



ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DO PORTO

**2.º Ano do Curso de Mestrado em Enfermagem
de Saúde Mental e Psiquiatria**

ESPIRITUALIDADE, BEM-ESTAR E QUALIDADE DE VIDA DE PESSOAS IDOSAS QUE VIVEM SÓS NO DOMICÍLIO HABITUAL

DISSERTAÇÃO DE MESTRADO

Orientação:

Professora Doutora Teresa Rodrigues

Co-orientação:

Professora Mestre Elizabete Borges

Sandra Maria de Jesus Moreira

Porto | 2011

*A Ciência resolveu o problema do prolongamento da vida,
mas agora é necessário resolver o da velhice com qualidade de
vida.*

(Azeredo, 2002, p.17)

AGRADECIMENTOS

Para a realização deste trabalho, várias foram as pessoas que contribuíram para que este fosse possível o apoio, a força e coragem transmitidos por muitos dos que acompanharam todo este percurso, foi imprescindível. Assim sendo não poderia deixar de agradecer-lhes.

À família, pelo apoio incondicional prestado, por toda a colaboração e compreensão demonstrada, pelos bons e maus momentos, assim como os ausentes.

Às docentes, Teresa Rodrigues e Elizabete Borges, orientadora e co-orientadora, por terem aceite orientar este trabalho, pelo empenho, estímulo, amizade, disponibilidade no dirimir de dúvidas e conhecimentos científicos transmitidos.

Aos docentes que lecionaram as Unidades Curriculares do curso de mestrado (Professores: Célia Santos, Teresa Martins e Wilson de Abreu), pela informação transmitida neste contexto de docência e que, sem dúvida, contribuiu para a aquisição de conhecimentos científicos, atuais e com evidência na prática clínica. Ao docente Carlos Sequeira, pelas orientações e esclarecimentos transmitidos nas aulas teórico-práticas, tendo estes constituído momentos fundamentais para a realização do presente estudo.

Agradecer ainda a todos os idosos que, incondicionalmente colaboraram e tornaram este trabalho uma realidade.

A todas as pessoas com que me relacionei e que se mostraram disponíveis para me auxiliarem na concretização deste trabalho e que não mencionei, como colegas e amigos, pela partilha, disponibilidade e colaboração, deixo ficar o *Meu Sincero Obrigado!*

SIGLAS E ABREVIATURAS

AS	Subescala <i>Aceitação de Si</i> da Escala de Bem-Estar Psicológico
AUT	Subescala <i>Autonomia</i> da Escala de Bem-Estar Psicológico
BEP	Bem-Estar Psicológico
CF	Componente Físico do SF-12
CIPE	Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem
CM	Componente Mental do SF-12
CP	Subescala <i>Crescimento Pessoal</i> da Escala de Bem-Estar Psicológico
DE:E/O	Dimensão Espiritual: Esperança/Otimismo
DE:C	Dimensão Espiritual: Crenças
DGS	Direção Geral de Saúde
DM	Subescala <i>Domínio do Meio</i> da Escala de Bem-Estar Psicológico
<u>DP</u>	Desvio Padrão
EAE	Escala de Avaliação da Espiritualidade
EBEP	Escala de Bem-Estar Psicológico
ESEP	Escola Superior de Enfermagem do Porto
ESV	Escala de Satisfação com a Vida
GRT	Gestão do Regime Terapêutico
INE	Instituto Nacional de Estatística
<u>M</u>	Média Aritmética
<u>Máx.</u>	Valor máximo
<u>Min.</u>	Valor mínimo
MMSE	Mini Mental State Examination
<u>N</u>	Número de participantes da amostra
OMS	Organização Mundial de Saúde
ONU	Organização das Nações Unidas
OV	Subescala <i>Objetivos de Vida</i> da Escala de Bem-Estar Psicológico
RPO	Subescala <i>Relações Positivas com os Outros</i> da Escala de Bem-Estar Psicológico
QV	Qualidade de Vida
SF-12	Short-Form com 12 itens
SF-36	Short-Form com 36 itens
WHO	World Health Organization

ÍNDICE

INTRODUÇÃO	19
1. PROCESSO DE ENVELHECIMENTO	25
1.1. Teorias do Envelhecimento	45
2. QUALIDADE DE VIDA NO ENVELHECIMENTO	51
2.1. Variáveis Positivas e Qualidade de Vida dos Idosos	60
2.1.1. Bem-Estar	62
2.1.1.1. Satisfação Com a Vida	64
2.1.1.2. Espiritualidade.....	66
3. PROBLEMÁTICA DA INVESTIGAÇÃO	73
3.1. A Pergunta de Partida	74
3.2. Objetivos da Investigação.....	74
3.3. Questões da Investigação	75
4. ENQUADRAMENTO METODOLÓGICO	77
4.1. Tipo de Estudo.....	77
4.2. Variáveis.....	78
4.3. População e Amostra	78
4.3.1 Caraterização da Amostra	80
4.4. Material.....	89
4.4.1. Short-Form com 12 items (SF-12).....	90
4.4.2. Escala de Satisfação com a Vida	92
4.4.3. Escala de Avaliação da Espiritualidade	93
4.4.4. Escala de Bem-Estar Psicológico	94
4.5. Procedimento e Considerações Éticas.....	97
4.6. Análise dos Dados	101
5. RESULTADOS	105
5.1. Qualidade de Vida dos Idosos que Vivem Sós no Domicílio Habitual.....	105
5.2. Variáveis Psicossociais e Qualidade de Vida dos Idosos que Vivem Sós....	106
5.2.1. Variáveis Sociodemográficas e Qualidade de Vida	107
5.2.2. Variáveis Socioprofissionais e Qualidade de Vida	108
5.2.3. Condições Habitacionais e Qualidade de Vida	109

5.2.4. Religião e Qualidade de Vida	110
5.2.5. Variáveis de Saúde e Qualidade de Vida	112
5.2.6. Atividades, Estilos de Vida e Qualidade de Vida	114
5.2.7. Necessidade de Apoios (Formal e Informal) e Qualidade de Vida	117
5.3. Satisfação com a Vida e Qualidade de Vida dos Idosos que Vivem Sós ...	119
5.4. Espiritualidade e Qualidade de Vida dos Idosos que Vivem Sós.....	119
5.5. Bem-Estar e Qualidade de Vida dos Idosos que Vivem Sós.....	120
5.6. Satisfação com a Vida, Espiritualidade, Bem-Estar e Qualidade de Vida dos Idosos que Vivem Sós	121
6. DISCUSSÃO DOS RESULTADOS	123
7. CONCLUSÃO	137
8. REFERÊNCIAS	147
8.1. Bibliográficas	147
8.2. Sitiográficas	159
8.3. Legislação.....	177
ANEXOS	179
ANEXO I: Escala de Mini-Mental State Examination	181
ANEXO II: Profissão dos participantes e correspondência com a Classificação Nacional de Profissões	185
ANEXO III: Medicamentos por grupo farmacológico	189
ANEXO IV: Atividades Recreativa e Física realizadas pelos idosos.....	197
ANEXO V: Questionário do Estudo	203
ANEXO VI: SF-12 (Itens, Componentes, Escalas e seus significados)	213
ANEXO VII: Escala de Avaliação da Espiritualidade	217
ANEXO VIII: Chave Cotação dos Itens da EBEP para 18 itens	221
ANEXO IX: Autorização dos Autores para Utilização das Escalas no Estudo de Investigação	225
ANEXO X: Declaração de Consentimento Informado	233

LISTA DE TABELAS

	Pág.
TABELA 1: Caraterização da amostra segundo idade, escolaridade, sexo e estado civil	80
TABELA 2: Caraterização da amostra segundo até que idade trabalhou (anos) e situação laboral	81
TABELA 3: Caraterização da amostra segundo a profissão exercida antes da reforma	81
TABELA 4: Caraterização da amostra segundo o tipo de habitação	82
TABELA 5: Caraterização da amostra segundo a religião e a sua prática	83
TABELA 6: Caraterização da amostra segundo o tempo que os idosos vivem sozinhos	83
TABELA 7: Caraterização da amostra segundo a presença de doenças	83
TABELA 8: Caraterização da amostra segundo a gestão e adesão do regime terapêutico	85
TABELA 9: Caraterização da amostra segundo o consumo de tabaco, álcool e outras substâncias	85
TABELA 10: Caraterização da amostra segundo a atividade recreativa	86
TABELA 11: Caraterização da amostra segundo a atividade física	87
TABELA 12: Caraterização da amostra segundo os apoios formais	88
TABELA 13: Caraterização da amostra segundo os apoios informais	89
TABELA 14: Consistência interna para os componentes do SF-12	91
TABELA 15: Consistência interna para a Escala de Satisfação com a Vida	92
TABELA 16: Consistência interna para a Escala de Avaliação da Espiritualidade	94
TABELA 17: Síntese de vários estudos que utilizaram a EBEP de 18 itens respetivas caraterísticas e consistência interna	96
TABELA 18: Dados referentes à adesão à participação no presente estudo	101
TABELA 19: Valores padrão para a correlação r de Pearson	103
TABELA 20: Análise descritiva do SF-12 (Total, CF e CM)	105

TABELA 21: Correlação r de Pearson para o SF-12 (Total, CF e CM)	106
TABELA 22: Teste t de Student para o sexo e o SF-12 (Total, CF e CM)	107
TABELA 23: Correlação r de Pearson entre as variáveis (idade, escolaridade e tempo que vive sozinho) e o SF-12 (Total, CF e CM)	108
TABELA 24: Teste t de Student para a situação laboral e o SF-12 (Total, CF e CM)	108
TABELA 25: Correlação r de Pearson entre até que idade trabalhou e o SF-12 (Total, CF e CM)	109
TABELA 26: Teste t de Student para habitação e tipo de habitação e o SF-12 (Total, CF e CM)	110
TABELA 27: Teste t de Student para a religião e o SF-12 (Total, CF e CM)	111
TABELA 28: Teste t de Student para a prática de religião e o SF-12 (Total, CF e CM)	111
TABELA 29: Teste t de Student para presença de doença e o SF-12 (Total, CF e CM)	112
TABELA 30: Teste t de Student para presença/ausência de doença mental e o SF-12 (Total, CF e CM)	112
Tabela 31: One-Way ANOVA para a periodicidade de ida ao médico para vigilância de saúde e QV (SF-12 Total, CF e CM)	113
TABELA 32: Teste t de Student para a GRT e o SF-12 (Total, CF e CM)	114
TABELA 33: Teste t de Student para o uso de álcool e o SF-12 (Total, CF e CM)	114
TABELA 34: Teste t de Student para a atividade recreativa e o SF-12 (Total, CF e CM)	115
TABELA 35: Análise descritiva SF-12 (Total, CF e CM) segundo as razões para não realizar atividade recreativa	116
TABELA 36: Teste t de Student para a atividade física e o SF-12 (Total, CF e CM)	116
TABELA 37: Análise descritiva do SF-12 (Total, CF e CM) segundo as razões para não realizar atividade física	117
TABELA 38: Teste t de Student para os apoios formais: serviços de saúde e o SF-12 (Total, CF e CM)	117
TABELA 39: Teste t de Student para os apoios informais e o SF-12 (Total, CF e CM)	118

TABELA 40: Correlação r de Pearson entre a ESV e o SF-12 (Total, CF e CM) .	119
TABELA 41: Correlação r de Pearson entre a EAE (Total e dimensões) e o SF-12 (Total, CF e CM)	119
TABELA 42: Correlação r de Pearson entre a EBEP (Total e subescalas) e o SF-12 (Total, CF e CM)	120
TABELA 43: Correlação r de Pearson entre a ESV, a EAE (Total e dimensões), a EBEP (Total e subescalas) e o SF-12 (Total, CF e CM)	121

RESUMO

Espiritualidade, Bem-Estar E Qualidade De Vida De Pessoas Idosas Que Vivem Sós No Domicílio Habitual

O envelhecimento da população é um fenómeno emergente e atual que se afigura para a sociedade como um desafio premente de repercussões em áreas, tais como, a saúde, o bem-estar e a Qualidade de Vida das pessoas. Promover a Qualidade de Vida, de modo a permitir o envelhecimento bem-sucedido, implica atender a um conjunto de variáveis.

Este estudo teve como objetivo descrever a relação entre algumas variáveis positivas e a Qualidade de Vida dos idosos que vivem sós no domicílio habitual. É um estudo exploratório, transversal, descritivo e correlacional, que se desenvolveu segundo o paradigma quantitativo. A amostra de conveniência foi constituída por 50 idosos (41 mulheres e 9 homens), com idades compreendidas entre os 65 e 90 anos, com idade média de 78,10 anos, que cumpriam os critérios de inclusão.

Foi aplicado um questionário de auto-resposta, com questões para caracterização psicossocial da amostra e escalas. O *Short-Form com 12 itens* ($\alpha=0,84$), que avalia a perceção do estado de saúde e a Qualidade de Vida (total, componentes: físico e mental) dos idosos. A *Escala de Satisfação com a Vida* ($\alpha=0,88$) avalia a componente cognitiva do bem-estar subjetivo. A *Escala de Avaliação da Espiritualidade* ($\alpha=0,61$) avalia a espiritualidade (total, dimensões: crença e esperança/otimismo) dos idosos. A *Escala de Bem-Estar Psicológico* ($\alpha=0,85$) que avalia o bem-estar psicológico (total e subescalas).

Nos resultados verificou-se existência de associação positiva estatisticamente significativa entre as variáveis: mais anos de escolaridade, reforma por idade, professar a religião católica e realizar atividades recreativa e física e melhor perceção de Qualidade de Vida dos idosos. O componente mental é o que melhor explica a perceção de Qualidade de Vida total dos idosos. Mais Satisfação com a Vida, Espiritualidade (dimensão: esperança/otimismo) e Bem-Estar Psicológico associa-se a melhor perceção de Qualidade de Vida (Total e componentes física e mental) dos idosos que vivem sós no seu domicílio habitual.

O papel do enfermeiro na promoção da Qualidade de Vida é essencial: incentivando e preservando a autonomia na atividade física e recreativa, atendendo às componentes religiosas/espirituais, otimismo, Satisfação com a Vida e Bem-estar Psicológico.

PALAVRAS-CHAVE: Variáveis positivas, Envelhecimento, Idosos, Qualidade de Vida, Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria.

ABSTRACT

Spirituality, Well-being and Quality of Life of elderly people living alone in the habitual residence

Population aging is an emerging phenomenon facing society today as a pressing challenge with repercussions in areas such as health, welfare and quality of life (QOL). Promoting QOL so as to enable a successful aging implies meeting a set of variables.

The objective of this study was to describe the positive relationship between some variables and the Quality of Life of the elderly living alone in their habitual residence. This is an exploratory, descriptive, cross-sectional and co-relational study, developed according to the quantitative paradigm. The convenience sample consisted of 50 elderly subjects of both sexes (41 female and 9 male), aged between 65 and 90, averaging 78,10 years of age, all of whom met the inclusion criteria.

Self-response Questionnaires were used, the first part referring to the psychosocial characterization of the sample, and the second part to the scales used. The Short-Form with 12 items (SF-12, $\alpha=0.84$), was used to assess the perception of health status and the Quality of Life (total, mental and physical components) of the elderly, the Satisfaction with Life Scale (VAS, $\alpha=0.88$) to assess the cognitive component of subjective well-being. The Spirituality Assessment Scale (SAS, $\alpha=0.61$), to assess the spirituality (total, dimensions creed and hope/optimism) of the elderly. The Scale of Psychological Well-Being (EBEP, $\alpha=0.85$) to assess the psychological well-being (total and sub-scales).

The results obtained verified existence of a statistically significant association between the variables: longer education, retirement by mandatory age, professing the catholic religion, engaging in physical and recreational activities and better perception of the Quality of Life by the elderly. The Mental Component is best suited to explaining the Total perception of Quality of Life by the elderly. Greater Satisfaction with Life, Spirituality (dimension: hope/optimism) and Psychological Well-being are associated with a better perception of Quality of Life (Totally and in relation to the mental and physical components) by the elderly living alone in their habitual residence.

The nurse's role in the promotion of Quality of Life in the elderly is essential, providing incentive for and preserving autonomy in the pursuit of physical and recreational activity, all the while attending to components religion/spirituality, optimism, Satisfaction with Life and Psychological Well-Being.

KEYWORDS: Positive variables, Aging, Elderly, Quality of Life, Mental Health and Psychiatry Nursing.

INTRODUÇÃO

O envelhecimento humano¹ é um fenómeno universal e global de todos os países e lugares. Nas previsões efetuadas pelo United Nations (2005) espera-se que o número de pessoas com mais de 65 anos triplique até 2050. As pessoas estão a viver mais anos e aqueles que chegam a idosos aumentam consideravelmente ao longo dos anos. A consequência desta realidade repercute-se na dinâmica familiar, nas suas tradições culturais, favorecendo ao longo da vida que os filhos permaneçam a viver com os pais até à idade adulta.

Por sua vez, a Organização Mundial de Saúde - OMS (2001), faz referência a que em 2025, haverá no mundo 1,2 bilhão de pessoas com mais de 60 anos e que três quartos delas serão dos países em desenvolvimento. Porém, para ser uma experiência positiva, é preciso que o envelhecimento seja acompanhado não apenas pelas estruturas da saúde, mas também pelos políticos e governantes, de modo a permitir que aqueles que chegam à velhice tenham Qualidade de Vida (QV).

O direito à vida com qualidade reclama, segundo a OMS (2001), profundas modificações na forma como a sociedade encara os seus idosos² e demandam a quebra de tabus associados, nomeadamente no que se refere aos preconceitos associados ao envelhecimento, em que os idosos são considerados muitas vezes como um peso para a sociedade (Stanhope e Lancaster, 1999). O modo como as sociedades se organizam para cuidar dos idosos é um bom indicador do valor que atribuem à dignidade do Ser Humano.

No relatório sobre a saúde no mundo, a OMS (2001) acrescenta ainda que, em Portugal e no contexto global dos países industrializados, se verifica um progressivo aumento da população, consequência do aumento da esperança média

¹ Envelhecimento Humano - é um processo de mudança progressiva de estrutura biológica, psicológica e social, que se desenvolve ao longo da vida (Ministério da Saúde, In Programa Nacional para a Saúde das Pessoas Idosas, 2004).

² No presente trabalho adapta-se o termo idoso para referir pessoas com mais de 65 anos de idade e, quando necessário, citar-se-ão as idades correspondentes. A OMS (2001) considera a terceira idade com início entre os 60 e os 65 anos. Na mesma perspetiva, a ONU define que o início da velhice nos países em desenvolvimento é aos 60 anos e elevada aos 65 anos nos países desenvolvidos. Spar e La Rue (2005, cit. in Sequeira, 2010, p.7), referem que é prática comum considerar as pessoas idosas como os homens e as mulheres com idade igual ou superior a 65 anos.

de vida e da baixa natalidade. Atendendo a esta evidência, o envelhecimento da população é um fenómeno que obviamente terá implicações para o sistema de saúde. Acrescenta-se ainda o facto do número de pessoas idosas que vivem sós³ aumentar de forma significativa, fazendo emergir a necessidade de adequar de forma sistemática, os cuidados de enfermagem, a esta fase do ciclo vital.

Camargos e Rodrigues (2008), fazem referência ainda a outros factores que a sociedade atual encara, para além dos referidos anteriormente pela OMS, nomeadamente: o aumento do número de divórcios, as mudanças de estilo de vida, a melhoria nas condições de saúde da população idosa e o aumento da longevidade, onde se evidencia uma maior sobrevivência feminina, que também conduzem a que cada vez mais aumente o número de famílias unipessoais.

A idade é um indicador de aumento de prevalência de doenças sobretudo crónico-degenerativas, ressaltando o facto de 85% dessas doenças crónicas ocorrerem em pessoas com mais de 65 anos, o que pode reduzir a sua perceção de QV em termos de saúde, níveis de energia e a mobilidade (Sanchez, 2000).

A realidade dos idosos que vivem sós é pouco conhecida em diversos países (Camargos e Rodrigues, 2008). Em Portugal este facto é desconhecido e ainda inexplorado. Neste sentido, reconhece-se a importância de contribuir para aumentar a pesquisa e análise desta temática, por um lado porque os idosos constituem um grupo vulnerável⁴ da sociedade, o que requer da parte dos profissionais de saúde uma atenção especial a este grupo etário, por outro lado esta vulnerabilidade também se associa ao processo natural do envelhecimento e às consequências fisiológicas, psicológicas e sociais que esta etapa do ciclo vital acarreta, mesmo que esta influência tenha diferentes repercussões de indivíduo para indivíduo. Estas consequências serão condicionantes para a perceção da QV dos idosos e para a promoção de um *envelhecimento bem sucedido*⁵.

Todas as pessoas envelhecem, embora este processo ocorra de modo e a ritmos diversificados, factos que podem contribuir para que a perceção de QV seja

³ *Idosos que vivem sós* - Neste estudo as pessoas com mais de 65 anos de idade que vivem sozinhas pelo menos há 6 meses na residência considerada o seu domicílio. São o único elemento que reside na habitação - família unipessoal.

⁴ Grupo Vulnerável - é um subgrupo da população que tem maior probabilidade de desenvolver problemas de saúde como resultado de exposição ao risco, ou a ter consequências maiores nestes problemas de saúde do que a população em geral. A vulnerabilidade implica que certas pessoas, especificamente, os idosos, são mais suscetíveis aos fatores de risco que outras (Stanhope e Lancaster, 1999, p.682).

⁵ *Envelhecimento bem-sucedido* - é a maximização de acontecimentos positivos e desejáveis (com a longevidade ou a satisfação de vida) e a minimização de acontecimentos negativos e indesejáveis (como a doenças crónicas ou a perda irreversível de capacidades mentais) (Fries, 1990).

também divergente (Spirduso, 2005). Compreender os processos que conduzem ao envelhecimento, segundo o mesmo autor, é essencial, não apenas para determinar os motivos pelo qual estes ocorrem, mas também para conhecer as necessidades para intervir, atrasar ou impedir o processo de envelhecimento e simultaneamente promover a QV dos idosos.

As alterações biológicas e psicológicas causadas pelo envelhecimento ocorrem de forma gradual ao longo da vida (Stuart e Laraia, 2001). Nesta perspectiva, promover o envelhecimento com QV parece ser o desejo de todos, quer intrínseca quer extrinsecamente, no entanto nem todos o conseguem alcançar (Moraes e Witter, 2007).

O estudo da QV é segundo Pais-Ribeiro (2009) uma temática vigente do último quarto do século XX. A QV deve ser avaliada não só nos contextos da prática clínica, mas também no âmbito da Investigação. Assim, os resultados obtidos nas pesquisas realizadas serão fundamentais para uma Enfermagem baseada na evidência científica e numa prática baseada na evidência.

Apesar da multiplicidade de definições, o constructo de QV tem sofrido alterações ao longo dos tempos e a aplicação das diferentes definições dependem do contexto em que se pretende utilizar, nomeadamente: político, filosófico, histórico, económico e também o da saúde. Todavia, parece ser aceite que a QV apresenta propriedades comuns como: ser multidimensional; subjetiva; baseada na perceção individual; é um constructo dinâmico, variando ao longo do tempo e experiências vividas (Pais-Ribeiro, 2009).

Sendo a enfermagem, um conjunto de Ciências, que atende à pessoa como ser holístico, respondendo às suas necessidades, não poderia esquecer-se de considerar as emoções⁶ positivas nomeadamente, Bem-estar, Satisfação com a Vida, Espiritualidade, em vez de direcionar os cuidados apenas para as emoções negativas - doença, solidão, tristeza, (Gomes, 2010). Nesta perspectiva Seligman (2007, cit. in Gomes 2010, p.3) afirma que *as emoções positivas não são apenas uteis quando a vida é fácil, mas também quando a vida é difícil*. Elas provocam impacto na objetividade e flexibilidade, nas competências da resolução de

⁶ Emoção - é um tipo de autoconhecimento com as seguintes características específicas: disposições para reter ou abandonar ações tendo em conta sentimentos de consciência do prazer ou de dor; os sentimentos são conscientes ou inconscientes, expressos ou não expressos; os sentimentos básicos aumentam habitualmente em períodos de grande stress, perturbação mental ou doença, e durante várias fases de transição de vida (CIPE, Versão Beta 2, 2002, p.46).

problemas, na empatia, no desejo de procurar variedade e na persistência. Mostram respetivamente sucesso ou insucesso na busca dos objetivos de vida, assim como a satisfação.

Falar de emoções positivas é falar de variáveis positivas que podem influenciar a QV dos indivíduos ao longo do ciclo vital. Torna-se fundamental estudar estas variáveis quando a temática em estudo é o envelhecimento bem sucedido e a QV. Estas variáveis são recursos, forças, que as pessoas têm para lidar com a vida, em oposição à tradicional visão de identificar as consequências negativas que resultam dos acontecimentos da vida (Pais-Ribeiro, 2009).

Este trabalho de Investigação enquadra-se na Unidade Curricular - Dissertação do 2.º Ano do Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria, da Escola Superior de Enfermagem do Porto (ESEP), no ano letivo 2010/2011.

A Investigação em Enfermagem pode incidir sobre várias áreas temáticas, recorrer a diferentes métodos e instrumentos de recolha de dados para a concretização dos objetivos do estudo. Neste sentido, este trabalho tem como objetivo geral, descrever a relação entre algumas variáveis positivas e a QV de pessoas idosas que vivem sós no domicílio habitual. Será realizado um estudo abarcando como áreas temáticas o envelhecimento bem sucedido e a QV.

A investigadora propõe-se desenvolver um trabalho com o tema: *Espiritualidade, Bem-Estar e Qualidade de Vida de Pessoas Idosas que Vivem Sós no Domicilio Habitual*.

Considerou-se oportuno e pertinente a realização deste estudo, pela necessidade de direcionar a Investigação para este domínio, uma vez que permitirá uma melhor compreensão da população idosa, do modo como estes vivenciam o envelhecimento e com que QV.

A temática do presente estudo relaciona-se diretamente com fatores intrínsecos e extrínsecos. Nos fatores intrínsecos uma inquietação pessoal da investigadora que desempenha funções de coordenação de uma Unidade de Cuidados na Comunidade do Concelho de Matosinhos e presta cuidados de enfermagem no âmbito de especialidade de saúde mental e Psiquiatria a clientes e famílias. Desta prática de cuidados diários e pela proximidade no contacto com os clientes em contexto domiciliário, de um modo empírico, parece evidente que

existe um elevado número de idosos que vivem sós, não havendo dados sobre a sua caracterização psicossocial e das necessidades de cuidados deste grupo vulnerável ou da QV que apresentam.

No que se refere aos fatores extrínsecos, sabe-se que nessa fase da vida as pessoas tendem a estar mais suscetíveis a problemas de saúde e, conseqüentemente, a mais necessidades de apoio. Os idosos que vivem sós podem ser considerados mais desprovidos de apoio perante as dificuldades de saúde. O envelhecimento populacional tem-se tornado uma das primordiais preocupações dos profissionais de saúde, nomeadamente dos enfermeiros.

A Investigação empírica sobre as pessoas idosas está pouco desenvolvida, nomeadamente no que se refere a estudos que procurem responder a questões como: *Que QV têm os idosos que vivem sós no domicílio habitual? Que variáveis psicossociais influenciam a QV dos idosos? Qual a relação entre algumas variáveis positivas, nomeadamente Bem-estar, Satisfação com a Vida e Espiritualidade com a QV dos idosos? Qual a relação entre Bem-estar, Satisfação com a Vida, a Espiritualidade e a QV dos idosos que vivem sós?*

Tendo em conta estes pressupostos emergiu como questão principal deste estudo de Investigação: *Que variáveis positivas influenciam a QV dos idosos que vivem sós no domicílio habitual?*

Dada a natureza desta questão a opção metodológica situa-se no paradigma da Investigação Quantitativa e o estudo é exploratório, transversal, descritivo, correlacional, uma vez que se pretende analisar a relação entre algumas variáveis e como influenciam a QV dos idosos. Para desenvolver a Investigação será aplicado um instrumento de colheita de dados, de auto-resposta. A primeira parte do questionário remete-se para a caracterização da amostra alusiva a variáveis psicossociais e a segunda parte às escalas psicométricas utilizadas (SF-12, ESV, EAE e EBEP).

Para a concretização deste trabalho a Investigadora deparou-se com algumas limitações, sobretudo associadas ao tempo académico disponível. Outra dificuldade relaciona-se com o facto de para a temática envelhecimento e QV não foram encontrados estudos realizados em Portugal com as variáveis positivas utilizadas nesta Investigação: Bem-Estar, Satisfação com a Vida e Espiritualidade.

Na elaboração do presente trabalho a consulta dos documentos/livros científicos e sitiográficos e as reflexões realizadas ao longo da Investigação serviu de base à contextualização da problemática em estudo.

No sentido de apresentar os diversos aspetos considerados neste estudo, favorecendo uma leitura fácil e compreensível, o presente documento encontra-se estruturado em oito capítulos: o primeiro e segundo capítulos com o enquadramento teórico, que se encontram divididos em áreas temáticas sobre: o processo de envelhecimento, a QV e Bem-estar, Satisfação com a Vida e Espiritualidade.

No terceiro capítulo faz-se referência à problemática da Investigação, onde se apresenta a pergunta de partida, os objetivos e as questões de Investigação.

O quarto capítulo refere-se à fase metodológica onde são descritos: o tipo, a população, a amostra do estudo e as variáveis. Assim como o material, os procedimentos de recolha de dados e considerações éticas. Refere-se ainda o modo como se desenvolveu a análise e tratamento de dados.

No quinto capítulo efetua-se a apresentação e análise dos resultados. No sexto capítulo apresenta-se a discussão dos resultados.

No capítulo sete, serão apresentadas algumas considerações finais assim como sugestões, dando ênfase aos resultados obtidos e considerados mais pertinentes, decorrente do desenrolar desta Investigação.

Termina-se este trabalho com a bibliografia consultada no capítulo oito, ao qual se seguem os anexos.

1. PROCESSO DE ENVELHECIMENTO

Neste capítulo, pretende-se analisar o fenómeno de envelhecimento, fazendo alusão aos fatores psicossociais, biológicos, de saúde e epidemiológicos do envelhecimento em Portugal. Não obstante, faz-se referência ao processo de envelhecimento, à pessoa idosa, aos conceitos de saúde e doença, às teorias do envelhecimento, mitos e outros conceitos muitas vezes associados a esta fase do ciclo vital.

Segundo estimativa da Organização das Nações Unidas (ONU, 2003), até 2050, o número de idosos aumentará de 600 milhões para 2 milhões e nos próximos 50 anos haverá no Mundo, pela primeira vez na História, mais pessoas idosas acima dos 60 anos, do que menores de 15 anos. Sendo que, este aumento do número de idosos, será maior nos países em desenvolvimento, prevendo-se que, a população idosa do mundo em desenvolvimento quadruplique, nos próximos 50 anos. Trata-se de um fenómeno complexo e heterogéneo que interfere diretamente na QV (Braga et. al, 2011).

Concomitantemente e perante a tendência recente de redução do número de filhos, o aumento do número de divórcios, a diminuição do número de casamentos, o casamento tardio, as mudanças de estilo de vida, a melhoria nas condições de saúde da população idosa (causada pelos progressos da medicina preventiva, curativa e reabilitadora) e o aumento da longevidade, com destaque à maior sobrevivência feminina, é de se esperar que ao longo dos anos exista um crescimento dos domicílios unipessoais, ou seja, que aumente o número de idosos vivendo sós (Camargos et. al, 2007).

O aumento da esperança média de vida implica que as pessoas vivam cada vez mais anos. De facto esta realidade acarreta consigo consequências, associadas ao processo de envelhecimento, nomeadamente, com o aumento da idade verifica-se uma maior probabilidade da presença de doenças nos idosos. Segundo Ribeiro (2006b), este facto mostra que a sobrevivência à presença de doenças é cada vez maior e muitas vezes associada a uma boa QV. Por sua vez associa-se também à melhor prestação de cuidados e cuidados de maior proximidade sobretudo nos idosos.

O estudo da velhice humana foi dominado, segundo Lellouch (1992, cit. in Silva, M. 2006) durante os séculos XIX e XX pela ciência médica que a olhava como o definhamento dos órgãos e dos tecidos celulares, fixando-se na medicalização como resposta à disfuncionalidade desse processo. Embora o interesse sobre o estudo do envelhecimento sempre tenha existido, só em meados do século XX foi possível, segundo Lehr (1988), ultrapassar a ideia que associava velhice a declínio intelectual e passar a entendê-la como um fenómeno natural não patológico.

Emerge assim, a noção de heterogeneidade da velhice relacionada com a variedade das trajetórias individuais e ainda a uma variabilidade histórica e cultural quanto ao valor que socialmente lhe é atribuído e às posições socialmente reconhecidas aos idosos (Silva, M., 2006).

Até o século XIX, a velhice era considerada como uma questão de mendicância, dado que se caracterizava pela impossibilidade da pessoa idosa ter economicamente condições para se sustentar e sobreviver. Perante esta constatação a noção de velho é conotada negativamente, dado que se remete para a incapacidade de produzir ou de trabalhar. Peixoto (1998), faz referência à dualidade de sinónimos que o conceito de velho assume. Assim era denominado velho ou velhote *com significado negativo o idoso que não tinha status social; no entanto positivamente o velho tinha uma imagem definida como bom cidadão* (Araújo, 2005, p.230).

Ainda na perspectiva dos sinónimos com carga positiva e negativa que se associam ao termo velho, Berger e Mailoux-Poirier (1995), mencionam como sinónimos nomeadamente: antigo, ancião, vulnerável, ultrapassado, idoso, grisalho, patriarca, senil, entre outros, acrescentando que estes têm todas uma conotação negativa e paternalista.

A definição de pessoa idosa não é consensual. Envelhece-se desde que se nasce, mas o que contribui mais para se ser idoso - a idade, o aspeto físico, as vivências, a sociedade? É muito difícil definir os idosos como um grupo com características específicas e comuns entre si (que os diferencie de outros grupos), sendo que a maior ou menor valorização que se atribui a este processo associa-se mais às sociedades humanas do que à natureza (Imaginário, 2004).

A OMS convencionou que idoso é toda a pessoa com mais de 65 anos nos países desenvolvidos. Deste modo existe uma definição clara do momento em que

se passa a ser considerado idoso (WHO, 1999). Por sua vez, o INE (2002, p.1) considera:

peçoas idosas os homens e as mulheres com idade igual ou superior a 65 anos, idade que em Portugal está associada à idade de reforma. Quanto às designações, são utilizadas indiferentemente, peçoas idosas ou com 65 e mais anos, dado não existir nenhuma norma específica a nível nacional.

Atualmente nas sociedades desenvolvidas torna-se quase consensual que a idade cronológica é uma condição determinante na definição de pessoa idosa (Costa, 1998; Imaginário, 2004), sendo assim uma etapa socialmente construída (Fernandes, 1997; Vaz, 2008), com base na idade e não tendo em conta a individualidade da pessoa. Todavia, nas sociedades atuais existe ainda a tendência para associar a pessoa idosa ao declínio físico, às rugas, aos cabelos brancos, à dependência e à doença (Vaz, 2008).

Por sua vez, Berger e Mailloux-Poirier (1995, p.99) descrevem a velhice como *um processo inevitável caracterizado por um conjunto complexo de fatores fisiológicos, psicológicos e sociais específicos de cada indivíduo.*

As questões relativas ao envelhecimento humano alcançaram destaque nas pesquisas científicas no início da década de 1920, com investigações que contemplavam, essencialmente, as transformações fisiológicas e suas perdas para o organismo nesta fase do desenvolvimento (Araújo, 2005).

O processo de envelhecimento é uma etapa da vida. E apesar de ser universal, ele não é linear, dado que não influencia os indivíduos de modo semelhante e ao mesmo tempo, existem diferenças de sujeito para sujeito, entre sociedades e culturas, tratando-se, portanto, de um processo distinto e diferenciador (Cabete, 2005; Imaginário, 2004).

Como um processo inerente a todos os seres vivos, o envelhecimento é referido como uma redução progressiva das capacidades de adaptação do organismo e uma diminuição da eficácia dos órgãos do corpo e paralelamente, por um aumento da probabilidade de morte. Assim, o declínio das capacidades de adaptação resulta, numa limitação das reações, numa diminuição do restabelecimento do metabolismo e das funções e numa maior predisposição para anomalias nos sistemas reguladores (Imaginário, 2004).

O envelhecimento é muitas vezes acompanhado de mitos⁷ e apesar de ser um processo normal nem sempre é bem compreendido. Alguns dos mitos relacionados com o envelhecimento fomentam a velhice, sendo este um conceito, utilizado de modo preconceituoso e prejudicial acerca dos idosos. Acrescenta ainda que este conceito pode provocar o isolamento social dos idosos e fomentar neles o receio de envelhecer (Stanhope e Lancaster, 1999).

Neste contexto, para demonstrar uma visão menos estereotipada da *velhice*, o termo *idoso* passa a ser utilizado para caracterizar a população envelhecida. Assim passam a ser alvo de atenção e a valorizar-se as necessidades dos idosos em vez dos problemas dos idosos (Peixoto, 1998; Araújo, 2005). Na perspetiva de Neri e Freire (2000), o facto de substituir os termos *velho* ou *velhice* por melhor idade já é um indicador de preconceito, pois caso assim não fosse não se efetuaria a sua troca.

Neri e Freire (2000) fazem ainda referência ao termo *terceira idade*. Este termo foi utilizado nos anos 60 para referir-se à idade em que a pessoa se apresenta, designando ainda a faixa etária intermédia entre a idade adulta e a velhice. De facto esta distinção acarreta consigo uma conotação também negativa ao termo velhice, porque perante o significado atribuído constata-se que quem está na terceira idade ainda não é velho. Todavia e similarmente induz uma visão mais positiva às pessoas que se têm 60 ou mais anos (Araújo, 2005).

Neste sentido e face a estes preconceitos, Neri e Freire (2000), referem que foram definidos conceitos sobre os termos *velho*, *idoso*, *terceira idade* e *envelhecimento*. Assim *velho* ou *idoso* refere-se a pessoas idosas com idade média de 60 anos; por sua vez *velhice* será a *última fase da existência das pessoas* e o *envelhecimento é associado às mudanças físicas, psicológicas e sociais* (Araújo, 2005, p.231).

Existem ainda outros termos associados ao envelhecimento, nomeadamente, *amadurecer e a maturidade*, que *significam um contínuo de alterações que ocorrem no organismo e ainda a aquisição de papéis sociais* (Neri e Freire, 2000, cit. in Araújo, 2005, p.231).

⁷ Mito - é uma construção do espírito que não se baseia na realidade; é uma representação simbólica (Berger e Mailoux-Poirier, 1995, p.64).

Spirduso (2005) faz também referência a dois conceitos relacionados com esta etapa da vida, que parecem semelhantes, mas de facto são definidos de modos diferentes, nomeadamente o *processo de envelhecimento* e o *processo de envelhecer*. Assim, o primeiro conceito representa *mudanças universais próprias da idade, dentro de uma espécie ou população, sendo independentes de doenças ou influências ambientais* (Hushey 1984, cit. in Spirduso 2005, p.7). Relativamente ao conceito *processo de envelhecer* este refere-se a *sintomas clínicos e inclui os efeitos do ambiente e das doenças* (Spirduso 2005, p.7).

Considerando os vários termos reconhecidos pelos autores sobre a *velhice*, constata-se que a pessoa idosa conheceu ao longo do tempo um conjunto de alterações no seu quadro conceptual (Peixoto, 1998).

Em Portugal, é na década de 50, com o pioneiro José Reis, que começam a surgir as primeiras preocupações geriátricas (Martins, 2002). As primeiras noções de envelhecimento e velhice humana foram apanágio da medicina na convicção de que as determinações biológicas são determinantes nas mudanças fisiológicas e mentais do corpo humano (Silva, I., 2006). O avanço da ciência fez reconhecer uma abordagem holística do envelhecimento e da velhice, evidenciando as diferenças culturais na construção dessas noções.

O envelhecimento demográfico em Portugal é assim caracterizado por um decréscimo da população jovem (0-14 anos) e por um aumento da população com mais de 65 anos (Silva, M., 2006).

A representatividade dos idosos na estrutura populacional aumenta de forma significativa nos últimos tempos, devido por um lado à diminuição do número de nascimentos e por outro lado devido ao aumento da esperança média de vida. Estas evidências trazem implicações, que segundo Cancela (2007, p.3):

exigem políticas sociais que permitem fazer face à nova realidade e onde a saúde e o apoio social terão de ser redimensionados; em termos económicos leva a um esforço acrescido da segurança social, com o pagamento de reformas e também com os serviços especializados destinados a este grupo populacional. A nível social há ainda outras implicações no âmbito da exclusão social, solidão e pobreza.

As representações sociais são importantes para a compreensão da população e os seus comportamentos dentro de uma sociedade, pois

frequentemente a forma como se vê o outro pode influenciar os comportamentos que se têm com as pessoas (Cancela, 2007).

Os enfermeiros não são excluídos destas situações, existindo vários fatores que poderão influenciar as atitudes sociais relativamente às pessoa idosas e ao envelhecimento, e de alguma forma comprometer as relações que se estabelecem. Assim é fundamental que na relação de cuidados de enfermagem, se respeite a individualidade e promova a autonomia da pessoa idosa, tendo o enfermeiro de olhar o outro de uma forma única, individual, livre de crenças e estereótipos.

Importa assim salientar que as atitudes dos indivíduos face aos idosos e à velhice são influenciadas por múltiplos fatores, nomeadamente educação, meios de comunicação social, idade, entre outros e desenvolvem-se desde muito cedo na vida. Berger e Mailloux-Poirier (1995) referem que os indivíduos instruídos, independentemente da idade, apresentam atitudes mais positivas em relação à velhice.

Os mesmos autores acrescentam ainda que os enfermeiros apresentam sete atitudes ligadas ao envelhecimento, nomeadamente:

1. Visão realista do envelhecimento; 2. Visão que nega os efeitos do envelhecimento; 3. Ansiedade relativa à velhice; 4. Distância social relativamente aos idosos; 5. Aumento do sentimento das responsabilidades face aos idosos; 6. Maior responsabilização social do que individual e 7. Presença de estereótipos ou de preconceitos favoráveis (Berger e Mailloux-Poirier 1995, p.65).

Estas atitudes podem influenciar, quer positiva, quer negativamente a relação entre os enfermeiros e os clientes alvo de intervenção. Como atitudes positivas refere-se o respeito, a confiança e o evitar da gerontofobia⁸, o âgisme⁹, e a infantilização¹⁰; relativamente às atitudes negativas faz-se referência ao automorfismo social¹¹ (Berger e Mailloux-Poirier, 1995).

⁸ Gerontofobia - *É o medo irracional de tudo o quanto se relaciona com o envelhecimento e com a velhice* (Berger e Mailloux-Poirier 1995, p.65).

⁹ Âgisme - *Reporta-se a todas as formas de discriminação com base na idade.* Termo utilizado pela 1ª vez por Butler (Berger e Mailloux-Poirier 1995, p.66).

¹⁰ Infantilização - *É também uma atitude discriminatória relativamente aos idoso, sobretudo quando estes estão a perder a sua autonomia e a sua dependências é grande* (Berger e Mailloux-Poirier 1995, p.66).

¹¹ Automorfismo social - *É o não reconhecimento da unicidade do idoso, a não reciprocidade, a duplicidade e por vezes despotismo* (Berger e Mailloux-Poirier 1995, p.65).

As atitudes positivas referidas anteriormente não permitem que os profissionais de saúde reconheçam as capacidades reais dos idosos, a sua energia para a recuperação assim como a avaliação de vida que os idosos têm da própria vida.

Na mesma perspetiva Silva, M. (2006), refere que é fundamental considerar que o envelhecimento é um problema social das sociedades modernas. Segundo o mesmo autor, a noção de idade remete-nos, também, para o recenseamento de subcategorias de idade - idade cronológica e idade social - duas subcategorias que não podem ser confundidas.

A *idade cronológica* refere-se à idade de nascimento, exprime-se em anos, meses e dias e serve as definições de terceira idade e quarta idade às quais são afetadas idades concretas (Silva, M., 2006). Embora a idade cronológica, não esteja fixada à idade biológica, psicológica, funcional, jurídica, psicoafectiva e social estabeleceu-se uma fronteira artificial que serve de referência (Imaginário, 2004).

Paralelamente, a *idade social* é a idade da vida reconhecida e definida segundo as regras de uma dada sociedade que atribui a cada idade papéis e estatutos distintos (Puijalon e Trincaz, 2000).

O fator idade torna-se central na construção do significado da velhice. Ou seja, a partir da idade cronológica, definiu-se a *terceira idade*, entre os 65 e os 75 anos, e a *quarta idade*, a partir dos 75 anos, para agrupar os indivíduos em função das capacidades físicas, segundo os critérios da medicina. A cada idade são também atribuídos papéis e estatutos sociais diferentes, reconhecidos segundo as regras de uma dada sociedade - idade social (Silva, M., 2006).

O envelhecimento ocorre assim de formas diferentes, podendo-se distinguir, para além da idade social já referida anteriormente, a idade biológica e a idade psicológica, que na maior parte das vezes são distintas da idade cronológica do indivíduo (Fontaine, 2000, cit. in Cancela, 2007).

A idade biológica refere-se ao envelhecimento do organismo, às alterações que cada órgão sofre.

A idade social está diretamente relacionada com o papel social, os hábitos de vida da pessoa em comparação com os outros elementos da sociedade. Está

intrinsecamente associada à cultura e à história de cada país. A idade psicológica refere-se às competências comportamentais dos indivíduos e à forma como estes a mobilizam relativamente às alterações que ocorrem; incluem a motivação, memória e inteligência (Cancela, 2007).

Todavia, o envelhecimento não pode ser considerado um estado, mas um processo contínuo que ocorre desde o momento que se nasce e que se associa a uma degradação natural, progressiva mas diferente de indivíduo para indivíduo. Torna-se assim difícil de definir o início deste processo, dado que este depende de fatores biológicos, psicológicos e sociais, assim o processo de envelhecimento depende de indivíduo para indivíduo e do modo com estes fatores se associam entre si.

Cada indivíduo é o produto de um processo dinâmico de socialização que implica a interação de várias dimensões da vida humana, nomeadamente, a vida familiar, escolar e o trabalho. Essas vivências têm campos distintos que interagem com as disposições e posições de cada indivíduo, donde emerge e se constrói o estilo de vida e a perceção do mundo (Bourdieu 1992, cit. in Silva, M. 2006).

Neste sentido, os valores simbólicos acompanham a pessoa ao longo da vida o que induz que o envelhecimento e a velhice se manifestem com perceções diferentes entre as pessoas mesmo que vivam em contextos socioeconómicos semelhantes e tenham a mesma idade (Silva, I., 2006).

Envelhecer é assim um processo dinâmico, lento mas progressivo, complexo, multifatorial, e individual, com componentes fisiológicas, psicológicas e sociológicas, inseparáveis e intimamente relacionadas (Valentini e Ribas, 2003; Imaginário, 2004 e Cancela, 2007)

Na mesma perspetiva Cancela (2007), menciona que estas mudanças estão diretamente relacionadas com o processo de envelhecimento, podendo aumentar ou retardar o aparecimento da velhice, assim como a incidência de patologias e de sintomas característicos da terceira idade.

No que diz respeito às *mudanças biológicas*, envelhecer é um processo geralmente considerado desagradável, pois o indivíduo começa a sentir que, muitas das habilidades biológicas que até aí desenvolvia, passa a não as conseguir desenvolver (Valentini e Ribas, 2003). Na mesma perspetiva Ermida (1999), em termos biológicos, a primeira grande mudança de idade é a aquisição da

capacidade reprodutiva, e a segunda grande mudança poderá ser considerada a sua perda, por volta dos 50 anos.

Na realidade, todos os indivíduos sofrem alterações fisiológicas ao longo do tempo e por outro lado possuem um tempo de vida demarcado. O organismo envelhece como um todo, enquanto os órgãos, tecidos, células têm envelhecimentos diferenciados (Cancela, 2007).

O desenvolvimento multicelular dos indivíduos divide-se em três fases: *a fase de crescimento e desenvolvimento, a fase reprodutiva e a senescência¹² ou envelhecimento*. A primeira fase é o momento em que ocorre o desenvolvimento e crescimento dos órgãos. A segunda fase o organismo está apto para se reproduzir, garantindo assim a sobrevivência e evolução da espécie. Por sua vez, a fase da senescência associa-se ao declínio da capacidade funcional do organismo (Cancela, 2007, p.1).

Schroots e Birren (1980, cit. in Vaz et. al, 2004) referem que o envelhecimento biológico é chamado frequentemente de senescência, e que se enquadra na vulnerabilidade crescente e na maior probabilidade de morrer.

Assim, o envelhecimento fisiológico relaciona-se com as alterações nas funções orgânicas e mentais, que estão apenas associadas aos efeitos da idade sobre o indivíduo, manifestando-se pela perda da capacidade de manter o equilíbrio homeostático e no declínio das funções fisiológicas. Do ponto de vista fisiológico, o envelhecimento depende dos estilos de vida que os indivíduos têm ao longo da vida (Cancela, 2007).

Falar de envelhecimento e dos seus aspetos biológicos implica ainda a abordagem a dois conceitos, nomeadamente: *o envelhecimento primário e o secundário*. Estes dois conceitos têm causas diferentes, todavia interagem fortemente entre si (Berger e Mailloux-Poirier, 1995). O *envelhecimento primário* é também mencionado por Spirduso (2005), como senescência e o *envelhecimento secundário* como senilidade¹³. Neste contexto, é imprescindível considerar as

¹² Senescência - É um processo multifatorial que arrasta uma deterioração fisiológica do organismo. É um fenómeno universal, intimamente ligado ao processo de diferenciação e crescimento. O processo de envelhecimento primário refere-se ao processo de senescência (Berger e Mailloux-Poirier, 1995, p.125). É considerado ainda um processo natural do envelhecimento, que interfere com os aspetos físicos e cognitivos (Spirduso, 2005).

¹³ Senilidade - é uma degenerescência patológica, associada à velhice mas que tem origem em disfunções orgânicas (Berger e Mailloux-Poirier, 1995, p.125).

diferenças entre estes dois conceitos, uma vez que permite progressos em gerontologia¹⁴ (Berger e Mailloux-Poirier, 1995).

Busse em 1969 descreve o processo de envelhecimento como *envelhecimento primário* (Spirduso, 2005). Para Berger e Mailloux-Poirier (1995), o *envelhecimento primário* refere-se ao processo de senescência normal. Neste as qualidades necessárias para a vida alteram-se e são substituídas por outras.

Por outro lado Busse (1969, cit. in Spirduso 2005) refere que o *processo de envelhecer* é descrito como um *envelhecimento secundário*, que inclui interação com os processos de envelhecimento com doenças e influências ambientais. No entanto, para Berger e Mailloux-Poirier (1995), o *envelhecimento secundário* refere-se às lesões que aparecem relacionadas com a idade e que se mantêm potencialmente reversíveis. A existência de lesões relacionadas às alterações normais contribui para alterar a capacidade de adaptação do indivíduo.

No que concerne às *mudanças psicológicas* do envelhecimento, Berger e Mailloux-Poirier (1995) fazem referência a estas designando-as por envelhecimento mental. Acrescentam ainda que a saúde mental é um dos aspetos mais importantes da vida das pessoas, sendo um conceito difícil de definir e não consensual. Assim a saúde mental é também referida pelos mesmos autores como sinónimo de uma adaptação bem sucedida e para a pessoa idosa de um envelhecimento feliz.

O envelhecimento mental não está diretamente relacionado com o fator idade, mas a *uma baixa de percepção de si* (Berger e Mailloux-Poirier, 1995, p.158). Neste contexto, para que os indivíduos mantenham a sua saúde mental, os mesmos autores, referem que é fundamental conservar a autoestima, dado que esta se relaciona com a maturidade¹⁵. Na realidade esta maturidade emocional verifica-se ao longo de toda a vida das pessoas, de um modo contínuo, ao contrário das manifestações associadas ao envelhecimento físico. De facto, as pessoas idosas não manifestam a mesma sabedoria, nem as mesmas reações emotivas até então apresentadas.

¹⁴ Gerontologia - é o estudo das diferenças, das causas e dos fatores que aumentam ou atenuam o processo de envelhecimento (Spirduso, 2005, p.5).

¹⁵ Maturidade - é uma atitude ou uma acumulação de atitudes ou atividades uteis e variáveis, de sabedoria, de comportamentos sociais estáveis e aceitáveis, ou ainda como um amadurecimento e uma preparação para a próxima etapa de vida (Berger e Mailloux-Poirier, 1995, p.168).

Por sua vez, as *mudanças psicológicas* mais visíveis com o avanço da idade são: a dificuldade de adaptação a novos papéis; a desmotivação e a dificuldade para definir novos objetivos; a necessidade de trabalhar perdas e adaptar-se a mudanças; e as alterações ao nível psíquico: depressão, hipocondria, somatização, suicídios, baixa autoestima e autoimagem (Zimerman, 2000).

Ainda relativamente ao *envelhecimento psicológico* Vaz et. al (2004, p.2), mencionam que este *se define pela autorregulação do indivíduo no campo de forças, na tomada de decisões e opções, numa adaptação ao processo de envelhecimento.*

No que se refere aos *aspetos sociais*, o idoso, exposto a um processo em que perdas e rejeições são iminentes, tende a isolar-se, quer por vontade própria, quer por indução social (Valentini e Ribas, 2003). O facto de frequentemente ter um número reduzido de ocupações sociais, ser menos solicitado pela família e comunidade faz com que interiorize que é um sujeito improdutivo, sem poder de decisão. Neste contexto, as principais consequências do envelhecimento são a crise de identidade, as mudanças de papéis, a reforma, as perdas e diminuição dos contactos sociais (Zimerman, 2000).

Ainda nesta perspetiva, a família, que deveria edificar bases emocionais e físicas para o estabelecimento da QV do idoso, acaba por desencadear um grande conflito no que diz respeito ao espaço que se destina ao seu membro idoso (Valentini e Ribas, 2003).

O *envelhecimento social*, é considerado como *diretamente relacionado com os papéis sociais que a sociedade imputa a este nível etário* (Vaz et. al, 2004, p.2).

De facto o envelhecimento como processo natural do desenvolvimento humano deve ser encarado numa perspetiva de que cada fase da vida implica transformações, adaptações, aceitação e construção. *Transformação*, uma vez que os tecidos e os órgãos já não correspondem à atividade validada na etapa anterior, pois ocorre aqui um desgaste e sobrecarga. *Adaptação*, porque as mudanças não permitem que as ações sejam desenvolvidas segundo normas e costumes estabelecidos em fases anteriores, logo há que se habituar às condições agora presentes. Quanto à *aceitação*, dificilmente o ser humano será feliz, construirá um projeto de vida e o desenvolverá se não aceitar sua condição e aprender a

trabalhar as suas limitações. Havendo aceitação, conseqüentemente, haverá *construção*, produtividade e bem-estar (Valentini e Ribas, 2003).

Assiste-se ao envelhecimento da população e ao aumento do número de idosos que vivem sós, o que incita novos desafios ao sistema de saúde e por inerência à profissão de enfermagem, que preza continuamente na sua intervenção pela garantia da QV. Todavia viver só nem sempre é indicador de solidão¹⁶.

Silva, M. (2006), no estudo de Investigação que realizou, refere que os discursos dos idosos que nele participaram manifestam o desejo de continuarem a vida no seu domicílio habitual, até ao momento em que se sinta a perda de autonomia nas tarefas quotidianas da sua vida privada.

No estudo supramencionado é ainda evidenciado a afirmação do desejo dos idosos continuarem a viver nas suas casas, perceptível na manifestação dos afetos associados aos objetos, aos familiares e aos amigos próximos. Manter-se no domicílio habitual, são as condições ecológicas de maior peso na concretização do desejo de felicidade dos idosos.

Capitanini e Neri (2004), mencionam que embora alguns autores considerem que a velhice seja sinónimo de solidão e baixa autoestima, em estudos realizados recentemente com idosos, principalmente com mulheres que moram sozinhas, os dados indicam índices de satisfação muito elevados, dados estes compatíveis com outros de pesquisas internacionais e nacionais. Eles contrariam segundo Moraes e Witter (2007), estereótipos¹⁷ de que os idosos são infelizes, sós, abandonados e doentes. Nem todos sofrem deste processo, há muitos idosos dinâmicos e autossuficientes que adotam uma postura independente.

Os idosos que vivem sós é uma preocupação não de hoje mas de sempre, a *United Nations* (2005) realizou um estudo que apresentou dados comparativos de 130 países, onde analisou o modo como os idosos residem no seu domicílio (se vivem acompanhados ou sós). Das principais conclusões destacou-se duas:

¹⁶ Solidão - é um tipo de emoção com as características seguintes: sentimentos de falta de pertença, isolamento emocional, sentimentos de exclusão, sentimento de melancolia e tristeza associado a falta de companheiros, de simpatia e de amizade, acompanhada de sentimentos de perda de sentido, vazio, retirada, baixa autoestima, procura de atenção seguida de dificuldade em estabelecer um relacionamento mútuo, de que pode resultar a separação (CIPE-Versão Beta 2, 2002, p.48).

¹⁷ Estereótipo - é um *chavão*, uma opinião feita, uma fórmula banal desprovida de qualquer originalidade. Este pode ser positivo ou negativo, todavia parece que aqueles que estão associados aos idosos são essencialmente negativos Berger e Mailloux-Poirier, 1995, p.64).

- uma em cada sete pessoas idosas (90 milhões) vive sozinha, sendo estas maioritariamente do sexo feminino (dois terços);

- existe uma tendência a favor de uma vida independente, sobretudo nos países desenvolvidos, ou seja, os idosos vivem sozinhos ou sozinho com o(a) companheiro(a).

Por sua vez Camargos et. al (2011), acrescentam ainda que:

- nos países mais desenvolvidos, a proporção de idosos que vivem com os filhos diminui substancialmente com aumento da idade.

- nos países em desenvolvimento, o número de pessoas idosas que vivem com os filhos é elevada, o que parece indicar que os pais tendem a viver com pelo menos um dos filhos durante todo o ciclo de vida.

Os mesmos autores referem que, quanto maior for o nível de desenvolvimento económico do país corresponderá uma menor probabilidade dos idosos viverem com outras pessoas. Existe um conjunto de fatores que são mencionados pela *United Nations* (2005) e Camargos et. al (2011) como explicativos deste fenómeno, nomeadamente o aumento da esperança média de vida, implicando o aumento do número de idosos sobretudo do sexo feminino; o aumento do número de pessoas que não casam e o aumento da idade em que os filhos saem de casa dos pais.

Por sua vez, outras variáveis como, sexo, estado civil, idade, local de residência (rural ou urbano), nível de escolaridade, origem do rendimento familiar, estado de saúde, são também mencionadas por Camargos et. al (2011) como explicativas deste fenómeno.

No que diz respeito ao sexo, as mulheres têm maior probabilidade de serem viúvas e de morarem sozinhas (Camargos et. al, 2011). Os mesmos autores fazem referência a Glaser que já em 1997, mencionava o facto do aumento da esperança média de vida ser superior nas mulheres, permite que as idosas vivam grande parte das suas vidas no estado civil viúvas e logo com maior probabilidade de viverem sozinhas.

A idade é um fator a ter em conta nos idosos que vivem sozinhos, dado que quanto mais velhos, maiores são as probabilidades de ficarem viúvos e logo viverem sós (Camargos, 2004). Por outro lado quanto maior for a idade, maior é a

probabilidade de apresentarem incapacidade ou limitação funcional, aumentando assim a necessidade de ajuda ou então de viverem com outras pessoas.

Assim os idosos de 65 anos parecem de um modo geral aceitar viver sozinhos, todavia os idosos de 85 anos pelo facto de aceitarem mais facilmente as suas limitações funcionais, a ajuda de outras pessoas, aceitam também melhor viver com outras pessoas ou então passar pelo processo da institucionalização. A idade funciona como uma condição que permite aos idosos ter uma melhor percepção da sua de vida e aceitarem viver com outras pessoas (Camargos et. al, 2011).

Relativamente ao local de residência (rural ou urbano), descreve-se que nas zonas rurais, associado à maior saída das pessoas em idade adulta para o meio urbano, implica um aumento do número de idosos que vivem sozinhos. Todavia e atendendo a fatores culturais esta realidade nem sempre se verifica dado que os valores da família mantêm-se bastante vinculados dificultando a constituição de famílias unipessoais de idosos a viverem sozinhos (Camargos et. al, 2011).

Quanto ao nível de escolaridade, níveis mais elevados indicam maior probabilidade dos idosos viverem sós. Esta evidência parece estar associada ao facto de maiores níveis de escolaridade indicarem um maior conhecimento e maior capacidade para os idosos cuidarem de si mesmos; por outro lado possuem maior rendimento familiar, implicando maior capacidade para efetuar compras, possuindo maior apoio quer a nível social, quer ao nível de saúde, dispondo de cuidados mais adequados (Camargos et. al, 2011).

No que diz respeito à independência económica e uma boa condição de saúde Grundy e Tomassine (2002), mencionam que podem ser indicadores que permitem que os idosos tenham preferência por viverem sozinhos.

Debert (1999) e Motta (2000) acrescentam que para além das condições de saúde, os avanços tecnológicos, os meios de comunicação, os elevadores, os automóveis, entre outros, podem sugerir que viver só para os idosos represente, na realidade, uma forma mais inovadora e bem-sucedida de envelhecimento que não necessariamente abandono, descaso e/ou solidão (Camargos et. al, 2007).

A origem do rendimento familiar é também mencionado como um fator que influencia a circunstância de os idosos viverem sós, em domicílio unipessoal. Assim, a melhoria da condição económica também pode ser um indicador que

permite que a proporção dos idosos que vivem sós aumente, possibilitando ao mesmo tempo o contacto com a família, amigos, ou outras pessoas significativas (Kinsella e Velkoff, 2001 cit. in Camargos et. al, 2011).

Neste contexto, vários são os estudos desenvolvidos no Brasil, faz-se referência a dois realizados por Camargos et. al (2007 e 2009), constatando-se nestes que a probabilidade dos idosos viverem sós aumenta de acordo com o facto da origem do rendimento familiar ser também mais elevada. Estes estudos acrescentam ainda que este facto ocorre mesmo que outras variáveis, nomeadamente, demográficas, socioeconómicas e de saúde sejam favoráveis (Camargos et. al, 2011).

Não contrariando estas evidências, Andrade e De Vos (2002, cit. in Camargos et. al, 2011) referem que para além destas variáveis, o viver só pode ainda ser influenciado por valores culturais característicos e diferentes entre as sociedades. Nesse contexto mesmo que a origem do rendimento familiar seja suficiente para garantir que o idoso viva só, muitas vezes os valores culturais são sobreponíveis e esta não será a opção da família. Nos países menos desenvolvidos acresce ainda a esse facto, a impossibilidade dos idosos viverem sozinhos sobretudo pela escassez de serviços de saúde.

Camargos et. al (2011, p.222) acrescentam ainda que é esperado que os idosos que vivem sós tenham determinadas características de modo a conseguir manter esta condição de vida nomeadamente, *melhores condições de saúde, menos patologias, bem como melhor desempenho funcional*.

No entanto e contrariando a afirmação anterior também se pode considerar que viver só possa implicar ter pior condição de saúde pela inexistência de outras pessoas que ajudem na concretização das atividades de vida diárias ou de acordo com as necessidades ou até mesmo como companhia (Camargos et. al, 2009).

Victor et. al (2000, cit. in Camargos et. al 2009), fazem assim referência a um conjunto de sinónimos negativos para o estar sozinho, nomeadamente solidão, isolamento e negligência social, que são alguns dos estereótipos mais comuns entre os idosos.

Com esta dualidade exposta, conclui-se que não há um padrão que caracterize o viver só dos idosos. Por outro lado para Camargos et. al (2009), viver sozinho não significa, necessariamente, que o idoso viva isolado ou sem apoio.

Romero (2002, cit. in Camargos et. al 2011, p.222) afirma inclusive que, *não se sabe qual a combinação de suporte e estrutura domiciliar que mais favorece a saúde dos idosos.*

Relativamente ao apoio formal, o estudo realizado por Larsson e Thorslund (2002, cit. in Camargos et.al 2011), evidencia que os idosos que vivem sós têm maior possibilidade de terem este tipo de apoio do que aqueles que residem com um companheiro ou outros familiares, fazendo referência a uma probabilidade de 81% e 68%, respetivamente (Camargos, 2004).

Porém, os idosos que vivem sós têm menor probabilidade de receberem apoio informal. Por sua vez e apesar de não haver diferenças entre o sexo masculino e feminino no que diz respeito ao tipo de apoio que recebem, existe todavia diferenças em quem presta apoio informal ao idoso. Assim, Camargos (2004) menciona que os homens são acompanhados e cuidados pelas esposas e já as mulheres são cuidadas essencialmente pelos filhos.

Camargos (2008) menciona que da análise das entrevistas realizadas a idosos que viviam sós em Belo Horizonte no Brasil, em 2007, os mesmos referem que apesar desta condição de vida sentem-se apoiados pelos familiares e amigos. Assim, o estudo revela que não há idosos isolados, dado que estes apesar de viverem em famílias unipessoais, haviam desenvolvido estratégias para manterem o relacionamento com a família e amigos.

Como se pode constatar, viver sozinho, com o cônjuge ou outros familiares ou com pessoas significativas depende de um conjunto de fatores e circunstâncias que ocorrem ao longo da vida das pessoas. Se por um lado, para alguns idosos, o convívio com os familiares na mesma habitação é essencial, para ajudar a resolver questões do dia-a-dia (físicas ou económicas), assim como para o convívio diário. Por outro lado para outros, este convívio pode ser indesejado e ser a única opção, em detrimento de uma institucionalização. Morar sozinho pode ser a alternativa para os idosos que querem manter a sua independência e autonomia ou mesmo inevitável para aqueles que, apesar de se sentirem sós ou abandonados, não possuem outras pessoas com as quais possam residir.

Em Portugal a proporção de famílias unipessoais com idade superior a 65 anos aumentou de 7% a 8%. Apesar desta evidência, este ainda não é o país da União Europeia onde existe uma maior proporção de idosos a residirem sós,

fazendo referência à Finlândia e a Dinamarca onde, aproximadamente, 40% dos idosos residem sós (Fernandes, 2001). Acrescenta ainda que esta realidade tem aumentando e tem tendência a subir ao longo dos anos.

Assim sendo, a realidade dos idosos que residem sozinhos deve ser considerada tanto por investigadores, como pelos representantes políticos, assim como por aqueles que são profissionais de saúde; pois essa população específica, fragilizada ou não, requer um adequado apoio para que estes vivam os anos que lhe restam, de forma independente ou assistida, mas com QV e bem-estar.

Importa ainda mencionar que quando se pretende efetuar a avaliação do idoso é fundamental atender a aspetos como a história clínica bem elaborada, o grau de autonomia, as atividades de vida diária, as atividades de lazer e físicas, o nível de deterioração cognitiva, à dinâmica sociofamiliar, o suporte social, o estatuto económico, a morbilidade física, a capacidade de autocuidado, a visão, a audição, a capacidade dos membros superiores e dos inferiores, os hábitos de eliminação, o estado nutricional, o estado de saúde mental, a interação social, o ajustamento pessoal e o ambiente percebido (Coimbra, 2008).

Neste contexto, vários autores, nomeadamente: Lawton, Moss, Fulcomer e Kleban, 1982; Fillenbaum, 1984; Lachs et. al, 1990; Siu, Reuben e Moore, 1994; e Sousa e Feio, 1998 (cit. in Coimbra, 2008), fazem referência à pertinência de integrar estes aspetos na avaliação do idoso.

De facto a velhice não pode ser considerada como uma sucessão de problemas, mas e como já foi referido anteriormente, ela tem que ser considerada uma fase normal e produtiva do desenvolvimento humano; no fundo ela é a continuidade das fases do ciclo vital que os seres humanos encaram ao longo da vida. A saúde mental dos idosos é um fator que contribui para que o envelhecimento bem sucedido torne o idoso mais apto a gerir todas as alterações características desta fase da vida, assim como as perdas que a acompanham (Berger e Mailloux-Poirrier, 1995).

Para conseguir superar a transição para a velhice têm de ser realizadas tarefas de desenvolvimento, como: *o reencontrar a identidade, o redefinir o seu papel e o atingir a produtividade*, ou seja sentimento de ter produzido e de ter contribuído de forma válida para a sociedade (Berger e Mailloux-Poirrier, 1995, p.162).

O aumento da esperança de vida da população mundial faz crescer o interesse por parte dos profissionais da área de saúde, em adequar e conquistar medidas que mantenham a independência, a autonomia e a QV dos indivíduos idosos, minimizando o impacto dessa transição (Paschoal, 2000).

Neste contexto que se enfatiza a importância das transições ao longo do ciclo vital, Meleis et. al (2000), refere que uma função fundamental da enfermagem é ajudar as pessoas a viverem as transições. A razão para considerar esta área importante para a enfermagem é o facto das pessoas que vivenciam transições tenderem a ser mais vulneráveis a riscos que podem afetar a saúde, QV e o bem-estar. O desafio para a enfermagem é assim, entender os processos de transição e desenvolver terapêuticas efetivas que ajudem a recuperar a estabilidade e o bem-estar consonantes com o projeto de saúde individual.

Por sua vez, a velhice como acontecimento individual não provoca somente aspetos negativos relacionados com o *cansaço* e a eventual *dependência nas atividades de vida diárias* (Silva, M. 2006). Envelhecer é também, e como referido anteriormente, ter experiência, ter amadurecimento, ter dignidade, ter uma compreensão das coisas e do mundo mais elaborada e mais abrangente, ou seja, uma visão positiva que associa o envelhecimento com acumulação de competências e amadurecimento progressivo sobre os assuntos que ocupam e preocupam as pessoas (Neri e Freire, 2000 e Silva, M. 2006).

O envelhecimento mais bem sucedido *será aquele em que os indivíduos mantém projetos e objetivos que correspondem a tarefas de várias ordem, afetiva, física e cognitiva, ainda que o corpo não facilite o cumprir desses desejos* (Paúl, 2002, p.32).

Envelhecer com QV implica que este processo seja vivido de forma dinâmica a que os gerontólogos designam por - *Envelhecimento Ativo* e que a OMS (2002) refere como a otimização da saúde e segurança para melhorar a QV ao longo do processo de envelhecimento que possibilite o desenvolvimento do bem-estar físico, social e mental das pessoas ao longo do ciclo vital, de acordo com as suas necessidades e capacidades.

A perspetiva de *envelhecimento ativo* adotada pela OMS (2002), procura superar e ampliar um anterior conceito designado por *envelhecimento saudável*, já não se trata apenas de que as pessoas idosas tenham saúde, mas que

mantenham e se possível melhorem a sua QV à medida que envelhecem, desenvolvendo o seu potencial de bem-estar físico, social e mental, participando socialmente, prolongando o seu envelhecimento através de uma vida com qualidade.

A satisfação de vida e bem-estar na velhice implicam um reajustamento psicológico em relação às mudanças do corpo e uma adaptação à própria sociedade. É fundamental que o idoso mantenha objetivos de vida que vão para além da morte, que adapte os seus objetivos e tarefas aos limites do seu próprio corpo, com a execução de atividades e com autonomia. Tal como refere Paúl, (2002, p.32) *a intervenção passa por procurar motivos e vasculhar novos objetos de afeto, reconstruir significados em ligação com o tempo presente.*

Freire (2003), acrescenta ainda que o envelhecimento bem sucedido é visto como competência adaptativa do indivíduo, ou seja, a capacidade generalizada para responder com flexibilidade aos desafios resultantes do corpo, da mente e do ambiente.

De acordo com Moraes e Witter (2007, p.216), essa competência adaptativa é multidimensional: (1) *emocional*, no sentido das estratégias e habilidades do indivíduo para lidar com fatores de stress; (2) *cognitiva*, em relação à capacidade para resolução de problemas e (3) no sentido do desempenho e competência social.

Paúl (2002), refere ainda que vários fatores podem contribuir para um envelhecimento com qualidade, bem sucedido, como a ocupação do tempo, a participação em atividades com objetivos gerontológicos, a prevenção e promoção da saúde, ou seja, tudo o que possa contribuir para um envelhecimento ativo.

Por sua vez, características de personalidade, competências e habilidades adquiridas ao longo da vida, estilo de vida, apoio social, entre outras, são variáveis que, segundo Neri (2001), estão presentes no envelhecimento bem sucedido e na QV que se deve considerar na velhice.

Neste sentido, Sequeira (2010) refere que, o processo de envelhecimento é natural, dinâmico, simultaneamente progressivo e irreversível. Atendendo que a longevidade humana é uma realidade inegável, torna-se fundamental compreender, segundo o mesmo autor, este processo dado que constitui um acontecimento necessário e da maior relevância, condicionando a QV do idoso.

O segredo do envelhecimento bem sucedido depende da capacidade psicológica de cada pessoa em encontrar o próprio caminho de envelhecimento ótimo. Além disso, depende da ligação entre o sistema biológico, psicológico e social do indivíduo e das repercussões que têm entre si (Paúl, 2002 e Sequeira, 2010), da manutenção das funções cognitivas e físicas, da satisfação com a vida, espiritualidade e boas condições de vida (Braga et.al, 2011).

Paúl (2002) acrescenta que, o modelo psicológico de velhice bem sucedida considera o envelhecimento como um processo de especialização apoiado em mecanismos de otimização, seleção e compensação.

Partindo dos trabalhos desenvolvidos no início dos anos 90 acerca do conceito de envelhecimento bem sucedido, Baltes e Baltes (1990) reforçaram de um modo muito especial a sua importância, defendendo que o uso da expressão envelhecimento bem-sucedido obriga a uma reanálise da natureza da velhice e da imagem que dela habitualmente se faz.

Por sua vez, para Lazarus, os pontos de vista preconizados por Baltes e Baltes, e no que se refere ao conceito de envelhecimento bem sucedido, defende que este está *dependente da aquisição de atitudes e de processos de coping que permitem à pessoa idosa, apesar do aumento dos défices ou da sua ameaça, permanecer independente, produtiva e socialmente ativa pelo máximo de tempo possível* (Silva, 2010, p. 1).

No entanto, os termos envelhecimento ativo, positivo, com sucesso e bem-sucedido são usados de maneira indiscriminada para explicar o processo de envelhecer bem (Sequeira, 2010).

A enfermagem na Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE - Versão Beta 2, 2002, p.43), faz referência à importância do foco de atenção envelhecimento, sendo este definido como:

um processo de desenvolvimento físico normal e progressivo, desde a idade adulta até à velhice, aproximadamente e de acordo com a idade e estádios de crescimento e desenvolvimento, acompanhada por declínio dos processos corporais devida à diminuição da capacidade de regeneração das células, perda de massa e coordenação muscular e das competências psicomotoras, perda de pêlos, pele fina e enrugada.

Assim sendo, neste trabalho de Investigação o conceito de *envelhecimento bem sucedido* a adotar é o referido Fries (1990), que o define como: *uma maximização de acontecimentos positivos e desejáveis (como a longevidade ou a satisfação de vida) e uma minimização de acontecimentos negativos e indesejáveis (como a doença crónica ou a perda irreversível de capacidades mentais)*.

1.1. Teorias do Envelhecimento

O processo de envelhecimento ainda não é bem compreendido. O conceito de envelhecimento sofreu várias alterações ao longo dos tempos, evoluindo de acordo com as atitudes, as crenças, a cultura, os conhecimentos e as relações sociais de cada época (Sequeira, 2010). Os investigadores continuam a querer saber mais sobre o processo de envelhecimento, desejam compreender as suas causas, de modo a que a vida dos seres humanos possa ser maximizada e acompanhada de QV e envelhecimento bem sucedido (Spirduso, 2005). Assim, surgem um conjunto de teorias para explicar a razão das pessoas estarem sujeitas ao envelhecimento e de morrerem, embora segundo Cancela (2007), nenhuma delas tenha sido comprovada.

Neste trabalho faz-se referência às teorias: *Biológicas e Psicossociais*, mencionadas por Stanhope e Lancaster (1999) e Stuart e Laraia (2001); assim como às teorias do envelhecimento referidas por Cancela (2007).

As Teorias Biológicas do envelhecimento examinam o assunto sob a ótica do declínio e da degeneração da função e estrutura dos sistemas orgânicos e das células (Farinatti 2002, p.129). No entanto, dado que estas teorias não dão respostas a todas as questões do envelhecimento surgem as Teorias Psicossociais, na tentativa de explicar a influência de fatores sociais e culturais no envelhecimento como a seguir se apresentam discriminadas.

Várias têm sido as *Teorias Biológicas* desenvolvidas para explicar o envelhecimento, Stanhope e Lancaster (1999, p.638) fazem referência a quatro:

- *A teoria da interação celular*, desenvolvida por Berger em 1994, que propõe que as células do indivíduo são influenciadas por outras células, sendo que esta situação só ocorrerá se as células não funcionarem bem;

- A *teoria da mutagênese somática* desenvolvida por Kane et. al em 1994, explica que quando as células se dividem desenvolvem mutações espontâneas, que conduzem à sua morte;

- A *teoria do acidente por erro*, também desenvolvida por Kane et. al, nesta verifica-se que acontecem erros no ácido desoxirribonucleico (DNA), no ácido ribonucleico (RNA) e na síntese das proteínas, sendo que cada erro aumenta consideravelmente outro e termina num acidente por erro;

- A *teoria da deterioração* proposta também por Berger em 1994, é considerada a mais antiga e a mais geral das Teorias Biológicas do envelhecimento. Esta teoria considera que partes do corpo humano se danificam com o uso, sendo que o simples facto de viver causa esse desgaste.

Por sua vez Stuart e Laraia (2001, p.841), fazem referência a três Teorias Biológicas:

- *Teoria da programação biológica*, que propõe que as células têm previamente determinado o seu tempo de vida, estando armazenada esta informação no seu interior. Esta teoria acredita que o declínio do funcionamento biológico, cognitivo e psicomotor é inevitável e irreversível, embora algumas alterações positivas efetuadas possam conduzir ao atraso no processo de envelhecimento;

- *Teoria do desgaste*, defende que as alterações estruturais e funcionais podem ser aceleradas pelo abuso e retardadas mediante conversação e cuidados. Nesta perspetiva o envelhecimento é considerado em termos de desenvolvimento, começando pela conceção, chegando ao declínio e à morte;

- *Teoria da adaptação ao stress*, evidencia os efeitos positivos e negativos do stress sobre o desenvolvimento biopsicossocial. O stress positivo pode estimular o indivíduo a tentar novos e mais eficazes modos de encarar a vida. O efeito negativo seria a incapacidade de funcionar quando o individuo sente que as suas capacidades são ultrapassadas.

As *Teorias Biológicas* nomeadamente: a *teoria do desgaste*, *teoria do acidente por erro* e a *teoria da deterioração* são também referidas Berger e Mailloux-Poirier (1995). Para além destas, estes autores fazem ainda referência à *teoria imunológica*, *genética*, *dos radicais livres* e *neuro-endócrinas*.

- A *teoria genética* referida por Berger e Mailloux-Poirier (1995, p.103), explica que o *envelhecimento seria programado biologicamente de um modo contínuo, durante o desenvolvimento orgânico, seguindo rigorosamente a embriogénese, a puberdade e a maturação.*

Esta teoria também é mencionada por Cancela (2007) sendo denominada por *teoria do envelhecimento programado*, explicando o processo de envelhecimento através de fatores exclusivamente genéticos. Esta teoria preconiza que os genes são os responsáveis pela velocidade com que os indivíduos envelhecem, sendo estes a determinar o tempo que as células irão viver.

Cancela (2007) refere que esta teoria vincula que as células do organismo humano estão programadas para morrer, após sofrerem um conjunto de divisões celulares. O processo de morte é desencadeado naturalmente após ter ocorrido esse determinado número de divisões celulares, estando diretamente relacionado com a idade biológica, sendo este processo divergente para as diferentes espécies.

O envelhecimento das células implica que os órgãos tenham défices de funcionamento não conseguindo manter as funções biológicas necessárias para a manutenção da vida.

- A *teoria dos radicais livres* é referida por Berger e Mailloux-Poirier (1995) e Cancela (2007). O segundo autor refere-se a esta teoria, mencionando ser esta a que melhor explica o processo de envelhecimento. Esta teoria faz referência ao facto das células envelhecerem como consequências dos danos causados pelas reações químicas a que são expostas no interior das células. As toxinas produzidas durante estas reações são denominadas por radicais livres.

Cancela (2007), refere que as células nervosas são um dos alvos dos radicais livres. Como estas células não se reproduzem, implica que o número de neurónios diminua progressivamente e cada vez mais, conduzindo assim a perdas da capacidade funcional. Assim, à medida que o tempo passa, estas células são sujeitas a lesões consecutivas, levando a que as mesmas não funcionem normalmente, conduzindo assim à sua morte, o que consequentemente causa a morte do organismo.

A teoria dos radicais livres está relacionada com a generalidade das doenças que são características da idade, nomeadamente: *a arteriosclerose, as doenças coronárias, a catarata, o cancro, a hipertensão arterial, as doenças neuro-degenerativas e outras* (Cancela, 2007, p.6).

- A *teoria neuro-endócrina* refere que a *regulação do envelhecimento celular e fisiológico está ligada às mudanças das funções neuro-endócrinas* (Berger e Mailloux-Poirier, p.103).

No que diz respeito as *Teorias Psicossociais* Stanhope e Lancaster (1999, p.638-639) fazem referência a seis, nomeadamente:

- A *teoria do desprendimento*, esta teoria foi desenvolvida por Cummings e Henry em 1961, e admite que a sociedade e as pessoas se desligam mutuamente, permitindo que cada pessoa efetue atividades mais centradas em si, o que permite o equilíbrio para esta fase da vida.

Esta teoria é também referida por Berger e Mailloux-Poirier (1995), embora estes autores a denominem *por teoria de desinserção*.

Também, Stuart e Laraia (2001), fazem referência a esta teoria denominando-a *por teoria do desengajamento*. Esta teoria é polémica, dado que refere que os idosos gostam apenas da companhia de pessoas da mesma idade não devendo existir contacto com outras gerações, sobretudo nos locais de encontro das gerações mais velhas (Stuart e Laraia, 2001).

- A *teoria da atividade* é a teoria opositora da teoria do desprendimento, neste sentido esta refere que as pessoas idosas têm necessidade e querem desenvolver uma variedade de atividades e como referem Berger e Mailloux-Poirier (1995) e Stuart e Laraia (2001) a atividade é fundamental para manter o seu nível psicológico positivo.

- A *teoria da continuidade* refere que os idosos irão adaptar-se a esta fase da vida, assim como até então se adaptaram em outras fases. O envelhecimento é encarado como uma continuidade da vida. Esta teoria é igualmente mencionada por Berger e Mailloux-Poirier (1995).

- A *teoria da permuta* encara o idoso com respeito, resultante do seu saber, da sua experiência e história de vida; os conhecimentos adquiridos pelos idosos ao longo da vida são partilhados com os mais novos;

- A *teoria humanista* é referida por Berger em 1994, como uma teoria que *vê a pessoa como única, autodeterminada, merecedora de respeito e orientada para uma variedade de necessidades básicas humanas*. Os humanistas Abraham Maslow e Carl Rogers, também elegem esta visão humanista, considerando uma

visão mais holística do envelhecimento. Assim, Maslow refere que o comportamento humano é motivado pelas necessidades básicas universais, até à necessidade de auto atualização. Se as necessidades básicas não foram satisfeitas, a auto atualização não é conseguida. Por sua vez, Rogers acredita que o processo de uma pessoa se tornar adulta é ajudado ao longo da vida, por aqueles que estão à nossa volta e que gostam de nós;

- A *teoria interpessoal* de Harry Stack Sullivan (1956, cit. in Stanhope e Lancaster, 1999) envolve o desenvolvimento de uma relação interpessoal satisfatório como um sinal de maturidade. Quando as relações são perdidas, os indivíduos tendem simultaneamente a sentir uma perda de segurança interpessoal.

Erik Erickson um dos pioneiros nos estudos sobre o desenvolvimento humano, formula em 1950 a Teoria do Desenvolvimento ao longo do ciclo de vida. Esta teoria explica, segundo Bee e Mitcheel (1984) que o desenvolvimento se realiza ao longo da vida e a identidade da pessoa desenvolve-se através de um conjunto de estágios psicossociais (Araújo, 2005). Identifica tarefas que devem ser dominadas em cada um dos oito estádios da vida, sendo que estas referem-se a competências adequadas à idade que devem ser realizadas (Stuart e Laraia, 2001).

A última tarefa, *estádio 8*, denominado *Integridade versus Desespero*, é frequentemente utilizado quando se faz alusão aos adultos mais idosos. Este relaciona-se com a reflexão sobre a própria vida e conquistas, é identificada como estágio de integridade do ego. O resultado da resolução do conflito entre a integridade do ego e desespero é a aquisição da sabedoria (Stuart e Laraia, 2001). Segundo Berger e Mailloux-Poirier (1995), este estágio representa a velhice para Erickson e este é o resultado de crises epigenéticas anteriores bem sucedidas ou não.

Erikson contribuiu significativamente para a compreensão das mudanças que ocorrem na velhice. Araújo (2005) ressalta ainda que até então não havia sido dado ênfase por nenhum outro psicólogo ao estágio do desenvolvimento humano contemplando a vida adulta. Por sua vez e como mencionam Bee e Mitchell (1984, cit. in Araújo, 2005), acrescentam que a teoria de Erikson colabora no sentido de oferecer sínteses sobre o desenvolvimento cognitivo e da personalidade, sobretudo na vida adulta.

Sequeira (2010, p.11) faz ainda referência às teorias do desenvolvimento referidas por Baltes e Smith (1999) que explanam as mudanças relacionadas com a idade, também numa perspectiva de ciclo vital com Erickson, mas em função das abordagens multidisciplinares; nesta teoria constata-se que os *fatores biológicos são preditores do funcionamento intelectual*.

Berger e Mailloux-Poirier (1995) para além da teoria de Desenvolvimento de Erickson mencionam também a Teoria de Peck e Buhler. O primeiro autor dá continuidade à teoria de Erickson e faz referência à existência de três estádios de desenvolvimento psicológico no envelhecimento feliz, nomeadamente: 1) *a diferenciação do eu (ego)*; 2) *desligamento* e 3) *transcendência do EU*. Sendo que as tarefas de desenvolvimento mal sucedido fazem referência também a três, como: 1) *preocupação com o papel profissional*; 2) *preocupação de ordem corporal* e 3) *preocupação com o EU* (Berger e Mailloux-Poirier, 1995, p.163).

Para Buhler a velhice representa a quinta fase da vida e começa entre os 65 e os 70 anos. Esta teoria postula que as pessoas passam a não querer atingir os objetivos previamente determinados e formulam outros objetivos, que sejam mais adequados à nova etapa de vida. Como tarefas de desenvolvimento bem sucedido, Buhler menciona a *Teoria da Intencionalidade ou redefinição dos objetivos de vida* e como tarefas mal sucedidas o *Desespero ou Depressão* (Berger e Mailloux-Poirier, 1995, p.163).

Outra teoria, desenvolvida por Gould (1978), enfatiza os processos do desenvolvimento da velhice, seguindo uma abordagem similar à de Erikson, propondo também estágios de desenvolvimento. Estas teorias desencadearam, dentro da Psicologia do Desenvolvimento, relevância à faixa etária dos mais idosos, pois este período já era uma inquietação, em várias áreas do conhecimento, sobretudo Gerontologia, o interesse em conhecer em profundidade os fenómenos relacionados ao processo de envelhecimento e à velhice (Araújo, 2005).

As teorias do envelhecimento podem ajudar na prática diária de enfermagem, verificando-se que uma ou mais teorias podem estar adequadas, pelo que cabe ao enfermeiro eleger aquela que melhor se adequa ao idoso a que vai ser aplicada (Stanhope e Lancaster, 1999). Por sua vez estas teorias podem também ajudar a elucidar acerca das alterações físicas e mentais vivenciadas pelo idoso (Stuart e Laraia, 2001).

2. QUALIDADE DE VIDA NO ENVELHECIMENTO

Pais-Ribeiro (2009), juntamente com diversos investigadores/colaboradores têm desenvolvido vários estudos sobre a temática da QV, dos quais se destacam para este estudo, os relacionados com as variáveis psicológicas que influenciam e explicam a QV e os estudos realizados com idosos (respetivamente realizados por Meneses, Pais-Ribeiro e Martins da Silva, 2002; Pais-Ribeiro e Pombeiro, 2003 e 2004; Bertoquini e Pais-Ribeiro, 2006; e Pais-Ribeiro, Martins da Silva, Meneses e Falco, 2007 e 2008).

Avaliar a QV é uma preocupação que tem a sua origem nos movimentos políticos do pós II Guerra Mundial, sendo esta primeiramente abordada pela área da economia, da política e da sociologia. Só mais tarde é que a QV passa a ser relevante e a integrar o sistema de saúde, tornando-se um objetivo imprescindível na prática de cuidados (Ribeiro, 2006a).

Avaliar a saúde ou a QV implica uma abordagem multidisciplinar, algo que não se evidencia na avaliação das variáveis positivas (Ribeiro, 2006a). O mesmo autor refere ainda que, a forma de efetuar a avaliação destes constructos tem a sua origem na psicologia, nomeadamente John Ware Jr, e outros psicólogos associados à criação da primeira versão do *Short-Form* com 36 itens (SF-36) e passa pela utilização de técnicas, nomeadamente o uso de questionários de auto resposta.

O interesse na avaliação destes constructos em Portugal principiou-se pela psicologia no final dos anos 80, sendo também neste período que emergiu a sua aplicação em contexto de doença. Como constructo central para a saúde e doença, a QV deve ser o seu resultado primário, isto é, a intervenção visa a QV e esta avalia o sucesso da intervenção, tal como recomendado por Bucher, Guyatt, Cook, Holbrook, e McLister (1999, cit. in Ribeiro, 2006a).

A avaliação de QV é imprescindível na vida das pessoas. Como medida de avaliação de saúde, estimulou a formação do Grupo de QV da Organização Mundial de Saúde (World Health Organization Quality of Life Group) para desenvolver medidas que considerem a QV dentro de uma perspetiva internacional, em que os

diferentes países e culturas possam influenciar desde a elaboração dos conceitos que norteiam a elaboração das questões até sua validação.

A natureza abstrata e subjetiva do termo QV explica a atribuição diferente de significado para as pessoas em lugares e períodos diferentes (Katz, 1987). Sendo assim, QV representa a satisfação com aspectos da vida que são importantes para cada pessoa (Ferrans; Powers, 1985; Oleson, 1990).

O termo QV pode ser definido como uma construção social com a marca da relatividade cultural com referências históricas e culturais que refletem conhecimentos, experiências, valores individuais e coletivos (Minayo, Hartz e Buss, 2000). Segundo estes autores, o conceito de QV situa-se na interseção entre o idealizado e o vivenciado pelo indivíduo, sendo que, quanto mais inserido nessa área de interseção, melhor a QV dessas pessoas, pois satisfazem as suas reais expectativas em relação ao bem-estar e à felicidade.

Todavia, evidencia-se que ainda não existe um significado unânime para o conceito de QV. Schalock (2000), confirma esta evidência, quando refere que existem muitas definições e interpretações de QV, mais de cem definições. Acresce ainda que é, também, comum nos artigos os autores não definirem o conceito de QV.

Na mesma perspectiva, Hagerty et. al (2001) e Taillefer et. al (2003), referem que na literatura, há muita confusão sobre o que é QV, para quê que a QV contribui e quais são os resultados de QV.

Por outro lado, há também tendência de alguns autores em utilizar QV com outros conceitos de modo intercambiável, todos estes são usados de modo equivalente ao termo QV, sendo que os exemplos mais citados desses conceitos são satisfação com a vida, felicidade, otimismo, bem-estar, estado de saúde e condições de vida (Ferrans et. al, 2005; Meeberg, 1993 e Vila, 2006).

Cada um dos indicadores objetivos e subjetivos da QV são avaliados, de acordo com o grau de importância, satisfação, adequação e aplicação à realidade vivenciada pelo indivíduo (Ferrans e Powers, 1985; World Health Organization Quality of Life (WHOQOL), 1998; Schalock, 2000 e Renwick, 2004). Há consenso ainda de que, tomadas em conjunto, as dimensões/indicadores ou domínios, de QV representam o conceito de QV como um todo (Felce e Perry, 1995; Schalock 1996; Cummins 1997 e Keith, 2001).

Assim como afetam umas às outras, cada dimensão de QV é capaz de ser influenciada por uma variedade de fatores externos que definem a constituição biológica do indivíduo, a história do ciclo vital, envolvendo aspectos ambientais, culturais e sociais (Vila, 2006).

Acrescenta ainda que tais influências externas incluem, a herança genética, social e material, a idade, a maturidade, o desenvolvimento, a profissão, o companheiro, ainda as variáveis sociais, económicas e políticas (Vila, 2006). Assim, é necessário que qualquer sistema de medida que tenha como propósito estudar, ou caracterizar a QV considere esses aspectos no seu referencial de QV.

Perante a realidade inquestionável das transformações demográficas iniciadas no último século e que nos fazem observar, como já foi referido no capítulo anterior, uma população cada vez mais envelhecida, evidencia-se a importância de garantir aos idosos uma boa QV (Vecchia et. al 2005).

O conceito de QV está assim relacionado com a autoestima e o bem-estar pessoal envolvendo uma série de aspectos como a capacidade funcional, o nível socioeconómico, o estado emocional, a interação social, a atividade intelectual, o autocuidado, o suporte familiar, o estado de saúde, os valores culturais e éticos, a espiritualidade, o estilo de vida, a satisfação com a vida, as atividades de vida diárias e o ambiente onde se vive (Vecchia et. al, 2005).

O conceito de QV é divergente de autor para autor, sendo ainda um conceito subjetivo, dependente do nível sociocultural, da faixa etária e das aspirações pessoais do indivíduo (Vecchia et. al, 2005). Moraes e Witter (2007), acrescentam que cada pessoa tem o seu conceito de QV, das suas necessidades, preferências e do que é importante para si, sendo que é verdade que nem sempre o nível socioeconómico é sinónimo de QV, levando a deduzir que este constructo é individual. Assim, a QV e envelhecimento são temas que requerem um tratamento cuidadoso devido a sua complexidade e abrangência (Moraes e Witter, 2007).

Santos (2008) reforça a ideia e acrescenta que a QV está relacionada com a forma como cada um se vê e vê o mundo e a avaliação dessa qualidade é feita de acordo com estas influências externas e com outros critérios, tais como a educação, a escolaridade, as necessidades de cada um, a saúde, que são

diferentes para cada pessoa e para cada situação, pois há grande diversidade de condições sociais, de níveis de vida, de estados psíquicos, físicos e de crenças.

QV no idoso implica a capacidade de organizar a vida dentro dos parâmetros definidos pelas limitações físicas, psicológicas e implica ainda a garantia da assistência à saúde, liberdade de escolha, amigos, local para morar e presença de atividades recreativas (ONU, 2003).

No que se refere às perspetivas da QV, são consideradas por Leal (2008), nomeadamente: a biológica, a cultural, a económica e a psicológica.

Relativamente à *perspetiva biológica*, a QV é associada à saúde. Pode dizer-se então que segundo esta perspetiva a QV assenta na noção real que a pessoa tem sobre a sua condição física, da capacidade para realizar as atividades do dia-a-dia que fazia anteriormente à situação de vida atual, sendo que esta deve corresponder à realidade vivida pela pessoa (Leal, 2008).

A chegada da velhice implica limitações do corpo. Nesta fase os idosos não têm a mesma vitalidade, a mesma rapidez de raciocínio, a mesma perceção sensorial, motora ou mesmo cognitiva (Skinner e Valghan, 1983; cit. in Moraes e Witter, 2007). Muitas vezes o idoso é acometido por doenças crónicas específicas da idade, porém a QV pode ser mantida com criatividade e lazer, sem dispensar os cuidados com a saúde (Leal, 2008).

No que se refere à *perspetiva cultural* a QV não é homogénea, pois modifica-se com o decorrer dos anos, devido às exigências da sociedade, do desenvolvimento da tecnologia e da ciência e do próprio poder económico, portanto é importante respeitar todas as culturas e os seus valores, quando se pretende avaliar a QV (Leal, 2008).

Também na *perspetiva económica* existem diferentes convicções sobre o conceito de QV (Leal, 2008). Acrescenta ainda que existem autores como Aron Belinky, que referem que o importante é planear para ter o suficiente, sem consumir com exagero e desperdício. Nesta ideia, a QV está mais relacionada com a moderação, pois os recursos económicos nem sempre significam QV. Por sua vez e de modo antagónico com o referido anteriormente, outros pareceres, nomeadamente o de Navaro (s/d, cit. in Leal, 2008), refere que a QV é sinónimo de luxo.

Por fim a *perspetiva psicológica*, é quase impossível de ser definida, pela inexistência de concordância quanto ao seu significado. Nesta perspetiva, a QV é muitas vezes associada à felicidade ou satisfação. Baseia-se no respeito mútuo, na capacidade de ultrapassar os problemas da vida, na felicidade, na promoção da saúde mental, na conservação de relações, no pensamento positivo, no gostar de si próprio e dos outros, o que implica ser ético, pelo que a QV depende do indivíduo, dos seus valores e da relação que estabelece com os que o rodeiam (Leal, 2008).

O referido autor, acrescenta que os critérios de avaliação da QV estão também relacionados com a imagem corporal, a profissão, a capacidade de desempenho das atividades de vida diárias, a motricidade, a capacidade de manutenção de relações, a saúde, e ainda aspetos pessoais relacionados com a perspetiva de cada indivíduo tem para a sua QV.

A QV tem assim várias áreas de aplicabilidade, nomeadamente: economia, sociologia, medicina, farmacologia, psicologia, política, sendo um constructo complexo, multidisciplinar e frequentemente confundido com a definição de saúde (Ribeiro, 2006a).

No que concerne ao contexto da saúde, a QV, generalizou-se e popularizou-se, sendo um constructo com várias definições, muitas vezes mencionado como *QV relacionada com a saúde*, e depende da patologia que a pessoa tem (Ribeiro, 2006a).

A saúde é definida pela OMS (1998) como *um estado de bem-estar físico, mental e social e não somente ausência de doença*. Acrescenta ainda que a promoção da saúde e promoção da QV podem ser consideradas sinónimos, sendo esta posição também assumida pelo Grupo Português para o Estudo da QV.

A promoção da saúde e bem-estar do idoso, é imprescindível constituindo a segunda orientação prioritária de intervenção, referida no Plano Internacional para o Envelhecimento de 2003, evidenciando as preocupações com o envelhecimento bem-sucedido, promotor de QV e bem-estar.

O idoso tem o absoluto direito de acesso à assistência (preventiva e curativa) e aos serviços de saúde (ONU, 2003). O pleno acesso inclui a prevenção de doenças, implica o reconhecimento de que as atividades de promoção da saúde e prevenção das doenças ao longo da vida devem centrar-se na manutenção da

independência, na prevenção e duração das doenças e na atenção da invalidez, como na melhoria da QV dos idosos.

Chegar à velhice com boa saúde e bem-estar requer por um lado um esforço individual durante toda a vida, mas por outro um ambiente em que esse esforço possa ter êxito (ONU, 2003). A responsabilidade individual consiste no facto das pessoas desenvolverem um modo de vida saudável. Relativamente aos governantes, a ONU, refere que estas entidades devem promover a criação de um ambiente favorável à saúde e ao bem-estar, inclusive na velhice.

No âmbito da saúde, o conceito de QV desenvolve-se numa perspetiva de avaliação holística e, neste sentido, a QV é considerada uma dimensão pessoal, multidimensional e bipolar. Santos (2008), refere ainda que, este conceito é dinâmico, inerente ao fator tempo, experiências e acontecimentos vivenciados.

Na mesma perspetiva Ribeiro (2006b) refere que a perceção de QV para além de ser um processo dinâmico, depende das características de cada indivíduo, do modo como ele percebe o processo de envelhecimento e como ele o enfrenta, todavia, existem variáveis psicossociais que protegem os indivíduos da influência patogénica ou iatrogénica de acontecimentos stressantes ao longo da vida - ou seja o *buffering model* (modelo de amortecimento).

A QV revela-se um constructo popular, onde todos o definem. Associando-se este facto, às numerosas variáveis pessoais e sociais que recaem no seu significado, estas evidências continuam a determinar a dificuldade na definição objetiva deste constructo (Pais-Ribeiro, 2009).

A diversidade de definições para QV, revelam assim a grande complexidade, a grandeza e a vastidão com que este constructo é utilizado. Revela ainda a importância de avaliar a complexidade do ser humano, atendendo aos diferentes contextos que lhe estão diretamente associados (Pinto, 2007). Neste contexto seguidamente, apresentam-se algumas das definições mencionadas por especialistas na área da saúde que foram citadas in Ribeiro (2006a, p.6), nomeadamente, QV é:

- *um estado de bem-estar físico, mental e social e não somente a ausência da doença ou incapacidade* (Cramer, 1994);

- a percepção subjetiva de satisfação ou felicidade com a vida em domínios que são importantes para si (Leidy, Revicki e Genesté, 1999);

- o sentimento pessoal de bem-estar que provém da satisfação ou insatisfação com domínios da vida que são importantes para a pessoa (Ferrans e Powers, 1992);

- a diferença entre as expectativas pessoais e o que está a acontecer realmente na vida pessoal (Calman, 1984).

Neste contexto, concretizar a definição clara de QV, identificar os seus componentes principais, discriminar o que é a QV e o que lhe dá origem, assim como encontrar instrumentos que a avaliem, parece ser uma realidade ainda longínqua (Pais-Ribeiro, 2009).

Para além da diversidade de definições para o constructo de QV, existem ainda um conjunto de conceitos que são considerados seus sinónimos. Assim, Veenhoven (2000, cit. in Pais-Ribeiro, 2009) menciona conceitos utilizados como sinónimos de QV, nomeadamente o bem-estar, a felicidade e a saúde. Por sua vez Sirgy (2002 cit. in Pais-Ribeiro, 2009) faz ainda referência a conceitos como, a satisfação com a vida, o afeto positivo e negativo, o bem-estar subjetivo, a percepção de QV, como aspetos subjetivos da QV.

Apesar do conjunto de sinónimos que se relacionam ao constructo de QV estes termos não são equivalentes. A QV representa a percepção individual, em que os fatores culturais e o ambiente biológico, social, cultural contribuem de forma decisiva para os indivíduos avaliarem a sua vida no que diz respeito à qualidade (Pais-Ribeiro, 2009).

Ter QV é o desejo primordial de qualquer indivíduo, todavia nem todos conseguem este objetivo. De facto a presença de algumas circunstâncias, como a doença, o processo de envelhecimento, implica uma aceitabilidade diferente de indivíduo para indivíduo. Cada pessoa é um ser único e assim sendo também terá diferentes formas de encarar as experiências vivenciadas ao longo do ciclo vital, sejam elas positivas ou negativas.

Assim sendo, neste estudo de Investigação o conceito de QV a considerar é o que nos refere, a OMS (cit. in Sequeira, 2010, p. 4), quando declara que a QV é

a percepção que o indivíduo tem da sua posição na vida, no contexto da cultura e do sistema de valores nas quais ele vive e em relação aos seus objetivos, expectativas, normas e preocupações. É um conceito amplo, subjetivo, que inclui de forma complexa a saúde física da pessoa, o seu estado psicológico, o nível de independência, as relações sociais, as crenças e convicções pessoais e a sua relação com os aspetos importantes do meio ambiente.

É indiscutível que o envelhecimento bem sucedido está relacionado com a QV, tal como nos recorda Sequeira (2010), quando menciona que o envelhecimento bem sucedido, determina os conceitos centrais para a Gerontologia, onde constructos como bem-estar e a QV dos idosos constituem os principais indicadores de uma adaptação bem sucedida.

Por sua vez, em contexto de doenças, a QV e QV relacionada com a saúde são expressões frequentemente associadas como sinónimas. Todavia e embora estejam relacionadas, Pais-Ribeiro (2009) refere-se à QV como um constructo mais abrangente do que a segunda expressão. A QV relacionada com a saúde refere-se à QV diretamente relacionada com a doença ou tratamentos inerentes.

Ainda relativamente à QV, Veenhoven (2000, cit. in Pais-Ribeiro, 2009,) refere a existência de *quatro qualidades de vida*, sendo que estas podem assumir posição quer como resultado, quer como condição de vida. Neste sentido, o referido autor, tenta organizar os conceitos que são utilizados normalmente como sinónimos de *boa vida*, nomeadamente *QV*, *bem-estar*, *felicidade*, *saúde*; criando um sistema de dois eixos denominados: primeiro eixo *oportunidades para uma boa vida* versus uma *boa vida propriamente dita*; o segundo eixo por características *internas* versus *externas* (Pais-Ribeiro, 2009, p.4).

No primeiro eixo, reconhece-se a importância da existência de oportunidade e a sua relação com a boa vida, mesmo que estas não sejam similares e não se concretizem (de facto ao longo da vida pode ser-se confrontado com oportunidades mas por opção ou por outra razão pode não aproveitar-se este momento); o segundo eixo está relacionado com as características do próprio indivíduo e do meio onde este está inserido (Veenhoven, 2000, cit. in Pais-Ribeiro, 2009).

Assim apresenta-se as definições atribuídas às quatro qualidades de vida: a primeira é frequentemente classificada por ecologistas ou sociólogos como *QV* ou por *bem-estar*; contudo os economistas definem-na como *nível de vida* ou *status*.

A segunda QV é designada pelos profissionais de saúde por *QV, bem-estar ou saúde*; por sua vez os biólogos designam-na por *potencial adaptativo* e os psicólogos por *eficácia ou potencial*, sendo que esta se refere ao modo como as pessoas estão preparadas para encarar a vida. A terceira QV refere-se ao *sentido da vida*, ou seja a QV deve caracterizar-se por uma boa vida, que é mais do que ela própria. A quarta QV é denominada por *bem-estar subjetivo, felicidade ou satisfação com a vida* e está intrinsecamente relacionada com o parecer do próprio indivíduo.

Esta classificação desenvolvida por Veenhoven foi fundamental, dado permitir a inclusão dos termos frequentemente usados para designar *boa vida* ou a *QV* (Pais-Ribeiro, 2009).

A Enfermagem não fica indiferente ao termo QV. De facto este constructo tem implicações na prática de cuidados dos enfermeiros, uma vez que o alvo da sua intervenção, seja ele o indivíduo ou a família, tem sempre por objeto proporcionar o seu bem-estar. O ser humano tem a capacidade de tomar decisões em função do que considera primordial e imprescindível para a sua vida. Por sua vez, a Enfermagem direciona a sua intervenção para as necessidades básicas do indivíduo, promovendo a sua saúde, intervindo nas situações de doença, minimizando o impacto da patologia no bem-estar e QV do indivíduo e da respetiva família.

A avaliação da QV e do bem-estar dos indivíduos deve ser parte integrante dos cuidados que diariamente são prestados, pois estes serão imprescindíveis para alcançar resultados e indicadores em saúde. Neste sentido, avaliar a espiritualidade, a satisfação com a vida e o bem-estar, é fundamental dado que estas variáveis se relacionam diretamente com a saúde e a QV dos indivíduos e neste sentido devem ser integradas no Plano de Cuidados dos Enfermeiros com intervenções eficazes para o alcance de bons resultados em saúde.

De facto também na Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem - CIPE (2002, p.43), se valoriza a *peessoa*, enquanto *indivíduo como agente intencional desempenhando funções motivadas por razões baseadas em crenças e desejos do ser humano individual, isto é, racionalidade*.

Atendendo à importância de conceito multidimensional que a QV detém, torna-se premente clarificar e aprofundar o seu constructo. Assim entende-se que

importa atender às experiências e aos traços individuais e analisar algumas variáveis positivas. Investigar de que forma estas variáveis influenciam a QV dos idosos que vivem sós, no contexto onde residem habitualmente, é crucial para melhor entender a complexidade da relação de conceitos envelhecimento bem sucedido e QV.

2.1. Variáveis Positivas e Qualidade de Vida dos Idosos

A atenção outrora dada à patologia tem-se deslocado para uma posição mais positiva que se dedica ao estudo dos recursos e das potencialidades existentes na velhice. Neste contexto, Couto (2005), reforça esta evidência, mencionando que nos últimos anos, outras questões, têm sido consideradas importantes no estudo da etapa do ciclo vital - a velhice.

O constructo de saúde nasceu no final da Segunda Guerra Mundial sendo definido pela OMS em 1948, tal como referido no capítulo anterior (Ribeiro, 2005c). O mesmo autor, ressalva que este conceito foi ideológico durante muito tempo e não era considerado na prática, uma vez que até então as doenças constituíam o foco central de atenção. Nos anos 70, resultante das alterações dos padrões de mortalidade e de morbilidade, com as revoluções políticas, económicas e culturais é que a saúde passa a destacar-se com uma prática comum e não apenas como uma ideologia.

A definição apresentada pela OMS sobre o constructo da saúde coloca-a numa conjuntura alargada sobre os estados de saúde, evidenciando a sua relação com o bem-estar das pessoas, excluindo as categorias de doença que nessa época era característico. Chatterji et. al (2002, cit. in Ribeiro, 2006a), explicam ainda que: a definição equiparava saúde a três domínios de bem-estar, associando a saúde como uma condição para o bem-estar geral.

Assim na década de 70 adota-se uma perspetiva global de saúde integrando promoção, proteção da saúde, prevenção e tratamento de doenças num grupo indissociável, ao contrário do que acontecia até então onde o foco da atenção era o tratamento e só esporadicamente se atendia à prevenção das doenças. O movimento dos anos 70 acarreta ainda outra situação, é também nesta época que surge pela primeira vez a possibilidade de avaliar a saúde (Ribeiro, 2006a).

Ao entender o homem como um ser bio-psico-social e espiritual não sendo este último necessariamente religioso, sabe-se que a QV, tem de ser avaliada na sua vertente multidimensional, incluindo outras variáveis para além do conceito de saúde.

O conceito de QV, embora não equivalente, relaciona-se com os conceitos de saúde, bem-estar, felicidade e satisfação com a vida (Ribeiro, 2005c). Representa a perceção individual sobre a posição na vida (Ribeiro, 2005c), em que, tal como mencionado anteriormente neste trabalho por outros autores, os aspetos culturais e as particularidades do meio ambiente biológico, social e cultural contribuem de modo decisivo.

De acordo com Battini, Maciel e Finato (2006, p.457), a questão do bem-estar na velhice é algo que também tem sido evidenciado como relevante. Neste contexto, os estudos apontam que se determinadas variáveis estiverem presentes, a probabilidade de uma boa adaptação à velhice aumenta consideravelmente. Entre elas, destacam-se, *1) a autonomia, 2) o manter redes de apoio (amigos, vizinhos, pessoas significativas), 3) autoaceitação, 4) continuar a estabelecer objetivos de vida e 5) crenças religiosas/espiritualidade.*

A adaptação ao envelhecimento é também mencionada por Berger e Mailloux-Poirier (1995). Atendendo que ao longo da vida o ser humano é confrontado com uma diversidade de experiências, e a adaptação a estas situações é influenciada pela idade, pelas estratégias selecionadas para se adaptar, pelas forças pessoais, constata-se que o processo de adaptação ao envelhecimento pode ser difícil manter-se durante toda a vida.

Os idosos que conseguem ultrapassar os períodos mais difíceis da vida conservam a sua integridade, os valores pessoais e são assim capazes de aceitar positivamente esta nova etapa da vida. Isto significa que estes indivíduos foram bem sucedidos na adaptação; por sua vez ao aceitarem a velhice como algo natural, implica diretamente que o envelhecimento foi bem sucedido. Todavia a aquisição deste conhecimento, tranquilidade e forma de viver a velhice, implica que tenha ocorrido uma adaptação ao longo de toda a vida, dado que *se soube viver, também, deve saber e ser capaz de envelhecer. Adaptar-se é então, continuar a viver, recorrendo a estratégias para conservar a autoestima* (Berger e Mailloux-Poirier, 1995, p.165).

Por sua vez, da pertinência da avaliação de QV, urge recordar o que nos diz Leal (2008), quando afirma que para Giovanni Pires, este conceito depende ainda das crenças espirituais, do otimismo com que a pessoa vive o seu dia-a-dia e da capacidade de superar os obstáculos.

Neri e Teixeira (2008), afirmam também que o bem-estar subjetivo é um critério essencial para a velhice bem-sucedida, devendo ser considerado na avaliação da QV.

Atendendo a estas constatações, é fundamental descrever os constructos de algumas variáveis positivas, que vão ser analisadas neste estudo de Investigação, nomeadamente: Satisfação com a Vida, Espiritualidade e Bem-estar, uma vez que estas são capazes de influenciar a QV dos idosos e de aumentar a probabilidade de um envelhecimento bem-sucedido. Até porque se o papel de um conjunto de variáveis é a preservação das doenças mentais como refere Ribeiro (2006a), é de todo pertinente efetuar a abordagem a estas variáveis aquando da avaliação dos idosos em contexto de saúde.

2.1.1. Bem-Estar

Um envelhecimento bem sucedido é acompanhado de QV e bem-estar e deve ser fomentado ao longo de todo o ciclo vital (Sousa, Galante e Figueiredo, 2003).

A QV envolve para além de aspetos ambientais, aspetos internos característicos a cada pessoa, correspondendo ao Bem-Estar Psicológico (BEP) e ao bem-estar subjetivo (Lima e Albuquerque, 2007). Estes dois tipos de bem-estar construíram-se *a partir de perspetivas filosóficas diferentes e as duas tradições - hedonismo e eudaimonismo - são fundadas em perspetivas distintas da natureza humana e daquilo que constitui uma boa sociedade* (Ryan e Deci, 2001; cit. in Lima e Albuquerque, 2007, p.3).

Neste contexto, o bem-estar subjetivo encontra-se ligado ao hedonismo, associando o bem-estar como a felicidade subjetiva e a procura de experiências de prazer ou o equilíbrio entre afeto positivo e negativo (Diener et. al, 1999). Enquanto o BEP é vinculado na tradição eudaimónica, que na perspetiva de Ryff

em 1995, assume o bem-estar como concretização do potencial humano (Lima e Albuquerque, 2007).

Lima e Albuquerque (2007, p.3), fazem referência à perspectiva de Waterman, que considera que as divergências entre estas duas concepções de bem-estar se consolidam, particularmente, pelo facto do bem-estar subjetivo estar *associado à felicidade, ao relaxamento, a sentimentos positivos e a uma ausência relativa de problemas*, e o Bem-Estar Psicológico encontra-se associado ao *ser em mudança, ao exercício do esforço e à procura do crescimento e desenvolvimento pessoal*.

Lima e Albuquerque (2007), fazem ainda referência a algumas investigações, nomeadamente as de Compton et. al 1996; King e Napa 1998; McGregor e Little 1998, que aludem no sentido do fenómeno do bem-estar poder ser compreendido num enquadramento conceptual comum e concebido. Por sua vez Ryan e Deci (2001) fazem referência aos estudos de Keyes, Shmotkin e Ryff 2002; e Lent 2004, onde o bem-estar é considerado como uma entidade multidimensional que inclui similarmente o bem-estar subjetivo e o bem-estar psicológico.

Como já foi referido anteriormente, a velhice constitui um período de grandes mudanças (a nível biológico, psicológico e social), que exigem ao idoso um esforço de adaptação às novas condições de vida, tratando-se de um momento de risco para o equilíbrio e BEP (Sequeira e Silva, 2002 e Coimbra, 2008).

Ribeiro (2006b) faz referência ao BEP, como uma variável positiva capaz de influenciar o impacto das situações stressantes no bem-estar individual. Acrescenta ainda que a promoção do bem-estar é imprescindível para o fortalecimento psicológico dos indivíduos, sujeitos a situações traumatizantes ou a situações que implicam adaptação e aceitação, como o processo de envelhecimento. Neste sentido, a promoção do BEP tem por objetivo, o ampliar da comodidade e a funcionalidade dos indivíduos (Ribeiro, 2006b).

As variáveis positivas, como o bem-estar, são assim relevantes, já em 1997 Folkman, fazia referência à sua importância, identificando esta variável como protetora no lidar com as diferentes circunstâncias da vida ao longo do ciclo vital (Ribeiro, 2006a).

De igual modo as ciências de enfermagem não são indiferentes à importância deste conceito e consideram-no como um foco de atenção, que deve estar implícito na abordagem holística do indivíduo e na prestação de cuidados diários.

Neste contexto, o bem-estar é definido, segundo CIPE (Versão Beta 2, 2002, p.43), como sendo *um tipo de autoconhecimento com as características específicas: imagem mental de se sentir bem, de equilíbrio, contentamento, amabilidade ou alegria e conforto, usualmente demonstrada por tranquilidade consigo próprio e abertura para as outras pessoas ou satisfação com a independência.*

Na CIPE (Versão Beta 2, 2002), evidencia-se uma panóplia de distinções para o bem-estar, que devem ser incluídas na avaliação multidimensional dos clientes. Assim sendo, também na avaliação da QV, na lógica da promoção de um envelhecimento bem sucedido, importa atender ao foco bem-estar.

Perante estas evidências, neste estudo de Investigação serão consideradas os três tipos de Bem-estar (Subjetivo, Psicológico e Espiritual), como variáveis a estudar e que influenciam a QV dos idosos. O Bem-estar Subjetivo foi relacionado com a variável Satisfação com a Vida e apresenta-se descrito no próximo capítulo. O Bem-estar Espiritual será referido no subcapítulo referente à Espiritualidade. No quadro conceptual, será considerado o seguinte conceito de BEP: como sendo a *imagem mental de estar em boa condição psicológica, satisfação com o controlo de stress e do sofrimento* (CIPE - Versão Beta 2, 2002, p.44).

2.1.1.1. Satisfação Com a Vida

A Satisfação com a Vida *refere-se a um processo de juízo pessoal, em que cada indivíduo avalia a QV baseando-se numa comparação entre as circunstâncias, da sua vida e ideais ou standard* (Dias, 2006, p.54). Da maior ou menor correspondência entre as duas, surge segundo Pavot e Diener (1993), uma maior ou menor satisfação com a vida. Neste trabalho de Investigação será esta a definição a ser considerada no quadro conceptual sempre que se referir ao termo satisfação com a vida.

Por outro lado, a Satisfação com a Vida é um processo de avaliação cognitiva, que se baseia na avaliação que cada indivíduo faz acerca da sua vida em geral, ou em domínios mais específicos, sendo um dos componentes do constructo mais abrangente que é o bem-estar subjetivo (Shin e Johnson, 1978; Robinson, Wrightsman e Andrews, 1991 e Dias, 2006).

As características a ter em conta para qualificar a Satisfação com a Vida, não são universais, pois não existe uma forma linear e comum de caracterizá-la nos idosos. Talvez porque são demasiadas as variáveis que influenciam os níveis de satisfação e, provavelmente, as mais relevantes ou as que têm maior influência ainda estão por determinar (Calixto e Martins, 2010).

Quanto aos fatores que se predispõe como indicadores dos níveis de Satisfação com a Vida, existem segundo Calixto e Martins (2010, p.3), resultados contraditórios entre autores. Segundo os mesmos autores, são cinco os tipos de variáveis que mais influência e predizem a maior ou menor Satisfação com a Vida, nomeadamente: *as variáveis sociodemográficas, os relacionamentos sociais, a personalidade, o coping e a autoestima.*

No entanto existem determinados fatores que podem ser apontados individualmente. Para Steinhagen-Thiessen e Borchelt (2001), a dependência dos idosos na execução das Atividades de Vida Diária tem um impacto significativo na sua saúde e QV, enquanto Prull et. al (2000), evidenciam a importância do funcionamento cognitivo, pelo seu potencial impacto na funcionalidade do idoso.

Por sua vez, a influência das alterações relacionadas com a idade na saúde, interação social e os recursos socioeconómicos devem ser também avaliadas, já que estas podem favorecer ou prejudicar a avaliação do indivíduo sobre a sua vida, principalmente na velhice (Bishop et. al, 2006).

Na generalidade os vários estudos analisados fazem referência à relação entre a Satisfação com a Vida e o Bem-estar Subjetivo, sendo na componente cognitiva do Bem-estar Subjetivo que se enquadra e valoriza a importância da dimensão, a Satisfação com a Vida (Dias, 2006).

Valida-se esta relação, quando se analisa a definição que Pais-Ribeiro e Cummins, (2008, p.1), dizem ser para o bem-estar subjetivo: *a avaliação emocional e cognitiva que as pessoas fazem da sua vida, e inclui aquilo que as*

peças vulgarmente designam por felicidade, paz, realização, e satisfação com a vida.

O campo do bem-estar subjetivo inclui assim, segundo Diener et. al (2003, cit. in Pais-Ribeiro e Cummins, 2008, p.1), *a análise científica do modo como as pessoas avaliam as suas vidas nesse momento e por períodos mais longos*, o que reflete a satisfação com a vida. Deste modo evidencia-se que os níveis de satisfação com a vida estão estritamente relacionados com o bem-estar subjetivo.

Perante o descrito anteriormente parece evidenciar-se que a Satisfação com a Vida é uma variável importante a ser estudada, quando o objeto de estudo é a QV numa lógica de envelhecimento bem-sucedido, daí a pertinência da sua integração neste estudo, como variável positiva.

2.1.1.2. Espiritualidade

Só a partir dos anos 90 é que a Investigação com variáveis espirituais e religiosas começa a salientar-se, pois até essa data e apesar de existir fortes evidências da relevância de fatores espirituais e religiosos estes não eram alvo de investigação e análise (Rodrigues, 2010). Para além disso, a espiritualidade e a religiosidade eram termos mal definidos e muitas vezes considerados como sinónimos (Miller e Thoresen, 2003).

A OMS (1998), menciona que a espiritualidade é uma dimensão tão importante para o homem como a dimensão biológica, psicológica, emocional e social, constituindo assim o que determina a sua singularidade enquanto pessoa.

A espiritualidade desempenha um papel importante na Saúde Mental dos indivíduos, na sua perspetiva de vida e estilos de vida. Na atualidade, existe uma diversidade de práticas religiosas, os enfermeiros encontram vários costumes espirituais que podem influenciar as respostas dos indivíduos à prática de cuidados de saúde. As pessoas consideram imprescindível o uso de recursos espirituais como forma de obter força, significado e apoio perante dificuldades na vida (Ribeiro, 2006b).

Atualmente existem muitas evidências empíricas que relacionam a religião/espiritualidade, à saúde física e mental, à QV e a outros constructos

relacionados com o bem-estar. Esta relação é salientada ao longo dos anos por vários autores, pela influência que a religião/espiritualidade têm nestes constructos e em particular na QV das pessoas (Panzini e Bandeira, 2007).

Assim sendo, Panzini e Bandeira (2007), relativamente à relação da religião/espiritualidade com a saúde física e mental faz-se referência a autores como McIntosh e Spilka 1990; George et. al 2000; Koenig 2000 e 2001; Koenig et. al 2001; Siegel et. al 2001; e a Koenig, 2001; e Tepper et. al, 2001. Por sua vez, na relação com QV faz-se referência a Koenig et. al 1998; e Pargament et. al (2001) e com o bem-estar a Pargament et. al (2001). Panzini e Bandeira (2007), fazem referência ainda a vários estudos que realizaram em 2004 e 2005, enfatizando o desempenho da religião/espiritualidade como fator de proteção à saúde, onde foi privilegiado os aspetos positivos da experiência humana e não a doença, relacionando a espiritualidade/religiosidade à QV.

De facto, nos últimos anos evidencia-se que a religiosidade em adultos mais velhos se correlaciona positivamente com a frequência e qualidade das interações familiares intergeracionais; assim como têm tendencialmente redes de convívio mais alargadas e apoios formais; além de que têm maior tendência a se envolverem em tarefas de voluntariado e cuidado; além de predizerem mudanças positivas ao nível da saúde mental (Rodrigues, 2010).

Rodrigues (2010), faz referência ao estudo realizado por Pargament et. al (2003), acerca do coping religioso, onde se demonstrou uma correspondência positiva e com influência ao nível da QV. Este estudo revela ainda uma relação positiva, entre a saúde física o coping religioso, com mudanças positivas ao nível da percepção subjetiva de saúde, no funcionamento cognitivo e no estado físico geral. No que se refere ao nível da saúde espiritual verificou-se uma relação positiva com o sentimento de ligação a Deus, a sensação de proximidade com os outros e sentimentos de crescimento espiritual.

Koenig et. al (2001), referem que os estudos que analisam a relação com saúde mental, defendem existir uma associação do envolvimento religioso com maiores níveis de Satisfação com a Vida, Bem-estar, concretização dos objetivos de vida, esperança, otimismo e menores índices de ansiedade, depressão e consumo abusivo de substâncias.

A espiritualidade e o envolvimento em religiões organizadas ao proporcionar o aumento do bem-estar e da satisfação com a vida, associam-se a maior resiliência e resistência ao stress perante a presença de patologias (Panzini e Bandeira, 2007).

As relações entre espiritualidade e a saúde mental e física são inúmeras e na sua globalidade constata-se que as pessoas com níveis mais elevados de religiosidade possuem uma menor tendência para a criminalidade, para o consumo de substâncias, para o divórcio, para se sentirem infelizes com o casamento e até mesmo para pensarem no suicídio (Fernandes, 2007 e Myers e Diener, 1995). As pessoas que são religiosamente ativas manifestam níveis mais elevados de saúde física e de longevidade (Fernandes, 2007).

A nível psicológico, a explicação segundo Fernandes (2007), sobre a relação entre a religião e o bem-estar parece residir no sentido/propósito de vida que as pessoas obtêm da sua crença e da prática da sua religião, diminuindo assim a probabilidade de ocorrência de patologia, nomeadamente do foro mental.

A maioria dos estudos de Investigação indica que crenças e práticas religiosas estão associadas a uma melhor saúde física e mental (Panzini e Bandeira, 2007). Os vários estudos que investigaram a relação da espiritualidade com saúde física, obtiveram resultados benéficos do envolvimento religioso em relação a dor, debilidade física, doenças cardiovasculares, tensão arterial, enfarte agudo do miocárdio, funções imunológicas e neuro-endócrina, doenças infecciosas, neoplasias e mortalidade (Koenig et. al, 2001).

No que concerne, ao nível da relação entre a religiosidade e o envelhecimento, vários estudos têm sido efetuados e têm evidenciado uma correlação positiva entre a religiosidade e indicadores de saúde mental, quer na relação das pessoas consigo próprias, quer nas relações interpessoais (Rodrigues, 2010).

De igual modo, a religião está associada a práticas e fenómenos sociais, promovendo uma identidade coletiva naqueles que partilham atitudes e valores similares e favorecendo do mesmo modo a estrutura de suporte social (Diener et. al, 1999 e Fernandes, 2007).

Miller e Thoresen (2003), mostram a crescente importância do estudo científico dos fenómenos espirituais e religiosos. Na breve apresentação da

história da Investigação na área espiritual e religiosa pela ciência, surge a distinção entre os termos espiritualidade e religião, ou analogamente, religiosidade (Rodrigues, 2010).

Esta distinção é importante e a literatura remete para William James, que distingue duas realidades relacionadas com o termo religião, uma como tendo um carácter mais individual e outra mais institucional, ou seja, distingue-se uma experiência religiosa de *primeira mão* direta e imediata; de uma *segunda mão* institucional que é uma *tradição herdada* ou concomitantemente os conceitos de Allport (Allport; Allport e Ross (1966 e 1967, cit. in Rodrigues, 2010), que se referem nomeadamente a Religiosidade Intrínseca e Religiosidade Extrínseca.

Por sua vez, Fernandes (2007), refere que já há alguns anos se atribui importância ao termo espiritualidade, associando-se o termo religiosidade a uma componente institucionalizada, ritualizada e ideológica, e o termo espiritualidade, relacionando-se com procura de significado, unidade, transcendência e busca do máximo do potencial humano, de cariz individual. Esta evidência tem contribuído para que alguns autores, nomeadamente, Pargament (2002), definam o termo religiosidade como uma espécie de espiritualidade negativa, que se constitui como um obstáculo à expressão individual e ao máximo das suas capacidades.

Panzini e Bandeira (2007, p.127), afirmam que existem quatro razões, já proferidas por Koenig em 2001, para associação entre religião e saúde:

a) crenças religiosas provêm uma visão de mundo que dá sentido positivo ou negativo às experiências; b) crenças e práticas religiosas podem evocar emoções positivas; c) a religião fornece rituais que facilitam/santificam as maiores transições de vida (adolescência/casamento/morte); e d) crenças religiosas, como agentes de controlo social, dão estrutura para tipos de comportamentos socialmente aceitáveis.

Outro ponto importante que se relaciona com o envelhecimento prende-se com a questão das incapacidades, que remete para a *aceitação da mudança*, destacada no trabalho de Ryff e Keys (1995). Neste contexto, a religiosidade assume um papel muito importante no enfrentar das incapacidades e o *coping* religioso parece assumir-se, para Moberg, como um importante mecanismo no reforço do bem-estar (Rodrigues, 2010).

A profissão de enfermagem não fica indiferente a este constructo e à sua importância na avaliação da QV dos indivíduos, considerando o Bem-estar Espiritual, como um foco de enfermagem pertinente e alvo de intervenção dos enfermeiros. Este constructo é definido como *um tipo de bem-estar com as características específicas: imagem mental de estar em contacto com o princípio da vida que impregna todo o ser e que integra e transcende a natureza biológica e psicossocial de cada um* (CIPE - Versão Beta 2, 2002, p.44).

Gouveia et. al (2008), referem que a Investigação da espiritualidade em contextos de saúde levou ao aparecimento do conceito de Bem-estar Espiritual. Gouveia et. al (2008, p. 423) acrescentam ainda que Fisher em 1999 define o Bem-estar Espiritual como uma *forma de estar dinâmica que se reflete na qualidade das relações que o indivíduo estabelece em quatro domínios da existência humana*, ou seja, consigo próprio, com os outros, com o ambiente (relações com o mundo físico e biológico, através de sentimentos de admiração e união com a natureza) e com algo ou alguém transcendente ao ser humano.

A espiritualidade é uma dimensão importante da existência do ser humano, desde os primórdios da humanidade, devendo ser considerada ao abordar o ser humano na sua globalidade (Pinto e Pais-Ribeiro, 2007). A sua relevância nos contextos de saúde está relacionada com a preocupação crescente em compreender o Homem em todas as dimensões, para além da saúde.

Segundo Rodrigues (2010, p.20), o European Social Survey¹⁸ indica que, *83% dos portugueses consideram-se Católicos, 3% de outras religiões e 14% afirma não ter religião*. O mesmo autor, refere ainda, que o *European Value Survey*¹⁹ (1999), evidencia que o grau de confiança dos Portugueses na igreja é elevado, 78% da população confia, Muito ou Bastante. A prática de oração diária é destacada por 33% de população, superada pelo somatório de oração semanal e ocasional, 51% (26, 25, respetivamente) e 17% nunca reza.

No estudo realizado por Menéndez (2007), concluiu-se que, a religiosidade em Portugal é marcada, por uma elevada confiança na instituição - Igreja, por

¹⁸ O European Social Survey (ESS) é um projeto bienal, que tem como principal objetivo estudar atitudes e valores dos europeus numa perspectiva comparativa e longitudinal. Em Portugal, a execução do projeto é assegurada por um consórcio entre o Instituto de Ciências Sociais da Universidade de Lisboa (ICS-UL) e o Instituto Superior de Ciências do Trabalho e da Empresa (ISCTE). Fonte: <http://www.atitudessociais.org/ess/>

¹⁹ O Estudo de Valores Europeu (SVE) é uma pesquisa em larga escala, transnacional e longitudinal de moral, valores religiosos, políticos e sociais. A pesquisa foi projetada para investigar a natureza e inter-relacionamento dos sistemas de valores, o seu grau de homogeneidade, e na medida em que eles estão sujeitos a mudanças ao longo do tempo. Fonte: <http://www.esds.ac.uk/international/access/evs.asp>

uma crença num Deus bastante humanizado. Por outro lado, evidencia-se ainda que os portugueses relacionam a Fé com aspetos mais *materiais* e menos transcendentos, sendo que esta constatação é predominante nos idosos.

Após esta explanação teórica sobre a espiritualidade, evidencia-se que é pertinente ser incluída e avaliada a dimensão espiritual/religiosa, para determinar a QV dos idosos que vivem sós, dado que o constructo QV vai para além da condição física e inclui um sentido abrangente de todos os aspetos da vida humana. Neste sentido, deduz-se que a dimensão espiritual/religiosa deve ser incluída na avaliação multidimensional do ser humano (Panzini e Bandeira, 2007).

Assim sendo, apesar da não existência de uma definição única de espiritualidade, neste estudo de Investigação irá adotar-se o conceito segundo Muller, Plevak e Rummans (2001, p.1225), que define a espiritualidade como:

um processo dinâmico, pessoal e experiencial, que procura a atribuição e significado no sentido da existência, podendo coexistir ou não dentro da prática de um credo religioso. As características do processo experimental, incluem procura de significado e propósito, transcendência (a sensação que ser humano é mais do que existência material), laços (por ex. com outros, com a natureza ou com uma divindade) e valores (por ex. justiça), (Ribeiro, 2006b, p.5).

3. PROBLEMÁTICA DA INVESTIGAÇÃO

Da pesquisa efetuada, emerge a problemática da Investigação. O envelhecimento populacional é uma realidade crescente da sociedade atual.

A Investigação em Enfermagem acerca da área temática do envelhecimento e QV é primordial para cuidar de pessoas idosas, pois é fundamental perceber as reais necessidades desta fase do ciclo vital. Este conhecimento será um indicador para que os cuidados prestados vão de encontro a essas necessidades. Por outro lado, será uma forma de contribuir para a promoção da QV deste grupo muitas vezes considerado vulnerável.

Por sua vez, o envelhecimento não pode ser visto apenas como algo negativo, até porque, esta fase do ciclo vital é a continuidade das fases anteriores e a adaptação a esta nova fase deve ser efetuada tal como já aconteceu nas fases precedentes, de forma natural e como consequência destas.

No século XX, a par de outras descobertas, nomeadamente do avanço da farmacologia e de novos fármacos, surge uma nova preocupação relacionada com as doenças crónicas e ao aumento do tempo de sobrevivência com estas doenças. Este facto está diretamente associado ao envelhecimento populacional. Assim, ao nível populacional evidencia-se que as pessoas com mais idade vivem mais anos, sendo por isso importante estudar esta faixa etária que consome habitualmente mais recursos ao nível da saúde.

A viuvez passa a ser algo frequente nesta faixa etária, sobretudo nas mulheres, que vivem mais anos relacionado com uma maior esperança média de vida do que os homens.

Ao longo dos anos, tem-se estudado as variáveis positivas que podem influenciar a QV e Bem-estar dos idosos, de modo a promover o seu envelhecimento bem sucedido. No presente trabalho pretende-se ainda analisar a perspetiva dos idosos que vivem sós.

Pouco se sabe acerca da saúde dos idosos que vivem sós e, até que ponto, por viverem em domicílios unipessoais, têm mais vulnerabilidade perante a presença de problemas de saúde? Viver só é um indicador de maior ou menor QV? E ainda como as variáveis positivas: Bem-estar, Espiritualidade e Satisfação com a Vida influenciam a QV dos idosos que vivem sós no domicílio habitual?

O aumento do número de idosos que vivem sós é uma preocupação para a investigadora pelo que é pertinente estudar as variáveis que influenciam a QV dos idosos. Desta forma, espera-se que esta análise acrescente contributos não só para a Investigação mas também para a profissão de Enfermagem.

No presente capítulo apresenta-se a pergunta de partida, os objetivos e as questões de Investigação, cumprindo-se os pressupostos de uma pesquisa, que principia com a definição do problema e com a constituição precoce de um corpo de perguntas (Quivy e Campenhoudt 1998; Freire e Almeida, 2000).

3.1. A Pergunta de Partida

Na perspetiva de Fortin (1999, p. 59), a pergunta de partida *determina a orientação da Investigação a empreender segundo se trata de escrever, explicar ou predizer fenómenos.*

Atendendo a esta premissa básica e fundamental para qualquer Investigação, emergiu a questão de partida clara, exequível e pertinente, que exprime a inquietação do investigador: *Que variáveis positivas influenciam a QV de pessoas idosas que vivem sós no domicílio habitual?*

3.2. Objetivos da Investigação

A definição dos objetivos e das questões de um estudo decorrem do problema de Investigação e do seu quadro conceptual (Fortin, 2009). O enunciado dos objetivos do estudo de Investigação deve, segundo a mesma autora, indicar de uma forma clara qual é o fim que o investigador persegue. Urge definir os objetivos que se pretendem alcançar com a realização deste trabalho, nomeadamente:

Objetivo Geral: Descrever a relação entre algumas variáveis positivas e a QV de pessoas idosas que vivem sós no domicílio habitual.

Objetivos Específicos:

- Descrever a QV dos idosos que vivem sós no domicílio habitual;
- Analisar a relação entre as variáveis psicossociais e a QV dos idosos que vivem sós no domicílio habitual;
- Analisar a relação entre a Satisfação com a Vida e a QV dos idosos que vivem sós no domicílio habitual;
- Analisar a relação entre Espiritualidade e QV dos idosos que vivem sós no domicílio habitual;
- Analisar a relação entre Bem-estar e QV dos idosos que vivem sós no domicílio habitual;
- Analisar a relação entre Satisfação com a Vida, Espiritualidade, Bem-estar, e a QV dos idosos que vivem sós no domicílio habitual.

3.3. Questões da Investigação

As questões de Investigação estão ligadas a um estado de conhecimento menos avançado do que os objetivos, todavia decorrem diretamente destes e indicam o que o investigador quer obter com a informação (Fortin, 2009).

Neste contexto, e no que se reporta às questões de Investigação para a concretização deste estudo, evidenciam-se as seguintes:

- Que QV têm os idosos que vivem sós no domicílio habitual?
- Que variáveis psicossociais influenciam a QV dos idosos que vivem sós no domicílio habitual?
- Qual a relação entre Satisfação com Vida e QV dos idosos que vivem sós no domicílio habitual?
- Qual a relação entre Espiritualidade e QV dos idosos que vivem sós no domicílio habitual?
- Qual a relação entre Bem-estar e QV dos idosos que vivem sós no domicílio habitual?
- Qual a relação entre Satisfação com a Vida, Espiritualidade, Bem-estar e QV dos idosos que vivem sós no domicílio habitual?

4. ENQUADRAMENTO METODOLÓGICO

Fala-se em metodologia de Investigação quando se faz referência às fases e aos procedimentos que esta segue, de modo a responder às questões de Investigação.

Neste capítulo, determina-se o trajeto a desenvolver para realizar o presente estudo. Faz-se referência ao tipo de estudo, às variáveis, à população e amostra. É também efetuada referência ao material utilizado, ao procedimento de recolha de dados e considerações éticas que se atenderão para a concretização deste estudo de Investigação, e à análise dos dados.

4.1. Tipo de Estudo

No que se refere ao tipo de estudo de Investigação, este é: exploratório, *descritivo*, *transversal* e *correlacional*. A temática QV e envelhecimento não é nova, mas as variáveis que se pretendem estudar são uma abordagem clássica. Na pesquisa efetuada não foram encontrados estudos em Portugal que fazem referências bibliográficas relativamente a esta temática e à relação com as variáveis em análise. Neste contexto, é um estudo *descritivo*, dado que existe pouco ou nenhum conhecimento acerca da QV dos idosos que vivem sós e que características tem esta população alvo do estudo (Fortin, 2009).

Este estudo é correlacional porque tendo em conta o tratamento dos dados efetuado, pretende-se explicar a natureza da relação entre as variáveis em análise e a QV dos idosos que vivem sós. Este tipo de estudo apoia-se nos estudos descritivos e tem por objetivo estabelecer a relação entre as variáveis secundárias e principal em estudo (Fortin, 2009).

Quanto ao tempo, o estudo é transversal por ter objetivo de medir a QV dos idosos que vivem sós num dado momento.

Perante os objetivos delineados para este estudo e atendendo às linhas que regem as metodologias de Investigação, para a sua concretização, a metodologia

de pesquisa implementada foi a do *paradigma quantitativo* que se enquadra na orientação para os *resultados e sua generalização* (Fortin, 2009, p.29).

Pretende-se descobrir a realidade, com uma abordagem tipicamente dedutiva, traduzindo em números as opiniões e informações para serem classificadas e analisadas, visando assim estabelecer factos, *pôr em evidência relações entre variáveis* além de permitir a obtenção *de resultados suscetíveis de serem utilizados no plano prático e de fornecerem melhorias em situações particulares* (Fortin, 2009, p.30).

4.2. Variáveis

No presente capítulo apresenta-se as variáveis do estudo. A inclusão destas variáveis deve-se por um lado, por permitirem a melhor caracterização da amostra e por outro lado, admitindo que possa existir alguma relação entre as variáveis, pretende-se explorá-la entre as variáveis secundárias e a principal. Assim, neste estudo definiram-se as seguintes:

- Principal - QV
- Secundárias - variáveis psicossociais (sexo, idade, estado civil, escolaridade, situação ocupacional, origem do rendimento familiar, habitação, religião, tempo que vive só, situação de saúde e vigilância de saúde, regime terapêutico, atividades e estilos de vida, dependência no autocuidado e as necessidades de suporte: formal e informal), Satisfação com a Vida, Espiritualidade e Bem-estar.

4.3. População e Amostra

O estudo de Investigação desenvolveu-se na Freguesia de S. Mamede de Infesta, do Concelho de Matosinhos. Pela acessibilidade e pressupostos temporais para a conclusão do estudo, este foi limitado à área geográfica da Freguesia de S.

Mamede de Infesta e desenvolvido em contexto de habitação social²⁰: tipologia habitacional - bairro social.

A opção por esta tipologia habitacional relaciona-se com as características habitacionais próprias da Freguesia em estudo e pelo facto deste tipo de construção ser mais antiga e com maior probabilidade de encontrar pessoas idosas. Em termos urbanísticos esta tipologia habitacional é favorável por existir maior concentração de pessoas e assim permite uma melhor rentabilização de recursos na recolha de dados.

Tendo em vista o objetivo do estudo, a amostra constitui-se por um grupo de pessoas idosas com características comuns e que reúnem os seguintes *critérios de inclusão*:

- residirem na Freguesia de S. Mamede de Infesta;
- residirem em Habitação Social: tipologia habitacional - bairro;
- terem idade igual ou superior a 65 anos de idade;
- residirem sós no domicílio habitual, pelo menos há 6 meses;
- reunirem competências cognitivas para reter e utilizar a informação disponibilizada, avaliada pelo Mini Mental State Examination (MMSE) (Anexo I);
- aceitarem participar no estudo.

No que concerne à seleção da amostra esta foi através da amostragem não probabilística.

A amostragem não probabilística implica que os vários elementos da população não tenham a mesma probabilidade de fazer parte da amostra (Fortin, 2009). A opção por este tipo de amostragem relaciona-se ainda com a impossibilidade de aceder a toda a população. Assim parece que esta se torna a melhor forma de seleção da amostra mesmo, tendo consciência de que os resultados não podem ser generalizados à população, ficando comprometida a validade externa deste estudo.

Na mesma perspetiva, Vilelas (2009, p.247), refere que este tipo de amostragem *são métodos de carácter pragmático ou intuitivo*, que são utilizados

²⁰ Entende-se por Habitação Social: *Habitações a custos controlados que se destina a agregados familiares carenciados, mediante contrato de renda apoiada ou regime de propriedades resolúvel*. (INE: Estatísticas Demográficas 2009 - estatísticas Oficiais - Edição 2010. Lisboa Portugal, p.491).

com grande frequência, pois possibilitam um estudo mais rápido e com menores custos.

A amostra é de conveniência ou acidental, dado que as pessoas idosas escolhidas estão facilmente acessíveis, por se encontrarem num determinado local e momento (bairros sociais da Freguesia de S. Mamede de Infesta).

4.3.1 Caracterização da Amostra

No presente subcapítulo procede-se à caracterização da amostra do estudo. Apresentam-se os dados relativos às variáveis psicossociais.

Os dados referentes à *idade, escolaridade, sexo e estado civil* apresentam-se na tabela 1.

Tabela 1:
Caraterização da amostra segundo idade, escolaridade, sexo e estado civil

	<u>M</u>	<u>DP</u>	<u>Min.</u>	<u>Máx.</u>
Idade	78,10	6,43	65,00	90,00
Escolaridade	3,24	1,63	0,00	9,00
Sexo				<u>N</u> (%)
Feminino				41 (82,00)
Masculino				9 (18,00)
Total				50 (100,00)
Estado Civil				<u>N</u> (%)
Solteiro (a)				2 (4,00)
Divorciado (a)				6 (12,00)
Viúvo (a)				42 (84,00)
Total				50 (100,00)

Os 50 idosos que participaram no estudo apresentavam idades compreendidas entre os 65 e os 90 anos, com uma média de 78,10 anos (DP=6,43).

Efetuada a distinção que Stuart e Laraia (2001), fazem relativamente à divisão da fase de vida da terceira idade, salienta-se que 13 (26%) são idosos-jovens, têm entre 65-74 anos, 28 (56%) são idosos médios, têm entre 75 e 84 anos e 9 (18%) são idosos velhos, têm 85 ou mais anos.

Quanto à *escolaridade* (em anos) e de acordo com a tabela 1, o valor mínimo é de zero (nunca frequentou escola) e o valor máximo é de 9 anos de escolaridade, com uma média de 3,24 anos de escolaridade (DP=1,63).

No que diz respeito à variável *sexo*, a amostra caracteriza-se por 41 (82%) idosos do sexo feminino e 9 (18%) idosos do sexo masculino.

Relativamente ao *estado civil*, 42 (84%) idosos são viúvos, 6 (12%) são divorciados e 2 (4%) são solteiros.

A tabela 2 apresenta a caracterização socioprofissional - idade que o idoso trabalhou (em anos) e situação laboral.

Tabela 2:
Caraterização da amostra segundo até que idade trabalhou (anos) e situação laboral

	<u>M</u>	<u>DP</u>	<u>Min.</u>	<u>Máx.</u>
Até que Idade Trabalhou (em anos)	57,16	11,74	0,00	67,00
Situação Laboral				<u>N</u> (%)
Reformado por idade				31 (62,00)
Reformado por invalidez				19 (38,00)
Total				50 (100,00)

Na resposta à questão *até que idade trabalhou?*, os valores variaram e de acordo tabela 2 entre zero anos (nunca trabalhou) e um máximo de 67 anos com uma média de 57,16 (DP=11,74). Um idoso nunca trabalhou, 2 (4%) dos idosos trabalharam até aos 37 anos e 1 (2%) até aos 67 anos de idade. O valor da Moda é de 65 anos, correspondendo a 16 (32%) idosos.

Relativamente à *situação laboral* a totalidade da amostra está em situação de reforma; 31 (62%) dos idosos estão reformados por idade e 19 (38%) por invalidez (tabela 2). Evidencia-se ainda que os idosos com idade superior a 63 anos referiram estar reformados por limite de idade.

A tabela 3 apresenta a caracterização da amostra segundo a profissão que o idoso exercia antes da reforma.

Tabela 3:
Caraterização da amostra segundo a profissão exercida antes da reforma²¹

	<u>N</u>
4. Pessoal Administrativo e Similares	3
5. Pessoal dos Serviços e Vendedores	2
6. Agricultores e Trabalhadores Qualificados da Agricultura e Pescas	4
7. Operários, Artífices e Trabalhadores Similares	29
9. Trabalhadores não Qualificados	5
10. Outras Situações não especificadas na Classificação Nacional das Profissões	6
11. Situações não remuneradas	8
Total	57

²¹ Segundo a Classificação Nacional de Profissões, edição do Instituto do Emprego e Formação Profissional (1994).

No que se refere a caracterização da amostra relativamente à *profissão* exercida antes da reforma, foi efetuada uma reconversão das respostas obtidas de acordo com a Classificação Nacional de Profissões edição do Instituto do Emprego e Formação Profissional e que estão discriminadas na tabela 3. Por sua vez, No anexo II, tabela A e B, apresentam-se as profissões mencionadas pelos idosos aquando da realização do questionário.

Apesar da amostra ser constituída por 50 idosos, o “N” total relativo à *profissão exercida antes de ser reformado* é de 57, porque oito idosos da amostra exerceram mais do que uma profissão. Salienta-se ainda o facto de um dos idosos referir nunca ter exercido qualquer profissão.

Observa-se na tabela 3, que 29 idosos exerceram profissões enquadradas no grupo 7 da Classificação Nacional de Profissões, como por exemplo: Trolhas; Operários fabris/Operários de Fábrica de conservas/Operários de fábrica têxtil; Metalúrgicos/ fundidor de metais; Alfaiates/costureiras (Anexo II, tabela A).

Dada a situação profissional a *Origem do Rendimento Familiar* é para 49 (98%) idosos a pensão ou reforma; 1 (2%) recebe subsídios, sendo este do sexo feminino.

Na tabela 4 apresenta-se a caracterização da amostra segundo o tipo de habitação.

Tabela 4:
Caraterização da amostra segundo o tipo de habitação

	<u>N</u> (%)
Habitação Social: apartamento	16 (32,00)
Habitação Social: casa	34 (68,00)
Total	50 (100,00)

Conforme a tabela 4, 34 (68%) idosos residem em habitação tipo casa e 16 (32%) em apartamento. Para 36 (72%) dos idosos a casa é arrendada e 14 (28%) são os proprietários da casa que habitam.

Na tabela 5 apresenta-se a caracterização da amostra segundo a religião e a sua prática.

Tabela 5:
Caraterização da amostra segundo a religião e a sua prática

	N (%)
Religião	
Católica	45 (90,00)
Evangélica	2 (4,00)
Outro	3 (6,00)
Total	50 (100,00)
Religião: Prática	
Praticante	40 (80,00)
Não Praticante	10 (20,00)
Total	50 (100,00)

Relativamente à *religião*, 45 (90%) idosos professam a religião católica, 2 (4%) a evangélica. Quarenta (80%) idosos referem ser praticantes e 10 (20%) não.

Os 3 (6%) idosos na categoria *outro*: 1 (2%) professa a religião Baptista, 1 (2%) pertence à Congregação Cristã em Portugal e 1 (2%) referiu não professar qualquer religião.

A caraterização da amostra relativamente *ao tempo que os idosos vivem sozinhos, apresenta-se na tabela seguinte.*

Tabela 6:
Caraterização da amostra segundo o tempo que os idosos vivem sozinhos

	M	DP	Min.	Máx.
Viver Sozinho (tempo em anos)	13,76	8,79	1,00	38,00

Os participantes da amostra vivem, entre 1 e 38 anos, sós no domicílio habitual, com uma média de 13,76 anos ($DP=8,79$). O valor da moda é de 4 anos.

Na tabela 7 apresentam-se os dados para a *necessidade de cuidados de saúde* perante a situação de doença.

Tabela 7:
Caraterização da amostra segundo a presença de doenças

	N (%)
Tem alguma doença que o obrigue a cuidados de saúde com frequência?	
Não	1 (2,00)
Sim	49 (98,00)
Total	50 (100,00)
Tem doença mental?	
Não	40 (80,00)
Sim	10 (20,00)
Total	50 (100,00)

Da análise da tabela anterior, 49 (98%) dos idosos referiram *ter doença que obriga a recorrerem aos cuidados de saúde com frequência*. Destes, 34 (68%) referiram polipatologia²² e 16 (32%) idosos uma patologia.

Das doenças referidas com mais frequência: 6 (12%) idosos patologia cardiovascular e 5 (10%) músculo-esqueléticas/osteoarticulares. No que se refere à presença de outras patologias, 1 (2%) idoso tem patologia do foro hematológico, 1 (2%) tem patologia do foro alérgico, 1 (2%) do foro oftalmológico e outro (2%) do foro otorrinolaringológico.

A *patologia do foro mental* é referida por 10 (20%) dos idosos. Quarenta (80%) idosos não fazem referência à ocorrência de doença mental.

As situações referidas com mais frequência são: Ansiedade, Alteração do Padrão de Sono, Síndromes Depressivas Minor, Doença de Alzheimer, Alterações da memória.

No domínio da *vigilância de saúde*, a totalidade dos idosos (50), respondem que iam habitualmente ao médico. A frequência das consultas, foi para: 36 (72%) idosos *duas vezes por ano*; 9 (18%) idosos com *uma vez por ano* e 5 (10%) idosos *todos os meses*.

Relativamente à *toma habitual de medicação*, 47 (94%) dos idosos referiu tomar habitualmente medicação e 3 (6%) não tomavam medicação, e 29 (58%) dos idosos com mais de 76 anos que tomavam habitualmente mais medicação.

Os 47 (94%) idosos que referiram tomar medicação, tomavam mais do que um fármaco por dia. No agrupamento dos medicamentos por grupo farmacológico os idosos referiram consumir: (N=50) Antihipertensores; (N=26) Ansiolíticos, sedativos, hipnóticos; (N=22) Protetores gástricos; (N=16) Vasodilatadores; (N=14) Antidislipídicos; (N=13) Analgésicos e antipiréticos; e (N=9) Anti-inflamatórios (Anexo III, tabela A).

Quarenta (80%) idosos referiram não ter doença mental, porém tomavam medicação psicotrópica: (N=26) Ansiolíticos, Sedativos e Hipnóticos; (N=6) Antidepressivos; (N=3) medicamentos para o Tratamento de défice de memória/atenção, (N=1) alterações cognitivas e fármacos específicos para a Demência de Alzheimer (Anexo III, tabela A).

²² Polipatologia - *Presença na mesma pessoa de diversas doenças sem relação direta entre elas*. (Consultado em Março de 2011; Disponível em: <http://medicosdeportugal.saude.sapo.pt/glossario/polipatologia>).

Na tabela 8 apresenta-se a caracterização da amostra segundo o *regime terapêutico (gestão e adesão)*.

Tabela 8:
Caraterização da amostra segundo a gestão e adesão do regime terapêutico

	N (%)
Gestão do Regime Terapêutico	
Não	5 (10,00)
Sim	45 (90,00)
Adesão ao Regime Terapêutico	
Não	2 (4,00)
Sim	48 (96,00)
Total	50 (100,00)

Nota: Os dois idosos que referiram *Não* à Adesão ao Regime Terapêutico corresponde aos idosos que não têm doenças que os obrigavam a vigilância de saúde (tabela 7).

Relativamente à *Gestão do Regime Terapêutico*²³, 45 (90%) dos idosos referiram cumprir o programa de tratamento da patologia e 5 (10%) responderam negativamente a esta questão. Quanto à *Adesão ao Regime Terapêutico*²⁴ 48 (96%) idosos responderam desenvolver atividades para satisfazer as exigências terapêuticas dos cuidados de saúde.

A caraterização da amostra relativamente ao *consumo de tabaco, álcool e outras substâncias* apresenta-se na tabela seguinte.

Tabela 9:
Caraterização da amostra segundo o consumo de tabaco, álcool e outras substâncias

	N(%)
Uso de Tabaco	
Não	49 (98,00)
Sim	1 (2,00)
Uso de Álcool	
Não	39 (78,00)
Sim	11 (22,00)
Uso de Outras Substâncias	
Não	50 (100,00)
Sim	0 (0,00)
Quantidade de Álcool Diária (ml)	
100 ml	1(2,00)
200 ml	6 (12,00)
400 ml	4 (8,00)
Total	11 (22,00)

²³ Gestão do Regime Terapêutico - é um tipo de comportamento de adesão com as características específicas: executar atividades, cumprido um programa de tratamento da doença e das suas complicações, atividades estas que são satisfatórias para atingir objetivos específicos de saúde, integrar atividades para tratamento ou prevenção da doença na vida diária. (CIPE Versão Beta 2, 2002, p.58).

²⁴ Adesão ao Regime Terapêutico - é um tipo de gestão de regime terapêutico com as seguintes características específicas: desempenhar atividades para satisfazer as exigências terapêuticas dos cuidados de saúde; aceitação do decurso de tratamento prescrito como prestador de cuidado ou apoiante. (CIPE Versão Beta 2, 2002, p.58).

Relativamente ao *Uso de Tabaco* 49 (98%) idosos não consumiam tabaco e 1 (2%) referiu consumir 20 cigarros por dia, sendo do sexo masculino e com 79 anos.

No que diz respeito ao *Uso de Álcool*, 39 (78%) dos idosos referiram não consumir e 11 (22%) consumiam álcool. Dos 11 idosos que referiram consumir álcool, 4 (8%) mencionaram quantidade até 400 ml por dia, 6 (12%) até 200 ml e 1 (2%) até 100 ml.

A totalidade da amostra em estudo referiu não consumir *outras substâncias*.

No domínio das *atividades recreativas* realizadas pelos idosos, apresentam-se os dados na tabela 10.

Tabela 10
Caraterização da amostra segundo a atividade recreativa

	N(%)
Atividades Recreativas	
Não	11 (22,00)
Sim	39 (78,00)
Total	50 (100,00)
Motivos por não realizarem Atividade Recreativa	
Falta de Vontade	4 (8,00)
Limitação Física	2 (4,00)
Falta de Conhecimento de Recursos	5 (10,00)
Total	11 (22,00)

Conforme tabela anterior, 39 (78%) idosos referiram ter atividades recreativas e 11 (22%) mencionaram não as ter.

Na análise das atividades recreativas referidas pelos participantes (Anexo IV, tabela A, a atividade recreativa mais referida é para: (N=21) ver TV, (N=12) passeios, (N=11) leitura, (N=7) trabalhos manuais, (N=6) ouvir música, (N=3) o convívio com amigos e no centro de dia, (N=2) voluntariado, brincar com netos, dança e atividades na tuna, jardinagem, jogos (cartas e dominó). Um idoso referiu o teatro e a hidroginástica como atividades recreativas habituais. De salientar que a maior parte dos idosos referiu ter mais do que uma atividade recreativa (Anexo IV, tabela B).

Como razões apontadas pelos idosos para não realizarem atividade recreativa: 5 (10%) é por falta de conhecimento dos recursos da comunidade; 4 (8%) por falta de vontade e 2 (4%) por limitação física (Tabela 10).

Na tabela 11 apresenta-se a caracterização da amostra segundo a *atividade física* dos idosos e motivos referidos para não realizar esta atividade.

Tabela 11:
Caraterização da amostra segundo a atividade física

	N (%)
Atividade Física	
Não	25 (50,00)
Sim	25 (50,00)
Total	50 (100,00)
Motivos por não realizarem Atividade Física	
Falta de Vontade	5 (10,00)
Falta de Companhia	1 (2,00)
Limitação Física	18 (36,00)
Falta de Conhecimento Recursos	1 (2,00)
Total	25 (50,00)

Conforme a tabela 11, 25 (50%) dos idosos referiram realizar atividade física e igual percentagem mencionaram não ter prática.

A *atividade física* referida como mais frequente (Anexo IV, tabela C) é: (N=22) caminhada, (N=3) ginástica e (N=1) natação e a dança. Salienta-se o facto da maioria dos idosos ter referido efetuar mais do que uma atividade física.

Como *razões para os idosos não efetuarem atividade física*, 18 (36%) idosos referiu ser por limitação física, 5 (10%) por falta de vontade, 1 (2%) por falta de companhia e igual percentagem por falta de conhecimento dos recursos da comunidade.

Relativamente à condição *Dependência no Autocuidado*, 49 (98%) idosos não referiu dependência e 1 (2%) uma idosa com 74 anos referiu dependência, sendo esta relativa ao autocuidado: banho.

Na tabela 12 apresenta-se a caracterização da amostra segundo os *apoios formais* que os idosos referiram.

Tabela 12:
Caraterização da amostra segundo os apoios formais

	N (%)
Serviços Sociais	
Centro de Dia	1 (2,00)
Outros	2 (4,00)
Não Aplicável	47 (94,00)
Total	50 (100,00)
Serviços de Saúde	
Médico	11 (22,00)
Médico/Enfermeiro	38 (76,00)
Não Aplicável	2 (4,00)
Total	50 (100,00)
Frequência do Apoio Serviços Saúde	
Diário	3 (6,00)
Mensal	8 (16,00)
Outra	39 (78,00)
Total	50 (100,00)

Quanto aos *Apoios Formais: Serviços Sociais* e de acordo com a tabela anterior, 47 (94%) idosos referiram não ter qualquer tipo de apoio formal, 2 (4%) referiram ter o apoio de *outros* (empregada doméstica) e 1 (2%) referiu ter o apoio do Centro de Dia. Os participantes do sexo masculino da amostra referiram não ter apoio formal.

Nos *Apoios Formais: Serviços de Saúde*, 38 (76%) idosos referiram ter apoio médico/enfermeiro, 11 (22%) referiram ter apoio do médico e 2 (4%) não tinham apoio formal dos serviços de saúde.

Na frequência dos *Apoios Formais* (Tabela 12), 8 (16%) idosos referiram ter frequência mensal e 3 (6%) idosos tinham apoio formal diário (para dois destes eram efetuados pela empregada doméstica). Os 39 (78%) idosos que mencionaram *frequência outra*: 20 (40%) referiram que o apoio formal se realizava duas vezes por ano, 13 (26%) sempre que necessitavam, 5 (10%) anual e 1 (2%) 5-6 vezes por ano.

Na tabela 13 apresenta-se a caraterização da amostra segundo os *apoios informais* que os idosos referiram.

Tabela 13:
Caraterização da amostra segundo os apoios informais

	N (%)
Apoios Informais	
Familiares	15 (30,00)
Amigos/vizinhos	3 (6,00)
Vários Apoios	30 (60,00)
Não Aplicável	2 (4,00)
Total	50 (100,00)
Frequência do Apoio Informal	
Diário	22 (44,00)
Semanal	17 (34,00)
Mais de uma vez semana	5 (10,00)
Mensal	3 (6,00)
Outra	3 (6,00)
Total	50 (100,00)

Quanto aos *Apoios Informais* na análise da tabela anterior, 30 (60%) idosos referiu ter vários apoios (o apoio simultâneo da família e dos vizinhos/amigos), 15 (30%) referiram ter o apoio dos familiares; 3 (6%) o apoio dos amigos/vizinhos e 2 (4%) idosos não referiram ter apoio informal.

Na *frequência do Apoio Informal*, 22 (44%) idosos tinham apoio diário, 17 (34%) apoio semanal, 5 (10%) mais do que uma vez por semana, 3 (6%) mensal e em igual percentagem referiram outra frequência. Os 3 (6%) idosos que referiram *frequência de Apoio Informal outra*: 2 (4%) não tinham apoio informal e 1 (2%) referiu que o apoio informal era receber a visita da filha sempre que esta tivesse possibilidade (frequência irregular).

4.4. Material

No presente capítulo proceder-se-á à descrição do material utilizado para a concretização do estudo.

Neste sentido, para efetuar a recolha de dados, optou-se por utilizar técnicas padronizadas através da aplicação de um questionário (Anexo V). Esta opção esteve relacionada com os objetivos que se pretendem alcançar com este estudo. Através do questionário foi recolhida *informação factual sobre acontecimentos da vida dos participantes* no estudo, sabendo assim as suas

opiniões, sentimentos e crenças perante determinadas situações (Fortin, 2009, p.380).

Após validação das capacidades cognitivas dos idosos que vivem sós, avaliada através do MMSE, foi aplicado o questionário, sendo este constituído por duas partes. A primeira parte é alusiva à caracterização da amostra alusiva às variáveis psicossociais: a idade, o sexo, o estado civil, a escolaridade, a situação ocupacional, origem dos rendimentos familiares, habitação, religião, tempo que vive sozinho, situação de saúde e vigilância de saúde, regime terapêutico, atividades e estilos de vida, dependência no autocuidado e necessidades de suporte (formal e informal).

A segunda parte do questionário é referente às escalas utilizadas, que permitiram avaliar as variáveis em estudo: o Short-Form com 12 itens (SF-12), a Escala de Satisfação com a Vida (ESV), a Escala de Avaliação da Espiritualidade (EAE) e a Escala de Bem-Estar Psicológico (EBEP).

Para avaliar a fidelidade das escalas anteriormente referidas, calculou-se o Alpha de Cronbach, determinando-se assim a sua consistência interna. O valor de consistência interna varia de “0,00 a 1,00”. Ribeiro (1999a) e Pais-Ribeiro (2007) sugerem que para uma boa consistência interna deve-se exibir um valor de Alpha de Cronbach acima de 0,80, embora também sejam aceitáveis valores acima de 0,60, sobretudo se as escalas tiverem um número reduzido de itens.

Apresenta-se nos subcapítulos que se seguem a descrição de cada um das escalas utilizadas neste estudo.

4.4.1. Short-Form com 12 itens (SF-12)

O SF-12 forma abreviada de 12 itens do SF-36 Health Survey, permite avaliar a perceção do estado de saúde e a QV (Pais-Ribeiro, 2007; Ribeiro, 2005c).

O SF-36 foi desenvolvido por Ware, Snow, Kosinski, e Gandek em 1993, tendo este grupo desenvolvido depois duas versões mais reduzidas, o SF-12 e posteriormente o SF-8 (Ribeiro, 2005c). O desenvolvimento destas versões surge da necessidade de criar versões mais reduzidas que pudessem simplificar a sua utilização (Gandek et. al (1988, cit. in Ribeiro, 2005c).

O SF-12 apresenta as mesmas dimensões do SF-36, agrupadas em dois componentes: o Componente Físico (CF) com 6 itens e o Componente Mental (CM) com 6 itens. Este instrumento permite, segundo Ribeiro (2005c, p.120) *reproduzir bastante bem os dois componentes do SF-36*, e por ser mais facilmente utilizada no âmbito da Investigação, dado ser uma versão mais reduzida.

No SF-12 foram incluídos um ou dois itens de cada uma das oito subescalas do SF-36, nomeadamente: Funcionamento Físico (FF); Desempenho Físico (DF); Dor Corporal (DC); Perceção Geral de Saúde (SG); Vitalidade (VT); Funcionamento Social (FS); Desempenho Emocional (DE); Saúde Mental (SM), medindo assim, todos os oito domínios do SF-36 embora, Ribeiro (2005, p.120) *sublinha que pareça ser mais adequado utilizá-lo como medida sumária dos dois componentes*.

O SF-12, utilizado neste estudo de Investigação foi o criado em 1994, por Pais-Ribeiro, tendo como única opção de pontuação o cálculo de dois Componentes: o Físico e o Mental (Ribeiro, 2005c). No Anexo VI, são apresentados os componentes, as subescalas e seus significados, os respetivos itens para o SF-12, assim como os itens que têm de ser recodificados para o cálculo de cada um dos componentes.

A valores mais elevados corresponde uma melhor *Perceção do Estado de Saúde* e variam entre 0 - 100 (Ribeiro, 2005c).

Na tabela 14 apresenta-se os valores de Alpha de Cronbach encontrados por Ribeiro (2005c), assim como os valores obtidos no presente estudo.

Tabela 14:
Consistência interna para os componentes do SF-12

	Alpha de Cronbach*	Alpha de Cronbach**
SF-12 Componente Física (CF - 6 itens)	0,79	0,79
SF-12 Componente Mental (CM - 6 itens)	0,77	0,81
SF-12 Total	0,84	_____

LEGENDA: * Valor de Alpha de Cronbach da amostra em estudo; ** Valor de Alpha de Cronbach referido por Ribeiro (2005c)

A consistência interna apresenta um valor de Alpha de Cronbach para o CF de 0,79 e para o CM 0,81 (Ribeiro, 2005c).

Na amostra em estudo a consistência interna para a Escala SF-12 total, apresentando um valor de 0,84 (para 12 os itens). Para o CF do SF-12, o Alpha de

Cronbach é de 0,79 e de 0,77 para o CM. Valores semelhantes aos encontrados por Ribeiro (2005c) (Tabela 14).

Ribeiro (2005c, p.125), refere que vários autores afirmam que, *o SF-12 parece ser uma medida válida do estado de saúde ou uma alternativa válida ao SF-36*. Esta referência esteve na base da opção por este instrumento para avaliação da QV neste estudo.

4.4.2. Escala de Satisfação com a Vida

A avaliação da Satisfação com a Vida em geral foi efetuada através da versão portuguesa da *The Satisfaction with Life Scale* (SWLS). A versão original foi desenvolvida segundo Pais-Ribeiro (2007) por Diener, Emmons, Larsen e Griffin, em 1985 e a versão portuguesa tem a denominação de Escala de Satisfação com a Vida, foi traduzida por Neto e Barros (1990, cit. in Pais-Ribeiro, 2007) e validada para a população portuguesa por António Simões (1992).

Esta escala permite avaliar a capacidade cognitiva do bem-estar subjetivo (Pais-Ribeiro, 2007). É um instrumento constituído por cinco itens tipificados numa escala tipo Likert de concordância de 5 pontos (1 discordo muito - a 5 concordo muito). Segundo Neto e Barros (2001) a pontuação total varia entre 5 - baixa satisfação e 25 - grande satisfação (Pais-Ribeiro, 2007).

Na tabela 15 apresenta-se os valores de consistência interna obtidos através do Alpha de Cronbach.

Tabela 15:
Consistência interna para a Escala de Satisfação com a Vida

	Alpha de Cronbach*	Alpha de Cronbach**
Escala Satisfação com a Vida (ESV - 5 itens)	0,88	0,78

LEGENDA: * Valor de Alpha de Cronbach da amostra em estudo; ** Valor de Alpha de Cronbach referido por Simões (1992)

A consistência interna nas várias utilizações centrou-se perto de 0,80, mostrando assim uma boa consistência interna (Pais-Ribeiro, 2007). No processo de adaptação para português, segundo Simões (1992 cit. in Pais-Ribeiro, 2007), esta escala viu os itens aperfeiçoados entre a primeira versão e outras posteriores. Assim, em Portugal esta escala foi traduzida primeiramente por Neto e

colaboradores, em 1990, e validada posteriormente por Simões em 1992, tendo encontrado uma consistência interna de 0,78 (Pais-Ribeiro, 2007).

No presente estudo o valor de Alpha de Cronbach foi de 0,88 para a escala total (5 itens), valor superior ao referido por Pais-Ribeiro (2007) para a mesma escala (0,80) e ao de Simões (1992), cujo valor é de 0,78 (Tabela 15).

4.4.3. Escala de Avaliação da Espiritualidade

A EAE tem duas subescalas, uma constituída por dois itens que se referem à dimensão vertical²⁵ da espiritualidade, que foi denominada de *Crenças* e outra constituída por três itens que se referem à dimensão horizontal²⁶ da espiritualidade, tendo sido denominada *Esperança/Otimismo*. (Pinto e Pais-Ribeiro, 2007).

As questões 1 e 2²⁷ que constam na EAE centram-se, na dimensão espiritual focalizadas na atribuição de sentido/significado da vida. As questões seguintes, nomeadamente 3, 4 e 5²⁸ têm subjacente a construção da esperança e de uma perspetiva de vida positiva (Anexo VII). Dada a descrição e o papel importante da *Dimensão Esperança/Otimismo*, esta é a que mais se relacionada com as dimensões da QV (Pinto e Pais-Ribeiro, 2007).

Cada um dos itens é mensurado numa escala de concordância tipo Likert de 4 pontos (*1 não concordo a 4 plenamente de acordo*). Os valores mais elevados obtidos em cada dimensão da EAE implicam maior concordância com a dimensão avaliada (Pinto e Pais-Ribeiro, 2007).

Na tabela 16 apresentam-se os valores de Alpha de Cronbach obtidos no presente estudo, assim como os valores referidos pelos autores.

²⁵ A dimensão vertical da EAE está associada a uma relação com o transcendente, e que numa sociedade judaico-cristã está muito relacionada com a prática da religião (Pinto e Pais-Ribeiro, 2007).

²⁶ A dimensão horizontal da EAE é existencialista e nesta enquadra-se o sentido da esperança, a atribuição de sentido e significado da vida decorrente da relação com o eu, os outros e o meio (Pinto e Pais-Ribeiro, 2007).

²⁷ Questão 1: *As minhas crenças espirituais / religiosas dão sentido à minha vida* e a Questão 2: *A minha fé e crenças dão-me forças nos momentos difíceis* (Pinto e Pais-Ribeiro, 2007).

²⁸ Questão 3: *Vejo o futuro com esperança*, Questão 4: *Sinto que a minha vida mudou para melhor* e Questão 5: *Aprendi a dar valor às pequenas coisas da vida* (Pinto e Pais-Ribeiro, 2007).

Tabela 16:
Consistência interna para a Escala de Avaliação da Espiritualidade

	Alpha de Cronbach*	Alpha de Cronbach**
Dimensão Crenças (D:C)	0,99	0,92
Dimensão Esperança/Otimismo (D:E/O)	0,66	0,69
EAE Total	0,61	0,74

LEGENDA: * Valor de Alpha de Cronbach do presente estudo; ** Valor de Alpha de Cronbach referido por Pinto e Pais-Ribeiro (2007)

Pinto e Pais-Ribeiro (2007) no sentido de analisarem a consistência interna da escala da espiritualidade referem valores de Alpha de Cronbach, para a escala global de 0,74 e para as suas dimensões: Crenças - 0,92 e Esperança/Otimismo - 0,69. No presente estudo os valores de consistência interna, foram de 0,61 para a EAE Total (5 itens); Dimensão Crenças-0,99 e Esperança/Otimismo 0,66 (Tabela 16). São valores aceitáveis dado o número de itens e tendo em conta os valores de referência limite em psicometria (Pinto e Pais-Ribeiro, 2007, p.50).

4.4.4. Escala de Bem-Estar Psicológico

Scales of Psychological Well-Being foi desenvolvida por Carol Ryff (University of Wisconsin). A versão portuguesa, *Escala de Bem-Estar Psicológico*, foi adaptada por Novo, Silva e Peralta (1997, cit. in Pais-Ribeiro, 2007).

Este instrumento de avaliação primordialmente foi desenvolvido com o intuito de avaliar a saúde mental com base num critério normativo sustentado segundo Kafka e Kozma (2002, cit. in Fernandes, 2007), num modelo alternativo e mais abrangente do conceito de bem-estar durante a vida adulta e a velhice.

Existem três formas de apresentação da EBEP: a forma original construída por Ryff, composta de 20 itens por subescala, totalizando 120 itens; posteriormente em 1992, Ryff e Essex apresentam uma outra escala composta de 14 itens, ou seja, 84 itens no total e em 1995 surge, a partir de Ryff, a forma reduzida que é composta de 3 itens por subescala sendo o conjunto das escalas composto por 18 itens (Couto, 2005).

A EBEP (18 itens) que é de auto-avaliação e constituída por seis dimensões que correspondem a seis subescalas: *Aceitação de Si (AS)*, *Crescimento Pessoal (CP)*, *Objetivos na Vida (OV)*, *Relações Positivas com os Outros (RPO)*, *Domínio do*

Meio (DM) e Autonomia (AUT), (Couto, 2005). Estas dimensões identificam respetivamente as seis características do bem-estar (Pais-Ribeiro, 2007).

Ryff construiu as seis subescalas da EBEP como medidas independentes e autónomas. No caso de serem aplicadas em conjunto, elas são apresentadas como um inventário único de autoavaliação que apresenta os itens de cada uma das escalas de forma alternada (Couto, 2005).

Ryff (1989 cit. in Rodrigues, 2010, p.30) descreve cada uma das subescalas:

- *Aceitação de Si*: dimensão que diz respeito à manutenção de atitudes positivas para com o self, a aceitação dos seus múltiplos aspetos, bons e maus e sentimentos positivos acerca da vida passada. É considerado como um dos critérios centrais de saúde mental.

- *Relações Positivas com os Outros*: definida por relações interpessoais marcadas pelo afeto, confiança, empatia e intimidade. Capacidade de criar amizadas e de se relacionar com os outros.

- *Autonomia*: dimensão caracterizada pela independência, autodeterminação, regulação interna do comportamento e locus de controlo interno.

- *Domínio do Meio*: relativa à capacidade para escolher e criar um meio envolvente adequado às condições física e psíquica.

- *Objetivos de Vida*: respeitante à existência de objetivos que contribuam para direcionar o comportamento e atribuir sentido à vida.

- *Crescimento Pessoal*: capacidade para abertura à experiência e ao desenvolvimento do potencial próprio. A busca de crescimento pessoal, ou ainda capacidade de lidar com os diversos desafios de cada período da vida.

No presente estudo, será utilizada a forma reduzida da EBEP (de 18 itens). Cada um dos itens da EBEP é mensurado numa escala de concordância tipo Likert de 6 pontos (1 - Discordo completamente a 6 - Concordo completamente). O resultado final obtido em cada subescala corresponde ao nível de bem-estar no domínio avaliado (Couto, 2005 e Novo, 2003). A EBEP fornece resultados totais por escala (resultantes da soma das cotações obtidas pelos sujeitos nos respetivos itens) e um resultado total de bem-estar psicológico para o conjunto das escalas (Silva, 2010).

Na tabela 17, é efetuada uma síntese de estudos realizados, utilizando o EBEP de 18 itens (3 itens por escala), as respectivas características e valores de consistência interna.

Tabela 17:
Síntese de vários estudos que utilizaram a EBEP de 18 itens respectivas características e consistência interna

Estudo	Amostra	Idade/ Faixa Etária	Subescalas da EBEP (Alpha De Cronbach)					
			AUT	DM	CP	RPO	OV	AS
Ryff e Keyers (1995)	1108 indivíduos: - 133 jovens - 805 adultos - 160 idosos	- Jovens: entre 25 e 29 - Adultos: entre 30 e 64 - Idosos: > 65	0,34	0,49	0,40	0,56	0,33	0,52
Marmot et al. (1998)	3032 indivíduos: - 33,2% jovens	- Jovens: entre 25 e 29	Variações entre 0,37 e 0,59					
Keyers et al. (2002)	- 46,0% adultos - 20,8% idosos	- Adultos: entre 30 e 59 - Idosos: entre 60 e 74						
Presente Estudo* (2011)	50 indivíduos: - 41 mulheres - 9 homens	Idosos ≥ 65 <u>M</u> =78,10; <u>DP</u> =6,47						
			0,03	0,62	0,55	0,62	0,57	0,64

LEGENDA: AUT: Subescala Autonomia da EBEP; DM: Subescala Domínio do Meio da EBEP; CP: Subescala Crescimento Pessoal da EBEP; RPO: Subescala Relações Positivas com os Outros da EBEP; OV: Subescala Objectivos de Vida da EBEP; AS: Subescala Aceitação de Si da EBEP. * Valor de Alpha de Cronbach para EBEP Total - 0,85.

FONTE: Adaptado de Fernandes (2007, p.190-192).

Os valores de consistência interna para os diferentes estudos realizados com a EBEP (18 itens) variaram entre 0,33 a 0,59. No presente estudo os valores variam entre 0,55 a 0,64 (excluindo o valor de 0,03 para a subescala AUT).

Na forma de 18 itens, as subescalas apresentam coeficientes de correlação com as escalas originais (20 itens). Novo (2003) refere ainda que a consistência interna apresenta resultados entre 0,74 e 0,86, para as seis subescalas e 0,93 para o conjunto das escalas. Avaliou também a estrutura interna das seis escalas através de intercorrelações entre elas cujos coeficientes, todos significativos ($p < 0,05$) variaram entre 0,28 e 0,74.

No presente estudo, a consistência interna da EBEP Total foi de 0,85. Boa consistência, em consonância com o valor da consistência interna da escala original, que varia entre 0,70 e 0,89 (Novo, 2003).

A subescala AUT (Tabela 17), apresenta no presente estudo o valor de Alpha de Cronbach de 0,03. Observando os valores de consistência interna para a

mesma subescala verifica-se que nos vários estudos referenciados evidenciam valores baixos - variam entre 0,34 e 0,48, embora nenhum tenha apresentado um valor tão reduzido como no presente estudo. Pelo valor baixo de Alpha (0,03) é prudente utilizar os resultados com esta subescala como mero indicador.

Ryff e Keyes (1995, p.721), alertam para: “... *the modest alpha coefficients likely reflect the small number of indicators per scale and the fact that items were chosen to represent the conceptual breadth within each construct*”.

Neste estudo, verifica-se que para as restantes subescalas o Alpha de Cronbach varia entre 0,55 e 0,64. Valores similares aos obtidos nos estudos apresentados na tabela 17, sendo por isso valores aceitáveis. Destacando-se o facto de no presente estudo se ter obtido valores superiores para as escalas DM e OV.

De acordo com a tabela 17, o estudo realizado por Ryff e Keys em 1995, onde se utilizou a versão de 18 itens da EBEP, verifica-se que este apresentou coeficientes de Alpha de Cronbach, variando entre 0,33 a 0,56, relacionando-se esta evidência segundo Fernandes (2007), com o facto de se ter utilizado uma versão reduzida dos itens.

4.5. Procedimento e Considerações Éticas

A Investigação em enfermagem envolve, habitualmente pessoas pelo que os seus interesses e bem-estar devem prevalecer sobre o interesse da sociedade ou da ciência (Fortin, 2000). Neste contexto, no contacto com os idosos da Investigação, teve-se sempre em consideração os princípios éticos que envolvem uma Investigação.

Para cumprimento dos pressupostos éticos inerentes a este estudo foi efetuado o pedido de autorização para a utilização dos instrumentos aos autores. As respostas foram favoráveis à sua utilização neste estudo (Anexo IX).

A forma de chegar aos idosos implicou ir de porta em porta, a cada uma das habitações sociais. Após apresentação da investigadora; explicados os objetivos da visita e avaliado o interesse/disponibilidade para participar no estudo; validavam-se os critérios de inclusão no mesmo e procedia-se à recolha de

dados, através da aplicação do questionário previamente determinado para esta Investigação.

Considerando as características da amostra e a natureza das variáveis, a recolha de dados foi realizada pelo investigador, através de contacto presencial e individual, em contexto domiciliário com os idosos, alvo deste estudo. Optou-se por esta forma de seleção da amostra porque pareceu facilitadora para a recolha dos dados no tempo disponível para a concretização do trabalho. Por outro lado pelo facto do grupo alvo serem idosos, pareceu à partida que esta forma de abordagem seria melhor aceite e com melhor adesão à participação pela população alvo.

Antes de iniciar a recolha de dados, procedia-se à obtenção do consentimento informado (Anexo IX) e aplicação do *Mini-Mental State Examination* - MMSE (Anexo I). A aplicação dos questionários só ocorreu nos idosos em que se validou a presença de capacidades cognitivas e após compreensão do âmbito do estudo, aceitassem participar de livre e espontânea vontade, tendo presente que poderiam desistir a qualquer momento.

Assim sendo, neste estudo de Investigação foi assegurado o consentimento informado dos participantes; esclarecido, os benefícios e prejuízos da sua participação no estudo; enfatizado o carácter voluntário da participação; garantido a confidencialidade dos dados e ainda foi assegurado a dignidade dos idosos e o respeito com que foram tratados.

A assinatura do consentimento informado foi efetuada quer pela investigadora, quer pelo idoso que participou na Investigação ou alguém a quem o próprio delegou esta função. Neste estudo verificaram-se duas situações, em que a assinatura foi efetuada pela pessoa a quem foi delegada presencialmente pelo participante esta função.

O princípio legal que garante os procedimentos de proteção dos direitos humanos básicos é o consentimento informado (Fortin, 2009). Neste documento foram incluídos um conjunto de informações sobre o estudo que envolve a Investigação e sobre as garantias do respeito pelos aspetos éticos. No consentimento informado apresentado, está ainda descrito o seu propósito, delineando a duração esperada da participação do participante na Investigação; a descrição dos procedimentos, dos riscos ou constrangimentos, assim como os

benefícios previsíveis; garantindo ainda a confidencialidade e a garantia de que a participação é voluntária (Anexo X).

De um modo geral, a investigadora foi bem recebida. Na abordagem inicial a maioria dos idosos manifestavam alguma desconfiança e receio, que foi desvanecendo após explicação dos objetivos do estudo. A aplicação do questionário foi desenvolvida no contexto domiciliário. A recolha dos dados junto dos idosos que vivem sós no domicílio habitual, foi efetuada individualmente pela autora do estudo, registando-se apenas num caso a participação e preenchimento do questionário à porta da habitação do idoso. Solicitou-se ainda aos idosos a permissão para retirar notas ao longo do contato presencial.

A recolha de dados foi realizada em Maio de 2011, entre os dias 10 e 27, tendo sido aplicados questionários (Anexo IV), a 50 idosos que cumpriam os critérios de inclusão. Cada questionário demorou em média 1h30min (90min), com o tempo mínimo de quarenta e cinco minutos e o máximo de duas horas.

De modo a evidenciar possíveis falhas na construção do questionário fez-se uma prova preliminar - chamado pré-teste (Vilelas, 2009). Esta prova consistiu na aplicação de dez questionários a idosos que cumpriam os critérios de inclusão no estudo, mas que não foram incluídos na amostra.

Decorrente do pré-teste foram introduzidas alterações no questionário inicialmente construído: na questão 10 - *Tem alguma doença que o obrigue a cuidados de saúde com frequência?* Acrescentou-se uma possibilidade de resposta, ou seja, *polipatologia*²⁹. Considerou-se pertinente discriminar a existência, ou não, de patologia do foro mental, pelo que se acrescentou a questão: *10.1 Doença Mental: Não (1) Sim (2)*.

Na questão 15: *Necessidade de Suporte*, no item *Apoios formais - serviços de saúde* foi incluída uma terceira opção de resposta, pelo facto de lhes ser difícil discriminar se obtinham apoio só do enfermeiro ou do médico. Assim, inclui-se a opção: *médico/enfermeiro*. Ainda nesta questão, mas no que se refere aos *apoios informais* foi reformulada a questão, tendo ficado constituída do seguinte modo: *Familiares(1) Amigos/Vizinhos(2) Vários Apoios(3) Outro(s)(4) Qual?_____ Não Aplicável(5)*.

²⁹ Esta resposta implica que os idosos responderam ter mais do que uma doença. Acrescentou-se ainda esta hipótese porque se validou que a maior parte dos idosos que participaram nesta prova tinham mais do que uma patologia, o que facilitou posteriormente o tratamento dos dados.

Como foi mencionado anteriormente, de modo a validar o critério de inclusão *capacidades cognitivas* dos idosos, e previamente à aplicação do questionário, foi aplicado o *Mini-Mental State Examination* (MMSE, Folstein, Folstein e McHugh, 1975); que segundo Chaves (2008) se utiliza para avaliação neuropsicológica breve, tendo sido adaptado para a população portuguesa por Guerreiro, Silva, Botelho, Leitão, Caldas e Garcia, em 1993.

No presente estudo, para o MMSE, obteve-se como valor mínimo 18,00 e máximo de 30,00; com uma média de 27,68 ($DP=2,75$). Salienta-se que três idosos tiveram uma pontuação no MMSE \leq a 22. Destes, dois tinham zero anos de escolaridade e um com um ano de escolaridade. Apesar desta evidência, não se verificaram impedimentos na continuidade da realização do estudo no que se refere ao domínio da literacia funcional dos participantes.

Assim, não foi excluído nenhum idoso dos contactados, todos apresentaram capacidades cognitivas para continuar a participar no estudo. Refere-se o facto de apenas cinco dos idosos contactados presencialmente para colaborarem no estudo, recusaram participar no mesmo. As razões para não participarem foram mencionadas por dois dos idosos: *não estou interessado em participar*, e três dos idosos referiram *falta de tempo*, associado a compromissos para o dia em que foram contactados. Perante este facto, foram questionados sobre a possibilidade de eventual disponibilidade para participar em outro dia ou horário, mas a resposta continuou a ser negativa.

Nos casos em que o nível de literacia ou as dificuldades visuais estivessem presentes, o questionário foi preenchido pelo investigador, permitindo que o idoso acompanhasse o que foi escrito na folha de resposta. Esta estratégia foi utilizada sobretudo nos idosos que participaram no estudo com mais de 80 anos.

No que se refere às habitações sociais - tipo bairro, estas apresentam-se em três áreas geográficas distintas da Freguesia de S. Mamede de Infesta. A tipologia de habitação de Bairro, caracteriza-se por dois deles em habitação tipo apartamento (A e B)³⁰ e um deles em habitação tipo casa (C)³¹. Atendendo a estas características comuns de tipologia habitação de bairro, pareceu pertinente que a Investigação fosse desenvolvida neste contexto domiciliário e habitacional; por um lado pela facilidade de acesso à amostra alvo de estudo (permitido pela

³⁰ Neste trabalho de Investigação A e B será a denominação atribuída a dois dos bairros cujo tipo de habitação é Apartamento.

³¹ Neste trabalho de Investigação C será a denominação atribuída a um dos bairros cujo tipo de habitação é Casa.

proximidade e acessibilidade aos idosos), e pela facilidade de acesso do investigador a esta área geográfica.

O Bairro A é constituído pelo maior número de habitações e caracteriza-se por uma tipologia habitacional em apartamento. Relativamente aos apartamentos evidencia-se um total de 336 habitações, distribuídas por 12 blocos.

Relativamente ao Bairro B, é caracterizado por uma tipologia habitacional, apartamento, com um número total de 80 habitações, distribuídas por 3 blocos.

O Bairro C caracteriza-se por uma tipologia habitacional casa (rés-chão e 1.º andar), distribuídas num total de 156 habitações.

Tabela 18:
Dados referentes à adesão à participação no presente estudo

	N	Idosos que cumprem o critério - sem alterações capacidades cognitivas - MMSE - N (%)
Bairro A	14	14 (28,00)
Bairro B	8	8 (16,00)
Bairro C	28	28 (56,00)
Total	50	50 (100,00)

A amostra foi constituída por 50 idosos, que residiam sós no domicílio habitual em tipologia habitacional tipo bairro: 28 idosos residiam no Bairro C, 14 no Bairro A e 8 idosos residiam no Bairro B.

É importante realçar que estas habitações foram denominadas de A, B e C de uma forma aleatória, por motivos de confidencialidade.

Na entrevista presencial, a obtenção da resposta referente à *toma de medicação que os idosos faziam*, na questão 12.2 do questionário: *Se Sim, terapêutica Atual*, esta informação foi obtida através da visualização direta das caixas de fármacos que os idosos mostravam e o investigador anotou o nome dos medicamentos.

4.6. Análise dos Dados

A análise de dados não é uma atividade improvisada. Para efetuar um autêntico trabalho de análise dos dados será imprescindível conhecer com exatidão o marco teórico, o que equivale a referir o porquê de ter obtido os referidos dados (Vilelas, 2009). Neste contexto, só à luz destes pressupostos

teóricos é possível que os dados façam sentido e, portanto, poder-se-á realizar uma autêntica análise de toda a informação.

Assim, de modo a que todo este processo seja mais exato e fidedigno neste estudo, recorreu-se para a análise quantitativa dos dados, ao programa SPSS (Statistical Package for the Social Sciences) versão 18.0 e ao recurso da estatística paramétrica, que é mais eficiente do que a não paramétrica (Fortin, 2009).

Na análise dos resultados utilizaram-se procedimentos de estatística descritiva como, valor mínimo, valor máximo, medidas de tendência central (média e moda), bem como medidas de dispersão (desvio padrão).

A análise das diferenças entre grupos foi realizada através da *análise da variância de médias*, do *Teste t de Student* para medidas independentes para dois grupos e para mais do que dois grupos o *teste One-Way ANOVA* com a seleção do teste *Post Hoc-Scheffe*.

Neste estudo, admitiu-se nos testes estatísticos efetuados que o nível de confiança foi de 95%, com o nível de significância foi de 5% ($p < 0,05$). Com este nível de significância assumiu-se uma probabilidade de apenas 5% de que a diferença encontrada nos resultados do estudo não seja verdadeira (Polit, Beck e Hungler, 2004).

Por sua vez, para a análise das variáveis contínuas é utilizada a *correlação r de Pearson*. Segundo Vilelas (2009) a *correlação r de Pearson*, avalia o efeito que uma variável produz na outra. Representa-se por “r” e pode assumir valores entre +1 (existe uma correlação positiva perfeita) e -1 (correlação negativa perfeita - ocorre quando a influência é grande numa variável e origina uma diminuição na outra).

A análise neste estudo relativamente à correlação *r de Pearson* cumpriu-se os critérios, referidos por Vilelas (2009) e que se apresentam discriminados na tabela 19.

Tabela 19:
Valores padrão para a correlação r de Pearson

VALOR DE r	SIGNIFICADO
1	Correlação perfeitamente positiva para as duas variáveis
$0,8 \leq r < 1$	Correlação forte positiva
$0,5 \leq r < 0,8$	Correlação moderadamente positiva
$0,1 \leq r < 0,5$	Correlação fraca positiva
$0 < r < 0,1$	Correlação ínfima positiva
0	Nula - as duas variáveis nunca dependem linearmente uma da outra
$-0,1 < r < 0$	Correlação ínfima negativa
$-0,5 < r \leq -0,1$	Correlação fraca negativa
$-0,8 < r \leq -0,5$	Correlação moderadamente negativa
$-1 < r \leq -0,8$	Correlação forte negativa
-1	Correlação negativa perfeita entre as duas variáveis (se uma aumenta a outra diminui sempre)

FONTE: Vilelas 2009, p.329. In: *Investigação - O Processo de Construção do Conhecimento*. Edições Sílabo.

Os resultados serão apresentados em valores até às centésimas, obtido por corte.

Por sua vez nas situações em que o valor de N foi inferior a cinco, foram efetuados reagrupamentos ou exclusão dos grupos no sentido de ser viável a utilização de testes paramétricos. Na variável *Estado Civil*, foram associados o grupo dos Solteiros e dos Divorciados, por o grupo dos solteiros apresentar dois casos e o dos divorciados seis. Assim, a análise dos dados foi efetuada para dois grupos (Grupo I: Solteiros e Divorciados; Grupo II: Viúvos).

Para a variável *religião*, considerou-se apenas o grupo dos católicos ($N=45$). Foram excluídos os grupos: evangélico e outro, dado o número de casos da amostra ser 2 e 3, respetivamente.

Por sua vez, nas situações em que existir apenas um elemento no grupo não foram executados testes de análise de variância de médias, tendo-se apenas analisado e aplicado os testes aos restantes grupos.

Relativamente à variável *profissão*, dado que esta apresentou bastante diversidade de respostas, utilizou-se a Classificação Nacional das Profissões, versão de 1994, agrupando-se as profissões referidas pelos idosos de acordo com os nove grupos que esta classificação preconiza.

5. RESULTADOS

Neste capítulo serão cumpridos os pressupostos de Fortin (2009), referindo que a apresentação dos resultados, deve limitar-se a uma apresentação sob a forma narrativa dos resultados que ele reproduziu nas tabelas, onde o investigador é levado a comparar e a confrontar os resultados entre si. Por sua vez, a análise dos resultados tem por finalidade *considerar em detalhes os resultados obtidos, tendo em vista realçar o essencial, ou seja ela incide sobre a descrição dos factos* (Fortin, 2009, p.474).

A apresentação dos resultados da amostra segue a sequência das questões de Investigação previamente delineadas.

5.1. Qualidade de Vida dos Idosos que Vivem Sós no Domicílio Habitual

Para dar resposta à questão n.º1 - *Que QV têm os idosos que vivem sós no domicílio habitual?*, foi efetuada a análise das medidas descritivas e de tendência central e a correlação r de Pearson para a Escala SF-12 Total e os seus dois componentes (físico e mental), que se apresentam nas tabelas 20 e 21.

Tabela 20:
Análise descritiva do SF-12 (Total, CF e CM)

	<u>M</u>	<u>DP</u>	<u>Min.</u>	<u>Máx.</u>
CF SF-12	49,06	23,04	6,67	93,33
CM SF-12	65,90	22,07	14,29	100,00
SF-12 Total	57,48	19,81	15,24	96,67

NOTA: Os scores SF-12 (total, CF e CM) variam entre 0 e 100 pontos

Na análise da tabela 20, evidencia-se para a Escala SF-12 Total que os scores variam entre o 15,24 e 96,67 com $\underline{M}=57,48$ ($\underline{DP}=19,81$). No CF do SF-12, os valores de score variam entre 6,67 e 93,33, com $\underline{M}=49,06$ ($\underline{DP}=23,04$). No que diz respeito ao CM do SF-12, verifica-se que os valores de score variam entre 14,29 e 100,00; com $\underline{M}=65,90$ ($\underline{DP}=22,07$). No presente estudo, os idosos que vivem sós no domicílio habitual, apresentam em termos médios melhor QV no CM ($\underline{M}=65,90$; $\underline{DP}=22,07$) do que o CF ($\underline{M}=49,06$; $\underline{DP}=23,04$). Os valores variam entre 0 e 100.

Tabela 21:
Correlação r de Pearson para SF-12 (Total, CF e CM)

	<u>N</u>	CF SF12 r/p	CM SF 12 r/p	SF-12 TOTAL r/p
CF SF12	50	1		
CM SF 12	50	0,54*	1	
SF-12 Total	50	0,87*	0,88*	1

NOTA: * $p < 0,05$

No presente estudo e de acordo com a tabela 21 que diz respeito à correlação r de Pearson da Escala de SF-12 Total, com o CF e CM são elevados: $r(48)=0,87$, $p < 0,05$ e $r(48)=0,88$, $p < 0,05$. O CF explica em 75%, a variância da QV dos idosos que vivem sós no domicílio habitual avaliada pelo SF-12. Por sua vez, o CM explica em 77% a variância da QV (avaliada pelo SF-12) dos idosos que vivem sós no domicílio habitual.

Estes resultados sobrepõem-se aos anteriores (médias) apresentados na tabela 20. A percepção dos idosos da amostra da sua QV avaliada pelo SF-12 é explicada em 77% pelo CM e 75% pelo CF.

5.2. Variáveis Psicossociais e Qualidade de Vida dos Idosos que Vivem Sós

No presente subcapítulo apresentam-se os resultados relativamente a relação entre as variáveis psicossociais e a QV dos idosos que fizeram parte da amostra deste estudo, dando assim resposta à questão n.º2 - Que variáveis psicossociais influenciam a QV dos idosos que vivem sós no domicílio habitual?

Para responder a esta questão, apresentam-se os resultados da análise das relações entre as *variáveis sociodemográficas; as socioprofissionais; condições habitacionais; religião; variáveis da saúde; atividade e estilos de vida; necessidades de apoios (formal e informal)* e a QV dos idosos da amostra, avaliada pelo SF-12 (Total, CF e CM).

Utilizou-se a comparação de médias, avaliada através do *Teste t de Student*, para as variáveis *sexo, situação laboral, habitação, tipo de habitação, religião, prática de religião, presença/ausência de doença e de doença mental, ida habitual ao médico para consultas de vigilância, gestão do regime*

terapêutico, uso de álcool, atividade recreativa e física, apoios formais: serviços de saúde e apoios informais.

Para as relações entre a *idade, escolaridade, até que idade trabalhou e o tempo que os idosos vivem sozinhos*, utilizou-se a correlação *r* de Pearson.

Para analisar a relação entre a variável *periodicidade com que recorre ao médico* e a QV dos idosos da amostra, utilizou-se o Teste One-Way ANOVA.

Relativamente às variáveis *razões que levam os idosos a não realizarem atividade recreativa e física* utilizou a comparação de médias e o desvio padrão.

5.2.1. Variáveis Sociodemográficas e Qualidade de Vida

Neste subcapítulo apresentam-se os resultados das análises das relações entre as variáveis sociodemográficas (sexo, idade, escolaridade, tempo que vivem sozinhos e estado civil) e a QV avaliada pela escala SF-12 (Total e componentes).

- **SEXO E QV**

Efetuuou-se a análise da variância de médias para o sexo através do Teste *t* de Student. Apresenta-se na tabela 22 os resultados.

Tabela 22:
Teste *t* de Student para o sexo e SF-12 (Total, CF e CM)

	Sexo	N	M	DP	t (gl) p
CF SF-12	Feminino	41	46,82	22,87	-1,48 (48) n.s.
	Masculino	9	59,25	22,22	
CM SF-12	Feminino	41	63,53	21,91	-1,65 (48) n.s.
	Masculino	9	76,71	20,54	
SF-12 Total	Feminino	41	55,18	19,08	-1,79 (48) n.s.
	Masculino	9	67,98	20,77	

LEGENDA: n.s. - não significativo

Não existem diferenças estatisticamente significativas entre o sexo feminino e o masculino relativamente à sua perceção de QV avaliada pela SF-12 (Total, CF e CM). Porém os idosos do sexo masculino apresentam valores médios superiores aos do sexo feminino, mas sem significado estatístico.

- **IDADE, ESCOLARIDADE, TEMPO QUE VIVE SÓ E QV**

Na tabela 23 pode verificar-se as correlações entre as variáveis idade, escolaridade e o tempo que vivem sós e o SF-12 (Total, CF e CM), referente aos idosos que fizeram parte da amostra deste estudo.

Tabela 23:

Correlação *r* de Pearson entre as variáveis (idade, escolaridade e tempo que vive sozinho) e SF-12 (Total, CF e CM)

	<u>N</u>	CM SF 12 <u>r/p</u>	CF SF12 <u>r/p</u>	SF-12 Total <u>r/p</u>
Idade	50	0,00 n.s.	- 0,04 n.s.	- 0,02 n.s.
Escolaridade (anos)	50	- 0,01 n.s.	0,27*	0,14 n.s.
Tempo Vive Sozinho	50	- 0,12 n.s.	0,02 n.s.	- 0,05 n.s.

LEGENDA: n.s. - não significativo; * $p=0,05$

Não existem associações estatisticamente significativas entre a *idade e tempo que vivem sozinhos* e a QV, SF-12 (Total, CF e CM). Todavia no CF do SF-12 a *escolaridade* apresenta associação estatisticamente significativa ($r(48)=0,27$; $p=0,05$). A mais anos de escolaridade detidos pelos participantes associa-se a melhor perceção de QV no CF do SF-12.

5.2.2. Variáveis Socioprofissionais e Qualidade de Vida

Neste subcapítulo faz-se a análise da relação entre as variáveis socioprofissionais (situação ocupacional, até que idade trabalhou e a origem do rendimento familiar) e a Escala SF-12 Total e seus componentes.

- **SITUAÇÃO OCUPACIONAL**

Na tabela 24 apresenta-se o resultado do test t para situação laboral e o SF-12 (Total, CF e CM).

Tabela 24:

Teste t de Student para situação laboral e o SF-12 (Total, CF e CM)

	Situação Laboral	<u>N</u>	<u>M</u>	<u>DP</u>	<u>t(gl) p</u>
CF SF-12	Reformado por Idade	31	55,48	21,86	2,66 (48) *
	Reformado por Invalidez	19	38,59	21,49	
CM SF-12	Reformado por Idade	31	67,43	23,78	0,62(48) n.s.
	Reformado por Invalidez	19	63,40	19,31	
SF-12Total	Reformado por Idade	31	61,45	20,61	1,85 (48) n.s.
	Reformado por Invalidez	19	51,00	16,98	

LEGENDA: n.s. - não significativo; * $p<0,05$

Da análise da tabela 24, verifica-se que os idosos *reformados por idade* apresentam significativamente mais QV no CF ($\underline{M}=55,48$; $\underline{DP}=21,86$) do que os *reformados por invalidez* ($\underline{M}=38,59$; $\underline{DP}=21,49$) com valor de $t(48)=2,66$, $p<0,05$.

Não se verificaram diferenças estatisticamente significativas nos dois grupos, para a SF-12 Total ou CM.

Os idosos *reformados por idade*, apresentam médias superiores na QV avaliada pelo SF-12, CF e CM relativamente aos *reformados por invalidez*, embora só existam diferenças estatisticamente significativas para o CF.

Na situação ocupacional, os idosos também foram questionados relativamente à *idade até que trabalharam*. Os resultados obtidos apresentam-se na tabela 25.

Tabela 25:
Correlação r de Pearson entre até que idade trabalhou e o SF-12 (Total, CF e CM)

	<u>N</u>	CF SF12 r/p	CM SF 12 r/p	SF-12 Total r/p
Até que Idade Trabalhou (anos)	50	0,26 n.s.	0,02 n.s.	0,16 n.s.

LEGENDA: n.s. - não significativo

Na tabela 25 observa-se uma associação positiva (ínfima e fraca) entre a idade até que os idosos trabalharam e a QV (Total e componentes) sem significado estatístico. Parece que os idosos que trabalharam até mais tarde apresentam melhor QV avaliada pelo SF-12, contudo sem significância estatística.

5.2.3. Condições Habitacionais e Qualidade de Vida

No presente subcapítulo apresentam-se os resultados das relações das condições habitacionais e a QV, avaliada pelo SF-12 (Total, CF e CM).

- **HABITAÇÃO**

Na tabela 26 apresenta-se os resultados obtidos referentes à comparação de médias entre a SF-12 Total, seus componentes e as variáveis habitação e tipo de habitação.

Tabela26:

Teste t de Student para habitação e tipo de habitação e o SF-12 (Total, CF e CM)

		<u>N</u>	<u>M</u>	<u>DP</u>	<u>t (gl) p</u>
CF SF-12	<i>Casa própria</i>	14	46,19	25,94	-0,54 (48) n.s.
	<i>Casa Arrendada</i>	36	50,18	22,11	
CM SF-12	<i>Casa própria</i>	14	64,28	25,72	-0,32 (48) n.s.
	<i>Casa Arrendada</i>	36	66,53	20,84	
SF-12 Total	<i>Casa própria</i>	14	55,23	24,48	-0,49 (48) n.s.
	<i>Casa Arrendada</i>	36	58,35	18,00	
CF SF-12	<i>Habitação Social: apartamento</i>	16	52,50	24,08	0,71 (48) n.s.
	<i>Habitação Social: casa</i>	34	47,45	22,72	
CM SF-12	<i>Habitação Social: apartamento</i>	16	60,11	20,78	-1,28 (48) n.s.
	<i>Habitação Social: casa</i>	34	68,62	22,43	
SF-12 Total	<i>Habitação Social: apartamento</i>	16	56,30	20,42	-0,28 (48) n.s.
	<i>Habitação Social: casa</i>	34	58,03	19,80	

LEGENDA: n.s. - não significativo

Da análise da tabela 26, verifica-se que não existem diferenças estatisticamente significativas para os dois grupos (casa própria ou casa arrendada) nem na SF-12 Total, no CF e CM. Esta condição também se verifica, quanto ao tipo de habitação dos idosos. O facto dos idosos viverem em habitação própria ou arrendada, ou se é do tipo apartamento ou casa, não se relaciona com a QV avaliada pelo SF-12 (Total, CF e CM).

5.2.4. Religião e Qualidade de Vida

Neste subcapítulo faz-se a apresentação dos resultados referentes às relações entre as variáveis *religião e a prática de religião* com o SF-12 Total e seus componentes.

- **RELIGIÃO**

Na tabela 27, apresentam-se os resultados obtidos, referente à comparação de médias entre a variável religião (grupo dos católicos e não católicos), a SF-12 Total e seus componentes.

Tabela 27:
Teste t de Student para a religião e o SF-12 (Total, CF e CM)

		<u>N</u>	<u>M</u>	<u>DP</u>	<u>t (gl) p</u>
CF SF-12	<i>Católicos</i>	45	51,70	22,11	2,56 (48) *
	<i>Não Católicos</i>	5	25,33	18,49	
CM SF-12	<i>Católicos</i>	45	67,83	20,76	1,90 (48) n.s.
	<i>Não Católicos</i>	5	48,57	28,45	
SF-12 Total	<i>Católicos</i>	45	59,76	18,51	2,58 (48) *
	<i>Não Católicos</i>	5	36,95	21,24	

LEGENDA: n.s. - não significativo; * $p < 0,05$

Não existem diferenças estatisticamente significativas entre ser ou não católico relativamente à QV no CM. Da análise da tabela 27 verifica-se que existem diferenças estatisticamente significativas entre o grupo dos católicos e não católicos e a QV (avaliada pelo SF-12 Total e CF). Os idosos que professam a religião católica apresentam em média mais QV Total ($M=59,76$; $DP=18,51$) do que aqueles que não professam esta religião ($M=36,95$; $DP=21,24$) com valor de $t(48)=2,58$; $p < 0,05$.

Os idosos que professam a religião católica apresentam em média mais QV no CF ($M=51,70$; $DP=22,11$) do que aqueles que não professam esta religião ($M=25,33$; $DP=18,49$) com valor de $t(48)=2,56$; $p < 0,05$.

A tabela 28 apresenta a comparação de médias entre a SF-12 (Total, CF e CM) e a prática de religião dos idosos.

Tabela 28:
Teste t de Student para a prática de religião e o SF-12 (Total, CF e CM)

		<u>N</u>	<u>M</u>	<u>DP</u>	<u>t (gl) p</u>
CF SF-12	<i>Praticante</i>	40	50,66	22,17	0,98 (48) n.s.
	<i>Não Praticante</i>	10	42,66	26,51	
CM SF-12	<i>Praticante</i>	40	63,45	22,73	-1,59 (48) n.s.
	<i>Não Praticante</i>	10	75,71	16,71	
SF-12 Total	<i>Praticante</i>	40	57,05	19,90	-0,30 (48) n.s.
	<i>Não Praticante</i>	10	59,19	20,38	

LEGENDA: n.s. - não significativo

Da análise da tabela 28, verifica-se que não existem diferenças estatisticamente significativas entre os idosos que referiram ser praticantes de algum tipo de religião e os que mencionaram ser não praticantes e a QV (Total e componentes). O facto dos idosos serem ou não praticantes de religião não se relaciona com a QV avaliada pelo SF-12 (Total, CF e CM).

5.2.5. Variáveis de Saúde e Qualidade de Vida

No presente subcapítulo apresenta-se os resultados da análise da relação das variáveis da saúde, nomeadamente: *presença ou não de doença(s)*, *recurso aos serviços de saúde*, *terapêutica habitual*, *regime terapêutico (gestão)* e a QV avaliada pela SF-12 (Total, CF e CM).

- **PRESEÇA OU NÃO DE DOENÇA**

Os idosos foram questionados relativamente à presença ou ausência de doença, sendo que 49 referem ter doença(s) que os obrigam a cuidados de saúde com frequência. A tabela 29 apresenta os resultados obtidos relativos à comparação de médias entre a SF-12, seus respetivos componentes e a condição presença de doença/doenças.

Tabela 29:
Teste t de Student para presença de doença(s) e o SF-12 (Total, CF e CM)

	Presença de Doença - SIM	N	M	DP	t (gl) p
CF SF-12	<i>Polipatologia</i>	34	48,62	21,86	0,15 (48) n.s.
	<i>Uma doença</i>	15	47,55	25,05	
CM SF-12	<i>Polipatologia</i>	34	64,28	23,54	-0,53 (48) n.s.
	<i>Uma doença</i>	15	67,93	18,57	
SF-12 Total	<i>Polipatologia</i>	34	56,45	19,81	-0,21 (48) n.s.
	<i>Uma doença</i>	15	57,74	19,39	

LEGENDA: n.s. - não significativo

Da análise da tabela 29, verifica-se que não existe relação estatisticamente significativa entre a presença de uma ou várias doenças nos idosos e a QV, avaliada pelo SF-12 (Total e componentes). Padecer de um ou vários problemas de saúde não se relaciona com a QV dos idosos que vivem sós.

A tabela 30 sintetiza os resultados das respostas dos idosos da amostra, relativamente à questão *presença ou ausência de doença mental*, apresentando-se as médias para o SF-12 (Total e componentes).

Tabela 30:
Teste t de Student para a presença/ausência de doença mental e o SF-12 (Total, CF e CM)

	Doença Mental	N	M	DP	t (gl) p
CF SF-12	<i>Não</i>	40	50,00	21,29	0,56 (48) n.s.
	<i>Sim</i>	10	45,33	30,11	
CM SF-12	<i>Não</i>	40	69,88	17,73	1,97 (10,55) n.s.
	<i>Sim</i>	10	50,00	30,63	
SF-12 Total	<i>Não</i>	40	59,94	16,70	1,32 (10,63) n.s.
	<i>Sim</i>	10	47,66	28,18	

LEGENDA: n.s. - não significativo

Não existem diferenças estatisticamente significativas entre os dois grupos de idosos que referiam *presença, ou não, de doença mental* e a QV avaliada pelo SF-12 (Total e componentes). O facto dos idosos terem ou não doença mental não se relaciona com a QV dos idosos que vivem sós.

- **RECURSO AOS SERVIÇOS DE SAÚDE**

À questão - *Vai habitualmente ao médico para vigilância de saúde?* a totalidade dos participantes respondeu afirmativamente. Assim, constata-se que todos os idosos que vivem sós vão habitualmente ao médico para vigilância do estado de saúde.

Na tabela 31, apresentam-se os resultados relativos à periodicidade com que os idosos vão habitualmente ao médico para vigilância de saúde.

Tabela 31:
One-Way ANOVA para periodicidade de ida ao médico para vigilância de saúde e QV (SF-12, CF e CM)

		N	M	DP	F (gl) p
CF SF-12	<i>1 vez por ano</i>	9	38,51	23,98	
	<i>2 vezes por ano</i>	36	52,96	21,49	1,91 (2,47) n.s.
	<i>Todos os meses</i>	5	40,00	28,67	
CM SF-12	<i>1 vez por ano</i>	9	70,89	18,51	
	<i>2 vezes por ano</i>	36	67,06	21,39	1,88 (2,47) n.s.
	<i>Todos os meses</i>	5	48,57	28,84	
SF-12 Total	<i>1 vez por ano</i>	9	54,70	18,81	
	<i>2 vezes por ano</i>	36	60,01	18,65	1,52 (2,47) n.s.
	<i>Todos os meses</i>	5	44,28	27,61	

LEGENDA: n.s. - não significativo

Na análise da tabela 31, verifica-se que não existem diferenças estatisticamente significativas para os três grupos (*1 vez por ano, 2 vezes por ano e todos os meses*) no SF-12 (Total e componentes) relativamente à periodicidade com que os idosos referiram recorrer ao médico.

Porém os idosos da amostra que referiram recorrer ao médico *duas vezes por ano* apresentam valores médios superiores relativamente aos que referiram recorrer *uma vez por ano ou todos os meses* no SF-12 (Total e CF), mas sem significado estatístico. Os idosos que recorrem ao médico *uma vez por ano* apresentam valores médios superiores que os que referiram recorrer *duas vezes por ano e todos os meses* no CM do SF-12, mas sem significado estatístico.

- **REGIME TERAPÊUTICO**

Seguidamente apresentam-se os resultados da análise da variância de médias para a *gestão do regime terapêutico (GRT)* (através do Teste t) e a QV dos idosos, avaliada com o SF-12 (Total e componentes). Na tabela 32 apresentam-se os resultados dessa análise.

Tabela 32:
Teste t de Student para a GRT e o SF-12 (Total, CF e CM)

		N	M	DP	t (gl) p
CF SF-12	<i>Não</i>	5	41,33	18,49	-0,78 (48) n.s.
	<i>Sim</i>	45	49,92	23,51	
CM SF-12	<i>Não</i>	5	73,33	18,00	0,79 (48) n.s.
	<i>Sim</i>	45	65,07	22,49	
SF-12 Total	<i>Não</i>	5	57,33	13,59	-0,01 (48) n.s.
	<i>Sim</i>	45	57,50	20,50	

LEGENDA: n.s. - não significativo

Na análise da tabela 32 verifica-se que a GRT não se relaciona com a QV dos idosos que vivem sós no domicílio habitual, uma vez que não existem diferenças estatisticamente significativas nos scores obtidos para a SF-12 Total, CF e CM.

5.2.6. Atividades, Estilos de Vida e Qualidade de Vida

No presente subcapítulo efetua-se a apresentação dos resultados da análise das relações entre as variáveis: *estilos de vida (uso de álcool)* e as *atividades (recreativas e físicas)* e a QV dos idosos que participaram neste estudo, avaliada pelo SF-12 (Total e componentes).

- **USO DE ÁLCOOL**

A tabela 33 apresenta os resultados obtidos através da comparação de médias utilizando o Teste t de Student, relativamente à condição *Uso de Álcool* e o SF-12 (Total, CF e CM).

Tabela 33:
Teste t de Student para o uso de álcool e o SF-12 (Total, CF e CM)

		N	M	DP	t (gl) p
CF SF-12	<i>Não</i>	39	65,81	23,06	-0,05 (48) n.s.
	<i>Sim</i>	11	66,23	19,10	
CM SF-12	<i>Não</i>	39	58,03	20,48	0,36 (48) n.s.
	<i>Sim</i>	11	55,54	17,96	
SF-12 Total	<i>Não</i>	39	50,25	22,93	0,68 (48) n.s.
	<i>Sim</i>	11	44,84	24,05	

LEGENDA: n.s. - não significativo

Não existem diferenças estatisticamente significativas pelo facto de serem, ou não consumidores de álcool e a QV dos idosos da amostra avaliada pelo SF-12 (Total e componentes).

- **ATIVIDADES RECREATIVAS**

Na tabela 34 apresentam-se os resultados obtidos referentes à comparação de médias, através do Teste t de Student, para ter, ou não atividade recreativa e o SF-12 (Total e componentes).

Tabela 34:
Teste t de Student para a atividade recreativa e o SF-12 (Total, CF e CM)

	Tem alguma atividade recreativa?	<u>N</u>	<u>M</u>	<u>DP</u>	t (gl) <u>p</u>
CF SF-12	<i>Não</i>	11	32,12	16,28	-2,97 (48) *
	<i>Sim</i>	39	53,84	22,54	
CM SF-12	<i>Não</i>	11	55,41	20,56	-1,82 (48) n.s.
	<i>Sim</i>	39	68,86	21,81	
SF-12 Total	<i>Não</i>	11	43,76	13,48	-2,77 (48) *
	<i>Sim</i>	39	61,35	19,70	

LEGENDA: n.s. - não significativo; * $p < 0,05$

Da análise da tabela 34, não existem diferenças estatisticamente significativas entre ter ou não ter atividade recreativa e a QV, avaliada pelo SF-12 no CM. Porém em termos médios os idosos da amostra que realizam atividade recreativa têm mais QV (no CM) relativamente aos idosos que não realizam atividade recreativa, mas sem significado estatístico.

Existem diferenças estatisticamente significativas entre os idosos que realizam atividade recreativa e os que não faziam e a sua QV avaliada pelo SF-12 (Total e CF). Os idosos que realizam atividade recreativa apresentam em média mais QV Total ($\underline{M}=61,35$; $\underline{DP}=19,70$) do que os que não realizam atividade recreativa ($\underline{M}=43,76$; $\underline{DP}=13,48$) com valor de $t(48)=-2,77$; $p < 0,05$.

O mesmo se verifica para o CF do SF-12. Os idosos que realizam atividade recreativa apresentam em média mais QV, avaliada pelo CF do SF-12 ($\underline{M}=53,84$; $\underline{DP}=22,54$) do que os que não realizam atividade recreativa ($\underline{M}=32,12$; $\underline{DP}=16,28$) com valor de $t(48)=-2,97$; $p < 0,05$.

A tabela 35 apresenta os resultados obtidos em relação às médias entre as razões que levaram os idosos da amostra a não realizar atividades recreativas e a QV avaliada pelo SF-12 (Total, CF e CM).

Tabela 35:

Análise descritiva do SF-12 (Total, CF e CM) segundo as razões para não realizar atividade recreativa

		<u>N</u>	<u>M</u>	<u>DP</u>
CF SF-12	<i>Falta de Vontade</i>	4	21,66	21,34
	<i>Limitação Física</i>	2	43,33	4,71
	<i>Falta de conhecimento dos recursos</i>	5	36,00	11,15
	<i>Total</i>	11	32,12	16,28
CM SF-12	<i>Falta de Vontade</i>	4	55,95	22,79
	<i>Limitação Física</i>	2	57,14	6,73
	<i>Falta de conhecimento dos recursos</i>	5	54,28	25,55
	<i>Total</i>	11	55,41	20,56
SF-12 Total	<i>Falta de Vontade</i>	4	38,80	18,73
	<i>Limitação Física</i>	2	50,23	1,01
	<i>Falta de conhecimento dos recursos</i>	5	45,14	11,98
	<i>Total</i>	11	43,76	13,48

Analisando os valores mencionados na tabela 35, verifica-se que os idosos que não realizavam atividade recreativa por limitação física têm em termos médios valores superiores de QV Total e nos componentes (SF-12 Total: \underline{M} = 50,23; \underline{DP} =1,01; CF: \underline{M} =43,33; \underline{DP} =4,71; CM: \underline{M} =57,14; \underline{DP} =6,73), do que os que não fazem por falta de conhecimento dos recursos ou falta de vontade.

- **ACTIVIDADE FÍSICA**

Na tabela 36 apresentam-se os dados obtidos relativos à comparação de médias entre a atividade física e a QV dos idosos da amostra, determinada através do SF-12 (Total, CF e CM).

Tabela 36:

Teste t de Student para atividade física e o SF-12 (Total, CF e CM)

	Tem alguma atividade física?	<u>N</u>	<u>M</u>	<u>DP</u>	t (gl) p
CF SF-12	<i>Não</i>	25	42,13	24,84	-2,21 (48) *
	<i>Sim</i>	25	56,00	19,14	
CM SF-12	<i>Não</i>	25	63,42	25,18	-0,79 (48) n.s.
	<i>Sim</i>	25	68,38	18,64	
SF-12 Total	<i>Não</i>	25	52,78	22,39	-1,71 (48) n.s.
	<i>Sim</i>	25	62,19	15,92	

LEGENDA: n.s. - não significativo; * $p < 0,05$

Os idosos que referiram ter atividade física apresentavam significativamente mais QV no CF (\underline{M} =56,00; \underline{DP} =19,14) do que os que não realizavam (\underline{M} =42,13; \underline{DP} =24,84), com valor de $t(48) = -2,21$; $p < 0,05$.

A tabela 37 apresenta os resultados obtidos em relação às médias entre as razões referidas pelos idosos para não realizar atividade física e a QV avaliada pelo SF-12 (Total, CF e CM).

Tabela 37:
Análise descritiva do SF-12 (Total, CF e CM) segundo as razões para não realizar atividade física

	Se atividade física NÃO, Porquê?	N	M	DP
CF SF-12	Falta de vontade	5	70,66	17,38
	Limitação física	18	31,85	18,22
CM SF-12	Falta de vontade	5	76,19	26,93
	Limitação física	18	58,46	24,65
SF-12 Total	Falta de vontade	5	73,42	21,43
	Limitação física	18	45,15	18,37

Os idosos que não realizam atividade física por falta de vontade apresentam valores médios superiores no SF-12 Total e nos respetivos componentes (SF-12 Total: \underline{M} =73,42; \underline{DP} =21,43; CF: \underline{M} =70,66; \underline{DP} =17,38 e CM: \underline{M} =76,19; \underline{DP} =26,93) do que os que não realizam por limitação física (Tabela 37).

5.2.7. Necessidade de Apoios (Formal e Informal) e Qualidade de Vida

No presente subcapítulo apresenta-se os dados obtidos da análise das relações das variáveis apoios formais - serviços de saúde e apoios informais, com o SF-12 Total e seus componentes.

- **APOIOS FORMAIS: SERVIÇOS DE SAÚDE**

Na tabela 38 apresenta-se os resultados obtidos na comparação de médias, através do Teste t de Student, entre os apoios formais: serviços de saúde e a QV dos idosos da amostra, avaliada pelo SF-12 Total e seus componentes.

Tabela 38:
Teste t de Student para os apoios formais: serviços de saúde e o SF-12 (Total, CF e CM)

	Apoios Formais: Serviços de Saúde?	N	M	DP	t (gl) p
CF SF-12	Médico	11	57,57	24,27	1,30 (47) n.s.
	Médico/Enfermeiro	38	47,54	22,03	
CM SF-12	Médico	11	74,02	20,68	1,42 (47) n.s.
	Médico/Enfermeiro	38	63,28	22,36	
SF-12 Total	Médico	11	65,80	20,29	1,54 (47) n.s.
	Médico/Enfermeiro	38	55,41	19,47	

LEGENDA: n.s. - não significativo

O grupo dos idosos que referiu o médico como apoio formal apresenta em média valores mais elevados de QV avaliada pelo SF-12 (Total e componentes) do que aqueles que referiram a opção de resposta Médico/Enfermeiro, mas sem significado estatístico.

- **APOIOS INFORMAIS**

Na tabela 39 apresenta-se os resultados obtidos na comparação de médias através do Teste t de Student entre a variável *apoios informais* e a QV dos idosos, avaliada pelo SF-12 (Total, CF e CM).

Tabela 39:
Teste t de Student para os apoios informais e o SF-12 (Total, CF e CM)

	<u>N</u>	<u>M</u>	<u>DP</u>	<u>t(gl)</u>
CF SF-12 <i>Familiares</i>	15	50,66	22,08	0,24 (46) n.s.
<i>Amigos/Vizinhos/Vários Apoios</i>	33	48,88	24,30	
CM SF-12 <i>Familiares</i>	15	66,03	17,15	0,01 (46) n.s.
<i>Amigos/Vizinhos/Vários Apoios</i>	33	65,94	24,66	
SF-12 Total <i>Familiares</i>	15	58,34	16,85	0,14 (46) n.s.
<i>Amigos/Vizinhos/Vários Apoios</i>	33	57,41	21,77	

LEGENDA: n.s. - não significativo

Da análise da tabela 39, verifica-se que não existem diferenças estatisticamente significativas entre os dois grupos (apoio informal realizado pelos familiares e realizado pelos amigos/vizinhos/vários apoios) e a QV dos idosos, avaliada pelo SF-12 Total e seus componentes.

Porém em termos médios os idosos que beneficiam de apoio informal realizado pelos familiares apresentam valores superiores relativamente aos apoios realizados pelos amigos/vizinhos/vários apoios, para o SF-12 Total e seus componentes, mas sem significado estatístico.

Em síntese, com a apresentação dos resultados atrás mencionados, pretende-se responder à questão: Que variáveis psicossociais influenciam a QV dos idosos que vivem sós no domicílio habitual? Neste sentido, evidencia-se que as variáveis psicossociais estudadas e estatisticamente significativas que influenciam a QV, avaliadas pelo SF-12 (Total, CF e CM) são: mais anos de escolaridade associam-se a melhor percepção de QV - CF. Os idosos que referiram terem sido reformados por idade apresentam melhor QV- CF do que os reformados por invalidez. Os que professam a religião católica apresentam melhor QV Total e QV-CF do que os que referiram professar outras religiões. Os participantes que referiram ter alguma atividade recreativa apresentaram melhor QV Total e QV-CF do que aqueles que não tinham essa atividade de recreação. Os que referiram ter atividade física tinham mais QV-CF do que os que não tinham atividade física.

5.3. Satisfação com a Vida e Qualidade de Vida dos Idosos que Vivem Sós

Para dar resposta à esta questão n.º3 - Qual a relação entre a Satisfação com Vida e a QV?, utilizou-se a correlação r de Pearson para determinar a associação da satisfação com a vida e a QV, dos idosos que vivem sós no domicílio habitual. Os resultados apresentam-se na tabela 40.

Tabela 40:
Correlação r de Pearson entre a ESV e o SF-12 (Total, CF e CM)

	CF SF12 r/p	CM SF 12 r/p	SF-12 Total r/p
Escala de Satisfação com a Vida	0,40 *	0,53 *	0,53 *

LEGENDA: * $p < 0,05$

Na análise da tabela 40, verifica-se que existe uma associação positiva entre a Satisfação com a Vida e a QV (SF-12 Total e componentes), estatisticamente significativa.

A associação existente entre a ESV e a QV é moderadamente positiva para o SF-12 Total e para o CM ($r(48) = 0,53$; $p < 0,05$ para ambos) e fraca positiva para o CF ($r(48) = 0,40$; $p < 0,05$). A Satisfação com a Vida associa-se positivamente à QV dos idosos que vivem sós no seu domicílio habitual. Mais Satisfação com a Vida associa-se a mais QV (SF-12 Total, CF e CM) nos idosos.

5.4. Espiritualidade e Qualidade de Vida dos Idosos que Vivem Sós

Para responder à questão número 4 - Qual a relação entre a Espiritualidade e a QV?, procedeu-se à análise da correlação entre a EAE (Total e dimensões) e o SF-12 (Total, CF e CM), resultados que se apresentam na tabela 41.

Tabela 41:
Correlação r de Pearson entre a EAE (Total e dimensões) e o SF-12 (Total, CF e CM)

	CF SF12 r/p	CM SF 12 r/p	SF-12 Total r/p
Dimensão Crenças (D:C)	0,09 n.s.	-0,16 n.s.	-0,03 n.s.
Dimensão: Esperança/Otimismo (D:E/O)	0,47 *	0,54 *	0,57 *
EAE Total	0,45 *	0,37 *	0,47 *

LEGENDA: n.s. - não significativo; * $p < 0,05$

Da análise da tabela 41, verifica-se que a correlação entre a EAE (Total e D:E/O) e o SF-12 (Total, CF e CM) é positiva e estatisticamente significativa. Não existem diferenças estatisticamente significativas na correlação entre a D:C da EAE e o SF-12 (Total, CF e CM).

A D:E/O apresenta uma correlação moderadamente positiva com o SF-12 Total ($r(48) = 0,57$; $p < 0,05$) e para o CM ($r(48) = 0,54$; $p < 0,05$). A correlação entre a D:E/O e o SF-12 (CF) é fraca positiva ($r(48) = 0,47$; $p < 0,05$).

A correlação entre a EAE Total e o SF-12 (Total, CF e CM) é fraca positiva (SF-12 total: $r(48) = 0,47$; $p < 0,05$; CF: $r(48) = 0,45$; $p < 0,05$; CM: $r(48) = 0,37$; $p < 0,05$).

A Espiritualidade avaliada pela EAE (Total e D:E/O) associa-se positivamente à QV dos idosos que vivem sós no domicílio habitual (avaliada pelo SF-12 Total, CF e CM). Mais Espiritualidade (Total e D:E/O) associam-se a mais QV (Total, CF e CM) nos idosos.

5.5. Bem-Estar e Qualidade de Vida dos Idosos que Vivem Sós

Para responder à questão n.º5 - Qual a relação entre o Bem-estar e a QV?, efetivou-se a análise da correlação r de Pearson entre EBEP (Total e subescalas) e o SF-12 (Total e componentes), apresentando-se os resultados discriminados na tabela 42.

Tabela 42:
Correlação r de Pearson entre a EBEP (Total e subescalas) e o SF-12 (Total, CF e CM)

	CF SF12 r/p	CM SF 12 r/p	SF-12 Total r/p
Subescala DM EBEP	0,49 **	0,42 **	0,52 **
Subescala CP EBEP	0,33 *	0,28 *	0,35 *
Subescala RPO EBEP	0,30 *	0,23 n.s.	0,30 *
Subescala OV EBEP	0,52 **	0,45 **	0,56 **
Subescala AS EBEP	0,38 **	0,48 **	0,49 **
EBEP Total	0,51 **	0,50 **	0,58 **

LEGENDA: n.s. - não significativo; * $p < 0,05$; ** $p < 0,01$

Da análise da tabela 42, verifica-se que existem diferenças estatisticamente significativas entre a EBEP (Total e subescalas) e o SF-12 (Total, CF e CM), exceto para a subescala RPO da EBEP no CM do SF-12.

As correlações entre a EBEP (Total e subescalas) e o SF-12 (Total, CF e CM) são positivas. Verificam-se maiores valores de associação para a subescala DM, OV

e EBEP Total com a QV (avaliada pelo SF-12 Total, CF e CM) dos idosos. A associação entre a subescala AS da EBEP apresenta também um valor elevado na CM do SF-12 (Tabela42).

A subescala DM da EBEP apresenta uma correlação moderadamente positiva com o SF-12 Total ($r(48)=0,52; p<0,01$) e uma correlação fraca positiva com o CF e CM do SF-12 (CF: $r(48)=0,49; p<0,01$ e CM: $r(48)=0,42; p<0,01$).

A subescala OV da EBEP apresenta uma correlação moderadamente positiva com o SF-12 Total e CF (SF-12 Total: $r(48)=0,56; p<0,01$ e CF: $r(48)=0,52; p<0,01$). Para o CM do SF-12 a correlação é fraca positiva ($r(48)=0,45; p<0,01$).

A correlação entre a EBEP Total e o SF-12 (Total, CF e CM) é moderadamente positiva (SF-12 Total: $r(48)=0,58$; CF: $r(48)= 0,51$; $p<0,01$ e CM: $r(48)= 0,50$; $p<0,01$).

A percepção de melhor Bem-estar Psicológico avaliada pela EBEP (Total e subescalas) associa-se a percepção de melhor QV avaliada pela SF-12 (Total, CF e CM), à exceção da subescala RPO (EBEP) com o CM do SF-12.

5.6. Satisfação com a Vida, Espiritualidade, Bem-Estar e Qualidade de Vida dos Idosos que Vivem Sós

De modo a responder à questão n.º 6 - Qual a relação entre Satisfação com a Vida, Espiritualidade, Bem-estar, e QV?, efetivou-se a análise da correlação r de Pearson entre a ESV, a EAE (Total e dimensões), a EBEP (Total e subescalas) e o SF-12 (Total, CF e CM). Os resultados obtidos são apresentados na tabela 43.

Tabela 43:
Correlação r de Pearson entre a ESV, a EAE (Total e dimensões), a EBEP (Total e subescalas) e o SF-12 (Total, CF e CM)

	CF SF12 r/p	CM SF 12 r/p	SF-12 Total r/p
ESV Total	0,40 **	0,53 **	0,53 **
Dimensão: Crenças (D:C) EAE	0,09 n.s.	-0,16 n.s.	-0,03 n.s.
Dimensão: Esperança/Otimismo (D:E/O) EAE	0,47 **	0,54 **	0,57 **
EAE Total	0,45 **	0,37 **	0,47 **
Subescala DM EBEP	0,49 **	0,42 **	0,52 **
Subescala CP EBEP	0,33 *	0,28 *	0,35 *
Subescala RPO EBEP	0,30 *	0,23 n.s.	0,30 *
Subescala OV EBEP	0,52 **	0,45 **	0,56 **
Subescala AS EBEP	0,38 **	0,48 **	0,49 **
EBEP Total	0,51 **	0,50 **	0,58 **

NOTA: n.s. - não significativo; * $p<0,05$; ** $p<0,01$

A associação da ESV, EAE (Total e dimensões), EBEP (Total e subescalas) com o SF-12 (Total, CF e CM), são positivas exceto na D:C da EAE com o SF-12 (Total e CM). Existem diferenças estatisticamente significativas entre a associação da ESV, da EAE (Total e D:E/O), da EBEP (Total e subescalas - exceto para a RPO e CM do SF-12) e a QV dos idosos da amostra (avaliada pelo SF-12 Total, CF e CM).

Da análise da tabela 43, verifica-se que os valores de associação mais elevados, relativa à ESV, EAE (Total e dimensões), EBEP (Total e subescalas) e a QV (avaliada pelo CF do SF-12) são com a EBEP - Total, Subescalas OV e DM (EBEP Total: $r(48)=0,51; p<0,01$; OV: $r(48)=0,52; p<0,01$ e DM: $r(48)=0,49; p<0,01$).

A associação da ESV, EAE (Total e dimensões), EBEP (Total e subescalas) e a QV (avaliada pelo CM do SF-12) é maior com a D:E/O da EAE, ESV e EBEP (Total). Através da análise da tabela 43, evidencia-se uma associação moderadamente positiva (D:E/O da EAE: $r(48)=0,54; p<0,01$; ESV: $r(48)=0,53; p<0,01$; EBEP Total: $r(48)=0,50; p<0,01$).

O valor mais elevado da associação entre a ESV, a EAE (Total e dimensões), a EBEP (Total e subescalas) e a QV (avaliada pelo SF-12 Total), com uma correlação moderadamente positiva é com a D:E/O da EAE ($r(48)=0,57; p<0,01$;) e com a EBEP (Total e subescala OV: $r(48)=0,58; p<0,01$ e $r(48)=0,56; p<0,01$; respetivamente).

O BEP apresenta valores mais elevados na associação com o CF do SF-12. A Satisfação com a Vida, Esperança/Otimismo e Bem-estar Psicológico (total) apresentam valores mais elevados com o CM. A Esperança/Otimismo e a subescala OV e Bem-estar Psicológico total apresentam valores mais elevados na associação com a QV avaliada pelo SF-12 (Total).

6. DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Depois de apresentar e analisar os resultados, efetua-se a discussão dos mesmos. Esta fase é a etapa mais difícil de um trabalho de Investigação, dado que exige uma reflexão intensa e uma análise profunda em todo o processo de Investigação (Fortin, 2009).

O presente trabalho possibilitou estudar quais as variáveis positivas que influenciam a QV dos idosos que vivem sós no domicílio habitual, que residem no Concelho de Matosinhos, na Freguesia de S. Mamede de Infesta, em habitação social tipo bairro.

Os participantes do estudo são idosos que residem sós em média há 13,76 anos, predominantemente do sexo feminino, com idade média de 78 anos, com um nível médio de escolaridade de 3,24 anos e que são maioritariamente viúvos.

Segundo o INE (2010b), a esperança média de vida das mulheres situa-se nos 81,8 anos e para os homens nos 75,8 anos, sendo que existe um crescente fenómeno de feminização do processo de envelhecimento associado a uma maior longevidade das mulheres.

Em Portugal, este facto também se verifica, o número de mulheres com mais de 65 anos é superior ao número de homens (1.646.334 e 1.123.388, respetivamente). Quando analisamos o número de residentes na Freguesia de S. Mamede de Infesta para a mesma faixa etária valida-se esta afirmação (o número de mulheres é de 1937 e de homens de 1337), (INE, 2001). Faz-se referência ainda ao estudo realizado em São Paulo, por Lebrão (2003, cit. in Santos, Karsch e Montanés, 2010) que envolveu mais de 2.143 idosos, onde a população idosa foi predominantemente feminina, evidenciando que o número de mulheres é superior ao dos homens.

A amostra tem em média 78 anos de idade, o que se traduz num dado expectável estando relacionado com o que refere o INE (2010b), com o contínuo envelhecer da população, com o declínio da fecundidade, com o aumento da longevidade e com a idade média de esperança de vida dos homens e das mulheres (atrás referido). É esperado que as investigações que têm por alvo de

estudo as pessoas idosas, evidenciem médias de idade similares às obtidas no presente estudo.

Carrilho e Patrício (2009), acrescentam ainda que o aumento do peso relativo do número de idosos com mais de 65 anos conduziu a alterações da estrutura etária da população, que evidenciou o aumento do índice de envelhecimento (INE, 2010a).

Relativamente à variável escolaridade, a amostra tem em média 3,24 anos de escolaridade, sendo este dado consonante com os dados do INE (2011), que apontam para uma taxa de analfabetismo menor para a Freguesia de S. Mamede de Infesta (4,15%) comparativamente com Portugal e Concelho de Matosinhos (9,03% e 5,23%, respetivamente).

A educação é segundo a ONU (2003), uma base indispensável para uma vida ativa e plena. Nos dias de hoje, os países em desenvolvimento evidenciam um grande número de pessoas que chegam à velhice com o mínimo de conhecimentos, o que limita a possibilidade de terem um melhor emprego e consequentemente uma vida melhor, constituindo assim o baixo nível de escolaridade, um obstáculo para o bem-estar. Na mesma perspetiva Pilger (2006) acrescenta que, pessoas com um baixo nível de escolaridade têm um menor conhecimento relativamente às suas patologias e às necessidades de saúde que lhe estão inerentes.

Analisando o número médio de anos de escolaridade da amostra, constata-se que, muito embora seja um nível de escolaridade baixo (3,24 anos), está diretamente relacionado com as condições vigentes em Portugal no período do Estado Novo.

A atividade laboral que mais se evidencia na amostra (58%), de acordo com a Classificação Nacional de Profissões (1994), é a de *operários, artífices e trabalhadores similares*. Este resultado pode ser considerado reflexo das características da região, que ao longo da sua evolução histórica possuía segundo Mendes (s/d) um carácter mais rural e teve a agricultura e o trabalho fabril como principais opções, muito embora atualmente se caracterize por uma crescente urbanização.

No estudo realizado por Pilger (2006), existe um maior número de viúvas do que viúvos, sendo que as mulheres tendem a permanecer mais tempo com este estado civil do que os homens. Veras (1994), refere ainda que é incomum o

casamento após os 60 anos, mas caso isso aconteça os homens têm de facto mais possibilidade de o efetuar do que as mulheres.

Na mesma perspetiva, o INE (2010b), acrescenta que há uma grande disparidade na taxa de viuvez entre as mulheres e os homens (6,0 por mil mulheres para 2,7 por mil homens), que poderá ser justificada, como já foi referido anteriormente, pela sobre mortalidade masculina mas também pelo aumento da esperança média de vida do sexo feminino. Neste estudo, os dados obtidos vão ao encontro do referido, uma vez que o estado civil mais frequente é *viúvo/a*, com predomínio do sexo feminino.

Quanto ao tempo que vivem sozinhos, os idosos da amostra vivem há 13,76 anos. Parece ser um dado que é validado com a proporção de famílias clássicas unipessoais com mais de 65 anos de idade, que segundo INE (2011), têm uma percentagem elevada na Freguesia de S. Mamede de Infesta (6,39%), comparativamente com a do Concelho de Matosinhos (5,80%), mas inferior à de Portugal (8,79%).

Fernandes (2001) refere que em Portugal se evidencia desde 2001 um aumento da proporção de famílias unipessoais com idade maior a 65 anos, verificando-se que esse aumento foi de 7% a 8%. Acrescenta ainda que esta proporção irá aumentar ao longo dos anos, consequência da maior autonomia das pessoas idosas, mais meios económicos, preservação de maior independência e relacionada também a fatores sociais e culturais.

Lebrão (2003, cit. in Santos, Karsch e Montanés, 2010) acrescenta que no estudo que realizou em São Paulo, envolvendo mais de 2.143 idosos, a percentagem de idosos que vivem sozinhos foi superior aos que residiam com familiares, aumentando na medida em que aumenta a faixa etária.

No presente estudo, viver só não é uma situação que se associa à perceção de QV dos idosos, pois quando esta é correlacionada com o SF-12 (Total, CF e CM), os resultados obtidos não são estatisticamente significativos.

No que diz respeito à principal fonte de rendimentos, a *reforma/pensão* é referida por 98,00% da população analisada. Estes resultados corroboram com os que Pilger (2006) encontrou no estudo que realizou, onde se evidenciou que a maior parte da amostra sobrevive com a reforma/pensão.

Quanto à habitação, todos os idosos residem em habitação social - bairro, sendo que a tipologia mais prevalente é em casa arrendada. Este facto parece relacionar-se com a baixa escolaridade, conseqüentemente com a atividade laboral que os idosos referiram desenvolver durante a fase ativa e com a fonte de rendimentos que tinham.

No que diz respeito à espiritualidade dos idosos que participaram no estudo, 90% professam a religião católica e 10% outras religiões. Quanto à prática de religião, 80% referiram ser praticantes. Estes resultados eram previstos e estão de acordo com o *European Social Survey* uma vez que nos estudos realizados evidenciam que 83% da população portuguesa considera-se católica, 3% de outras religiões e 14% afirma não ter religião (Rodrigues, 2010).

Os resultados obtidos validam a importância que a espiritualidade tem no ser humano, sendo que segundo Pinto e Pais-Ribeiro (2007), é uma dimensão importante desde as origens da humanidade. A relevância de enquadrar a religião neste estudo de Investigação está relacionada com o facto, desta ser reconhecida como uma componente essencial de uma prática holística, com impacto significativo na saúde e na QV dos idosos.

Relativamente às necessidades de saúde, 96% da amostra apresentam patologias que implicavam o recurso com frequência a cuidados de saúde, com predomínio das do foro cardiovascular e músculo-esquelético. Evidencia-se ainda que 20% os participantes referiram ter patologia mental.

Mesmo que o envelhecimento seja bem sucedido, existe uma associação entre os idosos e a presença de patologia, sendo frequente a polipatologia (Pilger, 2006). Esta constatação foi evidenciada no presente estudo de Investigação, uma vez que 68% dos idosos referiram polipatologia.

Pilger (2006) refere ainda, no estudo que realizou, que a patologia mais frequente foi a patologia cardiovascular (59,5%) dos idosos e 30,2% referiram ter patologia músculo-esquelética, resultados que foram obtidos similarmente no presente estudo (patologia cardiovascular 12,2% e músculo-esquelética 10,2%). Na mesma perspetiva Ribeiro (2006b), acrescenta que em Portugal, as principais causas de morte são as patologias do aparelho cardiovascular, que triplicaram entre 1960 e 1990. O tempo de sobrevivência com estas doenças crónicas aumenta, sendo esta realidade associada ao envelhecimento da população.

A ONU (2003) menciona que em todo o mundo, as principais causas de incapacidade e de redução da QV, se destacam os problemas da saúde mental. Estes problemas não são o resultado inevitável do envelhecimento, mas o envelhecimento da população faz prever um aumento significativo do número de idosos que sofrem de doenças mentais. A multiplicidade de perdas e as mudanças de diversos tipos sofridas ao longo da vida podem conduzir a transtorno mental.

A totalidade da amostra refere recorrer ao médico para vigilância de saúde. A maior frequência (72%) é de duas vezes por ano, sendo os idosos com 76 anos que mais recorre ao médico.

Segundo Lima e Veras (2003), com as modificações observadas na pirâmide populacional (nomeadamente com um aumento crescente do número de idosos e diminuição da taxa de natalidade em Portugal), as doenças próprias do envelhecimento ganham maior destaque no conjunto da Sociedade. Esta constatação leva a que os idosos consumam mais serviços de saúde quando comparado com outras faixas etárias, uma vez que têm mais necessidade de cuidados em contexto domiciliário e apresentam taxas de internamentos hospitalares mais elevadas. Na mesma perspetiva Silva et. al (2003), referem que com o envelhecimento é frequente existir um maior contacto com os profissionais da área da saúde. Mesmo que os idosos sejam saudáveis é a partir dos 60 anos, que têm necessidade de acompanhamento do seu estado de saúde diferente do que teriam até então (Santos, Karsch e Montanés, 2010).

Relativamente à *toma de medicação*, 94% dos idosos referiram tomar fármacos habitualmente, sendo polimedicados (2 ou mais fármacos diários). No que diz respeito à adesão ao regime terapêutico 96% dos participantes da amostra aderem, sendo 90% capazes de gerir o regime terapêutico autonomamente.

Os estudos sobre a polimedicação³² mencionados por Silva, Luís e Biscaia (2004), fazem referência a diversas pesquisas realizadas desde 1994, onde se constatou uma grande prevalência de idosos polimedicados. Em 1997, realizou-se um estudo no Centro de Saúde do Lumiar (Lisboa) que evidenciou a existência de 56% de idosos (idade superior a 65) medicados com três ou mais fármacos. Na

³² Polimedicação - é o uso de mais de quatro medicamentos em simultâneo, sendo um deles ou mais do que um, desnecessário e eventualmente prejudiciais (Saldanha 2009, cit. in Leite, 2010). Existem duas classificações de polimedicação. Uma divide em duas categorias: Polimedicação menor: tratamento simultâneo com dois a quatro fármacos e Polimedicação maior: tratamento simultâneo com cinco ou mais fármacos. E a outra divide em três categorias: Polimedicação ligeira: consumo de dois a três fármacos, Polimedicação moderada: consumo de quatro a cinco fármacos e Polimedicação grave: consumo de mais de cinco fármacos. (Silva, Luís e Biscaia, 2004).

mesma perspectiva e segundo Leite (2010) foi realizado por Martins em 2006, um estudo Português, na Cidade de Lisboa a 213 idosos, que revelou que cada idoso em média tem um consumo de 7,2 fármacos.

O elevado consumo de fármacos por idosos é também uma realidade em outros países. Neste sentido Leite (2010), faz referência ao estudo realizado na Polónia onde Neuman observou que a média do consumo de fármacos era de 6 por idoso; e outro estudo realizado na Califórnia por Steinman et. al em 2007, onde se verificou que os idosos consumiam em média 8,1 fármacos. Outros estudos, um realizado na Dinamarca (1998) e outro em Espanha (1999), referidos por Silva, Luís e Biscaia (2004), cujos resultados revelaram uma prevalência de 52,7% de consumo de um a três fármacos e de 28,6% para o consumo de quatro ou mais fármacos.

Estes estudos referidos por Silva, Luís e Biscaia (2004) e Leite (2010), corroboram os dados sobre Polimedicação nos idosos da amostra.

Quanto aos estilos de vida dos idosos em estudo, o consumo de álcool é evidenciado em 11 (22%) idosos, sendo a quantidade diária mais frequente de 200 ml por dia.

No estudo realizado por Pilger (2006) a idosos, o consumo de álcool foi referido por 34% dos homens, caindo para 6,1% nas mulheres. A prevalência total do consumo de álcool foi de 18,1%. Importa ressaltar que as pessoas idosas tendem a beber menos, mas as modificações metabólicas que acompanham o envelhecimento aumentam a predisposição do idoso às doenças relacionadas ao uso de álcool (desnutrição; doenças hepáticas, gástricas e pancreáticas) e ainda pode interferir no efeito da medicação, aumentar o risco de quedas e as lesões a estas associadas (Pereira, 2005).

Os resultados obtidos no presente estudo estão de acordo com os de Pilger (2006), evidenciando-se que os idosos consomem álcool e ainda com os de Pereira (2005), constatando no seu estudo que uma pequena percentagem (22,3%) dos idosos relatou a ingestão de bebidas alcoólicas.

Na terceira idade, há uma maior disponibilidade para a prática de atividades recreativas, relacionada com o término das atividades laborais, ficando assim o idoso com mais tempo livre para se dedicar a outras atividades. Dependendo da filosofia de vida, dos valores individuais e sociais para alguns o

envelhecimento pode ser um período vazio, sem valor, inútil, sem sentido; já para outros pode ser um tempo de liberdade, de ausência de compromissos profissionais, de fazer aquilo que não se teve tempo de fazer, de aproveitar a vida (Pilger, 2006). As opções de como ocupar o tempo livre ou de como gostaria de o ocupar variam de pessoa para pessoa, uma vez que se diferenciam dependendo de um conjunto de fatores como o sexo, a situação socioeconómica, a faixa etária, a aptidão física, da saúde e do ambiente em que se vive.

No estudo realizado por Pilger (2006), dos idosos entrevistados, 77% referiram ocupar o seu tempo livre a realizar pelo menos uma atividade recreativa. Sendo que 80,2% dedicavam-se a conversar com amigos, 67,8% a ver televisão e 60,8% a ouvir rádio.

No presente estudo 78% dos idosos referiram ter atividade recreativa. Este dado vai ao encontro dos resultados encontrados por Pilger (2006), muito embora, no presente estudo, tenham referido como atividades preferidas o ver televisão (42%), o passear (24%) e a leitura (22%). O facto dos idosos terem referido, ver televisão e leitura pode ser uma forma de atualização contínua, de modo a encontrarem assuntos e até argumentos para as conversas entre amigos. No que se refere aos passeios, os idosos revelaram vontade de conhecer outros lugares, visitar familiares/pessoas significativas, mas não o faziam com mais frequência dado que a condição económica limitava esse desejo.

No presente estudo 22% dos idosos referiram não realizar atividades recreativas, sendo que os motivos estão relacionados com a falta de conhecimento dos recursos da comunidade (10%), a falta de vontade (8%) e a limitação física (4%).

Quanto à atividade física, 50% dos idosos do presente estudo praticavam com regularidade algum tipo de exercício. A atividade mais referida foi a caminhada (44 %), seguida de ginástica (6%), natação (2%) e dança (2%).

Segundo Braga et. al (2011), o envelhecimento bem-sucedido passa pela manutenção das funções físicas entre outras, o que leva a crer que a prática de exercício físico tem um papel importante no envelhecimento ativo. Na mesma perspetiva, Pilger (2006) refere que a prática de atividade física, pode estar associada ao conceito do lazer como algo pessoal, em benefício próprio. Esta prática regular de exercício físico beneficia, física, social e mentalmente, toda a

população, independentemente do sexo e da idade; sendo promotora de melhor saúde mental, bem-estar e QV.

Acrescenta ainda que no estudo que realizou, os idosos referiram a caminhada como a atividade física mais realizada pelos idosos (Pilger, 2006). No presente estudo evidenciaram-se os mesmos resultados. A caminhada é provavelmente a atividade mais realizada porque implica menor custo e é acessível. Os idosos que participaram no presente estudo referiram, aquando da recolha de dados, que a realização de atividade física estava relacionada com a informação vinculada pelos profissionais de saúde e pelos meios de comunicação social, uma vez que enfatizam a importância da prática de exercício, nomeadamente caminhada.

Nos resultados obtidos, constatou-se que os motivos pelos quais os idosos não realizam atividade física estão relacionados, maioritariamente, com a presença de limitações de ordem física (36%) e a falta de vontade (10%). A ausência de atividade física no presente estudo é elevada, ou seja 50% dos idosos não realizavam qualquer atividade física, resultado que vai de encontro ao obtido por Pilger (2006), onde se evidenciou que muitos idosos não praticavam atividade física.

Na mesma perspetiva, dados recentes da DGS (2011), refere que no mundo inteiro, mais de 60% das pessoas não efetuam os níveis suficientes de atividade física benéficos para a sua saúde. Nesta perspetiva é fundamental incentivar os idosos a realizarem atividade física adequada às suas capacidades, de modo a contribuir para o envelhecimento bem sucedido com maior autonomia, acompanhado de independência e QV (Pilger, 2006).

No que diz respeito aos apoios formais, no presente estudo, foram questionados sobre os serviços: sociais e os de saúde. Relativamente ao primeiro aspeto 94% da população referiu não ter esse tipo de apoio formal. Quanto aos serviços de saúde, 76% dos idosos mencionam o *médico/enfermeiro* como suportes formais. Dos que utilizam este recurso, (51%) respondeu que o utiliza *duas vezes por ano*.

Quanto aos apoios informais, 96% dos idosos têm algum tipo de apoio informal, sendo que destes 60% têm mais do que um apoio e 30% têm exclusivamente apoio familiar. A frequência destes apoios é variável, muito

embora, as frequências mais elevadas sejam relativas ao apoio diário (44%) e apoio semanal (34%).

Os idosos da amostra viviam sozinhos, todavia referiram que tinham apoios informais realizados maioritariamente pelos familiares. Este facto vai de encontro ao que Karsch (2003) e Santos, Karsch e Montanés (2010) referiram, em todos os países do mundo é frequente que o cuidado aos idosos seja efetuado por um sistema de suporte informal, onde a família assume esta atividade, na maior parte das vezes sem remuneração. Este é o contexto tradicional das famílias portuguesas, fazendo parte da cultura o cuidado informal ser efetuado por familiares. Acrescentam ainda que mesmo que seja por causas predominantemente culturais, o papel da mulher como cuidadora, continua a ser uma função atribuída e esperada pela sociedade. No estudo de Martins et. al (2004), reforça-se o papel das mulheres como cuidadoras dos idosos, em todo o mundo, salvo por razões culturais muito específicas.

Quanto à perceção da QV dos idosos que participaram no estudo, delineada no primeiro objetivo, sabendo que os resultados de score do SF-12 variam entre 0 a 100 e que à nota mais elevada corresponde a melhor perceção de QV, verificou-se que os participantes apresentavam melhor QV (CM) e QV (Total) do que QV (CF). Os resultados médios obtidos tiveram valores superiores a 50 pontos para a QV (Total e CM) e valor inferior para a QV (CF). A QV avaliada pelo SF-12 é explicada em 77% pelo CM e em 75% pelo CF. Assim, a CM é a que melhor explica a QV avaliada pelo SF-12 na amostra em estudo.

Da análise dos resultados anteriormente discriminados emerge que estes estão provavelmente relacionados com o facto dos idosos da amostra referirem manter a sua autonomia o que lhes permite preservar a independência, nomeadamente na realização das atividades de vida diárias, autocuidados, a prática de atividades recreativa e física e a garantia de professar a religião católica o que contribui para que o CM dos idosos explique melhor a sua perceção de QV. Assim os idosos da amostra preservam a sua vitalidade, a interação social, a estimulação cognitiva, através da realização de atividades recreativa e física. A prática destas atividades tem um papel importante no envelhecimento bem sucedido e na sua perceção de melhor QV, pois são atividades de interação com outros/redes apoio.

O facto dos idosos serem maioritariamente viúvos e viverem sós em média há 13,76 anos, pressupõe que já estejam adaptados a esta condição. Por sua vez e apesar desta situação os idosos referiram ter acesso a apoios formais e informais com regularidade. Possivelmente esta circunstância será também condição de melhor perceção no CM da QV pois sentem-se apoiados.

Os idosos que exerciam as práticas da religião católica, apresentavam melhor perceção de QV, dada a importância que esta assume na saúde e na vida dos seres humanos.

No que concerne à relação entre as variáveis psicossociais e a QV dos idosos que vivem sós que participaram no estudo, reportada no objetivo dois, verificou-se que as variáveis que mais se relacionam com a melhor perceção de QV são: mais anos de escolaridade, reforma por idade, religião católica e a prática de atividades recreativa e física. Por sua vez as variáveis: sexo, idade, estado civil, situação laboral, origem do rendimento familiar, habitação, viver sozinho, presença de doença e de doença mental, apoios formais (serviços sociais e de saúde) e informais, não se associam a melhor perceção de QV dos idosos da amostra analisada. Assim validou-se que:

- Mais anos de escolaridade associa-se a melhor perceção de QV (CF);
- Os idosos reformados por idade apresentavam melhor QV (CF) do que os reformados por invalidez;
- Os idosos que referiram professar a religião católica apresentavam melhor QV (Total) e QV (CF) do que os que referiram professar outra religião;
- Os idosos que referiram realizar algum tipo de atividade recreativa apresentavam melhor QV (Total) e QV (CF) do que os que não realizavam atividade recreativa;
- Os idosos que referiram realizar atividade física apresentavam melhor QV (CF) do que os que não realizavam atividade física.

Dos idosos que vivem sós que participaram no estudo, conclui-se que as variáveis psicossociais, atrás mencionadas, associam-se a melhor perceção de QV no CF do SF-12. Perante este facto, torna-se relevante atender às dimensões desta componente do SF-12: funcionamento físico, desempenho físico, dor corporal e saúde geral.

O nível de escolaridade no presente estudo apresentou resultados estatisticamente significados, quando efetuada a correlação entre esta variável e a QV (avaliada pelo SF-12 CF). Este resultado não vai ao encontro dos obtidos por Pereira (2005) que estudou esta variável como um fator influenciador de QV. Obteve resultados sem significado estatístico entre o nível de escolaridade e a QV. Assim com mais anos de escolaridade têm maior probabilidade de acesso à informação o que permite que os idosos tenham mais capacidade para identificar as suas necessidades, conheçam as suas patologias e saibam avaliar a sua saúde, o que se associa à melhor percepção de QV no CF.

Os idosos reformados por idade apresentam melhor QV (CF) do que os reformados por invalidez. Este resultado parece estar relacionado com o facto dos idosos que são reformados por invalidez, podem ter problemas no seu trabalho e na realização das atividades diárias em consequência da sua saúde física. Assim, chegar à idade da reforma sem problemas de saúde pode ser condição de melhor percepção de QV.

A prática de religião católica é importante na vida das pessoas (particularmente dos idosos), sendo que esta se relaciona com a sua saúde física e mental, e influencia a percepção de QV. O facto dos idosos terem em média 78,10 anos possibilita que os idosos ainda preservem a sua autonomia física, permitindo que estes mantenham a sua prática religiosa (nomeadamente indo à Igreja), assim como potencia a possibilidade de terem mais redes de apoio e mais atividades de convívio (atividades recreativas, passeios, amigos).

Reportando para o objetivo três - a relação entre a Satisfação com a Vida (avaliada pela ESV) e a QV, conclui-se que esta associa-se positivamente com a QV (Total), QV (CF) e QV (CM) dos idosos que vivem sós. A percepção de mais Satisfação com a Vida associa-se a melhor percepção de QV (Total, CF e CM).

A Satisfação com a Vida segundo Joia, Ruiz e Donalísio (2007), é um julgamento cognitivo de alguns domínios específicos na vida. É um processo de juízo de avaliação geral da própria vida de acordo com um critério próprio. O julgamento da satisfação depende de uma comparação entre as circunstâncias de vida do indivíduo e um padrão por ele estabelecido. Para avaliar a QV, é assim imprescindível saber o grau de satisfação ou insatisfação dos idosos com os vários aspetos da vida (Farquhar, 1995). A Satisfação com a Vida reflete o bem-estar subjetivo individual, ou seja e como referem Joia, Ruiz e Donalísio (2007, p.132),

o modo e os motivos que levam as pessoas a viverem suas experiências de vida de maneira positiva.

Analisando os resultados obtidos nas respostas dos idosos da amostra do presente estudo, constatou-se que estes têm uma boa percepção de Satisfação com a Vida, uma vez que os valores de score total obtido na ESV aplicada, revelou que o resultado 17 (num score que varia entre 5 a 25 pontos) foi o mais frequente nos idosos da amostra (22%).

Quando questionados sobre *“Estou satisfeito com a minha vida”*, a média de respostas foi maior para todos os itens da escala, apresentando um valor de 3,68 (numa escala de 1 a 5), seguindo-se a maior média à questão *“Até agora tenho conseguido as coisas importantes da vida que eu desejaria”* com o valor de 3,54. Perante estes resultados, parece poder referir-se que a Satisfação com a Vida é uma variável que influencia positivamente a percepção de QV dos idosos que vivem sós.

No quarto objetivo, analisou-se a relação entre a Espiritualidade e a QV dos idosos que vivem sós. A Espiritualidade (avaliada pela EAE Total e D: E/O) associa-se positivamente à QV (Total, CF e CM) dos idosos que vivem sós. A espiritualidade, esperança e otimismo associa-se a melhor percepção de QV (Total, CF e CM).

Como já foi referido anteriormente os idosos que participaram no estudo referiram professar a religião católica. A amostra tem idosos com média de idade de 78,10 anos, o que leva a evidenciar as pesquisas bibliográficas consultadas (Fernandes (2007), Pais-Ribeiro (2007), Panzini e Bandeira (2007), Pinto (2007) e Rodrigues (2010)), nomeadamente da importância que a espiritualidade tem na vida das pessoas idosas, que está relacionada muitas vezes com fatores de ordem cultural, mas também com o facto de nesta etapa do ciclo vital os idosos dedicarem ainda mais tempo à prática de religião.

Os idosos valorizam e percecionaram a Espiritualidade como variável importante para a sua vida. Este resultado seria esperado uma vez que a dimensão da religiosidade/espiritualidade é valorizada desde o princípio da Humanidade, sendo considerada uma dimensão pertinente a ser utilizada quando se pretende avaliar a QV dos idosos (Pinto e Pais-Ribeiro, 2007).

Analisou-se a relação entre o bem-estar e a QV dos idosos, discriminado no objetivo cinco. O bem-estar (avaliado pela EBEP Total e subescala OV) associa-se positivamente à melhor percepção de QV (Total, CF e CM). A subescala DM da EBEP associa-se positivamente a melhor percepção de QV (avaliada pelo SF-12 Total e CF). A subescala AS associa-se positivamente à melhor percepção de QV (avaliada pelo CM)

Os idosos que participaram no estudo quanto ao BEP, apresentavam capacidade para escolher e criar um meio envolvente adequado às condições física e psíquica (DM), ainda capacidade para a existência, definirem objetivos que contribuam para direcionar o comportamento e atribuir sentido à sua vida (OV) e capacidade à manutenção de atitudes positivas para com o self, a aceitação dos seus múltiplos aspetos, bons e maus e sentimentos positivos acerca da vida passada (AS). A subescala AS da EBEP, segundo Ryff (1989, cit. in Rodrigues 2010), é um dos critérios centrais de saúde mental. A descrição anterior associa-se a valores mais elevados de QV, caracterizando as subescalas DM, OV e AS da EBEP, respetivamente.

Ressalva-se o que Silva (2009, p.95) refere: o *BEP integra entre outras componentes, a QV percebida*. Se atendermos à perspetiva de Ribeiro et. al (2004), que consideram que uma boa vida, com QV, é algo desejável que ocorra ao longo do ciclo vital e considerando a definição da OMS sobre QV, deduz-se que existe uma associação entre o constructo QV e BEP.

Sendo o BEP uma entidade multidimensional do bem-estar deve ser considerado quando se pretende avaliar a QV dos idosos numa perspetiva de envelhecimento bem-sucedido. O conceito de QV embora não equivalente relaciona-se com vários conceitos, dos quais o bem-estar enquanto variável positiva (Ribeiro, 2005a). Neste estudo validou-se esta afirmação, ou seja: melhor BEP (avaliada pela EBEP Total e subescalas) associa-se a percepção de melhor QV (avaliada pelo SF-12 Total, CF e CM) dos idosos que fizeram parte da amostra.

Os idosos do presente estudo apesar de viverem sozinhos, encontram-se adaptados a esta circunstância de vida que resultou maioritariamente da viuvez. Por sua vez, mantêm na sua vida atividades recreativa e física, são autónomos nas atividades de vida diárias e autocuidados, são ativos, têm os suportes de saúde de acordo com as necessidades, o que lhes permite preservar o bem-estar, associando-se o melhor bem-estar psicológico à melhor percepção de QV dos idosos.

Reportando ao objetivo seis, que analisou a associação entre a Satisfação com a Vida, Espiritualidade, Bem-estar Psicológico e a QV dos idosos, os resultados obtidos evidenciam que valores mais elevados de Bem-estar Psicológico (avaliado pela EBEP Total) associam-se a melhor QV (Total, CF e CM). Mais BEP (Total) associa-se a melhor percepção de QV (Total).

Valores mais elevados de Bem-estar Psicológico (avaliado pelas subescalas DM e OV da EBEP) associam-se a melhor percepção de QV (CF). Valores mais elevados de Satisfação com a Vida (avaliada pela ESV) e esperança/otimismo (avaliada pela EAE) associam-se a melhor percepção de QV (CM). Valores mais elevados de Bem-estar psicológico (avaliado pela subescala OV da EBEP) e esperança/otimismo (avaliada pela EAE) associam-se a melhor percepção de QV (Total).

Sendo o homem, um ser biopsicosocial e espiritual e dado que o constructo de QV é multidimensional, para ser possível estudá-lo, torna-se primordial atender a um conjunto de variáveis. Os resultados obtidos neste estudo evidenciam que a Satisfação com a Vida, Espiritualidade e Bem-estar Psicológico associam-se a percepção de melhor QV. As variáveis que mais se associam são Bem-estar Psicológico (Total, subescalas: DM e OV), Satisfação com a Vida e Espiritualidade (esperança/otimismo).

A esperança/otimismo associa-se à dimensão horizontal da EAE onde se enquadra o sentido da esperança, a atribuição do sentido e significado da vida, decorrente da relação com o Eu, os outros e o meio (Pinto e Pais-Ribeiro, 2007). Esta é a dimensão da EAE que mais se relaciona com as dimensões de QV.

A espiritualidade associa-se positivamente à QV, fato que validado por Panzini e Bandeira (2007) e Rodrigues (2010). É assim um indicador para a melhor saúde física e mental dos idosos. Este facto é significativo na percepção de bem-estar e satisfação com a vida, assim como de melhor percepção de QV.

7. CONCLUSÃO

A conclusão poderá ser sempre vista como ponto de começo para uma nova etapa. Esta é a consciência com que se fica no final deste trabalho. Muito ficou tratado, mas se houvesse oportunidade para continuar este trabalho de busca, mais se poderia dizer e referenciar, até porque as evidências de determinadas conclusões desencadeiam a produção de novas questões e a evidência de inter-relações conceptuais.

Todavia, este é o ponto final deste trabalho, experiência única que levou ao longo de onze meses a trabalhar num estudo, onde se enumeraram os objetivos, as questões de Investigação e se escolheu as referências metodológicas para a concretização do mesmo.

O caminho percorrido ao longo do trabalho foi-se buscado desde o ponto inicial. Foram alguns os recuos para encontrar esse caminho, e alguns os erros cometidos. Nesta fase, consegue-se verificar o quão proveitoso foi cada um deles. Hoje, tem-se consciência crítica e prática do que é fazer um trabalho de Investigação e da sua importância na enfermagem e para a sociedade em geral.

Cuidar implica respeitar a pessoa em todas as suas vertentes, olhando-a como um ser individual e único com características/vivências próprias, promovendo nesta a reflexão e a tomada de decisão, no seu projeto de vida e saúde. É importante que os enfermeiros reconheçam que cuidar é uma partilha, um encontro entre a pessoa que cuida e a pessoa que é cuidada, cuja perceção dos cuidados de enfermagem, de que é alvo, é fundamental em todo este processo.

Para manter e melhorar a saúde são necessárias mais do que medidas destinadas especificamente a influir na saúde dos idosos. Têm uma influência notavelmente na saúde, os fatores ambientais, económicos e sociais, como o ambiente físico, a geografia, a educação, a ocupação (recreativa e física), os rendimentos, a condição habitacional e o apoio social, a cultura, idade, sexo, serviços de suporte e de saúde.

Atendendo a este pressuposto validado pela ONU (2003), no presente estudo, descreveu-se a QV dos idosos que vivem sós no seu domicílio habitual;

analisou-se a correlação entre as variáveis psicossociais: sexo, idade, estado civil, escolaridade, situação laboral, origem do rendimento familiar, habitação, viver sozinho, religião, presença ou não, de doença, presença ou não, de doença mental, atividades recreativas, atividade física, dependência nos autocuidados, apoios formais (serviços sociais e de saúde) e informais e a QV (avaliada pelo SF-12 Total, CF e CM) dos idosos que vivem sós no seu domicílio habitual.

Analisou-se ainda a relação entre a Satisfação com a Vida e a QV; a Espiritualidade e a QV; e o Bem-estar e a QV dos idosos. Finalmente analisou-se a relação entre Satisfação com a Vida, Espiritualidade e Bem-estar e a QV dos idosos que vivem sós no seu domicílio habitual. Esta informação permitiu analisar como estas variáveis positivas influenciam a QV dos idosos que vivem sós, dando resposta à pergunta de partida, aos objetivos e questões de investigação delineados.

Neste estudo começou-se por efetuar uma revisão sobre as temáticas: o processo de envelhecimento, a QV no envelhecimento, as variáveis positivas e os seus contributos para a QV dos idosos que vivem sós no seu domicílio habitual. Aqui foi possível integrar algumas definições de QV, envelhecimento bem sucedido e descrever a relação e importância que as variáveis psicossociais, Satisfação com a Vida, Espiritualidade e Bem-estar e a QV dos idosos que participaram no estudo.

Para a concretização deste estudo a aplicação de escalas tornou-se fundamental. Estas devem ser utilizadas na prática clínica e no âmbito da Investigação, pois só com a sua aplicação se consegue ter dados consistentes e não meras suposições, o que fará a diferença na abordagem ao idoso, na prestação e continuidade de cuidados. No âmbito da investigação, a sua utilização pode trazer contributos para a melhoria da prática de cuidados, contribuindo para uma prática baseada na evidência.

Similarmente, a realização deste estudo promoveu a aquisição de novos conhecimentos, promovendo uma mudança de práticas de enfermagem enriquecedoras, os quais contribuem para o bem-estar e QV dos idosos, bem como para uma intervenção de enfermagem de saúde mental e Psiquiatria cada vez mais sistemática e fundamentada em pesquisa científica realizada por enfermeiros, demonstrando a sua validade para a valorização das ciências de enfermagem.

Sendo um contributo para a enfermagem que constrói o seu saber numa base científica que conduz a uma maior solidificação como ciência sinergicamente dependente mas com identidade própria.

Analisando o caminho percorrido ao longo do desenvolvimento deste trabalho, pode afirmar-se, que se assumiu uma atitude de Investigação configurada no paradigma da descoberta quantitativa, na medida em que se privilegiou a análise e descrição da relação entre algumas variáveis e a QV dos idosos que vivem sós no seu domicílio habitual.

Partiu-se da consciência de que a QV é importante para todos, sendo que se torna mais premente na etapa do ciclo vital velhice. Uma imagem positiva do envelhecimento é um aspeto essencial, que se tem evidenciado ao longo do tempo, como uma medida fundamental de intervenção, sendo esta constatação salientada pela ONU (2003).

O conceito de QV varia de indivíduo para indivíduo, independentemente de estes estarem na mesma fase do ciclo vital. Cada indivíduo é acompanhado de uma história de vida, que faz de si aquilo que ele é no presente. Quando falamos de idosos, esta afirmação é ainda mais relevante e pertinente para este grupo etário. Apesar de existir algo em comum entre os indivíduos, todos têm as suas diferenças em função, segundo Silva (2009), dos determinantes genéticos, do seu património psicossocial, do seu estilo de vida, das suas perceções e expectativas de vida, que sem dúvida condicionam a QV na sua vertente multidimensional.

Nesta perspetiva, o contexto sócio cultural em que o idoso se insere é um fator que importa ter em atenção quando se estuda a QV numa lógica de envelhecimento bem-sucedido.

Os resultados apresentados referem-se aos idosos que fizeram parte da amostra, que foi pequena, não podendo ser generalizáveis para a população em geral. Apesar desta limitação, acredita-se que este estudo permitiu dar uma contribuição acerca da QV dos idosos que vivem sós no seu domicílio habitual.

Considerando os resultados obtidos de um modo geral, estes mostraram-se semelhantes aos obtidos em outros estudos realizados com idosos em outros contextos e circunstâncias. No entanto, com base nesta pesquisa, pode-se indiciar estratégias mais apropriadas para o acompanhamento do idoso dentro da

abrangência do programa de saúde mental possibilitando um enfoque maior na sua promoção e na obtenção da QV associado a um envelhecimento bem sucedido.

Um dos grandes desafios apontados aos profissionais de saúde que no seu dia-a-dia trabalham com idosos é mantê-los nas melhores condições de saúde mental e física, sendo que para isso é primordial conhecer e atender às suas principais necessidades de saúde, económicas e sociais e concomitantemente investir de forma intensa na promoção de saúde das gerações mais jovens, para que alcancem a terceira idade com maior satisfação, bem-estar e QV.

Assim, nos dias atuais é fundamental promover um envelhecer bem-sucedido, que busque possibilidades de estar saudável, de acordo com os limites associados ao processo de envelhecimento, na necessidade de contabilizar práticas deste viver com crenças positivas, de modo que os idosos sejam felizes, tenham satisfação com a vida, bem-estar e que sem dúvida de modo direto dará origem à promoção da QV e envelhecimento bem sucedido. Para isso, é preciso continuamente promover e desenvolver uma Investigação integral, diversificada e especializada sobre o envelhecimento bem-sucedido e QV.

Corroborando com Fonseca (2006), o estudo do BEP assume particular relevância quando aplicado aos idosos face quer ao impacto do envelhecimento nos aspetos associados ao seu bem-estar, quer à necessidade de preservação de níveis satisfatórios de BEP, enquanto recurso adaptativo ao longo da velhice.

Segundo Novo (2003, p.67), *a natureza interativa das relações entre a saúde mental e a saúde física, está no centro da compreensão do funcionamento psicológico positivo*. Neste sentido assume primordial importância o continuar a investigar sobre a relação entre as variáveis positivas e a QV dos idosos que vivem sós, numa lógica positiva “saudável” e não negativa “doença”.

Torna-se necessário que as intervenções de enfermagem, na promoção da QV sejam dirigidas aos indivíduos desde a infância e que acompanhem todas as etapas do ciclo vital. Revela-se também primordial adequar as intervenções às necessidades individuais de cada indivíduo.

Uma vez que os idosos referiram não realizar atividade recreativa por desconhecimento dos recursos da comunidade e falta de vontade. Estes resultados despertam para a importância de desenvolver estratégias de divulgação dos recursos da comunidade existentes, até porque a Freguesia de S. Mamede de

Infesta, dispõe de um conjunto de associações, coletividades desportivas e culturais, que se adequam à faixa etária dos idosos, que estando dispersas na freguesia estão acessíveis a todos. Tendo em conta este facto, é importante que o enfermeiro de saúde mental e Psiquiatria trabalhe as questões da motivação com os idosos, de modo a aumentar o autoconhecimento, levando-os a ter razões para a ação, com consciência das vantagens de realizar atividades recreativas na promoção da sua QV e do envelhecimento bem sucedido.

Os idosos do estudo referiram não realizar atividade física por limitação física e falta de vontade. Mais uma vez se ressalva a importância do papel do enfermeiro, primeiro como profissional com competência para proporcionar conhecimentos que permitam que os idosos vivam melhor com as suas limitações, adequando a atividade física às mesmas, por outro lado trabalhar as motivações, de modo similar ao referido anteriormente para as atividades recreativas.

O sedentarismo é assim preocupante, implicando que os profissionais de saúde tenham uma atenção especial nesta área, através não apenas do incentivo para a realização desta atividade, mas no planeamento de ações que sejam adaptadas às necessidades dos idosos, visando assim a melhoria da capacidade funcional e conseqüentemente a sua QV.

Beneditti et. al (2008), consideram que a saúde mental merece especial atenção, dado que a realização de atividade física pode atrasar os declínios da capacidade funcional. Uma vida ativa melhora a saúde mental e contribui para evitar o aparecimento de doenças mentais.

Um resultado encontrado no decorrer deste estudo que merece reflexão por parte dos enfermeiros de saúde mental, diz respeito à toma da medicação. Evidencia-se que 20% da população referiu ter patologia do foro mental, no entanto existe uma maior percentagem de idosos a tomar psicofármacos, ou seja, verificou-se que 50% da amostra toma fármacos do grupo Ansiolíticos, Sedativos e Hipnóticos.

Os profissionais de saúde têm um papel preponderante na melhoria da patologia, na promoção da QV e da saúde mental dos idosos. Assim, a ONU reforça a pertinência de implementar estratégias, que passam primeiramente pela promoção da saúde mental e após a instalação da patologia, por verificar a medicação dos idosos, apoiar e cuidar, informar os idosos sobre o estado de saúde e a forma de viver com maior QV mesmo com a presença de patologia mental.

No que concerne aos resultados obtidos neste estudo:

- Relativamente à primeira questão onde se pretendeu descrever a QV dos idosos que vivem sós no domicílio habitual, verificou-se que o CM foi o que melhor explicava a QV avaliada pelo SF-12.

- No que diz respeito à *segunda questão* onde se pretendeu analisar a relação entre as variáveis psicossociais e a QV dos idosos que vivem sós, evidenciou-se com diferenças estatisticamente significativas: *escolaridade; reforma por idade; religião; atividades recreativas e físicas* e a QV (avaliada pelo SF-12 Total, CF e CM) dos idosos. Assim na amostra:

- Mais anos de escolaridade associam-se a melhor percepção de QV (CF).
- Os idosos reformados por idade têm melhor percepção de QV (CF) do que os reformados por invalidez.
- Os idosos que referiram professar a religião católica apresentam melhor QV (Total) e QV (CF) relativamente aos que referiram professar outra religião.
- Os idosos que realizavam atividade recreativa têm melhor percepção de QV (Total) e QV (CF) do que os que referiram não realizam.
- Os idosos que realizavam atividade física apresentam melhor QV (CF) do que os que referiram não realizar.

Assim na presente amostra a QV dos idosos é influenciada pelas variáveis psicossociais atrás mencionadas, sendo as diferenças estatisticamente significativas encontradas no SF-12 Total e no CF. Assim parece poder concluir-se que a percepção de QV dos idosos que vivem sós é influenciada essencialmente pelo CF do SF-12.

- A questão *número três*, tinha como objetivo analisar a relação entre a Satisfação com a Vida e a QV dos idosos, relativamente a esta associação concluiu-se que a Satisfação com a Vida se associa a melhor percepção de QV dos idosos no SF-12 Total, CF e CM.

- Com a questão *número quatro* pretendeu-se analisar a relação entre a EAE e a QV dos idosos que vivem sós, concluindo-se que:

- Mais espiritualidade associa-se a melhor percepção de QV nos idosos que vivem sós (avaliada pelo SF-12 Total, CF e CM).
 - A Esperança/Otimismo associa-se a melhor percepção de QV dos idosos (avaliada pelo SF-12 Total, CF e CM).
- A questão *número cinco*, teve como objetivo analisar a relação entre o BEP e a QV dos idosos que vivem sós. Concluiu-se que:
 - Melhor BEP (avaliado pela EBEP Total) associa-se melhor percepção de QV (avaliada pelo SF-12 Total, CF e CM).
 - Melhor BEP (avaliado pela EBEP Total) associa-se ao DM e OV, indicando que os idosos que vivem sós da amostra têm melhor percepção de QV (Total e CF).
 - Melhor BEP (avaliado pela EBEP Total) associa-se ao AS e OV, indicando que os idosos que vivem sós da amostra têm melhor percepção de QV (CM).
 - Na questão *número seis*, analisou-se qual a relação entre as variáveis positivas estudadas, ou seja, Satisfação com a Vida, Espiritualidade, BEP e a QV dos idosos da amostra, relativamente aos resultados obtidos conclui-se que:
 - Relativamente ao SF-12 total - A maior associação entre as variáveis positivas e a QV é com a Escala de Bem-estar Psicológico (Total).
 - No CF do SF-12 - A maior associação entre as variáveis positivas e a QV é na subescala Objetivos de Vida da Escala de Bem-estar Psicológico.
 - No CM do SF-12 - A maior associação entre as variáveis positivas e a QV é na dimensão: Esperança/Otimismo da Escala de Avaliação da Espiritualidade.

Mais Bem-estar Psicológico (Total e subescalas Objetivos de Vida) e espiritualidade (dimensão: Esperança/Otimismo) associam-se a melhor percepção de QV dos idosos que vivem sós.

Com este estudo compreendeu-se que a QV é marcada por múltiplos fatores. Neste sentido, revela-se de primordial importância, enquadrar diferentes variáveis para além das variáveis da saúde (nomeadamente as positivas), quando se pretende avaliar a QV dos idosos numa perspetiva global.

A Satisfação com a Vida, Espiritualidade, BEP, QV, o envelhecimento bem-sucedido, são conceitos frequentemente associados e interdependentes. Satisfação com a Vida, Espiritualidade (esperança/otimismo), Bem-estar Psicológico são variáveis que influenciam a percepção de QV dos idosos que vivem sós no seu domicílio habitual.

Chega-se ao final deste trabalho, com a profunda convicção que o tema em estudo não se esgotou, pois apenas se estudou uma pequena parcela de uma realidade que é seguramente muito mais abrangente, dado a QV ser um constructo multidimensional e dinâmico que se altera segundo Santos (1999) com fatores como tempo, experiências e acontecimentos vivenciais.

Os resultados obtidos permitiram conhecer melhor os idosos que participaram no estudo, contribuindo para uma melhor abordagem e prestação de cuidados de enfermagem adequados às reais necessidades destes idosos.

Na tentativa de melhorar o conhecimento e futuros trabalhos na área temática da QV, deixa-se algumas sugestões:

- Dar a conhecer os resultados obtidos através de um artigo e/ou outro tipo de documento;
- Uma reflexão acerca da emergência da mudança de atitudes dos enfermeiros na prestação de cuidados, estando despertos para a intervenção que contemple as variáveis positivas que influenciam a percepção de QV dos idosos;
- O tema e estudo ser um estímulo para futuras investigações.

Importa ainda ressaltar que as atividades que destacam a QV do idoso, sejam através de projetos ou ações individualizadas e personalizadas, atendendo às limitações económicas atuais do País e dos Municípios ou Freguesias locais, pretendendo no entanto, um alto impacto na comunidade de modo que possibilite a sua concretização a médio prazo.

Neste sentido, como sugestão para a promoção do envelhecimento saudável na Freguesia de S. Mamede de Infesta, sugere-se a continuidade das atividades que atualmente a Unidade de Cuidados na Comunidade desta área demográfica de intervenção desenvolve, ampliando as parcerias e adequando sistematicamente os projetos às características e necessidades da população idosa, valorizando na intervenção dos idosos, as variáveis positivas nomeadamente, Satisfação com a Vida, Espiritualidade, Bem-Estar, como fatores que influenciam a

QV, dos idosos que vivem sós. A continuidade destas atividades apoiam-se no desenvolvimento do *Projeto de Promoção da Saúde Mental dos Idosos que vivem sós*, com objetivo de promover a saúde mental. Através da caracterização, avaliação e intervenção de acordo com as necessidades identificadas. Sugere-se ainda a criação de grupos de apoio na comunidade envolvendo os idosos, para discussão de temáticas do seu interesse que enfatizem a QV, de modo a fomentar a autonomia da saúde física o maior tempo possível, mas, e sobretudo, promover a saúde mental que é basilar para todo o ser humano e fundamental em qualquer etapa do ciclo vital.

Em termos de futuras investigações será importante, logo que os dados dos censos da população realizado em 2011 sejam divulgados, analisar a representatividade da amostra. Será, também, interessante alargar o estudo a outros idosos, não somente aos que vivem sós, e comparar a QV de idosos que vivem por exemplo com a família e em lares de idosos, centros de dia e outros contextos de vivência dos idosos.

Uma sociedade para todas as idades é algo que a ONU menciona como prioritário no Plano Internacional do Envelhecimento (2003), que inclui o objetivo dos idosos terem a oportunidade de continuamente contribuir para a sociedade, sendo para isso fundamental eliminar os fatores que excluem esta faixa etária. Assim promover a QV dos idosos numa lógica de envelhecimento bem sucedido é fundamental.

Os enfermeiros na medida em que compreendem as alterações biopsicossocais que ocorrem ao longo do envelhecimento, e atendendo à proximidade nos cuidados de saúde primários com os clientes, famílias e comunidades, tem a possibilidade de se aproximar deste universo, amenizando complicações, ajudando para que o idoso se adapte melhor a esta faixa etária e não deixe de exercer a sua cidadania. Neste sentido urge a necessidade de desenvolver estratégias e mobilizar recursos para a promoção do envelhecimento bem sucedido. Atendendo que grandes mudanças ocorrem de forma lenta torna-se fundamental, reflexões, discussões e pesquisas que potenciem mudanças e reformulações sobre os conceitos que valorizem esta etapa do ciclo vital.

É com satisfação que no final do trabalho, se reconhece que se atingiu o que foi pretendido no seu início. Os saberes que dele emergiram são satisfatórios, mas ao mesmo tempo produtores de novas questões, que levam ao desejo de repetir novamente a experiência.

8. REFERÊNCIAS

8.1. Bibliográficas

ARAÚJO, M. M. T. e SILVA, M. J. P.. A comunicação com o paciente em cuidados paliativos: valorizando a alegria e o otimismo. *Revista Esc Enfermagem USP*, vol.41, n.º4, (pp.668-674), 2007.

AZEREDO, Z.. O idoso no mundo do trabalho. In Dissertação de Educação, Terceira Idade: Uma questão para a Educação Social (pp. 177-180). Porto: Universidade Portucalense, 2002.

BALTES, P. B. e BALTES, M.. Psychological perspectives on successful aging: The model of selective optimization with compensation. In P. Baltes, e M. Baltes (Eds.), *Successful aging: perspectives from the behavioral sciences*, (pp.1-34), New York: Cambridge University Press, 1990.

BARDIN, L. *Análise de conteúdo*. 3.^a ed. Lisboa: Edições 70, 2004.

BATISTA, F. M. M. S. F.. *O otimismo à luz da psicologia positiva: revisão bibliográfica*. Seminário de Investigação. Psicologia: Portal dos Psicólogos, 2009.

BERGER, L. e MAILLOUX-POIRIER, D.. *Pessoas Idosas: Uma Abordagem global*. Editions Études Vivantes, Lisboa: Lusodidacta, 1995.

BERTOQUINI, V. e PAIS-RIBEIRO, J. L.. Optimism, coping and subjective well-being: Test of a mediator model. *Psychology and Health*, 21(Supplement 1), 18, 2006.

CABETE, D. G.. *O Idoso, a doença e o hospital: O impacto do internamento hospitalar no estado funcional e psicológico das pessoas idosas*. Loures: Lusociência, 2005.

CAMARGOS, M. C.S.. *Enfim só: um olhar sobre o universo de pessoas idosas que moram sozinhas no município de Belo Horizonte (MG)*, 2007. Tese (Doutorado em Demografia) - Centro de Desenvolvimento e Planejamento Regional, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2008.

CARNEIRO, L. C. e KLUPPEL, B. L. P.. Estudo da Relação entre Qualidade de Vida e Espiritualidade em Idosos Institucionalizados. *Centro de Ciências Humanas, Letras e Artes, VIII Conhecimento em Debate*, (pp.1-6), 2008.

CERVENY, C. M. O. e SOUZA, M. T. S. Resiliência Psicológica: Revisão da Literatura e Análise da Produção Científica. *Revista Interamericana de Psicologia/Interamerican Journal of Psychology*, Vol. 40, N.º1, (pp. 119-126), 2006.

COIMBRA, J. A. J. e BRITO, I. S.. Qualidade de vida do idoso. *Revista - Referência*, n.º3, (pp.29-35), 1999.

CONCELHO INTERNACIONAL DE ENFERMEIROS - ICN. CIPE/ICNP: Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem - Versão Beta 2, 2002.

COSTA, A.. *Enfermeiros - Dos percursos da formação à produção de Cuidados*. Lisboa: Fim de Século - Saúde. 1998.

DEBERT, G. G.. Antropologia e o estudo dos grupos e das categorias de idade. In: *MORAIS, M.; BARROS, L. (Org.) Velhice ou terceira idade? Estudos antropológicos sobre identidade, memória e política*. Rio de Janeiro: Editora Fundação Getúlio Vargas, (pp.49-67), 1998.

ERMIDA, J.G.. O idoso, a doença e o hospital. In COSTA, M.A. et al - O idoso - Problemas e Realidades. Coimbra: Formasau. p.41-50. 1999.

ESEP. *Saúde e Qualidade de Vida em análise: IV Congresso Saúde e Qualidade de Vida: Livro de Atas*. Porto - Edição: Núcleo de Investigação em saúde e qualidade, 2009.

FARENZENA, W. P.; ARGIMON, I.L.; MORIGUCHI, E. e PORTUGUEZ, M. W.. Qualidade de vida em um grupo de idosos de Veranópolis. *Revista Kairós*, São Paulo, vol.10, n.º2, (pp. 225-243), 2007.

FARINATTI, P. T. V.. Teorias biológicas do envelhecimento: do genético ao estocástico. *Revista Brasileira Medicina Esporte*. Vol. 8, Nº 4, (pp. 129-138), Jul/Ago 2002.

FARQUHAR, M.. Definitions of quality of life: A taxonomy. *Journal of Advanced Nursing*, 22, (pp. 502-508), 1995.

FELCE, D. e PERRY, J.. Quality of life: its definition and measurement. *Res. Dev. Disabil.* Vol.16, n.º1, (pp. 51-74), Janeiro/Fevereiro de 1995.

FERNANDES, A. A.. *Velhice e Sociedade*. Oeiras: Celta Editores, 1997.

FERREIRA, T. J. R.; RIBEIRO, J. R. P. e GUERREIRO, M. D. M. S.. Escala de Adaptação da Satisfação com o Suporte Social em Doentes Submetidos a Revascularização do Miocárdio. *Revista: Referência*, n.º11, (pp. 5-16), 2004.

FIGUEIREDO, D. e SOUSA, L.. EASYcare: um instrumento de avaliação da QV e bem-estar do idoso. *Geriatrics*, n.º 130, (pp. 41-47), Janeiro 2001.

FILLENBAUM, G. G.. *The wellbeing of the elderly. Approaches to multidimensional assessment*. Geneva: WHO, 1984.

FLECK, M. P. A.; LOUZADA, S.; XAVIER, M.; CHACHAMOVICH, E.; VIEIRA, Guilherme; SANTOS, L. e PINZON, V.. Aplicação da versão em português do instrumento de avaliação de qualidade de vida da Organização Mundial da Saúde (WHOQOL - 100). *Revista Saúde Pública*, Vol.33, n.º2, (pp. 198-205), 1999.

FOLKMAN, S.. Positive psychological states and coping with severe stress. *Social Science and Medicine*, 45(8), (pp.1207-1221), 2006.

FOLSTEIN, M. F.; FOLSTEIN, S. E. e MCHUGH, P. R.. Mini-mental state: A practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician. *Journal of Psychiatric Research*, 12, (p.189-198), 1975.

FONSECA A. M.. *O envelhecimento, uma abordagem psicológica*. Lisboa: Editora Universidade Católica, 2004.

FONSECA A. M.. *Desenvolvimento humano e envelhecimento*. Lisboa: Climepsi, 2005.

FONSECA, A. M.. *O Envelhecimento. Uma abordagem psicológica*. Lisboa: Universidade Católica Editora, 2006.

FORTES, T. F. R.; PORTUGUEZ, M. W. e ARGIMON, I. I. L.. A resiliência em idosos e sua relação com variáveis sociodemográficas e funções cognitivas. *Estudos de Psicologia. Campinas*. Vol.26, n.º4, (pp. 455-463), 2009.

FORTIN, M. F.. *Fundamentos e etapas do processo de Investigação*. Loures: Lusociência - Lusodidacta, 2009.

FORTIN, M. F.. *O processo de investigação, da conceção à realização*. Lusociência. Loures: Edições técnicas e científicas, Lda, 1999.

FORTIN, M. F.. *O processo de Investigação: da conceção à realização*. 2.^a ed. Loures: Lusociência - Lusodidacta, 2000.

FREIRE, S. A.. Envelhecimento bem-sucedido e bem-estar psicológico. In: NERI, A. L. e FREIRE, S. A.. (Orgs.), *E por falar em boa velhice*. Campinas: Papirus. (pp.-21-31), 2003.

FREIRE, T. e ALMEIDA, L.. *Metodologia de Investigação em Psicologia e Educação*. Braga: Edições Psiquilíbrios, 2000.

GALINHA, I. C. e RIBEIRO, J.L.P.. Contribuição para o estudo da versão portuguesa da Positive and Negative Affect Schedule (PANAS): I - Abordagem teórica ao conceito de afeto. *Análise Psicológica*, 2 (XXIII), (pp. 209-218), 2005a.

GALINHA, I. C. e RIBEIRO, J.L.P.. Contribuição para o estudo da versão portuguesa da Positive and Negative Affect Schedule (PANAS): II - Estudo psicométrico. *Análise Psicológica*, 2 (XXIII), (pp. 219-227), 2005b.

GOMES, B. P. e MENDES, M. A.. *A interface entre a qualidade em saúde e a satisfação do utente*. *Servir*, Vol.56, n.º1, (pp. 7-14), 2008.

GOMES, C. A. P. F.. Esperança e a Adesão Terapêutica em Adultos Hospitalizados e Não Hospitalizados: Estudo Exploratório. In *Tese de Mestrado em Psicologia Clínica. Universidade Fernando Pessoa - Faculdade de Ciências Humanas e Sociais*, 2010.

GONÇALVES, D.; MARTÍN, I.; GUEDES, J.; CABRAL-PINTO, F. e FONSECA, A. M.. Promoção da qualidade de vida dos idosos portugueses através da continuidade de tarefas produtivas. *Psicologia, Saúde & Doenças*, Vol.7, n.º1, (pp. 137-143), 2006.

GOUVEIA, M. J.; PAIS-RIBEIRO, J. L. e MARQUES, M.. Adaptação Portuguesa do Questionário de Bem-estar Espiritual: Resultados Psicométricos Preliminares. In: Congresso Nacional de Psicologia da Saúde, 7, Porto - *Intervenção em Psicologia e Saúde*. Lisboa: Instituto Superior de Psicologia Aplicada, 2008.

GOUVEIA, M. J., MARQUES, M. e PAIS-RIBEIRO, J. L.. Versão portuguesa do questionário de bem-estar espiritual (SWBQ): análise confirmatória da sua estrutura fatorial. *Psicologia, Saúde & Doenças*, Vol.10, n.º2, (p.285-293), 2009.

HAGERTY, M. R.; CUMMINS, R. A.; FERRISS, A. L.; LAND, K.; MICHALOS, A. C.; PETERSON, M.; SHARPE, A.; SIRGY, J. e VOGEL, J.. Quality of life indexes for national policy: review and agenda for research. *Social Indicators Res.*, Vol.55, n.º1, (pp.1-96), Janeiro de 2001.

IMAGINÁRIO, C.. *O Idoso Dependente em Contexto Familiar - Uma análise da visão da família e do cuidador principal*. Coimbra: Formassau, 2004.

INSTITUTO NACIONAL DE ESTATÍSTICA - INE. *As gerações mais idosas (Serie de Estudos N.º 83)*. Portugal: Lisboa - Gabinete de Estudos e Conjuntura do INE, 1999.

INSTITUTO NACIONAL DE ESTATÍSTICA - INE. *Anuário estatístico da região norte - 2009 - estatísticas oficiais*. Portugal: Lisboa, 2010a.

INSTITUTO NACIONAL DE ESTATÍSTICA - INE. *Estatísticas Demográficas 2009 - estatísticas oficiais* - Portugal: Lisboa, 2010b.

JAKOBSON, U.; HALLBERG, I. R. e WESTERGREN, A.. Overall and health related quality of life among the oldest old in pain. *Qual Life Res*, 13, (pp. 125-136), 2004.

KATZ, S.. The science of quality of life. *J. Chron. Dis.*, Vol. 40, n.º6, (pp.459-463), Junho 1987.

KETELO, J. D. e ROGERIERS, X.. *Metodologias de recolha de dados: fundamentos de métodos de observações, de questionários, de entrevistas e de estudo de documentos*. Lisboa: Instituto Piaget, 1999.

KING, C. R. e HINDS, P.. *Quality of life from nursing and patients perspectives. Theory, research, practice*. Boston: Jones and Bartlett Pub., (p.390), 1998.

LACHS, M. S.; FEINSTEIN, A. R.; COONEY, L. M.; DRICKAMER, M. A.; MAROTTOLI, R. A.; PANNILL, F. C. e TINETTI, M. E. A Simple procedure for general screening for functional disability in elderly patients. *Annals of Internal Medicine*, 112, (pp.699-706). McGraw-Hill, 1990.

LARANJEIRA, C. A. S. J.. Do Vulnerável Ser ao Resiliente Envelhecer: Revisão de Literatura. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, Vol. 23, n.º 3, (pp. 327-332), 2007.

LAWTON, M. P., MOSS, M., FULCOMER, M., e KLEBAN, M. H.. A research and service oriented multilevel assessment instrument. *Journal of Gerontology*, 37, (pp.91-99), 1982.

LEMURA, L. M.; VON DUVILLARD, S. P. e MOOKKERJEE, S.. The effects of physical training of functional capacity in adults. Ages 46 a 90: a meta-analysis. *J. Sports Med. Phys Fitness Turin*, Vol.40, n.º 1, (pp. 1-10), Mar. de 2000.

MARCONI, M. e LAKATOS, E. M.. *Técnicas de Pesquisa*. 4.^a ed. São Paulo: Editora Atlas, 1999.

MARTINS, J. C. A.. Investigação em Enfermagem: Alguns apontamentos sobre a dimensão ética. *Pensar Enfermagem*, Vol.12, n.º 2, (pp. 62-66), 2008.

MARTINS, R. M. L.. O idoso na sociedade contemporânea. *Envelhecimento e Políticas Sociais. Educação, Ciência e Tecnologia*, (pp. 126-140), 2005.

MEEBERG, G.A.. Quality of life: a concept analysis. *J. Adv. Nurs.*, Vol.18, n.º1, (pp.32-38), Jan. 1993.

MELIES, A.; SAWYER, L. I. M. E.; MESSIAS, D. e SCHUMACHER, K.. *Experiencing transicions: na emerging Middle-rang Theory*. (A. Publishens, Ed.) Advanced Nursing Cience, (pp. 12-28), 2000.

MENDES, A.. *A excelência nos cuidados com princípio para a satisfação dos utentes no ciclo de vida*. *Nursing*, (pp. 40-41), Jan. 2006.

MENESES, R., RIBEIRO, J. L. P. e MARTINS DA SILVA, A.. Chronic Diseases: Clinical Variables, Quality Of Life (Qol) And Negative Affect. In: I Leal, T. Botelho & J. Pais-Ribeiro (Edts). *Proceedings of The 16th Conference of The European Health Psychology Society* (pp.349-352). Lisboa: ISPA, 2002.

MILLER, W. R. e THORESEN, C. E.. Spirituality, religion, and health - An emerging research field. *American Psychologist*, 58(1), (pp. 24-35), 2003.

MINAYO, M. C. S.; HARTZ, Z. M. A. e BUSS, P. M.. Qualidade de vida e saúde: um debate necessário. *Ciência & Saúde Coletiva*, Vol.5, n.º1, (pp. 7-18), 2000.

MOREIRA, P. e MELO, A.. *Saúde Mental: Do Tratamento à Prevenção*. Porto: Porto Editora, 2005.

NERI, A. L. e FREIRE, S. A.. *E por falar em boa velhice*. Campinas: Papyrus. (2000).

NERI, A. L.. Psicologia do envelhecimento: uma área emergente. *In Psicologia do envelhecimento* (pp.13-40). Campinas: Papyrus, 1995.

NERI, A. L.. *Maturidade e velhice*. Campinas: Papyrus, 2001.

NETO, F.; BARROS, J. e BARROS, A.. Satisfação com a Vida. *In L. Almeida, R. Santiago, P. Silva, O. Caetano, & J. Marques (Eds) Ação educativa: análise psico-social*, (pp. 105- 117). Leiria: ESEL/APPORT, 1990.

NOVO, R. F.. A diversidade dos espaços psicossociais e o Bem-Estar Psicológico. In *R. Novo, Para além da eudaimonia: O Bem-Estar Psicológico em mulheres na idade adulta avançada* (pp. 449-488). Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian e Fundação para a Ciência e a Tecnologia, 2003.

NOVO, R. F.. *Bem-Estar e Psicologia: Conceitos e Propostas de Avaliação*. RIDEP, n.º20, Vol. 2, (pp.183-203), 2005.

OGDEN, J.. *Psicologia da Saúde*. 2ª Edição. Lisboa: Climepsi Editores, 2004.

OLIVEIRA, A.. *Resiliência para principiantes*. 1.ª Edição. Lisboa: Edições Sílabo, 2010.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. Rapport sur la santé dans le monde: la vie au 21 Siècle. Une perspective pour tous. Genève: OMS, 1998.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. Relatório sobre a saúde no mundo - saúde mental: nova conceção, nova esperança. Genève: OMS, 2001.

PAIS-RIBEIRO, J. L. e CUMMINS, R.. *O bem-estar pessoal: estudo de validação da versão portuguesa da escala*. In: I. Leal, J. Pais-Ribeiro, I. Silva e S.Marques (Edts.). *Atas do 7º congresso nacional de psicologia da saúde*. (pp. 505-508), Lisboa: ISPA, 2008.

PAIS-RIBEIRO, J. L., MARTINS DA SILVA, A., MENESES, R. e FALCO, C.. *Relationship between optimism, disease variables, and health perception and quality of life in individuals with epilepsy*. *Epilepsy & Behavior* 11, (pp.33-38), 2007.

PAIS-RIBEIRO, J. L.. *Avaliação em psicologia da saúde, instrumentos publicados em português*. Psicologia Série Psicologia e Saúde. Coimbra: Quarteto - 1.ª Edição, 2007.

PAIS-RIBEIRO, J.L.. A importância da qualidade de vida para a psicologia da saúde. In: J.P.Cruz, S.N. de Jesus, & C Nunes (Coords.). *Bem-Estar e Qualidade de Vida* (pp.31-49). Alcochete: Textiverso, 2009.

PAÚL, C. FONSECA, A. M.. *Psicossociologia da saúde*. Lisboa: Climepsi Editora, 2001.

PAÚL, C. e FONSECA, A. M.. *Envelhecer em Portugal*. Lisboa: Climepsi, 2005.

PAÚL, C.. *Bem-Estar e satisfação de vida em idosos. In D. d. Educação, Terceira Idade: Uma questão para a Educação Social* (pp. 29-33). Porto: Universidade Portucalense, 2002.

PAÚL, C.. A construção de um modelo humano. *In: C. Paúl & A. Fonseca (coords.), Envelhecer em Portugal: Psicologia, Saúde e Prestação de Cuidados* (pp.21-45). Lisboa: Climepsi Editores, 2005.

PEIXOTO, C.. *Entre o estigma e a compaixão e os termos classificatórios: velho velhote, idoso terceira idade.* Em: Barros, M. L. de (org.), *Velhice ou Terceira Idade?*(p.15-17), 1998. Rio de Janeiro: Fundação Getúlio Vargas.

PERES, J.; SIMÃO, M. e NASELLO, A.. Espiritualidade, religiosidade e psicoterapia. *Revista de Psiquiatria Clínica.* ISSN 0101-6083. Vol. 34, supl.1, (pp.136-145), 2007.

PESCE, R. P.; ASSIS, S. G.; AVANCI, J. Q.; SANTOS, N.; MALAQUIAS, J. V. e CARVALHAES, R.. Adaptação transcultural, confiabilidade e validade da escala de resiliência. *Cadernos de saúde pública, Rio de Janeiro, Vol. 21, n.º 2,* (pp. 436-448), 2005.

PESTANA, M. H. e GAJEIRO, J. N.. *Análise de dados para ciências sociais: a complementaridade do SPSS.* 3.ª ed. Lisboa: Sílabo, 2003.

PINTO, C. A. S.. Jovens e adultos sobreviventes de cancro: Variáveis psicossociais associadas à otimização da saúde e qualidade de vida após o cancro. Tese de Doutoramento apresentada à Faculdade de Psicologia Ciências da Educação da Universidade do Porto, 2007.

POLIT, D. F.; BECK, C. T. e HUNGLER, B. P.. *Fundamentos de Pesquisa em Enfermagem: métodos, avaliação e utilização.* 5.ª Ed. Porto Alegre: Artmed, 2004.

PORTUGAL, MINISTÉRIO DA SAÚDE. Departamento de Estudos e Planeamento de Saúde. *Inquérito Nacional de Saúde 1995/1997: Região Norte.* Portugal - Lisboa: Ministério da Saúde, 1997.

PORTUGAL, MINISTÉRIO DA SAÚDE. Missão para os Cuidados de Saúde Primários - *Projeto de Despacho,* Outubro de 2008a.

PORTUGAL, MINISTÉRIO DA SAÚDE. *Agrupamento de Centros de Saúde (ACES): Unidade de Cuidados na Comunidade - Missão para os Cuidados de Saúde Primários,* Junho de 2008b.

PORTUGAL, MINISTÉRIO DA SAÚDE. Missão para os Cuidados de Saúde Primários - *Documento de Suporte à Implementação das UCC*, Março de 2009.

POTTER, P. e PERRY, A . G.. *Fundamentos de Enfermagem*. 4ª Ed. Rio de Janeiro: Ed. Guanabara Koogan, 1999.

QUIVY, R. e CAMPENHOUDT, L. V.. *Manual de Investigação em Ciências Sociais*. Lisboa: Gradiva, 1998.

RENEWICK, R.. Quality of life: a guiding framework for practice with adults with developmental disabilities. In: ROSS, M.; BACHENER, S. *Adults with developmental disabilities*. New York: Aota Press, Cap.2, (pp. 20-38), 2004.

RIBEIRO, J. L. P. e ANTUNES, S.. Contribuições para o estudo de adaptação do questionário de saúde geral de 28 itens (General Health Questionnaire - GHQ28). *Revista Portuguesa de Psicossomática*, vol.5, n.º1, (pp. 37-45), 2003.

RIBEIRO, J. L. P. e POMBEIRO, T.. Relação entre espiritualidade, ânimo e qualidade de vida em pessoas idosas. In: J.Pais-Ribeiro & I.Leal, (Edts.). *Actas do 5º Congresso Nacional de Psicologia da Saúde* (pp.757-769). Lisboa: ISPA, 2004.

RIBEIRO, J. L. P.. A importância da Qualidade de Vida para a Psicologia da Saúde. *Análise Psicológica*, Vol. XII, n.º 2-3, (pp. 179-191), 1994.

RIBEIRO, J. L. P.. Escala de Satisfação com o Suporte Social (ESSS). *Análise Psicológica*, 3 (XVII), (pp. 547-558), 1999a.

RIBEIRO, J. L. P.. *Investigação e avaliação em Psicologia da Saúde*. Lisboa: Climepsi Editores, 1999b.

RIBEIRO, J. L. P.. Mental health inventory: Um estudo de adaptação à população portuguesa. *Psicologia, Saúde e Doenças*, vol.2, n.º1, (pp.77-99), 2001.

RIBEIRO, J. L. P.. Avaliação em Saúde e QV. In: *Atas do II Congresso Saúde e QV*. Unidade de Investigação em Saúde e QV da Escola Superior de Enfermagem de S. João, (pp. 57-66), (2005a).

RIBEIRO, J. L. P.. *Introdução à Psicologia da Saúde*. Coimbra: Quarteto, (2005b).

RIBEIRO, J. L. P.. *O Importante é a Saúde: estudo de adaptação de uma técnica de avaliação do estado de Saúde - SF-36*. Edição: Merck Sharp & Donhme, (2005c).

RIBEIRO, J. L. P.. Relação entre a psicologia positiva e as suas variáveis protetoras, e a qualidade de vida e bem-estar como variáveis de resultado. *In: I. Leal (Coord.). Perspetivas em psicologia da saúde* (pp. 231-244). Coimbra: Quarteto editora, (2006a).

RIBEIRO, J. L. P.. As variáveis psicológicas positivas como amortecedores entre situações de doença grave traumática e stress. *In: P. Costa, Carlos Lopes Pires, J. Veloso e Catarina Lopes Pires (Org.). Stresse Pós-Traumático - Modelos, Abordagens e Práticas* (pp. 13-19). Leiria: Editorial Diferença, (2006b).

RIBEIRO, J. L. P.. *Variáveis positivas e Qualidade de Vida ou percepção de saúde. Trabalho apresentado no 6º Congresso Nacional de Psicologia da Saúde, Faro, Portugal, (2006c).*

RODRIGUES, R. A. P.; MARQUES, S. e FABRÍCIO, S. C. C.. Envelhecimento, saúde e doença. *Arq. Geriatr. Gerontol.*, v.4, n.1, (pp. 15-20), 2000.

SAAD, M.; MASIERO, D. e BATTISTELLA, L. R.. Espiritualidade baseada em evidências. *Ata Fisiátrica*, Vol.8, n.º3, (pp. 107-112), 2001.

SANCHEZ, M. A.. *A dependência e suas implicações para a perda de autonomia: estudo das representações sociais para idosos de uma unidade ambulatória geriátrica*. In Universidade Aberta da Terceira Idade - Textos sobre Envelhecimento. Rio de Janeiro. ISSN: 1517-5928. V.3, N.º3. pp.1-15. 2000.

SANTOS, C. S. V. B.; RIBEIRO, J.L.P. e LOPES, C.. Estudo de adaptação da escala de satisfação com o suporte social (ESSS) - A pessoas com diagnóstico de doença oncológica. *Psicologia, Saúde e Doenças*, Vol.4, n.º2, (pp. 185-204), 2003.

SANTOS, C.. *Doença Oncológica. Representação, Coping e QV*. Coimbra: Formasau, 2006.

SCHALOCK, R. L.. Quality of life and quality assurance. *In: RENWICK, R.; BROWN, I.; NAGLER, M. Quality of life in health promotion and rehabilitation: conceptual approaches, issues, and applications*. London: Sage, (pp.104-118), 1996.

SCHALOCK, R. L.. Three decades of quality of life. *Focus Autism Othrt Develop. Disabil. Vol.15, n.º2*, (pp. 116-127), Feb. 2000.

SEQUEIRA, C.. *Cuidar de Idosos com dependência física e mental*. Lisboa. Editora Lidel - edições técnicas, Lda, 2010.

SHERBOURNE, C.D.; MEREDITH, L.S. e ROGERS, W. J.E.. Social support and stressful life events: Age differences in their effects on health related quality of life among chronically ill. *Qual Life Res*, 1, (pp. 235-246), 1992.

SHIN, D. C. e JOHNSONS, D. M.. Avowed happiness as an overall assessment of quality of life. *Social Indicators Research*, (pp. 475-492), 1978.

SILVA, A. I. e ALVES, V. P.. Envelhecimento: Resiliência e Espiritualidade História de vida de idosos: superar as adversidades sem perder o senso de integridade. *Diálogos Possíveis*, n.º14, (pp. 189-209), 2007.

SILVA, I. M. S. L.. *Psicologia da saúde: uma perspetiva positiva. Trabalho apresentado no 6º Congresso Nacional de Psicologia da Saúde*, Faro, Portugal, (2006).

SILVA, J. F.. *Quando a Vida Chegar ao Fim: Expectativas do Idoso Hospitalizado e Família*. Loures: Lusociência, (2006).

SIMÕES, A.. Ulterior validação de uma escala de satisfação com a vida (SWLS). *Revista Portuguesa de Pedagogia*. XXVI, (pp. 503-515), 1992.

SIMÕES, A.. São os Homens mais agressivos que as mulheres? *Revista Portuguesa de Pedagogia*, XXVII, (pp. 387-404), 1993.

SIMOES, A.; FERREIRA, J. A.; LIMA, M. P.; PINHEIRO, M. R., MATOS, A. P. e OLIVEIRA, A. L.. O bem-estar subjetivo: Estado atual dos conhecimentos. *Psicologia, Educação e Cultura*, Vol. IV, n.º2, (pp. 243-279), 2000.

SIMOES, A.; FERREIRA, J. A.; LIMA, M. P.; PINHEIRO, M. R., MATOS, A. P. e OLIVEIRA, A. L.. O bem-estar subjetivo dos adultos: Um estudo transversal. *Revista Portuguesa de Pedagogia*, 37, 1, (pp. 5-30), 2003.

SIU, A. L., REUBEN, D. B., e MOORE, A. A.. Comprehensive geriatric assessment. In: W. R. Hazzard e col. (Eds.), *Principles of geriatric medicine and gerontology* (3.ª ed.), (pp. 203-211), 1994.

SKINNER, B. e VALGHAN, M. E.. *Enjoy old age: a program of self - management*. New York: Norton: Summus, 1983.

SOARES, A. S. B.. *Qualidade de vida, depressão e ansiedade em Indivíduos que procuram tratamento para a obesidade*. Dissertação de Mestrado apresentada à Universidade Fernando Pessoa. Porto, 2009.

SOFIA, N.. *Novos Horizontes da Gerontologia: Promoção da Esperança*. Porto, 2010.

SOUSA, G. e FEIO, M. Avaliação psicossocial do idoso na casa de saúde de Santa Rosa de Lima. *Geriatrics*, 11, (pp. 21-26), 1998.

SOUSA, L.; ROCHA, N.; PINTO, J. e FIGUEIREDO, D.. EASY CARE - um sistema de informação para avaliação de idosos. *Geriatrics*, Vol. XIV, N.º137, (pp. 32-43), 2001.

SPIRDUSO, W. W.. *Dimensões Físicas do Envelhecimento*. Editora Manole - Brasil, 2005.

SPRANGERS, A. G.; REGT, E.B. e ANDRIES, F.. Which chronic conditions are associated with better or poorer quality of life? *J Clin Epidemiol*, 53, (pp.895-907), 2000.

STANHOPE, M. e LANCASTER, J.. *Enfermagem Comunitária: Promoção da Saúde de Grupos, Famílias e Indivíduos*. 4.ª Edição: Lusociência - Edições Técnicas e Científicas, Lda., Portugal: Loures, 1999.

STUART, G. W. e LARAIA, M. T.. *Enfermagem Psiquiátrica: Princípios e Prática*. 6.ª Edição, Porto Alegre: Artmed Editora, 2001.

TAILLEFER, M. C.; DUPUIS, G.; ROBERGE, M. A. e LEMAY, S.. Health related quality of life models: systematic review of the literature. *Social Indicators Res.*, Vol.64, n.3, (pp.293-323), Março 2003.

TEIXEIRA, M. B.. *Empoderamento de idosos em grupos direcionados à promoção da Saúde*. Dissertação de Mestrado - Escola Nacional de Saúde Pública, FIOCRUZ, Rio de Janeiro, 2000.

UNIDADE DE CUIDADOS NA COMUNIDADE DE S. MAMEDE DE INFESTA. *Plano de Ação da UCCSMI*. Porto, 2009.

VERAS, R. P.. *País Jovem de cabelos brancos: a saúde dos idosos no Brasil*. Rio de Janeiro: Relume Dumará, 1994.

VIEIRA, S. P.. Resiliência como força interna. *Revista Kairós, São Paulo, Caderno Temático 7*, (pp. 21-30), 2010.

VILELAS, J.. *Investigação: O Processo de Construção do Conhecimento*. 1.ª ed. Lisboa: Edições Sílabo, 2009.

WHOQOL GROUP. The World Health Organizations quality of life assessment (WHOQOL) development and general psychometric properties. *Soc. Sci. Med.*, Vol.46, n.º12, (pp. 1569-1585), Junho de 1998.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. *Population aging: a public health challenge*. Geneva: WHO Press Office, 1998.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. *Active ageing, a policy framework. A contribution of the WHO to the second United nations world assembly on ageing*. Madrid: WHO, 2002.

YOKOYAMA, C. E.; CARVALHO, R. S. e VIZZOTTO, M. M.. Qualidade de vida na velhice segundo a percepção de idosos frequentadores de um centro de referência. *In: Formação, ano 10, nº 10*, (pp. 57-82), 2006.

YUNES, M. A. e SZYMANSKI, H.. Resiliência: noção, conceitos afins e considerações críticas. *In: Resiliência e educação. TAVARES, J. (Org.)*. São Paulo: Cortez, (pp. 13-42), 2001.

YUNES, M. A.. Psicologia positiva e resiliência: o foco no indivíduo e na família. *Psicologia em Estudo, Maringá, v. 8, n.especial*, (pp. 75-84), 2003.

ZIMERMAN, G. I.. *Velhice - aspetos biopsicossociais*. Porto Alegre: Artes Médicas, 2000.

8.2. Sitiográficas

AGOSTINHO, P.. *Perspetiva Psicossomática do envelhecimento*: Revista Portuguesa de Psicossomática, Vol.6, N.º 001, (pp.93-104), 2004. [Em linha] [Consult. a 01 de Junho 2011] disponível em WWW: URL: <http://www.portaldoenvelhecimento.org.br/artigos/fev2007/perspectiva.pdf>

ALMEIDA, A.J.P.S.. *A pessoa idosa institucionalizada em lares: Aspetos e contextos da Qualidade de Vida*. 2008. [Em linha] [Consult. a 03 de Junho de 2011] disponível em WWW: URL:http://www.google.pt/search?sourceid=navclient&hl=pt-BR&ie=U8&rlz=1T4HPEB_pt-BRPT250PT252&q=A+Pessoa+idosa+institucionalizada+em+lares

APOLINARIO, D.; SILVA, I. e CARDOSO, M. H.. *Construção de Questionários para Avaliação da Qualidade de Vida e Satisfação com o Tratamento com Bomba Infusora de Insulina: estudo descritivo e contributo para a validação*. 2011. Em linha] [Consult. 01 de Julho de 2011] disponível em WWW: URL:<http://repositorio->

aberto.up.pt/bitstream/10216/52828/2/TESE%20MESTRADO%20Dulce%20Apolinrio.pdf.

ARAÚJO, F.; PAIS-RIBEIRO, J. L.; OLIVEIRA, A. e PINTO, C.. *Validação do Índice de Barthel numa amostra de idosos não institucionalizados*. Vol. 25, n.º 2, (pp. 59-66), 2007. [Em linha] [Consult. a 14 de Junho de 2011] disponível em WWW: URL: <http://www.cdi.ensp.unl.pt/docbweb/multimedia/rpsp2007-2/05.pdf>

ARAÚJO, L. F.. *Aspetos Sócio Históricos e Psicológicos da Velhice*. *MNEME - Revista de Humanidades*. V. 06. N. 13, dez.2004/jan.2005. - Semestral. [Em linha] [Consult. a 01 de Junho 2011] disponível em WWW: URL: <http://www.periodicos.ufrn.br/ojs/index.php/mneme/article/view/278/254>

BARROSO, V.. *Órfãos geriátras: sentimentos de solidão e depressividade face ao envelhecimento - estudo comparativo entre idosos institucionalizados e não institucionalizados*, 2006. [Em linha] [Consult. a 11 de Junho de 2011] disponível em WWW: URL:<http://www.iscet.pt/sites/default/files/obsolidao/Artigos/Orf%C3%A3>

BATTINI, E.; MACIEL, E. M. e FINATO, M. S. S.. *Identificação de variáveis que afetam o envelhecimento: análise comportamental de um caso clínico*, 2006. [Em linha] [Consult. a 14 de Junho de 2011] disponível em WWW: URL:<http://www.scielo.br/pdf/estpsi/v23n4/v23n4a13.pdf>

BENEDETTI, T. R. B.; BORGES, L. J.; PETROSKI, E. L. e GONÇALVES, L. H. T.. *Atividade física e estado de saúde mental de idosos*. *Revista Saúde Pública*, Vol.42, n.º2, São Paulo, (pp.302-307), 2008. [Em linha] [Consult. a 14 de Junho de 2011] disponível em WWW: URL: <http://www.scielo.br/pdf/rsp/v42n2/6482.pdf>

BISHOP, A., MARTIN P. e POON, L.. *Happiness and congruence in older adulthood: a structural model of life satisfaction*. *Aging e Mental Health*, Vol.10, n.º5, (pp.445-453), 2006. [Em linha] [Consult. a 19 de Julho de 2011] disponível em WWW: URL: <http://www.mendeley.com/research/happiness-congruence-older-adulthood-structural-model-life-satisfaction/#page-1>

BRAGA, M. C. P.; CASELLA, M. A.; CAMPOS, M. L. N. e PAIVA, S. P.. *Qualidade de vida medida pelo whoqol-bref. Estudo com idosos residentes em Juiz de fora/MG*. *Rev. APS*. Vol 14, (1), (pp. 93-100), 2011. [Em linha] [Consult. a 01 de Junho de 2011] disponível em WWW: URL: <http://www.aps.ufjf.br/index.php/aps/article/view/965/450>

CALIXTO, E. e MARTINS, H.. *Os Fatores Bio-Psico-Sociais na Satisfação com a Vida de Idosos Institucionalizados*. Atas do VII Simpósio Nacional de Investigação em Psicologia Universidade do Minho, Portugal, 2010. [Em linha] [Consult. a 14 de Junho de 2011] disponível em WWW: URL: http://www.actassnip2010.com/conteudos/actas/Geront_9.pdf

CALVETTI, P. U.; MULLER, M. C. e NUNES, M. L. T.. *Psicologia da saúde e psicologia positiva: perspectivas e desafios*. *Psicologia: ciência e profissão*, Vol.27. n.º4, Brasília, 2007. [Em linha] [Consult. a 14 de Junho de 2011] disponível em WWW: URL: <http://pepsic.homolog.bvsalud.org/scielo.php?lng=pt>

CAMARGOS, M. C. S.. *Estimativas de expectativa de vida livre de e com incapacidade funcional: uma aplicação do método de Sullivan para idosos paulistanos*. *Dissertação (Mestrado em Demografia) - Centro de Desenvolvimento e Planejamento Regional, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2004*. [Em linha] [Consult. a 01 de Junho 2011] disponível em WWW: URL: http://www.abep.nepo.unicamp.br/site_eventos_abep/PDF/ABEP2004_148.pdf

CAMARGOS, M. C. S. e RODRIGUES, R. N.. *Idosos que vivem sozinhos: como eles enfrentam dificuldades de saúde*. *Trabalho apresentado no XVI Encontro Nacional de Estudos Populacionais, realizado em Caxambu- MG - Brasil, de 29 de Setembro a 03 de Outubro de 2008* [Em linha] [Consult. a 01 de Junho 2011] disponível em WWW: URL: http://www.abep.nepo.unicamp.br/encontro2008/docsPDF/ABEP2008_1605.pdf

CAMARGOS, M. C. S.; MACHADO, C. J. e RODRIGUES, R. R. N.. *Idosos que moram sozinhos em minas gerais e suas condições de saúde: uma análise para 2003 com base no método grade of membership*, 2007. [Em linha] [Consult. a 01 de Junho de 2011] disponível em WWW: URL: http://mirage.cedeplar.ufmg.br/seminarios/seminario_diamantina/2008/D08A133.pdf

CAMARGOS, M. C. S.; RODRIGUES, R. N. e MACHADO, C. J.. *Percepção da solidão entre idosos residentes em domicílios Unipessoais no município de belo horizonte*. Universidade Federal de Minas Gerais. Faculdade de Ciências Económicas Centro de Desenvolvimento e Planejamento Regional, 2009. [Em linha] [Consult. a 01 de Junho 2011] disponível em WWW: URL: <http://www.cedeplar.ufmg.br/pesquisas/td/TD%20377.pdf>

CAMARGOS, M. C. S.; RODRIGUES, R. N. e MACHADO, C. J.. Idoso, família e domicílio: uma revisão narrativa sobre a decisão de morar sozinho. *R. bras. Est. Pop., Rio de Janeiro*, v. 28, n. 1, p. 217-230, jan./jun. 2011. [Em linha] [Consult. a 01 de Junho 2011] disponível em WWW: URL: <http://www.scielo.br/pdf/rbepop/v28n1/a12v28n1.pdf>

CANCELA, D. M. G.. *O Processo de Envelhecimento*, 2007. [Em linha] [Consult. a 01 de Junho 2011] disponível em WWW: URL: http://scholar.google.pt/scholar?start=20&q=teorias+do+envelhecimento&hl=pt-PT&as_sdt=0

CAPITANINI, M. E. S. e NERI, A. L.. Sentimentos de solidão, bem-estar subjetivo e relações sociais em mulheres idosas vivendo sozinhas. In: A. L. Neri; M. S. Yassuda e M. C. Cachioni (Orgs.), *Velhice bem sucedida: aspetos afetivos e cognitivos*. Campinas: Papyrus, 2004. [Em linha] [Consult. a 19 de Julho de 2011] disponível em WWW: URL: <http://books.google.com/books?id=kuNSlwLSJRgC&printsec=frontcover&dq=b.e.m&num=8&client=internal-uds&cd=26&source=uds#v=onepage&q&f=false>

CARRILHO, M.J. e PATRÍCIO, L.. *A Situação Demográfica Recente em Portugal*. *Revista de Estudos Demográficos*. Lisboa, N.º 46, 2009. [Em linha] [Consult. a 01 de Agosto de 2011] disponível em WWW: URL: http://issuu.com/marciavaladas/docs/ine_idosos_ii

COIMBRA, J. F. M.. *O sentimento de solidão em idosas institucionalizadas: a influência da autonomia funcional e do meio ecológico*, 2008. [Em linha] [Consult. a 01 de Junho de 2011] disponível em WWW: URL: http://repositorio.ul.pt/bitstream/10451/947/2/17728_ulsd_dep.17453_Dissertacao_de_Mestrado_Copia.pdf

COUTO, M. C. P. P.. *Fatores de Risco e de Proteção na Promoção de Resiliência no Envelhecimento*. In: Projeto de Dissertação da Universidade Federal do Rio Grande Do Sul - Instituto de Psicologia Programa de Pós-Graduação em Psicologia. Porto Alegre, (pp.1-48), Novembro de 2005. [Em linha] [Consult. a 01 de Junho 2011] disponível em WWW: URL: <http://www.msmedia.com/ceprua/artigos/projmcpp.PDF>

CUMMINS, R. A.. Assessing quality of life. In: BROWN, R. I. *Quality of life for people with disabilities: models, research and practice*. 2.ªEd. London: Stanley Thornes, (pp.116-150), 1997. [Em linha] [Consult. a 19 de Julho de 2011]

disponível em WWW: URL: <http://www.amazon.co.uk/Quality-Life-People-Disabilities-Research/dp/0748732942>

DEBERT, G. G.. *A reinvenção da velhice: socialização e processos de reprivatização do envelhecimento*. São Paulo: Editora da Universidade de São Paulo, 1999. [Em linha] [Consult. a 15 de Julho de 2011] disponível em WWW: URL: <http://www.google.com/books?hl=pt-PT&lr=&id=juwrAjXrnCYC&oi=fnd&pg=PA11&dq=a+reinven%C3%A7%C3%A3o+da+velhice:socializa%C3%A7%C3%A3o+e+processos+de+reprivatiza%C3%A7%C3%A3o+do+envelhecimento+Debert&ots=wTdgsBfHjm&sig=CQQ7XX1q-CFFpxaiGP42EEen0Jfl#v=onepage&q=meios%20de%20comunica%C3%A7%C3%A3o&f=false>

DIAS, M. A. A. R.. *Qualidade de Vida Relacionada com a Saúde e Satisfação com a Vida: Um estudo em indivíduos amputados do membro inferior*. Tese de Mestrado apresentada à Faculdade de Ciências e de Educação Física, da Universidade do Porto, 2006. [Em linha] [Consult. a 01 de Junho 2011] disponível em WWW: URL: <http://repositorio-aberto.up.pt/bitstream/10216/14265/2/4922.pdf>

DIENER E.; SUH, E. M.; LUCAS, R. E. e SMITH, H.L.. Subjective Well-Being: Three decades of progress. *Psychological Bulletin*. Vol.125, n.º2, (pp.276-302), 1999. [Em linha] [Consult. a 19 de Julho de 2011] disponível em WWW: URL: http://dipeco.economia.unimib.it/persona/stanca/ec/diener_suh_lucas_smith.pdf

DIRECÇÃO GERAL DA SAÚDE - PORTAL DA SAÚDE. *Benefícios da atividade física*, 2011. [Em linha] [Consult. a 14 de Junho de 2011] disponível em WWW: URL: <http://www.minsaude.pt/portal/conteudos/enciclopedia+da+saude/atividade+fisica/beneficios+atividade.htm>

ESCOBAR, K. A. A.. *Novos paradigmas na assistência ao idoso: o enfoque da prevenção e promoção de um envelhecimento saudável*, (S/D). [Em linha] [Consult. a 15 de Julho de 2011] disponível em WWW: URL: http://www.cibs.cbciss.org/arquivos/novos_paradigmas_na_assitencia_ao_idoso.pdf

ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DO PORTO. *Normas para elaboração e apresentação de dissertações e relatórios*, (S/D). [Em linha] [Consult. a 01 de Janeiro de 2011] disponível em WWW: URL:

http://portal.esenf.pt/www/pk_menus_ficheiros.ver_ficheiro?fich=F1639440583/Regras para apresentação de dissertações e relatorios.pdf

ESMERALDINA, V.. *A análise da Política da Terceira Idade em Portugal, de 1976 a 2002*, 2008. [Em linha] [Consult. a 11 de Junho de 2011] disponível em WWW: URL:<http://www.aps.pt/vicongresso/pdfs/412.pdf>

FARIA, L. e MARINHO, C.. *Atividade física, saúde e qualidade de vida na terceira idade*: Revista Portuguesa de Psicossomática, Vol.6, N.º 001, (pp. 93-104), 2004. [Em linha] [Consult. a 01 de Junho 2011] disponível em WWW: URL: <http://www.portalsaudebrasil.com/artigospsb/idoso035.pdf>

FERNANDES, A. A.. Velhice, solidariedades familiares e política social: itinerário de pesquisa em torno do aumento da esperança de vida. *Sociologia*, n.º 36, p.39-52, Set 2001. [Em linha] [Consult. a 03 de Junho de 2011] disponível em WWW: URL: <http://www.scielo.oces.mctes.pt/pdf/spp/n36/n36a02.pdf>

FERNANDES, H. M. G.. *O bem-estar psicológico em adolescentes*: Tese de Doutoramento, 2007. [Em linha] [Consult. a 03 de Junho de 2011] disponível em WWW: URL: http://repositorio.utad.pt/bitstream/10348/63/1/phd_hmgfernandes.pdf

FERRANS, C. E.; ZERWIC, J. J.; WILBUR, J. E. E LARSON, J. L.. Conceptual model of health-related quality of life. *J. Nurs. Scholarsh.*, Vol.37, n.º 4, (pp.336-342), Abril de 2005. [Em linha] [Consult. a 19 de Julho de 2011] disponível em WWW: URL: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16396406>

FERRANS, C.E.; POWERS, M.. Quality of life index: development and psychometric proprieties. *ANS Adv.Nurs.Sci*, Vol.8, n.º1, (pp.15-24), Oct.1985. [Em linha] [Consult. a 19 de Julho de 2011] disponível em WWW: URL: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17474569>

FERRARI, C.. *Adesão ao Tratamento e Qualidade de Vida em indivíduos com epilepsia em tratamento ambulatorio*, 2011. [Em linha] [Consult. 08 de Julho de 2011] disponível em WWW: URL:www.teses.usp.br

FERREIRA, P. L. e SANTANA, P.. *Percepção de estado de saúde e de qualidade de vida da população ativa: contributo para a definição de normas portuguesas*. Vol. 21, n.º 2, 2003. [Em linha] [Consult. a 03 de Junho de 2011] disponível em WWW: URL:<https://estudogeral.sib.uc.pt/bitstream/10316/13656/1/Percep%C3%A7%C3%A3o%20de%20estado%20de%20sa%C3%BAde.pdf>

FLECK, M. P. A., BORGES, Z. N., GUSTAVO, B. e ROCHA, N. S.. Desenvolvimento do módulo para avaliar espiritualidade, religiosidade e crenças pessoais do World Health Organization Quality of Life (WHOQOL-SRPB). *Rev. Saúde Pública*, 37(4), (pp. 446-455), 2003. [Em linha] [Consult. a 01 de Junho 2011] disponível em WWW: URL: <http://www.scielo.br/pdf/rsp/v37n4/16779.pdf>

FLECK, M.. *Versão em Português dos instrumentos de avaliação de QV (WHOQOL)*. Departamento de Psiquiatria e Medicina Legal, Universidade Federal de Rio Grande do Sul, 1999. [Em linha] [Consult. a 03 de Março de 2011] disponível em WWW: URL:<http://www.ufrgs.br/psiq/whoqol.html>

FORTES, T. F. R.; PORTUGUEZ; M. W. e ARGIMON, I. I. L. A resiliência em idosos e sua relação com variáveis sociodemográficas e funções cognitivas. *Estud. psicol. (Campinas)*, Vol.26, n.º4, Campinas (pp.455-463), 2009. [Em linha] [Consult. a 03 de Junho de 2011] disponível em WWW: URL: <http://www.scielo.br/pdf/estpsi/v26n4/06.pdf>

FREIRE, J. R. C. e TAVARES, M. F. L. A saúde sob o olhar do idoso institucionalizado: conhecendo e valorizando sua opinião. *Interface - Comunicação, Saúde, Educação, Botucatu - SP*, Vol.9, n.º16, (pp. 147-158), Set.2004/Fev.2005. [Em linha] [Consult. a 10 de Janeiro de 2011] disponível em WWW: URL: <http://www.scielo.br/pdf/icse/v9n16/v9n16a12.pdf>

FRIES, J. F.. Medical perspectives upon successful aging. In: *BALTES, P. B.; BALTES, M. (Org.). Successful aging: perspectives from the behavioral sciences*. Cambridge: Cambridge University Press, (pp. 35-49), 1990. [Em linha] [Consult. a 19 de Julho de 2011] disponível em WWW: URL: http://books.google.com/books?id=0oEJaiK30wUC&printsec=frontcover&hl=pt-PT&source=gbs_ge_summary_r&cad=0#v=onepage&q&f=false

GONÇALVES, D.; MARTÍN, I.; GUEDES, J.; PINTO, F. C. e FONSECA, A. M.. *Promoção da qualidade de vida dos idosos portugueses através da continuidade de tarefas produtivas: Psicologia, Saúde e Doenças*, Vol.7, n.º1, (pp.137-143), 2006. [Em linha] [Consult. a 01 de Junho 2011] disponível em WWW: URL:<http://www.scielo.oces.mctes.pt/pdf/psd/v7n1/v7n1a12.pdf>

GRUNDY, E. e TOMASSINI, C.. The family support of older people in Europe: contrasts and implications. In: *Reunión de expertos en redes de apoyo social a personas adultas mayores: el rol del Estado, la familia y la comunidad*. Santiago de Chile. p.23, 9 al 12 de Dezembro de 2002. [Em linha] [Consult. a 15 de Julho de

2011] disponível em WWW: URL:
http://www.eclac.org/celade/noticias/paginas/7/11497/EGrundy_CTomassini.pdf

HAAS, B. K.. A multidisciplinary concept analysis of quality of life. *West. J.Nurs.Res.*, Vol.21, n.º6, (pp.728-742), Dezembro de 1999. [Em linha] [Consult. a 19 de Julho de 2011] disponível em WWW: URL:
<http://www.deepdyve.com/lp/sage/a-multidisciplinary-concept-analysis-of-quality-of-life-q0Pqj0RwR1>

HILL, P. C.; PARGAMENT, K. I., WOOD, R. W.; MCCULLOUGH, M. E. E SWYERS, J. P.. Conceptualizing religion and spirituality: points of commonality, points of departure. *Journal of Theory Society of Behaviorism*, 30, (pp.51-77), 2002. [Em linha] [Consult. a 19 de Julho de 2011] disponível em WWW: URL:
http://www.psy.miami.edu/faculty/mmccullough/Papers/conceptualizing_religion_and_spirituality_jtsb.pdf

INSTITUTO NACIONAL DE ESTATÍSTICA - INE, 2001. [Em linha] [Consult. a 10 de Junho de 2011] disponível em WWW: URL:
http://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_indicadores&indOcorrCod=0000611&contexto=pi&selTab=tab0

INSTITUTO NACIONAL DE ESTATÍSTICA - INE - Site oficial, 2011. [Em linha] [Consult. a 19 de Julho de 2011] disponível em WWW: URL:
http://www.ine.pt/xportal/xmain?xlang=pt&xpgid=ine_main&xpid=INE

JOIA, I.; RUIZ, T. e DONALÍSIO, M.. *Condições associadas ao grau de satisfação com a vida entre a população de idosos. Revista Saúde Pública* vol.41 n.º1 São Paulo. Fevereiro, 2007. [Em linha] [Consult. a 01 de Junho de 2011] disponível em WWW:URL: <http://www.scielo.br/pdf/rsp/v41n1/19.pdf>

KARSCH, U. M.. *Idosos dependentes: famílias e cuidadores. Cad. Saúde Pública* [online]. vol.19, n.3, (pp. 861-866), 2003. [Em linha] [Consult. a 14 de Junho de 2011] disponível em WWW: URL:
http://www.scielosp.org/scielo.php?pid=S0102-311X2003000300019&script=sci_abstract&tlng=pt

KEITH, K.. International quality of life: current conceptual, measurement, and implementation issues. *Int. Rev. Res. Mental Retardation*, Vol.24, n.º3, (pp.49-74), Março 2001. [Em linha] [Consult. a 19 de Julho de 2011] disponível em WWW: URL: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0074775001800057>

KOENIG, H.G.; LARSON, D.B.; LARSON, S.S. - Religion and coping with serious medical illness. *Ann Pharmacother*, 35, (pp.352-359), 2001. [Em linha] [Consult. a 19 de Julho de 2011] disponível em WWW: URL: http://cienciaespiritualidade.com/newsite/wp-content/uploads/2009/06/koenig_-coping_with_severe_illness_-_ann_pharmacother.pdf

LARANJEIRA, C. A.. Tradução e validação portuguesa do revised life orientation test (LOT-R). *Universitas Psychologica*, vol.7, n.º 2, 2008. [Em linha] [Consult. a 19 de Julho de 2011] disponível em WWW: URL: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_pdf&pid=S165792672008000200013&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt

LEAL, C. M. S.. *Reavaliar o conceito de qualidade de vida*. Universidade dos Açores. (pp.1-23), 2008. [Em linha] [Consult. a 19 de Julho de 2011] disponível em WWW: URL: <http://www.porto.ucp.pt/lusobrasileiro/actas/Carla%20Leal.pdf>

LEHR, U.. *Psicologia de la Senectude. Proceso y aprendizaje del envejecimiento*. Barcelona: Editorial Herder. 1988. [Em linha] [Consult. a 11 de Julho de 2011] disponível em WWW: URL: <http://www.raco.cat/index.php/EducacionSocial/article/viewFile/179304/242150>

LEITE, B. R.. *Polimedicação no Idoso*. 2010. [Em linha] [Consult. a 14 de Junho de 2011] disponível em WWW: URL: http://www.brleite.com/site/index.php?option=com_content&view=article&id=139&Itemid=160

LIMA, C. M. e VERAS, R.. *Saúde pública e envelhecimento: Cadernos de Saúde Pública*, Vol.19, n.º3, Rio de Janeiro, 2003. [Em linha] [Consult. a 14 de Junho de 2011] disponível em WWW: URL: http://www.scielo.org/scielo.php?pid=S0102-311X2003000300001&script=sci_arttext&tlng=es

LIMA, M. P. e ALBUQUERQUE, I.. *Personalidade e bem-estar subjetivo: uma abordagem com os projetos pessoais*. O Portal dos Psicólogos, 2007. [Em linha] [Consult. a 4 de Fevereiro de 2011] disponível em WWW: URL: <http://www.psicologia.pt/artigos/textos/A0373.pdf>

MARTINS, R. M. L.. *Envelhecimento demográfico*. 2002. [Em linha] [Consult. a 11 de Junho 2011] disponível em WWW: URL:

<http://repositorio.ipv.pt/bitstream/10400.19/626/1/Envelhecimento%20demogr%20c3%a1fico.pdf>

MARTINS, T.; RIBEIRO, J. L. P. e GORRETT, C.. Questionário de Avaliação do cuidador Informal (QASCI) - Reavaliação das Propriedades Psicométricas. *Revista Referência*, n.º11, Março de 2004. [Em linha] [Consult. a 19 de Julho 2011] disponível em WWW: URL: <http://repositorio-aberto.up.pt/handle/10216/5505>

MATSUDO, S.; MATSUDO, V. e NETO, T.. Atividade física e envelhecimento: aspetos epidemiológicos. *Revista Brasileira de Medicina do Exporte*. Vol.7, N.º1, 2001. [Em linha] [Consult. a 14 de Junho de 2011] disponível em WWW: URL: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1517-86922001000100002&script=sci_arttext

MAURITTI, R.. *Padrões de vida na Velhice*. *Análise Social*, Vol. XXXIX (171), (pp. 339-363), 2004. [Em linha] [Consult. a 01 de Junho de 2011] disponível em WWW: URL: <http://www.scielo.oces.mctes.pt/pdf/aso/n171/n171a04.pdf>

MENDES, A.. *S. Mamede de Infesta*. Edição: Historial Editores. Junta de Freguesia de S. Mamede de Infesta. (S/D). [Em linha] [Consult. a 10 de Junho de 2011] <http://www.jf-sminfesta.com/site/pdf/monografia.pdf>

MENÉDEZ, M. A.. Religiosidade e valores em Portugal: comparação com a Espanha e a Europa católica. *Análise Social*, XLII (184), (pp. 757-787), 2007. [Em linha] [Consult. a 19 de Julho de 2011] disponível em WWW: URL: <http://www.scielo.oces.mctes.pt/pdf/aso/n184/n184a04.pdf>

MORAES, N. e WITTER, G.. Velhice: qualidade de vida intrínseca e extrínseca. *Boletim de psicologia*, Vol. LVII, N° 127, (pp. 215-238), 2007. [Em linha] [Consult. a 11 de Junho de 2011] disponível em WWW:URL:<http://pepsic.bvsalud.org/pdf/bolpsi/v57n127/v57n127a08.pdf>

MOTA, J.; RIBEIRO, J. L.; CARVALHO, J. e MATOS, M. G.. Atividade física e qualidade de vida associada à saúde em idosos participantes e não participantes em programas regulares de atividade física. *Rev. Bras. Educ. Fís. Esp.* Vol.20, n.º 3, São Paulo, 2006. [Em linha] [Consult. a 14 de Junho de 2011] disponível em WWW: URL: <http://www.revistasusp.sibi.usp.br/pdf/rbefe/v20n3/v20n3a7.pdf>

MOTA, M.; FIGEIREDO, P. e DURTE, J.. *Teoria biológica do envelhecimento*: *Revista Portuguesa de Ciências do Desporto*, Vol. 4, n.º 1, (pp. 81-110), 2004. [Em linha] [Consult. a 01 de Junho 2011] disponível em WWW: URL:

<http://ftpacademico.fatern.edu.br/ftp/enfermagem/gysellacarvalho/Saude%20do%20idoso/Teorias%20biol%F3gicas%20do%20envelhecimento.pdf>

MOTTA, A. B.. Relações de Família dos mais idosos. 2000. [Em linha] [Consult. a 19 de Julho de 2011] disponível em WWW: URL: bibliotecavirtual.clacso.org.ar/ar/libros/anpocs00/gt05/00gt0533.doc

MULLER, P. S.; PLEVAK, D. J. e RUMMANS, T. A.. Religious involvement, spirituality, and medicine: implications for clinical practice. *Mayo Clin Proc*, N.º76, (pp. 1225-1235), 2001. [Em linha] [Consult. a 19 de Julho de 2011] disponível em WWW: URL: <http://www.mayoclinicproceedings.com/content/76/12/1225.full.pdf>

MYERS, D. e DIENER, E.. Who is Happy? *Psychological Science*, Vol.6, n.º1, (pp. 10-19), 1995. [Em linha] [Consult. a 19 de Julho de 2011] disponível em WWW: URL: <http://www.davidmyers.org/davidmyers/assets/Who.is.Happy.pdf>

NAKATANI, A. Y. K.; SOUTO, C. C. S.; PAULETTE, L. M.; MELO, T. S.; SOUZA, M. M. Perfil dos cuidadores informais de idosos com déficit de autocuidado atendidos pelo Programa de Saúde da Família. *Revista Eletrônica de Enfermagem*, Vol.5, n.º1, (pp.15 - 20), 2003. [Em linha] [Consult. a 14 de Junho de 2011] disponível em WWW: URL: <http://www.revistas.ufg.br/index.php/fen/article/viewArticle/773>

NERI, A. L. e TEIXEIRA I. N. D. O.. Envelhecimento bem-sucedido: uma meta no curso da vida. *Psicol. USP, São Paulo*, vol.19, n.º1, 2008. [Em linha] [Consult. a 14 de Junho de 2011] disponível em WWW: URL: <http://www.revistasusp.sibi.usp.br/pdf/psicousp/v19n1/v19n1a10.pdf>

NETO, F. e BARROS, J.. *Solidão em diferentes níveis etários*. Porto Alegre, vol.3, (pp.71-88), 1999. [Em linha] [Consult. a 14 de Junho de 2011] disponível em WWW: URL: <http://www.iscet.pt/sites/default/files/obsolidao/Artigos/Solid%C3%A3o%20em%20diferentes%20n%C3%ADveis%20et%C3%A1rios.pdf>

OLESON, M.. Subjectively perceived quality of life. *Image J. Nurs. Sch.*, Vol.22, n.º3, (pp.187-190), Março de 1990. [Em linha] [Consult. a 19 de Julho de 2011] disponível em WWW: URL: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1547-5069.1990.tb00205.x/abstract>

OLIVEIRA, S. K.; JUNIOR, F. J. L.; DELLAROZA, M. S. G.; YAMADA, K. N.; TRELHA, C. S. e CABRERA, M. A. S.. Perfil dos cuidadores de idosos atendidos pelo

projeto de Assistência Interdisciplinar a idosos em nível primário -PAINP - LONDRINA. PR. Revista *Ciência, Cuidado e Saúde Maringá*, Vol. 5, n.º 2, (pp.184-192), Maio/Ago. 2006. [Em linha] [Consult. a 15 de Julho de 2011] disponível em WWW: URL: <http://periodicos.uem.br/ojs/index.php/CiencCuidSaude/article/viewFile/5074/3293>

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (2002). *Plano Internacional de Ação sobre o Envelhecimento*. Madrid: *Assemblea Mundial sobre el Envejecimiento 2*. [Em linha] [Consult. a 19 de Julho de 2011] disponível em WWW: URL: http://www.observatorionacionaldoidoso.fiocruz.br/biblioteca/_manual/5.pdf

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS. (2003). *Plano Internacional para o Envelhecimento*. [Em linha] [Consult. a 15 de Julho de 2011] disponível em WWW: URL: <http://portal.mj.gov.br/sedh/ct/cndi/idoso1.pdf>

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. (2004). *Manual básico de assistência à saúde do idoso na Casa Gerontológica de Aeronáutica Brigadeiro Eduardo Gomes*. [Em linha] [Consult. a 19 de Julho de 2011] disponível em WWW: URL: <http://www.cgabeg.aer.mil.br/atualizacaoTecnico.html>

ORGANIZAÇÃO VIDA E QUALIDADE. *Vida de Qualidade: QV e Bem-estar*. (S/D). [Em linha] [Consult. a 03 de Outubro de 2010] disponível em WWW: URL: <http://vidadequalidade.org/conceito-de-qualidade-de-vida>

PANZINI, R. e BANDEIRA, D.. Coping (enfrentamento) religioso/espiritual. *Rev. Psiq. Clín.* 34, supl 1, (pp.126-135), 2007. [Em linha] [Consult. a 11 de Junho de 2011] disponível em WWW: URL: <http://www.scielo.br/pdf/rpc/v34s1/a16v34s1.pdf>

PASCHOAL, S. M. C.. Qualidade de Vida do Idoso: Elaboração de um instrumento que privilegia sua opinião. In: *Dissertação de Mestrado apresentada à Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo*. (2000). [Em linha] [Consult. a 19 de Julho de 2011] disponível em WWW: URL: <http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/5/5137/tde-09112001-162639/pt-br.php>

PAÚL, C.. *Envelhecimento ativo e redes de suporte social*. (S/D) [Em linha] [Consult. a 01 de Junho 2011] disponível em WWW: URL: <http://ler.letras.up.pt/uploads/ficheiros/3732.pdf>

PAVOT, W. e DIENNER, E.. *Review of satisfaction with life scale. Psychological Assessment*. Vol.5, n.º2, (pp.164-172), 1993. [Em linha] [Consult. a 19 de Julho de 2011] disponível em WWW: URL: http://www.logisens.com/resourceFiles/Satisfaction_with_Life_Scale_review11.pdf

PEDRAZZI, E. C.; MOTTA. T. T. D.; VENDRÚSCOLO, T. R. P.; FABRÍCIO-WEHBE, S. C. C.; CRUZ, I. R. e RODRIGUES, R. A. P.. *Arranjo domiciliar dos idosos mais velhos: Rev. Latino-Am. Enfermagem*. (2010) [Em linha] [Consult. a 01 de Junho de 2011] disponível em WWW: URL: http://www.scielo.br/pdf/rlae/v18n1/pt_04.pdf

PEREIRA, R. J.. *Análise da QV de idosos*. Município - Minas Gerais, 2005. [Em linha] [Consult. 08 de Julho de 2011] disponível em WWW: URL: www.cipedya.com/web/FileDownload.aspx?IDFile=161459

PILGER, J. W.. *Perfil do Idoso atendido por um Programa de Saúde da Família em Veranópolis - RS: Tese de mestrado*, 2006. [Em linha] [Consult. a 01 de Julho 2011] disponível em WWW: URL: http://tede.pucrs.br/tde_arquivos/14/TDE-2006-12-29T082852Z-245/Publico/385300.pdf

PINTO, C. e PAIS-RIBEIRO, J. L.. *Avaliação da espiritualidade dos sobreviventes de cancro: implicações na qualidade de vida*. Vol. 28, N.º 1, 2010. [Em linha] [Consult. a 14 de Junho de 2011] disponível em WWW: URL: <http://www.scielo.oces.mctes.pt/pdf/rpsp/v28n1/v28n1a06.pdf>

PINTO, C. e PAIS-RIBEIRO, J. L.. *Construção de uma Escala de Avaliação da Espiritualidade em Contextos de Saúde*. *ArquiMed: Arquivos de Medicina*, vol.21, n.º2, (pp.47-53), 2007. [Em linha] [Consult. a 03 de Junho de 2011] disponível em WWW: URL:<http://www.scielo.oces.mctes.pt/pdf/am/v21n2/v21n2a02.pdf>

PORTELA, C. e MARTINS, V.. *Polimedicação no Idoso*, 2009. [Em linha] [Consult. a 14 de Junho de 2011] disponível em WWW: URL:<http://www.hospitaldofuturo.org/profiles/blogs/polimedicao-no-idoso>

PRULL, M., GABRIELI, J. e BUNGE, S.. Age-related changes in Memory: A cognitive neuroscience perspective. In: F. I. M. Craik e T. A. Salthouse (Eds). *The Handbook of Aging and Cognition*. Lawrence Erlbaum Associates (2.ª Ed.), (pp. 91-154), 2000. [Em linha] [Consult. a 15 de Julho de 2011] disponível em WWW: URL: http://books.google.pt/books?id=lQv7-xPm_jsC&pg=PA343&lpg=PA343&dq=Age-

related+changes+in+Memory:+A+cognitive+neuroscience+perspective.+In+F.+I.+M.
+Craik+%26+T.+A.+Salthouse+(Eds).+The+Handbook+of+Aging+and+Cognition&source=bl&ots=dITClq7J1u&sig=mQKi0OFZScK3nh9xxB73sGxlDTk&hl=pt-
BR&ei=uElpTqeQFcaWhQf8qfnjCw&sa=X&oi=book_result&ct=result&resnum=1&ved=0CBcQ6AEwAA#v=onepage&q=Age-
related%20changes%20in%20Memory%3A%20A%20cognitive%20neuroscience%20perspective.%20In%20F.%20I.%20M.%20Craik%20%26%20T.%20A.%20Salthouse%20(Eds).%20The%20Handbook%20of%20Aging%20and%20Cognition&f=false

PUIJALON, B. e TRINCAZ, J.. Le Droit de vieillir. *Paris, Fayard*, 2000. [Em linha] [Consult. a 15 de Julho de 2011] disponível em WWW: URL: <http://lhomme.revues.org/index19472.html>

REICHERT, J.; ARAÚJO, A. J. C.; GONÇALVES, M. C.; GODOY, I.; CHATKIN, J. M.; SALES, M. P. U. e SANTOS, S. R. R. A.. Diretrizes para cessação do tabagismo - 2008. *J Bras Pneumol.*; Vol.34 (10), (pp.845-880), 2008. [Em linha] [Consult. a 14 de Junho de 2011] disponível em WWW: URL: <http://www.scielo.br/pdf/jbpneu/v34n10/v34n10a14.pdf>

ROBINSON, J. P.; WRIGHTSMAN, L. S. e ANDREWS, F. M.. Measures of personality and social psychological attitudes. *In: Measures of personality and social psychological attitudes*. Vol.1, (pp.61-114), 1991. [Em linha] [Consult. a 19 de Julho de 2011] disponível em WWW: URL: http://books.google.com/books?id=tq8j8jNg7moC&pg=PA61&hl=pt-PT&source=gbs_toc_r&cad=4#v=onepage&q&f=false

RODRIGUES, F. M. S.. *Religiosidade intrínseca e extrínseca: implicações no bem-estar psicológico de adultos seniores*. In: Mestrado Integrado em Psicologia, 2010. [Em linha] [Consult. a 14 de Junho de 2011] disponível em WWW: URL: http://repositorio.ul.pt/bitstream/10451/2507/1/ulfp035804_tm.pdf

ROSA, T. E. C.; BENÍCIO, M. H. D.; LATORRE, M. R. D. O. e RAMOS, L. R.. Fatores determinantes da capacidade funcional entre idosos. *Rev. Saúde Pública*, v.37, n.1, (pp.40-48), 2003. [Em linha] [Consult. a 19 de Julho de 2011] disponível em WWW: URL: <http://www.scielosp.org/pdf/rsp/v37n1/13543.pdf>

RYAN, R. M. e DECI, E. L.. On happiness and human potentials: A Review of Research on Hedonic and Eudaimonic Well-Being. *Annu. Rev. Psychol.*, 52, (pp.141-166), 2001. [Em linha] [Consult. a 19 de Julho de 2011] disponível em WWW: URL:

<http://www.uic.edu/classes/psych/Health/Readings/Ryan,%20Happiness%20-%20well%20being,%20AnnRevPsy,%202001.pdf>

RYFF, C. D. e KEYS, C. L.. *The structure of psychological well-being revisited. Journal of personality and social Psychology*, 69(4), (pp.719-727), 1995. [Em linha] [Consult. a 19 de Julho de 2011] disponível em WWW: URL: <http://midus.wisc.edu/findings/pdfs/830.pdf>

SANTOS, A. F. A.. Qualidade de Vida e Solidão na Terceira Idade. *In: Monografia Apresentada à Universidade de Fernando Pessoa - grau de licenciada em Psicologia (Ramo Clínico)*, 2008. [Em linha] [Consult. a 19 de Julho de 2011] disponível em WWW: URL: <https://bdigital.ufp.pt/dspace/bitstream/10284/1179/3/Monografia.pdf>

SANTOS, A. S.; KARSCH, U. M. e MONTAÑÉS, C. M.. A rede de serviços de atenção à saúde do idoso na cidade de Barcelona (Espanha) e na cidade de São Paulo (Brasil). *Serv. Soc. Soc., São Paulo*, n. 102, (pp.365-386), abr./jun. 2010. [Em linha] [Consult. a 14 de Junho de 2011] disponível em WWW: URL: <http://www.scielo.br/pdf/ssoc/n102/a10n102.pdf>

SANTOS, C. S. V. B.. Saúde e Qualidade de Vida de pessoas portadoras de ostomia de eliminação. *In: Tese de Mestrado em Psicologia pela Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação da Universidade do Porto*. 1999. [Em linha] [Consult. a 19 de Julho 2011] disponível em WWW: URL: <http://repositorio-aberto.up.pt/handle/10216/51288>

SANTOS, S. R.; SANTOS, I. B. C; FERNANDES, M. G. M. e HENRIQUES, M. E. R. M. Qualidade de vida do idoso na comunidade: aplicação da Escala de Flanagan. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, Vol.10, n.º6, Ribeirão Preto, 2002. [Em linha] [Consult. a 19 de Julho de 2011] disponível em WWW: URL: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_pdf&pid=S010411692002000600002&lng=en&nrm=iso&tlng=pt

SCALOCK, R. L.. Three decades of quality of life. *Focus Autism Other Develop. Disabil. Vol.15, n.º2*, (pp. 116-127), Fevereiro de 2000. [Em linha] [Consult. a 19 de Julho de 2011] disponível em WWW: URL: <http://foa.sagepub.com/content/15/2/116.abstract>

SELIGMAN, M. E.; CSIKSZENTMIHALYI, M.. Positive psychology: an introduction. *Am Psychol*, 55(1), (pp. 5-14), 2000. [Em linha] [Consult. a 19 de

Julho de 2011] disponível em WWW: URL:
<http://www.ppc.sas.upenn.edu/apintro.htm>

SEQUEIRA, A. e SILVA, M. N.. O bem estar da pessoa idosa em meio rural. *Análise Psicológica*, 3 (XX), (pp.505-516), 2002. [Em linha] [Consult. a 19 de Julho de 2011] disponível em WWW: URL:
<http://www.scielo.oces.mctes.pt/pdf/aps/v20n3/v20n3a23.pdf>

SILVA, A.. Alcoolismo em Idosos. *Revista científica eletrónica de psicologia - Ano VI - Número 10 - Periódico Semestral - Maio de 2008*. [Em linha] [Consult. a 14 de Junho de 2011] disponível em WWW: URL:
<http://www.revista.inf.br/psicologia10/pages/resenhas/edic10anoVImaio2008-rev01.pdf>

SILVA, I. N. T.; LINDOLPHO, M. C.; DUTRA, P. A. P. e SÁ, S. P. C.. O enfermeiro e o paciente idoso em terapêutica plurimedicamentosa. *Revista da UFG*, Vol. 5, N.º 2, 2003. [Em linha] [Consult. a 14 de Junho de 2011] disponível em WWW: URL: http://www.proec.ufg.br/revista_ufg/idoso/enfermeiro.html

SILVA, J. S. V.. *Funcionalidade e bem-estar psicológico em idosos residentes na comunidade: um estudo exploratório*. In *Mestrado Integrado em Psicologia*, 2010. [Em linha] [Consult. a 15 de Julho de 2011] disponível em WWW: URL: http://repositorio.ul.pt/bitstream/10451/2827/1/ulfp037541_tm.pdf

SILVA, M. E. V.. *Racionalidades leigas sobre envelhecimento e velhice - um estudo no Norte de Portugal*. In: *Tese de Doutoramento*, 2006. [Em linha] [Consult. a 11 de Junho de 2011] disponível em WWW: URL: <http://repositorioaberto.univ-ab.pt/bitstream/10400.2/788/1/LC173.pdf>

SILVA, P.; LUÍS, S. e BISCAIA, L.. Polimedicação: um estudo de prevalência nos Centros de Saúde do Lumiar e de Queluz. *Rev Port Clin Geral*, 20, (pp. 323-336), 2004. [Em linha] [Consult. a 14 de Junho de 2011] disponível em WWW: URL: <http://www.apmcg.pt/files/54/documentos/20080303142138468221.pdf>

SILVA, S. G. M. R. N.. *Qualidade de Vida e Bem-Estar Psicológico em Idosos*. In: *Dissertação de Mestrado*, 2009. [Em linha] [Consult. 08 de Julho de 2011] disponível em WWW: URL: <https://bdigital.ufp.pt/dspace/bitstream/10284/1092/3/sarasilva.pdf>

SIQUEIRA, M. M. M. e PADOVAM, V. A. R.. Bases teóricas de bem-estar subjetivo, bem-estar psicológico e bem-estar no trabalho. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, vol.24, n.º2, Brasília, 2008. [Em linha] [Consult. 08 de Julho de 2011]

disponível em WWW:
URL:http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_pdf&pid=S0102-37722008000200010&lng=en&nrm=iso&tlng=pt

SOARES, A.. *Qualidade de vida, depressão e ansiedade em indivíduos que procuram tratamento para a obesidade. In: Tese de mestrado, 2009. [Em linha] [Consult. a 03 de Junho de 2011] disponível em WWW: URL:https://bdigital.ufp.pt/dspace/bitstream/10284/1569/3/dm_anoares.pdf*

SOUSA, L.; GALANTE, H. e FIGUEIREDO, D.. Qualidade de vida e bem-estar dos idosos: um estudo exploratório na população portuguesa. *Rev Saúde Pública*, 37(3), (pp. 364-371), 2003. [Em linha] [Consult. a 03 de Junho de 2011] disponível em WWW: URL: <http://www.scielo.br/pdf/rsp/v37n3/15866.pdf>

STEINHAGEN-THIESSEN, E. e BORCHELT, M.. Morbidity, Medication and Functional Limitations in Very Old Age. *In: P. B. Baltes, K. U. Mayer e J. Delius. The Berlin Aging Study: Aging from 70 to 100. Cambridge University Press*, (pp. 131-166), 2001. [Em linha] [Consult. a 19 de Julho de 2011] disponível em WWW: URL: <http://ebooks.cambridge.org/chapter.jsf?bid=CBO9780511586545&cid=CBO9780511586545A015>

TAKAHASHI, S.. Benefícios da atividade física na melhor idade. *Revista Digital - Buenos Aires*. N° 74, 2004. [Em linha] [Consult. a 14 de Junho de 2011] disponível em WWW: URL: <http://www.efdeportes.com/efd74/idade.htm>

TEIXEIRA, M. B.. *Empoderamento de idosos em grupos direcionados à promoção da Saúde. In: Dissertação de Mestrado - Escola Nacional de Saúde Pública, FIOCRUZ, Rio de Janeiro, 2000. [Em linha] [Consult. a 19 de Julho de 2011] disponível em WWW: URL:<http://portaldeses.icict.fiocruz.br/pdf/FIOCRUZ/2002/teixeirambm/pdf/capa.pdf>*

TERRA, N. e DORNELLES, B.. *Envelhecimento bem sucedido. 2.ªed. Porto Alegre, 2003. [Em linha] [Consult. a 11 de Junho de 2011] disponível em WWW: URL: <http://www.google.com/books?hl=ptBR&lr=&id=uwwOfxDxv9UC&oi=fnd&pg=PA131&dq=envelhecimento+espiritualidade+bem+estar+qualidade+de+vida&ots=Z8e35aixzd&sig=Lw709V9AxploD4kJ8BbR6ltkXA#v=onepage&q=envelhecimento%20espiritualidade%20bem%20estar%20qualidade%20de%20vida&f=false>*

UNITED NATIONS. *Living arrangements of older persons around the world*. New York, 2005. [Em linha] [Consult. a 01 de Junho 2011] disponível em WWW: URL:

<http://www.un.org/esa/population/publications/livingarrangement/report.htm>

VALENTINI, M. T. P. e RIBAS, K. M. F.. Terceira idade: tempo para semear, cultivar e colher. *ANALECTA Guarapuava, Paraná*. Vol. 4, n.º 1 (pp.133-145), Jan/Jun. 2003. [Em linha] [Consult. a 19 de Julho de 2011] disponível em WWW: URL:

<http://www.unicentro.br/editora/revistas/analecta/v4n1/artigo%2012%20terceira%20idade.pdf>

VAZ, C. R. O. T.. *Satisfação dos doentes idosos face aos cuidados de enfermagem nos Serviço de Urgência*. Lisboa: Universidade Aberta. Mestrado de Comunicação em Saúde. Junho 2008. [Em linha] [Consult. a 11 de Junho de 2011] disponível em WWW: URL: <http://repositorioaberto.univ-ab.pt/bitstream/10400.2/702/1/LC447.pdf>

VAZ, M. E.; SILVA, L. F.; ALVES, F.; VIEIRA, C.; SILVA, T.; SOUSA, F.; BERG, A., BRAGA, C.; GUERRA, M. J. e HOVEN, R. V. D.. *Estudo sobre o envelhecimento em Portugal: Resultados preliminares: Atas dos ateliers do V Congresso Português de Sociologia Sociedades Contemporâneas: Reflexividade e Ação Atelier: Modernidade, Incerteza e Risco*. (pp. 32- 38), 2004. [Em linha] [Consult. a 11 de Junho de 2011] disponível em WWW: URL: http://www.aps.pt/cms/docs_prv/docs/DPR4628ec1611194_1.pdf

VECCHIA, R. D.; RUIZ, T.; BOCCHI, S.C.M. e CORRENTE, J.E.. Qualidade de vida na terceira idade: um conceito subjetivo. *Revista Brasileira de Epidemiologia*, Vol.8, n.º3, (pp. 246-252), 2005. [Em linha] [Consult. a 19 de Julho de 2011] disponível em WWW: URL: <http://www.scielosp.org/pdf/rbepid/v8n3/06.pdf>

VILA, V. S. C.. *O significado de qualidade de vida: perspectiva de indivíduos revascularizados e de seus familiares*. Tese de Doutoramento em Enfermagem da Escola Superior de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, 2006. [Em linha] [Consult. a 01 de Junho 2011] disponível em WWW: URL: teses.usp.br

ZAGONEL, I.P.S.. O cuidado humano transacional na trajetória de enfermagem. *Rev.latino-am-enfermagem*, Ribeirão Preto, v.7,n.3, p.25-32, Julho

1999. [Em linha] [Consult. a 19 de Julho de 2011] disponível em WWW: URL: <http://www.scielo.br/pdf/V7n3/13473.pdf>

8.3. Legislação

PORTUGAL, MINISTÉRIO DA SAÚDE. Programa Nacional para a Saúde das Pessoas Idosas. Lisboa: Ministério da Saúde - Despacho Ministerial de 8 de Junho de 2004.

PORTUGAL, MINISTÉRIO DA SAÚDE. Decreto-Lei n.º 74 de 16 de Abril de 2009 - Despacho n.º 10143/2009 - *Agrupamento dos Centros de Saúde*. [Em linha] [Consult. a 20 de Janeiro 2011] disponível em WWW: URL: http://www.mcsp.min-saude.pt/lmg/content/page_95/DespUCC_de16Abril2009.pdf

PORTUGAL, MINISTÉRIO DA SAÚDE. Decreto-Lei n.º 38 de 22 de Fevereiro de 2008. [Em linha] [Consult. a 20 de Janeiro 2011] disponível em WWW: URL: <http://www.arscentro.min-saude.pt/ACES/Documents/dec.%20lei%2028-2008.pdf>

PORTUGAL. Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Mental. Diário da República, 2.ª série – N.º 35 – 18 de Fevereiro de 2011. Regulamento n.º 129/2011, (pp. 8669-8673), 2011. [Em linha] [Consult. a 20 de Janeiro 2011] disponível em WWW: URL: http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/Documents/LegislacaoOE/RegulamentoCompetenciasSaudeMental_aprovadoAG20Nov2010.pdf

ANEXOS

ANEXO I

- Escala de Mini-Mental State Examination -

ESCALA DE MINI-MENTAL STATE EXAMINATION (adaptada)

○ Não aplicável

1.1. Orientação (1 ponto por cada resposta correta)

- 1.1.1. Em que ano estamos? _____
- 1.1.2. Em que mês estamos? _____
- 1.1.3. Em que dia do mês estamos? _____
- 1.1.4. Em que estação do ano estamos? _____
- 1.1.5. Em que dia da semana estamos? _____
- 1.1.6. Em que país estamos? _____
- 1.1.7. Em que distrito vive? _____
- 1.1.8. Em que terra vive? _____
- 1.1.9. Em que casa estamos? _____
- 1.1.10. Em que andar estamos? _____

Nota: _____

1.2. Retenção (repetir as 3 palavras -1 ponto por cada resposta correta)

Pêra _____ Gato _____ Bola _____

Nota: _____

1.3. Atenção e cálculo “Ao número 30 subtrair 3 sucessivamente. Mandar parar ao fim de 5 respostas. (1 ponto por cada resposta correta)

30 _____ 27 _____ 24 _____ 21 _____ 18 _____ 15 _____

Nota: _____

1.4. Evocação (Repetir as palavras do ponto 11.2 - 1 ponto por cada resposta correta)

Pêra _____ Gato _____ Bola _____

Nota: _____

1.5 Linguagem (1 ponto por cada resposta correta)

a) Mostrar o relógio de pulso

”Como se chama isto?”

Nota: _____

b) Mostrar o lápis

”Como se chama isto?”

Nota: _____

c) Repetir a frase: ”O rato rói a rolha”

Nota: _____

d) Pegar no papel com a mão direita, dobrar a meio e colocar na mesa

(1 ponto por cada etapa bem executada)

Pega no papel com a mão direita _____

Dobra o papel ao meio _____

Nota: _____

Colocar o papel na mesa _____

c) **Leia e cumpra o que diz neste cartão (se for analfabeto, deverá ler-se a frase)**

(Mostrar cartão com a frase: “Feche os olhos” - pontuada com 1 ponto)

Nota: _____

d) **Escrever uma frase com sujeito, verbo e com sentido.**

(Erros gramaticais ou ortográficos não contam - pontuada com 1 ponto)

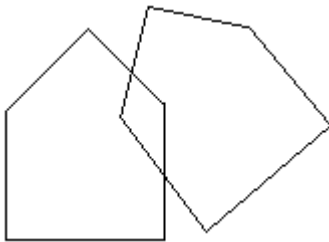
Nota: _____

Copiar o desenho seguinte:

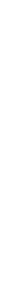
Habilidade Construtiva

(Tremor e erros de rotação não são valorizados - pontuada com 1 ponto)

Desenho



Cópia



TOTAL: _____

TOTAL (Máximo 30 pontos): _____

Considera-se com defeito cognitivo:

- analfabetos ≤ 15 pontos
- 1 a 11 anos de escolaridade ≤ 22
- com escolaridade superior a 11 anos ≤ 27

ANEXO II

- Profissão dos participantes e correspondência com a Classificação Nacional de Profissões

Tabela A:

Profissões mencionadas pelos sujeitos da amostra antes de serem reformados

	Frequency	Valid Percent
Valid		
Agricultor, jardineiro, trolha	1	2,0
Agricultora e empregada doméstica	1	2,0
Costureira	2	4,0
Cozinheira	1	2,0
Empregada de balcão	1	2,0
Empregada de limpeza	4	8,0
Empregada doméstica	5	10,0
Empregada doméstica, padeira	1	2,0
Empregada Escritório	1	2,0
Empregada num hospital	1	2,0
Escriturária	1	2,0
Feirante	1	2,0
Indústria do vidro	1	2,0
Jardineiro	1	2,0
Metalúrgica	2	4,0
Metalurgico	3	6,0
Modista, Empregada de escritório	1	2,0
Nunca trabalhou	1	2,0
Operária fabril	9	18,0
Operário fabril, agricultor e emp escritório	1	2,0
Padeiro	1	2,0
Pescador	1	2,0
Prensadeira	1	2,0
Revistadeira	1	2,0
Tecedeira	5	10,0
Tecedeira e bobinadeira	1	2,0
Trabalhou em empresa de transportes	1	2,0
Total	50	100,0

Tabela B:

Profissão dos sujeitos da amostra antes de serem reformados com correspondência para a Classificação Nacional de Profissões (CNP)

	Profissão correspondente na CNP	Frequency	Valid Percent
Valid	Agricultor, jardineiro, trolha	1	2,0
	Agricultora e empregada doméstica	1	2,0
	Costureira	2	4,0
	Cozinheira	1	2,0
	Empregada de balcão	1	2,0
	Empregada de limpeza	4	8,0
	Empregada doméstica	5	10,0
	Empregada doméstica, padeira	1	2,0
	Empregada Escritório	1	2,0
	Empregada num hospital	1	2,0
	Escriturária	1	2,0
	Feirante	1	2,0
	Indústria do vidro	1	2,0
	Jardineiro	1	2,0
	Metalúrgica	2	4,0
	Metalurgico	3	6,0
	Modista, Empregada de escritório	1	2,0
	Nunca trabalhou	1	2,0
	Operária fabril	9	18,0
	Operário fabril, agricultor e emp escritório	1	2,0
	Padeiro	1	2,0
	Pescador	1	2,0
	Prensadeira	1	2,0
	Revistadeira	1	2,0
	Tecedeira	5	10,0
	Tecedeira e bobinadeira	1	2,0
	Trabalhou em empresa de transportes	1	2,0
	Total	50	100,0

ANEXO III
- Medicamentos por grupo farmacológico -

Tabela A:

Terapêutica Habitual dos idosos agrupado pelo grupo a que pertence

GRUPO (N)	FÁRMACO
<u>Anti-inflamatórios (N=9)</u>	Airtal 1
	Elmetacin 1
	Exxiv 2
	Maxilase 1
	Naprosyn 1
	Nimed (Nimesulide) 1
	Voltaren retard 1
	Zemalex 1
	<u>Anti-agregante plaquetário (N=8)</u>
Ácido alendrónico 2	
Cálcio 1	
<u>Tratamento Osteoporose (N=6)</u>	Calcitab D 1
	Carbonato de Cálcio 1
	Evista 1
<u>Anti-hipertensores (N=50)</u>	Adalat 3
	Amlodipina 5
	Carvedilol 5
	Co-aprovel 2
	Co-diovan 1
	Concor 2
	Enalapril / Lercanidipina 5
	Fludex 1
	Hygroton 1
	Indapamida 3
	Isoptin 1
	Lisinopril / Hidroclorotiazida 8
	Losartan (Lortan) 3
	Nebivolol 2
	Norvasc 1
	Pritor 1
	Ramipril 1
	Valsartan 1
	Zanacor 1
	Zofenil 1

	Zolnor 1
	Não Especifica Nome Anti-hipertensor 1
<u>Analgésicos e antipiréticos (N=13)</u>	Adalgur (paracetamol + tiocolquicosido) 2
	Dafalgan (Paracetamol) 5
	Zaldiar (Paracetamol + tramadol) 1
	Paracetamol 5
<u>Ansiolíticos, sedativos e hipnóticos (N=26)</u>	Alprazolam (Xanax) 5
	Atarax (Hidroxizina) 2
	Estazolam 1
	Triazolam (Halcion) 1
	Lexotan 3
	Loprazolam 1
	Lorazepam (Lorenin) 6
	Mexazolam 1
	Olcadil (Clonazepam) 1
	Stilnox (Zolpidem) 3
	Tranxene 1
	Valdispert 1
Antiarrítmico (N=4)	Amiodarona 2
	Digoxina (Lanoxin) 2
Anti-anginosos (N=7)	Amlodipina 5
	Imdur (Mononitrato de Isossorbido) 1
	Isoptin 1
Tratamento de Hiperplasia Benigna da Próstata (N=1)	Avodart 1
Antieméticos e/ou anti-vertiginosos (N=6)	Beta-histina 2
	Betaserc 2
	Domperidona 2
Tratamento da Insuficiência venosa (N=8)	Capilarema 1
	Cyclo 3 - 3
	Daflon 1
	Ginko Biloba 1
	Venex 2
Anti-depressivos (N=6)	Cipralex (Escitalopram) 1
	Dumyrox 1
	Sertralina 4

Antitrombóticos (N=1)	Clopidogrel 1
Antidislipídemicos (N=14)	Crestor 2
	Fenofibrato 2
	Fenofibrato Supralip 1
	Fluvastatina ciclum 1
	Rosuvastatina 1
	Sinvastatina 6
Antidiabéticos orais (N=7)	Zarator 1
	Diamicron 1
	Icandra 1
	Metformina 3
	Semi-daonil 1
Antiasmáticos (N=4)	Stagid 1
	Filotempo 1
	Miflonide 1
	Symbicort 1
Antibacterianos (N=2)	Formoterol 1
	Fosfomicina 1
Diuréticos (N=7)	Furadantina 1
	Furosemida (Lasix) 7
Anticolvulsivante (N=1)	Gabapentina 1
Tratamento de déficit de memória / atenção / alterações cognitivas (N=3)	Gincoben 1
	Ultra-vinca 2
Tratamento de sintomatologia gástrica / Protectores gástricos (N=22)	Kompensan 1
	Lansoprazol 1
	Omeprazol 15
	Pantoprazol 4
	Ranitidina 1
Glucocorticóide (atividade imunossupressora e anti-inflamatória) (N=1)	Lepicortinolo (Prednisolona) 1
Tratamento do hipotireoidismo (N=1)	Levotiroxina (Letter) 1
Tratamento de diabetes mellitus (N=1)	Levemir 1
Suplemento alimentar (N=2)	Optimus 1
	Viterum 1
Antiespasmódico (tratamento de bexiga neurogénica) (N=1)	Oxibutinina 1

Usados na Demência de Alzheimer (N=1)	Reminyl 1
Anti-histamínicos (N=1)	Rinialer (Rupatadina) 1
Vasodilatadores (N=16)	Sermion 3
	Trental 1
	Trimetazidina 5
	Vastarel 5
	Vastarel LM 1
	Vimocetina 1
Anticoagulantes (N=2)	Sintrom (Acenocumarol) 1
	Varfine (Varfarina) 1
Broncodilatador (N=2)	Spiriva 2
Relaxante muscular (N=2)	Tiocolquicosido 2
Anti-hiperuricémico (N=1)	Zyloric 1

Legenda: N= Número total de fármacos mencionados no grupo

Nota: Terapêutica âmbito saúde mental e Psiquiatria está assinalada a cinzento

Terapêutica com maior frequência sublinhada

Tabela B:**Terapêutica habitual dos idosos - Output Statistical Package for the Social Sciences (SPSS)**

	Frequency	Valid Percent
Valid	3	6,0
Adalat, Sinvastatina, Elmetacin, Lorenin, Exxiv, Vastarel LM, Calcitab D	1	2,0
Adalgur, Hygroton, Ultra-vinca, Loprazolam, Ramipril, Cyclo 3, Zofenil	1	2,0
Amlodipina, Indapamida, Cipralex, Nebivolol	1	2,0
Amlodipina, Imdur, Nebivolol, Fosfomicina, Sermion, Trimetazidina,	1	2,0
Amlodipina, Indapamida, Trimetazidina, Paracetamol, Zolpidem, Ranitidina, Vimpocetina	1	2,0
Ani-hipertensor, Omeprazol, Paracetamol	1	2,0
Aspirina; Omeprazol; Beta-histina; Furosemida; Lortan; Adalat CR; Viterum	1	2,0
Beta-histina, Fenofibrato, Zanikor, Omeprazol, Trimetazidina, Lercanidipina, Pritor, Metformina, Nimed, Venex	1	2,0
Capilarema, Sinvastatina, Adalgur	1	2,0
Carvedilol coronat, Amiodarona Mylan	1	2,0
Carvedilol, Dafalgan	1	2,0
Co-aprovel, Valdispert	1	2,0
Co-diovan, Rosuvastatina, Lercanidipina, Betaserc, Filotempo	1	2,0
Concor, Omeprazol	1	2,0
Crestor, Aspirina, Varfine, Omeprazol, Lorenin, Zyloric	1	2,0
Dafalgan, Aspirina, Carvedilol	1	2,0
Dafalgan, Crestor, Aspirina	1	2,0
Dumyrox, Stilnox, Xanax, Sermion	1	2,0
Ena Hexal	1	2,0
Enoxa, Zarator, Lorenin, Sermion, Omeprazol, Sinvastatina, Symbicort, Spasmodex	1	2,0
Evista, Losartan/HCTZ, Gincoben	1	2,0
Exxiv, Lisinopril/HCTZ, Aspirina, Paracetamol	1	2,0
Imunoferon; Cyclo 3; Lansoprazol; Optimus; Sinvastatina; Sertralina	1	2,0
Lasix, Omeprazol, Co-Aprovel, Betaserc, Reminyl, Sertralina, Tranxene, Vastarel, Sinvastatina, Ac.Alendrónico	1	2,0
Lepicortinolo, Omeprazol, Zaldiar, Rantridol	1	2,0

Lercanidipina, Icandra, Vastarel LM, Omeprazol, Lorenin, Cálcio	1	2,0
Lexotan, Lasix	1	2,0
Lisinopril, Sertralina, Dafalgan	1	2,0
Lorenin, Vastarel, Cyclo 3, AAS, Oxibutinina, Enalapril/Lercanidipina, Trimetazidina, Zemalex	1	2,0
Metformina, Lisinopril, Lasix, Miflonide, Fortoterol, Spiriv, Pantoprazol, Lorenin	1	2,0
Omeprazol, Daflon, Lisinopril/HCTZ, Domperidona, Airtal, Halcion	1	2,0
Omeprazol, Furosemida	1	2,0
Omeprazol, Levemir, Metformina, Amlodipina, Valsartan, Lexotan, Lasix, Paracetamol	1	2,0
Pantoprazol, Lanoxin, Carvedilol, Fludex, Gabapentina, Dafalgan, Norvasc, Lexotan	1	2,0
Pantoprazol, Carvedilol, Olcadil, Trental, Lisinopril, Clopidogrel, Avodart, Amiodarona, Sintrom	1	2,0
Semi-daonil, Mexazolam, Rinialer	1	2,0
Sertralina, Alprazolam, Furadantina, Ginko Biloba, Spiriva, Xanax, Diamicron, Neofil, Aspirina	1	2,0
Stagid, Losartan/HCTZ, Lercanidipina, Ác. Alendrónico, Domperidona, Carbonato de Cálcio, Maxilase, Trimetazidina, Lisinopril	1	2,0
Tromalyt, Terazosina, Drumicron, Amlodipina, Lasix, Sinvastatina, Atarax	1	2,0
Vastarel, Concor, Alprazolam, Omeprazol, Kompensan	1	2,0
Vastarel, Paracetamol, Indapamida, Estazolam	1	2,0
Voltaren retard, Fenofibrato Supralip, Fluvastatina ciclum, Ticolquicosido, Omeprazol, Digoxina,	1	2,0
Xanax XR, Isoptin, Adalat CR, Lisinopril/HCTZ, Letter, Pantoprazol, Ultra- vinca, Naprosyn, Venex	1	2,0
Zolnor, Simpor	1	2,0
Zolpidem 10mg; Omeprazol	1	2,0
Total	50	100,0

Fonte: Programa Informático Statistical Package for the Social Sciences (SPSS)

ANEXO IV

-Atividades Recreativa e Física referidas pelos idosos -

Tabela A:

Caraterização da Amostra segundo as Atividades Recreativas que realizam

	N.º de Idosos
- Hidroginástica	1
- Teatro	
- Jogos (ex.: Cartas e Domino)	
- Jardinagem	
- Dança e Frequentar Tuna	2
- Brincar com os netos	
- Voluntariado	
- Convívio (Amigos e Centro de Dia)	3
- Ouvir Rádio/Música	6
- Trabalhos Manuais (ex.: Costura, Crochet, Renda)	7
- Leitura	11
- Passear	12
- Ver TV	21
TOTAL:	63

Tabela B:

Caraterização da Amostra segundo as Atividades Recreativas que realizam - Output
Statistical Package for the Social Sciences (SPSS)

Se atividade recreativa SIM - QUAL?		
	Frequency	Valid Percent
Valid	11	22,0
Convívio com amigos, jogar cartas	1	2,0
Convívio no centro de dia	1	2,0
Costura	1	2,0
Crochet, jardinagem, dominó no Salão Paroquial	1	2,0
Hidrogenástica, costura	1	2,0
Jardinagem	1	2,0
Leitura	1	2,0
Leitura e trabalhos manuais	1	2,0
Leitura, ver TV	2	4,0
Leitura, ver TV, ouvir rádio	1	2,0
Ouvir música	1	2,0
Ouvir música, leitura, ver TV	1	2,0
Passear	1	2,0
Passear, leitura, ver TV	1	2,0
Passear, ver TV, ouvir rádio	1	2,0
Passeio	2	4,0
Passeio, ver TV	3	6,0
Passeio, ver TV, ir ao teatro	1	2,0
Passeio, ver TV, leitura, ouvir rádio	1	2,0
Passeios, pertence a uma tuna	1	2,0
Renda, dança	1	2,0
Trabalhos manuais	2	4,0
Ver TV	4	8,0
Ver TV, brincar com a bisneta	1	2,0
Ver TV, brincar com os netos	1	2,0
Ver TV, leitura	2	4,0
Ver TV, leitura, passeio	1	2,0
Ver TV, ouvir rádio, convívio com amigas	1	2,0
Voluntariado	2	4,0
Total	50	1,000

Tabela C:

Caraterização da Amostra segundo a Atividade Física que realizam

Atividade Física que Realizam	N.º Idosos (%)
Caminhada	19 (38,00)
Caminhada, ginástica	1 (2,00)
Caminhadas curtas	1 (2,00)
Dança 2 vezes por semana	1 (2,00)
Ginásio 2 vezes por semana	1 (2,00)
Ginástica	1 (2,00)
Natação, caminhada	1 (2,00)
Total:	25 (50,00)

ANEXO V
- Questionário do Estudo -

Caro Utente

Sou enfermeira com título de especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria pela Ordem dos Enfermeiros, a exercer funções no Centro de Saúde de S. Mamede de Infesta - Unidade de Cuidados na Comunidade de S. Mamede de Infesta. Estou atualmente a frequentar o 2.º ano do Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria, na Escola Superior de Enfermagem do Porto. Pretendo desenvolver um estudo de Investigação que visa descrever a relação entre algumas variáveis positivas e a qualidade de vida de pessoas idosas que vivem sós no domicílio.

O presente trabalho tem por finalidade contribuir para a melhoria da qualidade dos cuidados de enfermagem no contexto domiciliário em saúde mental, desenvolvendo práticas de enfermagem adequadas às reais necessidades dos utentes alvo de intervenção, numa lógica de envelhecimento bem-sucedido.

Selecionei como amostra do estudo, pessoas com mais de 65 anos de idade, que residam sós na Freguesia de S. Mamede de Infesta, em habitações tipologia de bairro.

De seguida, ser-lhe-á apresentado um conjunto de questões que pretendem recolher informação/dados fundamentais para a concretização deste estudo de Investigação.

Assim sendo, para que possa levar a cabo este estudo é imprescindível a sua colaboração sendo por isso importante a resposta a todas as questões. Mais se acrescenta que os dados são confidenciais e poderá ter acesso aos resultados no final do estudo, a partir de Agosto de 2011, solicitando à investigadora.

Desde já agradeço a sua disponibilidade.

Sandra Moreira

PARTE I

N.º QUESTIONÁRIO: _____

CARATERÍSTICAS DEMOGRÁFICAS E PSICOSSOCIAIS

1. SEXO Feminino (1) Masculino (2)

2. IDADE _____ anos

3. ESTADO CIVIL

- Solteiro(a) (1) Viúvo(a) (2) Divorciado (a) (3) Casado (a)/União de facto (4)
 Outra (5) Qual? _____

4. ESCOLARIDADE _____ (em anos)

5. SITUAÇÃO OCUPACIONAL:

5.1 Situação laboral Reformado por idade (1) Reformado por invalidez (2)

5.2 Até que idade trabalhou _____ anos

5.3 Profissão antes de ser reformado _____

5.4 Ocupação atual _____

1. ORIGEM DO RENDIMENTO FAMILIAR: (1) RMG (2) Subsídios (3) Remunerações inferior ou igual ao salário mínimo nacional (4) Pensionista ou reformado (5) Vencimentos incertos (6) Vencimentos certos (7) Altos vencimentos ou honorários (maior ou igual ao salário mínimo nacional) (8) Rendimentos profissionais de elevado nível (9) Heranças (10) Lucros de empresas de propriedades

7. HABITAÇÃO: casa própria (1) casa arrendada (2)

7.1 Tipo de habitação: Anexo de Casa (1) Apartamento (2) Barraca (3) Habitação Social: apartamento (4) Habitação Social: casa (5) Parte de casa (6)
 Vivenda/moradia (7) Outro (8) _____

8. RELIGIÃO: Católico (1) Evangélico (2) Outro (3) Qual? (4) _____

Praticante (1) Não praticante (2)

9. HÁ QUANTO TEMPO VIVE SOZINHO? _____ ANOS _____ MESES

10. TEM ALGUMA DOENÇA QUE O OBRIGUE A CUIDADOS DE SAÚDE COM FREQUÊNCIA?

Não (1) Sim (2)

Se SIM, qual? Infeciosas (1) Neurológicas (2) Cardiovasculares (3) Hematológicas (4) Respiratórias (5) Digestiva (6) Genito-urinárias (7) Endócrinas e metabólicas (8) Músculo-esqueléticas/osteoarticulares (9) Alérgicas (10) Dermatológicas (11) Oftálmicas (12) Foro otorrinolaringológico (13) Polipatologia (14)

10.1 Doença Mental: Não (1) Sim (2)

11. VAI HABITUALMENTE AO MÉDICO PARA VIGILÂNCIA DE SAÚDE?

Não (1) Sim (2)

Se SIM com que periodicidade: 1x por ano (1); 2x por ano (2); todos os meses (3);

todas as semanas (4)

12. REGIME TERAPÊUTICO

12.1 Toma habitualmente medicação Não (1) Sim (2)

12.2 Se SIM, terapêutica atual:

12.3 Gestão do regime terapêutico Não (1) Sim (2)

12.4 Adesão ao regime terapêutico Não (1) Sim (2)

13. ATIVIDADES E ESTILOS DE VIDA

13.1 Uso de tabaco: Não (1) Sim (2). Se SIM, quantidade diária _____ (nº de cigarros)

13.2 Uso de álcool: Não (1) Sim (2). Se SIM, quantidade diária _____ (ml - 1 copo 200ml)

13.3 Outras substâncias: Não (1) Sim (2). Se SIM, quantidade diária _____

13.4 Tem alguma atividade recreativa? Sim (2) = Qual? _____ Não (1)

Se NÃO porquê? Falta de vontade (1) Falta de companhia (2) Limitação física (3) Falta de conhecimento dos recursos (4)

13.5 Tem alguma atividade física? Sim (2) = Qual? _____ Não (1)

Se NÃO porquê? Falta de vontade (1) Falta de companhia (2) Limitação física (3) Falta de conhecimento dos recursos (4)

14. DEPENDÊNCIA DO AUTOCUIDADO

Não (1) Sim (2)

Se **SIM** qual? Arranjar-se (1) Banho (2) Beber/Comer (3) Comportamento sono-repouso (4) Despir-se/Vestir-se (5) Higiene (6) Ir ao sanitário (7)

15. NECESSIDADES DE SUPORTE

APOIOS FORMAIS: Serviços sociais: Centro de dia (1) Lar (2) Apoio Domiciliário (3)

Outros (4) Qual? _____ Não Aplicável (5)

Serviços de Saúde: Médicos (1) Enfermagem (2) Médico/Enfermeiro

(3) Outros (4) Qual? _____ Não Aplicável (5)

APOIOS INFORMAIS: Familiares (1) Amigos/Vizinhos(2) Vários Apoios(3) Outros(4)

Qual? _____ Não Aplicável (5)

FREQUÊNCIA DOS APOIOS FORMAIS: Diário (1) Mais do que uma vez por dia (2)

Semanal (3) Mais do que uma vez por semana (4) Mensal (5) Outra (6)

Qual? _____

FREQUÊNCIA DOS APOIOS INFORMAIS: Diário (1) Mais do que uma vez por dia (2)

Semanal (3) Mais do que uma vez por semana (4) Mensal (5) Outra (6)

Qual? _____

PARTE II

Por favor responda a cada uma das perguntas. Algumas perguntas são parecidas, mas de facto são diferentes. Não tenha pressa em responder, e responda às questões cuidadosamente, assinalando no quadro abaixo a resposta que melhor representa a sua opinião.

1. Em geral, como diria que a sua saúde é:				
Ótima 1	Muito boa 2	Boa 3	Razoável 4	Fraca 5
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

2. As perguntas que se seguem são sobre atividades que executa no seu dia-a-dia. Será que a sua saúde o/a limita nestas atividades? Se sim, quanto?			
	Sim, muito limitado/a 1	Sim, um pouco limitado/a 2	Não, nada limitado/a 3
A. Atividades moderadas, tais como deslocar uma mesa ou aspirar a casa.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
B. Andar mais de 1 km	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

3. Durante as últimas quatro semanas teve no seu trabalho ou atividades diárias algum dos problemas apresentados a seguir como consequência do seu estado de saúde física?		
	Sim 1	Não 2
A. Sentiu-se limitado/a no tipo de trabalho ou outras atividades?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
B. Teve dificuldade em executar o seu trabalho ou outras atividades (por exemplo, foi preciso mais esforço)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

4. Durante as últimas quatro semanas, teve com o seu trabalho ou com as suas atividades diárias, algum dos problemas apresentados a seguir devido a quaisquer problemas emocionais (tal como sentir-se deprimido/a ou ansioso/a)?		
	Sim 1	Não 2
A. Diminuiu o tempo gasto a trabalhar, ou noutras atividades.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
B. Fez menos do que queria.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

5. Durante as últimas quatro semanas, de que forma é que a dor interferiu com o seu trabalho normal (tanto o trabalho fora de casa como o trabalho doméstico)?				
Absolutamente nada	Um pouco	Moderadamente	Bastante	Imenso
1	2	3	4	5
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

6. As perguntas que se seguem pretendem avaliar a forma como se sentiu e como lhe correram as coisas nas últimas quatro semanas. Para cada pergunta, coloque por favor uma cruz (x) no quadrado que melhor descreve a forma como se sentiu. Quanto tempo nas últimas quatro semanas:						
	Sempre	A maior parte do tempo	Bastante tempo	Algum tempo	Pouco tempo	Nunca
	1	2	3	4	5	6
A. Se sentiu cheio/a de vitalidade?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
B. Se sentiu muito nervoso/a?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
C. Se sentiu tão deprimido/a, que nada o/a animava?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

7. Durante as últimas quatro semanas, em que medida é que a sua saúde física ou problemas emocionais interferiram com o seu relacionamento social normal com a família, amigos, vizinhos ou outras pessoas?				
Sempre	A maior parte do tempo	Algum tempo	Pouco tempo	Nunca
1	2	3	4	5
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

As questões abaixo estão relacionadas com a sua percepção relativamente à **satisfação com a vida**. Por favor **efetue um círculo** na opção que melhor expressa a sua resposta.

	Discordo muito	Discordo um pouco	Não concordo nem discordo	Concordo um pouco	Concordo muito
1. A minha vida parece-se em quase tudo com o que eu desejaria que ela fosse.	1	2	3	4	5
2. As minhas condições de vida são muito boas.	1	2	3	4	5
3. Estou satisfeito com a minha vida.	1	2	3	4	5
4. Até agora tenho conseguido as coisas importantes da vida que eu desejaria.	1	2	3	4	5
5. Se pudesse recomeçar a minha vida, não mudaria quase nada.	1	2	3	4	5

As frases / expressões seguintes referem-se à sua **espiritualidade / suas crenças pessoais**, e ao modo como elas afetam a sua qualidade de vida. Por favor, **marque com uma X** aquela opção que melhor expressar a sua opção, na **última semana**. Não existe resposta certa ou errada.

	Não concordo	Concordo um pouco	Concordo bastante	Plenamente de acordo
1 - As minhas crenças espirituais/religiosas dão sentido à minha vida	1	2	3	4
2 - A minha fé e crenças dão-me forças nos momentos difíceis	1	2	3	4
3 - Vejo o futuro com esperança	1	2	3	4
4 - Sinto que a minha vida mudou para melhor	1	2	3	4
5 - Aprendi a dar valor às pequenas coisas da vida	1	2	3	4

As afirmações que se apresentam abaixo, dizem respeito à percepção que tem sobre o seu **Bem-Estar**. Por favor, efetue um círculo na resposta que considera ser mais adequada à sua opinião, ou seja o quanto concorda ou discorda das afirmações.

	Discordo Completamente	Discordo em Grande Parte	Discordo Parcialmente	Concordo Parcialmente	Concordo em Grande Parte	Concordo Completamente
1. Não tenho medo de expressar as minhas opiniões mesmo quando elas são contrárias às opiniões da maioria das pessoas.	1	2	3	4	5	6
2. Frequentemente, sinto-me “esmagado(a)” pelo peso das responsabilidades.	1	2	3	4	5	6
3. Penso que é importante ter novas experiências que questionem a forma como pensamos acerca de nós mesmos e do mundo.	1	2	3	4	5	6
4. Para mim, manter relacionamentos sinceros com os outros tem sido difícil e frustrante.	1	2	3	4	5	6
5. Não tenho a noção do que pretendo alcançar na vida	1	2	3	4	5	6
6. Quando revejo a minha vida, fico contente da forma como as coisas aconteceram.	1	2	3	4	5	6
7. Tenho tendência de me preocupar com o que as outras pessoas pensam de mim.	1	2	3	4	5	6
8. Sou capaz de utilizar bem o meu tempo para conseguir fazer tudo o que preciso fazer.	1	2	3	4	5	6
9. Sinto que no decorrer do tempo, consegui me desenvolver bastante como pessoa.	1	2	3	4	5	6
10. Sinto que aproveito muito as minhas amizades.	1	2	3	4	5	6
11. Sinto prazer em fazer planos para o futuro e trabalhar para os tornar realidade.	1	2	3	4	5	6
12. Gosto da maioria dos aspetos da minha personalidade.	1	2	3	4	5	6
13. Tenho tendência a ser influenciado(a) por pessoas com opiniões firmes.	1	2	3	4	5	6
14. Tenho dificuldade em organizar a minha vida de forma que me satisfaça.	1	2	3	4	5	6
15. Há muito tempo que desisti de fazer grandes modificações ou melhorias na minha vida.	1	2	3	4	5	6
16. Não tive a experiência de ter muitas relações calorosas e baseadas na confiança.	1	2	3	4	5	6
17. Em última análise, olhando para trás, não tenho bem certeza de que a minha vida tenha valido muito.	1	2	3	4	5	6
18. Em muitos aspetos me sinto desiludido(a) com o que alcancei na vida.	1	2	3	4	5	6

Obrigado pela sua colaboração!

GLOSSÁRIO

Adesão ao Regime Terapêutico - é um tipo de gestão de regime terapêutico com as seguintes características específicas: desempenhar atividades para satisfazer as exigências terapêuticas dos cuidados de saúde; aceitação do decurso de tratamento prescrito como prestador de cuidado ou apoiante.
(CIPE Versão Beta 2, 2002, pp.58)

Atividade recreativa - é um tipo de autocuidado com as características específicas: atividades com objetivo de se entreter, divertir, estimular e relaxar.
(CIPE Versão Beta 2, 2002, pp.56)
Como jogos e recreação (leitura, desenhos, trabalhos manuais, ver televisão, entre outros).

Atividade física - é um tipo de autocuidado com as características específicas: encarregar-se dos comportamentos de atividade física, assegurar o local e oportunidade para a prática de exercício na vida diária
(CIPE Versão Beta 2, 2002, pp.56)

Ex.: caminhada, natação, ginástica, hidroginástica.

Apoios Informais - ações de promoção de bem-estar da pessoa, com ajuda e assistência fiável de serviços de saúde.

Apoios Formais - ações de promoção de bem-estar da pessoa, que revelam empenho e ajuda de familiares ou pessoas significativas.

Autocuidado: Arranjar-se - é um tipo de autocuidado higiene com as características específicas: tomar cuidado com a apresentação, manter o cabelo, barba e bigode bem cuidados, lavados, penteados, lisos ou frisados; limpar, cortar e limar as unhas; aplicar desodorizante, cosméticos e pinturas; manter a roupa limpa, sem cheiro e arrumada; verificar a aparência no espelho
(CIPE Versão Beta 2, 2002, pp.55)

Autocuidado: Banho - enxaguar o próprio corpo, total ou parcialmente, mantendo o corpo limpo.

Autocuidado: Beber/Comer - encarregar-se de organizar a ingestão de alimentos e de bebidas, distribuídos por refeições saudáveis e regulares ao longo do dia.

Autocuidado: Comportamento sono-reposo - é um tipo de autocuidado com as características específicas: assumir as necessidades de um sono reparador, arranjar local e oportunidade para dormir, organizar as horas de sono e repouso.
(CIPE Versão Beta 2, 2002, pp.56)

Autocuidado: Higiene - é um tipo de autocuidado com as características específicas: encarregar-se de manter um padrão contínuo de higiene, conservando o corpo limpo e arranjado, sem odor corporal, lavando regularmente as mãos, limpando as orelhas, nariz e zona perineal e mantendo a hidratação da pele, de acordo com os princípios de preservação e manutenção da higiene.
(CIPE Versão Beta 2, 2002, pp.55)

Autocuidado: Ir ao sanitário - levar a cabo as atividades de eliminação intestinal e vesical, usando a sanita.

Gestão do Regime Terapêutico - é um tipo de comportamento de adesão com as características específicas: executar atividades, cumprido um programa de tratamento da doença e das suas complicações, atividades estas que são satisfatórias para atingir objetivos específicos de saúde, integrar atividades para tratamento ou prevenção da doença na vida diária.
(CIPE Versão Beta 2, 2002, pp.58)

Situação Ocupacional - conjunto de informação referente à situação laboral desempenhada quando ainda ativo, antes da reforma.

Uso de tabaco - é um tipo de uso de substâncias com as características específicas: uso habitual de tabaco com estimulante; trata-se habitualmente de cigarros, charutos, cachimbo, mascar ou cheirar rapé.
(CIPE Versão Beta 2, 2002, pp.60)

Uso de álcool - é um tipo de uso de substâncias com as características específicas: uso regular de álcool como estimulante; habitualmente vinho, cerveja ou bebidas espirituosas.
(CIPE Versão Beta 2, 2002, pp.60)

Uso de substâncias - é um tipo de ação realizada pelo próprio com as características específicas: uso regular, para efeitos não terapêuticos, de substâncias que podem ser prejudiciais à saúde e causar adição.
(CIPE Versão Beta 2, 2002, pp.60)

Autocuidado: Despir-se/Vestir-se - escolher a roupa adequada às condições climáticas, vestir e retirar as roupas, quer da parte superior, quer da parte inferior do corpo.

ANEXO VI
- SF-12 (Itens, Componentes, Escalas e seus significados) -

COMPONENTES, ESCALAS E RESPECTIVOS ITENS DO SF-12

COMPONENTES E ITENS DO SF-12	
COMPONENTE FÍSICA (CF)	COMPONENTE MENTAL (CM)
Total de Itens - 1, 2A, 2B, 3A, 3B e 5	Total de Itens - 4A, 4B, 6A, 6B, 6C e 7
<i>Itens recodificados CF: 1, 5</i>	<i>Itens recodificados CM: 6A</i>

ESCALAS E ITENS DO SF-12

ESCALAS CF	ITENS	ESCALAS CM	ITENS
Funcionamento Físico	Itens 2A e 2B	Vitalidade	Item 6A
Desempenho Físico	Itens 3A e 3B	Funcionamento Social	Item 7
Dor Corporal	Item 5	Desempenho Emocional	Itens 4A e 4B
Saúde Geral	Item 1	Saúde Mental	Itens 6B e 6C

CF: Componente Física; CM: Componente Mental

SIGNIFICADOS DAS NOTAS DE CADA ESCALAS DO SF-12

SIGNIFICADOS DAS NOTAS		
ESCALAS	<i>Baixa</i>	<i>Elevada</i>
<i>Funcionamento Físico (2 itens)</i>	Muito limitado na realização de todas as atividades físicas, incluindo tomar ou vestir-se, por razões de Saúde	Realiza todos os tipos de atividade física, incluindo as mais exigentes, sem limitações por motivos de Saúde
<i>Desempenho Físico (2 itens)</i>	Problemas com o trabalho ou outras atividades diárias em consequência da Saúde Física	Sem problemas na realização do trabalho ou de outras atividades diárias em consequência da Saúde física
<i>Dor Corporal (1 item)</i>	Dor muito intensa e extremamente limitativa	Sem dor ou limitação devida a dor
<i>Saúde Geral (1 item)</i>	Avalia a sua Saúde como má e acredita que ela provavelmente vai piorar	Avalia a sua Saúde como excelente
<i>Vitalidade (1 item)</i>	Sente-se cansado e exausto a maior parte do tempo	Sente-se animado e cheio de energia
<i>Funcionamento Social (1 item)</i>	Os problemas emocionais e físicos interferem de uma forma extrema e frequente com as atividades sociais normais	Realiza as atividades sociais normais sem que problemas físicos ou emocionais interfiram
<i>Desempenho Emocional (2 itens)</i>	Em resultado de problemas emocionais, tem dificuldades com o trabalho ou outras atividades diárias	Não tem dificuldades com o trabalho ou outras atividades diárias devido a problemas emocionais
<i>Saúde Mental (2 itens)</i>	Sente-se sempre nervoso e deprimido	Sente-se sempre em paz, feliz e calmo

FONTE: Ribeiro (2005, p.85)

ANEXO VII
- Escala de Avaliação da Espiritualidade -

NOTA: * Valores de Alpha de Cronbach assinalados anteriormente correspondem à consistência interna obtida no

ESCALA DE AVALIAÇÃO DA ESPIRITUALIDADE (*Alpha Cronbach =0,61)

QUESTÕES	
DIMENSÃO CRENÇAS *Alpha Cronbach =0,99	<i>1 - As minhas crenças espirituais /religiosas dão sentido à minha vida</i> <i>2 - A minha fé e crenças dão-me forças nos momentos difíceis</i>
DIMENSÃO ESPERANÇA/OPTIMISMO *Alpha Cronbach=0,66	<i>3 - Vejo o futuro com esperança</i> <i>4 - Sinto que a minha vida mudou para melhor</i> <i>5 - Aprendi a dar valor às pequenas coisas da vida</i>

presente estudo de Investigação.

FONTE: Pinto e Pais-Ribeiro, 2009.

A cotação de cada subescala é efetuada através da média dos itens da mesma, ou seja, através das seguintes equações (Pinto e Pais-Ribeiro, 2009, p.51):

$$- \text{Crenças} = (\text{Esp1} + \text{Esp2}) / 2$$

$$- \text{Esperança/otimismo} = (\text{Esp3} + \text{Esp4} + \text{Esp5}) / 3$$

ANEXO VIII

- Chave Cotação dos Itens da EBEP para 18 Itens -

**CHAVE COTAÇÃO DOS ITENS DA ESCALA DE BEM-ESTAR PSICOLÓGICO PARA 18
ITENS**

CHAVE COTAÇÃO DOS ITENS DA ESCALA BEM-ESTAR PSICOLÓGICO PARA 18 ITENS ³³	
SUBESCALAS	ITENS
	Positivos - 1
Subescala de Autonomia (AUT): 1, 7, 13	Negativos - 7, 13
	Positivo - 8
Subescala de Domínio do Meio (DM): 2, 8, 14	Negativo - 2, 14
	Positivo - 3, 9
Subescala de Crescimento Pessoal (CP): 3, 9, 15	Negativo - 15
	Positivo - 10
Subescala de Relações Positivas com os Outros (RPO): 4, 10, 16	Negativo - 4, 16
	Positivo - 11
Subescala de Objetivos de Vida (OV): 5, 11, 17	Negativo - 5, 17
	Positivo - 6, 12
Subescala de Aceitação de Si (AS): 6, 12, 18	Negativo - 18

³³ Efetuada a correspondência através da Escala de Bem-Estar Psicológico de 84 itens

ANEXO IX

- Autorização dos Autores para Utilização das Escalas no Estudo de Investigação -

Autorização para utilizar o Questionário do Estado de Saúde versão reduzida 12 itens (Short-Form 12 itens)

De: José Luis Pais Ribeiro <jlpr@fpce.up.pt>
Assunto: Re: Autorização de utilização de escalas de avaliação
Data: Seg, Janeiro 3, 2011 4:11 pm
Para: ep1475@esenf.pt

Autorizo a utilização das escalas pedidas. Para a de espiritualidade deverá contactar a Doutora Cândida Pinto por ser a primeira autora

José Luis Pais Ribeiro
http://webmail.esenf.pt/webmail/src/compose.php?send_to=jlpr%40fpce.up.pt
mobile phone: (351) 965045590
web page: <http://sites.google.com/site/jpaisribeiro/>

> Exmo. Sr. Professor Doutor José Luis Pais Ribeiro
>
> Eu, Sandra Maria de Jesus Moreira, Enfermeira com título de Especialista
> em Saúde Mental e Psiquiatria pela Ordem dos Enfermeiros, a exercer
> funções na Unidade Local de Saúde de Matosinhos (ULSM), E.P.E. - Unidade
> de Cuidados na Comunidade de S. Mamede de Infesta (UCCSMI) e a frequentar
> o segundo ano do Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Mental e
> Psiquiatria, ano lectivo 2010/2011, na Escola Superior de Enfermagem do
> Porto (ESEP), vem por este meio solicitar autorização para utilização das
> Escalas no estudo de uma investigação:
> - Escala de Avaliação da Espiritualidade em Contextos de Saúde (também
> desenvolvida pela Professora Doutora Cândida Pinto da Escola Superior de
> Enfermagem do Porto) - que também irei efectuar pedido de autorização;
>
> - Questionário do Estado de Saúde versão reduzida SF12 desenvolvida em 1994.
>
> Aproveito a oportunidade para solicitar e caso autorize a utilização das
> escalas supramencionadas para, que disponibilize alguma informação
> pertinente para trabalhar os dados após aplicação das escl. as.
>
> O estudo de investigação intitulado "Espiritualidade, Bem-estar e
> Qualidade de Vida de pessoas idosas que vivem sós no domicílio habitual",
> tem a orientação da Professora Doutora Teresa Rodrigues e co-orientação da
> Professora Mestre Elizabeth Borges (docentes da ESEP), tendo por
> finalidade contribuir para a melhoria da qualidade dos cuidados de
> enfermagem no contexto comunitário, desenvolvendo práticas de enfermagem
> em saúde mental adequadas às reais necessidades dos utentes alvo de
> intervenção, numa lógica do envelhecimento bem sucedido. É objectivo major
> deste projecto descrever a relação entre algumas variáveis positivas e a
> qualidade de vida de pessoas idosas que vivem sós no domicílio habitual.
>
> aguardo a sua resposta
>
> Grata pelo tempo disponibilizado
>
> Aproveito para lhe desejar um Bom Ano de 2011
>
> Com os melhores cumprimentos
>
> Sandra Moreira
> (n.º aluna 1475)

Autorização para utilizar a Escala de Satisfação com a Vida

De: mplima@fpce.uc.pt
Assunto: Re: Solicitação de Autorização para utilização de Escala
Data: Qua, Janeiro 12, 2011 1:02 am
Para: ep1475@esenf.pt

Cara Sandra

Não há qualquer inconveniente na utilização da escala. Bom trabalho e Bom Ano
Margarida

Quoting http://webmail.esenf.pt/webmail/src/compose.php?send_to=ep1475%40esenf.pt:

> Exma. Sra. Professora Doutora Margarida Lima
>
> Eu, Sandra Maria de Jesus Moreira, Enfermeira com título de Especialista
> em Saúde Mental e Psiquiatria pela Ordem dos Enfermeiros, a exercer
> funções na Unidade Local de Saúde de Matosinhos (ULSM), E.P.E. - Unidade
> de Cuidados na Comunidade de S. Mamede de Infesta (UCCSMI) e a frequentar
> o segundo ano do Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Mental e
> Psiquiatria, ano lectivo 2010/2011, na Escola Superior de Enfermagem do
> Porto (ESEP), vem por este meio solicitar autorização para utilização da
> Escala no estudo de uma investigação:
> - Escala de Satisfação com a Vida (5 itens, validada pelo Professor Dr.
> António Simões, desenvolvida em 1992).
>
> Em contacto telefónico efectuado hoje com a Faculdade de Psicologia e
> Educação da Universidade de Coimbra, tive conhecimento que o Professor
> Doutor António Simões, está reformado. Neste sentido solicito a sua
> orientação para me informar como proceder para solicitar autorização ao
> autor da escala.
>
> O estudo de investigação intitulado "Espiritualidade, Bem-estar e
> Qualidade de Vida de pessoas idosas que vivem sós no domicílio habitual",
> tem a orientação da Professora Doutora Teresa Rodrigues e co-orientação da
> Professora Mestre Elizabete Borges (docentes da ESEP), tendo por
> finalidade contribuir para a melhoria da qualidade dos cuidados de
> enfermagem no contexto comunitário, desenvolvendo práticas de enfermagem
> em saúde mental adequadas às reais necessidades dos utentes alvo de
> intervenção, numa lógica do envelhecimento bem sucedido. É objectivo major
> deste projecto descrever a relação entre algumas variáveis positivas e a
> qualidade de vida de pessoas idosas que vivem sós no domicílio habitual.
>
> aguardo a sua resposta
>
> Grata pelo tempo disponibilizado
>
> Aproveito para lhe desejar um Bom Ano de 2011
>
> Com os melhores cumprimentos
>
> Sandra Moreira
> (n.º aluna 1475)

Autorização para utilizar a Escala de Avaliação da Espiritualidade em Contextos de Saúde

De: candidapinto@esenf.pt
Assunto: Re: Solicitação de autorização utilização de escala
Data: Seg, Janeiro 3, 2011 3:16 pm
Para: ep1475@esenf.pt

>
> Sandra

Tem autorização para utilizar a escala. No que se refere à informação sobre o tratamento de dados, deve consultar um artigo que saiu na Revista Portuguesa de Saúde Pública, 2010, vol. 28, nº 1, p.49-56.

Com os melhores cumprimentos
Cândida Pinto
Exma. Sra. Professora Doutora Cândida Pinto

>
> Eu, Sandra Maria de Jesus Moreira, Enfermeira com título de Especialista
> em Saúde Mental e Psiquiatria pela Ordem dos Enfermeiros, a exercer
> funções na Unidade Local de Saúde de Matosinhos (ULSM), E.P.E. - Unidade
> de Cuidados na Comunidade de S. Mamede de Infesta (UCCSMI) e a frequentar
> o segundo ano do Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Mental e
> Psiquiatria, ano lectivo 2010/2011, na Escola Superior de Enfermagem do
> Porto (ESEP), vem por este meio solicitar autorização para utilização da
> Escala no estudo de uma investigação:
>
> - Escala de Avaliação da Espiritualidade em Contextos de Saúde (também
> desenvolvida pelo Professor Doutor José Luís Pais Ribeiro da Faculdade de
> Psicologia e Ciências de Educação) - que já efectuei pedido de autorização
> para utilização da escala.
>
> Aproveito a oportunidade para solicitar e caso autorize a utilização da
> escala supramencionada para, que disponibilize alguma informação
> pertinente para trabalhar os dados após aplicação da mesma.
>
> O estudo de investigação intitulado "Espiritualidade, Bem-estar e
> Qualidade de Vida de pessoas idosas que vivem sós no domicílio habitual",
> tem a orientação da Professora Doutora Teresa Rodrigues e co-orientação da
> Professora Mestre Elizabete Borges (docentes da ESEP), tendo por
> finalidade contribuir para a melhoria da qualidade dos cuidados de
> enfermagem no contexto comunitário, desenvolvendo práticas de enfermagem
> em saúde mental adequadas às reais necessidades dos utentes alvo de
> intervenção, numa lógica do envelhecimento bem sucedido. É objectivo major
> deste projecto descrever a relação entre algumas variáveis positivas e a
> qualidade de vida de pessoas idosas que vivem sós no domicílio habitual.
>
> Aguardo a sua resposta
>
> Grata pelo tempo disponibilizado
>
> Aproveito para lhe desejar um Bom Ano de 2011
>
> Com os melhores cumprimentos
> Sandra Moreira
> (n.º aluna 1475)

Autorização para utilizar a Escala Bem-Estar Psicológico

De: Maria Eugénia Duarte Silva <meduartesilva@fp.ul.pt>
Assunto: RE: Solicitação de autorização para utilização de e scala
Data: Sex, Janeiro 28, 2011 11:28 am
Para: "ep1475@esenf.pt" <ep1475@esenf.pt>

Cara Dra. Sandra Moreira

Pode utilizar a Escala de Bem-Estar Psicológico, versão reduzida, de 18 itens. A Prof. Rosa Novo fez a tese de doutoramento utilizando a escala na versão de 84 itens. Essa tese está publicada pela Gulbenkian. Deverá consultar os artigos da Ryff sobre a escala e o sentido da interpretação das 6 dimensões que ela comporta. Mando-lhe, em anexo, a versão de 84 itens e a correspondência desses itens com as diferentes dimensões. Terá que ver a que correspondem os que foram selecionados para a escala reduzida.

Com os melhores cumprimentos
Maria Eugénia Duarte Silva

De: http://webmail.esenf.pt/webmail/src/compose.php?send_to=ep1475%40esenf.pt
Enviado: quarta-feira, 26 de Janeiro de 2011 14:28
Para: Rosa Ferreira Novo; Maria Eugénia Duarte Silva
Assunto: Solicitação de autorização para utilização de e scala

Boa tarde Sra. Professora Doutora

Venho por este meio solicitar, o favor, de obter a sua resposta relativamente ao email abaixo mencionado, no sentido de validar a autorização para utilizar a Escala de Bem-Estar Psicológico - versão reduzida - 18 questões, no estudo de investigação que pretendo desenvolver.

Atendendo aos timings a cumprir na investigação, solicito por favor que a resposta seja o mais breve possível.

Grata pela compreensão, tempo disponibilizado e colaboração

Com os melhores cumprimentos

Sandra Moreira

----- Mensagem Original -----

Assunto: Solicitação de autorização para utilização de e scala
De: http://webmail.esenf.pt/webmail/src/compose.php?send_to=ep1475%40esenf.pt
Data: Seg, Janeiro 3, 2011 1:16 pm
Para: http://webmail.esenf.pt/webmail/src/compose.php?send_to=rfnovo%40fp.ul.pt
http://webmail.esenf.pt/webmail/src/compose.php?send_to=meduartesilva%40fp.ul.pt

Exmas. Sras. Professoras Doutoradas da Faculdade de Psicologia de Ciências e Educação da Universidade de Lisboa

Eu, Sandra Maria de Jesus Moreira, Enfermeira com título de Especialista em Saúde Mental e Psiquiatria pela Ordem dos Enfermeiros, a exercer funções na Unidade Local de Saúde de Matosinhos (ULSM), E.P.E. - Unidade de Cuidados na Comunidade de S. Mamede de Infesta (UCCSMI) e a frequentar o segundo ano do Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria, ano lectivo 2010/2011, na Escola Superior de Enfermagem do

Porto (ESEP), vem por este meio solicitar autorização para utilização da Escala de Bem-Estar Psicológico - versão reduzida - 18 questões, que foi desenvolvida por vossas excelências, no estudo de uma investigação.

Da informação pesquisada, tenho conhecimento que esta escala também foi desenvolvida pela Professora Doutora Peralta Silva, cujo contacto não consegui obter. Neste sentido solicito se me poderiam facultar o seu contacto para proceder em conformidade.

Aproveito a oportunidade para solicitar e caso autorize a utilização da escala supramencionada para, que disponibilize alguma informação pertinente para trabalhar os dados após aplicação da escala.

O estudo de investigação intitulado "Espiritualidade, Bem-estar e Qualidade de Vida de pessoas idosas que vivem sós no domicílio habitual", tem a orientação da Professora Doutora Teresa Rodrigues e co-orientação da Professora Mestre Elizabete Borges (docentes da ESEP), tendo por finalidade contribuir para a melhoria da qualidade dos cuidados de enfermagem no contexto comunitário, desenvolvendo práticas de enfermagem em saúde mental adequadas às reais necessidades dos utentes alvo de intervenção, numa lógica do envelhecimento bem sucedido. É objectivo major deste projecto descrever a relação entre algumas variáveis positivas e a qualidade de vida de pessoas idosas que vivem sós no domicílio habitual.

Aguardo a sua resposta

Grata pelo tempo disponibilizado

Aproveito para lhes desejar um Bom Ano de 2011

Com os melhores cumprimentos

Sandra Moreira
(n.º aluna 1475)

ANEXO X
- Declaração de Consentimento Informado -

INFORMAÇÃO PARTICIPANTE

Sandra Maria de Jesus Moreira, Enfermeira com título de Especialista em Saúde Mental e Psiquiatria pela Ordem dos Enfermeiros, a exercer funções na Unidade Local de Saúde de Matosinhos (ULSM), E.P.E. - Unidade de Cuidados na Comunidade de S. Mamede de Infesta (UCCSMI), a frequentar o Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria, ano letivo 2010/2011, na Escola Superior de Enfermagem do Porto (ESEP), vem por este meio solicitar a sua colaboração na realização deste estudo de Investigação.

A leitura deste documento, é primordial, de modo a tomar uma decisão, com conhecimento e consciência deste estudo de Investigação. Pede-se que se sinta à vontade para colocar todas as questões que pretende, antes de aceitar fazer parte do estudo.

Pretende-se desenvolver um estudo de Investigação com o título: *Espiritualidade, bem-estar e qualidade de vida de pessoas idosas que vivem sós no domicílio habitual*. Este visa contribuir para a melhoria da qualidade dos cuidados de enfermagem no contexto comunitário, desenvolvendo práticas de enfermagem em saúde mental adequadas às reais necessidades dos utentes alvo de intervenção, numa lógica do envelhecimento bem sucedido. É objetivo principal deste projeto descrever a relação entre algumas variáveis positivas e a qualidade de vida de pessoas idosas que vivem sós no domicílio habitual.

O estudo terá uma duração de dez meses, tendo iniciado em Setembro de 2010, e a sua aplicabilidade no terreno ocorrerá a partir de Maio de 2011.

A **participação** no estudo é de carácter voluntário podendo em qualquer momento, desistir de o fazer. Se por sua vez optar por não querer participar no estudo de Investigação, receberá todos os cuidados de saúde correspondentes com a sua situação e com os padrões de qualidade da Unidade Local de Saúde de Matosinhos, E.P.E..

A **aceitação em participar** no estudo, implica a realização de uma entrevista com aplicação de um questionário (constituído por duas partes), onde lhe serão colocadas algumas questões sobre a sua vida e a satisfação com a qualidade da mesma, com intuito de efetuar a recolha de dados referente à informação em estudo.

Não existem quaisquer **riscos para a participação** no estudo. Os benefícios imediatos, poderão não existir, todavia com esta Investigação, pretende-se que com ele se consiga melhorar os cuidados prestados pelos enfermeiros e proporcionar uma melhor qualidade de vida aos idosos que vivem sós em contexto domiciliário habitual.

Todos os dados referentes a este estudo de Investigação serão **confidenciais**. Nos trabalhos que se venham a desenvolver, resultantes deste estudo de Investigação, não constará qualquer tipo de informação que conduza à identificação dos participantes. Garante-se ainda a destruição de toda a informação sobre os participantes, que possam conduzir à sua identificação após a conclusão da Investigação.

Caso necessite de contactar futuramente com o investigador deste trabalho de Investigação, deixa-se ficar o contacto telefónico 229051460.

DECLARAÇÃO DE CONSENTIMENTO INFORMADO

Designação do estudo: *Espiritualidade, bem-estar e qualidade de vida de pessoas idosas que vivem sós no domicílio habitual*

Eu, abaixo-assinada (Nome Completo) _____

Compreendi a explicação que me foi fornecida acerca da minha participação na Investigação que se tenciona realizar, bem como do estudo em que serei incluído. Foi-me dada oportunidade para fazer as perguntas que julguei necessárias.

Tomei conhecimento que, de acordo com as recomendações da Declaração de Helsínquia, a informação ou explicação que me foi prestada versus os objetivos, os métodos, os benefícios previstos e o eventual desconforto na ocupação do seu tempo. Além disso, foi-me comunicado que tenho direito a recusar a todo o tempo a minha participação no estudo, sem que isso possa ter como efeito qualquer prejuízo pessoal na assistência que me é prestada.

Por isso, aceito participar de livre e espontânea vontade no estudo proposto pelo investigador, respondendo às questões que me forem colocadas durante a Investigação.

Data: _____, _____ de _____ de 2011

Assinatura do participante no estudo de Investigação:

O investigador responsável pelo estudo:

(Sandra Maria de Jesus Moreira)

DECLARAÇÃO DE CONSENTIMENTO INFORMADO (2ª via)

Designação do estudo: *Espiritualidade, bem-estar e qualidade de vida de pessoas idosas que vivem sós no domicílio habitual*

Eu, abaixo-assinada (Nome Completo) _____

Compreendi a explicação que me foi fornecida acerca da minha participação na Investigação que se tenciona realizar, bem como do estudo em que serei incluído. Foi-me dada oportunidade para fazer as perguntas que julguei necessárias.

Tomei conhecimento que, de acordo com as recomendações da Declaração de Helsínquia, a informação ou explicação que me foi prestada versus os objetivos, os métodos, os benefícios previstos e o eventual desconforto na ocupação do seu tempo. Além disso, foi-me comunicado que tenho direito a recusar a todo o tempo a minha participação no estudo, sem que isso possa ter como efeito qualquer prejuízo pessoal na assistência que me é prestada.

Por isso, aceito participar de livre e espontânea vontade no estudo proposto pelo investigador, respondendo às questões que me forem colocadas durante a Investigação.

Data: _____, ____ de _____ de 2011

Assinatura do participante no estudo de Investigação:

O investigador responsável pelo estudo:

(Sandra Maria de Jesus Moreira)