade física permite ao idoso manter o seu desempenho funcional, promovendo a sua autonomia e independência⁵³. Este facto contribui favoravelmente para o seu bem-estar psicológico, repercutindo-se, por sua vez, na qualidade de vida ao envelhecer⁵⁴.

Contudo, face ao desenvolvimento tecnológico, o que se presencia é um aumento significativo dos níveis de sedentarismo, atingindo, em Portugal, este tipo de comportamento uma prevalência de 70%. De acordo com os dados referenciados no Ano Internacional das Pessoas Idosas, quase metade dos idosos (47,3%) depende um nível de esforço físico muito baixo, ou seja, está habitualmente sentado e anda pouco. A outra metade (47,4%) enquadra-se num nível de esforço físico baixo – estar em pé e andar bastante sem ter de levantar/transportar objectos pesados muitas

vezes. E, apenas, uma minoria (5,5%) despende níveis de esforço físico elevados. Para finalizar, no âmbito das actividades de lazer, são também privilegiados os comportamentos sedentários, dado que cerca de 90% dos idosos refere desenvolver actividades que exigem pouco esforço físico, como ler ou ver televisão⁵⁵.

Seguindo esta perspectiva, considera-se que, em vez do declínio próprio do envelhecimento, o desuso provocado pelo sedentarismo é o principal factor desencadeante de estados de saúde fragilizados e da perda de aptidão funcional nos idosos⁵⁶. Assim, a instalação de estados patológicos e a consequente perda de autonomia, surge, na maioria das vezes, associada a comportamentos de inactividade⁵⁷.

As pesquisas epidemiológicas mostram que os idosos activos apresentam um risco mais baixo de incapacidade funcional e um melhor bem-estar físico e social⁵⁸, enquanto os idosos fisicamente inactivos manifestam não só um alto nível de atrofia muscular, com uma resistência e força muscular reduzida, bem como um aumento da mortalidade⁵⁹.

Sabendo que a actividade física engloba todos os movimentos do corpo produzidos pelas contracções do sistema musculo-esquelético, que resultem num gasto de energia acima dos níveis de repouso⁶⁰, torna-se perceptível que os idosos sejam o grupo populacional com menor nível de aptidão funcional e que os idosos institucionalizados apresentam níveis de aptidão e actividade física ainda mais baixos⁶¹. Isto porque, apesar da inexistência de hábitos da prática de actividade física organizada, no domicílio, os idosos tendem a manter os desempenhos ocupacionais predominantes no seu quotidiano, os quais têm implícita a prática de actividade física espontânea ou não organizada. Na instituição, muitas vezes, isso não lhe é permitido.

As evidências científicas mais recentes mostram que sessões de trinta minutos por dia, a maior parte dos dias da semana, de forma contínua ou fragmentada em períodos mínimos de 10 minutos podem contribuir para uma melhor mobilidade, capacidade funcional e qualidade de vida ao envelhecer⁶².

Desta forma, enfatiza-se a adopção de um estilo de vida activo no dia-a-dia do idoso que envolva actividade física moderada nas actividades realizadas no lar, no trabalho e no lazer, especialmente nas instituições, de modo a promover um envelhecimento com saúde e qualidade⁶³.

3. OBJECTIVOS E HIPÓTESES

Baseando-se na dúvida que existe acerca da qualidade de vida na última etapa do ciclo vital, o presente estudo tem como objectivo geral caracterizar a qualidade de vida dos idosos do concelho de Évora.

Para tal centra-se nos seguintes objectivos específicos:

- Caracterizar a qualidade de vida dos idosos do concelho de Évora;
- Analisar a contribuição dos aspectos físicos, psicológicos, sociais e do ambiente para a qualidade de vida global dos idosos do concelho de Évora;
- Avaliar o nível de actividade física dos idosos do concelho de Évora;
- Conhecer a influência da institucionalização na qualidade de vida e nos níveis de actividade física dos idosos do concelho de Évora;
- Determinar a influência do nível de actividade física na qualidade de vida dos idosos do concelho de Évora.

Como forma de concretizar os objectivos atrás descritos delimita-se como hipóteses deste estudo:

H1- “Os domínios físico, psicológico, social e do ambiente relacionam-se de igual modo com a qualidade de vida geral.”

H2- “Os idosos não institucionalizados apresentam uma melhor percepção da qualidade de vida geral que os idosos institucionalizados.”

H3- “Os idosos não institucionalizados têm melhores resultados nos domínios físico, psicológico, social e ambiente que os idosos institucionalizados.”

H4- “A qualidade de vida diminui à medida que a idade avança.”

H5- “Os idosos não institucionalizados são mais activos que os idosos institucionalizados.”

H6- “Os idosos mais activos têm uma melhor percepção da qualidade de vida geral e melhores resultados nos domínios físico, psicológico, social e ambiente que os idosos menos activos.”

4.MATERIAL E MÉTODOS

4.1.PARTICIPANTES

O número de pessoas idosas com 75 anos ou mais a residir no concelho de Évora, institucionalizadas e não institucionalizadas, atingia em 2006 os 5028 indivíduos⁶⁴.

Com base neste total, determinou-se, à partida, a necessidade de realizar o estudo numa amostra mínima de 378 idosos, tendo a estimativa da amostra sido calculada segundo Eng⁶⁵. De acordo com o objectivo do estudo, optou-se por separar a amostra em dois subgrupos de acordo com o local de residência, atingindo no final um total de 196 idosos institucionalizados e 189 idosos não institucionalizados.

O levantamento junto dos serviços de segurança social locais, revelou a existência de 17 instituições solidárias de apoio à terceira idade e 9 associações de reformados e pensionistas.

Após o primeiro contacto com as instituições e apresentação dos objectivos do estudo e o propósito do mesmo, realizou-se o pedido formal de autorização escrita à direcção das instituições. De início, duas das instituições de apoio à terceira idade não autorizaram o estudo, tendo todas as outras mostrado vontade e disponibilidade para o mesmo.

Numa segunda fase, solicitou-se às instituições a cedência do número de idosos capazes de participar no estudo e a marcação de datas para a recolha de dados.

Os critérios de inclusão do estudo seleccionavam todos idosos que até ao final do ano de 2007 completassem os 75 anos, que apresentassem independência na marcha e capacidade cognitiva suficiente para realizar os inquéritos sem influenciar os resultados. Para avaliar a capacidade cognitiva foi aplicado o *Mini Mental State Examination*.

Os critérios de exclusão eliminavam indivíduos que deambulassem com ajuda de andarilho ou cadeira- de-rodas, afásicos, invisuais, com diminuição acentuada da audição ou surdos.

Perante a realidade dos idosos institucionalizados, foram aplicados os questionários ao total da população que cumpria os critérios de inclusão, uma vez que, era, inicialmente, excluída uma grande percentagem, quer devido à faixa etária, quer por apresentar um dos outros critérios de exclusão. No caso dos idosos não institucionalizados das nove associações de reformados, que perfaziam um total de



532 idosos, utilizou-se o método de amostragem aleatória simples para seleccionar os 189 idosos que participariam no estudo.

Os idosos institucionalizados foram contactados no dia da recolha de dados, na própria instituição, tendo já, anteriormente sido informados pelos responsáveis da instituição do propósito do estudo e mostrado interesse em participar. Nesta altura, após consentimento livre e informado e garantia de anonimato, realizou-se a aplicação dos instrumentos de recolha de dados.

Os idosos não institucionalizados, após a sua selecção, foram contactados telefonicamente para expor os objectivos e propósito do estudo e posteriormente foi marcada uma sessão individual. Neste encontro com os idosos, desde que estes dessem o seu consentimento livre e informado e cumprissem os critérios de inclusão, participavam na recolha de dados. Sempre que algum idoso recusava participar no estudo ou era excluído, realizava-se uma nova selecção aleatória de um idoso.

Dado ser uma população com altos níveis de analfabetismo ou reduzida escolaridade, os instrumentos de avaliação foram aplicados em forma de entrevista e sempre pela mesma pessoa seguindo os protocolos estabelecidos para cada questionário. Os instrumentos foram aplicados em apenas um encontro com cada idoso e sempre pela mesma ordem (primeiro o WHOQOL-BREF e depois o IPAQ).

Todos os indivíduos que aceitaram participar voluntariamente no estudo, aprovado pela Comissão de Ética da Área de Saúde e Bem-estar da Universidade de Évora, assinaram por escrito o consentimento informado (anexo I).

4.2. INSTRUMENTOS

4.2.1. Qualidade de Vida

A qualidade de Vida foi avaliada pelo questionário *The World Health Organization Quality of Life* (WHOQOL) na sua versão abreviada (anexo II), validado para a população portuguesa (WHOQOL-BREF)⁶⁶. Este questionário mostrou confiabilidade e validade na aplicação em idosos na comunidade e institucionalizados^{67,68}. Além disso, como é um instrumento construído de forma transcultural, permite a comparação dos resultados com os de outras culturas e países⁶⁹.

O WHOQOL-BREF é uma versão abreviada do questionário genérico WHOQOL 100 desenvolvido pelo grupo de qualidade de vida da Organização Mundial de Saúde (OMS) e surgiu pela necessidade de um instrumento que demorasse pouco

tempo a preencher mas que mostrasse igualmente características psicométricas (confiabilidade e validade) satisfatórias⁶⁶.

Este instrumento é composto 26 questões, sendo duas de carácter geral referentes à percepção de qualidade de vida e saúde, e as restantes 24 representantes de cada uma das 24 facetas que compõem o instrumento original⁶⁶. Estas questões estão agrupadas em quatro domínios: físico, psicológico, relações sociais e ambiente como se encontra representado na figura 1.

Figura 2- Domínios e facetas do WHOQOL-BREF ⁶⁶

		Qualidade de Vida Geral
WHOQOL-BREF	Físico	1.Dor e Desconforto 2.Energia e Fadiga 3.Sono e repouso 9.Mobilidade 10.Actividade de Vida Diária 11.Dependência da medicação ou tratamentos 12.Capacidade de trabalho
	Psicológico	4.Sentimentos positivos 5.Pensamento, aprendizagem, memória e concentração 6.Auto-estima 7.Imagem corporal e aparência 8.Sentimentos negativos 24.Espiritualidade, Religião, Crenças pessoais
	Relações Sociais	13.Relações pessoais 14.Apoio social 15.Actividade sexual
	Ambiente	16.Segurança física 17.Ambiente no lar 18.Recursos económicos 19.Cuidados de Saúde e sociais: disponibilidade e qualidade 20.Oportunidades para adquirir novas informações e competências 21.Participação e/ou oportunidades de recreio e lazer 22.Ambiente físico (poluição, barulho, trânsito e clima) 23.Transportes

WHOQOL-BREF: The World Health Organization Quality of Life na versão reduzida

As respostas a estas questões estão formuladas numa escala tipo Likert de 5 pontos correspondendo a quatro dimensões de avaliação (intensidade, capacidade, frequência e avaliação)⁷⁰.

As pontuações de cada domínio são calculadas por uma sintaxe (anexo III) que considera as respostas de cada questão que compõe o domínio, resultando em resultados finais de 4 a 20⁷¹, sendo as pontuações mais elevadas indicativas de melhor qualidade de vida⁷².

A simplicidade do vocabulário e da estrutura das questões facilita a leitura do inquérito por pessoas com baixo nível de escolaridade, assumindo-se assim como um instrumento adequado no estudo da qualidade de vida da população em causa⁶⁶.

4.2.2. Actividade Física

Os métodos e instrumentos de pesquisa da actividade física encontram-se descritos na literatura como mais de 50 técnicas diferentes, sendo agrupados em métodos directos e indirectos. Dentro dos métodos indirectos, os questionários têm sido os mais utilizados para avaliar a actividade física e o gasto energético em estudos mais abrangentes, sobretudo pelo baixo custo financeiro e reduzido tempo de aplicação⁷³.

Foi aplicado o Questionário Internacional de Actividade Física (IPAQ) na sua versão reduzida (anexo IV), validado para a população portuguesa⁷⁴. Este instrumento foi desenvolvido com a finalidade de medir o nível de actividade física nas diferentes idades e em diversos países com dados que pudessem ser comparados.

A sua formulação foi proposta em Abril de 1998, pelo Grupo Internacional para Consenso em Medidas da Actividade Física, tutelado pela OMS.

Em 2000, foram realizados estudos em 12 países, entre os quais Portugal, com o intuito de determinar a confiabilidade e validade do instrumento. Nestes confirmou-se que o questionário, na sua versão curta e longa, possui características psicométricas aceitáveis para o uso em estudos de caracterização do nível de actividade física da população dos 18 aos 65 anos⁷⁵.

Estudos realizados no Brasil, com avaliação da reprodutibilidade (teste-reteste) e validade (concorrente) do IPAQ demonstraram que este é um instrumento com boa estabilidade de medida e precisão aceitável para estudos populacionais com idosos⁷⁶.

O IPAQ na sua versão curta é composto por quatro questões que pretendem classificar o indivíduo de acordo com o tipo de actividades realizadas durante um período mínimo de 10 minutos e o tempo total dispendido numa semana normal. A primeira questão corresponde às actividades vigorosas, isto é actividades que requerem muito esforço físico e levam a que a respiração fique muito mais intensa que o normal, como por exemplo cavar. A segunda questão enuncia as actividades

moderadas, isto é, actividades que requerem esforço físico moderado e em que a respiração fica um pouco mais acelerada que o normal, como é o caso das actividades domésticas. A terceira questão avalia o tempo gasto em caminhadas e o ritmo da mesma. E por último, a quarta questão refere-se ao tempo gasto sentado durante a semana e ao fim de semana.

Os dados recolhidos através do questionário classificam o indivíduo de acordo com um dos critérios, numa das três categorias abaixo apresentadas:

Tabela 1- Categorias do Nível de Actividade Física

Insuficientemente Activo	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Sem actividade ou com alguma actividade mas insuficiente para ser incorporado na categoria 2 ou 3
Suficientemente Activo	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Realiza actividade vigorosa 3 ou mais dias por semana, com uma duração de pelo menos 20 minutos por dia. ✓ Realiza actividade com intensidade moderada ou marcha 5 ou mais dias por semana, com uma duração de pelo menos 30 minutos. ✓ Realiza qualquer combinação de actividade vigorosa, actividade moderada e marcha 5 ou mais dias por semana. ✓ A intensidade das actividades tem de promover um dispêndio de um mínimo de 600 MET-min/semana.
Muito Activo	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Realiza actividade de intensidade vigorosa pelo menos 3 dias por semana e despense pelo menos 1500 MET-min /semana. ✓ Realiza qualquer combinação de actividade vigorosa com actividade moderada com marcha 7 ou mais dias. ✓ A intensidade das actividades tem de promover um dispêndio de um mínimo de 1500 MET-min/semana.

MET – min: unidade de medida do gasto metabólico em exercício ou actividade física como múltiplos do valor de repouso por minuto

4.2.3. Capacidade Cognitiva

A avaliação da capacidade cognitiva dos idosos, de forma a excluir estados de demência leves que pudessem influenciar os resultados do estudo, efectuou-se através da aplicação do *Mini Mental State Examination* na versão portuguesa⁷⁷ (anexo

V). Este questionário inclui itens sobre a orientação, registo de informação, atenção, cálculo, memória, linguagem e construção.

Cada item tem uma pontuação até ao total máximo de 30 pontos. Considera-se que o indivíduo apresenta um defeito cognitivo se obtiver uma classificação inferior ou igual a 15 pontos para analfabetos, 22 pontos para indivíduos com 1 a 11 anos de escolaridade, e 27 para indivíduos com mais de 11 anos de escolaridade.

4.3. ANÁLISE ESTATÍSTICA

A normalidade dos dados e a homogeneidade de variâncias foram inicialmente examinadas usando o teste de Kolmogorov-Smirnov e o teste de Levene, respectivamente. As alterações nas variáveis estudadas foram examinadas usando os testes não paramétricos de Mann-Whitney e Kruskal-Wallis. As correlações entre variáveis estabeleceram-se utilizando o coeficiente de correlação de Spearman. O nível de significância foi estabelecido em $p < 0.05$. Todos os testes foram realizados utilizando o SPSS 16.0 (SPSS Inc. Chicago, USA).

5.RESULTADOS

5.1. PARTICIPANTES

No final do estudo foram entrevistados 384 idosos, 196 institucionalizados e 188 não institucionalizados. A tabela 2 apresenta as frequências absolutas e relativas das características socio-demográficas da amostra.

Tabela 2 – Características socio-demográficas dos participantes

		Institucionalizados (N=196)		Não Institucionalizados (N=189)		p Teste Mann- Whitney
		Fi	%	Fi	%	
Sexo	Feminino	133	67,9%	79	42%	,000
	Masculino	63	32,1%	110	58%	
Escolaridade	Analfabeto	122	62,6%	63	32,5%	,000
	1-11anos	72	36,8%	121	63,8%	
	> 11 anos	1	0,5%	5	2,7%	
Estado civil	Solteiro	25	12,5%	9	4,8%	,000
	Casado	47	24%	125	66%	
	Divorciado	2	1%	0	0%	
	Viúvo	122	62,2%	55	29,3%	
Idade	[75,85[113	57,7%	154	81,4%	,000
	[85,95[77	39,3%	35	18,6%	
	≥95 anos	6	3,1%	0	0%	

No geral, a média de idades é de 81,61 anos, com uma idade máxima de 95 anos e mínima de 75 anos, sendo a variância de idade 25,30 anos. Está presente a feminilidade da amostra com 55,4% de idosos do sexo feminino para 44,6% do sexo masculino. Existe uma semelhança em termos de idosos casados e viúvos, correspondendo o primeiro grupo a uma percentagem de 44,6% e o segundo a 46,1% do total da amostra. O predomínio, em termos de escolaridade é para o grupo dos 1-11 anos de escolaridade, com mais de metade (34%) a referir 1-4 anos de escolaridade. Em termos profissionais, a maioria dos idosos (53,9%), principalmente institucionalizados (67,3%), eram, antes da reforma, trabalhadores rurais.

Os idosos institucionalizados apresentaram uma média de idades de 83,35 anos, sendo a idade máxima de 95 anos e a mínima de 75 anos. Neste grupo a predominância foi do género feminino. No que se refere ao estado civil, a maioria dos idosos são viúvos. Em termos de escolaridade, mais de metade da população

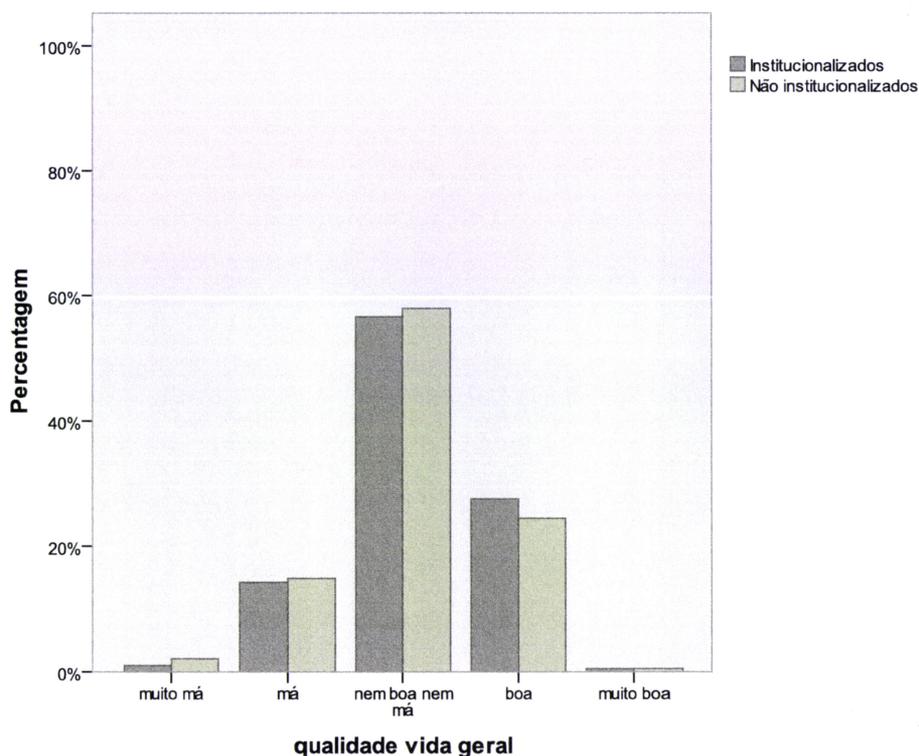
institucionalizada é analfabeta e cerca de um quarto possui de 4-6 anos de escolaridade.

No grupo dos idosos não institucionalizados a média de idades atingiu os 79,79 anos, correspondendo a idade máxima aos 93 anos e a mínima aos 75 anos. Mais de metade dos idosos pertencem ao género masculino, e os demais pertencem ao género feminino. Quanto ao estado civil, a maioria dos idosos são casados. Grande parte das pessoas idosas não institucionalizada possui de 1 a 11 anos de escolaridade, e, destes, mais de um quarto realizou 1 a 4 anos de escolaridade.

5.2. QUALIDADE DE VIDA

A qualidade de vida geral é classificada pela maioria dos idosos estudados (57,3%) num nível intermédio, isto é, “nem boa/nem má”. Especificando os dois grupos, verifica-se uma percentagem de 56,6% para os idosos institucionalizados e uma de 58% para os idosos não institucionalizados. Nos extremos, verifica-se que uma prevalência da avaliação positiva, ou seja, boa ou muito boa, correspondendo a 31,1% dos idosos institucionalizados e 25% dos idosos não institucionalizados (ver figura 3).

Figura 3 – Avaliação da qualidade de vida geral

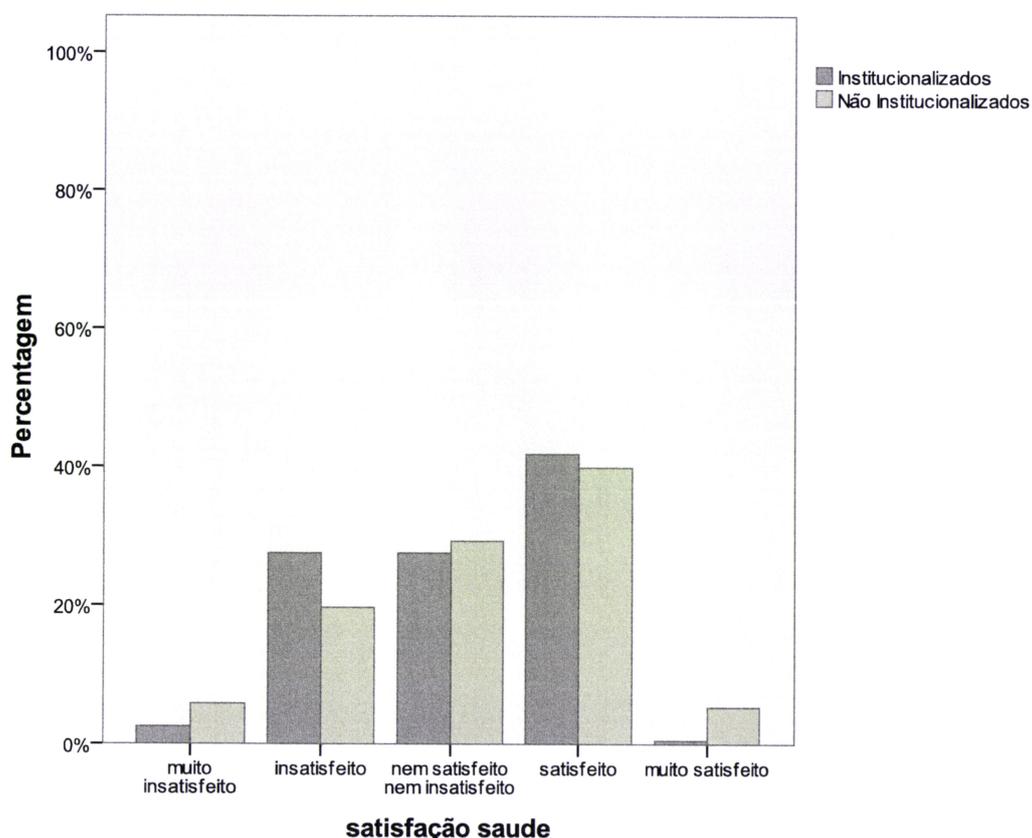


A consideração da qualidade de vida pela negativa atinge os 15,3% nos idosos institucionalizados e os 17% nos idosos não institucionalizados. De notar que apenas 1% dos idosos institucionalizados e 2% dos idosos não institucionalizados consideram a qualidade de vida como muito má, assim como só 0,5% dos idosos de cada grupo qualifica a sua qualidade de vida como muito boa.

Ao estudar as desigualdades entre os idosos institucionalizados e não institucionalizados no que se refere à avaliação da sua qualidade de vida não se encontram diferenças significativas no teste de Mann-Whitney ($p=0.451$). Também no que concerne à influência da idade na qualidade de vida geral não se constata diferenças significativas no teste de Kruskal-Wallis ($p=0.699$).

A satisfação com a sua saúde está presente em quase metade dos idosos (43,8%), referindo 2,9% destes que se encontram muito satisfeitos com a mesma. No grupo dos idosos institucionalizados a satisfação é de 41,8% e a elevada satisfação é de 0,5%. Por sua vez, no grupo dos idosos não institucionalizados, a satisfação é de 39,9% e a elevada satisfação é de 5% (ver figura 4).

Figura 4 – Satisfação com o estado de saúde



A insatisfação face ao seu estado de saúde é manifestada por 27,9% dos idosos, pertencendo 4,2% deste ao grupo dos muito insatisfeitos. Os idosos institucionalizados demonstram uma insatisfação de 27,6% e uma elevada insatisfação de 2,6%, enquanto, os idosos não institucionalizados apresentam uma insatisfação de 19,7% e uma elevada insatisfação de 5,9%.

A indeterminação está presente em 28,4% dos idosos que pertencem ao grupo dos “nem satisfeito/ nem insatisfeito”, traduzindo-se esta opinião em 27,6% de idosos institucionalizados e 29,3% de idosos não institucionalizados.

A diferença entre os idosos institucionalizados e os idosos não institucionalizados, em relação aos domínios psicológico, ambiente e físico da qualidade de vida, é muito significativa. O único domínio onde não se verifica esta diferença é o domínio das relações sociais. Verifica-se que, à excepção do domínio das relações sociais, todos os outros domínios apresentam uma média relativamente mais elevada nos idosos não institucionalizados. O domínio que apresenta uma média de resultados mais elevada é o das relações sociais, seguido do psicológico, registando-se os valores mais baixos no domínio físico, em ambos os grupos estudados (ver tabela 3).

Tabela 3 - Média dos domínios da qualidade de vida dos idosos do Concelho de Évora

	Institucionalizados (N=196) Média±Desvio Padrão	Não Institucionalizados (N=189) Média±Desvio Padrão	P Teste Mann-Whitney
Físico	12,43±1,41	12,91±1,55	,017
Psicológico	13,16±1,39	13,87±1,51	,000
Relações Sociais	14,31±1,31	14,21±1,88	,670
Ambiente	12,94±1,29	13,50±1,40	,000

A relação entre os vários domínios e a qualidade de vida geral foi avaliada através do teste de correlação de Spearman (tabela 4). Os dados do teste mostram uma relação positiva e significativa ($p=,000$) dos vários domínios entre si e com a qualidade de vida geral, em ambas as questões gerais, ou seja, avaliação da qualidade de vida e satisfação com o estado de saúde

Tabela 4 - Relação dos domínios da qualidade de vida entre si e com a qualidade de vida geral através do teste de Spearman

	Físico	Psicológico	Relações Sociais	Ambiente
Físico	----	,333**	,192**	,359**
Psicológico	,333**	----	,304**	,365**
Relações Sociais	,192**	,304**	----	,300**
Ambiente	,359**	,365**	,300**	----
Qualidade vida	,236**	,330**	,176**	,289**
Satisfação saúde	,308**	,339**	,160**	,309**

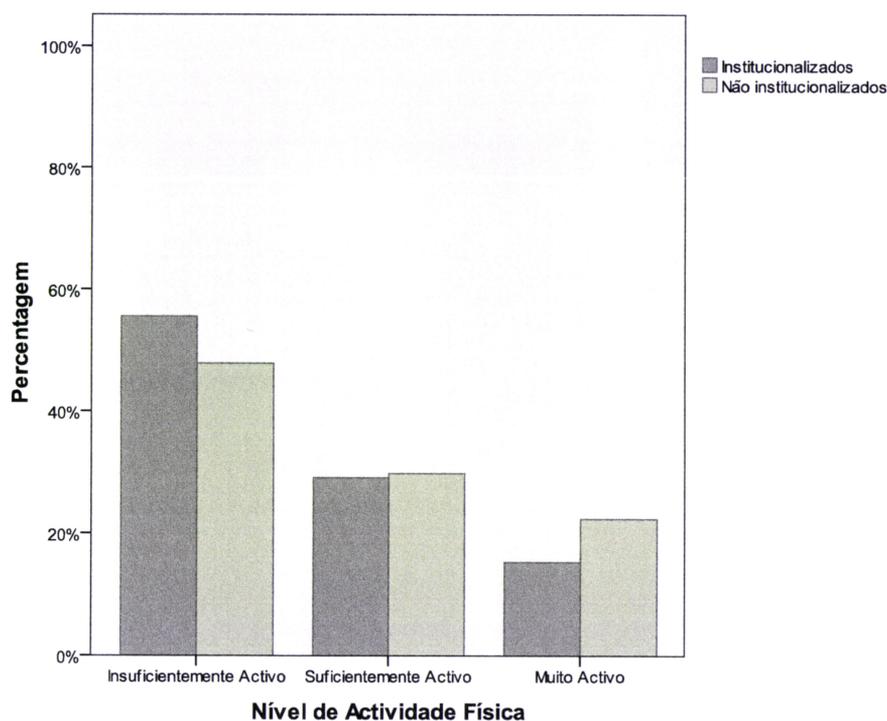
** $p < ,01$

Embora os coeficientes de correlação sejam de baixa magnitude, pode dizer-se que um resultado mais alto em cada domínio está associado a um total mais elevado nos restantes e a uma melhor qualidade de vida.

5.3. NÍVEL ACTIVIDADE FÍSICA

A distribuição dos dois grupos de idosos pelas diferentes categorias do nível de actividade física encontra-se especificada figura 5.

Figura 5 – Nível de actividade física dos idosos do concelho de Évora



Mais de metade (55,6%) dos idosos institucionalizados e quase metade (47,9%) dos idosos não institucionalizados são insuficientemente activos. Dos restantes, mais de um quarto, ou seja, 29,1% dos idosos institucionalizados e 29,8% dos idosos não institucionalizados, são suficientemente activos. Apenas uma minoria dos idosos institucionalizados (15,3%) e não institucionalizados (22,3%) são muito activos.

Não se verificam diferenças significativas nas várias categorias relativas ao nível de actividade no que se refere à institucionalização ($p=,072$) e à idade ($p=,109$).

Desta forma, podemos dizer que os idosos activos apresentam resultados mais elevados nos domínios físico e psicológico, tal como, uma avaliação mais positiva da sua qualidade de vida no geral.

A actividade física com uma média mais elevada é a caminhada e as actividades em que os idosos dispendem menos tempo são as actividades vigorosas, existindo uma diferença significativa entre os indivíduos institucionalizados e não institucionalizados nestes dois tipos de actividade (ver tabela 5).

Tabela 5- Minutos semanais de actividade física dos idosos do Concelho de Évora

	Institucionalizados (N=196)		Não Institucionalizados (N=189)		P Teste Mann- Whitney
	Média±Desvio Padrão	Fi	Média±Desvio Padrão	Fi	
Actividade Vigorosa	32,10±21,67	50	59,37±51,57	16	,000
Actividade Moderada	57,50±70,96	82	102,98±99,18	86	,092
Caminhada	36,26±40,76	143	41,99±34,71	158	,001
Actividade Total	283,72±377,72	179	440,74±644,66	167	,009

O tempo que os idosos passam sentados, quer na instituição, quer no domicílio apresenta médias e desvios-padrão elevados (ver tabela 6), não existindo diferenças significativas no que diz respeito ao sexo, à idade e à institucionalização.

Tabela 6 – Minutos sentado dos idosos do Concelho de Évora

	Institucionalizados (N=196)	Não Institucionalizados (N=189)	P
	Média±Desvio Padrão	Média±Desvio Padrão	Teste Mann-Whitney
1 dia de semana	414,49±161,16	394,39±139,82	,398
1 dia de fim-de-semana	386,63±164,31	387,77±144,51	,286
1 semana	2845,71±1104,18	2737,50±924,54	,742

A forma como a qualidade de vida geral e cada um dos domínios se relacionam com as actividades físicas desempenhadas e o tempo sentado encontra-se representada na tabela 7.

Tabela 7 - Correlação dos domínios da qualidade de vida e da qualidade de vida geral com o nível de actividade física, as actividades físicas realizadas e o tempo sentado

	Domínio 1 Físico	Domínio 2 Psicológico	Domínio 3 Relações Sociais	Domínio 4 Ambiente	Qualidade vida
Nível de Actividade Física	,225**	,139**	,096	,072	,136**
Actividade Vigorosa	,062	,037	,051	,092	,065
Actividade Moderada	,140**	,104*	,092	,048	,047
Caminhada	,195**	,101*	,077	,017	,138*
Total Actividades	,204**	,128*	,090	,079	,116*
Dia semanal sentado	-,144**	-,056	-,079	-,085	-,094
Dia fim-de-semana sentado	-,142**	-,038	-,075	-,097	-,129*
Total semana sentado	-,150**	-,093	-,081	-,093	-,108*

* p<,05 ** p<,01

A relação entre o nível de actividade física e a qualidade de vida é positiva e significativa para o domínio físico e psicológico, assim como, para a qualidade de vida em geral. O total das actividades realizadas durante a semana apresenta uma relação positiva significativa com os domínios físico e psicológico da qualidade de vida e também com a qualidade de vida geral. Por sua vez, o tempo sentado correlaciona-se significativamente mas em ordem inversa com o domínio físico e a qualidade de vida geral.

O comportamento de actividade e inactividade encontra-se significativamente relacionado com o domínio físico pelo que se torna pertinente especificar a relação individual destas variáveis com os componentes específicos do domínio (ver tabela 8).

Tabela 8 - Relação dos componentes do domínio físico com as actividades físicas realizadas e o tempo sentado através do teste de Spearman

	Tempo Caminhada	Tempo Total Actividades	Tempo Sentado
Influência dor dia-a-dia	-,209**	-,176**	,138**
Cuidados médicos	-,129*	-,111*	,068
Energia	,263**	,301**	-,194**
Mobilidade	,278**	,289**	-,234**
Sono	,121*	,119*	-,064
Capacidade dia-a-dia	,269**	,233**	-,130**
Capacidade de trabalho	,244**	,246**	-,150**

* p<,05 ** p<,01

Observa-se que existe uma relação significativa entre todos os itens do domínio físico e a caminhada, assim como, com o total das actividades desenvolvidas durante a semana. O tempo de inactividade tem uma relação negativa significativa com todos os itens relativos ao desempenho motor, ou seja, energia, mobilidade, capacidade para desenvolver as actividades diárias e satisfação face à capacidade de trabalho. O tempo sentado está ainda associado significativamente à influência da dor na capacidade de desenvolver as actividades necessárias no quotidiano.

A tabela 9 mostra as correlações entre o tempo sentado, o tempo semanal de actividade física e o tempo de caminhada com os vários itens do domínio psicológico.

Tabela 9 - Relação dos componentes do domínio psicológico com as actividades físicas realizadas e o tempo sentado através do teste de Spearman

	Tempo Caminhada	Tempo Total Actividades	Tempo Sentado
Gosto de viver	,187**	,159**	-,031
Sentido da vida	,103*	,115*	-,086
Concentração	,107*	,123*	-,055
Aparência física	,075	,078	-,089
Satisfação consigo	,134**	,117*	-,078
Sentimentos negativos	-,222**	-,156**	,128*

* p<,05 ** p<,01

Verifica-se uma relação significativa do tempo de caminhada e do tempo total de actividades físicas desenvolvidas com todos os itens do domínio psicológico, à excepção do item referente à aceitação da aparência física, sendo a relação de ordem inversa no que diz respeito aos sentimentos negativos.

O tempo de inactividade, embora no geral não apresente uma relação significativa com o domínio, é de sublinhar a correlação do mesmo com a frequência de sentimentos negativos.

6.DISSCUSSÃO

O presente estudo demonstra que a actividade física pode ser um dos factores conducentes à melhoria da qualidade de vida na velhice, mostrando uma associação positiva entre o total de actividades físicas desenvolvidas durante a semana e a qualidade de vida geral e especificada nos domínios físico e psicológico. Outro factor que parece interferir na qualidade de vida dos idosos é a institucionalização. Nesta perspectiva, os resultados do nosso estudo revelam que os idosos institucionalizados têm uma avaliação menos positiva no que diz respeito aos aspectos físicos, psicológicos e do ambiente do que os idosos não institucionalizados.

A qualidade de vida tem sido definida como um constructo multidimensional, ou seja, é encarada como um uma construção de diferentes áreas, com diversos domínios ou componentes, explicável só pela combinação ou interligação de todos eles³². Diversos estudos têm mostrado uma associação significativa dos vários domínios da qualidade de vida entre si e com a qualidade de vida geral^{66,67}. O nosso estudo corrobora a multidimensionalidade deste conceito, uma vez que todos os domínios da qualidade de vida se correlacionam entre si. No mesmo sentido, todos os domínios apresentam uma relação significativa com a faceta geral da qualidade de vida, avaliada pelas duas primeiras questões – avaliação da qualidade de vida geral e satisfação com o estado de saúde. Desta forma, parece que um resultado mais elevado num domínio da qualidade de vida está associado a valores mais elevados nos restantes domínios e a uma avaliação mais positiva da qualidade de vida geral.

No entanto, as magnitudes dos coeficientes de correlação obtidos entre os quatros domínios (físico, psicológico, das relações sociais e ambiente) e a qualidade de vida geral são moderadas. Tal resultado, também evidenciado noutros estudos^{78,79}, poderia indicar a existência de outros factores que contribuem para a qualidade de vida geral. Estes factores podem estar relacionados com a vertente subjectiva da qualidade de vida. Uma vez que, a satisfação em áreas consideradas de grande importância para o indivíduo, têm uma influência maior na qualidade de vida do que a mesma satisfação em áreas ou domínios menos valorizados. Desta forma, existe pouco conhecimento sobre os aspectos que o indivíduo considera e exclui quando se reporta à qualidade de vida geral. Assim, a avaliação global da qualidade de vida é difícil uma vez que cada indivíduo pode operacionalizar de forma diferente essa avaliação e a avaliação de um mesmo indivíduo pode variar com o tempo e as circunstâncias em que o indivíduo se encontra⁸⁰.

Os resultados do presente estudo demonstram que a maioria dos idosos tem uma avaliação positiva da sua qualidade de vida, não existindo diferenças entre o grupo dos idosos institucionalizados e não institucionalizados. Neste sentido, Castellon³⁸ verificou não existir diferenças entre os idosos institucionalizados e os idosos residentes em meio familiar na sua qualidade de vida. Este autor refere ainda que a preocupação dos idosos era viver bem e que as relações tinham um grande papel nestes resultados. Talvez por isso, também nos resultados do nosso estudo os idosos institucionalizados apresentem melhores resultados quando comparados com os idosos não institucionalizados, no que diz respeito aos domínios físico, psicológico e do ambiente; mas não revelem diferenças em relação à avaliação da qualidade de vida geral e das relações sociais.

Em termos de relações pessoais, alguns autores evidenciam a importância das redes informais de apoio, entre as quais se encontram os amigos e vizinhos^{13,22,38}. Nesta ordem ideias, as redes de apoio que o idoso dispõe são essenciais na sua integração social, contribuindo, assim, para uma melhoria da qualidade de vida ao envelhecer⁸¹. No estudo de Fernandez-Ballesteros realizado com idosos com mais de 65 anos verificou-se que as pessoas que vivem na comunidade se encontram mais satisfeitas com as relações sociais que estabelecem e que estabelecem essas relações com maior frequência que os idosos institucionalizados³². Outros estudos contrariam estes resultados mostrando que não existem diferenças entre os idosos institucionalizados e não institucionalizados, e sublinhando a importância das relações sociais nestes resultados³⁸. Os resultados do nosso estudo vão de encontro aos resultados destes últimos autores, mostrando os idosos institucionalizados médias mais elevadas no domínio das relações sociais que os idosos não institucionalizados, sem que existam diferenças entre os dois grupos. A satisfação com a integração social vem sendo associada a factores como a saúde física, a dependência física e económica dos filhos e a incapacidade de realizar as actividades diárias como anteriormente⁸². Assim, uma razão explicativa para a inexistência de diferenças em termos de satisfação com as relações sociais, entre os idosos institucionalizados e não institucionalizados do nosso estudo, poderá estar relacionada com o facto dos idosos entrevistados manterem ainda a sua independência física. Outro elemento que também considero poder ser explicativo deste resultado é que a maioria das pessoas institucionalizadas fica na sua freguesia, o que promove a manutenção da sua rede social. Os dados do INE⁸³ reforçam esta ideia, enunciando que grande parte das pessoas institucionalizadas encontra alojamento na sua área de residência.

O presente estudo apresentou um coeficiente de correlação mais elevado entre a qualidade de vida geral e o domínio psicológico, sendo de salientar que este foi também o domínio que apresentou médias mais elevadas (a seguir ao das relações sociais). As variáveis psicológicas poderiam, deste modo, desempenhar um papel importante na manutenção da qualidade de vida ao envelhecer. A teoria da selecção, optimização e compensação de Baltes demonstra que é possível um envelhecimento bem sucedido, com mais qualidade de vida, desde que o idoso possua mecanismos adaptativos que lhe permitam maximizar os ganhos e minimizar as perdas, através do estabelecimento de novos objectivos pessoais²⁵. Vários estudos documentam o impacto negativo da depressão, ou seja de um tipo de alteração do estado psicológico, na qualidade de vida dos idosos^{84,85,86}.

A maioria dos idosos refere desejar envelhecer na casa onde ocuparam a maior parte do seu tempo e onde desenvolveram a maioria das actividades diárias⁴⁰. Este espaço representa para os mesmos um local de grande vínculo afectivo, repleto de simbolismo e memórias do passado⁴¹. Deste modo, a institucionalização confronta o indivíduo com um processo de separação e abandono do seu espaço conhecido e vivido, provocando alterações negativas a nível psicológico. Os resultados do nosso estudo mostram o efeito negativo da institucionalização em termos psicológicos, já que os idosos institucionalizados apresentam piores resultados neste domínio que os idosos não institucionalizados.

Contrariamente ao verificado noutros estudos em que o domínio físico é o que mais contribui para a explicação da qualidade de vida geral^{68,69,79}, neste estudo, o domínio físico foi, a seguir ao das relações sociais, o que menos se correlacionou com as duas perguntas da qualidade de vida geral. Pensa-se que este resultado poderá estar relacionado com os critérios de inclusão, uma vez que todos os participantes tinham que ter capacidade de marcha, não existindo grandes discrepâncias em termos de capacidade funcional e dependência física. A qualidade de vida na velhice tem sido associada a questões de independência e autonomia⁸⁷, no entanto, outros estudos vão de encontro aos nossos resultados demonstrando que a qualidade de vida nesta etapa do ciclo vital compreende a consideração de diversos critérios^{68,88}.

Os idosos institucionalizados do nosso estudo apresentam valores mais baixos no domínio físico que os idosos não institucionalizados, parecendo estes resultados estar associados à diminuição da actividade física nos idosos institucionalizados. Neste sentido, outros estudos referem que os idosos no domicílio mantêm-se mais activos através da realização das actividades domésticas⁴⁷.

Uma das dimensões a ser considerada na qualidade de vida das pessoas idosas é o ambiente onde o idoso está inserido, pois este domínio foi o que apresentou a segunda maior correlação com a qualidade de vida geral. Alguns autores destacam a influência positiva de um ambiente físico adequado na qualidade de vida dos idosos^{42,89}. Neste sentido, a OMS refere que ambiente onde o indivíduo está inserido pode determinar a sua dependência ou independência e, deste modo, influenciar a sua qualidade de vida⁹⁰. Os nossos resultados demonstram que os idosos têm uma avaliação positiva do ambiente em que estão inseridos e que este contribui significativamente para a qualidade de vida geral.

No nosso estudo, a institucionalização parece ser um factor conducente a uma menor qualidade de vida nos idosos. Alguns autores destacam o contexto de residência como um dos aspectos centrais na compreensão dos diferentes padrões de envelhecimento, podendo este explicar porque é que algumas pessoas alcançam um envelhecimento bem sucedido e outras não^{41,42}.

Por outro lado, investigações prévias demonstram que a institucionalização pode conduzir a um estado de saúde mais debilitado, a maior dependência física, a depressão e a maior insatisfação com a vida e, conseqüentemente, a uma menor qualidade de vida^{48,53,91}. Estes estudos associam os resultados à idade mais avançada dos idosos institucionalizados e à possibilidade de a incapacidade ter sido o factor desencadeante da institucionalização. Ressaltam, ainda, a importância do ambiente físico como um elemento relevante na percepção de bem-estar. Embora a idade e a incapacidade no nosso estudo não sejam factores desencadeantes da institucionalização, os resultados do nosso estudo vão de encontro a estas investigações, apresentando os idosos institucionalizados médias mais baixas no domínio físico, psicológico e do ambiente que os idosos não institucionalizados.

A principal causa da institucionalização referida em alguns estudos é o isolamento, isto é, a inexistência de uma rede de apoio que facilite a integração social e familiar do idoso e que garanta o apoio em caso de maior necessidade²². Deste modo, a perda do companheiro parece ser um factor conducente ao isolamento e conseqüente institucionalização, uma vez que a maioria dos idosos institucionalizados do nosso estudo são viúvos.

Estudos anteriores mostram a influência da idade avançada na qualidade de vida dos idosos^{92,93}. Na nossa investigação não se verificaram diferenças significativas de acordo com a idade no que diz respeito à avaliação da qualidade de vida geral e ao total dos domínios físico, psicológico, das relações sociais e ambiente. Pondera-se a

interferência da inexistência de idosos mais novos (dos 65 aos 74 anos) como um factor influenciador deste resultado.

Relativamente à actividade física, os nossos resultados mostram elevados comportamentos de inactividade na população estudada, pertencendo 55,6% dos idosos institucionalizados e 48% dos idosos não institucionalizados à categoria dos insuficientemente activos. Estudos prévios também revelam percentagens elevadas de idosos insuficientemente activos^{94,95}. Os resultados de um Inquérito do Eurobarómetro, realizado em Dezembro de 2003, nos 15 países da União Europeia, também ilustram este fenómeno. Neste inquérito, os resultados demonstraram que 57,4% das pessoas não realizaram nenhuma actividade física intensa na semana anterior e que 40,8% não referiam sequer ter tido uma actividade física moderada no mesmo período⁹⁶. Estes resultados são ainda mais notórios nos idosos onde só cerca de 20% praticam actividades vigorosas. Estas actividades também são as menos praticadas pelos idosos do nosso estudo, correspondendo somente a uma percentagem de 17% do total dos idosos estudados.

A caminhada aparece como a actividade física mais desenvolvida pelos idosos deste estudo, sendo desenvolvida por 73% dos idosos institucionalizados e 84% dos idosos não institucionalizados. Alguns autores demonstram a popularidade deste tipo de actividade física na população idosa^{97,98}. A caminhada surge, neste óptica, como uma opção favorável para a manutenção da actividade física em idosos, sendo auto-regulável em termos de intensidade, duração e frequência^{90,99}. Este tipo de actividade mostrou diferenças significativas entre os dois grupos estudados, sendo os idosos não institucionalizados aqueles que mais caminham. A literatura revela que a caminhada pode estar associada a visitas a familiares e amigos e ao acesso a serviços, como o comércio¹⁰⁰. Pensamos que esta possa ser uma razão explicativa das diferenças existentes entre os dois grupos estudados, ou seja, entre os idosos institucionalizados e não institucionalizados.

Outras investigações revelaram que a maioria dos idosos desenvolve principalmente actividades leves, passando grande parte do tempo sentados^{55,88}. O inquerito nacional da saúde realizado em 1996 mostrou que 47,5% dos idosos estavam habitualmente sentados e andavam pouco e que 89,7% destes preferiam actividades de lazer que promovessem a inactividade, como ler e ver televisão⁵⁰. Estas actividades são também as mais desenvolvidas nas instituições de apoio à terceira idade¹⁰¹. Os nossos resultados evidenciam também o elevado tempo que os idosos passam sentados, quer na instituição quer no domicílio, representando em média

cerca de 6 horas e meia por dia. Um estudo prévio estimou que os idosos mais activos passavam cerca de 5 a 9 horas sentados e os menos activos entre 10 a 15 horas¹⁰². Uma possível explicação para as diferenças entre os nossos resultados e os dos estudos prévios poderá ser o facto de no nosso estudo só se incluírem idosos com capacidade de marcha independente, não necessitando de terceiros para desenvolver esta actividade. Assim, os idosos conseguem mobilizar-se sozinhos e, por isso, talvez, passem menos tempo sentados. Esta razão poderia também ter influenciado a média diária de actividade física realizada pelos idosos do nosso estudo, a qual corresponde a 51,42 minutos por dia. As evidências científicas mais recentes mostram que sessões de actividade física de trinta minutos por dia, a maior parte dos dias da semana, de forma contínua ou fragmentada em períodos mínimos de 10 minutos, podem contribuir para uma melhor mobilidade, capacidade funcional e qualidade de vida ao envelhecer⁶⁰. Desta forma, podemos dizer que os idosos deste estudo parecem praticar em média, sessões diárias de actividade física capazes de promover benefícios em termos de mobilidade, capacidade física e qualidade de vida.

Investigações prévias demonstraram uma associação entre a actividade física e a qualidade de vida^{56,59}. O presente estudo também estabelece correlações positivas entre as actividades desenvolvidas e o domínio físico e psicológico da qualidade de vida, assim como, entre as actividades desenvolvidas e a qualidade de vida geral. Deste modo, poderíamos pensar que a actividade física que o idoso pratica, se repercurte favoravelmente em resultados mais elevados no domínio físico e psicológico da qualidade de vida, assim como, numa avaliação mais positiva da qualidade de vida geral. A caminhada e o nível de actividade física também revelaram uma associação significativa com a qualidade de vida geral e os domínios físico e psicológico. Neste sentido, observamos que os idosos activos e os que praticam caminhada manifestam melhores avaliações em termos de qualidade de vida geral e especificada nos domínios físico e psicológico.

Contrariamente, os idosos que passam mais tempo sentados referem uma avaliação mais baixa no domínio físico e na qualidade de vida em geral. As pesquisas epidemiológicas mostram que os idosos activos apresentam um risco mais baixo de incapacidade funcional e um melhor bem-estar físico e social⁵⁷; enquanto que os idosos fisicamente inactivos manifestam não só um alto nível de atrofia muscular, com uma resistência e força muscular reduzida, bem como um aumento da morbilidade⁵⁸, o que se repercurte na sua qualidade de vida. Actualmente, reconhece-se a influência da actividade física, tanto no âmbito físico-funcional, como na vertente psicossocial⁴⁷.

Na verdade, a prática de actividade física permite ao idoso manter o seu desempenho funcional, promovendo a sua autonomia e independência⁴⁸. Este facto contribui favoravelmente para o seu bem-estar psicológico, repercutindo-se, por sua vez, na qualidade de vida ao envelhecer⁵³. Ao especificar a relação dos comportamentos de actividade e inactividade com os itens dos domínios físico e psicológico verificou-se associações estatisticamente significativas. De acordo com as mesmas podemos referenciar os efeitos benéficos da actividade física, assim como, os efeitos negativos da inactividade na faceta física e psicológica da qualidade de vida dos idosos.

Estudos prévios demonstram que a prática de actividade física permite ao idoso manter o seu desempenho funcional na realização das tarefas diárias^{52,53}. Nesta perspectiva, diversas investigações referem que os idosos praticantes de actividade física apresentam maior capacidade funcional e mais vitalidade na realização das mesmas, assim como, melhores resultados nos domínios da qualidade de vida^{52,103,104}. Assim, constata-se, segundo os resultados do nosso estudo, que, a actividade, principalmente sob a forma de caminhada, parece promover todos os elementos do domínio físico, nomeadamente, a energia, a mobilidade, o sono, a capacidade para realizar as actividades diárias e a capacidade de trabalho satisfatórios. Por outro lado, a inactividade pode ter efeitos negativos na influência da dor nas actividades diárias, na energia, na mobilidade, na capacidade do dia-a-dia e na capacidade de trabalho.

A prática de actividade física promove em termos psicológicos efeitos positivos na melhoria do bem-estar e estado emocional. Estudos anteriores relatam melhores resultados na percepção global do bem-estar psicológico, traduzidos em maior número de sentimentos positivos, menor número de sentimentos negativos e maior satisfação face aos projectos de vida em indivíduos que praticam actividade física, quando comparados com indivíduos saudáveis que não praticam actividade física^{105,106}. Outras investigações revelam o efeito benéfico da actividade física nas capacidades cognitivas e na percepção de si mesmo¹⁰⁷. Desta forma, a actividade física influencia positivamente os sentimentos positivos, a auto-imagem e a satisfação com a vida. Nesta perspectiva, os resultados do nosso estudo mostram que a actividade física parece repercutir-se favoravelmente no gosto e sentido da vida, na concentração, na aceitação da aparência física, tal como, na satisfação consigo mesmo e na diminuição da frequência de sentimentos negativos. Embora não exista uma relação significativa entre o tempo sentado e o domínio psicológico, é também de sublinhar a associação entre a frequência dos sentimentos negativos e a inaceitação da aparência física, verificada nos resultados do presente estudo.

7. LIMITAÇÕES DO ESTUDO

Este estudo teve algumas limitações que devem ser discutidas. A primeira consiste no facto de não ter incluído idosos entre os 65 e os 75 anos. Isto poderia ter limitado parcialmente as diferenças existentes entre os idosos mais novos e os idosos mais velhos. No entanto, existia ainda uma grande heterogeneidade em termos de idade, verificando-se uma diferença de 20 anos entre a idade mínima e máxima. Outra limitação centrou-se no facto de só incluir no estudo idosos com capacidade de marcha mantida, ou seja, com independência física. Este facto poderia ter contribuído para a obtenção de melhores resultados relativos à qualidade de vida e nível de actividade física, uma vez que a capacidade funcional se encontra associada aos níveis de actividade física e a uma melhor qualidade de vida⁹². A obtenção da informação referente à prática de actividade física por meio de questionário e não pelo uso de equipamentos de mensuração, como os acelerómetros, poderá ser considerada outra limitação. Existem pesquisas que referem que a informação obtida por questionários pode subestimar ou superestimar a prevalência de indivíduos activos¹⁰⁸. A actividade física, ao ser considerada um comportamento socialmente desejável, tende a ser superestimada nas investigações, assim como os comportamentos de risco tendem a ser subestimados¹⁰⁹. Todavia, a utilização de questionários auto-respondidos ou aplicados pelo entrevistador revela-se uma mais-valia pela maior operacionalidade e pelo baixo custo quando comparado a outros métodos¹⁰⁹. Ademais, um ponto importante a ser considerado na avaliação dos resultados deste estudo relaciona-se com o facto dos mesmos parecerem ser consistentes com a literatura científica existente acerca do tema abordado.

8. CONCLUSÕES

A realização deste estudo permitiu tecer algumas considerações acerca da qualidade de vida das pessoas idosas no concelho de Évora, tal como, da influência da institucionalização e do nível de actividade física na qualidade de vida dos mesmos. Assim, as principais conclusões deste estudo são:

1. Os idosos, institucionalizados e não institucionalizados, do concelho de Évora apresentam uma percepção positiva da sua qualidade de vida geral.
2. A institucionalização diminui a qualidade de vida ao nível dos domínios físico, psicológico e ambiente.
3. A qualidade de vida dos idosos do concelho de Évora é mais afectada pela inactividade física que pela idade.
4. Os idosos não institucionalizados praticam mais caminhada que os idosos institucionalizados.
5. A prática de actividade física está associada a uma melhor qualidade de vida geral e a melhores resultados nos domínios físico e psicológico.

Estas afirmações vão de encontro às hipóteses traçadas no estudo que de seguida validamos.

H1- “Os domínios físico, psicológico, social e do ambiente relacionam-se de igual modo com a qualidade de vida geral.”

Aceita-se a hipótese estabelecida pois todos os domínios se correlacionam de forma significativa com a qualidade de vida geral. Através do coeficiente de correlação verifica-se que os domínios que apresentam uma correlação mais significativa são o domínio psicológico e do ambiente.

H2- “Os idosos não institucionalizados apresentam uma percepção melhor da qualidade de vida geral que os idosos institucionalizados.”

Rejeita-se a hipótese estabelecida já que não existe diferenças em termos de avaliação da qualidade de vida geral entre idosos institucionalizados e não institucionalizados.

H3- “Os idosos não institucionalizados têm melhores resultados nos domínios físico, psicológico, social e ambiente que os idosos institucionalizados.”

Aceita-se esta hipótese para o domínio físico, psicológico e ambiente uma vez que se verificam diferenças significativas entre os idosos institucionalizados e não

institucionalizados, apresentando o segundo grupo médias mais elevadas nos domínios enunciados. Rejeita-se a hipótese estabelecida para o domínio social, uma vez que não se verificaram diferenças significativas.

H4- “A qualidade de vida diminui à medida que a idade avança.”

Rejeita-se esta hipótese uma vez que, quer para a qualidade de vida geral, quer nos domínios físico, psicológico, social e do ambiente não se verificam diferenças significativas em relação à idade.

H5- “Os idosos não institucionalizados são mais activos que os idosos institucionalizados”

Podemos dizer que de acordo com o nível de actividade física e o tempo total de actividades desenvolvidas rejeita-se esta hipótese, uma vez que não se verificaram diferenças estatisticamente significativas entre os dois grupos. No entanto, deve-se sublinhar as diferenças existentes no tempo dedicado às à caminhada, sendo esta actividade mais desenvolvida pelos idosos não institucionalizados

H6- “Os idosos mais activos têm uma melhor percepção da qualidade de vida geral e melhores resultados nos domínios físico, psicológico, social e ambiente que os idosos menos activos.”

Verifica-se uma associação positiva entre o total de actividades desenvolvidas e a qualidade de vida geral, assim como com os domínios físico e psicológico, pelo que, se aceita a hipótese enunciada. Constata-se assim que quanto maior é o tempo dedicado à realização de actividade física, melhor é a qualidade de vida geral e na vertente física e psicológica.

Em suma, este estudo evidencia a importância da actividade física como um elemento potenciador do bem-estar físico e psicológico dos idosos, assim como, da consequente melhoria da sua qualidade de vida. Além disso, os resultados revelam que os efeitos deletérios do envelhecimento parecem estar mais associados à inactividade física que ao passar dos anos. Deste modo, embora a institucionalização tenha efeitos negativos na qualidade de vida dos idosos, estes poderiam ser compensados pela prática regular de actividade física e pela implementação de actividades organizadas que promovam a actividade física dos idosos institucionalizados.

9.REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Saúde EU. Portal da Saúde Pública da União Europeia [Homepage na internet]. Bruxelas: Direcção Geral da Saúde e Defesa do Consumidor [actualizada em 26 de Agosto de 2008; acesso em 29 de Agosto de 2008]. Disponível em: http://ec.europa.eu/health-eu/my_health/elderly/io_pt.htm.
2. INE. Projecções da população residente 2008-2060. 2009; acesso em 20 de Março de 2009. Disponível em: <http://www.ine.pt>.
3. The Whoqol Group. The World Health Organization Quality of Life Assessment (whoqol): position paper from the world health organization. *Social Science & Medicine*. 1998; 4(10): 1403-1409.
4. Nações Unidas. Informação da II assembleia mundial de Envelhecimento. 2002.
5. Verissimo M. Envelhecimento e actividade física. *Boletim da Sociedade Portuguesa de Educação Física*. 2005; 30-31: 29-32.
6. Mota, J.; Carvalho, J. (Eds). *Actas do Seminário "A qualidade de vida no idoso: o papel da actividade física"*. Porto: FCEDF-UP.2002.
7. Gonçalves C. As pessoas idosas nas famílias institucionais segundo os censos. *Revista de estudos demográficos*. 2001; 34: 41-60 acesso em 24 de Novembro de 2008. Disponível em: <http://www.ine.pt>.
8. INE. *Anuário estatístico da região Alentejo-2007*. 2008; acesso em 24 de Novembro de 2008. Disponível em: <http://www.ine.pt>.
9. INE. Projecções da população residente 2000-2050. 2003; acesso em 24 de Novembro de 2008. Disponível em: <http://www.ine.pt>.
10. Leme, L; Silva, PS. O Idoso e a Família. In Netto, M.P. *Gerontologia: A velhice e o envelhecimento em visão globalizada*. Atheneu. (2002).

11. Paschoal, SMP. Autonomia e independência. In: Gerontologia: a velhice e o envelhecimento em visão globalizada / Matheus Papaléo Netto. - São Paulo: Atheneu, 1999.
12. Fontaine, R. Psicologia do envelhecimento. Lisboa. Climepsi Editores, 2000.
13. Paúl MC. Lá para o fim da vida: Idosos, família e meio ambiente. Coimbra: Livraria Almedina. 1997.
14. Mélenz JL, Gil MD. Sabiduría y envejecimiento. Rev Iberoam Gerontol Geriat. 2004; 20:218-225.
15. Muñoz J, Alix C. Psicología del envejecimiento e intervención psicosocial. In: Muñoz J., editor psicología de envejecimiento. Madrid: Pirámide, 2002.
16. Okuma SS. O idoso e a actividade física. Campinas: Papirus, 1998.
17. Berger, L. Pessoas idosas: uma abordagem global. Trad. Madeira, MA et al. Ed. rev. e corrig. Lusodidacta, Lisboa. 1995.
18. Debert CG. A reinvenção da velhice. Socialização e Processos de reprivatização do Envelhecimento. São Paulo. Athena. 2002.
19. Mercadante, E. Aspectos antropológicos do envelhecimento. In: Gerontologia: a velhice e o envelhecimento em visão globalizada. Atheneu. São Paulo. 1999.
20. Zimmerman GI. Velhice: aspectos biopsicossociais. Porto Alegre: Artemed Editores. 2000.
21. Assis M. Aspectos Sociais do Envelhecimento. In Saldanha AL, Caldas CP, Saude de Idosos: a arte de cuidar. 2ª ed. Rio de Janeiro: Interciência. 2004.
22. Pimentel C. O Lugar do Idoso na família: contextos e trajectórias. Coimbra: Quarteto. 2001.
23. Baltes P, Staudinger U, Lindenberger U. Lifespan Psychology Theory and Application to Intellectual Functioning. Annu Rev Psychol. 1999; 50: 471-50.
24. Fonseca A. Desenvolvimento humano e envelhecimento. Lisboa. Dimepsi Ed. 2005.

25. Freud AM, Baltes PB. Selection, Optimization and Compensation as strategies of life management: correlations with subjective indicators of successful aging. *Psychol Aging*. 1998; 13(4): 531-543.
26. Marchand H. A identidade e o eu na vida adulta. In Marchand H. *Temas de desenvolvimento psicológico do adulto e do idoso*, 19-41. Coimbra: Quarteto Ed. 2001.
27. Freund AM. Successful Aging as management of resources: The role of selection, optimization and compensation. *Research in Human Development*. 2008; 5: 94-106.
28. Rapley M. *Quality of life Research: a critical introduction*. London, Sage. 2003.
29. Ribeiro JLP. A importância da qualidade de vida para a psicologia da saúde. *Análise Psicológica*. 1994; 2-3(12):179-191.
30. Frisch WB. Improving Mental and Physical Health Care Through Quality of life therapy and Assessment. In Diener E, Rante DR. *Advances in quality of life theory and research*. Dordrecht, Boston. Kluwer Academic Publishers: Social Indicators Research Series, Volume 4. 2000.
31. Cummins RA. *Comprehensive Quality of Life Scale- Adult*. Manual Bewood, Melbourne, School of Psychology. Deakin University. 1997.
32. Fernandez-Ballesteros R, Zamarron MD, Macia A: *Calidad de vida en la vejez en distintos contextes*. Inersso, Madrid. 1996.
33. Gilhooly M, Gilhooly K, Bowling A. Quality of life: meaning and measurement. In Walker A. *Understanding Quality of life in old age*. Maidenhead, Berkshire, England, Open University Press. 2005; p. 15-26.
34. Lawton MP. A multidimensional view of quality of life in frail elders. In Birren JE, Lubben JE, Rowe JC, Deutchmen DE. *The concept and measurement of quality of life in the frail elderly*. San Diego, CA, Academic Press. 1991; p. 3-27.
35. Whoqol Group. The world health organization Whoqol-Bref Quality of life assessment. *Psychological Medicine*. 1998; 28: 551-558.
36. Cummins R. Objective and subjective: an interactive model. *Soc Indicat Res*. 2000; 52, 55-72.

37. Fernandez-Ballesteros R. Quality of life: The differential conditions. *Psychology in Spain*. 1998; 2(1): 57-85.
38. Castellon A. Calidade de vida en la atención al mayor. *Rev Mult Gerontol*. 2003; 13(3): 188-192.
39. Fonseca A. O Envelhecimento bem sucedido. In Paul C, Fonseca A. *Envelhecer em Portugal*. Lisboa: climepsi Ed. 2005.
40. Pastelan LA. *Aging in place: the role of housing and social supports*. New York: The Haworth Press. 1990.
41. Paúl, MC. O papel das famílias na prestação de cuidados a crianças e idosos. In Almeida L, Ribeiro I (Org). *Família e Desenvolvimento*. Portalegre, Apport. 1994; p.45-57.
42. Paúl C. *Psicologia dos idosos: o envelhecimento em meios urbanos*. Braga: Sistemas Humanos e Organizacionais Lda. 1996.
43. Lawton, M.P. Behavior relevant ecological factors. In Shaie KW & Schooler C (Eds), *Social Structure and aging: Psychological processes*. Hillsdale, New Jersey: Lawrence Erlbaum Associates. 1989.
44. INE. *O envelhecimento em Portugal: situação socio-demográfica e socio-económica recente das pessoas idosas*. Lisboa: INE. 2002.
45. Jacob L. *Os serviços para idosos em Portugal*. Dissertação de mestrado. ISCTE. 2001.
46. Lawton MP. Competence environmental press and adaptation of older people. In Lawton MP, Windley PG, Byerts TO. *Aging and Environment: theoretical approaches*. New York, Springer Publishing. 1982; p. 33-59.
47. Bazo MT. *Envejecimiento e Sociedad: Una perspectiva internacional*. Ed. Sociedad Española de Geriatria e Gerontologia. 1999.
48. Henry, CJ et al. Comparison of Physical activity levels into contrasting elderly populations in Thailand. *Am J Human Biol*. 2001; 13: 310-315.

49. Méndez A, Fernández J. Prescripción de la actividade física en personas mayores: recomendaciones actuales. *Revista Española de Educación Física y Deportes*. 2005; 3:19-29.
50. Paw M, Jong N, Stevens M, Bult P, Schouten E. Development of an exercise program for the frail elderly. *J Aging Phys Activ*. 2001; 9: 5-12.
51. Wong CH, Wong SF, Pang WS, Azizah MY, Dass M. Habitual walking and its correlation to better physical function: implications for prevention of physical disability in older people. *J Gerontol Med Sci*. 2003; 58(6): 555-560.
52. *J Aging Phys Activ*. 2001; 9, S5-S12.
53. Laukkanen P, Kauppinen M, Heikkinen E. Physical activity as a predictor of health and disability in 75-and-80 year-old men and women : a five_year longitudinal study. *J Aging Phys Activ*. 1998; 6:141-156.
54. Meirelles, M. *Atividade física na terceira idade*. 2ªed. Rio de Janeiro: Ed. Sprint. 1997.
55. INE. *As Gerações Mais Idosas*. Série Estudos. 1999, 83. Acesso em 24 de Novembro de 2008. Disponível em: <http://www.ine.pt>.
56. Norman K. *Exercise programming for older adults*. Champaign, Illinois: Human Kinetics Publishers. 1995.
57. Westerterp KR, Pattern and intensity of physical activity. *Nature*. 2001; 410: 539.
58. Seppard L, Senior J, Park CH, Mockenhaupt R, Chodzko-Zajko W. The national blueprint consensus conference summary report: strategic priorities for increasing physical activities among adults aged ≥50. *Am J Prev Med*. 2003; 25(3suppl.2):209-213.
59. Oguma Y, Sesso HD, Paffenbarger RS, Lee I-M. Physical activity and all cause mortality in women: a review of the evidence. *Br J Sports Med*. 2002; 36(3):162-172.
60. World Health Organization (WHO). *The heidelberg guidelines for promoting physical activity among older persons*. Ageing and health programme. Geneva: Division of health promotion, education and communication. 1996.

61. Rikli R, Jones C. Development and functional fitness test for community-residing older adults. *J Aging Phys Activ.* 1999; 7(2): 129-161.

62. American College of Sports Medicine. Position stand on exercise and physical activity for older adults. *Med. Sci. Sports Exerc.* 1998. 30:992-1008.

63. Direcção Geral da Saúde (DGS). Plano Nacional de Saúde 2004-2010: mais saúde para todos. Vol. I – Prioridades, Vol. II – Orientações Estratégicas. Lisboa, Portugal: Ministério da Saúde. 2004.

64. INE. Anuário estatístico da região Alentejo-2006. Lisboa, Portugal: INE. 2007; acesso em 18 Abril de 2007. Disponível em: <http://www.ine.pt>.

65. Eng J. Sample size estimation: How many individuals should be studied. *Radiology.* 2003. 227(2): 309-313

66. Vaz Serra A, Canavarro MC, Simões MR, Pereira M, Gameiro S, Quartilho MJ, et al. Estudos psicométricos do instrumento de avaliação da qualidade de vida da Organização Mundial de Saúde (WHOQOL-Bref) para português de Portugal. *Psiquiatria Clínica.* 2006; 27(1): 41-49.

67. Hwang HF, Liang WM, Chiu YN, Lin MR. Situability of the WHOQOL-BREF for community-dwelling older people in Tawain. *Age Ageing.* 2003; 32(6):593-600.

68. Lai KL, Tzeng RJ, Wang BL, Lee HS, Amidon RL, Kao S. Health-related quality of life and health utility for the institucional elderly in Tawain. *Qual. Life Res.* 2005; 14: 1169-1180.

69. WHOQOL Group. Development of World Health Organization WHOQOL-BREF Quality of Life Assessment. *Psychol Med.* 1998; 28: 551-558.

70. Canavarro MC, Vaz Serra A Pereira M, Simões MR, Quintais L, Quartilho MJ, et al. Desenvolvimento do instrumento de avaliação da qualidade de vida da Organização Mundial de Saúde (WHOQOL-100) para português de Portugal. *Psiquiatria Clínica.* 2006; 27(1): 15-23.

71. Vaz Serra A, Canavarro MC, Simões MR, Pereira M, Gameiro S, Quartilho MJ, et al. Estudos psicométricos do instrumento de avaliação da qualidade de vida da

Organização Mundial de Saúde (WHOQOL-Bref) para português de Portugal. *Psiquiatria Clínica*. 2006; 27(1): 41-49.

72. Fleck MP, Leal OF, Louzada S, Xavier M, Chachamovich E, Vieira G, et al. Desenvolvimento da versão em português do instrumento de avaliação da qualidade de vida da OMS (WHOQOL-100). *Rev. Bras. Psiquiatr.* 1999; 21(1):19-28.

73. Lamonte MJ, Ainsworth BE. Quantifying energy expenditure and physical activity in the context of dose response. *Med Sci Sports Exerc.* 2001; 33(6):370-378.

74. Marshal A, Bauman A. The Internacional Physical Activity Questionnaire: Summary Report of the Reliability & Validity Studies. Produzido pelo Comitê Executivo do IPAQ. DRAFT IPAQ – Summary. March, 2001.

75. Craig CL, Marshall AL, Sjostrom A, Bauman ML, Booth BE, Ainsworth M, et al. International physical activity questionnaire: 12- country reliability and validity. *Med Sci Sports Exerc.* 2003. 35(8): 1381-1395 acesso em 24 de Novembro de 2008. Disponível em: <http://www.acsm-msse.org>.

76. Bennedetti TB, Mazo G, Barros MV. Aplicação do questionário internacional de actividade física para avaliação do nível de actividade física de mulheres idosas: validade concorrente e reprodutibilidade teste-reteste. *Rev Bras Ciênc & Mov.* 2004; 12(1): 25-34.

77. Guerreiro M, Silva A, Botelho M. Adaptação à população portuguesa na tradução do MMSE. *Revista Portuguesa de neurologia.* 1994; 1(9): 9-10.

78. Arnold R, Ranchor AV, Sanserman R, Kempen GI, Ormel J, Suurmeijer TP. The relative contribution of domains of quality of to overall quality of life for different chronic diseases. *Qual Life Res.* 2004, 13(5): 883-896.

79. Summeijer TP, Reuvekamp MF, Aldenkamp BP. Social functioning, psychological functioning, and quality of life in epilepsy. *Epilepsia.* 2001; 42(9): 1160-1168.

80. Rogerson RJ. Environmental and health related quality of life: conceptual and methodological similarities. *Soc Sci Med.* 1995; 41(10): 1373-1382.

81. Zapata H. Adulto mayor: participación e identidad. *Revista de Psicología de la Universidad de Chile*. 2001; 1: 189-197.
82. Fuentes M, Garcia A. Causas sociales que originan sentimientos de abandono en el adulto mayor. *Revista del Hospital General "La Quebrada"*. 2003; 2: 25-29.
83. Gonçalves C. As pessoas idosas nas famílias institucionais segundo os censos. *Revista de estudos demográficos*. 2001, 34: 41-60 acesso em 24 de Novembro de 2008. Disponível em: <http://www.ine.pt>.
84. Iwarsson S, Isacsson A. Quality of life in the elderly population: an example exploring interrelationships among subjective well-being, ADL dependence, and housing accessibility. *Arch Gerontol Geriatr*. 1997; 26: 71-83.
85. Fassino S, Leombruni P, Daga GA, Brustolin A, Rovera GG, Fabris F. Quality of life dependent older adults living at home. *Arch Gerontol Geriatr*. 2002; 35: 9-20.
86. Naumann V, Byrne GJA. WHOQOL-BREF as a measure of quality of life in older patients in depression. *Int Psychogeriatr*. 2004; 16: 1-15.
87. Sousa L, Galante H, Figueiredo D. Qualidade de vida e bem-estar dos idosos: um estudo exploratório na população portuguesa. *Rev Saude Publica*. 2003; 37(3): 364-371.
88. Santos SR, Santos IBC, Fernandes MGM, Henriques MERM. Qualidade de vida do idoso na comunidade: aplicação da escala de Flanagan. *Rev Latino-Am Enfermagem*. 2002; 10(6): 757-764.
89. O'Shea E. La mejora de la calidad de vida de las personas mayores dependientes. Madrid: Instituto de migraciones y servicios sociales. 2003.
90. Organização Mundial de Saúde. Salud y envejecimiento: un documento para el debate: versión preliminar. Madrid: Instituto de migraciones y servicios sociales. 2001.
91. Tsang EYG, Liamputtong P, Pierson J. The views of older Chinese people in Melbourne about their quality of life. *Ageing Soc*. 2004; 24: 51-74.
92. Garcia EL, Banegas JR, Perez-Regadera AG, Cabrera RH, Rodríguez-Artalejo F. Social network and health related quality of life in older adults: a population-based study in Spain. *Qual Life Res*. 2005; 14(2): 511-520.

93. Michelson H, Bolund C, Branberg Y. Multiple chronic health problems are negatively associated with health related quality of life irrespective of age. *Qual Life Res.* 2001; 9(10): 1093-1104.

94. Matsudo SM, Matsudo VR. Nível de atividade física da população do Estado de São Paulo: análise de acordo com o gênero, idade, nível sócio-econômico, distribuição geográfica e de conhecimento. *Rev Bras Ciênc Mov.* 2002; 10: 41-50.

95. Hallal PC, Victora CG, Wells JC, Lima RC. Physical inactivity: prevalence and associated variables in Brazilian adults. *Med Sci Sports Exerc.* 2003; 35: 1894-1900.

96. European Commission. Physical Activity. 2003 [Publicação na Internet]. Dezembro 2003 [acesso em 12 de Janeiro de 2009]. Disponível em: http://ec.europa.eu/public_opinion/archives/ebs/ebs_183_6_en.pdf.

97. Yusuf H, Croft J, Giles W, Anda R, Casper M, Caspersen C, Jones D. Leisure-time physical activity among older adults. *Arch. Internal Med.* 1996; 156(12): 1321-1326.

98. Heikkinen E, Heikkinen RL, Kauppinen M, Laukkanen P, Ruoppila I, Suutama T. General issues regarding ageing and technology. 1991; acesso em 12 de Janeiro de 2009. Disponível em: www.stakes.fi/include/index.html.

99. Morris JN, Hardman A. Walking to Health. *Sports Med.* 1997; 23(5): 306-332.

100. Mazo GZ, Mota J, Gonçalves LHT. Nível de atividade física, condições de saúde e características socio-demográficas de mulheres idosas brasileiras. *Rev Port Cien Desp.* 2005; 5(2): 202– 212.

101. Anderson MIP, Assis M, Pacheco LC, Menezes IS, Silva EA, Duarte T et al. Saúde e qualidade de vida na terceira idade. Equipe de Saúde da UnATI/Núcleo de Atenção ao Idoso - NAI. 1998; acesso em 12 de Janeiro de 2009. Disponível em: www.unati.uerj.br.

102. Bennedetti TRB. Atividade Física: uma perspectiva de promoção da saúde do idoso no município de Florianópolis. *Rev Bras Cineantropom Desempenho Hum.* 2005; 7(2): 116.

103. Sihvonen S, Rantanen T, Heikkinen E. Physical activity and survival in elderly people: a five-year follow-up study. *J Aging Phys Activ.* 1998; 6: 133-140.
104. Rhodes RE, Martin AD, Taunton JE, Rhodes EC, Donnelly M, Elliot J. Factors associated with exercise adherence among older adults. *Sports Med.* 1999; 28(6): 397-411.
105. Bezner J, Adams T, Whistler L. The relationship between physical activity and indicators of perceived wellness. *American Journal of Health Studies.* 1999; 15 (3): 130-138.
106. Day L, Maltby J. The Relationship between exercise motives and psychological well-being. *The Journal of Psychology.* 2001; 135(6): 651-660.
107. Emery G, Gatz M. Psychological and cognitive effects of an exercise program for community residing older adults. *Gerontologist.* 1990; 30: 184-188.
108. Yancey AK, Wold CM, Mccarthy WJ, Weber MD, Lee B, Simon PA, et al. Physical inactivity and over-weight among Los Angeles county adults. *Am J Prev Med.* 2004; 27: 146-152.
109. Bowles HR, FitzGerald SJ, Morrow Jr. JR, Jackson AW, Blair SM. Construct validity of self-reported historical physical activity. *Am J Epidemiol.* 2004; 160: 279-286

ANEXOS

Anexo I

Consentimento Informado

DECLARAÇÃO DE CONSENTIMENTO

O presente documento insere-se num projecto de investigação realizado pela Universidade de Évora que pretende caracterizar a população idosa do concelho relativamente às suas capacidades funcionais, qualidade de vida e estado nutricional. Este projecto será orientado e liderado pelos Professores Doutores Jorge Fernandes e Pablo Carús, e operacionalizado por alunos de mestrado em Saúde e Bem-Estar da Pessoa Idosa (Maria Capucho, Margarida Parracho, Ana Ensinas, Lídia Leitão, Carmen Horta) e os Licenciados Hugo Folgado e Jorge Bravo.

Os objectivos deste estudo são: i) Avaliar os índices de capacidade funcional, qualidade de vida, e estado nutricional em idosos institucionalizados/não institucionalizados; ii) Analisar as relações existentes entre a capacidade funcional e a qualidade de vida em idosos institucionalizados/não institucionalizados; iii) Analisar as relações existentes entre o estado nutricional e a qualidade de vida, em idosos institucionalizados/não institucionalizados

As avaliações serão as seguintes: Avaliação da Capacidade Funcional (30 seconds chair stand, 6 minute walk, chair sit-and-reach, 8 foot up-and-go); Avaliação da Qualidade de Vida (SF36 e WHOQOL-BREF, EASY-CARE); Avaliação do Estado Nutricional (Mini Nutritional Assessment-MNA); Avaliação da Quantidade de Actividade Física (International Physical Activity Questionnaire – IPAQ). Avaliação da intensidade, duração e frequência da actividade física (acelerómetros Actigraph GT 1M).

Todos os dados serão tratados de forma confidencial e usados apenas para fins académicos/científicos. No caso de se detectar nas sessões referidas, qualquer tipo de incompatibilidade para com o estudo definido, os responsáveis pela investigação irão informá-lo, suspendendo as seguintes sessões.

Nome _____ BI nº _____

Declaro que li e compreendi as características do projecto exposto, podendo esclarecer todas as dúvidas existentes, reconhecendo que em toda actividade física pode existir algum risco, embora exista uma explicação e demonstração prévia de como realizar o exercício por parte dos responsáveis pelo projecto.

ACEITO COLABORAR LIVREMENTE NO ESTUDO SUPRACITADO

Évora, __/__/____

Assinatura _____

Anexo II

WHOQOL-BREF

WHOQOL-BREF



ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE



FACULDADE DE MEDICINA DA UNIVERSIDADE DE COIMBRA

Coordenador: Prof. Doutor Adriano Vaz Serra (adrianovs@netvisao.pt)



FACULDADE DE PSICOLOGIA E DE CIÊNCIAS DA EDUCAÇÃO DA UNIVERSIDADE DE COIMBRA

Coordenadora: Prof. Doutora Maria Cristina Canavarro (mccanavarro@fpce.uc.pt)

	Equações para calcular a pontuação dos domínios	Resultados	Resultados transformados	
			4-20	0-100
Domínio 1	$(6-Q3) + (6-Q4) + Q10 + Q15 + Q16 + Q17 + Q18$ <input type="checkbox"/> + <input type="checkbox"/>			
Domínio 2	$Q5 + Q6 + Q7 + Q11 + Q19 + (6-Q26)$ <input type="checkbox"/> + <input type="checkbox"/>			
Domínio 3	$Q20 + Q21 + Q22$ <input type="checkbox"/> + <input type="checkbox"/> + <input type="checkbox"/>			
Domínio 4	$Q8 + Q9 + Q12 + Q13 + Q14 + Q23 + Q24 + Q25$ <input type="checkbox"/> + <input type="checkbox"/>			

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"/>
	1 ^o -4 ^o anos	<input type="text"/>
	5 ^o -6 ^o anos	<input type="text"/>
	7 ^o -9 ^o anos	<input type="text"/>
	10 ^o -12 ^o anos	<input type="text"/>
	Estudos Universitários	<input type="text"/>
	Formação pós-graduada	<input type="text"/>

A5 Profissão

A6.1 Freguesia

A6.2 Concelho

A6.3 Distrito

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 III

Sintaxe

STEPS FOR CHECKING AND CLEANING DATA AND COMPUTING DOMAIN SCORES FOR THE WHOQOL-BREF

(prepared by Alison Harper and Mick Power on behalf of the WHOQOL Group)

Steps	SPSS syntax for carrying out data checking, cleaning and computing total scores
Check all 26 items from assessment have a range of 1-5	<p>RECODE Q1 Q2 Q3 Q4 Q5 Q6 Q7 Q8 Q9 Q10 Q11 Q12 Q13 Q14 Q15 Q16 Q17 Q18 Q19 Q20 Q21 Q22 Q23 Q24 Q25 Q26 (1=1) (2=2) (3=3) (4=4) (5=5) (ELSE=SYSMIS). (This recodes all data outside the range 1-5 to system missing)</p>
Reverse 3 negatively phrased items	<p>RECODE Q3 Q4 Q26 (1=5) (2=4) (3=3) (4=2) (5=1) (This transforms negatively framed questions to positively framed questions)</p>
Compute domain scores	<p>COMPUTE PHYS= MEAN.6(Q3,Q4,Q10,Q15,Q16,Q17,Q18)*4. COMPUTE PSYCH= MEAN.5(Q5,Q6,Q7,Q11,Q19,Q26)*4. COMPUTE SOCIAL=MEAN.2(Q20,Q21,Q22)*4. COMPUTE ENVIR=MEAN.6(Q8,Q9,Q12,Q13,Q14,Q23,Q24,Q25)*4. (These equations calculate the domain scores. All scores are multiplied by 4 so as to be directly comparable with scores derived from the WHOQOL-100. The “.6” in “MEAN.6” specifies that 6 items must be endorsed for the domain score to be calculated.)</p>
Transform scores to 0-100 scale	<p>COMPUTE PHYS=(PHYS-4)*(100/16). COMPUTE PSYCH=(PSYCH-4)*(100/16). COMPUTE SOCIAL=(SOCIAL-4)*(100/16). COMPUTE ENVIR=(ENVIR-4)*(100/16)</p>
Delete cases with > 20% missing data	<p>COUNT TOTAL=Q1 TO Q26 (1 THRU 5) (This command creates a new column “total”. “Total” contains a count of the WHOQOL-BREF items with values 1-5 that have been endorsed by each subject. The “Q1 TO Q26” means that consecutive columns from “Q1”, the first item, to “Q26”, the last item, are included in the count. It therefore assumes that data is entered in the order given in the assessment.) SELECT IF (TOTAL>21). EXECUTE (This second command selects only those cases where “total”, the “total number” of items completed, is greater than or equal to 80%. It deletes the remaining cases from the dataset.)</p>

Anexo IV

IPAQ versão reduzida

QUESTIONÁRIO INTERNACIONAL DE AVALIAÇÃO DA ACTIVIDADE FÍSICA

Nome _____

Data de Nascimento _____ Telefone _____

Este questionário inclui questões sobre a actividade física que realiza habitualmente para se deslocar de um lado para outro, no trabalho, nas actividades domésticas (femininas ou masculinas), na jardinagem e nas actividades que efectua no seu tempo livre para entretenimento, exercício ou desporto. As questões referem-se à actividade física que realiza numa *semana normal*, e *não em dias excepcionais*, como por exemplo, no dia em que fez a mudança da casa.

Por favor responda a todas as questões mesmo que não se considere uma pessoa activa.

Ao responder às seguintes questões considere o seguinte:

Actividade física vigorosa refere-se a actividades que requerem muito esforço físico e a respiração fica muito mais intensa que o normal.

Actividade física moderada refere-se a actividades que requerem esforço físico moderado e a respiração fica um pouco mais intensa que o normal.

Ao responder às questões considere apenas as actividades físicas que realize durante pelo menos 10 minutos seguidos.

1a Durante a última semana, quantos *dias* fez actividade física **vigorosa** como levantar e/ou transportar objectos pesados, cavar, realizar ginástica aeróbica, correr, nadar, jogar futebol ou andar de bicicleta a uma velocidade acelerada?

_____ dias por semana

_____ Nenhum (passe para a questão 2a)

1b Quanto **tempo**, no total, despendeu num desses dias, a realizar actividade física **vigorosa**?

_____ horas _____ minutos

2a Durante a última semana, quantos *dias* fez actividade física **moderada** como levantar e/ou transportar objectos leves, andar de bicicleta a uma velocidade moderada, actividades domésticas (ex: esfregar, aspirar), cuidar do jardim, fazer trabalhos de carpintaria, jogar ténis de mesa? Não inclua o andar/caminhar.

_____ dias por semana

_____ Nenhum (passe para a questão 3a)

2b Quanto **tempo**, no total, despendeu num desses dias, a realizar actividade física moderada?

_____ horas _____ minutos

3a Durante a última semana, quantos dias **andou/caminhou** durante pelo menos 10 minutos seguidos? Inclua caminhadas para o trabalho e para casa, para se deslocar de um lado para outro e qualquer outra caminhada que possa fazer somente para recreação, desporto ou lazer.

_____ dias por semana

_____ Nenhum (passe para a questão 4a)

3b Quanto **tempo**, no total, despendeu num desses dias a andar/caminhar?

_____ horas _____ minutos

3c A que **ritmo** costuma caminhar?

_____ **Vigoroso**, que toma a sua respiração muito mais intensa que o normal;

_____ **Moderado**, que toma a sua respiração um pouco mais intensa que o normal;

_____ **Lento**, que não causa qualquer alteração na sua respiração.

As últimas questões referem-se ao tempo que está sentado diariamente no trabalho, em casa, no percurso para o trabalho e durante os tempos livres. Estas questões incluem por exemplo o tempo em que está sentado à mesa ou à secretária, a visitar amigos, a ler ou sentado/deitado a ver televisão.

4a Quanto **tempo**, no total, passou sentado(a) durante um dos dias de semana (segunda-feira a sexta-feira)? _____ horas _____ minutos

4b Quanto **tempo**, no total, passou sentado(a) durante um dos dias de fim-de-semana (sábado ou domingo)? _____ horas _____ minutos

Obrigado pela sua participação.

Anexo V

MMSE

Mini Mental State Examination (MMSE)

1. Orientação (1 ponto por cada resposta correcta)

Em que ano estamos? _____
Em que mês estamos? _____
Em que dia do mês estamos? _____
Em que dia da semana estamos? _____
Em que estação do ano estamos? _____

Nota: _____

Em que país estamos? _____
Em que distrito vive? _____
Em que terra vive? _____
Em que casa estamos? _____
Em que andar estamos? _____

Nota: _____

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

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

Pêra _____
Gato _____
Bola _____

Nota: _____

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

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

27_ 24_ 21_ 18_ 15_

Nota: _____

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

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

Pêra _____
Gato _____
Bola _____

Nota: _____

5. Linguagem (1 ponto por cada resposta correcta)

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

Relógio _____
Lápis _____

Nota: _____

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

Nota: _____

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

Pega com a mão direita _____

Dobra ao meio _____

Coloca onde deve _____

Nota: _____

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

Fechou os olhos _____

Nota: _____

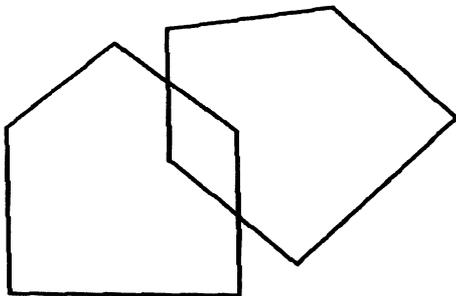
e. "Escreva uma frase inteira aqui". Deve ter sujeito e verbo e fazer sentido; os erros gramaticais não prejudicam a pontuação.

Frase:

Nota: _____

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

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



Cópia:

Nota: _____

TOTAL(Máximo 30 pontos): _____

<p>Considera-se com defeito cognitivo:</p> <ul style="list-style-type: none">• analfabetos 15 pontos• 1 a 11 anos de escolaridade 22• com escolaridade superior a 11 anos 27

Anexo VI

Base de datos