



**Instituto Politécnico de Portalegre**  
**Escola Superior de Educação e Ciências Sociais**  
**Escola Superior de Saúde**

**O SENTIMENTO DE SI, A FUNCIONALIDADE E A  
QUALIDADE DE VIDA: A REALIDADE DOS IDOSOS  
INSTITUCIONALIZADOS DA SANTA CASA DA  
MISERICÓRDIA DE ARRONCHES**

**MESTRADO EM GERONTOLOGIA**  
**RAMO GERONTOLOGIA E SAÚDE**

**CATARINA REBELO BAGULHO SILVA**

Orientador: Professor Doutor Raul Alberto Carrilho Cordeiro

**junho de 2017**

**Instituto Politécnico de Portalegre**  
**Escola Superior de Educação e Ciências Sociais**  
**Escola Superior de Saúde**

**O SENTIMENTO DE SI, A FUNCIONALIDADE E A  
QUALIDADE DE VIDA: A REALIDADE DOS IDOSOS  
INSTITUCIONALIZADOS DA SANTA CASA DA  
MISERICÓRDIA DE ARRONCHES**

**MESTRADO EM GERONTOLOGIA**  
**RAMO GERONTOLOGIA E SAÚDE**

**CATARINA REBELO BAGULHO SILVA**

Provas Académicas:

Presidente: Professor Doutor Abílio José Maroto Amiguiinho

Arguente: Professor Doutor Carlos Sequeira

Orientador: Professor Doutor Raul Alberto Carrilho Cordeiro

**junho de 2017**

## **AGRADECIMENTOS**

A elaboração de uma dissertação de Mestrado é, pela sua natureza e definição, um trabalho de responsabilidade individual, e por tornarem aquilo que à primeira vista aparentava ser difícil numa boa experiência de aprendizagem, aqui demonstro os meus profundos agradecimentos a todos os que de alguma forma me apoiaram ao longo destes meses.

Em primeiro lugar, agradeço ao meu orientador, Professor Doutor Raul Cordeiro, por tudo o que me ensinou e transmitiu, não só em conhecimentos objetivos sobre técnicas de trabalho e escalas de intervenção, mas principalmente pelo seu apoio, carinho e amizade que jamais esquecerei. Para além de ser um excelente profissional na sua área de intervenção, tem uma capacidade excepcional de se relacionar com os alunos e restantes profissionais. A relação que manteve comigo, não podia ter sido melhor. Admiro-o como profissional mas principalmente como pessoa.

Não me esquecerei do Professor Doutor Alexandre Martins e do Professor Doutor Adriano Pedro, que tão bem me receberam, pela simpatia, disponibilidade e auxílio prestado quando precisei.

À Doutora Manuela Vilar, pela disponibilidade e atenção que prestou ao autorizar a aplicação da sua escala, e por todos os seus conselhos.

À Enfermeira Deolinda Pinto, Provedora da Santa Casa da Misericórdia de Arronches, por todo o carinho e compreensão. Ainda, agradecer por autorizar este estudo na população da sua casa.

À Professora Paula Fevereiro e amiga, o meu profundo agradecimento e consideração pelo apoio prestado a este estudo.

Aos amigos, pela compreensão demonstrada, o apoio e a amizade que sempre transmitiram, pedindo perdão por de alguma forma ter estado ausente.

Aos meus pais e irmão que sempre me apoiaram e respeitaram o meu espaço sempre que precisei. A família é um bem tão preciso... e vocês são o meu apoio!

Aos meus avós que apesar de distantes, estiveram sempre presentes! Sem vocês este mestrado não seriam possível, são a minha força!

Por fim, ao meu namorado, Tiago, por toda a paciência, carinho, compreensão e incentivo que me transmitiu. Obrigada mesmo, tudo foi mais fácil!

A todos, o meu sincero obrigado!

## **SUMÁRIO**

O presente estudo científico encontra-se integrado no âmbito do Mestrado em Gerontologia.

O objetivo geral do trabalho consiste em compreender a relação entre o autoconceito, a funcionalidade e a qualidade de vida num grupo de idosos institucionalizados da Santa Casa da Misericórdia (SCM) de Arronches. Pretende ainda avaliar o autoconceito da população em estudo; avaliar os níveis de dependência funcional da população em estudo; avaliar a qualidade de vida da população em estudo; avaliar a correlação entre o autoconceito, os níveis de dependência funcional e a qualidade de vida da população em estudo; e identificar as características sociodemográficas da população em estudo.

Apresenta-se de seguida uma breve introdução ao tema a desenvolver: “O Sentimento de Si, a Funcionalidade e a Qualidade de Vida: A realidade dos idosos institucionalizados da Santa Casa da Misericórdia de Arronches”.

Aborda-se a metodologia a utilizar para a concretização do estudo em questão, descrevendo-se o tipo de estudo desenvolvido, os instrumentos de recolha de dados, bem como todos os procedimentos desencadeados para o alcance dos objetivos propostos.

Por fim, conclui-se que o autoconceito, a funcionalidade e a qualidade de vida se encontram interligados, influenciando-se mutuamente de forma positiva ou negativa. Ainda, na sua maioria, as características sociodemográficas são influenciadas por estes três conceitos.

**Palavras-chave:** envelhecimento, idosos institucionalizados, autoconceito, funcionalidade, qualidade de vida.

## **ABSTRACT**

This paper is a part of the Master's Degree in Gerontology.

Its general purpose consists of understanding the relation between the self-concept, the levels of functional dependence and the quality of life of a group of institutionalized elders in Santa Casa da Misericórdia de Arronches. This paper also aims to evaluate the self-concept of these individuals; to evaluate the levels of functional dependence of the same individuals; to evaluate their quality of life; to evaluate the relation between the self-concept, the levels of functional dependence and the quality of life of the previously mentioned individuals; to identify the social and demographic characteristics of the elders.

First, there will be a short introduction to the subject "The self-concept, the functionality and the quality of life: The reality of institutionalized elders of Santa Casa da Misericórdia de Arronches".

The used methodology will be approached, and there will be a description of the type of study which was developed, as well as the instruments used to collect data and all the procedures which were necessary to achieve the results.

Finally, it can be concluded that the self-concept, the functional dependence and the quality of life are connected, that can mutual influence themselves in a positive or negative way. The social and demographic characteristics are influenced by this three concepts in the majority of times.

**Key-words:** aging, institutionalized elders, self-concept, functionality, quality of life.

## **ÍNDICE DE ABREVIATURAS**

AIVD – Atividades Instrumentais de Vida Diária

AVC – Acidente Vascular Cerebral

AVD – Atividades de Vida Diária

ERPI – Estabelecimento Residencial Para Idosos

ICAC – Índice Clínico do Autoconceito

INE – Instituto Nacional de Estatística

MMSE – Mini Mental State Examination

OMS – Organização Mundial da Saúde

RNCCI – Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados

SCM – Santa Casa da Misericórdia

UCC – Unidade de Cuidados Continuados

UCCMDR - Unidade de Cuidados Continuados de Média Duração e Reabilitação

UCCLDM - Unidade de Cuidados Continuados de Longa Duração e Manutenção

## **ÍNDICE**

INTRODUÇÃO.....	14
Parte I.....	16
Capítulo I – O Processo de Envelhecimento .....	16
Capítulo II – Envelhecimento e Funcionalidade.....	20
2.1. AVALIAÇÃO FUNCIONAL .....	22
2.2. INSTRUMENTOS DE AVALIAÇÃO FUNCIONAL.....	23
2.3. PREVALÊNCIA DE (IN)DEPENDÊNCIA FUNCIONAL.....	24
Capítulo III – Envelhecimento e Autoconceito .....	26
3.1. DEFINIÇÃO DO AUTOCONCEITO .....	26
3.2. COMPONENTES DO AUTOCONCEITO .....	27
3.3. ESTRUTURA DO AUTOCONCEITO .....	28
Capítulo IV – Envelhecimento e Qualidade de Vida.....	29
Capítulo V – Autoconceito, Funcionalidade e Qualidade de Vida.....	30
Parte II .....	33
Capítulo I – Estudo Empírico .....	33
1.1. METODOLOGIA .....	33
1.2. DESENHO DO ESTUDO.....	33
1.3. QUESTÃO E OBJETIVOS .....	34
1.4. HIPÓTESES.....	34
1.5. AMOSTRA E POPULAÇÃO.....	35
1.6. CARACTERIZAÇÃO DA AMOSTRA.....	36
1.7. VARIÁVEIS EM ESTUDO.....	36
1.8. MEDIÇÃO DAS VARIÁVEIS, PROCEDIMENTOS, INSTRUMENTOS E MATERIAL .....	37
Parte III.....	43
Capítulo I – Análise e Apresentação de Resultados .....	43
1.1. ANÁLISE DESCRITIVA .....	43
1.2. CARACTERIZAÇÃO SOCIODEMOGRÁFICA.....	43
1.2.1. Capacidade funcional .....	53
1.2.2. Autoconceito.....	57

1.2.3. Qualidade de Vida .....	57
1.3. CORRELAÇÕES .....	59
Capítulo II – Discussão .....	64
2.1. LIMITAÇÕES AO ESTUDO .....	78
Capítulo III – Conclusão .....	80
BIBLIOGRAFIA .....	83
APÊNDICES .....	96
ANEXOS .....	113

## **ÍNDICE DE FIGURAS**

Figura 1- Instrumentos de avaliação que qualificam/quantificam as variáveis.....	38
Figura 2 - Facetas, Itens e Conceitos e conteúdos da WHOQOL-OLD.....	40

## **ÍNDICE DE TABELAS**

Tabela 1 - Distribuição da amostra por classe etária.....	44
Tabela 2 - Distribuição da amostra por faixa etária.....	44
Tabela 3 - Distribuição da amostra por género.....	44
Tabela 4 - Distribuição da amostra por grau de escolaridade.....	45
Tabela 5 - Distribuição da amostra por estado civil.....	46
Tabela 6 - Distribuição da amostra por tipo de habitação.....	47
Tabela 7 - Distribuição da amostra por situação habitacional.....	47
Tabela 8 - Distribuição da amostra por condições de acesso à habitação.....	48
Tabela 9 - Distribuição da amostra por recursos económicos.....	49
Tabela 10 - Distribuição da amostra por utilização de ajudas técnicas.....	50
Tabela 11 - Distribuição da amostra por histórico de quedas.....	51
Tabela 12 - Distribuição da amostra por antecedentes pessoais.....	52
Tabela 13 - Distribuição da amostra por resultados do Índice de Barthel.....	53
Tabela 14 - Interpretação de resultados do Índice de Barthel.....	54
Tabela 15 - Distribuição da amostra por resultados do Índice de Lawton & Brody.....	55
Tabela 16 - Interpretação de resultados do Índice de Lawton & Brody.....	55
Tabela 17 - Distribuição da amostra por resultados do Teste de Tinetti - Score da Marcha e do Equilíbrio.....	56
Tabela 18 - Distribuição da amostra por resultados do Teste de Tinetti - Score Total.....	56
Tabela 19 - Distribuição da amostra por resultados do ICAC.....	57
Tabela 20 - Distribuição da amostra por resultados do WHOQOL-OLD.....	58
Tabela 21 - Correlação entre as características sociodemográficas e as restantes variáveis.....	60
Tabela 22 - Resultados da correlação entre as características sociodemográficas e as restantes variáveis.....	61
Tabela 23 - Correlação entre todos os conceitos.....	62
Tabela 24 - Resultados da correlação entre todos os conceitos.....	63

## **ÍNDICE DE GRÁFICOS**

Gráfico 1 - Distribuição da amostra por classe etária.....	12
Gráfico 2 - Distribuição da amostra por género .....	45
Gráfico 3 - Distribuição da amostra por grau de escolaridade .....	45
Gráfico 4 - Distribuição da amostra por estado civil.....	46
Gráfico 5 - Distribuição da amostra por tipo de habitação.....	47
Gráfico 6 - Distribuição da amostra por situação habitacional .....	48
Gráfico 7 - Distribuição da amostra por condições de acesso à habitação.....	48
Gráfico 8 - Distribuição da amostra por recursos económico .....	49
Gráfico 9 - Distribuição da amostra por utilização de ajudas técnicas.....	50
Gráfico 10 - Distribuição da amostra por histórico de quedas .....	51
Gráfico 11 - Distribuição da amostra por antecedentes pessoais .....	52

## **ÍNDICE DE APÊNDICES**

Apêndice I - Consentimento Livre e Informado.....	97
Apêndice II - Pedido de Autorização à Santa Casa da Misericórdia de Arronches .....	100
Apêndice III - Autorização da Santa Casa da Misericórdia de Arronches .....	102
Apêndice IV - Pedido de Autorização para utilização da Escala WHOQOL-OLD .....	104
Apêndice V - Autorização para utilização da Escala WHOQOL-OLD .....	107
Apêndice VI - Pedido de autorização para utilização do Índice Clínico de Autoconceito ....	109
Apêndice VII - Autorização para utilização do Índice Clínico de Autoconceito .....	111

## **ÍNDICE DE ANEXOS**

Anexo I - Questionário de Identificação Sociodemográfico .....	114
Anexo II - Inventário Clínico do Autoconceito (ICAC).....	119
Anexo III - Inventário de Avaliação da Qualidade de Vida em Adultos Idosos da OMS (WHOQOL-OLD) .....	122
Anexo IV - Mini Mental State Examination (MMSE) .....	134
Anexo V - Índice de Barthel.....	137
Anexo VI - Índice de Lawton & Brody .....	140
Anexo VII - Teste de Tinetti .....	143

## **INTRODUÇÃO**

Estudos demográficos demonstram o crescente aumento da população idosa, fenómeno que é mundial.

A expressão “Qualidade de Vida” tem recebido vários conceitos ao longo dos anos, e a Organização Mundial de Saúde (OMS) define-a sendo a percepção do indivíduo da sua posição na vida, no contexto da cultura e sistemas de valores nos quais vive, e em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações. Este conceito é multidimensional, subjetivo e complexo, abrangendo o estado físico, psicológico, social e o meio ambiente. Segundo a literatura científica, a qualidade de vida pode ter um impacto negativo devido à ausência de rendimentos e um aumento do número de idosos dependentes (Araújo *et al.*, 2011, p. 78).

Parafrazeando Vaz-Serra, A. (1986b), porque é tão importante a avaliação que o indivíduo faz de si próprio? Pela simples razão de que uma avaliação positiva do sentimento de si permite ao sujeito alcançar objetivos desejados, obter reforços, evitar o fracasso e a punição e não se tornar ansioso ou solitário, melhorando a sua funcionalidade e qualidade de vida.

Os indivíduos têm várias identidades e cada uma é mais ou menos assimilada pelo seu *self* individual (autoconceito) e podem influenciar o bem-estar como uma função que facilita a satisfação das necessidades psicológicas para a autonomia (Rocha, 2007, p. 48).

Santana (2003) relata que a qualidade de vida do indivíduo é um dos elementos que influi no autoconceito. Também, cita outros autores que dizem que na idade avançada o “autoconceito é reformulado e passa por nova valorização ou desvalorização da avaliação que o indivíduo faz dele mesmo”.

No contexto português e nas últimas décadas, tem sido evidenciado o interesse pelo estudo e pela avaliação deste constructo através da pesquisa da relação que pode ter com outras variáveis, da realização de estudos de adaptação de instrumentos de avaliação, e construção de instrumentos/escalas, traçando planos de intervenção para a sua promoção (Faria, 2005, p. 366). Desta forma, o facto de o autoconceito estar relacionado com as experiências, comportamento e bem-estar, é importante aprofundar este conceito através da investigação acerca da sua funcionalidade e do envelhecimento (Rocha, 2007, p. 73).

Este estudo científico surge com o tema “O Sentimento de Si, a Funcionalidade e a Qualidade de Vida” - A realidade dos idosos institucionalizados da Santa Casa da Misericórdia de Arronches. Eleger o tema do autoconceito como foco de investigação que nos propomos a desenvolver é prosseguir um caminho já iniciado por diversos autores/investigadores, que verificaram que mais estudos são necessários para identificar as necessidades dos idosos

institucionalizados, bem como esclarecer que uma avaliação positiva de si próprio, um bom autoconceito, permite às pessoas idosas manter os seus níveis de qualidade de vida independentemente dos seus problemas de funcionalidade, visto ser um tema bastante crítico da atualidade. Ainda, verifica-se a crença e esperança que no futuro, ser velho seja considerado uma dádiva de experiências e vivências, com aceitação de fatores que advém da arte de envelhecer.

A presente dissertação é composta por três partes. Na parte I é efetuada uma revisão geral da literatura, subdividida em três capítulos, onde se define o processo de envelhecimento e se descrevem sucintamente os mecanismos fisiopatológicos, bem como as suas implicações a nível funcional; expõe-se uma definição de autoconceito, funcionalidade e qualidade; como ainda surge descrita a relação entre as três variáveis em estudo: o autoconceito, a funcionalidade e a qualidade de vida. Na parte II, faz-se uma descrição detalhada da metodologia seguida na presente investigação, com descrição do tipo de estudo que futuramente será usado nos próximos capítulos, das variáveis em estudo, dos protocolos de intervenção, e dos instrumentos de medida a serem utilizados. Por fim, na Parte III apresenta-se o tratamento estatístico dos dados, refletindo posteriormente os resultados.

Tendo em conta este quadro teórico e convictos dos benefícios inerentes ao autoconceito, a realização deste estudo visa compreender a relação entre o autoconceito, os níveis de dependência funcional e a qualidade de vida num grupo de idosos institucionalizados.

A norma utilizada nas referências bibliográficas é a norma da APA, 2016.

Espero, assim, que a nossa pesquisa contribua futuramente na minimização das barreiras da saúde no que respeita a toda a problemática que envolve o idoso.

## **Parte I**

### **Capítulo I – O Processo de Envelhecimento**

O processo natural de envelhecimento é traduzido como um fenómeno universal, gradual e irreversível, concebendo inúmeras mudanças e transformações que ocorrem ao longo do ciclo vital do ser humano (Lima, 2004, p. 920). O envelhecimento humano é um processo progressivo de mudança da estrutura biológica, psicológica e social dos indivíduos, que se inicia antes do nascimento e desenvolve-se ao longo da vida (Costa, 2011, p. 8). É um dos maiores desafios da atualidade. Trata-se de um fenómeno inevitável, inerente à própria vida, equivalente à fase final de um programa de desenvolvimento e de diferenciação (Figueiredo, 2007 & Féliz, 2010, p. 11).

A sociedade atual depara-se diariamente com a problemática do envelhecimento demográfico em consequência do aumento da esperança média de vida, do declínio da natalidade e elevadas taxas de migração, tornando-se no fenómeno mais marcante do século XX (Netto, 2002, p. 8).

A esperança média de vida tem aumentado em todo o mundo, inclusivamente nos países menos desenvolvidos, devido ao aparecimento de novos conhecimentos científicos e à descoberta de novas tecnologias na área da saúde, à melhoria das condições de vida e de trabalho, do nível educacional, de escolaridade, e do atendimento/acesso às necessidades de saúde da população (Costa, 2011, p. 8 & Gorgulho, 2011, p. 25). Também, em conjunto com a melhoria das condições de vida e de trabalho da população, verifica-se um número cada vez maior de pessoas que sobrevive até idades avançadas. Porém, à medida que a população se aproxima do limite biológico da vida humana, por volta dos 85 anos, a taxa de mortalidade aumenta abruptamente (Araújo *et al.*, 2011, p. 76 & Gorgulho, 2011, p. 25).

#### **1.1. ENVELHECIMENTO DEMOGRÁFICO EM PORTUGAL**

O aumento da proporção de pessoas idosas em relação à restante população é um fenómeno nacional e mundial. Tornou-se, então, um dos grandes triunfos da Humanidade (WHO, 2002).

A nível nacional, o crescimento populacional foi de 6,9% nos últimos 16 anos. Porém, no grupo etário de 65 e mais anos, o acréscimo foi de 34,6%. O grupo etário da população com 85 e mais anos quase duplicou entre 1991 e 2007 (Alto Comissariado da Saúde, 2008). Ainda, em

Portugal, a esperança de vida à nascença foi estimada em 80,41 anos para o total da população, sendo de 77,36 anos para os homens e de 83,23 anos para as mulheres, para Portugal (INE, 2009).

O ritmo de crescimento mundial das pessoas com 65 anos de idade, relativamente à população jovem (0-14), é quatro vezes superior (INE, 2009). Este fenómeno é característico da sociedade portuguesa, traduzindo-se em alterações da estrutura etária da população (GTCP, 2008). Em 2009 a população idosa representava 17,1% da população total, comparativamente com 16,7% em 2005. Isto é, Portugal tem cerca de um milhão e meio de pessoas com mais de 65 anos, numa população de 10 milhões de habitantes. Em 2050 este grupo populacional representará uma proporção 32% da população mundial, sendo que 80% estará nos países desenvolvidos (Lemos, 2013, p. 5). O Alentejo é a Região mais envelhecida de todo o território nacional, registando a maior proporção de idosos (22,3%) e, simultaneamente, a menor proporção de jovens (13,7%) (Censos, 2001). Este fenómeno tem vindo a acentuar-se quer pela base da pirâmide etária, com a diminuição da população jovem, quer pelo topo com o incremento da população idosa. A pirâmide etária deixou de ser triangular e apresenta um estreitamento na base, como resultado da baixa da fecundidade e um alargamento no topo decorrente da maior longevidade (Féliz, 2010, p. 11).

Devido a este ***envelhecimento populacional***, não será possível a renovação das gerações. Consequentemente, a prestação de cuidados familiares ao idoso encontra-se comprometida devido à diminuição do número de filhos e ao aumento do número de idosos (Gorgulho, 2011, p. 25). As estatísticas demográficas confirmam que existe uma clara correlação entre a idade e a necessidade de apoio. Assim, vive-se mais anos, mas não implica que haja maior qualidade de vida no final de vida (GTCP, 2008).

Face às mudanças epidemiológicas e à inversão da pirâmide etária, os sistemas de saúde são hoje confrontados com um conjunto de desafios que exigem, cada vez mais, respostas mais sofisticadas, transformando a integração de cuidados de saúde numa questão central e na organização dos sistemas de saúde atuais. É elementar que exista uma resposta pronta e adequada a situações inesperadas, de forma a proporcionar um prolongamento dos anos de vida, com qualidade, da população da nossa sociedade. Para isso, é necessário implementar medidas que diminuam os lapsos e deem prioridade aos cuidados necessários, com melhor qualidade assistencial.

## **1.2. ENVELHECIMENTO BIOLÓGICO**

Para Neri (2007, p. 255), o envelhecimento compreende os processos de transformação do organismo que ocorrem após a maturação sexual e que implicam a diminuição gradual da probabilidade de sobrevivência.

Não existe um padrão único para a definição do envelhecimento como processo biológico, uma vez que as funções orgânicas variam em ritmo, forma e intensidade, de acordo com cada organismo e história de vida. Trata-se de um processo único e individual, embora tenha na sua capacidade o entendimento de algumas alterações na aparência, no comportamento, na experiência pessoal e, principalmente, nos papéis sociais desempenhados pelas pessoas idosas (Martins, 2012, p. 7). Refere-se às transformações físicas que reduzem a eficiência dos sistemas orgânicos e funcionais do organismo, traduzindo-se numa diminuição progressiva das capacidades de manutenção de equilíbrio homeostático que, em condições normais, não será suficiente para produzir distúrbios funcionais. Quando este declínio é muito significativo, ocorre uma redução da reserva funcional, colocando o idoso mais vulnerável ao surgimento de doenças crônicas, que podem levar a alterações na capacidade funcional progredindo para uma dependência (Neri, 2007, p. 255 & GTCP, 2008).

## **1.3. ENVELHECIMENTO PSICOLÓGICO**

Associado ao conceito de idosos surge o conceito de velhice, a qual se situa predominantemente no campo psicológico, manifestando-se na capacidade do idoso encarar o seu futuro com esperança, confiança e algum otimismo. Esta pode assim ser entendida como uma etapa de desenvolvimento, pressupondo uma crise, envolvendo fases de destruturação, reestruturação e equilíbrio, resolvendo-se de forma positiva ou negativa (Costa 2011, p. 8).

Desta forma, a psicologia defende que pode existir desenvolvimento da personalidade durante a velhice, transcendendo os níveis de desenvolvimento atingidos na maturidade. As pessoas idosas tendem a indicar uma idade psicológica menor do que a sua idade cronológica, para salvaguardar a imagem social e a autoestima (Neri, 2007, p. 256).

## **1.4. ENVELHECIMENTO SOCIAL**

De acordo com o modelo social de velhice presente na sociedade contemporânea, a maioria das *representações sociais sobre a velhice* são caracterizadas por atribuições negativas e

estigmatizadoras (ideias idadistas), onde o idoso surge como um ser frágil, dependente, pobre, assexuado, infantil, esquecido e desprovido de qualquer tipo potencial de capacitação (Almeida & Patriota, 2009, p. 11). Acredita-se que os idosos são alvo de alterações a nível dos papéis a desempenhar, no seio familiar, laboral e ocupacional, verificando-se uma tendência para diminuir de uma forma progressiva, de acordo com a idade, ficando mais comprometida quando estes apresentam algum tipo de dependência de terceiros (GTCP, 2008).

Socialmente, a *velhice* é considerada como a fase do desenvolvimento em que a morte parece mais presente, pela aparente proximidade com ela. Segundo Araújo *et al.* (2010), esse período é também marcado por grandes perdas sociais, pois a sociedade tenta marginalizar o velho na condição de reformado, improdutivo e desvalorizado, com base no argumento de que o envelhecimento acarreta decadência intelectual e física. A entrada na reforma e por consequência a saída do mercado laboral é um marco, muitas vezes forte e stressante para o indivíduo, que de repente deixa de ter claro e estabelecido o seu papel na sociedade. Numa sociedade moderna com valores altamente consumistas, as leis laborais e sociais têm que suportar socialmente os mais velhos, limitando o seu desempenho profissional, sem considerar a sua vontade e capacidade para produzir ao seu ritmo, dando prioridade à rentabilidade, produção e consumismo (Féliz, 2010, p. 22).

De acordo com Zimerman (2000), o envelhecimento social da população traz uma modificação no status do idoso e no relacionamento dele com outras pessoas em função de uma *crise de identidade na ausência de papel social* provocada ao nível da troca de papéis a desempenhar, no seio familiar, laboral ou ocupacional, o que leva o idoso a perder a sua autoestima. Nesta fase do ciclo de vida caracteriza-se ainda por múltiplas perdas e alteração das suas redes de suporte (como a perda de conjuge, amigos, familiares, diminuição de acessibilidade por diminuição do estado de saúde, entre outros), verificando-se um comprometimento na capacidade de lidar com as perdas, podendo levá-lo à sua autoexclusão social (Santrock, 2002, p. 1). O confronto com essas perdas, exige um esforço de adaptabilidade por parte do idoso a estas situações de forma e ir mantendo a qualidade de vida desejada.

Visto isto, é necessário dar respostas a este novo contexto social do idoso, pois se efetuaram tantos esforços e se continuam a desenvolver novas iniciativas para prolongar e valorizar a vida humana, será lamentável se não se conseguir criar as condições adequadas para que o idoso possa usufruir de qualidade de vida e bem-estar até ao final da sua vida (GTCP, 2008).

## **Capítulo II – Envelhecimento e Funcionalidade**

Estima-se, atualmente, que 80% das pessoas com 65 ou mais anos de idade sofrem pelo menos de uma doença crónica ou degenerativa e, para muitos, a presença de duas ou mais condições tendem a provocar défice na funcionalidade do indivíduo.

Segundo o INE, 2014, cerca de 50% da população, com 65 ou mais anos de idade declarou ter muita dificuldade ou não conseguir realizar pelo menos uma das seis atividades diárias (ver, ouvir, andar, memória/concentração, tomar banho/vestir-se, compreender/fazer-se entender). Em relação ao índice de dependência de idosos em Portugal, à data dos Censos de 2011, o mesmo situou-se nos 28,8%, o que corresponde a um aumento face a 2001 que se posicionava em 24,1%. ***Identificamos que com o aumento da população idosa o índice de dependência também aumenta*** (Fernandes, 2015, p. 104). Os efeitos do envelhecimento podem justificar esta perda de funcionalidade e qualidade de vida dos idosos. O compromisso da mobilidade pode estar relacionado com a fraqueza muscular, com a diminuição da amplitude dos movimentos, com o comprometimento do equilíbrio, da coordenação e devido ao repouso prolongado que se observa nos idosos (Hoeman, 2002, p. 104).

No sentido de especificar e quantificar o estado funcional do indivíduo, surge o conceito de ***independência funcional***, sendo a capacidade do indivíduo para satisfazer as suas necessidades, de forma autónoma e independente (Diogo 2003, p. 76; Costa, 2002, p. 22; Yang, 2005, p. 271; Pelegrin *et al.*, 2008, p. 183). Por sua vez, dependência é quando a pessoa tem necessidades específicas aquando da realização das atividades de vida diárias, por razões ligadas à perda de autonomia física, psíquica ou intelectual (Amaral & Vicente, 2001, p. 11).

Este conceito tem evoluído ao longo dos tempos, tratando-se de um conceito complexo que engloba diversas dimensões. De acordo com Rosa *et al.* (2003, p. 43) e Maciel & Guerra (2007, p. 185), os fatores sociodemográficos (como a idade, o sexo, a escolaridade e o agregado familiar), socioeconómicos, culturais e psicossociais podem influenciar a capacidade funcional do indivíduo (Diogo, 2003, p. 77; Rosa *et al.*, 2003, p. 44; Guimarães *et al.*, 2004, p. 131; Ricci *et al.*, 2005, p. 658; Imaginário, 2008). Para Netto (2002, p. 9), na mesma pessoa podemos encontrar parâmetros quer de dependência quer de independência. Ainda, neste sentido, muitos estudos englobam fatores referentes à saúde (como a visão e a audição, doenças crónico-degenerativas, entre outros) e referentes à autoperceção da saúde (como a perceção do seu estado de saúde ou estado de saúde comparado com outro parente próximo) (Rosa *et al.*, 2003,

p. 45). Pereira (2003, p. 20) afirma que as causas mais comuns de perda da independência funcional do idoso são as imobilidades e as inatividades (sedentarismo).

O conceito de independência funcional, portanto, envolve a execução das atividades desenvolvidas diariamente em dois domínios. O primeiro refere-se às Atividades de Vida Diária (AVD) que estão diretamente relacionadas com a alimentação, autocuidado e mobilidade, como o uso de casa de banho, arranjar-se, vestir-se, tomar banho, deambular, etc. São as atividades imprescindíveis para uma pessoa viver de forma independente (Sequeira, 2010, p. 86). O segundo domínio insere-se sobre as Atividades Instrumentais da Vida Diária (AIVD) que se encontram ligadas a tarefas mais complexas e que possibilitam à pessoa adaptar-se ao meio e manter a sua independência na comunidade (cuidado do seu meio e participação social), como cozinhar, usar transportes, usar dinheiro, usar o telefone, entre outras (Itami, 2008, p. 22 & Sequeira, 2010, p. 86). Este conjunto de atividades quotidianas essenciais devem ser realizadas regularmente para manter a independência de um indivíduo no seu meio habitual (Sequeira, 2010, p. 86). São dois conceitos abrangentes e complexos e encontram-se intimamente ligados (Rosa *et al.*, 2003, p. 47; Guimarães, 2004, p. 131; Figueiredo, 2007; Sequeira, 2010, p. 88).

Segundo Botelho (2000, p. 71), o conceito de independência funcional está relacionado com a autonomia na execução de tarefas de prática frequente e necessária a todos os indivíduos. Assim, é possível afirmar que a dependência funcional pode levar à perda de autonomia, na medida em que um idoso que demonstra algum grau de dependência, para administrar as suas finanças ou adquirir alimentos e bens de consumo básico, pode ter a sua autonomia prejudicada. (Guimarães, 2004, p. 134 & Oliveira, 2005).

Caetano (2009) acrescenta ainda mais duas dimensões nas AVD, sendo elas a dimensão ocupacional e recreativa e a dimensão referente à qualidade de vida da pessoa. Hoeman (2000, p. 105) considera que as mais relevantes são as *variações sensoriais, e as limitações* na mobilidade. Atividades que parecem ser simples para quem as desenvolve, tornam-se difíceis para quem nunca careceu de as executar.

O conceito de dependência engloba três noções fundamentais: a ***multidimensionalidade, a multicausalidade e a multifuncionalidade***. A multidimensionalidade realça que a dependência engloba múltiplos domínios: mental, físico, económico, social, assim como a sua combinação. A noção de multicausalidade evoca que a dependência não é sinónimo de velhice: nem todos os idosos são dependentes e há muitos dependentes que não são idosos. A nível funcional, e tendo em conta a conceção intrinsecamente negativa que a dependência apresenta na sociedade, presume-se que não tem que assumir apenas uma única função nem o carácter de

irreversibilidade com que muitas vezes é perspectivado, fazendo parte do processo de adaptação (Lezaun & Salanova, 2001, p. 8; Louro, 2009).

Neto & Castro (2012, p. 107), referem que quanto maior for a dificuldade do idoso em realizar AVD, pior é a perceção em importantes domínios da qualidade de vida. Conforme a literatura consultada, vários autores referem que com o envelhecimento há um decréscimo da aptidão acompanhada de uma diminuição da funcionalidade.

É do conhecimento geral, que os principais motivos para a institucionalização estão relacionados com as incapacidades do idoso que o limitam na execução das AVD, aliado à impossibilidade da família em garantir o apoio necessário (Ferreira, 2013, p. 33). Também Araújo *et al.* (2007, p. 60) referem que a perda da capacidade funcional é principal razão para a institucionalização dos idosos.

## **2.1. AVALIAÇÃO FUNCIONAL**

Uma tentativa sistematizada de mesurar objetivamente os níveis de desempenho/qualidade de vida de um indivíduo em determinadas atividades ou funções em diferentes áreas como a saúde física, intelectual e emocional pode ser definida como *avaliação funcional*. Representa uma maneira de avaliar se uma pessoa é ou não capaz de desempenhar as atividades necessárias para cuidar de si mesma de forma independente e, caso não seja, verificar se essa necessidade de ajuda é total ou parcial (Devons, 2002, p. 19; Kawasaki *et al.*, 2004, p. 57; Duarte *et al.*, 2007, p. 317). Ainda, após avaliar o grau de independência, permite aplicar medidas preventivas e promocionais que permitam uma longevidade com maior independência, autonomia e qualidade de vida para os idosos.

Dentro dos objetivos da avaliação funcional podemos citar: detetar situações de risco, identificar áreas de disfunção ou necessidade, monitorizar o declínio funcional do indivíduo, estabelecer um plano de cuidados adequados às demandas assistenciais identificadas, identificar as necessidades de reabilitação, elaborar um plano de intervenção individualizado e avaliar a evolução e/ou resposta aos cuidados prestados (Sequeira, 2010, p. 88).

A avaliação funcional é sensível a alterações cognitivas ligeiras, nomeadamente ao nível da memória, atenção e funções executivas, bem como da sua força física e destreza, uma vez que envolve capacidades como as de gerir dinheiro, tomar a medicação, ir às compras e alimentar-se, entre outras. Provavelmente o declínio funcional tem início quando estas

capacidades cognitivas estão ligeiramente afetadas, levando à perda gradual de AVD e, posteriormente, a atividades mais complexas como as AIVD (Cabete, 2005).

Esta avaliação permite caracterizar o grau de independência e a partir daí aplicar medidas preventivas e promocionais que permitam uma longevidade com maior independência, autonomia e qualidade de vida para os idosos.

## **2.2. INSTRUMENTOS DE AVALIAÇÃO FUNCIONAL**

Quando se propõem programas terapêuticos em reabilitação, a identificação de problemas específicos a serem abordados, bem como a quantificação dos progressos dos utentes e o estabelecimento de novas prioridades, exige a documentação da funcionalidade de forma compreensível e reproduzível. Um componente essencial da avaliação da efetividade de um programa de reabilitação é a colheita de dados sistematizada acompanhada da capacidade funcional dos utentes. Para esse efeito, observa-se uma proliferação de *instrumentos que se propõem avaliar o estado funcional*, levando em conta as atividades de vida quotidianas do indivíduo. A maior parte deles são genéricos, ou seja, não são direcionados a uma população específica e, de forma geral, avaliam o que o indivíduo é capaz de fazer (Kawasaki *et al.*, 2004, p. 60).

As escalas utilizadas para avaliação funcional podem ser diferenciadas de acordo com o número de dimensões avaliadas (física, psicológica, funcional, social, entre outros), podendo ser escalas unidimensionais, mistas ou globais. Esta avaliação funcional deve ser efetuada com instrumento apropriado, fiável e válido (Botelho, 2000, p. 72 & Sequeira, 2010, p. 89). Segundo Devons (2002, p. 20), estes instrumentos permitem identificar problemas específicos e são medidas objetivas com pontuações finais que facilitam a comunicação entre profissionais de saúde, conduzindo a uma adequada planificação da intervenção pois, é possível identificar as capacidades e as limitações de cada um, sendo fundamentais para um diagnóstico rigoroso.

Apóstolo (2011, p. 14) refere que apesar de não existir um consenso no uso de uma única escala em reabilitação, uma das mais utilizadas para determinar o nível de dependências nas AVD é o Índice de Barthel. Este, mede o nível de independência funcional de desempenho na mobilidade, autocuidado e continência, quantificando o grau de dependência em resultados de 0 a 100. Uma característica deste Índice é que compreende apenas a avaliação do desempenho do indivíduo quanto às atividades motoras, sem incluir a capacidade de comunicação ou os aspetos cognitivos e sociais. Além disso, existe uma grande facilidade de aplicação e interpretação, bem como a vantagem de poder ser repetido periodicamente (permitindo

monitorizações longitudinais), associada aos reduzidos custos de aplicação e tempo despendido, sendo uma das medida mais utilizadas na clínica e na investigação para avaliar o grau de dependência dos idosos (Paixão & Reichenheim, 2005, p. 12; Araújo *et al.*, 2007, p. 60; Sequeira, 2010, p. 89).

Quanto à escala mais utilizada para determinar o nível de dependência nas AIVD é a Escala de Lawton & Brody (1969), que reside na capacidade de avaliação global do idoso e na capacidade de avaliação parcelar, de acordo com cada grupo de 7 atividades: cuidados pessoais; cuidados domésticos; recreação/ lazer; compras e gestão do dinheiro; locomoção; comunicação e relações sociais; sendo que o seu resultado oscila, conforme o score total, em dependência ligeira, moderada e elevada. (Araújo *et al.*, 2008 p. 55; Imaginário, 2008; Sequeira, 2010, p. 86; Elias, 2011). Esta escala tem sido amplamente aceite como um instrumento de avaliação válido e de confiança, utilizada em diversos estudos (Cromwell *et al.*, 2003, p. 132), pois são apresentadas vantagens como a sua fácil aplicação, os baixos custos e a sua utilidade. Contudo, a literatura chama a atenção para a prudência na sua utilização em idosos do sexo masculino, essencialmente em algumas atividades como lavar a roupa, cozinhar e cuidar da casa, em que a incapacidade do idoso pode estar relacionada com fatores pessoais e/ou culturais e não com uma incapacidade real (Botelho, 2005, p. 117 & Sequeira, 2010, p. 54).

### **2.3. PREVALÊNCIA DE (IN)DEPENDÊNCIA FUNCIONAL**

Vários estudos levam-nos a delinear múltiplos fatores que determinam a independência funcional dos idosos, afirmando que o sexo feminino apresenta uma forte associação à dependência funcional (Koukouli. *et al.*, 2002; Rosa *et al.*, 2003, p. 48; Sousa *et al.*, 2003, p. 366). Martins (2004) refere que o avanço da idade é também um dos fatores que predispõe dependência funcional. Hébert. *et al.* (1999, p. 505), verificaram que relativamente ao estado civil e agregado familiar, as pessoas que vivem sozinhas são mais independentes e apresentam uma redução no risco de virem a apresentar declínio funcional. Contrariamente, Brink *et al.* (2004, p. 356) enunciam a viuvez como fator de risco para a dependência nas AIVD e na mobilidade. Rosa *et al.* (2003, p. 48) e Branco *et al.* (2001) mencionam no seu estudo que um baixo nível de escolaridade encontra-se associado a níveis elevados de dependência funcional. A ocorrência de várias patologias ao longo da vida é também um fator estudado na dependência funcional. Para Rosa *et al.* (2003, p. 48) a ocorrência de um Acidente Vascular Cerebral (AVC) está associada a uma dependência moderada a grave.

Quanto às AVD, Duca *et al.* (2009, p. 801) referem no seu estudo que relativamente aos cuidados pessoais encontrou-se uma elevada prevalência de dependência com o avanço da idade para o controlo das funções de urinar e/ou evacuar, seguida pelos cuidados de vestir-se e tomar banho. Também, relacionado com a idade, encontra-se a dependência na locomoção em que muitos idosos referiram utilizar um ajuda técnica (andarilho, canadiana, entre outros), seguindo-se de dependência menos significativa na atividade de fazer compras e lavar a roupa. Neto & Castro (2012, p. 107), referem que quanto maior for a dificuldade do idoso em realizar AVD, pior é a perceção em importantes domínios da qualidade de vida. Conforme a literatura consultada, vários autores referem que com o envelhecimento há um decréscimo da aptidão física e a diminuição da aptidão física acompanha uma diminuição da funcionalidade, ficando desta forma associado a diversas alterações com consequências na independência funcional.

Costa *et al.* (2006) referem no seu estudo que as três AIVD nas quais os idosos tinham mais dependência, necessitando de ajuda, foram a gestão do dinheiro (73,9%), locomoção (72,5%) e cuidados domésticos (40,6%), e as que tinham dependência total incluíam lavar qualquer peça de roupa (30,4%), realizar trabalho doméstico (26,1%) e utilizar o telefone (20,3%).

Por fim, Araújo *et al.* (2007, p. 61) destaca que a perda da capacidade funcional revelou-se como a principal razão encontrada na decisão de institucionalização de indivíduos idosos.

## **Capítulo III – Envelhecimento e Autoconceito**

### **3.1. DEFINIÇÃO DO AUTOCONCEITO**

O homem, ao longo dos tempos, procura as razões inerentes ao seu comportamento e procura um sentido de identidade (Torrinhas, 2013, p. 31). O estudo do autoconceito (*self*) tornou-se num tema central da personalidade e foco do indivíduo, determinando as suas aspirações, expectativas e competências, regulando desta forma a qualidade da comunicação e das relações que são estabelecidas, sendo por isso uma variável indispensável no estudo do comportamento humano (Lopes, 2006, p. 322; Rocha, 2007, p. 51; Torrinhas, 2013, p. 31). Com base no conjunto dessas representações, o indivíduo vai formando uma imagem de si, o seu autoconceito, que se traduz na construção de uma identidade pessoal e social (Torrinhas, 2013, p. 31).

Não existe consenso quanto à definição de autoconceito, pois este não apresenta propriedades facilmente observáveis, porém, sabe-se que é real e que existe em cada indivíduo. Assim, os autores dos estudos acerca deste constructo promovem-no como um elemento vital e focal da experiência de cada indivíduo, pela sua primazia, centralidade, continuidade e ubiquidade (Torrinhas, 2013, p. 32). Este conhecimento que o indivíduo tem de si mesmo influencia não só os seus comportamentos, como as suas expectativas de vida.

Conhecer a identidade do sujeito permite a compreensão do seu passado, do seu potencial no futuro e do lugar que ocupa no presente. Deste modo, o autoconceito tem influência na dinâmica da personalidade e revela um papel regulador dos estados motivacionais e afetivos do comportamento (Carneiro *et al.*, 2003, p. 431), desempenhando um papel decisivo e central no desenvolvimento da personalidade (Bruges, 2006, p. 87).

Deste modo, diversos autores defendem que desde que o autoconceito se encontre equilibrado (em termos de aptidões), este aumenta proporcionalmente ao desempenho de um indivíduo, quando comparado com os outros (Vaz-Serra, A., 1986b; Rocha, 2007, p. 52; Melo, 2008, p. 71; Silva, 2009, p. 11; Lins, 2013, p. 15). É necessário assumir um papel de um coletivo na sua totalidade, não apenas assumir o papel do outro (Rocha, 2007, p. 52).

Markus & Herzog (1999, p. 956 *in* Rocha, 2007, p. 52) concordam que os acontecimentos de vida alteram a estrutura e conteúdo do próprio autoconceito, no entanto, este tem um papel primordial na vida das pessoas idosas, dando sentido e orientando as suas experiências. Estes

autores evidenciam que os idosos têm uma estrutura de autoconceito bem integrada na sua personalidade e estratégias de *coping* mais fortes do que os mais jovens.

Outro aspeto importante do autoconceito, desenvolvido por Markus & Nurius (1986, p. 957), está relacionado com as ideias que cada um tem sobre quem se pode tornar, quem gostaria de ser e de quem tem medo de se tornar, promovendo não só esperanças e sonhos para o *self*, como medos e ansiedades (Rocha, 2007, p. 53).

### **3.2. COMPONENTES DO AUTOCONCEITO**

Aquando do processo de desenvolvimento do ser humano, a autoavaliação é um processo adaptativo. A necessidade que este tem de se sentir aceite e como parte integrante de um grupo advém do fato de este viver em comunidade. A imagem que o sujeito tem de si orienta o seu comportamento e atitudes, e provém do *feedback* constante do contexto em que está inserido (Torrinhas, 2013, p. 34). Desta forma, o autoconceito é uma componente central no desenvolvimento do sistema cognitivo do ser humano, intimamente envolvido com as experiências de vida, orientando o seu comportamento para o futuro, ajustando as relações sociais (Rocha, 2007, p. 54).

Rosenberg & Kaplan (1965, *in* Rocha, 2007, p. 54) referem que o autoconceito é organizado internamente por atitudes, englobando pela sua importância, a componente avaliativa/afetiva (**autoestima**), a componente comportamental (**autoeficácia**) e a componente cognitiva (**autoimagem**) (Lopes, 2006, p. 323; Rocha, 2007, p. 54). A autoavaliação e parte afetiva do autoconceito denomina-se autoestima e diz respeito à sua componente avaliativa/afetiva. É a componente com mais interesse e estudo por parte dos autores, sendo mencionada incorretamente como sinónimo de autoconceito. É da sua responsabilidade e primazia o bem-estar psicológico e as relações sociais (Rocha, 2007, p. 56). A tendência que o indivíduo tem para se comportar em relação a si próprio de acordo com a aceitação ou recusa dos seus atos, ou seja, as suas ações, representam a componente comportamental (Rocha, 2007, p. 56., 2007). As crenças ou opiniões que o indivíduo constrói de si mesmo definem o aspeto percetivo do autoconceito, a autoimagem (Lopes, 2006, p. 324; Rocha, 2007, p. 56). As potencialidades e futuro do sujeito sustentam a responsabilidade de motivar, uma vez que se tenta motivar o autoconceito de forma positiva, como as suas representações cognitivas, objetivos, aspirações e medos (Rocha, 2007, p. 56; Papalia *et al.*, 2010, p. 331). A autoimagem é uma componente do autoconhecimento que engloba, por sua vez três subcomponentes: **autoimagem real**, a **ideal** e a **social**.

### **3.3. ESTRUTURA DO AUTOCONCEITO**

Burns (1982 *in* Torrinhas, 2013, p. 36) refere que o autoconceito não é inato, é aprendido e adquirido, sendo consequência dos estímulos e informações constantes que o indivíduo recebe do meio envolvente.

Mais tarde, Hattie (1992, apud Rocha, 2007, p. 58) elaborou diversas características referentes à estrutura do autoconceito: **é organizado e estruturado; multidimensional; hierárquico** (existem os termos gerais e só depois os atributos específicos); **multifacetado** (estável, avaliativo e diferenciável) (Albuquerque & Oliveira, 2002, p. 26); **é uma variável latente** (não é uma entidade que existe na pessoa, é um conjunto de opiniões e de relações entre opiniões que a pessoa tem sobre si própria); **é único para cada pessoa e insubstituível; orientador/indicador do comportamento** (as nossas percepções podem afetar o modo como nos comportamos); **é culturalmente limitado** (como é construído socialmente está mais relacionado com a cultura do que propriamente com a pessoa); e **é razoavelmente estável** (as pessoas desenvolvem modelos para compreender as suas conceções do *self* através da autoconsciência e reconhecimento dos seus limites) (Rocha, 2007, p. 58; Neves & Faria, 2009, p. 210; Torrinhas, 2013, p. 38).

## **Capítulo IV – Envelhecimento e Qualidade de Vida**

Para a OMS, a qualidade de vida é definida como a percepção do indivíduo na sua posição na vida, no contexto da cultura e sistema de valores em que vive, e em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e conceitos (WHO, 2005). Ainda segundo a mesma, tal percepção é afetada de forma complexa pela saúde física da pessoa, pelo seu estado psicológico, crenças pessoais, relações sociais e pelas suas relações com características importantes do seu ambiente.

O aumento de longevidade, associado aos cuidadores informais de idosos dependentes, coloca novos desafios aos profissionais de saúde, nomeadamente equacionar a problemática da qualidade de vida, pois é tão importante dar anos à vida, como dar vida aos anos (Ribeiro *et al.*, 2008, p. 61 & Coutinho *et al.*, 2011, p. 390). Segundo um constructo pluridimensional que avalia duas dimensões, bem-estar e qualidade de vida nos idosos, corrobora um grande interesse na investigação científica no desenvolvimento de estudos para um equilíbrio do envelhecimento saudável ou envelhecimento bem-sucedido.

De modo geral, este termo é **multifatorial**; baseia-se na **percepção pessoal**; **varia de acordo com o tempo**; e é **subjutivo**, pois baseia-se em aspetos imateriais. Nessa ótica, Coutinho *et al.* (2007, p. 169) afirmam que qualidade de vida não é o reflexo direto das condições reais e objetivas da vida das pessoas, mas da avaliação que cada um faz a respeito dessas condições. Dessa forma, os elementos subjutivos, são entendidos como não materiais (amor, liberdade, inserção e realização social), e os objetivos, representativos dos elementos materiais (alimentação, habitação, educação, trabalho, saúde e lazer).

## **Capítulo V – Autoconceito, Funcionalidade e Qualidade de Vida**

Em diversas áreas do conhecimento existe preocupação por parte do ser humano em descobrir virtudes nos idosos, prolongar a juventude, e envelhecer com qualidade de vida individual e social. Araújo *et al.* (2010, p. 173) defendem que é necessário que se entenda o processo de envelhecimento como uma fase do desenvolvimento humano, passível de valorização nas várias potencialidades que são características desta etapa (como a sabedoria, a experiência, a responsabilidade e a assertividade), sendo pertinente a inserção social do idoso, e suprimir o estereótipo negativo de que este é incapaz e inútil.

Segundo os Censos 2011, cerca de 17,8% da população, com cinco ou mais anos de idade declarou ter muita dificuldade ou não conseguir realizar, pelo menos, uma das seis atividades diárias (ver, ouvir, andar, memória/concentração, tomar banho/vestir-se, compreender/fazer-se entender). Na população com 65 ou mais anos, este indicador atinge os 50% (INE, 2012). Em relação ao índice de dependência de idosos em Portugal, à data dos Censos de 2011, o mesmo situou-se nos 28,8%, o que corresponde a um aumento face a 2001 que se posicionava em 24,1% (INE, 2014). Identificamos que com o aumento da população idosa o índice de dependência também aumenta. Segundo Hoeman (2000, p. 106), os efeitos do envelhecimento podem justificar esta perda de funcionalidade e qualidade de vida dos idosos. O compromisso da mobilidade pode estar relacionado com a fraqueza muscular, com a diminuição da amplitude dos movimentos, com o comprometimento do equilíbrio, da coordenação e devido ao repouso prolongado que se observa nos idosos, alterando a capacidade que a pessoa tem de elevar ou dobrar os braços e pernas. Estas limitações funcionais contribuem para limitar a capacidade para o autocuidado, higiene e para a mobilidade, quer de subir e descer escadas quer para efetuar tarefas do quotidiano como lavar a roupa, fazer comida e cuidar da casa. O compromisso da função cardiorrespiratória pode também comprometer o desempenho das atividades de autocuidado devido à fadiga. Quando a capacidade para o autocuidado está comprometida, pode haver a necessidade de adaptação de objetos de autocuidado e de dispositivos de ajuda para promover o desempenho eficaz desta atividade (Hoeman, 2002, p. 105).

Assim, diante do processo inegável de envelhecimento populacional, surge a necessidade de se proporcionar aos idosos não só a longevidade, como, sobretudo, a longevidade com melhor qualidade de vida (Neri, 2007, p. 258).

Torres (2010, p. 170) defende que a qualidade de vida na velhice tem sido associada aos conceitos de dependência e autonomia, uma vez que a perda da capacidade funcional influencia,

negativa e significativamente, na qualidade de vida do idoso. Quando a pessoa idosa perde a independência para realizar as AVD surgem efeitos importantes na esfera do convívio social que podem levar ao isolamento. Além disso, depender de outras pessoas para realizar as funções básicas gera sentimento de incapacidade e invalidez.

Desta forma, surgiu um interesse em explorar a qualidade de vida, chegando à conclusão que esta representa três aspetos fundamentais: a **Subjetividade** (onde a perspectiva do indivíduo é o que está em questão, como a experiência pessoal, as crenças e as expectativas pessoais); a **Multidimensionalidade** (com uma perceção individual de satisfação e qualidade de vida em várias dimensões que envolvem aspetos físicos, psicológicos, sociais, culturais e espirituais); e a **presença de dimensões positivas e negativas** (para uma boa qualidade de vida, é necessário que alguns elementos estejam presentes, e outros ausentes), ou seja, influenciadas pelo autoconceito, onde estas atitudes face à saúde e à doença, e à autonomia e dependência, podem modificar a própria perceção de qualidade de vida (Fleck *et al.*, 2008b, p. 20; GTCP, 2008; Ribeiro *et al.*, 2011, p. 390 & Coutinho *et al.*, 2011, p. 390).

A forma como os indivíduos se descrevem apresenta implicações na sua qualidade de vida, sendo por isso o autoconceito um dos fatores mais importantes no estudo do comportamento humano (Rocha, 2007, p. 73). Aquilo que molda a nossa personalidade e nos torna individuais são o contato com os outros na sociedade e no mundo. Quando existe um grande número de perdas, as grandes alterações e adaptações que advêm com o processo de envelhecimento promovem um desafio para os idosos. Assim, segundo Coleman (1995, p. 41), o envelhecimento com sucesso envolve não só a manutenção da autoestima, como também a perceção de continuidade do sentido da vida.

O autoconceito sofre transformações ao longo de todo o ciclo de vida, mediante as experiências pessoais e relacionais e os contextos sociais onde o indivíduo está inserido (L'Ecuyer, 1978 *in* Leuschner, 2008; Ferreira, 2009, p. 48; Torrinhos, 2013, p. 39). Os comportamentos e atitudes dos mais velhos são condicionados pela visão da sociedade sobre a velhice e pela autoperceção de cada idoso, tendo por isso o autoconceito um papel vital na qualidade de vida da pessoa (Tavares, 2012, p. 53).

Para a pessoa idosa, **a independência funcional é normalmente o fator mais importante na manutenção da qualidade de vida** por estar relacionada com a capacidade do indivíduo de se manter na comunidade, desfrutando a sua independência até às idades mais avançadas (Devons, 2002, p. 21). Desta forma, **a gestão do autocuidado é fundamental para a autoestima e independência do indivíduo**, é uma questão muito pessoal, que se inicia com rituais, hábitos, horários e métodos apreendidos numa idade muito jovem no seio familiar e que estão

diretamente relacionadas com o nível sociocultural, sendo influenciados pelas crenças de cada um, e pelas condições físicas da habitação (Hoeman, 2000, p. 106).

Baltes & Baltes. (1990 *in* Rocha, 2007, p. 74) sugerem que o autoconceito tem um papel fundamental no envelhecimento bem-sucedido, na medida em que uma atitude positiva pode ser traduzida em elevados níveis de autoestima, que podem ser facilmente mantidos se o indivíduo tiver estratégias de  *coping*  a que possa recorrer de modo a compensar as perdas características nesta fase da vida. A alteração que ocorre no autoconceito na 3ª idade explica o fato dos idosos referirem elevados níveis de satisfação, felicidade e de bem-estar, apesar das suas circunstâncias de vida. Está relacionada com um gradual ajustamento às expectativas e objetivos de vida, e a uma aceitação da sua nova condição.

Giarrusso *et al.* (2001, p. 301) fazem referência que os estudos acerca do autoconceito não são consensuais, onde alguns reportam que este diminui com a idade, enquanto que outros referem que este aumenta. Ainda, se verificam outros estudos que indicam uma relação curvilínea entre o autoconceito e a idade.

Desta forma, o autoconceito positivo é considerado não só como antecedente do bem-estar, mas também é mediador das estruturas sociais que afetam a qualidade de vida do indivíduo (George, 2000, p. 23).

## **Parte II**

### **Capítulo I – Estudo Empírico**

#### **1.1. METODOLOGIA**

Neste capítulo apresenta-se a metodologia elaborada na presente investigação. Serão descritos o tipo de estudo; os objetivos que se pretendem atingir ao realizá-lo; a população em estudo; declaração das hipóteses; e ainda a delimitação da amostra, a sua caracterização e o modo como os elementos foram distribuídos pelos dois grupos. De seguida serão descritas as variáveis em estudo, bem como a exposição dos processos metodológicos utilizados na operacionalização da própria investigação, caracterização das medidas e instrumentos de análise das variáveis em estudo. Por fim será relatada a análise estatística realizada.

#### **1.2. DESENHO DO ESTUDO**

Este estudo é do tipo observacional, correlacional e transversal. Nos estudos observacionais o investigador não manipula as variáveis em estudo. Sendo correlacional, o mesmo pretende generalizar os resultados de uma determinada população em estudo a partir de uma amostra, avaliando se existe ou não uma relação entre as variáveis, não estabelecendo uma relação causa-efeito. Trata-se de um estudo transversal, uma vez que os dados são recolhidos num único momento (Ribeiro *et al.*, 2008, p. 61 & Fortin, 2009, p. 205).

O desenho do estudo baseia-se a partir da identificação da população elegível. A identificação da população elegível foi alcançada através de consultas das grelhas de observação e registos clínicos no local da recolha da amostra, que obedecem aos critérios de inclusão e exclusão definidos no estudo. A amostra foi submetida ao Mini Mental State Examination (MMSE); Questionário de Identificação Sociodemográfica; Inventário Clínico de Autoconceito (ICAC); Inventário de Avaliação da Qualidade de Vida em Adultos Idosos da OMS (WHOQOL-OLD); Índice de Barthel; Índice de Lawton & Brody e Teste de Tinetti.

### **1.3. QUESTÃO E OBJETIVOS**

A finalidade deste projeto de investigação é dar resposta às seguintes questões de investigação:

Será que o nível de dependência funcional influencia o autoconceito dos idosos institucionalizados?

Será que o autoconceito influencia a qualidade de vida dos idosos institucionalizados?

Será que o nível de dependência funcional influencia a qualidade de vida dos idosos institucionalizados?

O **objetivo geral** que levou a cabo o presente estudo inclui:

Compreender a relação entre o autoconceito, os níveis de dependência funcional e a qualidade de vida num grupo de idosos institucionalizados.

Como **objetivos específicos** do estudo definiram-se:

- Avaliar o autoconceito da população em estudo;
- Avaliar os níveis de dependência funcional da população em estudo;
- Avaliar a qualidade de vida da população em estudo;
- Avaliar a correlação entre o autoconceito, os níveis de dependência e a qualidade de vida da população em estudo;
- Identificar as características sociodemográficas da população em estudo.

### **1.4. HIPÓTESES**

Segundo a revisão da literatura efetuada, levantaram-se determinadas questões, às quais pretendeu-se fornecer as respetivas respostas com a realização desta investigação. Desta forma tornou-se viável a elaboração de hipóteses justificativas desta investigação:

**H<sub>0</sub>** - Esperamos que a dependência funcional influencie o autoconceito ao idoso institucionalizado;

**H<sub>1</sub>** - Esperamos que a dependência funcional influencie a qualidade de vida do idoso institucionalizado;

**H<sub>2</sub>** – Esperamos que exista uma relação entre autoconceito e qualidade de vida do idoso institucionalizado;

**H<sub>3</sub>** - Esperamos que exista uma relação entre a dependência funcional, idade e sexo.

## **1.5. AMOSTRA E POPULAÇÃO**

### **1.5.1. População em estudo**

A população alvo inquirida foi constituída pelos indivíduos institucionalizados na Santa Casa da Misericórdia (SCM) de Arronches com 65 anos ou mais. Esta instituição contempla três valências: Unidade de Cuidados Continuados de Média Duração e Reabilitação (UCCMDR) com 23 lugares de internamento, Unidade de Cuidados Continuados de Longa Duração e Manutenção (UCCLDM) com 29 lugares de internamento e Estabelecimento Residencial Para Idosos (ERPI) com 52 lugares de internamento. Por integrar duas tipologias de Cuidado Continuados, a SCM de Arronches insere-se na Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI). No entanto, a amostra foi estudada apenas nas duas tipologias de UCC.

O registo de dados para amostragem da população inquirida foi recolhido e tratado na mesma instituição.

Quanto aos critérios de inclusão, os indivíduos deveriam possuir as seguintes características: ter idade superior ou igual a 65 anos, de ambos os sexos, ser aposentado, apresentar qualquer patologia física e/ou limitação na rede de suporte, ser institucionalizado na SCM de Arronches.

Relativamente aos critérios de exclusão, não foram aceites e/ou incluídos os indivíduos que apresentassem a seguinte característica: indivíduos que apresentem comprometimento cognitivo (avaliado pelo Mini Mental State Examination).

### **1.5.2. Seleção da Amostra**

No que diz respeito à seleção da amostra, o método de seleção foi a amostragem aleatória simples onde cada um dos elementos que compõe a população inquirida tinha a mesma hipótese de ser selecionado para fazer parte da amostra (Fortin, 2009, 204-205).

O tipo de amostra foi do tipo probabilística, sendo que a probabilidade relativa de qualquer elemento de população ser incluído na amostra era conhecida e, uma vez que o procedimento de amostragem estivesse determinado, a seleção de unidades específicas a serem incluídas na amostra foi feita de modo aleatório (Jama citado por Ribeiro *et al.*, 2008, p. 43).

### **1.5.3. Recolha da amostra**

A recolha da amostra foi efetuada na SCM de Arronches aquando do momento de realização da entrevista, onde foi realizada a explicação do estudo e todos os seus procedimentos, tendo sido desta forma obrigatória a aprovação e participação voluntária na investigação por preenchimento do termo de Consentimento Livre e Informado. Se a resposta fosse positiva procederíamos então à aplicação do Mini Mental State Examination (MMSE) para delinear os critérios de inclusão e exclusão do estudo. Posteriormente, procedeu-se à aplicação do Questionário de Identificação Sociodemográfico; Inventário Clínico de Autoconceito (ICAC); Inventário de Avaliação da Qualidade de Vida em Adultos Idosos da OMS (WHOQOL-OLD); Índice de Barthel; Índice de Lawton & Brody; e o Teste de Tinetti.

## **1.6. CARATERIZAÇÃO DA AMOSTRA**

A amostra foi constituída por 40 elementos incluídos na SCM de Arronches, conforme os critérios de inclusão.

## **1.7. VARIÁVEIS EM ESTUDO**

Segundo Fortin (2009, p. 205) as variáveis são a unidade de base de investigação, e são como qualidades, propriedades ou características de objetos, de pessoas ou de situações que são estudadas numa investigação.

A especificidade das variáveis escolhidas é um elemento determinante num estudo correlacional. Estas não poderão ser ao acaso, deverão ser escolhida em função do referencial teórico e das variações que podem exercer umas sobre as outras (Fortin, 2009, p. 205).

As variáveis deste estudo contemplaram na sua estrutura uma variável dependente e uma variável independente, sendo que uma influencia a outra. As variáveis da investigação constituem a característica fundamental na sua estrutura (Ribeiro *et al.*, 2008, p. 144).

No presente estudo, as variáveis dependentes correspondem ao autoconceito e à qualidade de vida, que são muitas vezes influenciados por determinados fatores, considerados variáveis independentes. Assim, com base na fundamentação teórica, nas questões de investigação e objetivos do estudo, foram selecionadas as seguintes variáveis independentes: dependência funcional (AVD e AIVD), dados sociodemográficos (idade, sexo, entre outros) e utilização de ajudas técnicas (andarilho, canadianas, entre outros).

## **1.8. MEDIÇÃO DAS VARIÁVEIS, PROCEDIMENTOS, INSTRUMENTOS E MATERIAL**

Definido o tipo de estudo e apresentada toda a metodologia do estudo de investigação, tornou-se necessário definir os instrumentos de colheita de dados que permitirão o acesso aos elementos fundamentais. Desta forma procedemos à descrição sucinta dos instrumentos de recolha a que a amostra populacional foi submetida:

O **Mini Mental State Examination (MMSE)** foi aplicado para definir se existia algum comprometimento cognitivo. Se houvesse, o indivíduo estaria automaticamente excluído do estudo, segundo os critérios de exclusão. É um instrumento que avalia o estado mental cognitivo, sendo um teste simples e de aplicação rápida e fácil, e que se encontra validado para a população portuguesa por Guerreiro, M., Botelho, M. A., Leitão, O., Castro-Caldas, A., & Garcia, C. (1994) (Póvoa, 2010, p. 40; Sequeira, 2010, p. 84; Apóstolo, 2011, p. 62). Trata-se de uma escala que apresenta fiabilidade estatística e é um instrumento que tem sido amplamente utilizado para avaliar a evolução de alterações cognitivas, com a vantagem de ser utilizado em idosos de acordo com o grau de escolaridade, ou seja, permite avaliar analfabetos. Este instrumento é composto por 6 itens que permitem avaliar as seguintes capacidades cognitivas: orientação espacial e temporal, retenção de memória, atenção e cálculo, evocação, linguagem e habilidade construtiva, devendo cotar-se um ponto por cada resposta correta. A cotação global do teste varia entre o mínimo de 0 que identifica a mínima capacidade cognitiva e o máximo de 30, sendo estes o valor de corte para a população portuguesa, a partir dos quais se considera o défice cognitivo de acordo com o grau de escolaridade os seguintes: analfabetos  $\leq 15$  pontos, 1 a 11 anos de escolaridade  $\leq 22$  pontos e escolaridade superior a 11 anos  $\leq 27$  pontos (Valle *et al.*, 2009, p. 920; Sequeira, 2010, p. 88).

O **Questionário Sociodemográfico** foi aplicado oralmente, e é dividido em 3 partes. A Parte I é constituída por 9 perguntas (3 de resposta aberta e 6 de resposta fechada), que permitem recolher as seguintes informações: (1) nome; (2) data de nascimento; (3) idade; (4) sexo; (5) estado civil; (6) habilitações literárias; (7) recursos económicos; (8) tipo de locomoção; e (9) histórico de quedas. Na Parte II estão incluídas 3 perguntas de resposta fechada que permitem recolher as seguintes informações: (1) agregado familiar; (2) tipo de habitação; (3) situação habitacional. Por fim, na Parte III, está incluída 1 pergunta de resposta fechada que permitem recolher informação sobre problemas de saúde.

De forma a definir a caracterizar qualitativamente ou quantitativamente as variáveis, foram escolhidas várias escalas/testes para avaliar cada uma delas, tal como se pode verificar na Tabela 1.

Variáveis	Instrumentos de avaliação
Autoconceito	Inventário Clínico do Autoconceito (ICAC)
Qualidade de Vida	Avaliação da Qualidade de Vida em Adultos Idosos da OMS (WHOQOL-OLD)
Funcionalidade	Índice de Barthel
	Índice de Lawton & Brody
	Teste de Tinetti

Figura 1- Instrumentos de avaliação que qualificam/quantificam as variáveis

O **Inventário Clínico de Autoconceito (ICAC)** é uma escala unidimensional de tipo Likert, construída por Vaz Serra (1986), com o objetivo de medir os aspetos emocionais e sociais do autoconceito. É constituída por 20 itens, cada um com 5 possibilidades de resposta: *Não concordo* (1), *Concordo pouco* (2), *Concordo moderadamente* (3), *Concordo muito* (4) e *Concordo muitíssimo* (5). Os itens cotam-se de 1 a 5, com exceção dos itens 3, 12, 18, que se cotam de modo inverso, isto é, de 5 a 1 (5, 4, 3, 2, 1), atendendo à sua formulação (Vaz Serra, 1986).

Os itens que compõem a escala encontram-se agrupados em 4 fatores. O fator 1 (aceitação/rejeição social) poderá indicar quer aceitação e agrado, como rejeição e desagrado social, sendo composto pelos itens 1, 4, 9, 16 e 17; o fator 2 (autoeficácia) é formado por questões que realçam os aspetos relacionados com o resolver e enfrentar problemas e dificuldades, constituído pelos itens 3, 5, 8, 11, 18 e 20; o fator 3 (maturidade psicológica), composto pelos itens 2, 6, 7 e 13; e por último, o fator 4 (impulsividade/atividade), que agrupa os itens 10, 15 e 19 (Vaz Serra, 1986).

A pontuação varia entre 20 e 100, sendo que quanto mais elevada for a pontuação final, mais positivo será o autoconceito (Vaz Serra, 1986).

É um instrumento de autoavaliação que conforme se depreende procura medir a maneira de ser habitual do indivíduo e não o estado em que transitoriamente se encontre (Vaz Serra, 1986).

Relativamente às propriedades psicométricas, é de salientar que o coeficiente de Spearman-Brown foi de 0,79 e o coeficiente de correlação teste-reteste foi de 0,84, o que revela uma boa consistência interna e estabilidade temporal. A correlação entre a classificação final e a nota

global da escala foi de 0,46, o que é sugestivo de uma boa validade de constructo (Vaz Serra, 1986).

Os dados psicométricos relativos à nossa amostra revelam que esta escala apresenta uma boa consistência interna, sendo o valor alfa de Cronbach igual a 0,88 (Vaz Serra, 1986).

Os itens que constituem a escala revelam assim um bom poder discriminatório, demonstrando ter uma boa consistência interna e estabilidade temporal, possuindo ainda uma boa validade de constructo, com uma correlação altamente significativa entre a forma como a pessoa se classifica a si própria e a nota global de autoconceito que obtém.

Deste instrumento de avaliação, e para esta investigação, considerou-se pertinente correlacionar com as restantes medidas de avaliação apenas os fatores “autoeficácia” e “impulsividade/atividade”.

O questionário de **Avaliação da Qualidade de Vida em Adultos Idosos da OMS (WHOQOL-OLD)** é um instrumento de avaliação de Qualidade de Vida, especificamente para a população idosa, desenvolvido pelo grupo WHOQOL-OLD da Organização Mundial de Saúde. Para a realização deste estudo foi obtida uma autorização da Mestre Manuela Vilar do Departamento de Psicologia da Universidade de Coimbra, para poder ter acesso à versão experimental (2ª versão) que se encontra atualmente em processo de validação para Portugal, através da tese de doutoramento mesma. Esta versão, para além dos 24 itens originais da WHOQOL-OLD, integra um conjunto de oito itens de uma nova faceta em estudo, a Família/Vida Familiar (FVF), com que se pretende avaliar a satisfação com o apoio e as relações familiares, e a preocupação com a saúde e bem-estar de familiares (Power *et al.*, 2005, p. 2205). Nesse estudo em curso foi referido pela autora que dos oito itens introduzidos inicialmente para avaliar a faceta Família/Vida Familiar, apenas serão considerados quatro, passando a versão experimental a contabilizar apenas com 28 itens dos 32 iniciais.

Em relação à forma de pontuação deste instrumento, dado que é composto por 7 facetas e 28 itens que variam entre 1 a 5 pontos cada item significa que, por faceta, a sua cotação (RBF) varia entre 4 e 20 pontos.

Faceta	Itens	Conceito/Conteúdo
Funcionamento Sensorial	1, 2, 10, 20	Funcionamento sensorial, impacto de perda de habilidades sensoriais na qualidade de vida.
Autonomia	3, 4, 5, 11	Independência na velhice, capacidade ou liberdade de viver de forma autónoma e de tomar decisões
Passado, Presente e Futuro	12, 13, 15, 19	Satisfação sobre conquistas na vida e coisas que se anseia
Participação Social	14, 16, 17, 18	Participação nas atividades quotidianas, especialmente na comunidade

<b>Morte e Morrer</b>	6, 7, 8, 9	Preocupações, inquietações e temores sobre a morte e sobre morrer
<b>Intimidade</b>	21, 22, 23, 24	Capacidade de ter relacionamentos pessoais e íntimos
<b>Família e Vida Familiar</b>	25, 26, 27, 28	Avalia a satisfação com o apoio, disponibilidade/tempo passado com, as relações familiares, sentido de valor na família

**Figura 2 - Facetas, Itens e Conceitos e conteúdos da WHOQOL-OLD**

O somatório total das facetas varia entre um mínimo de 28 e um máximo de 140 pontos. No entanto, e visto que ainda não existem dados de amostras padrão ao nível nacional para interpretar os resultados deste estudo, a interpretação dos resultados deverá ser baseada nos dados de referência originais, que compuseram uma amostra total de 5566 indivíduos com mais de 60 anos. Devem, contudo, ser convertidos tanto os resultados total por faceta (RTF) como o resultado total das facetas, numa escala de zero a 100, através da regra:  $RTF = 6,25 \times (RBF - 4)$ . Este é um instrumento, que permite a avaliação do impacto da prestação do serviço e de diferentes estruturas de atendimento social e de saúde sobre a qualidade de vida em adultos idosos, permite uma compreensão mais clara das áreas de investimento para se obter melhores ganhos na qualidade de vida. Podem também ser realizadas avaliações com este instrumento em estudos transversais entre diferentes serviços ou tratamentos e estudos longitudinais de intervenção. Para além disso, a abordagem transcultural deste instrumento significa que podem ser realizadas comparações entre diferentes culturas (Power *et al.*, 2005, p. 2205).

Para este estudo, e de encontro aos objetivos e questão estabelecidos, torna-se pertinente a análise de apenas dois dos cinco domínios, o “funcionamento sensorial” e a “autonomia”.

**O Índice de Barthel (IB)** é um instrumento utilizado para realizar a avaliação do nível de dependência dos indivíduos em dez Atividades Básicas da Vida Diária (ABVD ou AVD): alimentação, higiene pessoal, controlo da bexiga, controlo dos intestinos, deslocação (transferência cama-cadeira), mobilidade/marcha, uso dos sanitários, capacidade em vestir, realização de banho, e capacidade de utilizar as escadas. Na versão original, a pontuação da escala varia entre os 0-100 pontos tendo um intervalo de cinco pontos. A pontuação mínima ou zero corresponde à máxima dependência/incapacidade para todas as AVD, e a máxima de 100 corresponde à independência total para as mesmas enunciadas (Ribeiro *et al.*, 2008, p. 155).

**O Índice de Lawton & Brody** é um instrumento amplamente utilizado ao nível mundial para a avaliação do nível da independência da pessoa idosa no que se refere à realização das Atividades Instrumentais da Vida Diária (AIVD). Segundo Botelho (2005, p. 117), este instrumento inclui oito tarefas mediante uma pontuação segundo a capacidade do sujeito avaliado para as realizar: capacidade para cuidar da casa, capacidade para utilizar o telefone,

capacidade para fazer compras, capacidade para preparar comida, capacidade para lavar a roupa, capacidade para usar meios de transporte, responsabilidade na medicação e capacidade para tratar de assuntos económicos (gerir o dinheiro). Algumas razões adjacentes ao seu uso alargado são a sua fácil aplicação e interpretação, baixo custo, não exigir pessoal especializado para a sua aplicação, consumir pouco tempo no seu preenchimento e ainda, devido à sua aplicação, rastreio (precoce) da incapacidade. A versão utilizada neste estudo é a tradução da escala original que se encontra validada para a população idosa portuguesa por Sequeira (2007). Esta versão é pontuada através de uma escala dicotómica: cada item apresenta 3, 4 ou 5 níveis diferentes de dependência, pelo que cada atividade é pontuada de 1 a 3, de 1 a 4 ou de 1 a 5, onde a maior pontuação corresponde a um maior grau de dependência. O Índice varia entre 8 e 30 pontos de acordo com os seguintes pontos de corte: 8 pontos – Independente; 9 a 20 pontos - Moderadamente dependente, necessita de uma certa ajuda; > 20 pontos - Severamente dependente, necessita de muita ajuda.

O **Teste de Tinetti** foi desenvolvido por Tinetti e 1986 e validado para a população portuguesa por Petiz em 2002 (Ministério da Saúde, 2007; Coração de Maria & Rodrigues, 2009). Tem sido recomendado e amplamente utilizado em idosos para o estudo da mobilidade e predição do risco de quedas, avaliando o equilíbrio e a marcha (Kopke & Meyer, 2006; Ministério da Saúde, 2007). O Teste de Tinetti é constituído por dois testes, um teste de equilíbrio e um teste de marcha, podendo ser aplicado com dispositivos de apoio à marcha. No teste de equilíbrio utiliza-se como material uma cadeira sem apoio de membros superiores, avaliando 9 aspetos como equilíbrio sentado, levantar da cadeira, sentar na cadeira, equilíbrio em pé imediato, equilíbrio de pé, desequilíbrio, mudanças de direção, olhos fechados, e rodar 360°. No teste de marcha o indivíduo tem de percorrer no sentido de ida e volta um percurso de 3 metros em passo normal e rápido, classificando 7 itens: iniciação da marcha, comprimento e altura do passo, simetria do passo, continuidade, desvio da linha reta, oscilações do tronco e base de apoio da marcha. Em ambos os testes e em cada exercício a pontuação varia entre 0 e 2, sendo que uma pontuação mais baixa indica uma habilidade física menor, mais pobre, e uma pontuação mais alta um melhor equilíbrio e marcha. A pontuação máxima do teste de equilíbrio é de 16 pontos e do teste de marcha é de 12 pontos, fazendo um total de 28 pontos de pontuação máxima (Silva *et al.*, 2008, p. 90; Ribeiro, 2009, p. 80). Para interpretação dos resultados é importante saber que uma pontuação menor que 19 indica um risco de queda cinco vezes superior, sendo que quanto menor for a pontuação maiores os problemas de equilíbrio e marcha e, maior o risco de queda (Carvalho *et al.*, 2007, p. 114).

Para tratamento de dados e análise dos resultados foi utilizado o programa SPSS (Statistical Package for the Social Science) possibilitando, não só a sistematização dos dados obtidos, como o seu tratamento estatístico.

## Parte III

### Capítulo I – Análise e Apresentação de Resultados

#### 1.1. ANÁLISE DESCRITIVA

A apresentação da estatística descritiva é efetuada através de gráficos e tabelas, nos quais os títulos definem o tipo de distribuição apresentada. A análise dos dados antecede a sua demonstração gráfica e/ou tabelar, onde serão apresentados dados relativos a tendência central (média), frequências absolutas (N.º) e frequências relativas (%). Para obter o significado das relações entre as variáveis foi utilizado o nível de significância  $<0,01$  e  $<0,05$ .

#### 1.2. CARATERIZAÇÃO SOCIODEMOGRÁFICA

No que respeita à **idade** e, segundo a análise da Tabela 1 e 2 e Gráfico 1, verifica-se que os idosos mais jovens das classes etárias apresentam uma fatia percentual intermédia de 22,5%, seguida pela classe etária dos 80 aos 89 anos que é de 30,0%, tendo a classe etária acima dos 90 a fatia percentual mais baixa com uma percentagem na ordem dos 10,0% e a classe dos 70-79 com um valor consideravelmente mais elevado de 37,5%. A média de idades verificada ronda os 77 anos num total de 40 pessoas idosas.

Classe etária	Nº	%
65,00	3	7,5
66,00	2	5,0
68,00	4	10,0
70,00	2	5,0
71,00	2	5,0
73,00	2	5,0
74,00	2	5,0
75,00	3	7,5
77,00	1	2,5
79,00	3	7,5
80,00	2	5,0
81,00	2	5,0

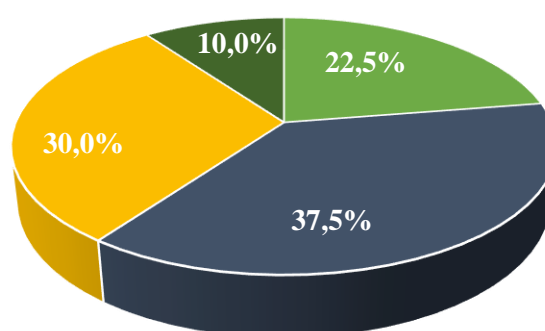
82,00	3	7,5
83,00	2	5,0
85,00	3	7,5
91,00	2	5,0
94,00	1	2,5
96,00	1	2,5
<b>Total</b>	<b>40</b>	<b>100,0</b>

Tabela 1 - Distribuição da amostra por classe etária

Classe etária	Nº	%
65-69	9	22,5
70-79	15	37,5
80-89	12	30,0
>90	4	10,0
<b>Total</b>	<b>40</b>	<b>100,0</b>
<b>Média</b>	<b>76,875</b>	

Tabela 2 - Distribuição da amostra por faixa etária

Distribuição da amostra por classes etárias



■ 65-69 ■ 70-79 ■ 80-89 ■ >90

Gráfico 1 - Distribuição da amostra por classe etária

Face ao **género**, deparamo-nos com uma população idosa maioritariamente feminina. A Tabela 3 e Gráfico 2 que se seguem, justificam a moda pertencente ao sexo feminino com um valor total de idosas de 33 para 7 idosos do sexo masculino.

Género	Nº	%
Masculino	7	17,5
Feminino	33	82,5
<b>Total</b>	<b>40</b>	<b>100,0</b>

Tabela 3 - Distribuição da amostra por género

Distribuição da amostra por género

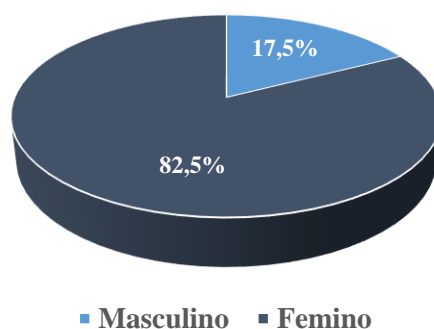


Gráfico 2 - Distribuição da amostra por género

No que respeita ao **grau de escolaridade** dos idosos inquiridos e como seria de esperar, prevalece o grau de instrução primária, ainda que a percentagem de analfabetos seja considerável, como ilustram a Tabela 4 e Gráfico 3.

Escolaridade	Nº	%
Sem Escolaridade	7	17,5
1º Ciclo do Ensino Básico (4º ano)	17	42,5
2º Ciclo do Ensino Básico (6º ano)	13	32,5
3º Ciclo do Ensino Básico (9º ano)	2	5,0
Ensino Secundário (12º ano)	1	2,5
<b>Total</b>	<b>40</b>	<b>100,0</b>

Tabela 4 - Distribuição da amostra por grau de escolaridade

Distribuição da amostra por grau de escolaridade

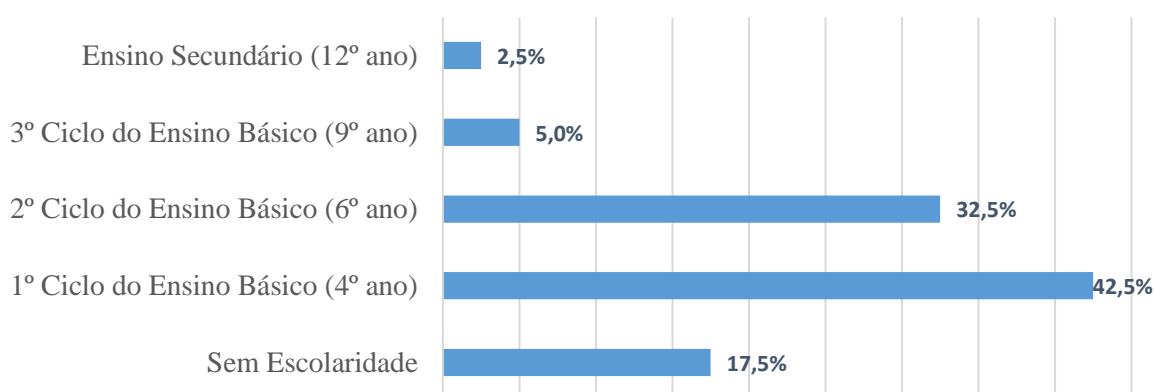


Gráfico 3 - Distribuição da amostra por grau de escolaridade

O Gráfico anterior ilustra de forma clara a distribuição dos idosos por graus de escolaridade e evidencia, como já referido, a maior percentagem no grau de 1 a 4 anos de escolaridade com 42,5% da totalidade dos idosos inquiridos, muito próxima à percentagem no grau de 5 a 6 anos de escolaridade, que representa 32,5% dos inquiridos. Face à ausência de escolaridade encontramos uma percentagem intermédia, com 17,5% dos inquiridos. De salientar, surgem apenas com 5% o grau de 7 a 9 anos de escolaridade e com 2,5% o ensino secundário.

No que se refere ao **estado civil** dos inquiridos, verifica-se uma percentagem mais elevada face aos idosos casados e mais baixa nos idosos divorciados, tal como ilustra a Tabela 5 e Gráfico 4. Em percentagem, os idosos casados representam cerca de 50,0% da totalidade dos inquiridos, ao passo que nesta população a percentagem de divorciados é de 0%. No que se refere aos idosos viúvos encontramos uma totalidade de 15 pessoas com este estado civil, o que em termos percentuais significa 37,5% da população total. Por último, os solteiros apresentam uma percentagem de 12,5% o que corresponde ao total de 5 idosos.

Estado Civil	Nº	%
Solteiro	5	12,5
Casado	20	50,0
Divorciado	0	0,0
Viúvo	15	37,5
Total	40	100,0

Tabela 5 - Distribuição da amostra por estado civil

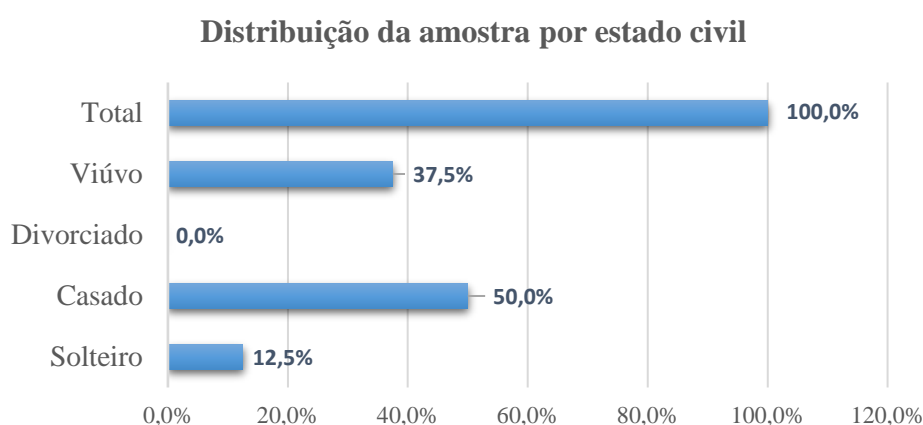


Gráfico 4 - Distribuição da amostra por estado civil

Relativamente ao **tipo de habitação**, é possível constatar que na sua maioria a população inquirida reside numa casa, com o valor percentual de 92,5%. Contrariamente a sua minoria

reside em apartamento ou vivenda, tal como demonstra na Tabela 6 e Gráfico 5 o valor percentual de 5,0% e 2,5% respetivamente.

Tipo de Habitação	Nº	%
Apartamento	2	5,0
Casa	37	92,5
Vivenda	1	2,5
Total	40	100,0

Tabela 6 - Distribuição da amostra por tipo de habitação

Distribuição da amostra por tipo de habitação

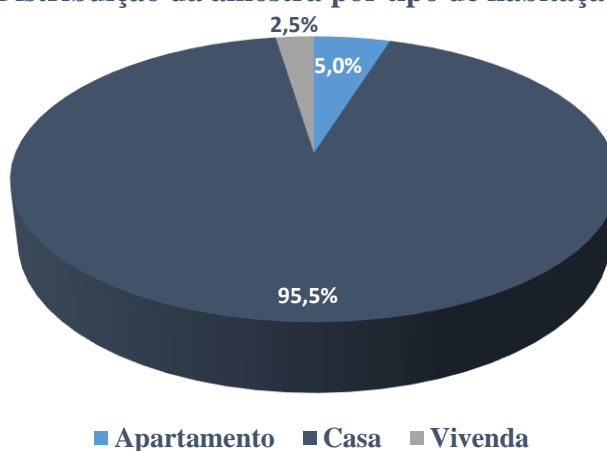


Gráfico 5- Distribuição da amostra por tipo de habitação

No que diz respeito à **situação habitacional**, é possível analisar na Tabela 7 e Gráfico 6 que, na sua maioria, a população inquirida reside em casa própria com o valor percentual de 85,0%. Contrariamente a sua minoria reside em casa de familiares, tal como demonstra o valor percentual de 2,5%, sendo apenas um inquirido.

Situação Habitacional	Nº	%
Casa Própria	34	85,0
Casa Alugada	5	12,5
Casa de Familiares	1	2,5
Total	40	100,0

Tabela 7 - Distribuição da amostra por situação habitacional

### Distribuição da amostra por situação habitacional

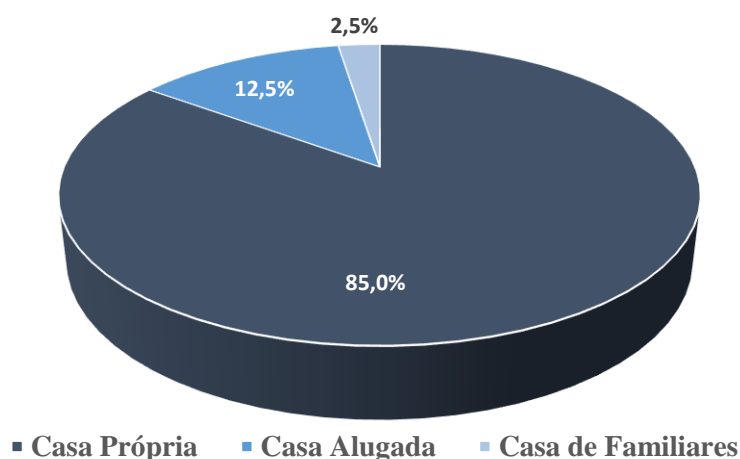


Gráfico 6 - Distribuição da amostra por situação habitacional

Face aos resultados apresentados na Tabela 8 e Gráfico 7, no que diz respeito às **condições de acesso à habitação**, esta população na sua maioria pode aceder ao seu domicílio na presença de barreiras arquitetónicas. Porém, 40,0% tem escadas com corrimão, ao passo que 20,0% o acesso é efetuado por escadas sem corrimão. No entanto, uma grande maioria, 40,0%, não apresenta barreiras arquitetónica no acesso à habitação.

Condições de Acesso à Habitação	Nº	%
Escadas com corrimão	16	40,0
Escadas sem corrimão	8	20,0
Sem barreiras arquitetónicas	16	40,0
Total	40	100,0

Tabela 8 - Distribuição da amostra por condições de acesso à habitação

### Distribuição da amostra por condições de acesso à habitação

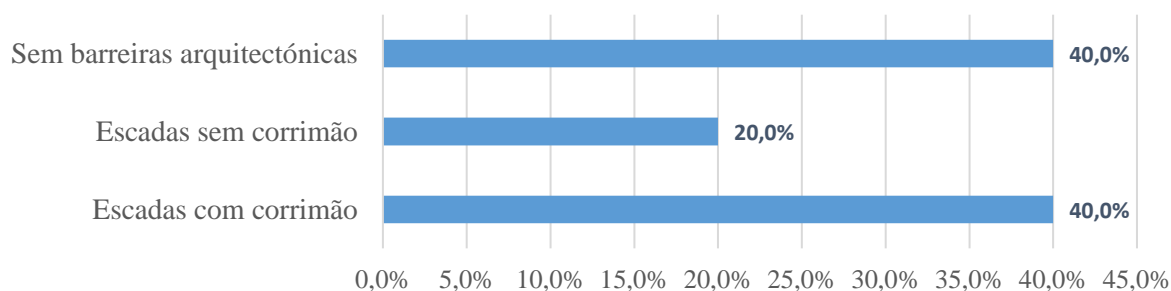


Gráfico 7 - Distribuição da amostra por condições de acesso à habitação

Referente aos **recursos económicos** da pessoa idosa verifica-se que a maioria dos entrevistados apresenta recursos suficientes para as necessidades básicas com uma percentagem de 55,0% o que perfaz um total de 22 idosos com este poder económico. Face à percentagem mais baixa, de 20,0%, refere-se aos idosos com recursos para além das necessidades básicas. No patamar intermédio encontram-se os idosos que representam recursos económicos insuficientes, numa correspondente percentual de 25,0% (Tabela 9 e Gráfico 8).

Recursos Económicos	Nº	%
Insuficientes	10	25,0
Suficientes para as necessidades básicas	22	55,0
Para além das necessidades básicas	8	20,0
Total	40	100,0

Tabela 9 - Distribuição da amostra por recursos económicos

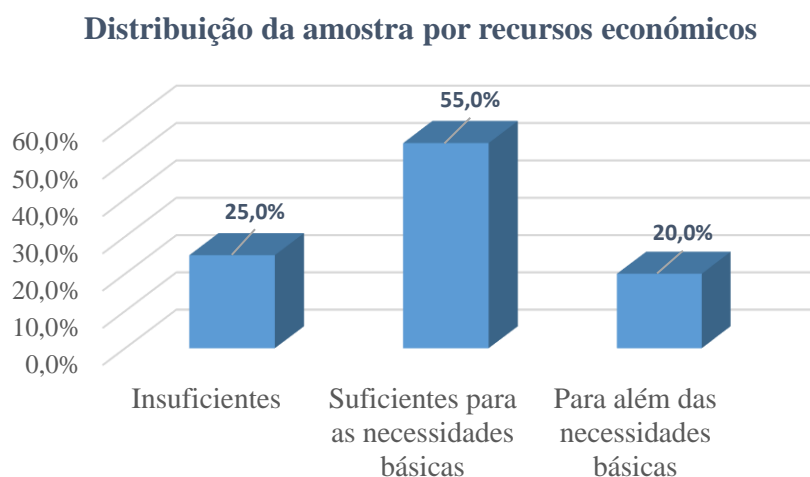


Gráfico 8 - Distribuição da amostra por recursos económico

Relativamente à **utilização de ajudas técnicas**, definiram-se sete níveis de caracterização: autónomo, utiliza bengala, utiliza andarilho, utiliza tripé, utiliza canadiana(a), dependente na cadeira de rodas e independente na cadeira de rodas, face aos resultados que emergem na Tabela 10 e gráfico 9 respetivamente. Mediante os dados, o que se verifica é uma população idosa maioritariamente dependente mas que consegue mobilizar-se com auxílio de apoios com que equivale a 62,5%, seguida dos idosos que se deslocam de forma dependente e independente de cadeira de rodas que resulta em 22,5% dos inquiridos. Relativamente aos idosos totalmente autónomos na mobilidade encontram-se 15,0%, o que remete para 6 idosos da totalidade dos inquiridos.

Utilização de Ajudas Técnicas	Nº	%	%
Autónomo	6	15,0	15,0
Bengala	1	2,5	62,5
Andarilho	11	27,5	
Tripé	5	12,5	
Canadiana(s)	8	20,0	
Dependente na cadeira de rodas	6	15,0	22,5
Independente na cadeira de rodas	3	7,5	
<b>Total</b>	<b>40</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>

Tabela 10 - Distribuição da amostra por utilização de ajudas técnicas

### Distribuição da amostra por utilização de ajudas técnicas

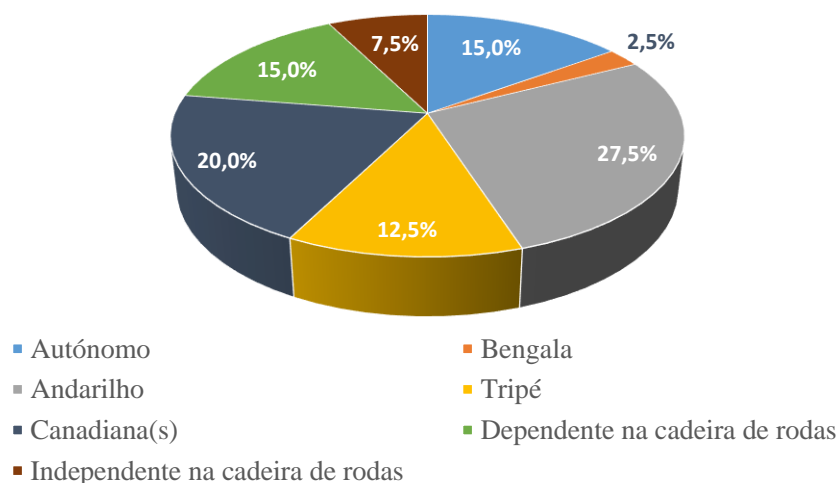


Gráfico 9- Distribuição da amostra por utilização de ajudas técnicas

Segundo a representação gráfica e tabelar é de fácil compreensão reconhecer que na sua maioria, os inquiridos deslocam-se com o auxílio de um andarilho (27,5%), seguidos pelas restantes ajudas técnicas pela seguinte ordem: utilização de canadiana(s) com 20,0%; utilização de tripé com 12,5% e, por último, apenas um indivíduo se desloca com o auxílio de uma bengala, representado por 2,5% dos indivíduos inquiridos. Quanto àqueles que se deslocam de cadeiras de rodas, 15,0% é dependente de 3ª pessoa e 7,5% é independente nesse ato. Por fim, salientamos o reduzido número de indivíduos que é autónomo, não necessitando de qualquer ajuda técnica, remetendo a 15,0% dos inquiridos.

A análise dos dados seguintes (Tabela 11 e Gráfico 10) traduz um **histórico de quedas** da população inquirida muito diversificado, isto é, mais de metade da população sofre de quedas,

sejam elas frequentes ou situações esporádicas, ambas com o valor percentual de 32,5%. Neste âmbito, a população inquirida que não apresenta histórico de quedas representa uma percentagem bastante equivalente a qualquer uma das duas restantes situações, com um valor percentual de 35,0%.

Histórico de quedas	Nº	%
Muitas vezes	13	32,5
Poucas vezes	13	32,5
Nenhuma	14	35,0
Total	40	100,0

Tabela 11 - Distribuição da amostra por histórico de quedas

Distribuição da amostra por histórico de quedas

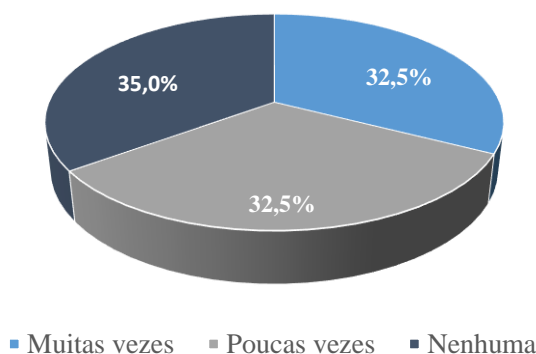


Gráfico 10 - Distribuição da amostra por histórico de quedas

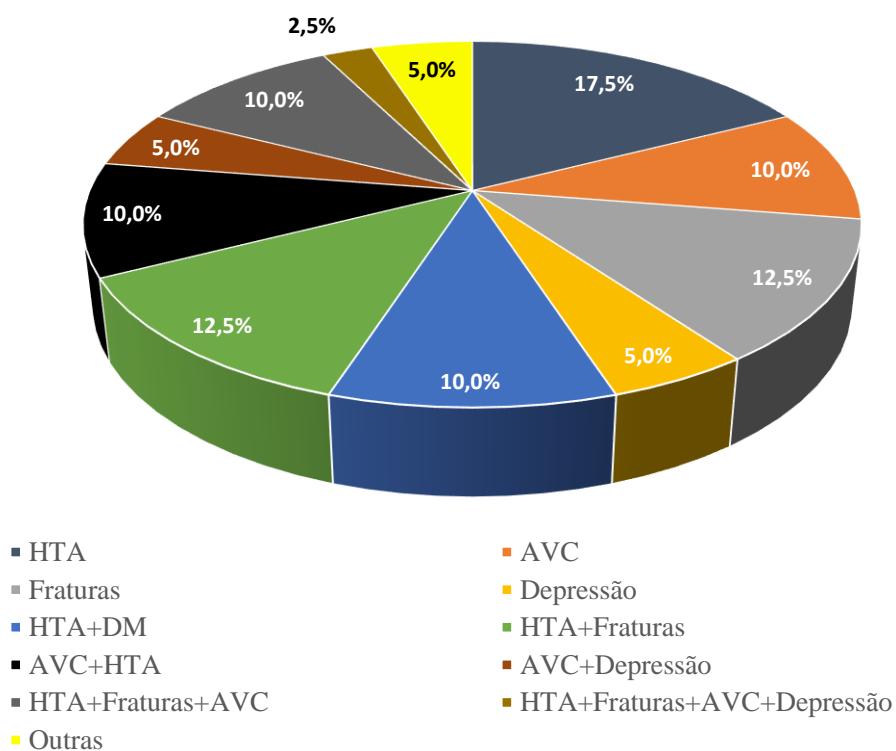
Mediante os **antecedentes pessoais** de cada pessoa idosa verifica-se uma imensa distribuição de patologias, onde as mais frequentes são HTA, AVC, Fraturas e Depressão, sendo a maior representação da população inquirida a que apresenta apenas HTA (17,5%). Ainda, é visível um leque de inquiridos que apresenta mais do que uma patologia, tal como ilustra a Tabela 12 e o Gráfico 11.

Antecedentes pessoais	Nº	%
HTA	7	17,5
AVC	4	10,0
Fraturas	5	12,5
Depressão	2	5,0
HTA + DM	4	10,0
HTA + Fraturas	5	12,5
AVC + HTA	4	10,0

AVC + Depressão	2	5,0
HTA + Fraturas + AVC	4	10,0
HTA + Fraturas + AVC + Depressão	1	2,5
Outras	2	5,0
<b>Total</b>	<b>40</b>	<b>100,0</b>

**Tabela 12 - Distribuição da amostra por antecedentes pessoais**

**Distribuição da amostra por antecedentes pessoais**



**Gráfico 11 - Distribuição da amostra por antecedentes pessoais**

### 1.2.1. Capacidade funcional

Como se pode analisar na **autonomia nas AVD** através do Índice de Barthel, é possível analisar na Tabela 13 que os scores mais obtidos na população inquirida foram 70/100 representado por 15,0%, 90/100 e 95/100 ambos traduzidos por 10,0%, e 100/100 refletindo-se em 12,5% dos inquiridos. Ainda, é possível verificar que os scores mais baixos apresentam uma percentagem significativamente mais baixa. A média de score do Índice de Barthel face à população inquirida é de 66/100. Quanto a esta interpretação, e como é possível observar na Tabela 14, podemos qualificar a população inquirida com igual percentagem, 12,5% com dependência total e independência, 35,0% com dependência leve e 22,5% com dependência. Em minoria encontram-se apenas sete idosos com dependência severa, representados por 17,5% da amostra.

Índice de Barthel	Nº	%
5	1	2,5
10	1	2,5
20	2	5,0
25	1	2,5
30	3	7,5
35	2	5,0
40	1	2,5
45	1	2,5
65	3	7,5
70	6	15,0
75	3	7,5
80	2	5,0
85	1	2,5
90	4	10,0
95	4	10,0
100	5	12,5
<b>Total Score</b>	<b>40</b>	<b>100,0</b>
<b>Média Score</b>	<b>66</b>	

Tabela 13 - Distribuição da amostra por resultados do Índice de Barthel

Índice de Barthel	Interpretação	Nº	%
0-25	Dependência total	5	12,5
26-50	Dependência severa	7	17,5
51-75	Dependência	9	22,5
76-99	Dependência leve	14	35,0
100	Independente	5	12,5
<b>Total Score</b>		<b>40</b>	<b>100,0</b>

**Tabela 14 - Interpretação de resultados do Índice de Barthel**

Como se pode analisar na **autonomia nas AIVD** através do Índice de Lawton & Brody, é possível analisar na Tabela 15 e 16 que os scores mais obtidos da população inquirida foram 26/30 representado por 12,5%, 9/30 e 23/30 ambos traduzidos por 10,0% dos inquiridos. A média de score do Índice de Lawton & Brody face à população inquirida é de 19/30, sendo superior à metade do score total. Quanto a esta interpretação, podemos qualificar a população inquirida com igual percentagem, 47,5% em moderadamente dependente e severamente dependente. Em minoria encontra-se apenas dois idosos independentes, com 5,0% da amostra.

Índice de Lawton & Brody	Nº	%
8	2	5,0
9	4	10,0
10	1	2,5
11	2	5,0
14	1	2,5
15	3	7,5
18	1	2,5
19	4	10,0
20	3	7,5
21	2	5,0
22	2	5,0
23	4	10,0
25	3	7,5
26	5	12,5
28	1	2,5
29	1	2,5
30	1	2,5
	<b>40</b>	<b>100,0</b>

<b>Total Score</b>	<b>[8-30]</b>
<b>Média</b>	<b>19</b>

**Tabela 15 - Distribuição da amostra por resultados do Índice de Lawton & Brody**

Índice de Lawton & Brody	Interpretação	Nº	%
8	Independente	2	5,0
9-20	Moderadamente dependente	19	47,5
21-30	Severamente dependente	19	47,5
<b>Total Score</b>		<b>40</b>	<b>100,0</b>
<b>Média</b>		<b>19</b>	

**Tabela 16 - Interpretação de resultados do Índice de Lawton & Brody**

Ainda no que se refere à autonomia e relativamente ao **Teste de Tinetti**, este divide-se em 2 partes: o score dos itens correspondentes à Marcha e ao Equilíbrio (Tabela 17). Ainda, é apresentado o score total do mesmo.

Quanto ao score mais obtido correspondente aos itens da Marcha encontra-se o 7/12 com uma percentagem de 20,0% dos inquiridos e uma média de score de 5/12. Relativamente aos itens do Equilíbrio, aquele que se destaca com a maior percentagem de inquiridos, 25,0%, é o item 8/16, e a média deste score é de 7/16. Por fim, mediante a análise da Tabela 18, podemos verificar que, da população inquirida, 12/28 foi o item mais frequente, representado por 15,0%. A média de score total do Teste de Tinetti face à população inquirida é de 13/28.

Teste de Tinetti – Score Marcha			Teste de Tinetti – Score Equilíbrio		
	Nº	%		Nº	%
0	7	17,5	0	2	5,0
1	1	2,5	1	1	2,5
4	4	10,0	2	4	10,0
5	4	10,0	4	1	2,5
6	7	17,5	5	1	2,5
7	8	20,0	6	4	10,0
8	6	15,0	7	3	7,5
10	3	7,5	8	10	25,0
			9	6	15,0
			10	2	5,0

			<b>11</b>	2	5,0
			<b>12</b>	1	2,5
			<b>13</b>	1	2,5
			<b>15</b>	1	2,5
			<b>16</b>	1	2,5
<b>Total inquiridos</b>	<b>40</b>	<b>100,0</b>		<b>40</b>	<b>100,0</b>
<b>Total Score</b>	<b>12</b>		<b>Total Score</b>	<b>16</b>	
<b>Média Score</b>	<b>5</b>		<b>Média Score</b>	<b>7</b>	

**Tabela 17 - Distribuição da amostra por resultados do Teste de Tinetti - Score da Marcha e do Equilíbrio**

<b>Teste de Tinetti – Score Total</b>	<b>Nº</b>	<b>%</b>
0	2	5,0
1	1	2,5
2	4	10,0
6	1	2,5
9	1	2,5
10	1	2,5
11	1	2,5
12	6	15,0
13	2	5,0
14	3	7,5
15	4	10,0
16	5	12,5
17	3	7,5
19	2	5,0
21	1	2,5
22	1	2,5
25	1	2,5
26	1	2,5
<b>Total inquiridos</b>	<b>40</b>	<b>100,0</b>
<b>Total Score</b>	<b>28</b>	
<b>Média Score</b>	<b>13</b>	

**Tabela 18 - Distribuição da amostra por resultados do Teste de Tinetti - Score Total**

### 1.2.2. Autoconceito

Através da análise dos dados relativos à pontuação do **Inventário Clínico do Autoconceito (ICAC)**, segundo a Tabela 19, obtiveram-se os seguintes resultados: o mínimo foi 62 e o máximo foi 91, com média de 74,98.

Quanto aos domínios, a “maturidade psicológica”, representou-se por um mínimo de 14 e máximo de 20, sendo a sua média de 17,50. A “impulsividade/atividade” apresentou um mínimo de 7, máximo de 15 e média de 10,10. Relativamente ao domínio da “autoeficácia”, apresentou um mínimo de 14, máximo de 27 e média de 20,80. Por fim, e bastante semelhante ao anterior, o domínio da “aceitação/rejeição social” indicou um mínimo de 14, máximo de 24 e média de 19,43.

ICAC	N	Mínimo	Máximo	Média	Score
Maturidade Psicológica	40	14	20	17,50	[4-20]
Impulsividade/Atividade	40	7	15	10,10	[3-15]
Autoeficácia	40	14	27	20,80	[6-30]
Aceitação/Rejeição Social	40	14	24	19,43	[5-25]
ICAC	40	62	91	74,98	[20-100]

Tabela 19 - Distribuição da amostra por resultados do ICAC

### 1.2.3. Qualidade de Vida

No que respeita à perceção da **Qualidade de Vida** e observando a Tabela 20 referente à avaliação da Escala WHOQOL-OLD, constatou-se que na população inquirida apresentou um mínimo de 87/140 e um máximo de 124/140, com uma média de 107,23. Quanto aos seus domínios, o “funcionamento sensorial” apresentou um mínimo de 7/20 e um máximo de 16/20, com uma média de 10,43 e a “autonomia” representou-se por um mínimo de 4/20 e máximo de 19/20, sendo a sua média de 13,48. O “passado, presente e futuro” variou entre um mínimo de 8 e máximo de 18, com uma média e 13,50. A “participação social” apresentou um mínimo de 9, máximo de 20 e média de 13,88. Relativamente ao domínio da “morte e morrer”, diversificou entre um mínimo de 4, máximo de 19 e média de 12,88. A “intimidade” indicou um mínimo de 4, máximo de 17 e média de 11,13. Por fim, o domínio “família e vida familiar” variou entre um mínimo de 4, máximo de 19 e média de 13,75.

<b>WHOQOL-OLD</b>	<b>N</b>	<b>Mínimo</b>	<b>Máximo</b>	<b>Média</b>	<b>Score</b>
<b>Funcionamento Sensorial</b>	40	7	16	10,43	[4-20]
<b>Autonomia</b>	40	4	19	13,48	[4-20]
<b>Passado, Presente e Futuro</b>	40	8	18	13,50	[4-20]
<b>Participação Social</b>	40	9	20	13,88	[4-20]
<b>Morte e Morrer</b>	40	4	19	12,88	[4-20]
<b>Intimidade</b>	40	4	17	11,13	[4-20]
<b>Família e Vida Familiar</b>	40	4	19	13,75	[4-20]
<b>WHOQOL-OLD</b>	40	87	124	107,23	[28-140]

**Tabela 20 - Distribuição da amostra por resultados do WHOQOL-OLD**

### 1.3. CORRELAÇÕES

Através do teste de Correlação de Pearson foi possível aferir os resultados significativos acerca dos fatores sociodemográficos referentes aos restantes instrumentos de avaliação.

	Autoconceito (ICAC)	Autoeficácia	Impulsividade/Atividade	WHOQOL-OLD	Funcionamento Sensorial (QV)	Autonomia (QV)	Índice de Lawton & Brody	Índice de Barthel	Teste de Tinetti
Idade (p)	-,150	-,294	-,168	-,111	,245	-,186	,259	-,125	-,215
Sexo (p)	-,154	,028	-,026	-,083	-,242	,055	,150	-,032	-,090
Estado Civil (p)	<b>,323*</b>	,297	<b>,357*</b>	-,241	-,143	,137	-,269	,106	,029
Habilitações Literárias (p)	<b>,326*</b>	<b>,382*</b>	,123	,200	-,145	<b>,379*</b>	-,123	-,056	,106
Recursos Económicos (p)	<b>,426**</b>	<b>,426**</b>	,152	,162	-,171	<b>,312*</b>	-,206	-,010	,048
Histórico de Quedas (p)	,112	,067	-,019	-,111	-,068	-,089	,178	-,189	,039
Tipo de Habitação (p)	<b>-,337*</b>	<b>-,367*</b>	<b>-,460**</b>	-,132	<b>-,317*</b>	<b>-,413*</b>	,258	-,270	,066
Situação Habitacional (p)	,261	<b>,317*</b>	<b>,362*</b>	,100	,047	,153	-,177	,052	-,174
Condições de Acesso (p)	,067	,119	-,005	,011	,059	,150	-,060	-,055	,059

Antecedentes Pessoais (p)	-,349*	-,287	-,414**	-,071	,148	-,216	,032	,126	,139
---------------------------------	--------	-------	---------	-------	------	-------	------	------	------

Tabela 21 - Correlação entre as características sociodemográficas e as restantes variáveis

\* correlação é significativa ao nível de  $p < 0,05$

\*\* correlação é significativa no nível de  $p < 0,01$

Correlação Positiva Perfeita (p)		Correlação Negativa Perfeita (p)	
Autoconceito	Estado Civil	Autoconceito	Tipo de Habitação
	Habilitações Literárias	Funcionamento Sensorial	
		Autonomia	
Recursos Económicos	Autoeficácia		
Autonomia	Habilitações Literárias	Impulsividade/Atividade	
	Recursos Económicos	Autoconceito	
		Impulsividade/Atividade	

**Tabela 22 - Resultados da correlação entre as características sociodemográficas e as restantes variáveis**

Conforme a Tabela 21 e 22, verifica-se que não existe nenhuma correlação significativa entre a idade, sexo, histórico de quedas, situação habitacional e condições de acesso, comparativamente com as variáveis em estudo.

Observam-se 5 correlações positivas perfeitas, sendo que 3 delas são entre o autoconceito e o estado civil, as habilitações literárias e os recursos económicos. As outras 2 correlações dão-se entre a “autonomia” e as habilitações literárias e os recursos económicos.

Quanto às correlações negativas perfeitas podemos encontrar 7, sendo estas entre o tipo de habitação e o autoconceito, o “funcionamento sensorial”, a “autonomia”, a “autoeficácia” e a “impulsividade/atividade”; entre os antecedentes pessoais, o autoconceito e a “impulsividade/atividade”.

Através do teste de Correlação de Pearson foi possível aferir os resultados significativos acerca de todos os instrumentos de avaliação utilizados neste estudo.

	Autoconceito (ICAC)	Impulsividade/Atividade	Autoeficácia	WHOWOL-OLD	Funcionamento Sensorial	Autonomia	Índice de Lawton & Brody	Índice de Barthel	Teste de Tinetti	Utilização de Ajudas Técnicas (p)
Autoconceito (ICAC) (p)	1	<b>,793**</b>	<b>,873**</b>	,256	<b>-,417**</b>	<b>,630**</b>	<b>-,516**</b>	,161	,083	,141
Impulsividade/Atividade (p)	<b>,793**</b>	1	<b>,753**</b>	,027	<b>-,386*</b>	<b>,399*</b>	<b>-,438**</b>	,132	-,045	<b>,365*</b>
Autoeficácia (p)	<b>,873**</b>	<b>,753**</b>	1	,180	<b>-,369*</b>	<b>,606**</b>	<b>-,483**</b>	,255	,102	,172
WHOQOL-OLD (p)	,256	0,27	,180	1	-,121	<b>,471**</b>	<b>-,336*</b>	,286	,231	-,111
Funcionamento Sensorial (p)	<b>-,417**</b>	<b>-,386*</b>	<b>-,369*</b>	-,121	1	<b>-,627**</b>	,241	,036	,019	-,299
Autonomia (p)	<b>,630**</b>	<b>,399*</b>	<b>,606**</b>	<b>,471**</b>	<b>-,627**</b>	1	<b>-,442**</b>	,176	,032	,208
Índice de Lawton & Brody (p)	<b>-,516**</b>	<b>-,438**</b>	<b>-,483**</b>	<b>-,336*</b>	,241	<b>-,442**</b>	1	<b>-,719**</b>	<b>-,497**</b>	,148
Índice de Barthel (p)	,161	,132	,255	,286	,036	,176	<b>-,719**</b>	1	<b>,655**</b>	<b>-,368**</b>
Teste de Tinetti (p)	,083	-,045	,102	,231	,019	,032	<b>-,497**</b>	<b>,655**</b>	1	<b>-,731**</b>
Utilização de Ajudas Técnicas (p)	,141	<b>,365*</b>	,172	-,111	-,299	,208	,148	<b>-,368**</b>	<b>-,731**</b>	1

Tabela 23 - Correlação entre todos os conceitos

\* correlação é significativa ao nível de  $p < 0,05$

\*\* correlação é significativa no nível de  $p < 0,01$

Correlação Positiva Perfeita (p)		Correlação Negativa Perfeita (p)		
Autoconceito	Autonomia	Autoconceito (ICAC)	Funcionamento Sensorial	
Impulsividade/ Atividade		Impulsividade/ Atividade	Índice de Lawton & Brody	
Autoeficácia			Funcionamento Sensorial	
Índice de Barthel	Teste de Tinetti	Autoeficácia	Índice de Lawton & Brody	
Impulsividade/ Atividade	Utilização de Ajudas Técnicas	Autonomia	Índice de Lawton & Brody	
			Índice de Lawton & Brody	Índice de Barthel
				Teste de Tinetti
				WHOQOL-OLD
			Utilização de Ajudas Técnicas	Índice de Barthel
				Teste de Tinetti
				WHOQOL-OLD

**Tabela 24 - Resultados da correlação entre todos os conceitos**

Analisando a Tabela 23 e 24, verificamos fortes correlações significativas. Quanto às correlações positiva perfeitas, representando que ambas aumentam paralelamente, encontram-se 5, sendo estas entre a “autonomia” e o autoconceito, a “impulsividade/atividade” e a “autoeficácia”; entre o Índice de Barthel e o Teste de Tinetti; e entre a “impulsividade/atividade” e a utilização de ajudas técnicas.

No que diz respeito às correlações negativas perfeitas que se observam são diversas (13), representando que sempre que um conceito aumenta o outro diminui. Assim, estas correlações verificam-se entre o autoconceito e o “funcionamento sensorial” e o Índice de Lawton & Brody; entre a “impulsividade/atividade” e o “funcionamento sensorial” e o Índice de Lawton & Brody; entre a “autoeficácia” e o “funcionamento sensorial” e o Índice de Lawton & Brody; e entre a “autonomia” e o Índice de Lawton & Brody. Ainda, podemos verificar correlações entre o Índice de Lawton & Brody, o Índice de Barthel, o Teste de Tinetti e a WHOQOL-OLD; e, por fim, entre a utilização de ajudas técnicas e o índice de Barthel, o Teste de Tinetti e a WHOQOL-OLD.

## **Capítulo II – Discussão**

A presente investigação procurou avaliar a influência das características sociodemográficas, o autoconceito, a qualidade de vida e a funcionalidade. De uma forma geral, os resultados evidenciam que o autoconceito influencia todas estas variáveis. Assim, neste capítulo procura-se discutir os resultados mais relevantes do presente estudo, pelo seu significado intrínseco ou pela comparação com os estudos encontrados sobre o tema.

Para a escolha e elaboração do instrumento de colheita de dados, analisou-se em primeiro lugar, as características da população que se pretendia estudar, e após isso, investigou-se as escalas existentes para aplicar, tendo em conta os objetivos do estudo, e selecionou-se aquelas que mais se adequavam à investigação. A escolha do instrumento de recolha de dados foi também influenciada pela facilidade de administração e pelo tempo despendido para as respostas. Para o estudo do autoconceito, foram selecionados os domínios do Índice Clínico do Autoconceito que se enquadravam mais com a temática e objetivos do estudo, sendo eles a “autoeficácia” e a “impulsividade/atividade”. Para investigar a qualidade de vida, foram analisados apenas os domínios “funcionamento sensorial” e “autonomia” da escala “WHOQOL-OLD”. Por fim, para recolha de dados objetivos de forma a estudar a dependência funcional, recorreu-se aos instrumentos de avaliação “Índice de Barthel”, “Índice de Lawton & Brody” e “Teste de Tinetti”.

Esta reflexão teve início na avaliação do estado cognitivo, que foi o que permitiu reunir os elementos para a amostra. Através do Mini Mental State Examination foi possível verificar que nenhum elemento da amostra apresentava défice cognitivo, o que significa que todos os indivíduos possuíam uma pontuação igual ou acima do mínimo exigido por este instrumento de avaliação, tendo em conta os valores de corte.

Através das características sociodemográficas foi possível conhecer e caracterizar a amostra em questão.

Os participantes do estudo corresponderam a 40 pessoas idosas de ambos os sexos, com **idades** que oscilam entre os 65 e os 96 anos, predominando uma média de 76,9 anos. Esta média de idade da população inquirida aproxima-se à esperança média de vida em Portugal que, segundo o INE, 2012, é de 80,41 anos (83,23 para as mulheres e 77,36 para os homens). A média de idades obtida na UCCI enquadra-se na bibliografia consultada. Esta refere que cerca de 80% dos utentes que ingressam na RNCCI têm idade superior a 65 anos (Cuidados Continuados Saúde e Apoio Social, 2012).

Quanto à relação entre a idade e as restantes características sociodemográficas e variáveis, não se verifica nada significativo. No entanto, alguns estudos encontram associação entre a idade e o autoconceito, referindo que o autoconceito das pessoas mais velhas é mais forte e delineado, sendo uma estrutura bem integrada na personalidade destas, porque se baseia na experiência de vida acumulada ao longo dos anos. Ainda, Freund & Smith (1999, p. 60) acrescentam que existe uma reorganização do *self* por volta do 60-77 anos e por volta dos 80 anos este processo encontra-se completo, refletindo mais avaliações positivas do que negativas. Este resultado vai de encontro ao modelo dos possíveis *selves* desenvolvido por Markus & Nuris (1986, p. 957), uma vez que os idosos implementam poucas expectativas acerca das escolhas positivas das suas vidas (sendo que estas vão reduzindo com o avançar da idade) e face ao elevado número de perdas que sofrem, onde utilizam os processos adaptativos facilitando uma atitude positiva face ao que são capazes de fazer, elevando o seu grau de competência e eficácia, aumentando o autoconceito.

No estudo há uma predominância do **género** feminino face ao género masculino (82,5% e 17,5%, respetivamente), sendo variadíssimos os estudos nacionais sobre idosos, em que este domínio se verifica (Amaral & Vicente, 2000, p. 25; Botelho, 2000, p. 174; Sousa *et al.*, 2003, p. 367; Cabete, 2005; Araújo *et al.*, 2007, p. 61; Sequeira, 2007; Imaginário, 2008; Sarmiento *et al.*, 2010; Elias, 2011; Araújo *et al.*, 2011, p. 77; Drago & Martins, 2012, p. 81). O fator que contribui para esta tendência prende-se, principalmente, no facto da esperança média de vida ser mais elevada nas mulheres (INE, 2012). Este dado é importante visto que as mulheres têm um índice de incapacidade maior que os homens, refletindo-se no processo de envelhecimento.

O autoconceito é construído durante o processo de socialização do indivíduo, e todas as sociedades tem estereótipos acerca do que é ser homem ou mulher. Sneed, & Whitebourne (2005, p. 375) referem que o autoconceito das mulheres é caracterizado pela interdependência nas relações sociais e pessoais, enquanto que o dos homens caracteriza-se pela independência. Neste estudo, não se verificou qualquer relação entre o género e o autoconceito. Por outro lado, estudos indicam que o facto o autoconceito é mais elevado nas mulheres, podendo ser explicado pelo facto de estas normalmente se encontrarem mais envolvidas na vida familiar e o sentimento de pertença gerado, é protetor do *self*, protegendo-as assim eficazmente dos efeitos negativos dos acontecimentos de vida, elevando o seu nível de bem-estar e, como consequência, o autoconceito. Quanto aos homens, o seu papel social é muito importante na criação da sua

identidade, sendo que na passagem à reforma é perdido e é acompanhado por uma diminuição da identidade e da autoestima (Rocha, 2007, p. 76).

Em Portugal, tal como verificado em diversos estudos (Amaral & Vicente, 2000, p. 26; Botelho, 2000, p. 175; Sousa *et al.*, 2003, p. 368; Cabete, 2005; Araújo *et al.*, 2007, p. 61; Sequeira, 2007; Sarmiento *et al.*, 2010; Elias, 2011; Drago. & Martins, 2012, p. 81), os baixos **níveis de escolaridade** neste grupo populacional são predominantes, tendo em conta os dados do INE, onde 26,2% não detêm qualquer nível de instrução e 48,6% possuem o 1º ciclo do ensino básico. (INE, 2002). Corroboramos Antunes (2010, 24) quando afirma que o nível de instrução da população idosa em Portugal é deveras baixa, acrescentando ainda que a maioria dos idosos não possui qualquer nível de instrução, sendo esta característica mais acentuada nas mulheres idosas. Diversos estudos confirmam estes factos, atribuindo às políticas de educação predominantes nas décadas de 1930 e 1940, quando o acesso à escola era muito restrito. Ainda, está associado ao facto de há algumas décadas atrás a entrada no mercado de trabalho era muito precoce para sustento da família e como tal, os idosos não frequentavam a escola (Oliveira & Souza, 2012, p. 1904). Neste estudo constatou-se que as habilitações literárias são superiores às apontadas pelos dados do INE, sendo que sem escolaridade obteve-se 17,5%, no 1º ciclo do ensino básico verificou-se 42,5%, 32,5% no 2º ciclo do ensino básico e, por fim, 5,0% no 3º ciclo do ensino básico. Em minoria, aparece o ensino secundário com apenas 2,5% dos indivíduos.

Este aspeto deverá constituir um desafio para o desenvolvimento de políticas educacionais das futuras gerações idosas, pois a extensão da escolaridade é um fator determinante que trará vantagens ao nível da literacia em saúde e, por conseguinte, da saúde das populações.

Teixeira (2013) mostra que o menor grau de escolaridade está relacionado com inferiores índices de qualidade de vida. Tal como no presente estudo, Teixeira (2013) & Nunes da Silva (2009, p. 39) entenderam na sua investigação que os sujeitos com mais habilitações tendem a avaliar a sua qualidade de vida mais alta do que os idosos com habilitações mais baixas, revelando que as habilitações literárias influenciam a qualidade de vida. Esta relação teve significado na relação perfeitamente positiva entre as habilitações literárias e o domínio “autonomia” da qualidade de vida, sendo este domínio o mais objetivo, especificando a dificuldade do idoso na realização de AVD.

Ainda, num estudo realizado por Salerno *et al.* (2015, p. 778) o levantamento apontou que os idosos que estiveram associados ao baixo autoconceito foram os que revelaram menor escolaridade, resultados estes semelhantes aos obtidos neste estudo. Corroborando estes dados,

Antunes *et al.* (2011, p. 584) & Vitoreli (2005, p. 107) indicam que à medida que melhora o nível escolar, melhora o autoconceito.

Em relação ao **estado civil**, constatou-se que a maior parte dos participantes é casado (50,0%), seguidos da viuvez (37,5%), e por último solteiro (12,5%), valores similares aos encontrados noutros estudos (Amaral & Vicente, 2000, p. 27; Araújo *et al.*, 2007, p. 61; Cabete, 2005). Por oposição aos resultados obtidos neste estudo, Figueiredo (2016, p. 122), verifica que a viuvez é o estado que integra um maior número de idosos.

Da mesma forma que na presente investigação, Farenzena (2007, p. 52) & Fraquelli (2008, p. 63) não encontraram nos seus estudos significância quanto ao estado civil e os níveis de qualidade de vida. Pereira *et al.* (2006, p. 63) corroboram este resultado ao afirmarem que a situação conjugal não tem influência na qualidade de vida dos idosos. Contrariamente, Andrade & Martins (2011, p. 192) inferiram que os indivíduos sem companheiro têm melhor qualidade de vida, ideia esta reforçada por Martins, (2009, p. 160), que verificou que os idosos divorciados e casados auferiam de melhor qualidade de vida do que os viúvos e solteiros. Tavares (2012, p. 53) observou que o estado civil manifesta diferenças no autoconceito.

A análise do **tipo de habitação** revela que, à exceção de um idoso que vive numa vivenda (2,5%), a maioria dos idosos reside em casa (92,5%), seguindo-se o apartamento (5,0%). No que diz respeito à **situação habitacional**, maioritariamente possuem habitação própria (85,0%), os restantes reside em casa alugada (12,5%), à exceção de um inquirido que habita numa casa de familiares (2,5%). Dados semelhantes são os achados por Andrade & Martins (2011, p. 192).

Todos os idosos enfrentam dificuldades no meio em que vivem, mesmo aqueles independentes, provocando deste modo um grande impacto sobre a mobilidade e a qualidade de vida. Além do ambiente externo, o tipo de habitação e o sistema de transporte são fatores que contribuem para a uma boa mobilidade e participação social porém, o inverso pode provocar o isolamento, a incapacidade funcional e a diminuição da qualidade de vida (Sarmiento *et al.*, 2014, p. 29). Quanto ao autoconceito observou-se uma relação negativa perfeita com o tipo de habitação e positiva perfeita com a situação habitacional.

No seguimento da avaliação do contexto habitacional, procurou saber-se quais as **condições de acesso à habitação**, pelo facto de descobrir quais as principais barreiras arquitetónicas, caso existam. Neste estudo destaca-se uma grande percentagem de idosos que possuem na sua habitação escadas sem corrimão (20,0%) porém, maioritariamente e na mesma percentagem dos que não possuem barreiras arquitetónicas (40,0%), surgem os que possuem na

sua habitação um apoio facilitador, escadas com corrimão. Não se verificou qualquer relação neste estudo com esta característica sociodemográfica e as restantes variáveis.

No que diz respeito aos **recursos económicos** e no nosso estudo, observou-se que 55,0% dos inquiridos apresenta recursos suficientes para as necessidades básicas e 20,0% refere possuir recursos para além das necessidades básicas. Consequentemente, também a situação económica de alguns dos idosos inquiridos, 25,0%, reflete a ideia que estes se encontram em grande número no limiar da pobreza, o que indica não terem disponibilidade económica para satisfazerem as suas necessidades básicas e viver condignamente. Estes dados vão de encontro ao estudo realizado recentemente por Drago & Martins (2012, p. 81) que reflete a ideia que um grande número de idosos não têm disponibilidade económica para satisfazer as necessidades básicas. Estas são agravadas em muitos casos devido aos gastos adicionais relativos à saúde. Segundo Martins & Santos (2008, p.72) outra das explicações para os valores das pensões serem muito baixas deve-se, por um lado, aos salários baixos e, por outro, devido às carreiras contributivas serem, em geral, muito curtas.

Segundo Santos (2008, p. 26), as próprias transformações económicas têm repercussões no autoconceito e na qualidade de vida dos idosos. Acrescenta-se a este fator a saída do mercado do trabalho, que tem efeitos a nível económico, provocando diminuição do rendimento, criando um sentimento de inutilidade que pode ter consequências ao nível da autoestima e do bem-estar.

Tal como no presente estudo, também outras investigações sobre a qualidade de vida e a situação socioeconómica demonstram a existência de correlação positiva entre as duas variáveis (Jakobson *et al.*, 2004, p. 125-126). Paúl (2005, p. 42) salienta que a qualidade de vida e a satisfação com a vida dos idosos são afetadas, na medida em que variam os fatores determinantes no envelhecimento bem-sucedido, tal como as características económicas. Nunes da Silva (2009, p. 39) verificou no seu estudo que os idosos com melhor estatuto económico avaliam mais positivamente a sua qualidade de vida comparativamente com os que são financeiramente dependentes. Acrescentam ainda que um dos fatores que pode contribuir para reduzir a satisfação com as suas condições de vida são os escassos recursos financeiros, sendo os grupos de menor poder aquisitivo os que demonstram os menores índices de qualidade de vida.

De acordo com Lopes (2001), a sociedade atual encara o envelhecimento como uma fase de decadência e o idoso é rejeitado pelo sistema económico, social e cultural. Isto afeta em grande escala o *self* do idoso, não só pelas limitações económicas e físicas, como pela troca de papéis familiares e pela cessação de atividades, que exigem que o mesmo adquira novas

responsabilidades e possa transitar de uma condição de produtividade económica para o de produtividade social, adaptando-se a uma nova identidade.

A taxa de incidência de pelo menos uma limitação funcional, entre os idosos com 65-69 anos é de 30% e dos 75-79 anos é superior a 50% (INE, 2012). A maioria das pessoas com mais de 65 anos tem pelo menos uma **patologia**, sendo frequente que tenha duas ou mais (Botelho, 2000, p. 176). Tal facto também se verificou no presente estudo, dado que grande parte dos idosos referiu igualmente sofrer de mais do que uma patologia. Destas, destaca-se a HTA (17,5%), seguida de fraturas frequentes (12,5%) e da doença neurológica, como o AVC (10,0%). Estes dados são semelhantes aos reportados nos estudos de Cabete (2005), Botelho (2000, p. 176) e Elias (2011). Tais fatos parecem não ser de surpreender numa população envelhecida, uma vez que se sabe que dois terços das pessoas com mais de 65 anos e quase três quartos das pessoas com mais de 80 anos têm vários tipos de doenças crónicas (Drago & Martins, 2012, p. 81). Lobo & Pereira (2007, p. 65) sugerem que a presença de doenças crónicas contribuiu para a dependência funcional.

Tendo em conta que o número de patologias aumenta com a idade, estas alteram de modo significativo o dia-a-dia da pessoa, a sua imagem corporal e a sua identidade. A morbilidade tem um impacto negativo na autoestima. Rocha (2007, p. 54) analisou que as pessoas idosas que referiram ter um maior número de patologias foram as que evidenciaram níveis de autoconceito mais elevados, possivelmente por acreditarem que ao processo de envelhecimento se encontram inevitavelmente associadas um número elevado de patologias. Contrariamente, e tal como encontrado no presente estudo, assim como o número de patologias aumenta, a capacidade funcional encontra-se mais debilitada, e se focam no aspeto ou aparência comparam-se de forma mais negativa com o que eram anteriormente. Charmaz (1983, p. 192) explica que face a uma nova identidade, a de doente, o idoso tem uma perceção mais negativa de si.

Posto isto, não se verifica qualquer relação entre os antecedentes pessoais e as restantes variáveis.

No presente estudo a população inquirida que não apresenta **histórico de quedas** é equivalente à que apresenta muitas ou poucas quedas.

As quedas são marcadores de fragilidade e da perda de capacidade funcional, não podendo ser negligenciadas. O idoso deve ser avaliado criteriosamente para que sejam identificados os principais fatores de risco, com o objetivo de minimizar a ocorrência de quedas, por meio da prevenção e de intervenção terapêutica, que devem ter o objetivo de manter ou melhorar a

capacidade funcional e prevenir danos físicos, mantendo uma boa qualidade de vida para esta população.

Assim, é pertinente correlacionar a frequência das quedas com as características sociodemográficas. O resultado, tal como no estudo de Ricci *et al.* (2010), demonstra que os idosos com diferentes históricos de quedas não apresentaram diferenças significantes quanto aos dados sociodemográficos analisados.

No que concerne à **utilização de ajudas técnicas** (definidas como qualquer tecnologia, produto, instrumento ou equipamento adaptado ou especialmente concebido para melhorar a funcionalidade de uma pessoa com incapacidade - DGS, 2004), a maior parte, 62,5%, utiliza um instrumento de apoio, 15,0% não utiliza nenhum apoio para a deambulação e os restantes 22,5% deslocam-se em cadeira de rodas. Baseado neste estudo, verificou-se uma relação positiva perfeita com este conceito e o domínio “impulsividade/atividade” do autoconceito e uma relação negativa perfeita com o Índice de Barthel. Esta última relação, de uma forma lógica, traduz que quanto maior o score do Índice de Barthel, maior a dependência funcional e, consequentemente, maior a necessidade de utilização de ajudas técnicas.

Com base nos resultados obtidos é notória a predominância da independência nas **AVD**, encontrando-se com dependência leve 35,0%, dependência 22,5%, dependência severa 17,5% e apenas 12,5% são totalmente dependentes, a mesma percentagem dos totalmente independentes. Este estudo contraria os achados na comunidade (Broeiro *et al.*, 1995, p. 281; Botelho & Rendas, 1997, p. 170; Botelho, 2000, p. 177; Costa *et al.*, 2006, p. 44; Maciel & Guerra, 2007, p. 182; Giacomini *et al.*, 2008, p. 1265; Nunes *et al.*, 2010, p. 2291; Rosa *et al.*, 2010, p. 409) acentuando que a maior parte dos idosos é independente nas AVD, ou seja, revelam capacidade funcional.

Ainda sobre esta variável, os idosos apresentaram uma pontuação média de 66 no Índice de Barthel, o que significa que a maioria está no limiar entre a dependência e independência funcional dos indivíduos (Araújo *et al.*, 2007, 61). Carvalho (2012, p. 114) salienta que das doze necessidades humanas básicas, a mais valorizada foi a mobilidade, uma vez que para realizar as restantes AVD é necessário o movimento, preferindo obter ajuda na realização das outras AVD, indo de encontro à teoria da seleção, otimização e compensação, defendida por Baltes & Baltes (1990, p. 27).

Salienta-se ainda o facto de que esta condição de dependência parcial ou total aumenta o risco de quedas para os idosos (Silva, 2013, p. 121).

Millán-Calenti *et al.* (2010, p. 307) acrescentam ainda que as atividades que exigem maior capacidade funcional, associado a um bom estado cognitivo, são aquelas onde se verifica um maior nível de dependência, como é o caso das AIVD. Nesta investigação, numa primeira análise, não se observa uma predominância da independência. Em geral, os participantes exibem em termos médios um grau de dependência entre o moderado e o severo (ambos com 47,5%), sendo o resultado inferior o de independente (5,0%). Durante o processo de envelhecimento, devido a determinadas patologias e fatores do próprio envelhecimento, existe uma tendência para o comprometimento da qualidade de vida e da funcionalidade dos indivíduos no desempenho das atividades quotidianas (Cabral, 2003) sendo que, na generalidade, se verificou na amostra de idosos em estudo. Na realidade, o que ocorre é o aumento da incidência de doenças crónico-degenerativas associadas à idade, provocando incapacidades físicas no idoso, resultando então no desenvolvimento da dependência funcional e redução de autonomia (Hogstel *et al.*, 2005, p. 5514). Estes resultados são consentâneos com outros estudos (Costa *et al.*, 2006, p. 44; Maciel & Guerra, 2007, p. 185; Nunes *et al.*, 2010, p. 2291) onde referem que a maioria dos idosos são moderadamente dependentes ou severamente dependentes. Contudo, alguns trabalhos revelaram uma maioria de idosos independentes nas AIVD (Botelho & Rendas, 1997, p.169; Pereira & Rodrigues, 2007, p.65; Rosa *et al.*, 2010, p.409) o que, segundo Sousa (2012, p. 369), se pode justificar por um conjunto de variáveis, bem como o ambiente onde a pessoa está inserida, estilo de vida, aspetos demográficos, contexto social, económico e cultural, fatores estes que comprometem a capacidade de realizar as AIVD.

Alterações no equilíbrio prognosticam diminuição da capacidade funcional e o aumento da morbidade em pessoas com mais de 65 anos (Vieira dos Santos *et al.*, 2013, p.887).

O **Teste de Tinetti**, segundo Freitas e Miranda (2002), é cada vez mais utilizado, uma vez que deteta alterações na locomoção e equilíbrio, diagnostica e qualifica a gravidade do comprometimento, predizendo o risco de quedas.

No presente estudo, a média do score total do Teste de Tinetti face à população inquirida foi 13/28, estando um pouco abaixo da metade do valor total, representando que a população apresenta défices de equilíbrio e marcha. Após relacionar estes dados com as restantes variáveis observa-se uma correlação negativa e positiva perfeita com instrumentos de avaliação da capacidade funcional, o Índice de Lawton & Brody ( $p=-,497$ ) e o Índice de Barthel ( $p=,655$ ) respetivamente.

Também a correlação perfeitamente negativa com este instrumento de avaliação e a utilização de ajudas técnicas ( $p=-,731$ ) demonstra que quanto melhor o score do Teste de Tinetti menor utilização de ajudas técnicas, e vice-versa.

Nos últimos anos, vários estudos evidenciam a diminuição do desempenho de idosos em relação às suas habilidades motoras, o que tem um efeito importante nas AVD e AIVD dos idosos. Dessa forma, com a chegada do envelhecimento ocorrem modificações no sistema de controlo postural, podendo provocando alterações de coordenação, equilíbrio e marcha, provocando um aumento da ocorrência de quedas e, conseqüentemente, lesões ou até mesmo fatalidades, tornando os idosos totalmente dependentes (Sarmiento *et al.*, 2014, p.29). Costa *et al.* (2003, p. 8) destacam que os problemas de mobilidade em idosos estão geralmente associados a uma combinação de défices de equilíbrio, marcha e força muscular. O declínio da capacidade de controlo do equilíbrio é um problema comum nos idosos, com graves conseqüências na sua qualidade de vida. (Duarte & Mochizuki, 2001, p. 92).

Neste estudo, não se verificou qualquer relação entre as **AVD/AIVD e a idade**. Contrariamente, outros estudos científicos determinam que existe uma relação, parecendo assim um dado adquirido que o grau de dependência funcional aumenta nos idosos com idades mais avançadas (Botelho, 2000, p. 177; Amaral & Vicente, 2000, p. 27; Roe *et al.*, 2001, p. 391; Smith, 2001, p. 472; Sousa *et al.*, 2003, p. 369; Araújo *et al.*, 2007, p. 60; Maciel & Guerra, 2007, p. 185; Imaginário, 2008; Giacomini *et al.*, 2008, p. 1266; Duca *et al.*, 2009, p. 798; Nunes da Silva *et al.*, 2009, p. 39; Rosa *et al.*, 2010, p. 410). Na mesma perspectiva, Oliveira *et al.* (2008, p. 62) obtiveram uma relação estatisticamente significativa entre as duas variáveis, defendendo que os níveis de dependência aumentam com o progressivo aumento da idade.

De mesma forma, verifica-se neste estudo que não existe relação estatisticamente significativa entre o género e a funcionalidade dos idosos, apesar do INE (2012) referir que as dificuldades em realizar as AVD são maiores no sexo feminino. Da mesma forma, outras investigações observaram que o sexo feminino apresenta maior dependência nas AVD e nas AIVD (Amaral & Vicente, 2000, p 27; Botelho, 2000, p. 178; Rosa *et al.*, 2010, p. 410; Sousa *et al.*, 2003, p. 369; Cabete, 2005; Imaginário, 2008; Nunes. *et al.*, 2009, p. 102; Ministério do Trabalho e da Solidariedade Social, 2009; WHO, 2012; Silva *et al.*, 2013, p. 121; Fermento, 2016, p. 67). Nestes estudos, os resultados foram explicados pelo facto das mulheres, terem uma maior longevidade e, conseqüentemente, maiores limitações ou maior perda da capacidade funcional (Sousa *et al.*, 2003, p. 370), pois experimentam um maior número de doenças crónicas e comorbilidades. Estes resultados são ainda corroborados por Rosa *et al.* (2003, p. 48), que

concluem no seu estudo que o sexo está fortemente ligado à ocorrência de dependência funcional, sendo duas vezes superior para as mulheres em relação aos homens.

Ao **relacionar-se o grau de dependência nas AVD e AIVD**, verificou-se uma correlação bastante forte entre as escalas e a existência de relação entre elas ( $p = -,719$ ). Esta correlação é negativa uma vez que à medida que os resultados do Índice de Barthel aumentam, descem os resultados do Índice de Lawton & Brody, podendo concluir-se que o grau de dependência nas AVD é maior nos idosos que apresentam maior grau de dependência nas AIVD. Este resultado é corroborado por Araújo *et al.* (2007, p. 61), no qual concluiu no seu estudo que o Índice de Barthel apresenta uma correlação positiva e estatisticamente significativa com o Índice de Lawton & Brody. Tais achados vão igualmente de encontro ao descrito na literatura (Maciel & Guerra, 2007, p. 185; Guedes *et al.*, 2007, p. 108; Alves *et al.*, 2008, p. 1201; Duca *et al.*, 2009, p. 799; Rosa *et al.*, 2010, 410; Castro, 2011, p. 3) ao referirem que o declínio da capacidade funcional se apresenta de forma hierárquica, iniciando-se pela dificuldade nas AIVD, que são atividades mais complexas em relação às AVD, sendo portanto, afetadas quando as de níveis mais avançadas já foram comprometidas. Assim, alguns autores (Aires *et al.*, 2009, p. 496; Maciel & Guerra, 2007, p. 185) sugerem mesmo a utilização das AIVD como marcadores para detetar o início do declínio da capacidade funcional.

O facto de se tornar dependente faz com que o idoso se sinta desvalorizado, o que pode resultar num baixo autoconceito e baixa qualidade de vida (Silva *et al.* 2013, p. 344). **Estes dados vão de encontro aos resultados obtidos neste estudo após analisada a relação entre o Índice de Lawton & Brody e o autoconceito, em que se verifica que a capacidade funcional influencia o autoconceito, confirmando a H<sub>0</sub> destes estudo.**

O **autoconceito** está relacionado com sentimentos positivos acerca de si próprio, sendo muitas vezes interpretada como autoestima. Face às estratégias que utilizam para se adaptarem ao processo de envelhecimento, os idosos apresentam normalmente um elevado grau de autoconceito. Baltes & Baltes (1990, p. 27) fazem referência a uma diminuição por parte do *self* ideal, na 3ª idade, como explicação para os elevados níveis de satisfação, felicidade e bem-estar apesar das circunstâncias da vida adversas. Herzog & Markus (1999, p. 231) referem que a forma como os mais velhos mantêm o autoconceito elevado ao longo da sua vida pode ser explicado pelos novos objetivos que são formulados, estratégias de controlo e processos de seleção, otimização, compensação e adaptação. Sneed & Whitbourne (2005, p. 375) corroboram as ideias dos autores acima citados e acrescentam que na maioria dos idosos esta visão positiva não diminui com a idade.

Esta dimensão não apresentou valores significativos quando relacionada com a idade porém, é altamente significativa quando relacionada com o tipo de habitação, mostrando valores mais elevados nos idosos institucionalizados (Rocha, 2007, p. 75).

Os domínios do ICAC com pontuações mais altas foram o da “autoeficácia” e da “aceitação/rejeição social”, com média de 20,80 e 19,43 respetivamente. E o que tem uma pontuação mais baixa é o da “impulsividade/atividade”, cuja média foi de 10,10. Assim, estes resultados estão também relacionados com o que foi referido anteriormente pelos autores Fleck (2008a, p. 103) & Diogo (2003, p. 77), em que ambos salientam que um bom autoconceito tem impacto na perceção da qualidade de vida e que esta é influenciada por aquilo que a saúde dos indivíduos permite que eles executem no dia-a-dia.

Para Vecchia *et. al* (2005, p. 249), o autoconceito do indivíduo está relacionado com o conceito de qualidade de vida. Para tal, cita fatores como a capacidade funcional; o nível socioeconómico; o estado emocional; a interação social; a capacidade intelectual; o autocuidado; o suporte familiar; o estado de saúde; os valores culturais, éticos e a religiosidade; o estilo de vida; a satisfação com o emprego; o desempenho na realização de AVD e o ambiente em que se vive.

Na avaliação da **qualidade de vida** observou-se o mínimo da escala WHOQOL-OLD de 87, o máximo de 124 e média de 107,23, sendo que a média das respostas se situou acima do valor médio da escala, o que quer dizer que os idosos têm uma boa perceção da sua qualidade de vida e que apesar das perdas e limitações associadas à idade, os idosos desta amostra possuem sentimentos de satisfação com a vida. Fleck (2008a, p. 104) refere que um autoconceito baixo, em geral, está associado a uma redução na qualidade de vida sendo que Diogo (2003, p. 77) refere que a perceção da qualidade de vida, não se restringe à saúde física, isto é, como as pessoas se sentem fisicamente, mas, para além disso, naquilo que a sua saúde permite que elas executem no dia-a-dia. Neste estudo, os idosos apresentaram em todos os domínios da qualidade de vida, um valor acima da média, ou seja, acima dos oito pontos, o que está certamente associado ao facto de a amostra apresentar um bom resultado a nível de capacidade funcional e/ou que a perceção do estado de saúde dos inquiridos é boa, na medida em que conseguem ter uma vida mais autónoma e independente, e viver com maior autoestima. **Ainda assim, observou-se neste estudo uma relação significativa entre o autoconceito e a qualidade de vida, nos domínios “funcionamento sensorial” e “autonomia” confirmando a H<sub>2</sub> destes estudo.**

. As alterações sensoriais que ocorrem com o processo de envelhecimento podem interferir negativamente sobre a qualidade de vida do idoso, visto que as funções sensoriais estabelecem a conexão do indivíduo com o mundo, podendo influenciar no seu padrão de conduta. Este facto poderia justificar a associação entre a faceta “funcionamento sensorial” e os menores índices de autoconceito ( $p = ,417$ ). Tal como na investigação de Tavares *et al.* (2016, p. 3360), os idosos que referiram scores inferiores de qualidade de vida na faceta “autonomia” apresentaram menor índice de autoconceito ( $p = ,630$ ). Este dado pode estar relacionados à menor capacidade de tomada de decisão conforme o aumento da faixa etária, sendo que uma das formas para minimizar este processo é a garantia da manutenção da autonomia e da independência. Vintém (2008, p. 12) corrobora estes resultados, sublinhando que a perceção do estado de saúde é um dos principais indicadores da qualidade de vida, visto que é o próprio que avalia a sua saúde dentro do contexto e cultura que se encontra inserido. Assim sendo, os idosos que sentirem que têm liberdade para tomar as suas decisões e sobretudo que estas são respeitadas e que têm controlo sobre a sua vida, aumentam a sua autonomia, o bem-estar e a perceção da qualidade de vida (Netuveli & Blane, 2008, p. 120).

Relativamente aos domínios da escala WHOQOL-OLD, o mínimo bruto é quatro e o máximo bruto é vinte, assim sendo, o score médio bruto é de oito. Como já foi referido, todos os itens estão acima do valor médio bruto, o que significa que os idosos têm uma perceção de qualidade de vida acima da média em cada domínio.

A grande maioria dos idosos investigados não apresentou nenhuma relação significativa entre o instrumento de avaliação de qualidade de vida (à exceção de alguns domínios) e as variáveis sociodemográficas.

Neri (2007) afirma que quanto maior o nível de funcionalidade maior a satisfação com a vida. A qualidade de vida na velhice pode estar relacionada com o bem-estar psicológico e subjetivo e envelhecimento satisfatório ou bem-sucedido, o que vai também de encontro aos autores Baltes & Baltes (1990, p. 28), que defendem que o envelhecimento é um processo adaptativo, em que os idosos se adaptam às constantes alterações, mantendo o equilíbrio entre perdas e ganhos. Também, Maciel (2010, p. 1028) refere que a manutenção da capacidade funcional dos idosos é um fator que contribui para que esta população tenha uma melhor qualidade de vida.

Num estudo realizado por Balduino & Jacopetti (2009, p. 42), em que analisou a perceção da qualidade de vida face ao **género**, os homens apresentaram melhores scores em todos os

domínios da qualidade de vida. Apesar de neste estudo o número de homens ser relativamente inferior ao número de mulheres (7 para 33), estes resultados estão também em concordância com os autores Oliveira *et al.* (2008, p. 62), uma vez que as mulheres apresentam scores mais baixos na perceção da saúde relativamente aos homens, o que contribui para uma baixa perceção da sua qualidade de vida. Um outro motivo para estes resultados relaciona-se com o facto da esperança média de vida das mulheres ser superior à dos homens, experienciando assim mais sentimentos de solidão, principalmente quando se deparam com a morte do cônjuge (Silva & Ferreira-Alves, 2012, p. 591). Ainda, pelos fatores culturais e pelo papel da mulher na sociedade até há alguns anos atrás, que era a cuidadora dos filhos, possuía menor acesso à educação e um baixo estatuto social, o que contribuiu também para um aumento da pobreza e dos problemas de saúde e uma baixa perceção da qualidade de vida, sentido necessidade de reorganização e adaptação, de modo a definir estratégias futuras para a sua vida (INE, 2012; WHO, 2002; OMS, 2005).

Quanto à relação entre a **idade** e a perceção da qualidade de vida, não se verifica que existe uma associação moderada entre estas duas variáveis. Contrariamente e noutros estudos, observa-se uma relação estatisticamente negativa entre estes dois fatores ou seja, à medida que a idade aumenta é menor a perceção da qualidade de vida dos indivíduos. A WHO (2002) defende estes resultados, referindo que o desenvolvimento de doenças crónicas aumenta com o decorrer da idade, devido aos fatores de risco, diminuindo a longevidade, limitando o idoso na realização das AVD e diminuindo a qualidade de vida. Através da prevenção dos fatores de risco pode-se prevenir o aparecimento de patologias e declínio funcional e, conseqüentemente, melhorar a qualidade de vida. Estes resultados podem também ser explicados pelo facto da perceção do estado de saúde diminuir com a idade, tal como referido por Oliveira *et al.* (2008). **Desta forma, conclui-se que nesta investigação não existe relação estatisticamente significativa entre dependência funcional, idade e sexo, contrariamente ao que era esperado, conforme a H<sub>3</sub> deste estudo.**

O autoconceito e a qualidade de vida encontram-se relacionados, uma vez que tratam de perceções subjetivas do indivíduo em relação a si próprio e à vida. A obtenção de menores níveis de autoconceito implica piores níveis de qualidade de vida, sendo explicado pela literatura científica, que evidencia que o autoconceito está correlacionado com os resultados de vida, dentre eles as relações humanas, o trabalho, a saúde e, conseqüentemente, o envelhecimento saudável (Tavares *et al.*, 2016, p. 3560). É importante salientar que este

domínio poderá, de igual forma, estar associado à maneira como os idosos aceitam e lidam com a chegada da velhice (Fraquelli, 2008, p. 63).

**Por fim, a H<sub>1</sub> deste estudo foi formulada e confirmada, visto que existe relação estatisticamente significativa entre dependência funcional e qualidade de vida.** Verificou-se que o valor de  $p$  é apenas estatisticamente significativo aquando da relação das AIVD com a qualidade de vida. Tal facto pode ter explicação, devido ao facto do número de idosos com dependência funcional ser relativamente reduzido e caso a amostra fosse composta por mais elementos, os resultados poderiam ser diferentes (Ferreira, 2013, p. 35). Tal facto poderá ainda ser explicado pela elevada percentagem de indivíduos (40%) com ausência de barreiras arquitetónicas na sua habitação, contribuindo para uma maior mobilidade, maior segurança, maior participação social, aumento da funcionalidade e melhor qualidade de vida (Paula, 2007). Caso se verifiquem esta condicionante, a pontuação do Índice de Barthel será mais baixa. Assim, os idosos que possuem maior independência nas AVD realizam mais atividades de lazer e sociais, experienciando sensação de bem-estar psicológico (Lawton, 1990, citado por Bonder & Bello-Haas, 2009) e a qualidade de vida reflete a perceção que os indivíduos têm de que as suas necessidades estão a ser satisfeitas (Pereira *et al.*, 2006, p. 63), sendo que nesta amostra esse fator poderá contribuir para os resultados da escala WHOQOL-OLD.

O facto do estudo ter sido efetuado com idosos sem défices cognitivos poderá justificar, em parte, os níveis de autoconceito positivos (Rocha, 2007, p. 77).

Neste trabalho de investigação, que teve como um dos objetivos investigar quais seriam as relações existentes entre os domínios da Qualidade de Vida e do Autoconceito numa população em processo de envelhecimento, encontramos resultados que indicam a existência de algumas correlações entre os vários domínios estudados. Os domínios “funcionamento sensorial e “autonomia” da Qualidade de Vida apresentaram também alta correlação com o fator “impulsividade/atividade” e “autoeficácia” do Autoconceito.

## **2.1. LIMITAÇÕES AO ESTUDO**

Após a realização da investigação, análise estatística, resultados e discussão dos mesmos, encontramos diversas limitações que foram surgindo no decorrer do trabalho de investigação.

Destas limitações, a primeira, prende-se com o facto da presente amostra não ser homogénea, apresentando uma distribuição amostral bastante reduzida (n=40), não conferindo a significância necessária para o desenho de estudo sob a qual a realização deste trabalho de investigação assenta. Este facto prende-se com a realização da recolha da amostra apenas num único local. O aumento do número da amostra ou a recolha da mesma em vários locais permitiria uma melhor perceção em termos estatísticos e reais das variáveis e consequentemente dos objetivos gerais e específicos do presente estudo.

Outra das limitações implícitas é o facto de a recolha dos resultados ter sido realizada apenas num único momento. No caso de que a recolha se procedesse em dois momentos de avaliação, a perceção e o objetivo de estudo adquiririam uma vertente mais significativa e mais conclusiva para o presente estudo. Também os dados foram obtidos em determinado contexto, ou seja, na admissão numa UCC/ERPI, e, muitas das vezes, após um determinado evento (cirurgia, acidente, queda), através de informações já referidas e não sujeitos a avaliações mais objetivas, nomeadamente a observação do desempenho funcional, pode levar a algum enviesamento dos dados.

Além disso, o facto do instrumento de colheita de dados, o questionário, ter sido por administração indireta, preenchido pelo investigador (em alguns casos) na presença do participante, pode ter condicionado algumas respostas do âmbito mais íntimo e privado. Todavia, esta opção prendeu-se com o facto de se tratar de pessoas idosas, com possíveis restrições motoras, algumas das quais também com dificuldades na leitura e/ou na escrita.

Quanto às escalas utilizadas, permanece a ambiguidade em relação à sensibilidade, ou seja, quando se verifica que uma pessoa necessita de ajuda, as escalas não transmitem exatamente qual o tipo de ajuda necessária nas tarefas que compõem aquela atividade (por exemplo, quando um idoso apresenta um grau de dependência parcial na atividade tomar banho, não é perceptível se a dificuldade está em entrar para a banheira ou em abrir a torneira). Trata-se de limitações inerentes às escalas utilizadas e que não era da responsabilidade do investigador.

Importa referir que este estudo, por contemplar um conceito pouco investigado (o autoconceito), revela-se como uma ferramenta bastante útil e importante para a compreensão da perceção da qualidade de vida dos idosos. Contudo, devido a esta dificuldade, a confrontação dos resultados obtidos com outras investigações tornou-se limitada. Assim, a nível teórico,

verificou-se a escassez de literatura específica nesta área, nomeadamente na realidade portuguesa e em contexto de idosos. Houve, por isso, necessidade de recorrer a estudos desenvolvidos noutros países e a múltiplos estudos desenvolvidos em Portugal mas noutros contextos, algo diverso do presente estudo.

Ainda assim, estudo apresenta aspetos positivos, nomeadamente a metodologia adotada, através da qual se acredita ter diminuído o impacto das limitações mencionadas. Destaca-se a caracterização sociodemográfica das pessoas idosas admitidas numa UCC/ERPI, bem como a aplicação das escalas, que terão permitido uma melhor avaliação do autoconceito, dependência funcional e qualidade de vida da pessoa idosa, possibilitando aos profissionais de saúde e gerontólogos, através da divulgação dos resultados ora obtidos, o planeamento de estratégias de atendimento e intervenção adequados à realidade, contribuindo assim para um envelhecimento com melhor qualidade de vida. No que concerne aos procedimentos formais e éticos, todos estes foram cumpridos com rigor, de forma a garantir a confidencialidade dos dados e o anonimato. Posto isto, consideramos que as opções metodológicas foram as adequadas ao tipo de estudo, uma vez que isso permitiu atingir os objetivos inicialmente estabelecidos e responder às questões de investigação.

## **Capítulo III – Conclusão**

A conclusão desta dissertação deve pressupor uma resposta o mais evidente possível para a problemática do assunto em questão, correspondendo ao objetivo final deste, ou seja, à sua razão de ser. Assim, impõe-se nesta fase enunciar algumas considerações em torno do que foi o desenvolvimento do estudo, pelo que serão abordados os principais itens que merecem ser destacados e os potenciais contributos desta investigação, assim como apontadas algumas sugestões para futuras investigações.

O presente estudo pretendeu avaliar as variáveis sociodemográficas (idade, sexo, estado civil, escolaridade, entre outras) e aferir a existência de relação entre o autoconceito, a funcionalidade e a qualidade de vida.

Hoje em dia, envelhecer é um dos desafios mais prementes, onde a qualidade de vida é o sucesso.

O autoconceito abrange diversas características na sua definição, sendo um constructo bastante amplo e de significativa importância para o melhor entendimento da personalidade e do comportamento humano (Albuquerque & Oliveira, 2002, p. 26; Lins, 2013, p. 15). Representa a nossa percepção de competências pessoais em certos domínios de ação e realização, sendo entendido como a conceção de informações que o sujeito possui de si próprio. O autoconceito é retrospectivo, consistindo numa avaliação orientada para o passado, que se baseia na apreciações e estímulos que lhe são relevantes, provenientes de quem o rodeia, ficando diferenciados à medida que ocorre o processo de envelhecimento (Albuquerque & Oliveira, 2002, p. 26; Neves & Faria, 2009, p. 210; Lins, 2013, p. 16). Segundo Baumeister (1999 *in* Rocha, 2007, p. 55), as funções do autoconceito são comuns às diferentes culturas, e permitem essencialmente criar identidade no processamento de informação, regular as emoções e o comportamento, e promover adaptação. Desta forma, pode-se concluir que o autoconceito é concebido como uma estrutura organizada e estruturada, multifacetada, hierárquica, dinâmica, e avaliável da personalidade humana, que altera com o avançar da idade, tornando-se cada vez mais específica (Albuquerque & Oliveira, 2002, p. 26; Rocha, 2007, p. 55).

Os dados analisados permitem concluir que os melhores scores de capacidade funcional associam-se a melhores índices de qualidade de vida e, conseqüentemente, a melhores níveis de autoconceito. A qualidade de vida na velhice está relacionada com o envelhecimento bem-sucedido, sendo um processo adaptativo, em que os idosos se adaptam às constantes alterações, mantendo o equilíbrio entre perdas e ganhos. A manutenção da capacidade funcional dos idosos

é um fator que contribui para que esta população tenha uma melhor qualidade de vida e nesse sentido.

Como perspectivas futuras, pretendemos divulgar os resultados desta investigação junto dos profissionais de saúde, não só ao nível das UCC/ERPI, mas também ao nível da comunidade científica, proporcionando reflexão, compreensão e sensibilização para a importância dos melhores cuidados a prestar aos idosos. Essa prestação qualificada passa, indiscutivelmente, pela presença de uma equipa multidisciplinar que tenham competências teóricas e práticas de forma a prestar os cuidados de excelência que, os idosos de hoje merecem, e que os idosos do futuro (nós) gostaríamos de usufruir. Pois, estamos atualmente ainda a uma longa distância dessa concretização.

Por tudo isto, muito embora as conclusões deste estudo não possam ser generalizadas para a população idosa em geral, espera-se que elas sejam um contributo para o conhecimento desta realidade, no âmbito dos objetivos propostos. Não deve, contudo, invalidar-se a importância destas conclusões atendendo ao processo realizado, podendo as mesmas ser utilizadas no contexto onde foi desenvolvida a investigação. Considera-se de valorizar o desenvolvimento deste tipo de trabalhos de investigação que caminhem na direção da melhoria do planeamento e da prestação de cuidados, com consequentes ganhos a nível da saúde e da qualidade de vida dos idosos.

Torna-se ainda fundamental capacitar os próprios idosos a serem pró-ativos do seu processo de envelhecimento através de um investimento na vida pessoal que deve acompanhar todo o desenvolvimento, ou seja tornar efetivo o verdadeiro *self* dos idosos. Além disso, não devemos esquecer que cada idoso é um indivíduo diferente, com o seu passado/presente, as suas experiências, as suas perdas/ganhos, as suas possibilidades e a sua situação psicossocial e económica, para que desta forma possamos trabalhar para que esse idoso seja uma pessoa mais saudável, capaz de usar as suas potencialidades e ter uma vida mais feliz (Zimmerman, 2000, p. 43).

O presente estudo suscitou algumas questões pertinentes que poderão potenciar linhas orientadoras de possíveis estudos. “Porque continua a velhice a ser um tabu na sociedade, escondida por estigmatismos?”; “Será que os baixos níveis de autoconceito dos velhos da atualidade deixará de ser um problema para os velhos de amanhã?”; “Até que ponto o investimento no autoconceito positivo nos idosos permitirá um aumento da capacidade funcional e, conseqüentemente o aumento da esperança média de vida com qualidade? “Qual o futuro que desejamos construir acerca da velhice?”

Assim, sugere-se que seja realizada mais investigação no sentido da caracterização do autoconceito, da funcionalidade e da qualidade de vida dos idosos (grupo que tem tido pouca atenção por parte dos investigadores), nomeadamente na realidade portuguesa.

**“Qual seria a sua idade se não soubesse quantos anos tem?”**

*Confúcio*

## **BIBLIOGRAFIA**

Aires, M.; Paz, A. A.; Perosa, C. T. (2009). Situação de saúde e grau de dependência de pessoas idosas institucionalizadas. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, 30(3), 492-499.

Albuquerque, C. & Oliveira, C. P. (2002). Características psicológicas associadas à saúde. *Millenium - Revista do ISPV*, 26.

Almeida, L. A. & Patriota, L. M. (2009). Sexualidade na terceira idade: um estudo com idosas usuárias do Programa Saúde da Família do bairro das Cidades. *Revista Eletrônica*, 8(1), 1-20.

Alto Comissariado da Saúde (2008). *Envelhecimento e Saúde em Portugal*, Boletim Informativo.

Alves, L. C.; Leite, I. C.; Machado, C. J. (2008). Conceituando e mensurando a incapacidade funcional da população idosa: uma revisão de literatura. *Ciênc. Saúde Colet.*, 13(4), 1199-1207.

Amaral, M. F. & Vicente, M. O. (2000). Grau de dependência dos idosos inscritos no Centro de Saúde de Castelo Branco. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, 18(2), 23-31.

Amaral, M. F. & Vicente, M. O. (2001). Grau de independência nos idosos. *Nursing*, 158(13), 8-12.

Andrade, A. & Martins, R. (2011). Funcionalidade Familiar e Qualidade de Vida dos Idosos. *Millenium- Revista do ISPV*, 40, 185-199.

Antunes, A. P. F. (2010). *Adequação da oferta de serviços de saúde e de apoio face às necessidades sentidas da população idosa do concelho de Constância*. 1-172. Dissertação de Mestrado, Faculdade de Economia da Universidade de Coimbra.

Antunes, G.; Mazo, G. Z.; Balbé, G. P. (2011). Relação da autoestima entre a autoavaliação de saúde e aspetos sociodemográficos de idosos praticantes de exercício físico. *Revista de Educação Física*, 22(4), 583-589.

Apóstolo, J. (2011). *Instrumentos para Avaliação em Geriatria*. Documento de apoio. Escola Superior de Enfermagem de Coimbra.

Araújo, L. F.; Saraiva, S. A., Saraiva, E. A. (2010). *Maus tratos na velhice: estudo comparativo entre universitários de psicologia e idosos de instituições de longa permanência: As Diversidades do Envelhecer: uma abordagem multidisciplinar*, 171-183.

Araújo, F.; Ribeiro, J. L. P.; Oliveira, A.; Pinto, A. (2007). Validação do Índice de Barthel numa amostra de idosos não institucionalizados. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, 25(2), 59-65.

Araújo, F.; Ribeiro, J. L. P., Oliveira, A.; Pinto, C.; Martins, T. (2008). Validação da escala de Lawton e Brody numa amostra de idosos não institucionalizados.

Araújo, I., Paúl, C.; Martins, M. (2011). Viver com mais idade em contexto familiar: dependência no auto cuidado. *Revista Escola de Enfermagem USP*, 45(4), 869-875.

Araújo, M. O.; Dias, F. A.; Tavares, D. M. (2011). Qualidade de vida dos idosos: comparação entre os distritos sanitários de uberaba–mg, *Ciênc Cuid Saúde*, 10(1), 74-81.

Azeredo, Z. & Matos, E. (2003). Grau de dependência em doentes que sofreram AVC. *Revista da Faculdade de Medicina de Lisboa*, 8(4), 199-204.

Balduino, E. & Jacopetti, S. (2009). Levantamento da qualidade de vida de um grupo de idosos. *Boletim de enfermagem*, 3(2), 31-47.

Baltes, P. & Baltes, M. (1990). Psychological perspectives on successful aging: The model of selective, optimization with compensation. *Successful Aging – Perspectives from the behavioural sciences*, 1-34.

Bonder, B. & Bello-Haas, V. (2009). *Functional performance in older adults*. (3ª ed.). Filadélfia: F. A. Davis Company.

Botelho, A. (2005). A funcionalidade dos idosos. In: Paúl, C. e Fonseca, A. M. *Envelhecer em Portugal*, 110-135. Lisboa,

Botelho, M. A. S. (2000). *Autonomia Funcional em Idosos: Caracterização multidimensional em idosos utentes de um centro de saúde urbano*. Porto.

Botelho, M. A. S. & Rendas, A. B. (1997). Avaliação multidimensional de idosos: estudo piloto no ambulatório. *Arquivos de Medicina*, 11(3), 167-172.

Brink, C. et al. (2004). Effect of widowhood on disability onset in elderly men from three European countries. *Journal of the American Geriatrics Society*, 52(3), 353-358.

Broeiro, P.; Ramos, V.; Tavares, I.; Cunha, E.; Amorim, J. (1995). Avaliação de estados funcionais no idoso. Exercício de aplicação de uma versão portuguesa da escala COOP/WONCA Charts. *Acta Médica Portuguesa*, 8(5), 279- 288.

Bruges, M. (2006). Autoconceito e autoestima: Abordagem de Enfermagem centrada na Família. *Cadernos de Bioética*, 40, 65-85.

Cabete, D. G. (2005). *O Idoso, a Doença e o Hospital – O Impacto do Internamento Hospitalar no Estado Funcional e Psicológico das Pessoas Idosas*. Loures.

Cabral, M. V.; Ferreira, P. M.; Silva, P. A.; Jerónimo, P.; Marques, T. (2013). *Processos de Envelhecimento em Portugal*. Lisboa: Fundação Francisco Manuel dos Santos.

Caetano, J. (2009). *Capacidade de auto cuidado: um estudo com usuários de reabilitação da Unioeste*.

Carneiro, G.; Martinelli, S.; Sisto, F. (2003). Autoconceito e dificuldades de aprendizagem na escrita. *Psicologia, Reflexão e crítica*, 427-434.

Carvalho, A. (2012). *Ajudantes de acção directa: Percepções sobre formação profissional e impacto da formação na prestação de cuidados a idosos dependentes internados*. Dissertação de Mestrado em saúde e envelhecimento, Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Nova de Lisboa, Lisboa

Carvalho, G. A.; Peixoto, N. M.; Capella, P. D. (2007). Análise comparativa da avaliação funcional do paciente geriátrico institucionalizado por meio dos protocolos de Katz e Tinetti. *Revista Digital*, 114.

Castro, D. C. (2011). *Prevalência de incapacidade em idosos do Município de Goiânia - Goiás*. 16.º SENPE – Seminário Nacional de Pesquisa em Enfermagem.

Charmaz, K. (1983). *Loss of self: a fundamental form of suffering in the cronically ill*. *Sociology of Health and Illness*, 5(2),168-195.

Coleman, P. (1995). Facing the challenges of Aging: Development coping and reading in life. *Handbook of Communication and Aging Research*, 39-74.

Costa, A. (2006). *Qualidade de Vida no Deficiente Motor com Lesão Medular Traumática*. Dissertação de Mestrado. Escola Superior de Saúde de Viseu.

Costa, E. C.; Nakatani, A. Y. K.; Bachion, M. M. (2006). Capacidade de idosos da comunidade para desenvolver Atividades de Vida Diária e Atividades Instrumentais de Vida Diária. *Acta Paul Enferm*, 19(1), 43-45.

Costa E. F. A.; Porto C. C.; Soares, A. T. (2003). Envelhecimento populacional brasileiro e o aprendizado de geriatria e gerontologia. *Revista da UFG*, 5(2),7-10.

Costa, M. (2002). *Cuidar de idosos: formação, práticas e competências dos enfermeiros*. Coimbra, Formasau.

Costa, M.P. (2011). *Indicadores de qualidade para a contratualização de cuidados paliativos*. Dissertação de Mestrado em Gestão de Saúde.

Coutinho, M. P. L., Franken, I., Ramos, N. (2007). Migração e qualidade de vida: o pensamento de brasileiros imigrantes, *Psicologia Social, Clínica e Saúde Mental*, 160-179.

Cromwell, D.; Eagar, K.; Poulos, R. (2003). The performance of instrumental activities of daily living scale in screening for impairment in elderly community residents. *Journal of Clinical Epidemiology*, 56, 131-137.

Cuidados Continuados Saúde e Apoio Social. (2012). Unidades de internamento: Castelo Branco.

Devons, C. (2002). Comprehensive geriatric assessment: Making the most of the aging years. *Current opinion in clinical nutrition and metabolic care*, 5(1), 19-24.

Diogo, M. (2003). Satisfação global com a vida e determinados domínios entre idosos com amputação de membros inferiores. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 13(6), 395-399

Diogo M. J. D. (2003). O papel da enfermeira na reabilitação do idoso. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 11(1), 75-81.

Direcção Geral de Saúde (DGS). (2004). Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde da Organização Mundial de Saúde. Lisboa.

Drago, S. & Martins, R. (2012). A Depressão no Idoso. *Millenium- Revista do ISPV*, 43, 79-94.

Duca, G. F. D.; Silva, M.; Hallal, P. (2009). Incapacidade funcional para actividades básicas e instrumentais da vida diária em idosos. *Revista de Saúde Pública*, 43(5), 796-805.

Duarte, M. & Mochizuki, L. (2001). *Análise estabilográfica da postura ereta humana*. *Avanços em comportamento motor*, 9(1), 88-101.

Duarte, Y., Andrade, C., Lebrão, M. (2007). O índice de Katz na avaliação da funcionalidade dos idosos. *Revista da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo*, 41, 317-325.

Elias, M. F. (2011). *Contributos do apoio psicossocial, em contexto domiciliário, aos familiares cuidadores/idosos após fractura da extremidade proximal do fémur*. Dissertação de Doutoramento, Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade do Porto.

Farenzena, W. (2007). *Qualidade de Vida em Grupo de Idosos de Veranópolis*.1-69. Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, Porto Alegre.

Faria, L. (2005). Desenvolvimento do autoconceito físico nas crianças e nos adolescentes. *Análise Psicológica*, XXIII, 361-371.

Féliz, A.M. (2010). *Quem cuida do cuidador? O custo invisível do acto de cuidar*. Dissertação de Doutoramento. Universidade de Aveiro.

Fernandes, C.N. (2015). Funcionalidade, Aptidão Física e Qualidade de Vida do idoso da região Minho-Lima. 1-149.

Fermento, C. (2016). *Investimento pessoal e Independencia Funcional em idosos*. 1-96. Dissertação de Mestrado, Escola Superior de Saúde de Viseu.

Ferreira, S. (2013). *Funcionalidade e Qualidade de Vida em Contexto de Cuidados de Longa Duração*. Dissertação de mestrado em Gerontologia Social. Instituto Politécnico de Castelo Branco, Escola Superior de Educação.

Ferreira, S. L. (2009). *A Solidão e o Autoconceito na idade adulta e velhice*. Dissertação de Mestrado. Instituto Superior Miguel Torga. Coimbra.

Figueiredo, A.S. (2016). *Investimento na Vida Pessoal da Pessoa Idosa Institucionalizada*. Dissertação de mestrado em Enfermagem de Reabilitação. Escola Superior de Saúde de Viseu. Instituto Politécnico de Viseu.

Figueiredo, D. (2007). *Cuidados familiares ao idoso dependente*. Lisboa: Climepsi Editores.

Fleck, M. (2008a). *A avaliação da qualidade de vida: Guia para profissionais de saúde*. Porto Alegre: Artmed Editora.

Fleck, M. P. A. (2008b). *Problemas conceituais em qualidade de vida, a avaliação da Qualidade de Vida: guia para profissionais da saúde*, 19-28.

Fortin, M. F. (2009). *Fundamentos e Etapas do Processo de Investigação*. Lusodidacta, Loures.

Fraquelli, A. A. (2008). *Relação entre autoestima, autoimagem e qualidade de vida em idosos participantes de uma oficina de inclusão digital*. 1-104. Porto Alegre.

Freund, A. & Smith, J. (1999). Content and Function of the Self-Definition in Old and Very Old Age. *Journal of Gerontology: Psychological Sciences*, 54 (1), 55-67.

George, L. (2000). Well-being and sense of self: What we know and what we need to know. *The Evolution of the Aging self: The Societal Impact on the Aging Process*, 1- 35. New York.

- Giacomin, K. C.; Peixoto, S. V.; Uchoa, E.; Lima-Costa, M. F. (2008). Estudo de base populacional dos fatores associados à incapacidade funcional entre idosos na Região Metropolitana de Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil. *Cad. Saúde Pública*, 24(6), 1260-1270.
- Giarrusso, R.; Mabry, J.; Bengtson, V. (2001). The Aging Self in Social Contexts. *Handbook of Aging and Social Sciences*, 5, 295-312.
- Guimarães, L.; Galdino, D.; Martins, F.; Abreu, S.; Lima, M.; Vitorino, D. (2004). Avaliação da Capacidade Funcional de Idosos em Tratamento Fisioterapêutico. *Revista Neurociências*, 12(3).
- Gorgulho, S. P. (2011). *Contributo de actividades relacionadas com a saúde das pessoas idosas para fortalecer as suas relações familiares*. Dissertação de Mestrado em Gerontologia Social. ESEC – Universidade do Algarve.
- Grupo de Trabalho em Cuidados Paliativos (GTCP). (2008). Coordenação Institucional de Reinaldo Ayer de Oliveira. São Paulo, 689.
- Guedes, D. V.; Silva, K.; Banhato, E.; Mota, M. (2007). Fatores associados à capacidade funcional de idosos na comunidade. *HU Revista Juiz de Fora*, 33(4), 105-111.
- Hébert, R.; Brayne, C.; Spiegelhalter, D. (1999). Factors associated with functional decline and improvement in a very elderly community dwelling population. *American Journal of Epidemiology*, 150(5), 501-510.
- Herzog, R. & Markus, H. (1999). The Self-Concept in Life Span and Aging. *Handbook of Theories of Aging*, 227-252.
- Hoeman, S.P. (2002). *Enfermagem de Reabilitação – Processo e Aplicação*. (3ª Ed.). Lisboa.
- Hoeman, P. (2000). *Bases Conceptuais da Enfermagem de Reabilitação*. Lisboa
- Hogstel, M.; Curry, L.; Walker, C. (2005). Caring for Older Adults: The Benefits of Informal Family Caregiving. *Journal of Theory Construction & Testing*, 9(2), 1-5560.
- Imaginário, C. (2008). *O idoso dependente em contexto familiar. Uma análise da visão da família e do cuidador principal*. Coimbra.
- Instituto Nacional de Estatística (INE). (2012). Estimativas de População Residente em Portugal.
- Instituto Nacional de Estatística (INE). (2014). Estimativas de População Residente em Portugal.

Itami, L. (2008). Causas externas e seu impacto sobre independência funcional em adultos com fracturas. Universidade de São Paulo.

Jakobson, U.; Hallberg, I., Westergren, A. (2004). Overall and Health related quality of life among oldest old in pain. *Quality of Life Research*, 13(1), 125-126.

Kawasaki, K.; Cruz K., Diogo M. J. D. (2004). A utilização da Medida de Independência Funcional (MIF) em idosos: uma revisão bibliográfica. *Med Reabil*, 57-60.

Koukouli, S.; Vlachonikolis, I.; Philalithus, A. (2002). Socio-demographic factors and self reported functional status: the significance of social support. *BMC Health Serv*, 2(20).

Lemos, M. (2005). *As Misericórdias Portuguesas na Assistência aos Idosos*. Observatório de Idosos e Grandes Dependentes, União das Misericórdias Portuguesas. Lisboa: Fundação Oriente.

Leuschner, A. (2008). A vinculação, o autoconceito e a importância atribuída à família. Monografia de Licenciatura em Serviço Social. Instituto Superior Miguel Torga.

Lezaun, J. Salanova, M. (2001). *Apoyo informal y demencias: es posible descubrir nuevos caminos?*.1-20.Matia Fundazioa

Lima, M. P. (2004). Envelhecimento e perdas: Como posso não me perder? *Psychologica*, 35, 133-145.

Lins, L. Y. (2013). *Depressão Geriátrica e Autoconceito: Estudo comparativo entre idosos institucionalizados e não institucionalizados*. Dissertação de Psicologia. Faculdade de Ciências da Educação e da Saúde – FACES. Brasília.

Lobo, A. & Pereira, A. (2007). Idoso institucionalizado: Funcionalidade e aptidão física. *Revista Referência*, 2(4), 61-68.

Lopes, A. (2001). *Libertar o Desejo, Resgatar a Inovação. A construção de identidades profissionais docentes*. (2ªed.). Lisboa.

Lopes, R. C. (2006). O autoconceito revisitado. *Psychologica*, 41, 317-327.

Louro, M. M. (2009). *Cuidados Continuados no Domicílio*. Dissertação de doutoramento em Ciências de Enfermagem.

- Maciel, A. C. C. & Guerra, R. O. (2007). Influência dos fatores biopsicossociais sobre a capacidade funcional de idosos residentes no nordeste do Brasil. *Revista Brasileira Epidemiologia*, 10(2), 178-189.
- Maciel, G. M. (2010). Atividade física e funcionalidade do idoso. *Revista Motriz*, 16(4), 1024-1032.
- Markus, H. & Nuris, P. (1986). Possible Selves. *American Psychologist*, 41, 954-969.
- Martins, M. B. (2012). *Violência silenciada: violência física e psicológica contra idosas no contexto familiar*. Dissertação de Mestrado. Universidade Federal do Amazonas, Manaus.
- Martins, R.; Andrade, A.; Albuquerque, C.; Cunha, M.. (2009). "Qualidade de vida dos idosos da região de Viseu", 10, 160 - 161.
- Martins, R. M. L. & Santos, A. C. A. (2008). Ser idoso hoje. *Millenium- Revista do ISPV*, 35, 69-76.
- Menoita, E. (2012). *Reabilitar a Pessoa Idosa com AVC – Contributos Para um Envelhecer Resiliente*. Loures, Lusociência.
- Millán-Calenti, J. et al. (2010). Prevalence of functional disability in activities of daily living (ADL), instrumental activities of daily living (IADL) and associated factors, as predictors of morbidity and mortality. *Archives of Gerontology and Geriatrics*, 50, 306-310.
- Ministério do Trabalho e da Solidariedade Social. (2009). *A dependência: O apoio informal, a rede de serviços e equipamentos e os cuidados continuados integrados*.
- Melo, R. C. (2008). Autoconceito: implicações no desenvolvimento e estratégias de coping. *Nursing*, 230, 70-76.
- Neri, A. L. (2007). *Qualidade de vida na velhice: enfoque multidisciplinar*. Campinas: Alínea.
- Netto; M. (2002). *O Estudo da Velhice no Século XX: Histórico, Definição do Campo e Termos Básicos*. Tratado de geriatria e gerontologia, 2-12. Rio de Janeiro
- Neto, M. G. & Castro, M. F. (2012). Estudo Comparativo da Independência Funcional e Qualidade de Vida entre Idosos Ativos e Sedentários. *Revista Brasileira de Medicina do Esporte*, 18(4), 234-237.
- Netuveli, G. & Blane, D. (2008). Quality of life in older ages. *British Medical Bulletin*, 85, 113-126.

- Neves, S. & Faria, L. (2009). Autoconceito e autoeficácia: semelhanças, diferenças, interrelação e influência no rendimento escolar. *Revista da Faculdade de Ciências Sociais e Humanas*, 206-218.
- Nunes, D. P.; Nakatani, A.; Silveira, E. A.; Bachioni, M. M.; Rovey de Souza, M. (2010). Capacidade funcional, condições socioeconômicas e de saúde de idosos atendidos por equipas de Saúde da Família de Goiânia. *Ciências & Saúde*, 15(6), 2887-2898.
- Nunes da Silva, S. (2009). Qualidade de Vida e Bem-Estar Psicológico em Idosos. Dissertação de Mestrado em Psicologia. Universidade Fernando Pessoa, Faculdade de Ciências Humanas e Sociais do Porto.
- Nunes, M.; Ribeiro, R.; Rosado, L.; Franceschini, S. (2009). Influência das características sociodemográficas e epidemiológicas na capacidade funcional de idosos residentes em Ubá, Minas Gerais. *Revista Brasileira de Fisioterapia*, 13(5), 376-382.
- Oliveira, B. (2005). *Sobre a Saúde e Qualidade de Vida no Envelhecimento*, 8(1).
- Oliveira, C.; Rosa, M.; Pinto, A.; Botelho, M.; Morais, A.; Veríssimo, M. (2008). *Estudo do perfil do envelhecimento da população portuguesa*. Coimbra.
- Oliveira, L. & Souza, S. (2012). *História das campanhas de alfabetização de adultos: Iniciativas para os moradores do campo*. Dissertação de Mestrado. Universidade Federal do Paraíba- João Pessoa.
- Paixão, C. & Reichenheim, M. (2005). Uma revisão sobre instrumentos de avaliação do estado funcional do idoso. *Cadernos de Saúde Pública*, 21(1), 7-19. Rio de Janeiro.
- Papalia, D. E.; Olds, S. W.; Feldman, R. D. (2010). *Desenvolvimento humano*, 10. Porto Alegre: AMGH.
- Paúl, C. (2005). *A construção de um modelo de envelhecimento humano. Envelhecer em Portugal: Psicologia, saúde e prestação de cuidados*. 21-45. Lisboa
- Paula, T. (2007). Acessibilidade e mobilidade para todos: Apontamentos para uma melhor interpretação do DL 163/2006 de 8 de Agosto. Lisboa: Secretariado Nacional de Reabilitação e Integração das Pessoas com Deficiência.
- Pelegrin, A. P.; Andressa, A.; Rosset, I.; Cyrillo, R.; Costa, L.; Araújo, J. (2008). Idosos de uma Instituição de Longa permanência de Ribeirão Preto: níveis de capacidade funcional. *Ciências da Saúde*, 15(4), 182-188.

Pereira, M. A. L. & Rodrigues, M. C. (2007). Perfil da capacidade funcional em idosos residentes no condomínio Vila Vida em Jataí-Go. *Revista EFDeportes*, 1-109.

Pereira, R. et al. (2006). Contribuição dos domínios físico, social, psicológico e ambiental para a Qualidade de vida global de idosos. *Revista de Psiquiatria*, 28(1), 27-38.

Pereira, S. (2003). *Repercussões socio sanitárias da “epidemia” das fracturas do fêmur sobre a sobrevivência e a capacidade funcional do idoso*. Escola Nacional de Saúde Pública. Rio de Janeiro.

Power, M.; Quinn, K.; Schmidt, S. (2005). WHOQOL-OLD Group. Development of the WHOQOL-OLD module. *Quality of Life Research*, 14, 2197-2214.

Póvoa, V. (2010). *Escala de Qualidade de Vida para Utentes de Lar de Idosos*. Dissertação de Mestrado em Actividade Física para a Terceira Idade. Universidade de Aveiro.

Ribeiro, C.G., Coutinho, M.P.L. (2011). *Qualidade de vida de mulheres vítimas e não vítimas de violência doméstica: um estudo das representações sociais numa perspectiva societal. Métodos de Pesquisa em Psicologia Social: perspectivas qualitativas e quantitativa*, 383-409.

Ribeiro, J. P. L.; Araújo F.; Oliveira, A.; Pinto, C. (2008). Validação do Índice de Barthel numa amostra de idosos não-institucionalizados. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, 25(2), 59-66.

Ribeiro, T. (2009). *Estudo do equilíbrio Estático e Dinâmico em indivíduos Idosos*. Dissertação de Mestrado. Universidade do Porto.

Ricci, N.; Gonçalves, D.; Coimbra, I.; Coimbra, A. (2010). Fatores Associados ao Histórico de Quedas de Idosos Assistidos pelo Programa de Saúde da Família. *Saúde Soc*, 19(4), 898-909.

Ricci, N.; Kubota, M.; Cordeiro, R. (2005). Concordância de observações sobre a capacidade funcional de idosos em assistência domiciliar. *Revista de Saúde Pública*, 39(4), 655-662.

Rocha, A. P. M. (2007). *O Autoconceito dos Idosos*. Dissertação de Mestrado. Faculdade de Medicina de Lisboa. Lisboa.

Roe, B.; Whattam, M.; Young, H.; Dimond, M. (2001). Elders's needs and experiences of receiving formal and informal care for their activities of daily living. *Journal of Clinical Nursing*, 10(3), 389-397.

Rosa, A. A. et al. (2010). Características demográficas (sexo e idade) e as atividades básicas e instrumentais de vida diária em adultos e idosos saudáveis. *ConScientiae Saúde*, 9(3), 403-412.

Rosa, T.; Benício, M. H.; Latorre, M. R.; Ramos, L. (2003). Factores determinantes da capacidade funcional entre idosos. *Revista de Saúde Pública*, 37(1), 40-48.

Salerno, M. C.; Bolina, A. F.; Dias, F. A.; Martins, N.; Tavares, D. (2015). Autoestima de idosos comunitários e fatores associados: estudo de base populacional. *Cogitare Enferm*, 20(4),1-782.

Santana, V. H. (2003). *A avaliação do autoconceito e a atividade física*. Dissertação de Mestrado da Faculdade de Educação Física, Universidade Estadual de Campinas.

Santos, A. F. A. (2008). *Qualidade de vida e solidão na terceira idade*. Monografia de licenciatura. Faculdade de Ciências Humanas e Sociais da Universidade Fernando Pessoa.

Santrock, J. W. (2002). Conflitos existenciais na terceira idade. *Psicologia Aplicada*, 43(8), 1-2.

Sarmiento, E., Pinto, P.; Monteiro, S. (2010). *Dificuldades sentidas pelos familiares em cuidar do idoso dependente no domicílio mecanismos de adaptação*. Coimbra.

Sarmiento, W.; Sobreira, F. M.; Oliveira, A. M. (2014). Avaliação do Equilíbrio e da Mobilidade de Idosos após um Programa de Escola de Posturas. *Revista Brasileira de Ciências da Saúde*, 18(1), 27-32.

Sequeira, C. (2007). *O aparecimento de uma perturbação demencial e suas repercussões na família*. Dissertação de Doutoramento, Instituto de Ciências Biomédicas de Abel Salazar da Universidade do Porto, Porto.

Sequeira, C. 2010. *Cuidar de Idosos com Dependência Física e Mental*, (1-388). Lisboa: Lidel.

Silva, A.; Almeida, G.; Cohen, M.; Peccin, M.; Tufik, S.; Mello, M. (2008). Equilíbrio, Coordenação e Agilidade de Idosos Submetidos à Prática de Exercícios Físicos Resistidos. *Revista Brasileira Medicina Esporte*, 14(2), 88-93.

Silva, B. (2009). *O autoconceito em crianças e pré-adolescentes numa amostra de famílias de origem e famílias de acolhimento*. Monografia de Licenciatura. Universidade Fernando Pessoa. Porto

Silva, F. M. (2013). *Avaliação da dependência funcional da pessoa idosa nas atividades básicas e instrumentais de vida diária: Um estudo num serviço de ortopedia*. Dissertação de Mestrado. Universidade Fernando Pessoa, Faculdade de Ciências da Saúde. Porto.

Silva, J. M. N.; Barbosa, M. F. S.; Castro, O. C. N.; Noronha, M. M. (2013). Correlação entre o risco de queda e autonomia funcional em idosos institucionalizados. *Rev. Bras. Geriatria, Gerontologia*, 16(2), 337-346.

Silva, M. & Ferreira-Alves, J. (2012). O luto em adultos idosos: natureza do desafio individual e das variáveis contextuais em diferentes modelos. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 25(3), 588-595.

Smith, J. (2001). Well-being and health from age 70 to 100: findings from the Berlin Aging Study. *Eur Rev*, 9, 461-477.

Sneed, J. & Whitebourne, S. (2005). Models of the Aging Self. *Journal of Social Issues*, 61(2), 375-388.

Sousa, L.; Galante, H.; Figueiredo, D. (2003). Qualidade de vida e bem-estar dos idosos: um estudo exploratório na população portuguesa. *Revista de Saúde Pública*. 37(3), 364-371.

Teixeira, S. (2013). *Suporte social e qualidade de vida: comparação entre adultos jovens e idosos*. Escola de Psicologia e Ciências da Vida. Dissertação de Mestrado. Universidade Lusófona de Humanidades e Tecnologias. Lisboa.

Tavares, B. (2012). *Autoconceito e percepção do envelhecimento - estudo exploratório entre população idosa em meio urbano e em meio rural*. Dissertação de Mestrado de Psicologia. Faculdade de psicologia, Universidade de Lisboa. Lisboa.

Tavares, D.; Matias, T.; Ferreira, P.; Pegorari, M.; Nascimento, J.; Paiva, M. (2016). Qualidade de vida e autoestima de idosos na comunidade. *Ciência & Saúde Coletiva*, 21(11), 3557-3564.

Torres, M. V. (2010). *Capacidade funcional e envelhecimento. Abordagem interdisciplinar do idoso*, 169-188.

Torrinhas, T. (2013). *Dança, Qualidade de Vida e Autoconceito*. Dissertação de Mestrado. Escola de Psicologia e Ciências da Vida, Universidade Lusófona de Humanidades e Tecnologias. Lisboa

Valle, E. A.; Castro-Costa, E.; Firmo, J. O. A.; Uchoa, E.; Lima-Costa M. F. (2009). Estudo de base populacional dos factores associados ao desempenho no Mini Exame do Estado Mental entre idosos. *Cadernos de Saúde Pública*, 25(4), 918-926.

Vaz Serra, A. (1986a). O inventário clínico de autoconceito. *Revista de Psiquiatria Clínica*, 7, 67-84.

- Vaz Serra, A. (1986b). A importância do autoconceito. *Revista de Psiquiatria Clínica*, 7(2), 57-66.
- Vaz Serra, A.; Firmino, H.; Barreiro, M.; Fael, I. (1989). Autoconceito, solidão e comportamentos de lidar com estados de tensão. *Psiquiatria Clínica*, 10(3), 157-164.
- Vieira dos Santos, F. P.; Borges, L. L.; Losada de Menezes, R. (2013). Correlação entre três instrumentos de avaliação para risco de quedas em idosos *Fisioter Mov*, 26(4), 883-894
- Vintém, J. (2008). Inquéritos Nacionais de Saúde: Autopercepção do estado de saúde: Uma análise em torno da questão de género e da escolaridade. *Psicologia da Saúde*, 26(2), 5-16.
- Vitoreli, E.; Pessini, S.; Silva, M. J. P. (2005). A autoestima de idosos e as doenças crónico-degenerativas. *Revista Brasileira de Ciências do Envelhecimento Humano*, 102-114.
- Yang, Y. (2005). Functional Disability, Disability Transitions, and Depressive Symptoms in Late Life. *Journal of aging and health*, 3, 263-292.
- WHO. (2002). Active ageing: A policy framework.
- Vecchia, R.; Ruiz, T.; Bocchi, S. (2005). Quality of life in the elderly: a subjective concept. *Rev. bras. Epidemiol*, 8(3), 246-252.
- Zimmerman, G. I. (2000). *Velhice: aspectos biopsicossociais*, (1-222). Porto Alegre: Artmed.

## **APÊNDICES**

## Apêndice I - Consentimento Livre e Informado

## **CONSENTIMENTO LIVRE E INFORMADO**

**Título:** “O Sentimento de Si, a Funcionalidade e a Qualidade de Vida” – A realidade dos idosos institucionalizados da Santa Casa da Misericórdia de Arronches

**Principal Investigadora:** Catarina Rebelo Bagulho Silva, estudante de Gerontologia.

Tlm.: 963 891 121

**Orientador:** Professor Doutor Raúl Cordeiro

### **Objetivo do Estudo**

Este estudo visa compreender a relação entre o autoconceito, os níveis de dependência funcional e a qualidade de vida num grupo de idosos institucionalizados.

No meu dia-a-dia a minha intervenção é realizada numa população idosa, maioritariamente isolada, assumindo uma exclusão social derivada de baixos níveis de autoestima e autoconfiança, além dos elevados níveis de dependência. Assim, pretendemos comprovar de forma quantitativa, que uma avaliação positiva de si próprio, um bom autoconceito, permite às pessoas idosas manter os seus níveis de qualidade de vida independentemente dos seus problemas de funcionalidade. Questionamos então se o nível de dependência funcional influencia o autoconceito dos idosos institucionalizados, e se o autoconceito influencia a qualidade de vida dos idosos dos mesmos.

Para aumentar a qualidade do nosso estudo, torna-se muito importante a sua participação porque quanto maior o número de participantes mais confiável serão os resultados finais, sendo por isso insubstituível. A sua participação é totalmente voluntária, ou seja, é livre de se retirar a qualquer momento sem que daí lhe provenha qualquer prejuízo, sem o dever de justificar a sua decisão, e isso não prejudica nenhum tratamento futuro que lhe seja realizado. Se porventura decidir retirar-se do estudo deve comunica-lo verbalmente. É garantido pela investigadora um tratamento igual a todos os indivíduos que se sujeitem a ceder o seu tempo à atividade proposta.

A sua participação torna-se então bastante importante tendo em conta que a sua contribuição irá possuir um enorme valor académico, além do seu valor para os cuidados de saúde, e no possível aumento de constituição de equipas multidisciplinares que promovam qualidade de vida a todos os idosos isolados institucionalizados.

## **Procedimento**

Para participar neste projeto, terá de ser submetido a vários testes, nomeadamente ao Mini Mental Examination State, Índice de Barthel, Índice de Lawton & Brody, Teste de Tinetti, e preencher um questionário de satisfação e quatro questionários de forma a ser avaliado o Autoconceito e a Qualidade de Vida. Estas provas serão aplicadas num único momento.

Quando o estudo estiver finalizado, se desejar ter acesso aos resultados finais poderá aceder aos mesmos através da solicitação por telefone à investigadora.

Toda a informação recolhida do participante e resultante do estudo será tratada de forma totalmente confidencial. No entanto pode ser usada para análise estatística, ou com fins científicos.

Para que o estudo seja de confiança não deverá ocultar qualquer informação importante, assim como qualquer dúvida que exista deve ser esclarecida.

Após atingido o objetivo do estudo poderá ser vindo a apresentar a outrem os resultados obtidos, mas os participantes nunca serão identificados de forma individual. Todo o material recolhido estará à disposição do participante.

Se concordar em participar neste estudo por favor assine no espaço abaixo e obrigado por aceitar dar a sua importante contribuição para este estudo.

Eu, \_\_\_\_\_ declaro que tomei conhecimento do objetivo da investigação e do que tenho que fazer para participar no estudo. Fui esclarecido sobre todos os aspetos que considero importantes e as perguntas que coloquei foram respondidas. Fui informado que tenho direito a recusar participar e que a minha recusa em participar não me trará consequências.

Assim, declaro aceitar participar na investigação.

Assinatura

\_\_\_\_\_

Data \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Apêndice II - Pedido de Autorização à Santa Casa da Misericórdia de Arronches

**PEDIDO DE AUTORIZAÇÃO À SANTA CASA DA MISERICÓRDIA DE  
ARRONCHES**

V. Ex.<sup>a</sup> Provedora da SC Misericórdia de Arronches  
Deolinda Pinto,

Elvas, dia \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2016

**Assunto:** Pedido de autorização para recolha de dados

Venho pelo presente meio proceder a V.Ex.<sup>a</sup>. a seguinte situação:

A Escola Superior de Educação de Portalegre (ESEP) leciona entre outros, o Mestrado em Gerontologia. Neste âmbito, encontro-me a realizar a Dissertação de Mestrado sobre “O Sentimento de Si, a Funcionalidade e a Qualidade de Vida” – A realidade dos idosos da Santa Casa da Misericórdia de Arronches.

O principal objetivo do estudo é compreender a relação entre o autoconceito, os níveis de dependência funcional e a qualidade de vida num grupo de idosos institucionalizados.

Assim, vem-se por este meio requerer solicitar a V. Ex.<sup>a</sup>, na qualidade de representante da Santa Casa da Misericórdia de Arronches, permissão para a realização do referido estudo de investigação científica à população inserida nas valências da mesma (Unidade de Cuidados Continuados e ERPI). A recolha de dados será efetuada num momento de avaliação, o qual será tratado de forma confidencial e anónima.

Agradecendo desde já a atenção que possa dispensar a este assunto, aproveitando para endereçar os melhores cumprimentos,

---

(Catarina Rebelo Bagulho Silva)

Apêndice III - Autorização da Santa Casa da Misericórdia de Arronches

## AUTORIZAÇÃO DA SANTA CASA DA MISERICÓRDIA DE ARRONCHES

### PEDIDO DE AUTORIZAÇÃO À SANTA CASA DA MISERICÓRDIA DE ARRONCHES

V. Ex.<sup>a</sup> Provedora da SC Misericórdia de Arronches

Deolinda Pinto,

Elvas, dia 30 de Junho de 2016

**Assunto:** Pedido de autorização para recolha de dados

Venho pelo presente meio proceder a V.Ex.<sup>a</sup> a seguinte situação:

- A Escola Superior de Educação de Portalegre (ESEP) leciona entre outros, o Mestrado em Gerontologia. Neste âmbito, encontro-me a realizar a Dissertação de Mestrado sobre "O Sentimento de Si, a Funcionalidade e a Qualidade de Vida" – A realidade dos idosos da SC Misericórdia de Arronches.

O principal objetivo do estudo é compreender a relação entre o autoconceito, os níveis de dependência funcional e a qualidade de vida num grupo de idosos institucionalizados.

Assim, vem-se por este meio requerer solicitar a V. Ex.<sup>a</sup>, na qualidade de representante da SC Misericórdia de Arronches, permissão para a realização do referido estudo de investigação científica à população inserida nas valências da mesma (Unidade de Cuidados Continuados e Lar). A recolha de dados será efetuada num momento de avaliação, o qual será tratado de forma confidencial e anónima.

Agradecendo desde já a atenção que possa dispensar a este assunto, aproveitando para endereçar os melhores cumprimentos,

Catarina Rebelo Bagulho Silva

(Catarina Rebelo Bagulho Silva)

SANTA CASA DA MISERICÓRDIA  
ARRONCHES  
Entrada Nº 4871/2016  
Processo Nº 41  
Data 30,00,16

*Autógrafa  
R.B.  
01/07/2016*

Apêndice IV - Pedido de Autorização para utilização da Escala WHOQOL-OLD

## **Pedido de Autorização para utilização da Escala WHOQOL-OLD**

### **Formulário WHOQOL \***

Centro Português da Organização Mundial de Saúde (OMS) para Avaliação da Qualidade de Vida

#### **1. Instrumento**

WHOQOL – 100    WHOQOL - bref

#### **2. Identificação do Estudo/Projecto**

“O Sentimento de Si, a Funcionalidade e a Qualidade de Vida”

#### **3. Identificação do Orientador de projeto/tese**

Nome: Professor Raúl Cordeiro

**E-mail:** raulcordeiro@essp.pt

#### **4. Identificação dos elementos da equipa do projeto**

Catarina Rebelo Bagulho Silva, aluna do Mestrado de Gerontologia na Escola Superior de Educação de Portalegre (em parceria com a Escola Superior de Saúde de Portalegre).

#### **5. Objetivos do Projeto**

O objetivo geral do estudo inclui compreender a relação entre o autoconceito, os níveis de dependência funcional e a qualidade de vida num grupo de idosos institucionalizados. Como objetivos específicos do estudo encontram-se: 1- Avaliar o autoconceito da população em estudo; 2- Avaliar os níveis de dependência funcional da população em estudo; 3- Avaliar a qualidade de vida da população em estudo; 4- Avaliar a correlação entre o autoconceito, os níveis de dependência e a qualidade de vida da população em estudo; 5 -Identificar as características sociodemográficas da população em estudo.

#### **6. Dados Metodológicos**

##### **5.1. Tipo de população**

A Amostra será constituída pelos indivíduos institucionalizados na Santa Casa da Misericórdia (SCM) de Arronches com 65 anos ou mais.

### **5.2. Tamanho da amostra**

A amostra será constituída por 40 elementos da SCM de Arronches, conforme os critérios de inclusão.

### **5.3. Bateria de avaliação (outros instrumentos)**

Iremos recorrer a instrumentos de avaliação como o Mini Mental State Examination (MMSE); Questionário de Identificação Sociodemográfico; Inventário Clínico de Autoconceito (ICAC); Índice de Barthel; Índice de Lawton & Brody e Teste de Tinetti.

### **5.3. Outros**

Gostaria de inquirir a sua autorização para utilizar a escala WHOQOL – Old para a realização da minha dissertação, no âmbito do mestrado de Gerontologia. Solicito ainda, que me facultasse a escala (original) traduzida em português. Agradeço a sua atenção.

**Data:** Elvas, 18 de Dezembro de 2015

**Assinatura:** \_\_\_\_\_

Apêndice V - Autorização para utilização da Escala WHOQOL-OLD

## Autorização para utilização da Escala WHOQOL-OLD

Cara Catarina Silva,  
cordiais saudações!

Envio os materiais de coleta de dados / protocolo WHOQOL-OLD  
(2 exemplares). Anexo: Guião de entrevista / dados sociodemográficos,  
WHOQOL-OLD, Guião do SF-12 e SF-36. Pode, obviamente, utilizar  
instrumentos que não considere relevantes para o seu estudo.  
[Nota: o Guião do SF-12 é a versão de 8 itens, que pode ser  
usado em substituição do WHOQOL-OLD / ou WHOQOL-OLD; o SF-12 é  
uma versão reduzida do SF-36 / medida de estado de saúde,  
também usualmente utilizada como indicador de QdV].

Votos de sucesso para o seu projeto.  
Obrigadamente, envio-lhe via e-mail as indicações para  
os cálculos.

Os melhores cumprimentos

J. Milan

Apêndice VI - Pedido de autorização para utilização do Índice Clínico de Autoconceito

## **Pedido de Autorização para utilização do Índice Clínico do Autoconceito**

Pedido de autorização de utilização do Inventário Clínico do Autoconceito

---

**De:** Catarina Silva <catarina\_silva96@hotmail.com>

**Enviado:** quarta-feira, 2 de setembro de 2015 14:43:25

**Para:** Adriano Vaz-Serra <adriano.vazserra@gmail.com>

Boa noite Professor Doutor Adriano Vaz Serra,

O meu nome é Catarina Bagulho Silva. Encontro-me neste momento a frequentar o Curso Mestrado em Gerontologia da Escola Superior de Saúde de Portalegre. A minha licenciatura é em Fisioterapia. Estou a desenvolver um trabalho de investigação que pretende compreender a relação entre o autoconceito, os níveis de dependência funcional e a qualidade de vida num grupo de idosos institucionalizados na Santa Casa da Misericórdia de Arronches.

Tendo conhecimento de que o Professor Doutor é autor de uma escala que considero uma mais valia utilizar para desenvolver a minha investigação, venho por este meio solicitar a Vossa Exa. autorização para utilizar o Inventário Clínico de Autoconceito, na mesma.

Os melhores cumprimentos,

Atentamente,

Catarina Bagulho Silva

Apêndice VII - Autorização para utilização do Índice Clínico de Autoconceito

## **Autorização para utilização do Índice Clínico do Autoconceito**

### **Autorização para utilização do Índice Clínico do Autoconceito**

Re: Pedido de autorização do Inventário Clínico de Autoconceito

---

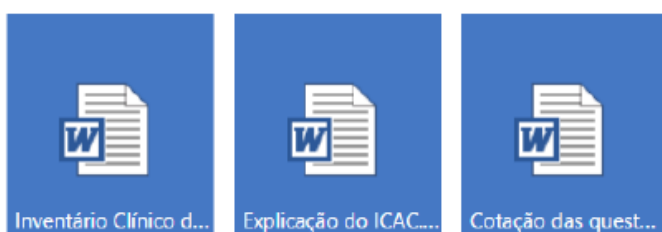
De: **Adriano Vaz-Serra** (adriano.vazserra@gmail.com)

Enviada: quarta-feira, 2 de setembro de 2015 18:00:10

Para: Catarina Silva (catarina\_silva96@hotmail.com)

---

 | 3 anexos (total de 196,5 KB)



[Baixar tudo como zip](#)   [Salvar tudo no OneDrive](#)

---

Catarina,

Tenho todo o gosto e de imediato dou-lhe a minha autorização para que utilize na sua investigação a escala criada por mim, denominada "**Inventário Clínico de Auto-Conceito**". Junto envio em anexo os aspectos fundamentais deste instrumento psicométrico.

Com as melhores saudações,

**Adriano Vaz Serra**

**ANEXOS**

Anexo I - Questionário de Identificação Sociodemográfico

## **Questionário de Identificação Sociodemográfico**

### **Instruções**

Este questionário é realizado no âmbito de uma Dissertação de Mestrado em Gerontologia da Escola Superior de Educação de Portalegre (ESEP).

Os resultados obtidos serão utilizados para fins académicos e científicos, sendo realçado que as respostas representam apenas a sua opinião individual, pelo que não existem respostas certas ou erradas. Assim, solicito **que responda de forma espontânea e sincera a todas as questões**.

Este questionário é **confidencial**.

Obrigada pela sua colaboração!

### **PARTE I – CARATERIZAÇÃO SOCIODEMOGRÁFICA**

Leia atentamente e coloque uma cruz (X) no local correspondente à sua resposta, ou complete com dados a seu respeito.

1. Nome: \_\_\_\_\_

2. Data de Nascimento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

3. Idade: \_\_\_\_\_

4. Sexo: Feminino           Masculino

5. Estado Civil:

A – Solteiro

B – Casado/União de facto

C – Separado

D – Divorciado

E – Viúvo

7. Habilitações Literárias:

- |                                    |                          |                                    |                          |
|------------------------------------|--------------------------|------------------------------------|--------------------------|
| Sem Escolaridade                   | <input type="checkbox"/> | 1º Ciclo do Ensino Básico (4º ano) | <input type="checkbox"/> |
| 2º Ciclo do Ensino Básico (6º ano) | <input type="checkbox"/> | 3º Ciclo do Ensino Básico (9º ano) | <input type="checkbox"/> |
| 10º ano                            | <input type="checkbox"/> | Licenciatura                       | <input type="checkbox"/> |
| Ensino Secundário (12º ano)        | <input type="checkbox"/> |                                    |                          |

8. Recursos Económicos:

- A – Insuficientes
- B – Suficientes para as necessidades básicas
- C – Para além das necessidades básicas

9. Tipo de locomoção:

- A – Autónomo
- B – Bengala
- C – Andarilho
- D – Tripé
- E – Canadiana(s)
- F – Cadeira de Rodas
- F1 – Dependente
- F2 – Independente

10. Histórico de quedas

- A – Sim
- A1 – Muitas vezes
- A2- Poucas vezes
- B – Não

## **PARTE II – CARATERIZAÇÃO SOCIAL E HABITACIONAL**

Leia atentamente e coloque uma cruz (X) no local correspondente à sua resposta, ou complete com dados a seu respeito.

### 1. Agregado familiar:

- A – Sozinho
- B – Com a(o) esposa (o)
- C – Com Filhos(as)
- D – Outro Familiar

### 2. Tipo de Habitação:

- A – Apartamento
- B – Casa
- C – Vivenda

### 3. Situação habitacional

- A - Casa Própria
- B – Casa Alugada
- C – Casa de Familiares

### 4. Condições de acesso:

- A – Escadas com presença de corrimão
- B – Escadas com ausência de corrimão
- C – Elevador
- D – Sem barreiras arquitetónicas

## **PARTE III – CARATERIZAÇÃO DO ESTADO DE SAÚDE**

Leia atentamente e coloque uma cruz (X) no local correspondente à sua resposta, ou complete com dados a seu respeito.

### 1. Problemas de saúde:

- A – HTA
- B – Fraturas
- C – AVC
- D – Diabetes Mellitus
- E – Depressão
- F – Outras

Anexo II - Inventário Clínico do Autoconceito (ICAC)

## Inventário Clínico do Autoconceito (ICAC)

Leia cuidadosamente cada questão e responda de forma verdadeira, espontânea e rapidamente a cada uma delas. Ao dar a resposta considere, sobretudo, a sua maneira de ser habitual e não o seu espírito de momento. Coloque uma cruz (X) no quadrado que pensa que se aplique a si da forma mais característica.

	Não concordo	Concordo pouco	Concordo moderadamente	Concordo muito	Concordo muitíssimo
1. Sei que sou uma pessoa simpática	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
2. Costumo ser franco a exprimir as minhas opiniões	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
3. Tenho por hábito desistir das minhas tarefas quando encontro dificuldades	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1
4. No contacto com os outros costumo ser um indivíduo falador	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
5. Costumo ser rápido na execução das tarefas que tenho para realizar	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
6. Considero-me tolerante para com as outras pessoas	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
7. Sou capaz de assumir uma responsabilidade até ao fim, mesmo que isso me traga consequências desagradáveis	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
8. De modo geral tenho por hábito enfrentar e resolver os meus problemas	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
9. Sou uma pessoa usualmente bem aceite pelos outros	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
10. Quando tenho uma ideia que me parece válida gosto de a pôr em prática	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5

- |  |                                |                                |                                |                                |                                |
|--|--------------------------------|--------------------------------|--------------------------------|--------------------------------|--------------------------------|
| 11. Tenho por hábito ser persistente na resolução das minhas dificuldades                  | <input type="text" value="1"/> | <input type="text" value="2"/> | <input type="text" value="3"/> | <input type="text" value="4"/> | <input type="text" value="5"/> |
| 12. Não sei porquê a maioria das pessoas embirra comigo                                    | <input type="text" value="5"/> | <input type="text" value="4"/> | <input type="text" value="3"/> | <input type="text" value="2"/> | <input type="text" value="1"/> |
| 13. Quando me interrogam sobre questões importantes conto sempre a verdade                 | <input type="text" value="1"/> | <input type="text" value="2"/> | <input type="text" value="3"/> | <input type="text" value="4"/> | <input type="text" value="5"/> |
| 14. Considero-me competente naquilo que faço   | <input type="text" value="1"/> | <input type="text" value="2"/> | <input type="text" value="3"/> | <input type="text" value="4"/> | <input type="text" value="5"/> |
| 15. Sou uma pessoa que gosta muito de fazer o que lhe apetece                              | <input type="text" value="1"/> | <input type="text" value="2"/> | <input type="text" value="3"/> | <input type="text" value="4"/> | <input type="text" value="5"/> |
| 16. A minha maneira de ser leva-me a sentir na vida com um razoável bem-estar              | <input type="text" value="1"/> | <input type="text" value="2"/> | <input type="text" value="3"/> | <input type="text" value="4"/> | <input type="text" value="5"/> |
| 17. Considero-me uma pessoa agradável no contacto com os outros                            | <input type="text" value="1"/> | <input type="text" value="2"/> | <input type="text" value="3"/> | <input type="text" value="4"/> | <input type="text" value="5"/> |
| 18. Quando tenho um problema que me aflige não o consigo resolver sem o auxílio dos outros | <input type="text" value="5"/> | <input type="text" value="4"/> | <input type="text" value="3"/> | <input type="text" value="2"/> | <input type="text" value="1"/> |
| 19. Gosto sempre de me sair bem nas coisas que faço  | <input type="text" value="1"/> | <input type="text" value="2"/> | <input type="text" value="3"/> | <input type="text" value="4"/> | <input type="text" value="5"/> |
| 20. Encontro sempre energia para vencer as minhas dificuldades                             | <input type="text" value="1"/> | <input type="text" value="2"/> | <input type="text" value="3"/> | <input type="text" value="4"/> | <input type="text" value="5"/> |

Anexo III - Inventário de Avaliação da Qualidade de Vida em Adultos Idosos da OMS (WHOQOL-OLD)

## **Inventário de Avaliação da Qualidade de Vida em Adultos Idosos da OMS (WHOQOL-OLS)**

(M.Power, K. Quinn, S. Schmidt & The WHOQOL-OLD Group, 2005; versão experimental portuguesa/adaptação autorizada, M. Vilar & M. R. Simões, 2009)

---



### **Procedimento de Aplicação**

À semelhança dos restantes instrumentos de Qualidade de Vida do Grupo WHOQOL, o WHOQOL-OLD foi inicialmente desenvolvido como um questionário de auto-resposta. No entanto, em determinadas situações e, especificamente com sujeitos adultos idosos, pode não ser possível optar por esta metodologia. Neste sentido, os modos possíveis de aplicação do questionário são:

1. **Auto-administrado** – o respondente efetua a leitura das instruções e preenche o questionário, sem qualquer ajuda;
2. **Assistido pelo entrevistador** – o entrevistador lê as instruções e explica o modo de preenchimento do questionário. É o correspondente que lê as questões e assinala as respostas;
3. **Administrado pelo entrevistador** – o entrevistador lê as instruções, as questões, apresenta os cartões com os descritores da(s) escala(s) de resposta e assinala no questionário a resposta dada/selecionada pelo examinando. No caso de sujeitos analfabetos, está prevista uma variante a esta última modalidade, sendo que o entrevistador lê as instruções, as questões, dos descritores da(s) escala(s) de resposta e assinala no questionário a resposta dada pelo examinando.

Em qualquer das modalidades, deve ser manifestada a disponibilidade para o esclarecimento de eventuais dúvidas.

Em contexto de investigação, de modo a uniformizar o processo de aplicação do instrumento, foi selecionada a modalidade 3 (**Administrado pelo entrevistador**), nas suas duas possibilidades (considerando a variável *escolaridade* do sujeito para efeitos de decisão).

As seguintes recomendações devem, rigorosamente, ser tidas em atenção:

- a) A aplicação deve ser realizada num contexto que salvguarde a privacidade dos sujeitos, sem a presença de outras pessoas, familiares ou amigos. Na impossibilidade de cumprir este requisito, deve assegurar-se que as outras pessoas não influenciam a resposta do examinando;
- b) O entrevistador deve ler as instruções, as questões, e apresentar os cartões com os descritores da(s) escala(s) de resposta e/ou ler as escalas de resposta, mas não as deve alterar. Eventualmente, as instruções podem ser explicadas numa linguagem mais simples. O mesmo não deve ser feito em relação às questões e aos descritores da(s) escala(s) de resposta. O entrevistador deve explicar ao respondente que as questões, escalas de resposta e respostas não deve ser discutidas durante a administração do WHOQOL-OLD. Se o respondente insistir, deve ser explicado que esses assuntos podem ser discutidos no final da aplicação do questionário;
- c) O entrevistador deve assegurar-se que não influencia as respostas do examinando. Mesmo as questões que parecem semelhantes devem ser lidas na totalidade e classificadas de acordo com a escolha do respondente;
- d) O período de referência de duas semanas deve ser enfatizado nas instruções.

Muito Insatisfeito	Insatisfeito	Nem Satisfeito Nem Insatisfeito	Satisfeito	Muito Satisfeito
1	2	3	4	5

Nada	Pouco	Nem Muito Nem Pouco	Muito	Muitíssimo
1	2	3	4	5

Muito Mau	Mau	Nem Bom Nem Mau	Bom	Muito Bom
1	2	3	4	5

Nada	Pouco	Moderadamente	Bastante	Completamente
1	2	3	4	5

## WHOQOL-OLD

### Organização Mundial de saúde

#### Instruções

Com este questionário, procuramos conhecer a opinião que tem sobre a sua qualidade de vida, bem como perceber que aspetos são importantes para si, enquanto adulto idoso e membro da sociedade.

Por favor, responda a todas as perguntas. Se não tiver a certeza da resposta, escolha a que lhe parecer mais apropriada. Esta resposta pode, muitas vezes, ser a primeira que lhe vem à cabeça. Não existem respostas certas nem erradas.

Tenha presente os seus hábitos, expectativas, alegrias e preocupações. Pedimos-lhe que tenha em conta a sua vida nas **duas últimas semanas (nos últimos 15 dias)**.

Por exemplo, pensando nas duas últimas semanas, uma pergunta podia ser:

**Apresentar o cartão com a escala “Nada-Muitíssimo”.**

Até que ponto se preocupa com o que lhe pode vir a acontecer no futuro?				
Nada	Pouco	Nem Muito Nem Pouco	Muito	Muitíssimo
1	2	3	4	5

**Simultaneamente às instruções, o examinador deve apontar para cada um dos números e dos descritores da escala de resposta exemplificados.**

Deve escolher o número que expressa melhor o quanto, nas duas últimas semanas, se preocupou com o que lhe pode vir a acontecer no futuro. Por exemplo, deve escolher o número 4, se se preocupou “Muito” com o que lhe pode vir a acontecer no futuro, ou deve escolher o número 1, se não se preocupou “Nada” com o que lhe pode vir a acontecer no futuro.

Por favor, escute com atenção cada pergunta que lhe vou ler, pense no que sentiu e, para cada uma, escolha o número que lhe parece ser a melhor resposta.

**Obrigada pela sua participação.**

VERSÃO EXCLUSIVA PARA INVESTIGAÇÃO. REPRODUÇÃO PROÍBIDA.

“Validação de Provas de Memória e de Inventários de Avaliação Funcional e de Qualidade de Vida” (Proc.º 74569; Fundação Calouste Gulbenkian)

**Apresentar o cartão com escala “Nada-Muitíssimo”. Simultaneamente às instruções, o examinador deve apontar para cada um dos números e dos descritores da escala de resposta.**

Com as seguintes perguntas, pretendemos perceber **até que ponto sentiu** certas coisas, nas duas últimas semanas. Se as sentiu de forma  *muito acentuada*, escolha o número correspondente “Muitíssimo” 5. Se *não as sentiu*, escolha o número correspondente a “Nada” 1. Quando a sua resposta estiver entre “Nada” e “Muitíssimo”, poderá responder que sentiu “Pouco” 2, “Nem Muito Nem Pouco” 3 ou “Muito” 4. Lembre-se que estas perguntas se referem às **duas últimas semanas**.

<b>1. (F25.1) As dificuldades de audição, visão, paladar, olfacto ou tacto afetam a sua vida diária?</b>				
<b>Nada</b>	<b>Pouco</b>	<b>Nem Muito Nem Pouco</b>	<b>Muito</b>	<b>Muitíssimo</b>
<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>
<b>2. (F25.3) As dificuldades de audição, visão, paladar, olfacto ou tacto afetam a sua capacidade para participar em actividade?</b>				
<b>Nada</b>	<b>Pouco</b>	<b>Nem Muito Nem Pouco</b>	<b>Muito</b>	<b>Muitíssimo</b>
<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>
<b>3. (F25.4) As dificuldades de audição, visão, paladar, olfacto ou tacto afetam a sua capacidade para se relacionar com as outras pessoas?</b>				
<b>Nada</b>	<b>Pouco</b>	<b>Nem Muito Nem Pouco</b>	<b>Muito</b>	<b>Muitíssimo</b>
<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>
<b>4. (F26.1) Sente que tem liberdade para tomar as suas próprias decisões?</b>				
<b>Nada</b>	<b>Pouco</b>	<b>Nem Muito Nem Pouco</b>	<b>Muito</b>	<b>Muitíssimo</b>
<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>

VERSÃO EXCLUSIVA PARA INVESTIGAÇÃO. REPRODUÇÃO PROIBIDA.

“Validação de Provas de Memória e de Inventários de Avaliação Funcional e de Qualidade de Vida” (Proc.º 74569; Fundação Calouste Gulbenkian)

<b>5. (F26.2) Sente que tem poder para decidir acerca do seu futuro?</b>				
<b>Nada</b>	<b>Pouco</b>	<b>Nem Muito Nem Pouco</b>	<b>Muito</b>	<b>Muitíssimo</b>
<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>
<b>6. (F26.4) Sente que as outras pessoas respeitam a sua liberdade?</b>				
<b>Nada</b>	<b>Pouco</b>	<b>Nem Muito Nem Pouco</b>	<b>Muito</b>	<b>Muitíssimo</b>
<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>
<b>7. (F29.2) Está preocupado (a) com o modo como irá morrer?</b>				
<b>Nada</b>	<b>Pouco</b>	<b>Nem Muito Nem Pouco</b>	<b>Muito</b>	<b>Muitíssimo</b>
<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>
<b>8. (F29.3) Até que ponto tem medo de não poder controlar a sua morte?</b>				
<b>Nada</b>	<b>Pouco</b>	<b>Nem Muito Nem Pouco</b>	<b>Muito</b>	<b>Muitíssimo</b>
<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>
<b>9. (F29.4) Tem medo de morrer?</b>				
<b>Nada</b>	<b>Pouco</b>	<b>Nem Muito Nem Pouco</b>	<b>Muito</b>	<b>Muitíssimo</b>
<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>
<b>10. (F29.5) Receia sofrer antes de morrer?</b>				
<b>Nada</b>	<b>Pouco</b>	<b>Nem Muito Nem Pouco</b>	<b>Muito</b>	<b>Muitíssimo</b>
<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>

VERSÃO EXCLUSIVA PARA INVESTIGAÇÃO. REPRODUÇÃO PROÍBIDA.

**Apresenta o cartão com a escala “Nada-Completamente”. Simultaneamente às instruções, o examinador deve apontar para cada um dos números e dos descritores da escala de resposta.**

Com as seguintes perguntas, pretendemos perceber **até que ponto experimentou ou conseguiu fazer** certas coisas, nas duas últimas semanas. Se conseguiu fazer *perfeitamente* estas escolhas escolha o número correspondente a “Completamente” 5. Se *não as conseguiu fazer*, escolha o número correspondente a “Nada” 1. Quando a sua resposta estiver entre “Nada” e “Completamente”, poderá responder que conseguiu “Pouco” 2, “Moderadamente” 3 ou

<b>11. (F26.3) Consegue fazer aquilo que gosta?</b>				
<b>Nada</b>	<b>Pouco</b>	<b>Moderadamente</b>	<b>Bastante</b>	<b>Completamente</b>
1	2	3	4	5

<b>12. (F27.3) Continua a ter oportunidade para realizar os seus planos na vida?</b>				
<b>Nada</b>	<b>Pouco</b>	<b>Moderadamente</b>	<b>Bastante</b>	<b>Completamente</b>
1	2	3	4	5

<b>13. (F27.4) Na sua vida tem recebido o reconhecimento que merece?</b>				
<b>Nada</b>	<b>Pouco</b>	<b>Moderadamente</b>	<b>Bastante</b>	<b>Completamente</b>
1	2	3	4	5

<b>14. (F28.4) Tem actividades suficientes para ocupar o seu dia-a-dia?</b>				
<b>Nada</b>	<b>Pouco</b>	<b>Moderadamente</b>	<b>Bastante</b>	<b>Completamente</b>
1	2	3	4	5

“Bastante” 4. Lembre-se que estas perguntas se referem às **duas últimas semanas**.

**Apresentar o cartão “Muito Insatisfeito-Muito Satisfeito”.**

Com as seguintes perguntas, pretendemos perceber se se **sentiu satisfeito(a)** em relação a vários aspectos da sua vida, nas duas últimas semanas. Decida até que ponto se sentiu

<b>15. (F27.5) Está satisfeito(a) com o que tem alcançado na sua vida?</b>				
<b>Muito Insatisfeito</b>	<b>Insatisfeito</b>	<b>Nem satisfeito Nem insatisfeito</b>	<b>Satisfeito</b>	<b>Muito satisfeito</b>
<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>

<b>16. (F28.1) Está satisfeito(a) com a forma como ocupa o seu tempo?</b>				
<b>Muito Insatisfeito</b>	<b>Insatisfeito</b>	<b>Nem satisfeito Nem insatisfeito</b>	<b>Satisfeito</b>	<b>Muito satisfeito</b>
<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>

<b>17. (F28.2) Está satisfeito(a) com o seu envolvimento nas actividades que realiza?</b>				
<b>Muito Insatisfeito</b>	<b>Insatisfeito</b>	<b>Nem satisfeito Nem insatisfeito</b>	<b>Satisfeito</b>	<b>Muito satisfeito</b>
<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>

<b>18. (F28.7) Está satisfeito(a) com as oportunidades que tem para participar em actividades da comunidade?</b>				
<b>Muito Insatisfeito</b>	<b>Insatisfeito</b>	<b>Nem satisfeito Nem insatisfeito</b>	<b>Satisfeito</b>	<b>Muito satisfeito</b>
<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>

<b>19. (F27.1) Está satisfeito(a) com o que pode esperar da vida?</b>				
<b>Muito Insatisfeito</b>	<b>Insatisfeito</b>	<b>Nem satisfeito Nem insatisfeito</b>	<b>Satisfeito</b>	<b>Muito satisfeito</b>
<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>

satisfeito(a) ou insatisfeito(a) e escolha o número que melhor traduz a maneira como se sentiu. Lembre-se que estas perguntas se referem às **duas últimas semanas**.

**20. (F25.2) Como avalia o funcionamento dos seus sentidos (Por exemplo: audição, visão, paladar, olfacto, tacto)?**

Muito Mau	Mau	Nem Bom Nem Mau	Bom	Muito Bom
1	2	3	4	5

“Validação de Provas de Memória e de Inventários de Avaliação Funcional e de Qualidade de Vida” (Proc.º 74569; Fundação Calouste Gulbenkian)

**Apresentar o cartão com a escala “Muito Mau-Muito Bom”.**

**Apresentar o cartão com a escala “Nada-Muitíssimo”.**

As perguntas que se seguem dizem respeito a qualquer **relacionamento íntimo** que possa ter.

**21. (F30.2) Sente que tem alguém próximo com quem partilha a sua vida íntima?**

Nada	Pouco	Nem Muito Nem Pouco	Muito	Muitíssimo
1	2	3	4	5

**22. (F30.3) Sente que tem amor na sua vida?**

Nada	Pouco	Nem Muito Nem Pouco	Muito	Muitíssimo
1	2	3	4	5

Por favor, considere essas perguntas em relação a um companheiro ou outra pessoa próxima com que partilha a sua intimidade mais do que com qualquer outra pessoa na sua vida. Lembre-se que estas perguntas se referem às **duas últimas semanas**.

**Apresentar o cartão com a escala “Nada-Completamente”.**

Apresentar o cartão com a escala “*Muito Insatisfeito-Muito Satisfeito*”.

<b>25. (F31.1) Está satisfeito(a) com as suas relações familiares?</b>				
<b>Muito Insatisfeito</b>	<b>Insatisfeito</b>	<b>Nem Satisfeito Nem Insatisfeito</b>	<b>Satisfeito</b>	<b>Muito Satisfeito</b>
<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>

<b>26. (F31.2) Está satisfeito(a) o apoio que recebe da sua família?</b>				
<b>Muito Insatisfeito</b>	<b>Insatisfeito</b>	<b>Nem Satisfeito Nem Insatisfeito</b>	<b>Satisfeito</b>	<b>Muito Satisfeito</b>
<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>

<b>27. (F31.3) Está satisfeito(a) com o tempo que passa com os seus familiares?</b>				
<b>Muito Insatisfeito</b>	<b>Insatisfeito</b>	<b>Nem Satisfeito Nem Insatisfeito</b>	<b>Satisfeito</b>	<b>Muito Satisfeito</b>
<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>

Com as seguintes perguntas, pretendemos perceber **até que ponto se sentiu satisfeito(a) ou experimentou** certas coisas que dizem respeito às suas **relações familiares**. Lembre-se que estas perguntas se referem às **duas últimas semanas**.

Apresentar o cartão com a escala “*Nada-Muitíssimo*”.

<b>23. (F30.4) Tem oportunidade para amar alguém?</b>				
<b>Nada</b>	<b>Pouco</b>	<b>Moderadamente</b>	<b>Bastante</b>	<b>Completamente</b>
<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>

<b>24. (F30.7) Tem oportunidade para se sentir amado(a)?</b>				
<b>Nada</b>	<b>Pouco</b>	<b>Moderadamente</b>	<b>Bastante</b>	<b>Completamente</b>
<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>

<b>30. (F31.6) Está preocupado(a) com a possibilidade de vir a dar trabalho aos seus familiares?</b>				
<b>Nada</b>	<b>Pouco</b>	<b>Nem Muito Nem Pouco</b>	<b>Muito</b>	<b>Muitíssimo</b>
<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>

<b>31. (F31.7) Está preocupado(a) com o bem-estar dos seus familiares?</b>				
<b>Nada</b>	<b>Pouco</b>	<b>Nem Muito Nem Pouco</b>	<b>Muito</b>	<b>Muitíssimo</b>
<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>

<b>32. (F31.8) Está preocupado(a) com a saúde dos seus familiares?</b>				
<b>Nada</b>	<b>Pouco</b>	<b>Nem Muito Nem Pouco</b>	<b>Muito</b>	<b>Muitíssimo</b>
<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>

VERSÃO EXCLUSIVA PARA INVESTIGAÇÃO. REPRODUÇÃO PROÍBIDA.

“Validação de Provas de Memória e de Inventários de Avaliação Funcional e de Qualidade de Vida” (Proc.º 74569; Fundação Calouste

<b>28. (F31.4) Sente que a sua família lhe dá valor?</b>				
<b>Nada</b>	<b>Pouco</b>	<b>Nem Muito Nem Pouco</b>	<b>Muito</b>	<b>Muitíssimo</b>
<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>

<b>29. (F31.5) Está preocupado(a) com a morte dos seus familiares?</b>				
<b>Nada</b>	<b>Pouco</b>	<b>Nem Muito Nem Pouco</b>	<b>Muito</b>	<b>Muitíssimo</b>
<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>

Gulbenkian)

VERSÃO EXCLUSIVA PARA INVESTIGAÇÃO. REPRODUÇÃO PROÍBIDA.

“Validação de Provas de Memória e de Inventários de Avaliação Funcional e de Qualidade de Vida” (Proc.º 74569; Fundação Calouste

Gulbenkian)

Anexo IV - Mini Mental State Examination (MMSE)

## Mini Mental State Examination (MMSE)

### Mini Mental State Examination (MMSE)

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

Em que ano estamos? \_\_\_\_\_  
Em que mês estamos? \_\_\_\_\_  
Em que dia do mês estamos? \_\_\_\_\_  
Em que dia da semana estamos? \_\_\_\_\_  
Em que estação do ano estamos? \_\_\_\_\_

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

Em que país estamos? \_\_\_\_\_  
Em que distrito vive? \_\_\_\_\_  
Em que terra vive? \_\_\_\_\_  
Em que casa estamos? \_\_\_\_\_  
Em que andar estamos? \_\_\_\_\_

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

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

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

Pêra \_\_\_\_\_  
Gato \_\_\_\_\_  
Bola \_\_\_\_\_

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

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

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

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

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

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

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

Pêra \_\_\_\_\_  
Gato \_\_\_\_\_  
Bola \_\_\_\_\_

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

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

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

Relógio \_\_\_\_\_  
Lápis \_\_\_\_\_

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

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

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

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

Pega com a mão direita \_\_\_\_\_

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

Coloca onde deve \_\_\_\_\_

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

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

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

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

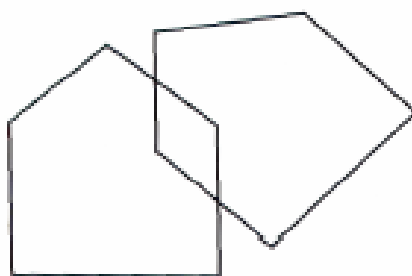
e. "Escreva uma frase inteira aqui". Deve ter sujeito e verbo e fazer sentido; os erros gramaticais não prejudicam a pontuação.

Frase: \_\_\_\_\_

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

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

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



Cópia: \_\_\_\_\_

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

TOTAL(Máximo 30 pontos): \_\_\_\_\_

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

Anexo V - Índice de Barthel

## Índice de Barthel

PARÂMETRO	SITUAÇÃO DO PACIENTE	PONTUAÇÃO
Alimentação	- Totalmente independente (10); - Necessita de ajuda para cortar a carne, peixe, pão, etc ou dieta modificada (5); - Dependente (0).	
Tomar Banho	- Independente: entra e sai sozinho da casa de banho (5); - Dependente (0).	
Vestir-se	- Independente: capaz de colocar e retirar a roupa, abotoar a roupa, apertar os sapatos (10); - Necessita de ajuda (5); - Dependente (0).	
Higiene Pessoal	- Independente para lavar a cara, as mãos, pentear-se, maquilhar-se, fazer a barba (5); - Dependente (0);	
Transito Intestinal /Defecação (Ter em conta a última semana)	- Continência normal (10); - Ocasionalmente um episódio de incontinência ou necessita de ajuda para colocar supositórios (5); - Incontinência (0).	
Micção	- Continência normal ou é capaz de tratar da sonda se a tiver colocada (10); - Um episódio diário de incontinência no máximo ou necessita de ajuda para tratar da sonda (5); - Incontinência (0).	
Casa de Banho	- Independente para ir à casa de banho, sendo capaz de retirar e colocar a roupa (10); - Necessita de ajuda para ir à casa de banho, mas consegue limpar-se sozinho (5); - Dependente (0).	
Transferência Cadeira - Cama	- Independente para ir da cadeira para a cama (15); - Mínima ajuda física ou supervisão para fazê-lo (10); - Necessita de grande ajuda, mas é capaz de manter-se sentado sozinho (5); - Dependente (0).	
Deambulação	- Independente, caminha só 50 metros (15); - Necessita de ajuda física ou supervisão para caminhar 50 metros (10); - Independente na cadeira de rodas sem ajuda (5); - Dependente (0).	
Escadas	- Independente na subida e descida de escadas (10); - Necessita de supervisão ou ajuda física para realizar esta atividade (5); - Dependente (0).	

<b>Interpretação dos Resultados</b>
<b>100 pontos</b> – Totalmente Independente
<b>99 a 76 pontos</b> – Dependência leve
<b>75 a 51 pontos</b> – Dependência moderada
<b>50 a 26 pontos</b> – Dependência severa
<b>25 e menos pontos</b> – Dependência total

Anexo VI - Índice de Lawton & Brody

## Índice de Lawton & Brody

Índice de Lawton & Brody, versão apresentada por Sequeira (2007).

ITENS	COTAÇÃO	
Capacidade para Cuidar da casa	Cuida da casa sem ajuda	1
	Faz tudo excepto o trabalho pesado	2
	Só faz tarefas leves	3
	Necessita de ajuda para todas as tarefas	4
	Incapaz de fazer qualquer tarefa	5
Lavar a roupa	Lava a sua roupa	1
	Só lava pequenas peças	2
	É incapaz de lavar a roupa	3
Preparar refeição	Planeia, prepara e serve sem ajuda	1
	Prepara se lhe derem os ingredientes	2
	Prepara pratos pré-cozinhados	3
	Incapaz de preparar refeições	4
Ir às compras	Faz as compras sem ajuda	1
	Só faz pequenas compras	2
	Faz as compras acompanhado	3
	É incapaz de ir às compras	4
Uso do telefone	Usa-o sem dificuldade	1
	Só liga para familiares	2
	Necessita de ajuda para o usar	3
	Incapaz de usar o telefone	4
Uso de transporte	Viaja em transporte público ou conduz	1
	Só anda de táxi	2
	Necessita de acompanhamento	3
	Incapaz de usar o transporte	4
Uso do dinheiro	Paga as contas, vai ao banco, etc	1
	Só em pequenas quantidades de dinheiro	2
	Incapaz de utilizar o dinheiro	3
Responsável pelos medicamentos	Responsável pela medicação	1
	Necessita que lhe preparem a medicação	2
	Incapaz de se responsabilizar pela medicação	3

<b>Interpretação dos Resultados</b>
<b>8 pontos</b> –Independente
<b>9 a 20 pontos</b> – Moderadamente dependente
<b>21 a 30 pontos</b> – Severamente dependente

Anexo VII - Teste de Tinetti

## Teste de Tinetti

<b>Equilíbrio Estático (Instruções: Sujeito sentado em uma cadeira rígida, sem braços)</b>		
<b>ITENS</b>		<b>COTAÇÃO</b>
Equilíbrio sentado	Inclina-se ou desliza na cadeira	0
	Inclina-se ligeiramente ou aumenta a distância das nádegas ao encosto da cadeira	1
	Estável, seguro	2
Levantar-se (primeiros 5 segundos)	Incapaz sem ajuda ou perde equilíbrio	0
	Capaz, mas utiliza os braços para ajudar ou faz excessiva flexão do tronco ou não consegue à primeira tentativa	1
	Capaz na 1ª tentativa sem usar os braços	2
Equilíbrio imediato (primeiros 5 segundos)	Instável (cambaleante, move os pés, marcadas oscilações do tronco, tenta agarrar algo para suportar-se)	0
	Estável, mas utiliza auxiliar de marcha para suportar-se	1
	Estável sem qualquer tipo de ajudas	2
Equilíbrio em pé com os pés paralelos	Instável	0
	Estável, mas aumenta a base de sustentação (calcanhares afastados > 10) ou recorrendo a auxiliar de marcha	1
	Pés próximos e sem ajudas	2
Pequenos desequilíbrios na mesma posição	Começa a cair	0
	Vacilante, agarra-se, mas estabiliza	1
	Estável	2
Olhos fechados	Instável	0
	Estável	1
Volta de 360°	Instabilidade (agarra-se, vacila)	0
	Estável, mas dá passos descontínuos	1
	Estável e passos contínuos	2
Apoio unipodal	Não consegue ou tenta segurar-se a qualquer objeto	0
	Aguenta 5 segundos de forma estável	1
Sentar-se	Pouco seguro ou cai na cadeira ou calcula mal a distância	0
	Usa os braços ou movimento não harmonioso	1
	Seguro, movimento harmonioso	2
<b>Marcha (Instruções: O sujeito faz um percurso de 3m, na sua passada normal e volta com passos mais rápidos até à cadeira. Deverá utilizar os seus auxiliares de marcha habituais)</b>		
<b>ITENS</b>		<b>COTAÇÃO</b>
Início da marcha (imediatamente após o sinal da partida)	Hesitação ou múltiplas tentativas para iniciar	0
	Sem hesitação	1
Largura passo (pé direito)	Não ultrapassa a frente do pé em apoio	0
	Ultrapassa o pé esquerdo em apoio	1
Altura do passo (pé direito)	O pé direito não perde completamente o contacto com o solo	0

Largura passo (pé esquerdo)	O pé direito eleva-se completamente do solo	1
	Não ultrapassa a frente do pé em apoio	0
	Ultrapassa o pé direito em apoio	1
Altura do passo (pé esquerdo)	O pé esquerdo não perde completamente o contacto com o solo	0
	O pé esquerdo eleva-se completamente do solo	1
Simetria do passo	Comprimento do passo aparentemente assimétrico	0
	Comprimento do passo aparentemente simétrico	1
Continuidade do passo	Pára ou dá passos descontínuos	0
	Passos contínuos	1
Percurso de 3m	Desvia-se da linha marcada	0
	Desvia-se ligeiramente ou utiliza auxiliar de marcha	1
	Sem desvios e sem ajudas	2
Tronco	Nítida oscilação ou utiliza auxiliar de marcha	0
	Sem oscilação mas com flexão de joelhos ou coluna ou afasta os braços do tronco enquanto caminha	1
	Sem oscilação, sem flexão, não utiliza os braços nem auxiliares de marcha	2
Base de sustentação durante a marcha	Calcanhares muito afastados	0
	Calcanhares próximos, quase se tocam	1

Score de equilíbrio: \_\_\_\_\_/16

Score de marcha: \_\_\_\_\_/12

**Score Total \_\_\_\_\_/28**