



UAlg

UNIVERSIDADE DO ALGARVE

UNIVERSIDADE DO ALGARVE

INSTITUCIONALIZAÇÃO, SATISFAÇÃO E QUALIDADE DE VIDA DO IDOSO

Zara Ramalho Viegas Vilhena Mesquita

Dissertação para obtenção do Grau de Mestre em

Gerontologia Social

Trabalho efetuado sob a orientação da

Professora Doutora Maria Helena Venâncio Martins

2013

INSTITUCIONALIZAÇÃO, SATISFAÇÃO E QUALIDADE DE VIDA DO IDOSO

Declaração de Autoria de Trabalho:

Declaro ser a autora deste trabalho, que é original e inédito. Autores e trabalhos consultados estão devidamente citados no texto e constam da listagem de referências incluída.

Copyright Zara Vilhena Mesquita

A Universidade do Algarve tem o direito, perpétuo e sem limites geográficos, de arquivar e publicar este trabalho através de exemplares impressos reproduzidos em papel ou de forma digital, ou por qualquer outro meio conhecido ou que venha a ser inventado, de o divulgar através de repositórios científicos e de admitir a sua cópia e distribuição com objetivos educacionais ou de investigação, não comerciais, desde que seja dado crédito ao autor e editor

A velhice



**Olha estas velhas árvores, mais belas
Do que as árvores moças, mais amigas,
Tanto mais belas quanto mais antigas,
Vencedoras da idade e das procelas...**

**O homem, a fera e o inseto, à sombra delas
Vivem, livres da fome e de fadigas:
E em seus galhos abrigam-se as cantigas
E os amores das aves tagarelas.**

**Não choremos, amigo, a mocidade!
Envelheçamos rindo. Envelheçamos
Como as árvores fortes envelhecem,**

**Na glória de alegria e da bondade,
Agasalhando os pássaros nos ramos,
Dando sombra e consolo aos que padecem!**

Olavo Bilac

A ti, Avó Teresa de Vilhena, que partiste aos 86 anos para descansar no
“Reino dos Céus”,
olhando sempre pela tua neta *“Zarina”*

AGRADECIMENTOS

À minha orientadora Professora Doutora Maria Helena Venâncio Martins, docente do Departamento de Psicologia - Faculdade de Ciências Humanas e Sociais, da Universidade do Algarve, agradeço a sua disponibilidade incondicional, a sua cooperação, dedicação subjacente nos seus conhecimentos académicos e pessoais que tanto me fascinaram ao longo desta “meta gerontológica”. Não esqueço a sua amizade e compreensão ao longo deste meu percurso académico que deambulou entre as duas áreas do saber que mais me fascinaram durante toda a minha vida – a Psicologia e a Gerontologia. Consciencializo-me que foi com grande estima que a minha orientadora fez deste meu último passo do Mestrado em Gerontologia Social, o mais valorizado de todos, ou talvez o primeiro de muitos inerentes a este mundo tão apaixonante como é o envelhecimento humano. Enalteço ainda o profissionalismo desta Professora que sempre caminhou a meu lado para que este trabalho fosse um sucesso. Atrevo-me a figurar este meu “último passo” como um “contrato de trabalho” personificado no chamado relacionamento *sine qua non* orientadora-aluna.

Aos meus pais, tudo devo. O seu suporte emocional, profissional, económico sempre estiveram patentes ao longo de toda a minha vida, dando especial índole a este último passo que será o primeiro de um grande caminho que se avizinha. À minha mãe Armada Mesquita que sempre me encorajou e construiu em todos os cantos um porto de abrigo, devo-lhe a sua amabilidade ao se ter tornado tão confidente nos meus desesperos académicos e pessoais. Ao meu pai José Carlos Vilhena Mesquita devo-lhe a minha força e garra de viver; será, para mim, sempre um exemplo para chegar mais e mais longe. Foi no berço dos seus conselhos e no contato com a família que nasceu o meu amor pela Gerontologia.

Ao meu irmão Gonçalo Mesquita, Mestrando em Ciências Jurídico-Forenses, agradeço as suas palavras escondidas de encorajamento e como ele próprio o diz “A suprema felicidade é saber que contribuímos para um mundo melhor e eu sei que através da minha irmã Zara Mesquita, estou a contribuir para o desenvolvimento do meu país, depositando nas suas grandes qualidades de seriedade e de competência, as esperanças de ouvir sempre falar dela com respeito e admiração profissional”, in fita de fim de curso.

Ao meu namorado, Luís Furtado, que sempre me ajudou e acreditou em mim, dedico-lhe este estudo, fazendo votos para que o mundo das Ciências Farmacêuticas em Monchique lhe permita auxiliar os idosos que o questionam na procura de uma resposta gerontológica. Deixo o meu profundo agradecimento ao meu menino que sempre afagou as faúlhas adormecidas na madeira queimada que me assaltava o caminho às vezes sombrio e, ao mesmo tempo, reluzente. Este percurso afigurou-se ao longo dos meus últimos momentos de estudante de Mestrado, marcado por muitos objetivos e metas, onde esta dissertação na área da Promoção e Ativação Cognitiva do Idoso Institucionalizado será o último porto e a derradeira meta dessa entusiasmante caminhada, de dois anos muito viajados, entre Portimão e Faro. O amor incondicional do meu Luís foi inigualável e todas as impurezas que me assaltavam a alma foram pelas suas mãos esquecidas. A “nossa vida a dois” foi imprescindível para que este estudo se tornasse mais sincero e transparente.

À Maria Cecília, mãe do meu “Príncipe de Monchique” agradeço todas as suas palavras de incentivo e compreensão quando me assaltava o dever de “acelerar” esta dissertação de Mestrado. Devo-lhe todas as horas de entretenimento que me proporcionou na Serra de Monchique junto do meu sobrinho do coração, Gonçalo Rodrigues, esse miúdo de 7 anos, irrequieto, brincalhão e inteligente, que me encheu de mimos nos momentos mais stressantes desta longa caminhada.

À Coordenadora de Mestrado em Gerontologia Social, Professora Doutora Aurízia Anica, docente da Escola Superior de Educação e Comunicação, da Universidade do Algarve, que me permitiu ingressar nesta longa caminhada gerontológica, dando-me o apoio socioemocional essencial, aquando me assaltavam dúvidas existenciais sob o decurso do mestrado.

À Professora Doutora Emília Costa e ao Professor Doutor Eusébio Pacheco, docentes da Escola Superior de Saúde, da Universidade do Algarve, que me mostraram esse trilho tão apaixonante dos programas de promoção e ativação cognitiva, promotores da saúde do idoso, física e mental.

Ao Sr. Padre Domingos Costa e à Mestre Sara Duarte que me permitiram aceder à Aldeia de São José de Alcalar, acolhendo-me no seu espaço de trabalho com todo o primor e encaminhando-me com alguma audácia para junto dos idosos institucionalizados neste Lar tão especial, inovador e único.

À Dr.^a Ana Dias, fisioterapeuta da Aldeia de São José de Alcalar e à animadora Joaquina Ferraz pelo apoio moral e, por todas as trocas de ideias, no decurso da vertente prática deste estudo. Graças às minhas duas amigas, foi-me permitido conhecer melhor a vida (antes e depois da institucionalização) dos idosos de Alcalar.

À Dr.^a Cátia Romão Santos, Dr.^a Marta Nunes e Dr.^a Tânia Catarino, minhas confidentes nos meus devaneios gerontológicos e colegas de Mestrado, deixo-lhes as minhas sinceras palavras por me terem ouvido nos momentos mais duros desta última longa caminhada, o apoio e amizade no seu conjunto foi imprescindível quando por vezes teimava em desviar-me do caminho mais seguro.

À Dr.^a Eliana Calixto agradeço a consulta da sua tese de licenciatura em Psicologia Educacional e da Reabilitação, bem com o apoio prestado. A sua tese e o seu apoio proporcionaram-me o esclarecimento de algumas dúvidas e permitiram-me construir um caminho gerontológico mais seguro.

À Professora Doutora Joana Santos, docente do Departamento de Psicologia - Faculdade de Ciências Humanas e Sociais, da Universidade do Algarve, agradeço todos os avisos morais e sentinelas de alerta quando tentava desviar-me do caminho. Sem a sua mão amiga certamente não vislumbrava novas trajetórias inócuas de dissabores.

Ao Professor Doutor Luís Faísca, docente da Faculdade de Ciências Humanas e Sociais e à Professora Doutora Eugénia Castela, docente da Faculdade de Economia, ambos da Universidade do Algarve, agradeço todo o suporte emocional e todos os caminhos que me mostraram no mundo estatístico.

A todos os idosos institucionalizados na Aldeia de São José de Alcalar da Mexilhoeira Grande que colaboraram nesta investigação, agradeço-lhes a disponibilidade em responder aos vários itens incluídos nos instrumentos de avaliação geriátrica selecionados para desenvolver esta tão primorosa investigação, sem o seu contributo este trabalho não teria sido possível.

E a todos os meus amigos, familiares e professores importantes nesta e noutras etapas da minha vida, deixo-lhes as minhas sinceras palavras de agradecimento por me terem ensinado a crescer por entre caminhos mais, ou menos, reluzentes.

RESUMO

O estudo da *satisfação* e da *qualidade de vida* do idoso institucionalizado, tendo por base a análise dos fatores biopsicossociais, revela-se importante atendendo à possibilidade de aprofundar os mais variados constructos inerentes aos princípios que rodeiam o envelhecimento. Pretende-se compreender as diretrizes que permitem alcançar o *envelhecimento bem-sucedido e ativo*.

O presente estudo teve como principal objetivo a análise das associações entre os fatores biopsicossociais na *satisfação* e na *qualidade de vida* de idosos institucionalizados – mais especificamente, pretendeu-se estudar o tipo de associação existente entre os fatores biológicos (funcionalidade), fatores psicológicos (cognição) e fatores sociais (rede de apoio familiar/afetiva) na *satisfação* e na *qualidade de vida* do idoso institucionalizado. A amostra é constituída por 30 idosos institucionalizados na Aldeia de São José de Alcalar, com idades compreendidas entre os 66 e os 96 anos. Foi delineada a proposta de um Programa de promoção e/ou ativação cognitiva do idoso institucionalizado, procurando-se contribuir para o desenvolvimento de estratégias de evitamento dos sinais de deterioração cognitiva.

Os dados foram recolhidos recorrendo a um questionário construído pela autora do estudo e a seis instrumentos de avaliação, nomeadamente, a versão portuguesa do *Mini-Mental State Exam* – MMSE (Folstein, Folstein & McHugh, 1975), a versão portuguesa do (WHO) *WHOQOL – Bref.* (Fleck, Leal, Louzada, Xavier, Chachamovich, Vieira, Santos & Pinzon, 1999a), a versão portuguesa do *Convoy Model* (Kahn & Antonucci, 1980), a versão portuguesa da *Escala de Satisfação com a Vida* – SWLS (Diener, Emmons, Larsen & Griffin, 1985), a *Escala do Otimismo* (Barros de Oliveira, 1998) e a versão portuguesa do *Índice de Barthel* (Mahoney & Barthel, 1965).

Os resultados obtidos apresentaram uma associação significativa entre o índice de funcionalidade (autocuidados e mobilidade) e a *qualidade de vida*. E, o nível de otimismo apresentou uma associação significativa com a *qualidade de vida* e com a *satisfação*. Contudo, não foram encontradas relações entre a idade, a duração da institucionalização, o nível cognitivo ou a rede social e os níveis de *satisfação* ou *qualidade de vida*. Estes dados apontaram para uma maior influência das medidas resultantes de uma avaliação da perceção pessoal do que de dados recolhidos de forma objetiva.

Palavras-chave: *qualidade de vida; satisfação com a vida; atividade física do idoso; envelhecimento bem-sucedido.*

ABSTRACT

The study of satisfaction and quality of life about institutionalized elderly, based on the analysis of biopsychosocial factors, reveals very important and due to the possibility to explore the various constructs inherent principles that surround aging. The aim is to understand the guidelines that will help achieve the successful aging and active.

The present study aimed to analyze the associations between biopsychosocial factors on satisfaction and quality of life in institutionalized elderly - more specifically, the aim was to study the association between type of biological factors (functionality), psychological factors (cognition) and social factors (family support network / emotional) satisfaction and quality of life of institutionalized elderly. The sample consists of 30 institutionalized elderly in the village of San José de Alcalar, which ages are between 66 and 96 years. It outlined a proposed program for the promotion and/or cognitive activation of institutionalized elderly, seeking to contribute to the development of strategies for avoidance of signs of cognitive impairment.

Data were collected using a questionnaire, constructed by the author of the study, and six assessment instruments, including the Portuguese version of the Mini-Mental State Exam - MMSE (Folstein, Folstein & McHugh, 1975), the Portuguese version of (WHO) WHOQOL - Bref. (Fleck, Leal, Louzada, Xavier, Chachamovich, Vieira, Santos & Pinzon, 1999a), the Portuguese version of the Convoy Model (Kahn & Antonucci, 1980), the Portuguese version of the Scale of Life Satisfaction - SWLS (Diener, Emmons, Larsen & Griffin, 1985), the Scale of Optimism (Barros de Oliveira, 1998) and the Portuguese version of the Barthel Index (Mahoney & Barthel, 1965).

The results showed a significant association between level of functionality (self-care and mobility) and quality of life. And, the level of optimism had a significant association with quality of life and satisfaction. However, we found no relationship between age, duration of institutionalization, cognitive or social network, and levels of satisfaction or quality of life. These data indicated a greater influence of the measures resulting from an evaluation of the perception that the personal data collected objectively.

Keywords: quality of life; life satisfaction; physical activity of the elderly; successful aging.

ÍNDICE

AGRADECIMENTOS.....	5
RESUMO.....	8
ABSTRACT.....	9
ÍNDICE.....	10
ÍNDICE DE FIGURAS.....	13
ÍNDICE DE GRÁFICOS.....	13
ÍNDICE DE TABELAS.....	13
ÍNDICE DE TABELAS EM ANEXO.....	14
ÍNDICE DE TABELAS EM APÊNDICE.....	14
ÍNDICE DE ANEXOS.....	15
ÍNDICE DE APÊNDICES.....	16
INTRODUÇÃO.....	17
I - ENQUADRAMENTO TEÓRICO.....	20
Capítulo 1- Envelhecimento e Velhice.....	20
1.1. Conceitos e Fundamentos.....	20
1.2. Envelhecimento bem-sucedido versus Envelhecimento ativo.....	23
1.3. Modelo Teórico do Envelhecimento bem-sucedido.....	24
1.4. Fatores favoráveis ao Envelhecimento bem-sucedido.....	26
1.4.1. Atividade Física – Tipos e Benefícios.....	28
1.4.2. Atividade Cognitiva – Memória, Inteligência fluida e cristalizada.....	33
1.4.3. Redes de Apoio Social – Tipos de Redes Sociais de Apoio: funções e efeitos.....	35
Capítulo 2 – Institucionalização de Idosos, satisfação e qualidade de vida.....	39
2.1. “Vivências” da Institucionalização – causas e consequências.....	39
2.2. Satisfação com a vida em Idosos Institucionalizados.....	44

2.2.1. Conceitos e Instrumentos de medida.....	47
2.3. Qualidade de Vida em Idosos Institucionalizados.....	49
2.3.1. Conceitos e Instrumentos de medida.....	51
2.3.2. Fatores Influentes na Qualidade de Vida e seu Impacto nas atividades de vida diária.....	55
Capítulo 3 – Programas de Estimulação Cognitiva e Programas de Envelhecimento Bem-Sucedido.....	57
3.1. Importância dos Programas de Estimulação Cognitiva na Promoção da Saúde, Satisfação e Qualidade de Vida.....	57
3.2. Conceitualização, tipologia e função.....	61
3.3. Programas de Envelhecimento Bem-Sucedido.....	64
II - ESTUDO EMPÍRICO.....	68
Capítulo 4 – Objetivos e metodologia.....	68
4.1. Delimitação da Problemática.....	68
4.2. Objetivos da Investigação.....	70
4.3. Tipo de Estudo.....	71
4.4. Definição e Caracterização da Amostra.....	72
4.5. Instrumentos.....	79
4.5.1. Questionários ao Idoso.....	79
4.5.2. Mini-Mental State Examination (MMSE).....	80
4.5.3. Escala de Qualidade de Vida (WHO) WHOQOL – Bref.....	81
4.5.4. Convoy Model.....	84
4.5.5. Escala de Satisfação com a Vida.....	86
4.5.6. Escala de Otimismo.....	87
4.5.7. Escala Modificada de Barthel.....	87
4.6. Procedimentos metodológicos.....	90
Capítulo 5 – Apresentação e discussão de resultado.....	92
5.1. Análises descritivas dos constructos básicos.....	92

5.1.1. Dados Sociodemográficos.....	92
5.1.2. Dados da Institucionalização.....	93
5.1.3. Dados da Funcionalidade.....	95
5.1.4. Dados da Função Cognitiva.....	98
5.1.5. Dados da Rede de Apoio Social – Família e Amigos.....	101
5.1.6. Dados da Satisfação com a Vida e Otimismo.....	105
5.1.7. Dados da Qualidade de Vida.....	109
5.1.8. Necessidades dos Idosos.....	112
5.2. Análises correlacionais entre os constructos biopsicossociais, função cognitiva e Satisfação versus Qualidade de Vida.....	115
Capítulo 6 – Proposta de Programa de Promoção e/ou Ativação Cognitiva do Idoso Institucionalizado.....	121
Capítulo 7 – Conclusões e Considerações Finais.....	149
BIBLOGRAFIA.....	155
ANEXOS.....	172
APÊNDICES.....	186

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 5.1 – Média de familiares, utentes e amigos por círculo do <i>Convoy Model</i> (médias arredondadas).....	102
-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-----

ÍNDICE DE GRÁFICOS

Gráfico 4.1 – Gráfico de Quartis da Distribuição da Idade pelo Sexo – idosos institucionalizados na Aldeia de São José de Alcalar.....	75
Gráfico 5.1 – Gráfico de Quartis da distribuição dos níveis de Satisfação com a Vida da <i>Escala de Satisfação com a Vida</i> de Diener, Emmons, Larsen e Griffin (1985).....	105
Gráfico 5.2. Gráfico de Dispersão da <i>Escala Otimismo</i> de Oliveira (1998).....	108

ÍNDICE DE TABELAS

Tabela 4.1 – Estatísticas descritivas das variáveis idade e duração da institucionalização – por sexo no total da amostra	74
Tabela 4.2 – Estatísticas descritivas das variáveis sociodemográficas dos idosos institucionalizados na Aldeia de São José de Alcalar.....	76
Tabela 4.3 – Estatísticas descritivas das variáveis concernentes à Atividade Profissional e Reforma dos idosos da Aldeia de São José de Alcalar	77
Tabela 4.4 – Estatísticas descritivas das variáveis da institucionalização dos idosos da Aldeia de São José de Alcalar.....	78
Tabela 5.1 – Frequências e Percentagens de distribuição da amostra por níveis de dependência funcional	96
Tabela 5.2 – Apresentação da estatística descritiva dos resultados do <i>MMSE</i> – por alfabetizados e analfabetos	99
Tabela 5.3 – Cálculo do número de indivíduos sem “defeito” cognitivo	100
Tabela 5.4 – Estatística descritiva da <i>Escala de Satisfação com a Vida</i> de Diener, Emmons, Larsen e Griffin (1985), adaptado por Simões (1982).....	105
Tabela 5.5 – Estatística descritiva da <i>Escala de Otimismo</i> , de Barros de Oliveira (1998)	108

Tabela 5.6 – Estatística descritiva da Escala de Qualidade de Vida – *WHOQOL-Bref*, Canavarro, et al. (2007) 111

Tabela 5.7 – Resultados obtidos nas correlações entre as variáveis e o nível de Satisfação com a Vida e com a Qualidade de vida..... 118

ÍNDICE DE TABELAS EM ANEXO

Tabela 1. Benefícios da Atividade Física a Nível Individual em Idosos: Benefícios Fisiológicos 174

Tabela 2. Benefícios da Atividade Física a Nível Individual em Idoso: Benefícios Psicológicos 175

Tabela 3. Benefícios da Atividade a nível Individual em Idosos: Benefícios Sociais... 176

Tabela 4. *Viver com Vitalidade - Multimédia*: Lista de tópicos por painel e número de horas de cada sessão..... 178

Tabela 5. *Viver com Vitalidade - ao vivo*: Lista de tópicos por painel e número de horas de cada sessão 180

ÍNDICE DE TABELAS EM APÊNDICE

Tabela 1. Descrição e Estrutura do Questionário ao Idoso 221

Tabela 2. Descrição, Estrutura e pontuação do Índice do Mini-Mental State Examination (MMSE) 224

Tabela 3. Descrição e Estrutura do *WHOQOL_Bref* 226

Tabela 4. Descrição, Estrutura e pontuação do *Índice de Barthel* 228

ÍNDICE DE ANEXOS

ANEXOS.....	172
Anexo 1 – Benefícios da Atividade Física a Nível Individual em Idosos.....	173
Anexo 2 – Programa Multimédia Viver com Vitalidade.....	177
Anexo 3 – Programa ao Vivo Viver com Vitalidade	179
Anexo 4 – Descrição das pontuações de cada item de <i>Índice de Barthel</i> (Mahoney & Barthel, 1965).....	181

ÍNDICE DE APÊNDICES

APÊNDICES.....	186
Apêndice 1 - Pedido de Autorização	187
Apêndice 2 - Autorização de Tese	192
Apêndice 3 - Consentimento Informado	196
Apêndice 4 - Questionário ao Idoso – Dados Sociodemográficos.....	198
Apêndice 5 - Mini Mental State Examination (MMSE)	202
Apêndice 6 - <i>WHOQOL –Bref</i>	205
Apêndice 7 – Convoy Model	211
Apêndice 8 - Escala de Satisfação com a Vida (SWLS).....	213
Apêndice 9 - Escala de Otimismo	215
Apêndice 10 - Escala Modificada de Barthel – Atividades Básicas de Vida Diária (ABVD)	217
Apêndice 11 – Descrição e Estrutura do Questionário ao Idoso e ao Cuidador	220
Apêndice 12 – Descrição, Estrutura e pontuação do MMSE	223
Apêndice 13 – Descrição e Estrutura do <i>WHOQOL -Bref</i>	225
Apêndice 14 – Descrição, Estrutura e pontuação do <i>Índice de Barthel</i>	227

INTRODUÇÃO

O envelhecimento como um fenómeno inerente ao ciclo de vida do ser humano pode ser analisado sob diferentes e díspares perspectivas. Analisando o envelhecimento do ponto de vista demográfico, podemos constatar que tem existido um aumento da esperança média de vida em larga escala e, conseqüentemente, um aumento crescente da chamada terceira e quarta idade. Diversos autores referem ainda que existe um envelhecimento ótimo e bem-sucedido, incorporando variadas definições operacionais que enfatizam a capacidade funcional, não esquecendo que destas mesmas conceptualizações de envelhecimento sobressaem pressupostos como a *satisfação com a vida*, longevidade, participação social ativa, independência e adaptação positiva (Phelan & Larson, 2002). Assim, de acordo com alguns autores, podem enunciar-se vários fatores preditores do envelhecimento ótimo e bem-sucedido, destacando-se o nível educacional elevado; a prática de *atividade física* regular; senso de autoeficácia; a participação social e a ausência de doenças crónicas (Teixeira & Neri, 2008). O envelhecimento ótimo ou bem-sucedido caracteriza-se, sobretudo, por vivenciar esta fase do desenvolvimento humano com *qualidade de vida*, sendo a mesma determinante na satisfação do indivíduo em viver. Este constructo surge como um indicador importante, detentor de uma espécie de sinonímia com o constructo de *bem-estar* e felicidade.

Por seu turno, a velhice é reconhecida pela última fase do desenvolvimento humano, inevitável e vindoura, no caso do ser humano ter adotado ao longo de todo o seu desenvolvimento, estilos de vida saudáveis. Estes últimos poder-se-ão aplicar como normas propícias ao normal e natural desenvolvimento do ser humano, permitindo, *per si*, o atingir de um tempo de vida duradouro, a que oportunamente apelidam de longevidade. Os estilos de vida saudáveis referidos poderão abranger inúmeras práticas, tais como: o exercício físico regular, o recurso a hábitos alimentares equilibrados, baseados nas carências nutritivas de cada indivíduo, tendo em conta o seu historial clínico (anamnese), ou seja, no caso dos indivíduos que padecem de problemas de saúde específicos (desnívelamento do açúcar no sangue, elevado ácido úrico no sangue, colesterol elevado ou quaisquer outras carências de origem hereditária ou genética) será pertinente adotar um regime alimentar adequado.

Em consonância com os hábitos e estilos de vida saudáveis torna-se primordial para a estabilidade emocional do indivíduo que atinge a senescência ou um estado de

envelhecimento ótimo/bem-sucedido, a presença de uma alargada rede social formal e informal, na qual o indivíduo possa apoiar-se e, reconhecer na mesma os seus valores, costumes e tradições. Esta *rede social formal* (profissionais de saúde, auxiliares) ou *informal* (amigos, familiares) afigura-se como um importante suporte social e emocional para um ser humano que atinge uma nova fase de desenvolvimento humano: a senescência, ou senilidade, no caso de se tratar de um envelhecimento patológico (Bárron, 1996; Paúl, 1997; Paúl & Ribeiro, 2012).

Para um normal e natural envelhecimento do ser humano também têm vindo a contribuir os avanços científicos da medicina e as novas tecnologias, contrariamente ao que acontecia anteriormente onde esta etapa do ciclo de vida correspondia a uma fase diminuta do tempo de vida (Lima, 2004). Estes avanços científicos da medicina permitiram intensificar os cuidados médicos nas situações em que o idoso se encontra gravemente doente, sendo deste modo, possível prolongar a vida com *qualidade de vida*, estando implícito, *per si*, uma melhoria das suas condições de vida, um aumento do nível de autoestima e de otimismo bem como da satisfação perante a vida. Neste pressuposto está também patente o modelo biológico defensor da velhice como um período de declínio, onde se institui uma prática clínica centrada no simples prolongamento da longevidade e no mitigar da doença. Ultrapassando esta visão, surge uma nova abordagem que permite consagrar a velhice como uma etapa do ciclo de vida humano onde ainda é possível existir uma boa adaptação desenvolvimentista ao meio. Baltes (Baltes & Baltes, 1990; Baltes, 1997) defendeu o *modelo de Otimização Seletiva com Compensação*, incidindo as suas bases teóricas na forma como os ganhos e as perdas desenvolvimentistas interagem entre si, para que seja possível alcançar um *envelhecimento bem-sucedido*.

Atualmente devido ao crescente envelhecimento da população portuguesa, a comunidade científica procura encontrar soluções que conduzam o ser humano ao chamado envelhecimento ótimo e/ou bem-sucedido (Barros de Oliveira, 2010; Vaz, 2008; Fontaine, 2000). Neste sentido, surge a necessidade de investigar mais, tanto a nível teórico como prático, nesta área da Gerontologia Social e/ou Geriatria, dado a relativa escassez de estudos em Portugal, nomeadamente ao nível da promoção/ativação cognitiva do idoso institucionalizado.

Perante estes pressupostos considerámos importante delinear uma proposta para futura implementação na Aldeia de São José de Alcalar, um programa de promoção e

ativação cognitiva do idoso institucionalizado, adequado à população em estudo. De acordo com a literatura vigente, este programa tem como propósito melhorar e estimular o nível cognitivo do idoso institucionalizado, prevendo-se evitar ou, pelo menos, travar certos declínios de algumas faculdades cognitivas do idoso institucionalizado, já que o mesmo também pressupõe uma intervenção psicoterapêutica e/ou psicoeducativa recorrente. Para que este programa seja bem delineado e adequado a esta população específica procedeu-se à averiguação da existência de associação entre os fatores biopsicossociais na *satisfação com a vida* em idosos institucionalizados – mais concretamente, pretendeu-se estudar a interação entre fatores biológicos (como a funcionalidade), fatores psicológicos (como a cognição) e fatores sociais (como a rede de apoio familiar) na *satisfação com a vida* e na *qualidade de vida*. Esta averiguação e correlação entre diferentes dimensões, anteriormente explicitadas, estabeleceram-se como objetivo geral e final deste estudo.

O presente trabalho divide-se em duas partes principais. A primeira é relativa ao enquadramento teórico, consubstanciado em três capítulos, reflexivos de uma revisão da literatura, em que constam as principais teorias, autores e abordagens que explicitam os principais constructos implicados no estudo em causa. A segunda parte, dedicada ao estudo empírico, integra quatro capítulos, em que se inclui os objetivos e metodologia (amostra, instrumentos e procedimentos), a apresentação e discussão dos resultados, uma proposta de um Programa de promoção e/ou ativação cognitiva do idoso institucionalizado, terminando com as principais conclusões e limitações do estudo, bem como algumas sugestões para futuros estudos.

I- ENQUADRAMENTO TEÓRICO

Capítulo 1- Envelhecimento e Velhice

1.1. Conceitos e Fundamentos

O crescente envelhecimento da população a nível mundial tem despertado um grande interesse na área da Gerontologia Social e da Geriatria. Efetivamente, de acordo com os dados do Instituto Nacional de Estatística (INE), no ano de 1960, a proporção da população idosa (65 ou mais anos) em Portugal, era de 8% e em 2001 duplicou para 16%, sendo que em 2005 já atingia os 17% (Paúl & Ribeiro, 2012). Paralelamente e em igual período, o peso percentual da população jovem (indivíduos com menos de 15 anos) diminuiu de 29% para 16% da população (Paúl & Ribeiro, 2012). Prevê-se, ainda que, no ano 2050 a percentagem de 17% da proporção correspondente à população idosa, anteriormente referida, seja de 32% (Carrilho & Gonçalves, 2004). Em 2011, a população residente em Portugal foi estimada em 10.562.178, dos quais 19% eram idosos (2.010.064 pessoas idosas) (PORDATA, 2012). Ainda com recurso aos dados da PORDATA – Base de Dados Portugal Contemporâneo (2012), verifica-se que em 2011 o índice de envelhecimento (idosos/jovens*100) atingiu os 127,8, consideravelmente superior aos censos de 2001, onde o mesmo índice assumia o valor de 102,2. Segundo Sokolovsky (2009), este crescimento populacional induz o avanço da medicina sobre determinadas doenças e lesões cerebrais ou lesões de outra ordem que limitam e encurtam a expectativa da vida humana durante vários anos. Considera-se que, porventura, este avanço da medicina e subseqüentes investigações científicas repercutem-se no natural desenvolvimento económico da sociedade.

Denota-se, ainda em termos demográficos que, nos finais dos anos 40, a esperança média de vida portuguesa era de 58 anos, evoluindo para 75 anos em 1996/97 e para 78,7 em 2008, em média para ambos os sexos (respetivamente, entre os 75,18 anos nos homens e os 81,57 anos nas mulheres) (Paúl & Ribeiro, 2012). Deste modo,

presenciamos um retrato geral da sociedade predominantemente composto de uma população idosa e bastante envelhecida, maioritariamente feminina.

O processo de envelhecimento é, naturalmente, uma realidade biológica que tem a sua dinâmica própria, alheia ao controle humano. Para além disso, o chamado envelhecimento também está sujeito às construções biopsicossociais que cada sociedade faz da última etapa da vida – a velhice. Nos países desenvolvidos, o tempo cronológico desempenha um papel fundamental, sendo o patamar dos 60 ou 65 anos, aproximadamente, equivalente à idade de reforma, consagrando-se, por isso, no chamado início da idade avançada. Por outro lado, na maioria dos países em vias de desenvolvimento ou subdesenvolvidos, o tempo cronológico tem pouca ou nenhuma expressão no verdadeiro sentido da conceptualização de velhice (Gorman, 2000, citado em WHO, 2012). Assim, outros significados socialmente construídos de idade são mais expressivos e reivindicativos, tais como as funções atribuídas aos idosos, sendo que nalguns casos, velhice significa a perda de papéis sociais que acompanham o declínio físico. Nos países em vias de desenvolvimento, contrastando com as etapas cronológicas que marcam a vida (estádios de desenvolvimento na velhice), o envelhecimento é assinalado pelo momento em que a contribuição ativa já não é mais possível (Gorman, 2000, citado em WHO, 2012).

Constata-se assim que, o envelhecimento é um fenómeno universal que ocupou um papel importante em todas as épocas, culturas e civilizações. O conhecimento que temos a respeito do processo de envelhecimento é o resultado da acumulação da experiência cultural, pessoal e emocional, onde são possibilitadas renovadas e novas oportunidades, ao longo da história de vida de cada indivíduo. A velhice é uma etapa que se pode assinalar como relacionada com a idade adulta, fazendo o seu conhecimento científico parte de uma ciência “jovem” (Veja, 1996; Bueno, 1996, citados por Duarte, 1999).

Presentemente, os 65 anos surgem como principal fronteira para delinear a transição para a velhice, porém a maior longevidade adquirida possibilita a criação de subcategorias, podendo-se recorrer, entre outras, à divisão apresentada no recenseamento americano: *velhos-novos (young old)* dos 65 aos 74 anos, *velhos (old-old)* dos 75 aos 84 anos, e *velhos-velhos (oldest-old)* a partir dos 85 anos (Calixto, 2008).

Por seu turno, o envelhecimento é mais do que o avançar dos anos cronológicos, e nessa perspetiva, Birren e Cunningham (1985, citados por Fontaine, 2000) consideram que o indivíduo detém três idades diferentes:

– A *idade biológica* associada ao envelhecimento orgânico, ou seja, às modificações físicas e biológicas, muitas vezes, desagradáveis – perda de força, diminuição da coordenação e do domínio do corpo, alteração da saúde, degradação evolutiva dos órgãos e tecidos (diminuição do seu funcionamento, da sua capacidade de autorregulação e da sua eficácia) (Duarte, 1999). A idade biológica é, de uma maneira geral, uma avaliação do lugar em que o indivíduo se encontra em relação ao seu potencial de vida (Coll, Palácios & Marchesi, 2004).

– A *idade psicológica* baseada, essencialmente, nas alterações das componentes: comportamental e perceptiva (Hutchison, 2003). A componente comportamental refere-se às competências que o indivíduo pode mobilizar em função das alterações do ambiente, tais como as capacidades mnésicas, as capacidades intelectuais e as motivações para o empreendimento. A componente perceptiva relaciona-se com a forma como as pessoas se percebem a si próprias, a chamada autoimagem, refletindo-se também na capacidade individual de adaptação às mudanças.

– A *idade social*, segundo Birren e Cunningham (1985, citados por Fontaine, 2000), relacionada com os papéis e as expectativas sociais associadas a determinadas idades ou faixas etárias. A idade social é fortemente determinada pelas estruturas culturais e históricas das respetivas sociedades.

Torna-se pertinente referir que o atual envelhecimento populacional associado ao aumento da esperança média de vida e diminuição da taxa de mortalidade foi uma das grandes batalhas do século XX e continuará a ser nas próximas décadas um enorme desafio para a nossa sociedade. O aumento dos custos económico-financeiros com a saúde e com as pensões de reforma subjazem como efetivas consequências dos elevados índices de crescimento demográfico e económico, atingidos à escala global (Relatório da Nações Unidas sobre a População Mundial, U.N., 2002). É ainda importante mencionar que o envelhecimento é um fenómeno que pode ser apreendido em diversos domínios do seu vasto constructo – biológico, social e psicológico – sendo objeto de estudo de diversas ciências, tais como a Geriatria e a Gerontologia Social.

Segundo Fontaine (2000), a Gerontologia tem como objeto de estudo o conjunto das transformações inerentes ao processo de envelhecimento. Esta ciência social

restringe-se ao estudo das modificações fisiológicas, psicológicas, morfológicas e sociais consecutivas à ação do tempo no organismo, independentemente de qualquer fenómeno patológico. A Gerontologia Social perspectiva uma abordagem transdisciplinar dos fenómenos de envelhecimento, procurando ultrapassar uma visão “reducionista” e “monodisciplinar”, por vezes presente no panorama da investigação gerontológica. A Geriatria representa o aspeto terapêutico da Gerontologia e estuda os meios mais eficazes para lutar contra os efeitos do envelhecimento, ditando ao nível da farmacologia e da criação de técnicas, condições que permitem um funcionamento ótimo do organismo humano no seu processo contínuo de envelhecimento.

Subsequentemente a estas ciências surgiu a *Psicologia do Envelhecimento* como um ramo da Gerontologia, tendo como objeto de estudo as transformações psicológicas associadas ao envelhecimento. Esta última ciência social criou um dos modelos de referência mais emblemáticos, apelidado de *Long Life Span* que visa a descrição, explicação e otimização dos processos de desenvolvimento do ser humano ao longo de toda a vida, desde a concepção até à morte (Fontaine, 2000).

No âmbito da *Psicologia do Envelhecimento* emergiu também a conceptualização de todo o processo de ancianidade, substanciado em três formas ou pressupostos díspares: o *normal* (ausência de patologia biológica e mental grave, também designado por *senescência*), o *patológico* (existência de doença/patologia grave que afetando a cognição e saúde mental, pode ser referido como *senilidade*) e o *envelhecimento ótimo/bem-sucedido* (sob condições favoráveis e propícias ao desenvolvimento psicológico) (Baltes & Baltes, 1990; Baltes, 1997). Para Baltes e Baltes (1990) estas três formas de envelhecimento são importantes, uma vez que nos permitem focalizar a atenção na responsabilidade que o ambiente social advoga e no desenvolvimento de organismos qualitativamente distintos, retirando o processo de envelhecimento da esfera exclusivamente individual. Deste modo, surge a necessidade de referenciar a terminologia de *envelhecimento bem-sucedido*.

1.2. Envelhecimento bem-sucedido versus Envelhecimento ativo

A expressão *envelhecimento bem-sucedido* foi mencionada pela primeira vez por Robert. J. Havighurst, no periódico *The Gerontologist*, em 1961 (citado por Teixeira &

Neri, 2008). Posteriormente na década de 1990, várias pesquisas procuraram identificar as percepções dos idosos sobre a experiência, a operacionalização e os fatores determinantes deste inovador constructo. No que diz respeito à terminologia implícita neste constructo, as conclusões apontam para uma clara discordância entre vários investigadores (Teixeira & Neri, 2008). Daí surgem constructos sociais concernentes ao *envelhecimento bem-sucedido*, de acordo com alguns investigadores, tais como Fried, Freedman, Endres e Wasik, (1997), Lupien e Wan, (2004), Phelan e Larson, (2002), Ramos, (2003), Rowe e Kahn, (1997, citados por Teixeira & Neri, 2008), que fazem jus ao envelhecimento como um processo evolutivo, produtivo e saudável.

Na mesma década, a Organização Mundial de Saúde (2002) preconiza uma nova conceptualização, o chamado *envelhecimento ativo*, como um conceito inovador, reflexivo da importância que as perspetivas psicológicas de natureza contextualista têm vindo a adquirir, quer ao nível da compreensão dos mecanismos de adaptação face ao envelhecimento, quer na formulação de intervenções promotoras dessa mesma adaptação. O objetivo do *envelhecimento ativo* é aumentar a expectativa de uma vida saudável e, conseqüentemente, a *qualidade de vida* para todos os indivíduos que vão envelhecendo, inclusive os mais frágeis, fisicamente incapacitados e que requerem cuidados.

Contudo, Teixeira e Neri (2008) referem que esta terminologia do *envelhecimento ativo* é diferenciada do *envelhecimento bem-sucedido*. A diferença implicada nestes dois constructos inovadores reside no princípio organizacional subentendido no constructo de *envelhecimento bem-sucedido*, uma vez que este ultrapassa a objetividade da saúde física, expandindo-se numa dimensão multidimensional. A sua ênfase recai sobre a percepção pessoal das possibilidades de adaptação às mudanças advindas do envelhecimento e das condições associadas ao mesmo.

1.3. Modelo Teórico do Envelhecimento bem-sucedido

O idoso deverá adaptar-se às mudanças implícitas ao normal envelhecimento do organismo (quer ao nível biológico, quer ao nível psicológico), encontrando soluções para as suas condições de vida associadas a estas mudanças. Este facto é sobejamente reforçado pelo *modelo de Envelhecimento Bem-Sucedido* preconizado pelo casal Baltes. Este modelo é explorado a partir de três eixos implícitos à sua conceptualização – o

balanço entre ganhos e perdas de caráter desenvolvimentista; o recurso ao *modelo de Otimização Seletiva com Compensação* (SOC) como explicação básica do processo adaptativo inerente à capacidade de envelhecer com êxito e a modificação nas modalidades de regulação da identidade pessoal (Fonseca, 2005).

Baltes e Baltes (1990, citados por Fonseca, 2005) enunciaram um padrão de estratégias para favorecer um *envelhecimento bem-sucedido*, onde se destaca, a preservação de um estilo de vida saudável que conjectura reduzir a probabilidade de ocorrência de condições patológicas, muitas vezes, decorrentes do próprio envelhecimento. Por outro lado, este constructo influi na manutenção de uma visão otimista da vida, sendo a mesma uma forma efetiva de compensar as perdas que vão ocorrendo, acentuando positivamente o que ainda subsiste. Este último pressuposto ou estratégia concretiza-se no *modelo SOC* defendido por Baltes e Baltes (1990), anteriormente referido. Assim, o *envelhecimento bem-sucedido* induz a implementação de estilos de vida apropriados à idade, dados os limites de flexibilidade adaptativa (plasticidade), sendo que, em consonância com este propósito, os idosos devem procurar escolher e/ou criar “ambientes amigáveis” para subsistirem e se manterem ativos na sociedade atual (Fonseca, 2005).

É ainda de salientar diversos estudos (Baltes 1997; Freund & Baltes, 1998, citados por Fonseca, 2005) demonstrativos de que a população mais envelhecida recorre de forma intencional e concertada a estratégias de “seleção-otimização-compensação”, de tal modo que, apresenta níveis mais elevados nos indicadores subjetivos de *envelhecimento bem-sucedido*. Assim, o indivíduo *seleciona* objetivos pessoais nos quais deseja continuar a envolver-se, seja em função das prioridades que fixou para a sua vida, ou até mesmo, mediante as suas capacidades e motivações ou exigências que o ambiente lhe coloca.

Nesses objetivos pessoais selecionados (*e.g.*, praticar um desporto, exercer voluntariado, frequentar uma universidade “sénior”), o idoso procura *otimizar* as suas capacidades, colocando em ação as mais importantes sob o ponto de vista adaptativo permitindo, *per si*, manter a congruência entre os seus objetivos, interesses e desejos bem como as suas relações sociais e concretas que realiza (Baltes 1997; Freund & Baltes, 1998, citados por Fonseca, 2005).

Reforçando os pressupostos enunciados anteriormente, face ao *modelo de Otimização Seletiva com Compensação*, induz-se que em caso de necessidade, o idoso procede a *compensações*, de natureza técnica ou comportamental. Para Baltes (1997,

citado por Fonseca, 2005), este modelo multidimensional retoma a ideia central inerente ao paradigma contextualista, ou seja, os indivíduos modelam e são agentes ativos do seu próprio desenvolvimento através de uma seleção de objetivos pessoais, da otimização do seu funcionamento individual na realização dos objetivos pessoais antecipadamente selecionados e, da compensação de perdas desenvolvimentistas por recurso a mecanismos compensatórios internos ou externos.

Ainda no que concerne ao *envelhecimento bem-sucedido*, é importante refletirmos sobre as diferentes áreas de intervenção prosequivas desta conceptualização. Por conseguinte, surge a promoção da saúde fomentada pela implementação de programas integrativos de várias atividades físicas e atividades de intervenção psicológica direcionadas para os idosos, bem como pela prevenção da sua dependência face aos seus cuidadores formais e informais. Não menos importante, emerge a premissa de que na promoção da saúde do idoso é muito importante proceder à otimização das suas funções cognitivas, por meio de atividades de animação sociocultural e socioeducativa, bem como por recurso a programas de promoção e ativação cognitiva onde estão incorporadas entre outras, também atividades de animação. O desenvolvimento afetivo, da personalidade e, a consequente maximização do envolvimento social, tornam-se importantes áreas de intervenção promotoras de um *envelhecimento bem-sucedido*, assim como, de um *bem-estar subjetivo* e/ou psicológico estável (Fernández-Ballesteros, 2005).

Por último, torna-se pertinente evidenciar que para Fernández-Ballesteros (2002), o *modelo multidimensional do Envelhecimento Bem-Sucedido* preconiza uma baixa probabilidade de doença e deficiência associada, um elevado funcionamento cognitivo, um elevado funcionamento físico e um grande envolvimento ativo com a vida.

1.4. Fatores favoráveis ao Envelhecimento bem-sucedido

O *envelhecimento bem-sucedido*, assim como os seus fatores favoráveis têm sido alvo de grande interesse na investigação gerontológica dos últimos anos, analisados essencialmente à luz de duas grandes perspetivas – a biomédica e a psicossocial (Teixeira & Neri, 2008). A noção de *envelhecimento bem-sucedido* considera a existência de défices cognitivos e fisiológicos associados à idade, determinados biologicamente, mas contempla também algumas condições modificáveis (Kahn, 2002, citado por Teixeira &

Neri, 2008) associadas aos hábitos e estilos de vida relacionados com a idade (*age-related*), mas não diretamente dependentes desta (*age-dependent*). Em consonância com este pressuposto, considera-se que os défices cognitivos e fisiológicos, não são causados exclusivamente pelo envelhecimento humano, onde está subjacente o avançar da idade (Rowe & Kahn, 1997). De acordo com Rowe e Kahn (1987), citados por Teixeira e Neri (2008), as circunstâncias em que deverá decorrer um *envelhecimento bem-sucedido* serão incumbidas de certas trajetórias num *continuum*, podendo tender para o evitamento de processos de declínio cognitivo e físico ou, por seu turno, para a reversão e minimização de perdas. Estas últimas condicionantes deverão fazer uso de determinadas intervenções junto dos fatores favoráveis (modificáveis), seguindo uma perspetiva de desenvolvimento ao longo da vida (*lifespan*).

Tendo em conta as considerações supramencionadas, Fries (1989), citado por Fernández-Ballesteros (1998), refere-se à grande modificabilidade do ser humano ao longo de toda a sua vida – inclusivamente na velhice – como elemento basilar na obtenção de um *envelhecimento bem-sucedido*. Esta conceptualização do envelhecimento é preconizada pelo cumprimento de alguns preceitos básicos que asseguram também uma vida estável e segura, como sejam, as intervenções no âmbito da prevenção da doença, promoção da saúde e adoção de estilos de vida saudáveis, no que concerne à alimentação e ao exercício físico. Ainda assim, é de ressaltar que, existe indubitavelmente, uma diversidade de manifestações patológicas frequentes na população geriátrica, mas que poderão ser modificadas com recurso a hábitos e comportamentos saudáveis. Algumas das manifestações modificáveis e suscetíveis de prevenção e/ou compensação associadas à idade repercutem-se no declínio intelectual, memória, solidão/isolamento, lentidão, agilidade, mobilidade, sono, depressão, reserva cardíaca, hipertensão, cancro e artrite (Fernández-Ballesteros, 1998).

Relativamente aos fatores favoráveis ao *envelhecimento bem-sucedido*, estes têm sido alvo de algumas controvérsias, de acordo com alguns autores. De entre os inúmeros fatores favoráveis mencionados pelos diversos autores, destaca-se o nível educacional elevado; a prática regular de *atividade física e cognitiva*; o sentimento de autoeficácia e participação social; ausência de doenças crónicas e de comprometimento cognitivo (Teixeira & Neri, 2008; Deep & Jeste, 2006; Fernández-Ballesteros, 1998).

Em seguida, apresentam-se alguns fatores favoráveis que merecem um maior destaque, pelas implicações que podem deter para o idoso.

1.4.1. Atividade Física – Tipos e Benefícios

A *atividade física* detém um papel muito importante na vida dos idosos e são inúmeros os estudos que comprovam os inegáveis benefícios da mesma na promoção do *envelhecimento bem-sucedido*. A *atividade física* pode abranger todas as ações relativas aos movimentos do dia a dia, envolvendo o trabalho, atividades de recreação, exercício e atividades desportivas (Chodzko-Zajko, Schwingel & Park, 2009). Embora a *atividade física* não consiga inibir o processo de envelhecimento, a prática da mesma de forma moderada e regular contribui para a saúde física e mental, de tal modo que, melhora o funcionamento geral do indivíduo (Fernández-Ballesteros, 1998).

De acordo com Chodzko-Zajko e colaboradores (2009), alguns estudos revelam com forte evidência que a supressão de hábitos de vida sedentários, afigura-se como uma das mais simples e eficazes medidas para evitar ou retardar o declínio funcional, em virtude desta mesma ação promover a independência e manter elevados níveis de *qualidade de vida* em idade avançada. Atualmente, a inatividade é apresentada como o quarto maior fator de risco de mortalidade a nível global, segundo dados da Organização Mundial de Saúde (OMS), disponíveis na publicação *Global Recommendations on physical activity for Health* (2010). Neste âmbito, destaca-se a *MacArthur Foundation Research Network* que desenvolveu inúmeros estudos longitudinais e transversais sobre o *envelhecimento bem-sucedido*, direcionando-os para os fatores potencialmente modificáveis, tais como: a *atividade física*, o suporte social e o sentimento de autoeficácia (Teixeira & Neri, 2008).

Os benefícios da prática de *atividade física*, de acordo com a OMS e com o investigador Chodzko-Zajko e colaboradores (2009), podem ser divididos em fisiológicos, psicológicos e sociais, sendo que para a sociedade surgem de forma imediata ou a longo prazo (Anexo 1). Dos benefícios apontados pelos inúmeros estudos, é de salientar a proeminente diminuição do risco de doença cardíaca, acidente vascular encefálico (tromboembólico), hipertensão, diabetes *mellitus* (tipo 2), osteoporose, obesidade, cancro do cólon, cancro da mama, ansiedade, depressão, limitação funcional e demência (Chodzko-Zajko, et al. 2009; DiPietro, 2001; Matsudo, Matsudo & Neto 2000). A *atividade física* permite ainda, de acordo com estes autores, uma diminuição da incidência de quedas nos idosos e complicações associadas.

Relativamente ao contributo da *atividade física* na função e desempenho cognitivo, este tem sido profundamente documentado e importa referir que os resultados parecem indicar também um efeito benéfico (Matsudo, et al., 2000). Num estudo, realizado por Benedetti, Borges, Petroski e Gonçalves (2008), que propunha avaliar a associação entre o nível de *atividade física* e o nível de saúde mental nos idosos, averiguou-se que a depressão e a demência são inversamente proporcionais à *atividade física*. Por conseguinte, demonstrou-se que a *atividade física* é eficaz na redução ou no retardar da demência. Esta é uma premissa sustentada também por Larson, Wang, Bowen, McCormick, Teri, Crane e Kukull (2006) na sequência da realização de um estudo longitudinal, no qual podemos verificar a incidência de demência em 13.0 por 1000, em indivíduos que realizavam exercício três ou mais vezes por semana, em comparação com 19.7 por 1000, em indivíduos que realizavam exercício menos de três vezes por semana. A *atividade física* apresenta ainda benefícios ao nível da redução da incidência de depressão, tal como sugerem os estudos realizados por Benedetti e colaboradores (2008), Strawbridge, Deleger, Roberts e Kaplan (2000), Moore e Blumenthal (1998). Efetivamente, nestes estudos, defende-se que os idosos e demais indivíduos ativos apresentam menor frequência de depressão.

É ainda importante referir que as doenças neuro-degenerativas estão cada vez mais presentes nos idosos como consequência do envelhecimento populacional crescente. Neste sentido, torna-se premente a adoção de estratégias de prevenção ou de minimização do impacto destas patologias, de forma a possibilitar o retardamento da sua evolução.

A *atividade física*, tal como foi referido anteriormente, tem vindo a ser reconhecida como preventiva de uma série de doenças, favorecendo, *per si*, uma melhoria significativa da função cognitiva (Hamer & Chida, 2009; Lautenschlager, Cox & Kurz, 2010). Allan e colaboradores (2009), citados por Lautenschlager, Cox e Kurz (2010), relataram que indivíduos com demência têm um maior risco de sofrer quedas (cerca de oito a dez vezes mais que idosos sem demência). Considerando todos estes benefícios, as políticas atuais ao nível do *envelhecimento bem-sucedido* direcionam-se para a prática regular da *atividade física* e alimentação saudável.

Segundo Hamer e Chida (2009), as doenças neuro-degenerativas resultam de uma deterioração progressiva de neurónios que ao longo do tempo conduzem a uma perda das funções motoras, fisiológicas e/ou capacidades cognitivas. Uma das doenças neuro-degenerativas mais comuns recai na demência, sendo a doença de *Alzheimer* a causa mais

frequente. Em 2006, de acordo com Brookmeyer e colaboradores (citados por Lautenschlager, Cox & Kurz, 2010), o número de indivíduos com doença de *Alzheimer* rondava os 26,6 milhões da população mundial, estimando-se que, em 2050 incidirá aproximadamente em 106,8 milhões, ou seja, 1 em cada 85 indivíduos irá sofrer desta patologia.

Ainda na sequência da análise da literatura disponível, tal como enunciado anteriormente, foi possível aferir e comprovar que os estudos são unânimes no que se refere aos benefícios da *atividade física* na prevenção do declínio cognitivo nos idosos. Efetivamente, de acordo com Lista e Sorrentino (2010), a *atividade física* pode atuar de forma eficaz na prevenção primária ao nível das disfunções cognitivas, existindo vários estudos que suportam a proeminência de uma relação positiva entre a *atividade cognitiva* e a *atividade física*.

Hamer e Chida (2009), numa meta-análise onde se incluíam 16 estudos realizados a indivíduos sem demência, concluíram que, a *atividade física* encontra-se inversamente associada ao risco de demência. Segundo estes autores, a *atividade física* reduz o risco de demência e doença de *Alzheimer* entre 28% e 45%, respetivamente.

De acordo com Kramer e Erickson (2007), os idosos que se encontraram em fases iniciais de demência parecem beneficiar do treino/exercício, embora apresentem um nível cognitivo diferente. Num estudo realizado por Geda e colaboradores (2010), citados por Lautenschlager, Cox e Kurz (2010), com o objetivo de investigar a relação entre a *atividade física* e o risco de declínio cognitivo moderado, os resultados sugerem, mais uma vez que a *atividade física* nos idosos apresenta benefícios ao nível da cognição e, por conseguinte, considera-se que os indivíduos com declínio cognitivo moderado poderão retardar a evolução da patologia.

Relativamente aos mecanismos biológicos responsáveis pelos efeitos da *atividade física* na cognição continuam a surgir algumas controvérsias e discussões na comunidade científica. Segundo Kivipelto e colaboradores (2005) e Rosendorff e colaboradores (2007), citados por Hamer e Chida (2009), o exercício regular é um grande promotor da saúde vascular, da diminuição da pressão sanguínea, da dissipação dos lípidos, da prevenção da obesidade, dos marcadores inflamatórios e ainda surge como responsável pela melhoria da função endotelial. A ausência destes fatores é considerada de risco para a demência e doença de *Alzheimer*. As adaptações ao exercício parecem melhorar o fluxo sanguíneo e de oxigénio a nível cerebral, sendo este fundamental para o desempenho

cognitivo. Por conseguinte, uma boa irrigação sanguínea do cérebro faz com que este fique mais oxigenado, conduzindo o indivíduo a um estímulo cerebral mais eficaz (Carmelli et al. 1999; Podewils et al. 2007, citados por Hamer & Chida, 2009).

Segundo Kramer e Erickson (2007), o volume sanguíneo cerebral serve como um indicador para a *neurogênese* (processo de formação de novos neurónios no cérebro). Sorrentino e Lista (2010) realizaram um estudo cujo objetivo foi proporcionar uma visão geral sobre os mecanismos biológicos implicitamente relacionados com os benefícios da *atividade física* nas funções cognitivas. Neste estudo foram evidenciados como benefícios da *atividade física* a nível cerebral, os chamados mecanismos da *neurogênese*, *sinaptogênese* e *angiogênese* (mecanismo de crescimento de novos vasos sanguíneos) que, por sua vez, são controlados por mecanismos moleculares. Black e colaboradores (1991); Isaacs e colaboradores (1992), citados por Sorrentino e Lista (2010) sugeriram que a *angiogênese* pode ser induzida pela *atividade física*, assim como, a manipulação do fluxo sanguíneo para o cérebro pode alterar o desempenho comportamental. Deste modo, qualquer manipulação que aumente a vascularização do cérebro e, portanto, o fluxo sanguíneo pode vir a ser uma estratégia eficaz para minimizar ou retardar o declínio cognitivo associado ao envelhecimento.

Por seu turno, alguns autores encontraram diferenças relativamente ao género nas intervenções efetuadas. Num estudo realizado por Van Uffelen, Chinapaw, Van Mechelen e Hopman-Rock (2008), um ensaio clínico, desenvolvido com 152 idosos, a residir na comunidade e com défice cognitivo moderado, divididos em três grupos: um de caminhada moderada, outro de baixa atividade com adição de um suplemento alimentar com vitamina B12 e B6 e um grupo de controlo; não se alcançaram resultados significativos possivelmente devido à reduzida adesão dos participantes (63 %). No entanto, obtiveram-se resultados interessantes no que concerne ao género. No grupo de caminhada moderada, concluiu-se que, as mulheres mostraram melhorias a nível da atenção e da memória, enquanto os homens apresentaram melhorias exclusivamente ao nível da memória. Segundo Kramer e Erickson (2007), os estudos com rácio superior de mulheres apresentam maior benefício ao nível da cognição.

Vários estudos encontraram uma redução de risco de demência e doença de *Alzheimer* nos indivíduos mais ativos fisicamente. Segundo o estudo de Van Gelder e colaboradores (2004), citados por Hamer e Chida (2009), os homens que reduzem a *atividade física* para menos de 60 minutos/dia e permanecem sedentários, apresentam um

maior declínio cognitivo no *follow-up*. Num outro estudo, referido anteriormente, realizado por Larson e colaboradores (2006), citados por Kramer e Erickson (2007), com uma amostra de 1740 idosos que participaram numa série de atividades físicas (caminhadas, ciclismo, natação, etc.) no *follow-up* realizado 6,2 anos após a intervenção, foi possível constatar que apenas 158 idosos tinham desenvolvido demência. Além disso, conclui-se que, os indivíduos praticantes de exercício físico por mais de três vezes por semana tinham menos 34% de probabilidade de vir a desenvolver qualquer tipo de demência do que os indivíduos praticantes de exercício físico em menos de três vezes por semana. A redução do risco de declínio cognitivo pode, deste modo, ser encontrada em indivíduos ativos, sem diagnóstico de demência (Kramer & Erickson, 2007). De facto, num estudo desenvolvido por Barnes, Shapiro e Pauwels (2003) em que foram avaliadas ambas as medidas objetivas e subjetivas, relativas à condição cardiorrespiratória, numa amostra de 349 indivíduos com mais de 65 anos, verificou-se no *follow-up* (após 6 anos) que os indivíduos em melhor condição física exibiam melhores resultados na avaliação final, mostrando uma forte correlação entre a condição física e a cognição.

Outros estudos focaram-se especificamente na relação entre as caminhadas e a demência, como por exemplo, o estudo de Abbott, White, Ross, Masaki, Curb e Petrovitch (2004) que avaliou a distância que 2257 homens caminhavam diariamente, com idades compreendidas entre os 71 e 93 anos. Os resultados obtidos no *follow-up*, após 4,7 anos, demonstraram que a velocidade e a distância em que as caminhadas eram realizadas estavam associadas a um reduzido risco de demência. Segundo os dados do *Nurse's Health Study* (Weuve, Kang, Manson, Breteler, Ware, Grodstein & Francine, 2004) foi possível comprovar que caminhar no mínimo 1 hora e 30 minutos por semana, está associado a um melhor desempenho cognitivo.

Deste modo, podemos concluir que, a *atividade física* é um dos fatores importantes na prevenção das doenças neuro-degenerativas. A *atividade física* pode atuar na prevenção através de inúmeros mecanismos tais como a plasticidade cerebral, a *angiogénese*, a *neurogénese* e a *sinaptogénese*. Os estudos revelam diferenças significativas ao nível do género, sendo que, os benefícios da prática da *atividade física* ao nível cognitivo são mais significativos em mulheres. A *atividade física* parece ser benéfica no retardar do declínio cognitivo em fases iniciais da demência.

É de ressaltar que os estudos não foram conclusivos relativamente aos fatores essenciais para intervir na prevenção (Kramer & Erickson, 2007), perspetivando que os

idosos mais ativos apresentam uma menor probabilidade de evidenciar um maior declínio cognitivo. No entanto, a duração, a intensidade e a frequência dessa *atividade física* para a redução do risco ainda necessita de ser definida com precisão e objetividade. Do mesmo modo, não é evidente em que fase da vida a *atividade física* é mais importante como mecanismo de proteção (Hamer & Chida, 2009).

1.4.2. Atividade Cognitiva – Memória, Inteligência fluida e cristalizada

No âmbito da temática concernente à *atividade cognitiva* e *treino mental* dos idosos, temos conhecido nas últimas décadas grandes investigações que demonstram interesse nos vários pressupostos inerentes a esta temática tão abrangente, dado que tanto a *atividade cognitiva* como o *treino mental* nesta população específica têm-se refletido como elementos fundamentais para uma melhor e maior *qualidade de vida* intrínseca à conceptualização de *envelhecimento bem-sucedido*. Atualmente são inúmeros os autores que salientam o facto de existir um declínio em alguns dos parâmetros da função cognitiva no processo de envelhecimento (Baltes & Baltes, 1990; Fries, 1989, Rowe & Kahn, 1998, Ruiz Vargas, 2002; Schaie, 1990 citados por Fernández-Ballesteros, Caprara & Garcia 2005). Efetivamente, os dados indicam a existência de um declínio de todas as funções relacionadas com a inteligência fluida a partir dos 30 anos, bem como de algumas funções relacionadas com a memória (Fernández-Ballesteros et al. 2005). Estas alterações mnésicas, segundo Spar e La Rue (2005), citados por Sequeira (2010), manifestam-se, sobretudo, através da alteração na capacidade de processamento de informação (aprendizagem, memória, raciocínio e capacidades espaciais), na memória recente, na atenção, na linguagem, nas funções executivas e na velocidade. No entanto, estas alterações a nível cognitivo não se encontram exclusivamente associadas à idade cronológica (Fonseca, 2004, citado por Paúl & Fonseca, 2005).

Com efeito, segundo Fernández-Ballesteros (1998) surgem no desenvolvimento do ser humano, elementos determinantes que permitem atingir um nível de *atividade cognitiva* adequada, tais como: a educação, o nível de atividade fora de casa, a capacidade vital e a autoeficácia, sendo estes, preditores de cerca de 40% do envelhecimento competente e com êxito (Rowe & Kahn, 1997, citados por Fernández-Ballesteros, 1998). Sequeira (2010) adiciona ainda como determinantes os fatores

genéticos, personalidade e humor, saúde, meio social e cultural, *atividade física, atividade mental e treino cognitivo*.

Neste âmbito, os investigadores consideraram a possibilidade das competências cognitivas serem compensadas através do *treino mental*. De facto, o funcionamento cognitivo encontra-se associado à capacidade de reserva e à possibilidade de alteração cognitiva, digamos que, ao potencial de aprendizagem. Por seu turno, o potencial de aprendizagem pode ser entendido como a capacidade que o indivíduo tem para melhorar o seu desempenho cognitivo quando sujeito a *treino mental* (Fernández-Ballesteros, 1998).

Denny (1982), citado por Paúl e Fonseca (2005) defende que «apesar do treino de capacidades não fazer desaparecer as diferenças de idade, as capacidades cognitivas que são devidamente estimuladas e exercitadas (...) tendem a sofrer um declínio mais tardio e menos dramático do que as capacidades não exercitadas» (p. 296), sugerindo o reforço de intervenções de natureza psicológica – clínica, educacional ou social. Os treinos de *atividade cognitiva* desenvolvidos, nesse sentido, são inúmeros e contemplam diversas atividades de treino ao nível da inteligência fluida, memória, velocidade, raciocínio, entre outros.

No que diz respeito às competências relacionadas com a velocidade de processamento de informação, os estudos indicam que os idosos podem efetivamente aprender/desenvolver novas aptidões, embora o seu desempenho seja inferior ao dos jovens adultos (Kramer, Bherer, Colcombe, Dong, & Greenough, 2004). Com efeito, numa série de estudos realizados por Scialfa, em que eram avaliadas melhorias na performance de idosos e de jovens adultos em diversas experiências que faziam uso de recursos mapeados e tarefas de busca visual, ficou provado que ambos os grupos apresentaram melhorias equivalentes (Kramer et al., 2004) embora, nessas experiências se tenham denotado valores mais elevados no grupo dos jovens adultos.

No treino da memória, alguns estudos demonstraram que as alterações ao nível da memória sensorial, recente ou de trabalho e da memória episódica podem ser tratadas e melhoradas através de programas de treino de memória adequados (Wilson & Evans, 2000; Floyd & Scogin, 1997, citados por Fernández-Ballesteros et al., 2005).

Assim, com base na evidência disponível, tanto a *atividade física* como a *atividade cognitiva*, são elementos fundamentais rumo a um *envelhecimento bem-sucedido*.

1.4.3. Redes de Apoio Social – Tipos de Redes Sociais de Apoio: funções e efeitos

Para além da *atividade física* e da *atividade cognitiva*, as redes de *apoio social* são marcos fundamentais no campo dos fatores favoráveis para um *envelhecimento bem-sucedido*. Investigadores como Barrón (1996), Vaux (1988), Vaz Serra (1999) e Matos e Ferreira (2000) incidem os seus estudos na importância das estruturas das redes de *apoio social*, focando-se no desenvolvimento e conceptualização deste campo social, dando a conhecer, paralelamente, os efeitos do chamado suporte social sobre a saúde e *bem-estar* psicológico que os diferentes tipos de relações possibilitam, sejam estas, relações íntimas ou de integração social. Para além disso, estes investigadores estudaram, ainda, as redes sociais nos seus aspetos estruturais e funcionais. A literatura sobre as questões ligadas ao *apoio social* revela que a terminologia utilizada nos diferentes estudos está associada a uma grande diversidade de conceptualizações, que vão desde o apoio instrumental e emocional, *feedback*, aconselhamento, interação positiva, orientação, confiança, socialização, sentimento de pertença, informação, assistência maternal, entre outros (Barrón, 1996; Vaux, 1988; Vaz Serra, 1999; Matos & Ferreira, 2000).

Deste modo, se por um lado, a divergência de terminologia encontrada amplia a abrangência conceptual do termo *apoio social*, também, por outro lado, entendemos que tem dificultado a aceitação coerente e universal da definição. É com esta visão de pluralidade conceptual que alguns investigadores sobre esta temática apresentam algumas definições de *apoio social*. Assim, para Barrón (1996), o *apoio social* é um conceito interativo que se refere às transações que se estabelecem entre indivíduos. Digamos que, esta conceptualização de natureza social é genericamente definida como a “utilidade das pessoas” que nos amam e nos dão valor; pessoas que se preocupam conosco e nas quais podemos confiar ou com quem podemos contar em qualquer circunstância (Cruz, 2001). Nesta perspetiva, o *apoio social* assume-se como um processo promotor de assistência e ajuda interpessoal por meio de diferentes níveis de suporte que facilitam e asseguram a sobrevivência dos seres humanos. Visão análoga apresentou Vaz Serra (1999), ao definir o *apoio social* como a quantidade e a coesão das relações sociais que nos rodeiam e se apresentam de modo dinâmico. De acordo com este pressuposto, trata-se de um conceito interativo, incluído num nicho de transações entre os indivíduos (mais especificamente, idosos), promotor de *bem-estar* físico e psicológico.

Para Vaz Serra (1999), o *apoio social* não deve ser simplesmente uma construção teórica, mas antes um processo dinâmico e complexo que envolve transações entre os idosos e as suas redes sociais, repercutindo-se, *per si*, na satisfação de certas necessidades sociais. Desta forma, é possível promover e completar os recursos pessoais que os idosos possuem, permitindo-lhes enfrentar novas exigências e atingir novos objetivos.

As necessidades sociais, segundo Matos e Ferreira (2000), incorporam a filiação, o afeto, a pertença, a identidade, a segurança e a aprovação podendo satisfazer-se mediante a provisão de ajuda a dois níveis: *socioemocional*, que engloba afeto, simpatia, compreensão, aceitação e estima social significativas e, *instrumental*, que compreende conselhos, informação, ajuda na interação familiar ou laboral e auxílio ao nível económico.

Recentemente tem-se salientado, sobretudo, o papel do *apoio social* percebido, enfatizando-se, assim, a importância dos aspetos cognitivos e interpessoais, mediante o paradigma cognitivo da psicologia contemporânea. Nesta perspetiva, as perceções que os idosos têm do *apoio social* e da sua disponibilidade dependem de variáveis situacionais que surgem consoante as transações sociais desenvolvidas e implicadas. O desenvolvimento de certas redes sociais é influenciado pela própria personalidade e pelos estilos cognitivos, como por exemplo, a capacidade que o idoso dispõe para comunicar as suas necessidades e pedir auxílio à sua *rede social* envolvente, no meio onde vive e, no qual, se integra socialmente (Matos & Ferreira, 2000).

É ainda de salientar que o *apoio social* refere-se a funções desempenhadas por grupos ou pessoas significativas (familiares, amigos ou vizinhos) para o idoso, em determinadas situações da vida, ainda que, a subjetividade e individualidade do *apoio social* dependam da perceção pessoal de cada um. Esta perceção assenta na forma como são estimados, traduzindo-se na crença generalizada que os idosos desenvolveram acerca do modo como os outros se interessam por eles (Paúl, 1991).

Este interesse dos outros repercute-se na existência de disponibilidade incondicional, quando necessitam de assistência e não só, suscitando, *per si*, níveis de satisfação elevados nos idosos que recebem cuidados primários e secundários. Esta satisfação está implicada nas relações que os idosos estabelecem com os demais, nesta dicotomia laboral cuidador-idoso. A análise das funções do *apoio social* revela que existem, entre os autores, aspetos comuns e divergentes. O papel protetor das forças sociais sobre o homem e a sua influência no *bem-estar subjetivo* e/ou psicológico são

atualmente indiscutíveis (Galinha & Ribeiro, 2005), tal como confirmam as diversas investigações, das quais se destacam as conclusões de Vaz Serra (1999). As razões apontadas por este autor traduzem-se no facto das *relações sociais* – estabelecerem elos afetivos mais firmes que permitem o aumento e estabilização das suas necessidades básicas de segurança; contribuírem para a integração social dos idosos, favorecendo o seu reconhecimento, valor e competências; possibilitarem as trocas sociais (dar e receber), conselhos e informações orientadoras e, por último, e não menos importante, proporcionarem aos idosos e demais indivíduos a prestação de cuidados a outros, perspetivando o desenvolvimento de sentimentos de utilidade.

Segundo Bárron (1996), o *apoio social* terá um efeito direto sobre o *bem-estar* psicológico, fomentando a saúde independentemente do nível de stresse, traduzindo-se na premissa de quanto maior for o *apoio social*, menor será o mal-estar psicológico experimentado e, por outro lado, quanto menor for o *apoio social*, maior será a incidência dos transtornos psicopatológicos (Galinha & Ribeiro, 2005).

Para além disso, e na opinião de Vaux (1988), o *apoio social* promove a adaptação dos idosos, quando estes são confrontados com situações normativas, contribuindo assim para o seu *bem-estar* físico e psicológico, podendo até mesmo estabilizar o chamado *bem-estar subjetivo*. Assim, o papel das redes sociais no processo de envelhecimento produz um efeito protetor ou amortecedor que evita o stresse associado ao desenvolvimento das várias fases concernentes a este estágio final da vida.

Bárron (1996), nas suas investigações, tem maioritariamente como objeto de estudo, o papel fundamental das redes sociais de apoio e a manutenção dos idosos na comunidade, sendo estes elementos cruciais para a sua *qualidade de vida*. De acordo com este pressuposto, Bárron (1996) desenvolve uma extensa área de investigação sobre o cuidado e os cuidadores de idosos. No âmbito dessas redes sociais, anteriormente referidas, surge a família como o centro de todo o apoio recebido e prestado, embora o seu carácter “não voluntário” possa introduzir efeitos complexos e, nem sempre positivos, na *qualidade de vida* dos idosos.

Na opinião de Paúl (1991), as redes sociais de apoio, mais não são do que as formas como as ligações humanas se estruturam, apresentando-se, na sua generalidade, sob a figura de sistemas de apoio que têm como principal objetivo a manutenção e promoção da saúde dos idosos. Neste tipo de redes sociais, os recursos, sejam eles humanos ou financeiros, são partilhados entre os membros do mesmo sistema. Na

literatura das redes sociais é frequente encontrar termos diferentes e dispares mas, no entanto, têm significados que abrangem certos aspetos semelhantes. Assim, *rede social*, rede de suporte formal/informal, rede natural de ajuda ou serviços de suporte são termos, muitas vezes, usados indistintamente e nem sempre da forma mais adequada.

Paúl (1997) inclui na conceptualização do conceito de *Rede Social*, as relações sociais e as suas características morfológicas e transacionais. A forma como as relações sociais estruturam os comportamentos quotidianos e se mobilizam em cada circunstância específica, interfere na integração social do indivíduo. Em contrapartida, a rede de suporte é diferente da *rede social* pois, visa uma ajuda concreta e específica aos idosos.

Deste modo, Paúl (1997) divide as redes sociais de apoio ao idoso, em dois grupos principais: as redes de *apoio formal* e as redes de *apoio informal*. No grupo constituído pelas redes de *apoio formal*, incluem-se Serviços Estatais, de Segurança Social e os organizados pelo poder local (Lares para a Terceira Idade, Serviços de Apoio Domiciliário, Centros de Dia). No grupo de redes de *apoio informal*, estão incluídos, por um lado, as famílias do próprio idoso e, por outro, os amigos e os vizinhos.

Capítulo 2 – Institucionalização de Idosos, satisfação e qualidade de vida

2.1. “Vivências” da Institucionalização – causas e consequências

O envelhecimento populacional, associado a outras alterações sociais, tem levado as famílias a uma crescente procura de instituições que prestam *apoio formal* (ao nível social, médico, etc.) a idosos (Gonçalves, 2003), embora a institucionalização ainda seja vista como uma demonstração de desinteresse ou abandono do idoso, em virtude de socialmente, os cuidados primários e secundários constituírem dever da família (Sousa, Figueiredo & Cerqueira, 2006).

Em consonância com o estereótipo negativo, anteriormente enunciado, os receios dos idosos relativamente ao sentimento de rutura com o seu espaço físico e relacional, à falta de privacidade e ao tratamento coletivo e impessoal facilitam a conotação negativa da institucionalização. No entanto, apesar destes receios, os idosos acabam por reconhecer a necessidade de se integrarem numa instituição privada ou pública, antevendo uma vantagem no apoio prestado neste tipo de instituições (*e.g.* Lares de Terceira Idade, Centros de Dia, SAD) por parte dos funcionários das mesmas (*e.g.* educadores sociais, animadores socioeducativos, fisioterapeutas, psicólogos, auxiliares de ação educativa, etc.) (Vaz, 1998).

Assim sendo, o processo de institucionalização do idoso, em entidades de acolhimento de longa duração (*e.g.* Lares, Casas de Repouso, IPSS) que prestam cuidados primários e secundários, afigurou-se, nas últimas décadas, como uma realidade situacional e ambiental para alguns idosos, dado o crescente envelhecimento da população portuguesa e emancipação da mulher (Cardão, 2009). Antigamente, as filhas ou noras cuidavam dos idosos (mães ou sogras), já que as mulheres permaneciam em casa assumindo o papel de autênticas “fadas do lar”, cuidadoras também das gerações mais novas. Por este motivo, a prática da institucionalização de idosos não era usual há algumas décadas atrás.

Atualmente, por inúmeros motivos, não são encontradas respostas satisfatórias, dentro da comunidade, que colmatem as necessidades básicas e existenciais dos idosos (Cardão, 2009). Digamos que, em consequência da situação económica, social e laboral

vigente no nosso país, a institucionalização de idosos tornou-se numa prática corrente, tanto em entidades com condições e práticas de saúde adequadas ou inadequadas.

De acordo com o pressuposto referido de que não são encontradas respostas satisfatórias no seio familiar à situação de dependência de cuidados formais por parte de idosos, vários estudos portugueses (Deco, 1995; Souto-lobes, 1990) indicados por Pimentel (2005) apontam como principal motivo de ingresso numa instituição, o isolamento, ou seja, a inexistência de uma rede social (*e.g.* família, amigos) que garanta apoio em caso de necessidade de cuidados primários e/ou secundários. Ainda assim, surgem outras razões implicadas neste processo de institucionalização, de entre as quais se destacam a diminuição da capacidade funcional, a idade avançada, o diagnóstico de uma qualquer patologia incapacitante ou não, a demência ligeira ou severa, o estado civil (viúvo/a ou solteiro/a) e a situação mental (distúrbio psicológico e emocional) (Martins, 2006). É de ressaltar que estes inúmeros motivos, muitas vezes, não se apresentam de forma isolada, mas em conjugação.

Por seu turno, conclui-se que, quer pela falta de tempo da família, pela incapacidade de alguém próximo se ocupar a tempo inteiro do idoso dependente e/ou cronicamente doente, por viuvez, quer pela perda de companheiros de vida ou quer pela falta de uma atividade válida que ocupe o idoso, este não vê outra alternativa de vida, senão seguir o “caminho da institucionalização”. Por conseguinte, qualquer uma destas motivações coloca o idoso numa situação solitária e frágil (Cardão, 2009).

De acordo com alguns investigadores, independentemente das razões da institucionalização e de outros fatores, torna-se pertinente refletir sobre o efeito e as consequências de tal processo no idoso, uma vez que a este ser humano mais fragilizado é exigido que abandone a sua casa, o seu lar no qual manteve para si, ao longo de muitos anos, um espaço de segurança e conforto, propulsor de um certo *bem-estar*. Assim, intui-se que o idoso deve reaprender a integrar-se num meio que lhe é limitativo, diretivo e impessoal, mantendo-se, simultaneamente, integrado na comunidade (Paúl, 1997).

Ainda assim, estima-se que os idosos com maiores recursos familiares (cônjuge, filha(s) e irmão(s) vivos) têm menor probabilidade de ingressar numa instituição seja privada ou pública, tal como defendem os autores de um artigo de revisão sobre os cuidados aos idosos (Himes, Wagner, Wolf, Aykan & Dougherty, 2000).

Neste panorama da institucionalização, está implicada a questão da independência do idoso que, *per si*, traduz-se na capacidade que o indivíduo detém ao realizar atividades

básicas da vida diária (ABVD's) ou atividades instrumentais da vida diária (AIVD's), sem que dependa da ajuda de outras pessoas. Portanto, a independência do idoso implica que se satisfaçam as suas necessidades fisiológicas, necessidades de segurança, necessidades sociais, necessidades de estima e, por último, necessidades de autorrealização, enunciadas também na Teoria de Maslow (Imaginário, 2004).

Assim, de acordo com os pressupostos anteriormente referidos, a institucionalização do idoso é o último recurso à vida familiar para os mais frágeis e dependentes (Berger & Mailloux-Poirer, 1995; Netto, 2002). Em contrapartida, a institucionalização do idoso pode ser vista como um ganho, pelo recurso à oferta paga de acompanhamento e de cuidados, nomeadamente em casos de doença prolongada que, por vezes, impõe limites sérios à sua funcionalidade e autonomia; ainda que existam casos específicos em que a institucionalização se verifica por vontade própria (Cardão, 2009).

Esta nova vida numa instituição de acolhimento pressupõe ao idoso uma busca incessante de vínculos alternativos, numa outra relação de apoio e de proteção, com o único intuito de satisfazer as suas necessidades básicas de sobrevivência que, acima de tudo, asseguram as suas condições de segurança, por vezes, inexistentes na sua própria casa (Santos, Sobral, Ribeiro & Costa, 2003). Por seu turno, a instituição apelidada usualmente de rede de suporte formal, sobrepõe-se à rede de cuidados familiares e informais. Born (2002) defende que a qualidade das instituições depende intrinsecamente do ambiente humano e espacial, vivenciado pelo idoso na sua instituição de acolhimento, assegurando-lhe a sua dignidade humana até ao momento da morte, sendo que este mesmo pressuposto é indiscutivelmente valorizado e posto em prática pelos cuidadores formais dessa mesma instituição.

Por conseguinte, a instituição de acolhimento interpela-se como um ambiente de confiança que proporciona o estabelecimento de uma relação feliz com o mundo externo e o interno, intervindo ativamente na vida dos idosos como um meio de uma grande capacidade de *holding* (Winnicott, 2002).

Ao nível de uma IPSS (Instituição Particular de Solidariedade Social) ou de qualquer outra instituição, o ambiente vigente tende a proporcionar uma base segura que se adapte às necessidades emocionais do idoso e, que simultaneamente deixe margem para que este possa manifestar a sua própria personalidade e as suas vivências passadas. Digamos que, a preservação e a potencialização das capacidades individuais se tornam essenciais ao *bem-estar subjetivo* e/ou psicológico do idoso, de tal forma que se evitam

interações insatisfatórias e experiências de frustração, por vezes, intoleráveis (Cardão, 2009). Daí que, neste aspeto a implementação de um programa de promoção e ativação cognitiva do idoso institucionalizado subjaz como uma das formas de potencializar as capacidades individuais de cada idoso.

A institucionalização do idoso assegura um ambiente que se centra na pessoa, onde se prestam cuidados gerontológicos como os que são sugeridos por Berger e Mailloux-Poirier (1995): a) desenvolvimento de planos que visam a promoção e a manutenção da saúde e *bem-estar subjetivo* e/ou psicológico; b) aperfeiçoamento de cuidados em conjunto com equipas de cuidadores formais (educadores sociais, psicólogos, fisioterapeutas, auxiliares de ação educativa, etc.), que tenham em conta a pessoa e a sua história de vida; c) promoção de modelos de cuidados que sejam mais convenientes à readaptação e autonomia do idoso.

No que concerne ao ambiente institucional, o mesmo privilegia as tarefas de rotina e a impessoalidade dos cuidados a desenvolver (*e.g.*, controlo de medicações, higiene e alimentação das pessoas dependentes, limpeza e arrumação dos espaços institucionais), sendo que, algumas instituições tenderão a privar o residente de estimulação, de atenção emocional e de vínculos afetivos. Deste modo, estes mesmos cuidados primários e secundários prestados de forma impessoal terão um efeito negativo na vivência do idoso institucionalizado (Fernandes, 2002).

Em consonância com as perdas psicossociais advogadas pela institucionalização (*e.g.* perda da própria casa, do meio familiar e social), soma-se a patologia dos vínculos institucionais, subjacente pela falência do diálogo intersubjetivo e recíproco.

Todavia, deverá ser salientado que, qualquer que seja o ambiente institucional, a entrada neste contexto é sempre vivida como um momento emocionalmente difícil para o idoso, já que interfere intrinsecamente com o seu sentimento de segurança básica (Cordeiro, 1982; Berger & Mailloux-Poirier, 1995; Encarnação, 1995; Bayle, 2000; Fernandes, 2002; Netto, 2002). De acordo com Pimentel (2001, citado por Imaginário, 2004), a institucionalização afigura-se como uma experiência angustiante, de tal modo que os idosos, em momentos mais depressivos, acabam por preferir coabitar no seu meio familiar e social, em virtude da proeminência daquela imagem estereotipada do idoso vivenciar a velhice num lar institucional, desenhando, *per si*, aquele pressuposto de que foi abandonado pela família.

No idoso institucionalizado, o sofrimento de separação e/ou abandono implícito nesta dicotomia de transferência da sua própria casa para um Lar de Terceira Idade pode ser marcado por fantasias concernentes à «perda de liberdade, abandono pelos filhos, aproximação da morte, tratamento que irão receber de funcionários e colegas» (Born, 2002, p. 407), enquanto os familiares destes idosos imaginam erroneamente que o internamento irá proporcionar-lhes mais convívio e melhor tratamento ao nível dos cuidados básicos e da saúde.

O impacto causado com a mudança de uma zona de conforto (casa privada do idoso) para um meio institucional totalmente desconhecido, absorve-se numa angústia perante o estranho, consubstanciada nos medos que Bayle (2000, p. 49) salienta como: «medo do desconhecido, do maltrato, do desrespeito pela sua integridade física e psicológica». Estes medos que Bayle refere, “propagam-se” na mente e na vida dos idosos institucionalizados silenciosamente, nomeadamente, quando os cuidados primários e secundários prestados pelos cuidadores formais das instituições de acolhimento impingem sentimentos mútuos de antipatia, repulsa, ou de hostilidade, agravando-se com a deterioração cognitiva e física implícita no natural envelhecimento destes idosos institucionalizados. Assim, nos idosos podem resultar demonstrações de vergonha e sentimentos de fragilidade e inferioridade face àquilo que, muitas vezes, vivenciam nestas instituições (Cardão, 2009).

Assinala-se ainda que os idosos conhecem uma mudança radical nos seus estilos de vida aquando permanecem institucionalizados nestes lares de longa permanência, já que, lhes é exigido o cumprimento de regras e horários iguais para todos, normalizadas institucionalmente num regulamento próprio. Entre as várias regras institucionais são muito prementes em grande parte dos Lares de Terceira Idade, a restrição de certos movimentos e deslocações dentro da própria instituição (*e.g.* sair do lar sem pedir autorização, permanecer no quarto fora das horas de dormir, Cardão, 2009). É de realçar que muitas destas regras traduzem-se substancialmente em efeitos negativos no que diz respeito à autonomia e à identidade do idoso (*e.g.* sentimentos de obediência ou impotência, sentimentos de conformismo ou revolta, Encarnação, 1995).

Assim, e de acordo com diversos investigadores, o idoso institucionalizado perde grande parte do controlo da sua própria vida e até da sua morte (Berger & Mailloux-Poirier, 1995; Bayle, 2000; Born, 2002; Cardão, 2009; Encarnação, 1995; Fernandes, 2002; Imaginário, 2004; Vandenplas-Holper, 2000).

Conclui-se, assim que, a institucionalização do idoso pode ter repercussões positivas e/ou negativas no dia a dia do idoso acolhido por uma instituição, ou até mesmo, na vida dos seus familiares, independentemente dos cuidados primários e secundários prestados quer pelos familiares quer pelos ajudantes de lar e demais profissionais que desempenham as suas funções laborais neste tipo de instituições.

2.2. Satisfação com a vida em Idosos Institucionalizados

Atualmente, de acordo com alguns estudos, a estabilidade ou alteração dos níveis de satisfação ao longo da vida apresenta resultados muito díspares, que parecem surgir como consequência da adoção de metodologias de investigação muito diferentes na maioria dos estudos. Considerando este pressuposto, os estudos desenvolvidos com idosos apontam para a existência de relações positivas entre os seus pares bem como para relações negativas, para ausência de relação, ou mesmo, para uma tendência curvilínea que oscila entre relações positivas e negativas (Diener, 1984; Freund & Baltes, 1998; Wallace, Bisconti, & Bergeman, 2001; Lang & Heckhausen, 2001, citados por Mroczek & Spiro, 2005). Refira-se que este tipo de estudos pela sua metodologia, tornam-se inconclusivos.

Myers e Diener (1995, citados por Ranzijn & Luszcz, 1999) defendem a premissa de que quanto mais os adultos se aproximam dos 65 anos de idade, mais elevados são os valores de *satisfação com a vida*, independentemente das vivências sociais, psicológicas, do percurso ao nível educacional e das alterações biofisiológicas experienciadas ao longo de todo o seu processo de envelhecimento.

Por seu turno, de acordo com o investigador Veenhoven (2000) a *satisfação com a vida* na velhice é associada ao poder subjetivo de adaptação e ajustamento do idoso às alterações da vida que decorrem na última fase da vida.

Pelo facto do conceito de *qualidade de vida* se apresentar de forma multidimensional e multidirecional, tal como iremos explicitar no subcapítulo seguinte, a *satisfação com a vida* não está absorpta num único fator da relação entre condições objetivas e a *qualidade de vida* subjetivamente experimentadas (Lang, Löger & Amann, 2007).

Para Steinhagen-Thiessen e Borchelt (2001) a dependência dos idosos na execução das atividades da vida diária (AVD's) repercutem-se num impacto significativo na sua saúde e *qualidade de vida*. Segundo Prull, Gabrieli e Bunge (2000) enaltece-se o desempenho e funcionamento cognitivo, dado o seu potencial impacto na vida do idoso, nomeadamente ao nível da sua funcionalidade, consubstanciando-se assim num fator importante para atingir níveis de *satisfação com a vida* e *qualidade de vida* estáveis. Em consonância com estes pressupostos, Bishop, Martin e Poon (2006) afirmaram que a influência das alterações do ser humano, quer seja no avançar da idade, na perda de algumas condições de saúde, na interação social positiva ou negativa manifestada pelo idoso, ou até mesmo, os próprios recursos socioeconómicos, não devem ser menosprezados, já que estes podem favorecer ou prejudicar a avaliação do indivíduo sobre a sua própria vida, principalmente na velhice.

Na vida do idoso torna-se necessária a proeminência de uma vida saudável e funcional que desencadeie níveis estáveis de *satisfação com a vida* e, nesse fio condutor Lang, Löger e Amann (2007) aprofundaram as suas investigações nalgumas características específicas do meio institucional que poderiam interferir positiva ou negativamente na *qualidade de vida* dos idosos institucionalizados, a que comumente apelidam de utentes. Torna-se importante enumerar que estes mesmos investigadores em consonância com outros estudos defendem que as instituições de acolhimento de idosos sobressaem pelos seus contextos sociais díspares em relação a outro tipo de instituições, sendo que nelas predomina a *standartização* e a *desindividualização* dos utentes. Assim sendo, estabeleceu-se que a *qualidade de vida* numa instituição pode ser decomposta em três domínios essenciais – recursos individuais, recursos estruturais e *bem-estar* (Lang, Löger & Amann, 2007).

Tacitamente a estes pressupostos, Robichaud, Durand, Bédard e Ouellet (2006) indicam como principais características influentes na *qualidade de vida* – o envolvimento relacional empático, a sensação de identidade, o sentido de controlo, a intimidade, a segurança, o conforto, a satisfação das necessidades, o respeito no tratamento e a competência técnica dos profissionais. No entanto, estes preditores não são estanques e universais, em consequência de uma total inexistência de universalidade na caracterização do conceito de *satisfação com a vida* nos idosos, quer estes sejam institucionalizados ou não, uma vez que são demasiadas as variáveis que influenciam os

níveis de Satisfação e, provavelmente, as mais relevantes ou as que têm maior influência ainda estão por determinar.

Conclui-se que, o termo *qualidade de vida* refere-se a uma avaliação das condições de vida de um indivíduo, grupo ou população. Existem vários critérios normativos que podem ser usados para medir a *qualidade de vida* e, estes envolvem geralmente a qualidade do material e ambiente social, a saúde física e mental e, por último, os sistemas de apoio disponíveis. Em contrapartida, os critérios subjetivos, como sejam o facto de o indivíduo considerar a sua vida, também pode ser utilizado (Efklides, Kalaitzidou & Chankin, 2003 citados por Inall, Subasi, Serap & Hayran, 2007). Por outro lado, *qualidade subjetiva de vida* pode ser definida em termos de *satisfação com a vida*, *bem-estar subjetivo* e felicidade (Fagerström, Holst & Hallberg, 2007 citados por Inall, Subasi, Serap & Hayran, 2007). Sendo que a *satisfação com a vida* inclui fatores como a saúde, a educação, as relações interpessoais e os parâmetros socioeconómicos, permitindo por si só, avaliar a vida em geral.

Inall, Subasi, Serap e Hayran (2007), num estudo transversal, sugerem que a *satisfação com a vida* entre os idosos institucionalizados pode ser positivamente afetada pela participação regular em atividades de lazer e atividades físicas. Estes investigadores acreditam que novos estudos, projetados longitudinalmente, podem fornecer melhor informação sobre a eficácia e sustentabilidade dessas atividades sobre a vida, permitindo avaliar o nível de satisfação dos idosos residentes de certas instituições.

Além destes investigadores, Dahlan, Nicol e Maciver (2010) indicam nas conclusões do seu estudo que os idosos institucionalizados poderiam ter um nível de *satisfação com a vida* estável, apesar dos constrangimentos que a própria institucionalização acarreta (e.g. a perda do conforto do seu lar, ocupação e privação social), improvisando por si só situações que possam melhorar o nível de aceitação e *satisfação com a vida* atual. Assim, neste âmbito, surge a terapia ocupacional como forma de facilitar o ajustamento e integração do idoso no novo ambiente institucional, promovendo a *satisfação com a vida*, por meio de um significativo envolvimento ativo dos idosos nas atividade e técnicas tradicionais de terapia ocupacional, tais como reproduções e relatos sobre as suas experiências de vida ao nível social e emocional, e terapias de reminiscências (Dahlan, Nicol & Maciver, 2010).

2.2.1. Conceitos e Instrumentos de medida

Na maioria das investigações, o conceito de *bem-estar subjetivo* (BES) é abordado em temáticas que abrangem conceptualizações como a *satisfação com a vida* e a *qualidade de vida*, à parte de alguma discordância teórica e conceptual patente nestas terminologias. No entanto, Veenhoven (2000) defende que tanto o *bem-estar subjetivo*, *satisfação com a vida* e *qualidade de vida* são conceptualizações díspares e claramente definíveis. O *bem-estar subjetivo* é uma área da Psicologia que tem crescido muito ultimamente, incluindo estudos que recorrem às mais diversas designações, tais como: felicidade, satisfação, estado de espírito e afeto positivo (Diener, 1996).

Presentemente, os investigadores aceitam o conceito de *bem-estar subjetivo* como uma entidade hierárquica e multidimensional, que inclui a avaliação que o próprio idoso realiza sobre a sua vida, podendo ser decomposta em dois indicadores – o de natureza cognitiva e o de natureza emocional. O indicador de natureza cognitiva refere-se a domínios específicos racionais e intelectuais (capacidade física e mental ou os relacionamentos sociais), sendo por vezes medido o julgamento da *satisfação com a vida* em geral. Por outro lado, o indicador de natureza emocional abrange a componente emocional/afetiva onde se pretende atingir um equilíbrio entre afetos positivos e negativos (Pavot, Diener, Colvin & Sandvik, 1991). No entanto, quer o afeto positivo quer o afeto negativo podem apresentar funções adaptativas distintas. Assim, o afeto poderá ser a consequência de comportamentos mal-adaptados, mas também um motivador para o comportamento adaptado ou apropriado, sendo que este último poderá resultar numa estabilidade emocional do indivíduo, proporcionando um nível de *bem-estar subjetivo* estável ao idoso (Myers & Diener, 1995).

Deste modo, assinala-se que a *satisfação com a vida* continua a ser um importante constructo no estudo psicossocial do envelhecimento, apresentando-se como uma das condições subjetivas comumente aceites da *qualidade de vida*, e parece ser um dos aspetos cruciais do *envelhecimento bem-sucedido*, sendo que, ambos representam conceitos-chave desta última conceptualização. Por outro lado, existem várias investigações que admitem que a *satisfação com a vida* tal como a *qualidade de vida* estão fortemente relacionadas com aspetos sociodemográficos e psicossociais (Iyer, 2003). Efetivamente, a *satisfação com a vida* traduz-se numa avaliação global que o sujeito realiza sobre a sua vida presente e passada, não esquecendo a proeminência de

todos os aspetos positivos bem como a ausência de fatores negativos (Diener, Oishi & Lucas, 2003).

Na avaliação da *satisfação com a vida*, por parte do próprio idoso, existe sempre uma comparação entre aquelas que são circunstâncias da sua vida real e as condições incluídas num modelo de vida *standart* criado por si, e logo considerado adequado a si mesmo. Esta perspetiva constitui-se *per si* como um julgamento subjetivo que considera os critérios do próprio idoso e a importância que lhes dá. Deste modo, a maior ou menor relevância concedida a cada critério repercute-se conseqüentemente na maior ou menor influência na *satisfação geral com a vida* (Pavot, Diener, Colvin & Sandik, 1991).

A *satisfação com a vida* parece apresentar na sua globalidade uma estabilidade temporal ao longo do ciclo de vida, se efetivamente a mesma for medida em termos gerais, embora se denote que medindo cada domínio separadamente essa mesma consistência não se verifica, apresentando-se *per si* algumas oscilações valorativas (Headey & Wearing, 1989, citados por Pavot, Diener, Colvin & Sandvik, 1991). Ainda assim, não podemos efetivar estes pressupostos como fidedignos, uma vez que esta questão ainda está em contínua investigação, sendo que à mesma se adicionam outros preditores dos níveis de *satisfação com a vida*.

Nesta linha de investigação, imergem duas teorias explicativas distintas do apelidado *bem-estar subjetivo*: a teoria *bottom-up* e a teoria *top-down* (Diener, 1967 citado por Diener, Oishi & Lucas, 2003). A teoria *bottom-up* explica a conceptualização de *bem-estar* como resultado da acumulação de experiências positivas durante a vida. Em contrapartida, a teoria *top-down* defende a existência de uma predisposição para experienciar momentos positivos. Em suma, digamos que a abordagem *bottom-up* representa o *bem-estar subjetivo* como um efeito, contrapondo a filosofia do *top-down* onde o mesmo conceito é visto como uma causa.

Do apresentado conclui-se que os investigadores atribuem uma grande importância ao conceito de *satisfação com a vida*, assumindo este uma importância fundamental para uma boa vida e, este pressuposto declara a necessidade de se desenvolverem mais estudos neste âmbito (Diener, Oishi & Lucas, 2003).

2.3. Qualidade de Vida em Idosos Institucionalizados

Envelhecer bem é essencial, e para tal é indispensável que o idoso reúna certos níveis de *qualidade de vida*, incluindo parâmetros de longevidade, saúde física e mental, *satisfação com a vida*, capacidades cognitivas, competências sociais, entre outros aspetos importantes (Oliveira, 2006).

Dado o crescente envelhecimento da população mundial, torna-se primordial uma total compreensão e distinção das funções (cognitivas, sociais, motoras, emocionais) que permanecem mais estáveis nesta fase da vida em relação àquelas funções que se vão perdendo ao longo do tempo, de modo a que seja possível promover o princípio da *qualidade de vida* nos últimos anos de existência do indivíduo (James & Wink, 2006).

De algum modo quer no campo de investigação em Gerontologia quer em Geriatria, a questão da *qualidade de vida* emerge com peculiar importância, uma vez que surgem questões de ordem ética e prática, nas quais reside o princípio da legitimidade e oportunidade de prolongamento da vida dos idosos. Efetivamente, esta faixa etária apresenta-se como sendo a mais frágil do ponto de vista físico e mental, pressupondo com alguma evidência a formação de equipas multidisciplinares onde se deverão juntar vários profissionais, especialistas em áreas muito díspares, *per si*, capacitadas em prestar cuidados primários e secundários aos idosos mais dependentes física e psicologicamente (Zagher, Pierezan & Claudino, 2009). A nível biológico, os idosos são suscetíveis a mais problemas de saúde que poderão influenciar positiva ou negativamente o seu *bem-estar subjetivo* e/ou psicológico na sua *qualidade de vida* (Fernandes, 1996).

Assim sendo, as investigações que incidem na temática – *qualidade de vida na velhice* – revestem-se de particular importância, tanto em termos científicos como sociais, uma vez que por esse meio poderão encontrar-se alternativas de intervenção psicológica, educacional, social e terapêutica para esta população tão específica, mais adequadas, de forma a manter um nível de *bem-estar* equilibrado e estável (Fleck, Chachamovich & Trentini, 2003; Hickey, 2004, citados por Paúl, Fonseca, Martín & Amado, 2005).

Por seu turno, Fernandes (1996) refere que a *qualidade de vida* em Gerontologia está relacionada com a maneira como o indivíduo experiencia o seu próprio envelhecimento e vivencia todas as fases da sua velhice, seja a mesma saudável ou não. Hortelão (2003) menciona que a *qualidade de vida na velhice* está relacionada com a

conjugação entre três dimensões distintas: a ausência de doença, o suporte social e o bom funcionamento físico e cognitivo.

Silva (2003), realizou um estudo qualitativo, que permitiu identificar as percepções e cognições sociais que os idosos apresentavam sobre os significados de “ser uma pessoa idosa” e as suas representações sobre a expressão “qualidade de vida”. Sobre o significado “ser uma pessoa idosa”, identificaram-se as seguintes premissas: “pessoa com incapacidade funcional”; “com bastante idade mas com bastante saúde para trabalhar”; “com muita experiência de vida”; “que já viveu muitos anos e cumpriu os seus objetivos de vida”.

Relativamente às representações sociais sobre a expressão “qualidade de vida”, espelharam-se diferentes dimensões: saúde física, independência física, autonomia, saúde psicológica, social, económica, família, religiosidade e transcendência, meio ambiente e cidadania. Por conseguinte, Bowling (1995, citado por Fleck et al., 2003) desenvolveu um estudo com o principal objetivo de questionar os idosos acerca do que estes julgam importante na determinação da sua *qualidade de vida* e, desta forma, entrevistou um conjunto de sujeitos da comunidade, com idades distintas, com e sem doenças.

Com esta metodologia de estudo, Bowling (1995, citado por Fleck et al., 2003) comprovou que os idosos distinguem-se das demais faixas etárias somente por atribuírem menor relevância às atividades laborais e maior importância à saúde que os jovens. No entanto, é considerável o facto de não referirem outros aspetos, não querendo com isso dizer que os relativizam.

Numa outra investigação, por meio de uma amostra de adultos, recolheu-se uma série de significações leigas sobre saúde e doença e, desta forma, averiguou-se que existiam determinados aspetos psicossociais, entre outros, que embora os indivíduos não os referissem espontaneamente, a maioria incluíam-nos nas suas conceções de saúde e doença. Este facto verificava-se após exposição ao vivo, a determinadas narrativas representativas de uma sequência de outros níveis de desenvolvimento sociocognitivo. Assim, sugere-se que a exposição dos indivíduos a outras conceções de saúde e doença promove o enriquecimento conceptual que aparenta já fazer parte do seu nível de conhecimento (Reis & Fradique, 2004).

Num estudo de Fleck e colaboradores (2003), no âmbito da temática sobre a avaliação da *qualidade de vida na velhice*, foi entrevistado um grupo de cuidadores de idosos e quatro grupos de idosos – saudáveis com idades compreendidas entre os 60 e os

80 anos, doentes com essas mesmas idades; saudáveis com mais de 80 anos e doentes com mais de 80 anos. Nesse estudo, os cuidadores dos idosos, referindo-se à *qualidade de vida na velhice*, mencionaram como condições que prejudicam o seu *bem-estar subjetivo* e/ou psicológico: a falta de atenção/amor e, por outro lado, dificuldades em acompanhar os avanços tecnológicos. No que concerne ao que poderia melhorar a sua *qualidade de vida*, referiram a valorização pessoal, preparação dos jovens para lidar com a velhice, amor/contacto por parte da família e motivação para desenvolver aprendizagens muito díspares. O estudo de Fleck e colaboradores (2003) identificou nos diferentes grupos de idosos, alguns fatores associados à *qualidade de vida*, tais como: saúde, sociabilidade, suporte social, *atividade física*, possibilidade de dar suporte/apoio e sentimento de utilidade. Em consonância com as respostas dadas, onde foram mencionados variados aspetos, verifica-se o carácter multidimensional do conceito – *qualidade de vida*.

Num estudo intitulado “*Conceito de Qualidade de Vida para o Idoso*”, referiu-se que os idosos entrevistados descreveram o risco de dependência por perda de autonomia, o internamento em lares, a inabilidade dos serviços de saúde em dar resposta às suas necessidades, sentimentos de perda (*e.g.* viuvez, morte de familiares e amigos, ou afastamento de entes queridos) e o viver só, entre outros aspetos, como condições que dificultam a sua *qualidade de vida* (Fernandes, 1996). Como meios de suporte que podem facilitar a sua *qualidade de vida*, o grupo em estudo referiu o apoio familiar, os serviços de saúde, sócio-religiosos e recursos económicos. Para além disso, os idosos entrevistados enunciaram também como recursos de suporte socioemocional: o *bem-estar* psicoespiritual, a autonomia e autoestima. Mencionaram também que a preparação para a idade adulta avançada, as relações de interajuda e o permanecer na sua própria residência, como condições, *sine qua non*, facilitadoras de estabilização dos níveis *qualidade de vida*.

2.3.1. Conceitos e Instrumentos de medida

Nos últimos anos, no contexto clínico, tem surgido um crescente interesse pelo conceito - *qualidade de vida*, associado à mudança do chamado paradigma biomédico para o paradigma biopsicossocial. Desta forma, a saúde e a doença passaram a ser percecionados como um *continuum* e não como áreas estanques de dois polos opostos.

Associada a esta mudança, torna-se pertinente atingir um índice de *qualidade de vida* melhor, estável e viável, atributivo das usuais práticas assistenciais e das políticas públicas vigentes (Zagher, Pierezan & Claudino, 2009).

A Organização Mundial de Saúde (OMS) definiu *saúde* como um estado de *bem-estar* físico, mental e social, de acordo com o qual é possível atingir um parâmetro de ausência de doença. Porém, as ciências médicas têm se direcionado para o estudo da doença em si, bem como para as formas de avaliar a sua frequência e intensidade (Orley, Saxena & Herrman, 1998, citados por Fleck, Lousada, Xavier, Chachamovjch, Vieira, Santos & Pinzon, 1999b).

Os métodos tradicionais de saúde têm-se focado em indicadores demográficos como a mortalidade e a morbidade, considerando medidas relativas ao impacto da doença nas atividades diárias e no comportamento, medidas de saúde percebida e medidas relacionadas com a incapacidade funcional. É de referir que todas as medidas enumeradas acabam por se restringir ao impacto da doença e não à *qualidade de vida* em si (Canavarro, 2010).

O termo *qualidade de vida* referenciado na atual literatura médica não parece perspetivar um único significado (Gill & Feinstein, 1994). “Condições de Saúde”, “Funcionamento Social” e “Qualidade de Vida” têm sido usados como sinónimos (Guyatt, Feeny & Patrick, 1993), e a própria definição de *qualidade de vida* não consta na maioria dos estudos científicos utilitários dos instrumentos psicométricos que têm por finalidade medir o parâmetro – *qualidade de vida* (Gill & Feinstein, 1994). No caso dos idosos, a *qualidade de vida relacionada com a saúde* (“*Health-related quality of life*”) e o *estado subjetivo de saúde* (“*Subjective health status*”) afirmam-se como conceitos afins centrados na avaliação subjetiva do idoso mas, necessariamente ligados ao impacto do *estado de saúde* sobre a capacidade do indivíduo viver plenamente a velhice, de forma ativa e bem-sucedida. Bullinger e colaboradores (1993, citados por Fleck, Leal, Louzada, Xavier, Chachamovich, Vieira, Santos, & Pinzon, 1999a) consideram que o termo *qualidade de vida* é mais geral e inclui uma variedade potencial maior de condições que podem afetar a percepção, os sentimentos e comportamentos do indivíduo, sendo os mesmos relacionados com o seu funcionamento diário, não excluindo a sua condição de saúde e as intervenções médicas a que cada um está sujeito.

Perante a importância de se definir o conceito *qualidade de vida* e de delinear instrumentos psicométricos que permitissem avaliar a dimensão desta conceptualização, a

OMS reuniu um grupo de peritos oriundos de culturas diversas, para encontrar uma resposta a esta necessidade, tendo presente certas bases científicas. Assim sendo, este grupo de investigadores estipulou que o termo *qualidade de vida* deve ter em conta três aspetos essenciais: *subjetividade* (dependente da perspetiva do próprio indivíduo), *multidimensionalidade* (com diferentes aspetos ou dimensões) e presença de *dimensões positivas e negativas* (Fleck, et al., 1999a).

Em consonância com estes parâmetros surgiu a definição do termo *qualidade de vida* como: «a perceção do indivíduo da sua posição na vida, no contexto da cultura e sistema de valores nos quais ele vive e em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações» (WHOQOL GROUP, 1994, citado por Fleck et al., 1999a; WHOQOL Group, 1994, p. 28, OMS, 1995, OMS, 1998, citados por Lai, Tzeng, Wang, Lee, Amidon, & Kao, 2005).

Esta definição acompanha a perspetiva de que a *qualidade de vida* refere-se a uma avaliação subjetiva que tem incorporado o contexto cultural, social e ambiental. Desta forma, o conceito *qualidade de vida* é amplo, atribuindo especial importância não só à saúde física do indivíduo, mas também ao seu estado psicológico, ao seu nível de independência, às suas relações sociais, às suas crenças pessoais e às suas relações com o ambiente no qual vive (WHOQOL Group, 1995, citado por Canavarro, Simões, Pereira & Pintassilgo, 2005).

Por outro lado, recentemente assistiu-se a uma proliferação de instrumentos de avaliação de medição da *qualidade de vida* e afins, a maioria desenvolvidos nos Estados Unidos com vista a que no futuro se fizesse a tradução, adaptação e validação a outras culturas, ainda que a aplicação transcultural por meio da tradução de qualquer instrumento de avaliação psicométrico se efetive como um tema controverso. Assim, alguns autores criticam a possibilidade de que o conceito de *qualidade de vida* possa desdramatizar-se do conceito de *cultura* (Fox-Rushby & Parker, 1995, citados por Fleck, et al., 1999a). Num nível mais abstrato, alguns autores têm considerado que existe um “universalidade cultural” de *qualidade de vida*, ou seja, independentemente da nação, cultura ou época, os indivíduos sentem-se bem psicologicamente, possuem boas condições físicas e são socialmente integrados e funcionalmente competentes (Bullinger et al. 1993, citados por Fleck, Leal, Louzada, Xavier, Chachamovich, Vieira, Santos & Pinzon, 1999a).

É ainda de referir que a busca de um instrumento avaliativo da *qualidade de vida* sob uma perspetiva genuinamente internacional fez com que a Organização Mundial da Saúde (OMS) organizasse um projeto colaborativo multicêntrico, onde se elaborou *WHOQOL-100*, um instrumento de avaliação de *qualidade de vida* composto por 100 itens (Fleck, et al., 1999a).

Deste modo, as definições de avaliação da *qualidade de vida* (Diener & Suh, 1997, citados por Canavarro, 2010) desenvolvidas nas últimas décadas do século XX, incluem-se em três grandes grupos de classificações que:

- a) Valorizam os indicadores sociais – saúde e níveis de criminalidade;
- b) Assentam em indicadores subjetivos de *bem-estar*, entendidos como a avaliação efetuada pelos indivíduos sobre as suas vidas e das sociedades em geral;
- c) Remetem para índices económicos.

De acordo com Heinemann (2000, citado por Canavarro, 2010), a literatura na área da *qualidade de vida* descreve uma perspetiva piramidal das suas componentes, tais como: o estado físico e as capacidades funcionais, o estado psicológico e o *bem-estar*; as interações sociais; o estado e os fatores profissionais e económicos; e o estado religioso e espiritual. Por outro lado, Felce e Perry (1993, citados por Canavarro, 2010), conceptualizam o conceito de *qualidade de vida* como um fenómeno material e psicológico, englobando descritores objetivos e avaliações subjetivas do *bem-estar* físico, material, social e emocional, em consonância com certas medidas de desenvolvimento pessoal e atividade significativa, ponderadas por valores pessoais. Segundo, Cummins (1997, citado por Canavarro, 2010) considera-se que a *qualidade de vida* integra sete domínios diferentes mas complementares – *bem-estar* material, saúde, produtividade, intimidade, segurança, comunidade e *bem-estar* emocional; estando patente a satisfação do indivíduo em cada um desses domínios.

Por fim, refletindo sobre a etimologia da expressão *qualidade de vida*, Oliver e colaboradores (1996, citados por Canavarro, 2010) defendem que o «termo *qualidade* significa o nível, grau ou estado de excelência atribuído a alguém ou a alguma coisa; o termo *vida*, por outro lado, engloba o estado completo da atividade funcional de uma pessoa, incluindo o seu comportamento, desenvolvimento, fontes de prazer/sofrimento e o estilo geral de vida» (p. 9).

2.3.2. Fatores Influentes na Qualidade de Vida e seu Impacto nas atividades de vida diária

Reforçando todos os estudos que anteriormente foram explicitados e após detalhada revisão bibliográfica do conceito podemos inferir que «a *qualidade de vida* apresenta uma natureza multidimensional, com quatro dimensões principais, que são a percepção do indivíduo sobre a sua condição física, sobre a sua condição psicológica, afetiva e cognitiva, os relacionamentos e papéis sociais, e ainda sobre aspetos relativos ao meio ambiente onde se insere» (WHOQOL, 1998, citado por Oliveira & Menezes, p.127). Digamos que, o conceito de *qualidade de vida* é sempre relacionado com o conceito de saúde, considerando que este integra, *per si*, quatro dimensões na sua avaliação: a *física* (sintomas físicos), a *funcional* (competência do indivíduo em desempenhar as suas tarefas diárias, familiares ou laborais), a *psicológica* (funcionamento cognitivo, emocional, nível de satisfação vital, felicidade e percepção global de saúde) e, por último, a *social* (interações sociais que o indivíduo desenvolve, influentes na autoestima e no autoconceito de cada um) (Carod-Artal, 1999, citado por Imaginário, 2004).

Por outro lado e, não menos importante, surge um fator muito influente na *qualidade de vida* dos idosos, nomeadamente dos que se encontram institucionalizados – a reforma. A reforma ou a “passagem para a reforma” pode afirmar-se como um período de mudanças e alterações a nível psicológico, nomeadamente a nível do *bem-estar* e *qualidade de vida* (Fonseca & Paúl, 2002). A entrada para a reforma pode significar exatamente a institucionalização do próprio indivíduo que, com esta fase, atingiu a idade avançada ou velhice. Por um lado, a fase da reforma pode assumir aspetos positivos ou negativos e, estes últimos resultam do facto do idoso reformado não saber ocupar o seu tempo livre, não encontrando, *per si*, novas formas de viver e conviver. Assim, com a reforma podem surgir para o idoso, novas fases que desconhecia, tais como: tempos de tédio, de aborrecimento, ou até mesmo, de isolamento e solidão. Por outro lado, e na maioria das vezes, a reforma traduz-se numa fase de absoluto descanso, onde existe uma maior disponibilidade para se poder fazer o que mais se gosta, podendo esta fase ser encarada como uma recompensa de tantos anos de trabalho árduo (Oliveira 2010; Pimentel, 2005).

Todavia, a nível económico a reforma pode agravar ou conduzir o idoso a situações de pobreza ou de maior pobreza, uma vez que, por norma, as reformas ou pensões são geralmente inferiores aos vencimentos que se praticavam aquando o adulto exercia a sua profissão (Pimentel, 2005). No entanto, nem sempre as condições sociais a respeito da reforma se apresentam desta forma e, existem alguns idosos que apesar de considerarem que “recebem pouco”, essa diminuta reforma é sempre uma ajuda para eles. A maioria dos investigadores refere que a passagem à reforma surge aos 65 anos, sobretudo para os trabalhadores inscritos na Segurança Social, ainda que nalguns casos essa mesma reforma apareça antes dos 65 anos, em consequência do tipo de trabalho e o tipo de tarefas que desempenhavam durante a sua vida ativa. Podemos ter como exemplo disso, os professores e os trabalhadores bancários que independentemente da sua idade se reformam por problemas de saúde ou incapacidade física, vulgarmente denominada por “invalidez” ou por “pensão de invalidez” (Fonseca & Paul, 2002). No entanto, não podemos esquecer que atualmente existem situações de profissionais de trabalho, quer sejam funcionários públicos ou não, que se reformam mais tarde por necessidade efetiva, isto é, preferem continuar a trabalhar por motivos económicos e de sustentabilidade do seu agregado familiar (onde existem filhos ainda a terminar as suas licenciaturas e mestrados nas Universidades ou filhos desempregados de longa duração ou, por outro lado, nestas famílias existem muitas vezes avós que dependem da ajuda financeira dos seus filhos, dada as baixas reformas a que têm direito) ou, em última instância, para conseguirem atingir um maior escalão de reforma.

Capítulo 3 – Programas de Estimulação Cognitiva e Programas de Envelhecimento Bem-Sucedido

3.1. Importância dos Programas de Estimulação Cognitiva na Promoção da Saúde, Satisfação e Qualidade de Vida

O processo de envelhecimento está associado ao declínio cognitivo ainda que não se verifique necessariamente em todos os seres humanos pois, muitas vezes, esse declínio depende intrinsecamente do “tempo de velhice” ser vivido de forma bem-sucedida, procurando o indivíduo manter-se ativo ao longo de toda a sua vida. Ainda assim, nos casos específicos onde se verifica défice cognitivo ligeiro ou severo, subsistem sempre algumas capacidades mais afetadas, destacando-se, *per si*, a atenção, a retenção, a concentração e o raciocínio indutivo (Schaie & Willis, 1996). Tal como referido anteriormente, alguns estudos revelam que este declínio cognitivo não é consequência de uma componente puramente biológica, visto que, existem outros fatores como o nível educacional, laboral e motivacional, o *estado de saúde*, a personalidade e o estilo de vida que podem influenciar este processo de aquisição, armazenamento e evocação de informações (Ortiz, Ballesteros, & Carrasco, 2006; Zimmerman, 2000). É pertinente ainda referir que nas demências, este tipo de prejuízo tende a agravar-se visivelmente (Rubin, Storandt, Miller, Kinscherf, Grant, Morris, & Berg, 1998). Por seu turno, o envelhecimento, *per si*, está associado a um aumento significativo no risco de adquirir uma doença propícia a afetar a memória, originando fortes indícios de declínio neurodegenerativo que se consubstanciam em patologias como a *Alzheimer*, a demência vascular, a demência dos *Corpos de Lewy* e as demências frontotemporais (Bäckman, Small & Wahlin, 2000; Caramelli & Barbosa, 2002).

A memória é a capacidade cognitiva que se verifica mais afetada com o avançar da idade, mais especificamente a *memória a curto prazo*, onde se destaca a memória de trabalho (*e.g.*, necessária para realizar operações aritméticas) e a *memória a longo prazo declarativa*, encontrando-se subjacente à mesma, por exemplo, a chamada *memória episódica* (*e.g.*, referente a acontecimentos específicos associados a um determinado tempo e lugar) (Oliveira, 2010). Ao nível da memória e do seu respetivo traço mnésico

consideram-se três fases de processamento como sejam: a codificação, a retenção, a recuperação e outras formas de memória processual correlacionadas.

Especificamente, os investigadores delineiam que o ser humano incorpora dois tipos de *memória a longo prazo* – *memória declarativa* e *memória não declarativa*. Concernente à *memória declarativa* dividem-se vários atributos da memória apelidados de *memória semântica* (associada a factos descontextualizados, permite a codificação do conhecimento acerca do mundo, e.g. “Lisboa é a capital de Portugal”), *memória episódica* (associada a informação referente a um contexto particular, como seja a estímulos visuo-espaciais, fazendo referência a variáveis como tempo e espaço; utilizada na memorização de vivências pessoais, como sensações, emoções e associações pessoais relativas a um lugar particular ou momento) e *memória autobiográfica* (refere-se ao sistema neuro-psicológico composto pelos processos cognitivos e suas correlações anatomofisiológicas que permitem recordar o nosso próprio passado; representações de eventos e/ou factos da nossa própria história de vida, que podem ser codificadas, retidas, recuperadas e relatadas) (Paúl & Ribeiro, 2012; Oliveira, 2007).

Por seu turno, a *memória não declarativa* supracitada incide sobre o pressuposto de que é uma memória não verbalizada, subdividindo-se na chamada *memória procedimental* (armazena conhecimento referente ao modo de saber-fazer, não estando relacionada com a evocação consciente de informação, sendo um tipo de memória de difícil verbalização, e.g. “andar de bicicleta”, “tocar um instrumento musical”). Na memória não declarativa também existe o chamado *priming* (memória de representação perceptual, caracterizada por uma imagem que relembra eventos, ou seja, o indivíduo ao ver a imagem já identifica antes da compreensão do evento o que a imagem percebida significa), *condicionamento* e *aprendizagem não associativa* [no caso do condicionamento clássico simples, o mesmo está relacionado à amígdala nas respostas emocionais e ao cerebelo nas respostas da musculatura esquelética, enquanto que, a aprendizagem não-associativa (*aprendizagem por habituação* – aprendem-se características de um estímulo sem importância e não ameaçador para o sujeito – e *aprendizagem por sensibilização* – aprendem-se as propriedades de um estímulo ameaçador e prejudicial) está associada às vias reflexas] (Paúl & Ribeiro, 2012; Oliveira, 2007).

Tendo presente os vários tipos de memória e o seu constante declínio mnésico evidente nas várias fases do desenvolvimento do ser humano, especialmente na fase da

chamada terceira e quarta idade, destaca-se a metodologia de estimulação cognitiva como uma forma eficaz e eficiente de evitar o declínio cognitivo e as constantes perdas de memória que podem até comprometer o desempenho físico nas atividades básicas da vida diária (ABVD's) e atividades instrumentais da vida diária (AIVD's) do idoso dependente, institucionalizado ou não. A estimulação cognitiva e os programas para esse efeito delineados implicam a exposição a atividades que envolvam algum grau de processamento cognitivo, mantendo, *per si*, as funções cognitivas estáveis. É ainda de ressaltar que estes *Programas de Estimulação Cognitiva* (PEC's) para atingirem os resultados esperados são habitualmente realizados em contexto social, com muita frequência e em grupo (Maroto, 2003; Clare & Woods, 2004). Assim, os *Programas de Estimulação Cognitiva* consubstanciam-se, essencialmente, como importantes metodologias e “nichos” de vários tipos de jogos psicopedagógicos que estimulam o idoso, sendo por isso, facilmente implementáveis em qualquer Lar de Terceira Idade e Centro de Dia. Estes *Programas de Estimulação Cognitiva* corroboram-se, *per si*, como formas simples de “evitamento de declínio cognitivo”, no caso dos mesmos serem desenvolvidos periodicamente (Maroto, 2003).

Torna-se, por isso, pertinente referir que noutros países, nomeadamente, nalgumas Unidades de Cuidados Continuados de Chicago, os chamados *Programas de Estimulação Cognitiva* são implementados como medidas de promoção da saúde do idoso institucionalizado revelando-se como uma experiência estimulante para esta população-alvo, nomeadamente ao nível da premissa de que é possível travar, ou pelo menos, melhorar as condições cognitivas ou até défices cognitivos, associados a patologias neuro-degenerativas como a *Alzheimer* e outras (Wilson, Barnes, & Bennett, 2003; Caramelli & Barbosa, 2002).

Por outro lado, num estudo longitudinal de Wilson, Barnes e Bennett (2003), onde se desenvolveu uma avaliação da participação dos idosos, ao longo da sua vida, em atividades cognitivamente estimulantes, construiu-se, também, um instrumento consistente de 25 itens. Este instrumento incidia e avaliava objetivamente a frequência de participação em atividades cognitivas implementadas ao longo da vida de dois grupos de indivíduos que atualmente atingiram uma faixa etária avançada e vivem em condições muito específicas. Torna-se pertinente referir que para este estudo, referenciaram-se e inquiriram-se entre outros, idosos internados nas Unidades de Cuidados Continuados de Chicago. Assinalou-se que a pontuação total nesta escala obteve uma consistência interna

coeficiente $alpha = 0.88$, e uma boa estabilidade temporal, ao longo de um intervalo de reteste de 4 semanas ($r = 0.79$), sendo positivamente correlacionada com determinadas metodologias de ensino. Neste estudo de Wilson e colaboradores (2003) estipularam-se como variáveis de controlo – a idade, sexo e educação, concluindo-se que, uma maior e mais frequente *atividade cognitiva* foi relacionada com a melhor velocidade de percepção, habilidade visuo-espacial e memória semântica, mas não teve qualquer correlação com a memória episódica ou memória de trabalho. Subsequentemente, os resultados desta investigação sugeriram que esta escala, psicometricamente, fornece uma medida fidedigna concernente à frequência de *atividade cognitiva* instigada e desenvolvida ao longo da vida.

Assim, a importância da implementação de diferentes programas de estimulação cognitiva foi estudada ao nível da população mais envelhecida, quer em termos dos seus procedimentos quer da sua eficiência e eficácia a longo prazo. No estudo de Navarro, Menacho, Alcalde, Marchena, Ruiz e Aguilar (2009) foram comparados dois tipos de treinos cognitivos e funções da memória, com vista a desencadear mudanças cognitivas ao nível de uma população tão específica como os idosos institucionalizados. Um dos métodos utilizados por estes investigadores foi baseado nas novas tecnologias e o outro nas atividades metodológicas mais básicas do chamado “papel e lápis”. A população-alvo deste estudo incluía 36 idosos com idades compreendidas entre os 68 e os 94 anos, tendo sido usadas medidas quantitativas com vista a estudar os vários processos de memória. Neste estudo, os resultados sugerem que os participantes são treinados com um *software* específico para que atinjam níveis mais elevados em termos de retenção e armazenamento, considerando todos os mecanismos inerentes aos vários tipos de memória (Navarro, et al. 2009). No entanto, os programas de estimulação cognitiva mais básicos que utilizam mecanismos de “papel e lápis” também melhoram substancialmente a memória e a “saúde cognitiva” dos idosos. Além disso, este estudo sugere que a memória sensorial deve ser igualmente treinada, independente dos procedimentos usados (ex. “papel e lápis” ou novas tecnologias como o computador).

De acordo com Zimmerman (2000) estimular consiste em instigar, ativar, animar e encorajar os sujeitos, sejam eles idosos ou crianças. Segundo este autor, para proporcionar aos idosos uma diminuição dos efeitos adversos do envelhecimento é necessário recorrer a inúmeros processos de estimulação, como sejam, os já referenciados Programas de Estimulação Cognitiva existentes e já utilizados em alguns Lares de

Terceira Idade e Centros de Dia inovadores. Estes mesmos programas surgem também como importantes meios de desencadeamento de um aumento significativo da *qualidade de vida* dos idosos institucionalizados, e não só. Explicitando as teorias anteriormente expostas, é defendido por vários investigadores que a prevenção do declínio nas capacidades cognitivas e funcionais dos idosos pode ser obtida através da implementação de Programas de Estimulação Cognitiva, fundamentalmente nos Lares de Terceira Idade e Centros de Dia, garantindo um aumento da autoestima e, conseqüentemente, dos índices de *qualidade de vida* dos idosos (Soares, 2006). Para além de uma melhoria acentuada das capacidades cognitivas dos idosos, estes programas podem originalmente gerar alterações ao nível comportamental (Spector, Thorgrimsen, Woods, Royan, Davies, Butterworth, & Orrell, 2003; Spector, Orell & Woods, 2010), tal como referem vários estudos (Amodeo, Netto & Fonseca, 2010; Rodrigues, 2006; Santos, 2010; Smith, Housen, Yaffe, Ruff, Kennison, Mahncke, & Zelinski, 2009; Wang, Karp, Winblad & Fratiglioni, 2002; Wilson, Mendes de Leon, Barnes, Schneider, Bienias, Evans, & Bennett, 2002).

3.2. Conceitualização, tipologia e função

Os Programas de Estimulação Cognitiva visam essencialmente a prevenção ou diminuição do declínio cognitivo global, causado pelas doenças neuro-degenerativas progressivas, como sejam as demências (Nordon, Guimarães, Kozonoe, Mancilha & Neto, 2009). A perda de memória é geralmente o sintoma inicial, denotando-se alterações mnésicas ao nível da memória a curto prazo e da memória a longo prazo, sendo que essa mesma perda, muitas vezes, consubstancia-se num prejuízo mnésico verificado ao nível da linguagem e do funcionamento executivo; ainda que nalguns casos seja acompanhado por perturbações do comportamento, da personalidade e até perdas na capacidade funcional (NICE, 2007).

Em Portugal foram desenvolvidos alguns estudos com objetivos de averiguar em que condições um Programa de Promoção e Ativação Cognitiva implementado continuamente num Lar de Terceira Idade ou Centro de Dia, melhora a *qualidade de vida* dos idosos e diminui consideravelmente os efeitos nefastos de uma qualquer doença do foro neuro-degenerativo, ou seja, considera-se que este tipo de programas poderá evitar

ou amenizar o surgimento de certos declínios cognitivos e/ou perturbações depressivas que impliquem algum tipo de distúrbios cognitivos. Rodrigues (2006) foi um dos investigadores que desenvolveu um programa de 7 sessões de estimulação cognitiva, com intuito de exercitar algumas competências como a memória, a atenção, a coordenação motora e as competências de abstração lógica, mediante o uso continuado de vários jogos de mesa. Efetivamente, os resultados deste programa e sua posterior avaliação mostraram um aumento nas capacidades de abstração, de rapidez psicomotora e de organização perceptiva.

Por seu turno, Gonçalves (2007) implementou uma intervenção de 4 sessões junto de idosos com sintomatologia depressiva grave e sem comprometimento cognitivo, tendo verificado uma redução considerável dos sintomas depressivos que normalmente se verificam nesta faixa etária. Além disso, Gonçalves (2007) denotou com a aplicação de apenas 4 sessões de estimulação cognitiva, um aumento significativo do nível de *satisfação com a vida* e, perceptivelmente verificou-se uma melhoria acentuada da capacidade de memória, ou pelo menos, no modo como os estímulos perceptivos são assimilados.

Um outro investigador, Pires (2008), realizou um estudo com o intuito de perceber os efeitos cognitivos dos videojogos nos idosos e, concluiu que, é possível atingir uma melhoria significativa no funcionamento cognitivo dos idosos após 8 sessões. Segundo Pires (2008), um maior número de sessões de estimulação cognitiva pode também contribuir para a manutenção do chamado autoconceito, denotando-se melhorias significativas na autoestima e no nível de *qualidade de vida* do idoso institucionalizado.

Noutras comunidades estrangeiras, nomeadamente no Brasil, Souza e Chaves (2005) e Melo (2008) desenvolveram estudos com o objetivo de avaliar os impactos positivos e/ou negativos de um Programa de Estimulação Cognitiva na memória ou no chamado traço mnésico. Este mesmo programa abrangia certos exercícios de resolução de problemas, cálculos, memorização visual, leitura, entre outros, tendo os mesmos demonstrado um aumento significativo do desempenho cognitivo no grupo de idosos.

É de ressaltar que um outro investigador, Tavares (2007), averiguou no seu estudo um aumento entre as médias individuais dos sujeitos ao nível das capacidades cognitivas após 22 sessões de estimulação cognitiva. Estas mesmas sessões eram constituídas, essencialmente, por atividades lúdicas, como jogos de memória, grade de números para exercícios de concentração, entre outros.

Noutros países surgiram também estudos semelhantes. Plati, Covre, Lukasova e Macedo (2006) obtiveram um desempenho menor nos idosos institucionalizados, em comparação com os idosos inseridos na comunidade. Este facto demonstra que, as atividades realizadas pelos idosos, sejam elas atividades de lazer, culturais e/ou físicas, que envolvam estimulação cognitiva funcionam impreterivelmente como um fator de proteção das capacidades cognitivas, nomeadamente do seu declínio.

Deste modo, Tsai, Yang, Lan e Chen (2008) avaliaram o efeito de um programa de intervenção cognitiva em idosos com queixas subjetivas de memórias. Neste estudo, o grupo de treino cognitivo apresentou um aumento no desempenho cognitivo geral e na memória, enquanto o grupo onde se aplicaram atividades de estimulação cognitiva, verificou-se um aumento no chamado desempenho cognitivo geral e nas funções executivas. Ainda assim, conclui-se que, os idosos com comprometimento cognitivo leve também beneficiam deste tipo de estimulação, uma vez que evidenciam também um aumento significativo no desempenho cognitivo (Belleville, Gilbert, Fontaine, Gagnon, Ménard & Gauthier, 2006; Wenisch, Cantegreil-Kallen, Rotrou, Garrigue, Moulin, Batouche, Richard, Santanna, & Rigaud, 2007).

Torna-se importante referir ainda o primeiro estudo padronizado em grande escala, de Willis e colaboradores (2006), onde participaram 2832 participantes dos Estados Unidos, com uma média de idade de 73.6 anos e foi demonstrado que o treino cognitivo melhora o funcionamento cognitivo dos idosos, sendo que esta melhoria pode prolongar-se até cinco anos após o início da intervenção. Para além disso, obtiveram-se evidências sobre a relação positiva entre o aumento da função cognitiva e a função diária, ou seja, comprova-se que os programas de estimulação cognitiva implementados repetitivamente em diferentes momentos, surtem algum efeito ao nível do retrocesso de determinados processos de declínio cognitivo inerentes ao normal e/ou patológico (este último no caso de se tratar de um declínio cognitivo severo) envelhecimento do ser humano.

3.3. Programas de Envelhecimento Bem-Sucedido

A implementação de programas promotores de um envelhecimento competente e organizado tem sido uma das preocupações crescentes de vários organismos europeus e internacionais. Nos últimos anos, com base no *II Plano Internacional de Ação sobre o Envelhecimento* (UN, 2002) e no documento da OMS, têm sido desenvolvidos múltiplos programas para a promoção do *envelhecimento bem-sucedido*. As preocupações organizacionais centram-se sobretudo em programas que recaem sobre várias vertentes: a emocional, a psicológica, a cognitiva, a comportamental e a social (Lima, 2005). Entre estes programas destaca-se o desenvolvido por Fernández-Ballesteros e a sua equipa – *Viver com Vitalidade* (Fernández-Ballesteros, 2002; Fernández-Ballesteros, Caprara & García, 2005). O Programa foi desenhado para ser aplicado por especialistas em diferentes áreas. Durante sete anos consecutivos foi aplicado na Universidade Autónoma de Madrid, podendo ainda ser usado como texto autoadministrado (Fernández-Ballesteros, 2002).

O *Programa Psicossocial Viver com Vitalidade* apresenta atualmente duas formas de aplicação – o Programa ao Vivo e a sua versão Multimédia, afirmando-se como um meio de maior difusão de estratégias de promoção da *qualidade de vida* nos idosos, tanto a nível nacional como internacional. Assim, este programa centra a sua ação na promoção de um envelhecimento satisfatório, através da transmissão de conhecimentos sobre como envelhecer bem e com sucesso, admitindo a aprendizagem de comportamentos saudáveis e adaptativos, continuamente implementados nas suas rotinas diárias (Fernández-Ballesteros, Caprara & Garcia, 2005).

Fernández-Ballesteros (2002) desenvolveu, nos últimos anos, várias seriações de um programa que promove o *envelhecimento bem-sucedido*. Com conteúdo teórico-prático e com temas agrupados em áreas, esta conceptualização caracteriza-se pela sua vertente multidimensional, abordando as áreas de promoção da saúde física e mental, a otimização cognitiva e compensatória, o desenvolvimento da personalidade, o desenvolvimento emocional e a maximização do envolvimento social.

Na área de promoção da saúde física e mental, o *Programa Psicossocial Viver com Vitalidade* incide sobre os tópicos de envelhecer bem e com sucesso, tomar conta de si próprio com satisfação, nutrição e saúde, cuidados do corpo e exercício regular;

afirmando-se na sua íntegra como o melhor estilo de vida a adotar. Na compensação e otimização cognitiva são explorados os contextos do treino cognitivo, o aumento da capacidade mental, a idade criativa, a sabedoria e a aprendizagem ao longo da vida, não esquecendo que o indivíduo deve ser conhecedor dos seus problemas de memória, caso os apresente. A área de desenvolvimento da personalidade e emocional deste programa incide sobre o sentimento de utilidade, o pensamento positivo, a atividade agradável e o *bem-estar subjetivo* e/ou psicológico, o lidar com o stresse, a autogestão dos problemas e, por último, centra-se na morte como um momento único que também faz parte integrante da vida do ser humano (Fernández-Ballesteros, 2002).

O *Programa Psicossocial Viver com Vitalidade* permite, também, a maximização do envolvimento social abordando a sexualidade na velhice, o melhoramento das relações sociais com a família e amigos; incidindo objetivamente na temática “*Eu e os Outros*” e, por último, a “*Internet: outra forma de comunicação*”.

A população-alvo deste *Programa Psicossocial Viver com Vitalidade* recai sobre os idosos com mais de 60 anos, sendo, no entanto, alargada desde a faixa dos 55 até à 4ª idade, dependendo dos fatores de contexto social e político que esses mesmos idosos vivenciam. É ainda de referir que os contextos de intervenção destes mesmos programas tanto podem ser a nível comunitário como institucional (*e.g.* Centros de Dia, Lares de Terceira Idade, Aldeias-Lar, associações ou quaisquer outras instituições de acolhimento); ou até como a nível individual onde qualquer idoso poderá obter o programa e iniciá-lo no conforto da sua própria residência (Fernández-Ballesteros, 2002).

Por seu turno, os principais objetivos deste programa refletem a transmissão de conhecimentos atualizados sobre como envelhecer de forma ativa e competente; na promoção de estilos de vida saudáveis; na modificação de estereótipos e imagens negativas sobre a velhice e o processo de envelhecimento; na fomentação e treino de estratégias de otimização de competências cognitivas, emocionais, motoras e sociais; e, por último, na participação em atividades culturais, físicas e mentais que promovam o crescimento pessoal e favoreçam a *qualidade de vida* (Fernández-Ballesteros, 2002).

Desta forma, o *Programa Viver com Vitalidade* utiliza uma metodologia de cariz teórico-prático, através de uma abordagem teórica do tema, apresentando exercícios e sugestões de desenvolvimento de competências. Neste programa, é também aplicado um sistema de avaliação que permite a verificação de potenciais mudanças no comportamento e nos hábitos individuais (Fernández-Ballesteros, 2002).

Por outro lado, o *programa na versão multimédia* pode ser utilizado por idosos sem qualquer estrutura social (e.g. no seu lar/casa própria) e, nesta condição, são providos de materiais, exercícios propostos que acompanham as sessões nas quatro áreas e incluem apresentações utilizadas na *internet*: (www.uninettuno.it/vitalagell/frameset.htm). Os idosos e estudantes da área da Gerontologia/Geriatria têm ainda a oportunidade de comunicar via *e-mail* ou por telefone, com os apresentadores de cada painel, uma vez que o programa apresenta uma estreita colaboração com universidades de alguns países europeus. Apresenta vinte e duas sessões, num total de 50 horas, dirigidas por vários especialistas, que assumem os diferentes painéis durante o decorrer dos mesmos. O programa foi concebido para ser aplicado em estruturas comunitárias ou residenciais e, nestes contextos, é recomendado que exista um orientador que fique responsável pela apresentação e passagem dos vídeos, assim como, pela aplicação dos exercícios e da avaliação. Por último, no final de cada painel, são propostos exercícios e uma avaliação ao destinatário (Fernández-Ballesteros, 2002).

O *Programa Multimédia* tem uma estreita colaboração com as novas tecnologias, nomeadamente com os computadores e com a *internet*. No entanto, um dos painéis do programa foi desenvolvido para resolver esta problemática. Após a sessão de aprendizagem, o destinatário poderá ainda aceder a material multimédia (Anexo 2) (Fernández-Ballesteros, 2002).

Atualmente, a ação prática e teórica do *Programa Viver com Vitalidade ao Vivo*, verifica-se apenas na Universidade Autónoma de Madrid. Nesta tipologia cada tema é desenvolvido por especialistas de diferentes áreas, segundo a sessão de cada painel, dispondo-se também por *workshops* com a sua respetiva apresentação. Assim, realizam-se exercícios práticos entre os idosos e o orientador nos mais variados temas. Este programa tem uma duração de sessenta e seis horas, com vinte e dois painéis (Anexo 3) (Fernández-Ballesteros, 2002) e foi experimentado, antes de ser marca registada, junto de 240 sujeitos (70% mulheres e 30% homens). Os estudos comprovaram que a avaliação da eficácia do programa tem sido muito positiva, tanto na versão ao vivo como na versão multimédia. Alguns estudos mostram que têm sido significativas as mudanças nos grupos experimentais (antes e depois de receberem o programa) em comparação com os grupos de controlo (Fernández-Ballesteros et al., 2005).

Relativamente aos resultados, o programa parece promover mudanças comportamentais nos idosos, através do aumento da frequência de atividades, aumento da

sua participação e da sua satisfação pessoal. O programa referido tem desta forma um impacto direto no comportamento e na promoção da saúde, e assim que os objetivos do programa são cumpridos, torna-se possível atingir o chamado *envelhecimento bem-sucedido*. Por conseguinte, com as melhorias biopsicossociais observadas nos idosos que atuam neste tipo de programas, pode-se confirmar que estes interagem nas quatro áreas de intervenção – Promoção da saúde física e mental; Otimização cognitiva e compensatória; Desenvolvimento da personalidade e emocional; Maximização do envolvimento social – que os mesmos abrangem. Desta forma, impulsiona-se a ideia de que o idoso é o agente da sua própria mudança. Observam-se inclusive reações de grande transformação comportamental (e.g. na *atividade física* - idosos passam de inativos a ativos fisicamente). Contudo, também mostra que estas mudanças são influenciadas diretamente nos contextos em que os programas são desenvolvidos. Em contexto institucional, dado que existe uma estrutura emergente, a adoção de hábitos de nutrição saudável, a prática regular de exercício físico e as práticas sexuais são condicionadas pelas regras implementadas na instituição. Em contrapartida, os estudos científicos mostram que, os centros comunitários e associações são ambientes propícios ao desenvolvimento deste tipo de programas, uma vez que, muitas destas instituições já adotam e incitam hábitos saudáveis de alimentação nos idosos bem como alguns exercícios propícios ao desenvolvimento físico e cognitivo. Além disso, o envolvimento social é também mais acentuado nestes contextos em comparação com idosos que desenvolveram o programa na sua própria habitação (Fernández-Ballesteros, et al., 2005).

Tendo a maioria destes programas de *envelhecimento bem-sucedido* alcançado os objetivos estabelecidos para o seu curso, reforça-se assim a convicção de Fernández-Ballesteros quanto à possibilidade de promoção de um funcionamento positivo na velhice, encarando-a não como uma fatalidade, mas como mais um desafio na aventura da vida (Fernández-Ballesteros, 2002).

No entanto, existem certas questões que ainda estão a ser estudadas. Atualmente, as investigações incidem sobre as duas versões do *Programa Viver com Vitalidade*, ao Vivo e Multimédia, recaindo mais exatamente no grau de mudanças que produzem nos idosos. Por outro lado, a manutenção a longo prazo das mudanças biopsicossociais e não só, que se verificaram depois da implementação do programa, traduzem-se atualmente como outro objeto de estudo, segundo o qual, os investigadores sociais adotam estudos longitudinais (Fernández-Ballesteros, 2002).

II- ESTUDO EMPÍRICO

Capítulo 4 – Objetivos e metodologia

4.1. Delimitação da Problemática

O envelhecimento é um processo contínuo e inevitável que se repercute na vida do idoso em diferentes domínios – físico, social, cognitivo, psicológico, entre outros. A velhice afigura-se como sendo uma das últimas etapas do ciclo de vida do ser humano, estabelecendo-se como uma etapa bastante significativa (Lima, 2004), perante a qual persiste um grande e único objetivo preventivo: preparar o melhor envelhecimento possível, ou seja, assegurar o chamado *envelhecimento bem-sucedido* e *envelhecimento ativo* por meio de princípios implícitos no *modelo de Otimização Seletiva com Compensação* (Baltes & Baltes, 1990; 1993; Baltes, 1997).

Nestes pressupostos circundantes ao envelhecimento como última etapa da vida, estão vigentes constructos teóricos da Psicologia do Ciclo de Vida que advogam que o desenvolvimento não termina na adolescência, mas que se estende desde o início de vida até à morte.

Os constructos de *envelhecimento bem-sucedido* e *envelhecimento ativo* pretendem, através da implementação de práticas saudáveis, bem como por meio de programas de promoção e ativação cognitiva e/ou física de idosos institucionalizados ou idosos não institucionalizados travar todo o processo de envelhecimento não saudável. Assinale-se que, muitas vezes, o mesmo implica a presença de distúrbios e perdas cognitivas, bem como perdas de capacidades e aptidões físicas que provocam desequilíbrios no constructo de *qualidade de vida*. Por conseguinte, por meio da adoção de práticas saudáveis (quer sejam treinos adequados de exercício físico ou adoção de hábitos alimentares equilibrados) pretende-se contribuir para a diminuição considerável dos efeitos de um envelhecimento patológico que maioritariamente se consubstancia em perdas físicas e psicológicas. Assim sendo, pressupõe-se que a adoção de novas práticas saudáveis e situações resulte da otimização adequada das três dimensões que influenciam intrínseca e extrinsecamente o desenvolvimento do indivíduo, mais concretamente, o funcionamento biológico, psicológico e social.

Atualmente considera-se que a *satisfação com a vida* é uma expressão subjetiva da *qualidade de vida*, afigurando-se como um dos indicadores primordiais para manter um *envelhecimento bem-sucedido* (Moody, 2006; Schulz, 2006). De certa forma, torna-se evidente a relevância deste constructo na chamada Terceira Idade, até porque estão inerentes e implícitos nos constructos de *satisfação com a vida* e *qualidade de vida*, os pressupostos de prevenção de certos problemas vigentes no decorrer do envelhecimento humano. No entanto, apesar de coexistirem inúmeros estudos na área, os seus resultados ainda são inconsistentes quanto ao papel e importância relativa dos preditores na explicação da variância dos níveis de *satisfação com a vida* nos idosos (Meléndez, Tomás, Oliver & Navarro, 2008).

Assim, neste estudo, pretende-se conhecer em traços generalistas, quais as principais características que mais distinguem os idosos dos outros? E a institucionalização, será que tem algum efeito específico quanto a estas mesmas características? Poder-se-á enumerar determinadas características que não sendo exclusivas desta faixa etária (idosos), mais facilmente os distinguem dos restantes indivíduos de outros grupos etários? Provavelmente, uma das diferenças mais perceptíveis seja a presença de um número avultado de perdas desenvolvimentistas em relação aos ganhos, nas três dimensões – social, biológica e psicológica (Baltes, 1987). Torna-se pertinente enunciar que estas perdas se encontram bem mais marcadas nos idosos institucionalizados, tendo por base que as principais razões de institucionalização englobam o isolamento (diminuição de redes de suporte social), a perda de funcionalidade (declínio da funcionalidade) e a demência (declínio da função cognitiva) (Martins, 2006; Pimentel, 2005).

Os idosos em regime de institucionalização representam um enorme tecido social na nossa cidadania, sendo que, desta forma parece primordial o desenvolvimento de uma investigação que esclareça os níveis e os preditores da chamada *satisfação com a vida* nestas populações, principalmente se considerarmos o aumento da densidade populacional nesta faixa etária, subsequente ao chamado envelhecimento demográfico.

Para terminar, importa questionarmo-nos sobre a existência ou não de uma relação entre fatores biopsicossociais e a *satisfação com a vida* nos idosos institucionalizados. Será que efetivamente estes fatores influenciam o *bem-estar subjetivo*? Será que os idosos institucionalizados estão satisfeitos com a sua *qualidade de vida*?

4.2. Objetivos da Investigação

Em consonância com a exposição da problemática e do tipo de estudo em causa, o objetivo geral desta investigação repercute-se em:

– Averiguar a existência de associação entre os fatores biopsicossociais na *satisfação com a vida* e na *qualidade de vida* de idosos institucionalizados – mais especificamente, pretende-se estudar o tipo de associação existente entre os fatores biológicos (como a funcionalidade), fatores psicológicos (como a cognição) e fatores sociais (como a rede de apoio familiar e afetiva) na *satisfação* e na *qualidade de vida* do idoso institucionalizado na Aldeia de São José de Alcalar.

Como objetivos específicos pretende-se ainda:

– Caracterizar os idosos institucionalizados em termos sociodemográficos, através da descrição das variáveis sociodemográficas e categorização dos indivíduos da amostra;

– Caracterizar os idosos institucionalizados ao nível das suas capacidades funcionais;

– Caracterizar e avaliar as funções cognitivas dos idosos institucionalizados;

– Caracterizar os idosos institucionalizados a nível das suas redes sociais;

– Analisar os idosos institucionalizados no que se refere à sua *satisfação com a vida* e ao *otimismo*;

– Caracterizar e avaliar o nível *qualidade de vida* de um modo geral, e o *bem-estar subjetivo* e/ou psicológico dos idosos institucionalizados;

– Caracterizar a resposta que os serviços de apoio da Aldeia de São José de Alcalar têm ao dispor para fazer face às necessidades dos idosos, por forma a introduzir eventuais alterações que possibilitem a promoção e ativação cognitiva do idoso institucionalizado e, conseqüentemente, uma melhoria do nível de *satisfação com a vida* e do nível de *qualidade de vida*;

– Analisar as relações entre os fatores biopsicossociais, e a *qualidade de vida* dos idosos institucionalizados;

– Analisar as relações entre os fatores biopsicossociais, e os níveis de *satisfação com a vida* e as variáveis sociodemográficas.

Como propósito último do presente estudo pretende-se ainda contribuir para o desenvolvimento de estratégias de evitamento dos principais sinais concernentes à deterioração cognitiva associado a certas patologias como o *Alzheimer* e a *Parkinson*, ou até mesmo, à chamada depressão geriátrica. Assim, pretende-se delinear uma proposta de um Programa de promoção e ativação cognitiva do idoso institucionalizado que possa ser implementado junto de um grupo de idosos institucionalizados.

4.3. Tipo de Estudo

De acordo com Fortin (2009) o tipo de estudo varia em função do que se pretende – descrever variáveis ou grupos de indivíduos, estudar relações de associação entre variáveis ou predizer relações de causalidade entre variáveis independentes e dependentes.

A presente investigação insere-se na área da Gerontologia e da Psicologia do Envelhecimento, onde se pretende analisar as deteriorações cognitivas bem como os fatores biológicos, psicológicos e sociais evidentes em todo o processo de envelhecimento humano que influenciam proeminentemente os níveis de *satisfação com a vida* e o *bem-estar subjetivo* de um grupo de idosos institucionalizados.

De acordo com o método epidemiológico (Fortin, 2009) e, tendo em vista a natureza desta investigação, este estudo desenvolveu-se por meio de um desenho descritivo-correlacional, inserido num paradigma quantitativo. Por outro lado, esta investigação afirmou-se como um estudo transversal desenvolvido no meio social e natural de uma Aldeia-Lar (modelo alcalar), onde permanecia o público-alvo deste estudo – idosos institucionalizados. Assim, num estudo descritivo-correlacional, a principal finalidade é explorar relações entre variáveis, descrevendo-as, de forma a permitir determinar quais as variáveis associadas ao fenómeno em estudo (Fortin, 2009). Para Fortin (2009, p.27), «o método quantitativo que coloca a tónica na explicação e na predição, assenta na medida dos fenómenos e na análise dos dados numéricos». Em relação à dimensão temporal, consistiu num estudo transversal, uma vez que teve lugar num único momento e com um grupo representativo da população. «Um meio, que não (...) o laboratório, toma frequentemente o nome do meio natural» (Fortin, 2009, p. 217).

No entanto, torna-se pertinente referir que segundo Almeida e Freire (2007), os estudos correlacionais permitem investigar as relações entre as variáveis e o estabelecimento de previsões, mas não fornecem provas de causalidade.

Assim, tendo em consideração a especificidade do tema e os objetivos a que nos propomos atingir com a presente investigação, assim como o número limitado de sujeitos incluídos, optámos por um estudo exploratório-descritivo passível de findar num projeto de investigação-ação, a desenvolver numa postura interpretativa, uma vez que não pretendemos dele extrair generalização de resultados nem causalidade, mas sim identificar relações associativas que permitam ajudar na intervenção educativa com idosos institucionalizados. Este tipo de intervenção sob a forma de projeto de investigação-ação poderia aplicar-se num futuro próximo, junto dos idosos institucionalizados e seus cuidadores formais e não formais, com a implementação de um Programa de Promoção e Ativação Cognitiva. Este programa teria a finalidade de possibilitar a aquisição de maiores competências emocionais, educativas e sociais eficazes que permitam desenvolver relações atitudinais competentes junto dos seus pares também institucionalizados. Por conseguinte, foi delineado no decurso desta investigação e como objetivo último, um Programa de Promoção e Ativação Cognitiva passível de ser implementado na Aldeia de São José de Alcalar.

No que diz respeito à metodologia, a mesma assenta em técnicas de intervenção direta e quantitativa (o inquérito por entrevista), e de intervenção indireta e qualitativa (a análise interpretativa e a observação), substanciando-se numa visão multidimensional da problemática em estudo, e desta forma, pretendemos contribuir para uma análise mais personalizada do que determinística.

4.4. Definição e Caraterização da Amostra

No que concerne aos critérios de seleção da amostra, optou-se por escolher como amostra um grupo de idosos institucionalizados. Escolheu-se a Aldeia de São José de Alcalar da freguesia da Mexilhoeira Grande por se tratar de uma Instituição Particular de Solidariedade Social (IPSS) do concelho de Portimão. A opção por esta instituição deve-se a questões de proximidade, além de que neste local foi possível manter a

homogeneidade da amostra, já que todos os idosos dispõem do mesmo nível de conforto, cuidados e prestação de serviços assegurando-se, *per si*, as mesmas condições de vida.

Neste contexto, a população idosa institucionalizada na Aldeia de São José de Alcalar da Mexilhoeira Grande representava o nosso universo embora para o estudo em questão tenha sido selecionada uma amostra de 30 indivíduos ($N=30$), de uma população total de 112 idosos institucionalizados na Aldeia-Lar (66 idosos do sexo feminino e 46 do sexo masculino), à data da investigação. Recorremos ao método de amostragem não aleatória intencional e por conveniência, considerando-se como característica de inclusão na amostra o facto de o idoso deter características típicas ou representativas da população em estudo. Os indivíduos representantes da amostra deveriam ter idade superior a 65 anos, ser reformados e ser capazes de responder coerentemente às questões, ou seja, não deveria existir diminuição cognitiva grave.

Com o intuito de aferir o nível de cognição de cada idoso foi aplicado um teste de despiste (MMSE), considerando previamente que para participarem no estudo, tinham que obter resultados entre “Sem Diminuição Cognitiva” e “Diminuição Cognitiva Ligeira”. No caso de obterem resultados que indicassem um maior grau de diminuição eram excluídos do estudo.

Assim a amostra para a presente investigação abrange um grupo etário específico, denominado por terceira idade, portanto indivíduos, idosos institucionalizados, com uma idade igual ou superior a 65 anos. A amostra é constituída por trinta idosos institucionalizados ($N=30$), e foi selecionada por conveniência (Almeida & Freire, 2007) a partir de uma população utente e residente de uma Instituição Particular de Solidariedade Social localizada no Barrocal do Barlavento Algarvio.

Desta população utente e residente nesta IPSS, vinte e um são idosos institucionalizados do sexo feminino ($n=21$) e nove são do sexo masculino ($n=9$), com uma variação da duração da institucionalização entre 1 ano (12 meses) e 17 anos ($M = 7,20$ anos; $DP = 5,880$ anos) (Tabela 4.1).

Tabela 4.1 – Estatísticas descritivas das variáveis idade e duração da institucionalização – por sexo no total da amostra

		ALDEIA-LAR						
		Sexo	%	N	Min.	Max.	Média	Desvio Padrão
Idade (anos)	Aldeia_Lar	Feminino	70 %	21	74	91	83,19	9,440
		Masculino	30 %	9	66	96	85,11	4,966
		Total	100%	30	66	96	83,77	6,511
Duração da Institucionalização (anos)	Aldeia_Lar	Feminino	70%	21	1	17	6,67	5,425
		Masculino	30%	9	1	17	8,44	7,020
		Total	100%	30	1	17	7,20	5,880

Os trinta sujeitos da terceira idade têm uma distribuição não homogênea entre gênero ($n_{\text{♀}}=21$, $n_{\text{♂}}=9$) mas representativa da população idosa institucionalizada nesta IPSS, considerando que a população residente sem déficit cognitivo e sem patologias degenerativas associadas é maioritariamente feminina. No que diz respeito ao nível ou categoria idade, a mesma encontra-se compreendida entre os 66 anos e os 96 anos de idade, calculando-se uma média etária aproximada de 84 anos ($M=83,77$; $DP=6,511$) (Tabela 4.1; Gráfico 4.1). Perante a abrangência referida, esta variável idade foi categorizada em três classes etárias, sendo que 3,3% ($n=1$) se encontra na faixa etária entre os 65 e os 74 anos (*velhos-novos*), 50,0% ($n=15$) entre os 74 e os 84 anos (*velhos*) e os restantes 46,7% ($N=14$) na faixa etária superior aos 85 anos (*velhos-velhos*) (Tabela 4.2).

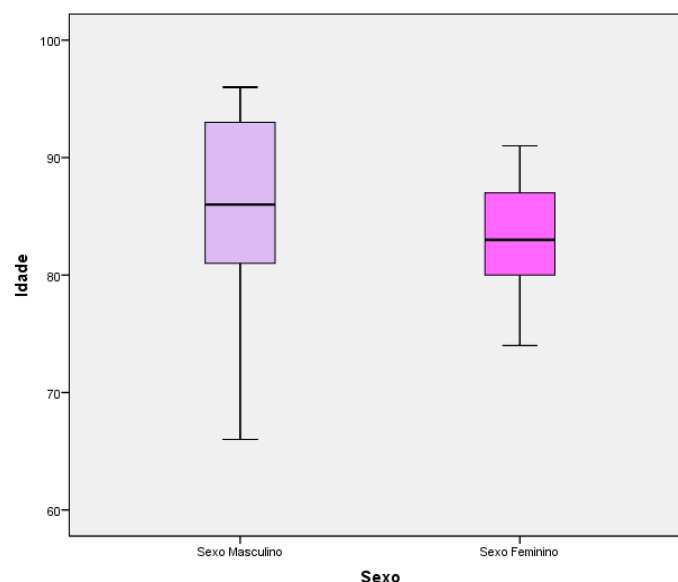


Gráfico 4.1 – Gráfico de Quartis da Distribuição da Idade pelo Sexo – idosos institucionalizados na Aldeia de São José de Alcalar

Os sujeitos provêm principalmente de localidades rurais do Barlavento Algarvio, nomeadamente do concelho de Portimão ($n=15$) (maioritariamente da freguesia de Mexilhoeira Grande), do concelho de Aljezur ($n=3$) e do concelho de Monchique ($n=7$), bem como de localidades rurais do Sotavento Algarvio, nomeadamente de São Brás de Alportel ($n=1$), sendo os restantes idosos oriundos do distrito de Beja ($n=2$), Viseu ($n=1$) e Portalegre ($n=1$) (Tabela 4.2).

Em relação ao estado civil predomina a *viuvez* em 56,7% da amostra, seguindo-se o grupo dos indivíduos *casados* (33,3%) e, finalmente o grupo dos *solteiros* (10,0%). Não obstante existirem separados e divorciados institucionalizados na Aldeia de São José de Alcalar, não nos foi possível inclui-los na amostra, uma vez que os mesmos se recusaram a participar na investigação (Tabela 4.2).

Quanto à alfabetização, 53,3% da amostra é analfabeta e, por outro lado, 46,7% aprendeu a ler e a escrever ou completou o 1º Ciclo do Ensino Básico. As habilitações literárias são representadas, em 53,3% dos casos por indivíduos que não frequentaram a escola, coincidindo com a percentagem de analfabetos e dos 46,7% da amostra restante, cerca de 10,0%, sabem ler e escrever. Ainda assim, torna-se pertinente referir que desta amostra de 30 idosos, 36,7% ($n=11$) completaram o 1º ciclo do Ensino Básico/4ª classe (Tabela 4.2).

Tabela 4.2 – Estatísticas descritivas das variáveis sociodemográficas dos idosos institucionalizados na Aldeia de São José de Alcalar

ALDEIA-LAR		
Categorias	Frequência	%
IDADE (Escalões)		
65-74 anos	1	3,3 %
75-84 anos	15	50,0%
>85 anos	14	46,7%
Total	30	100%
GÉNERO		
Feminino	21	70%
Masculino	9	30%
Total	30	100%
NATURALIDADE		
Portimão	15	50,0%
Monchique	7	23,5%
São Brás de Alportel	1	3,3%
Carregal do Sal	1	3,3%
Aljezur	3	10,0%
Beja	1	3,3%
Ponte de Sôr	1	3,3%
Odemira	1	3,3%
Total	30	100%
ESTADO CIVIL		
Casado	10	33,3%
Solteiro	3	10,0%
Viúvo	17	56,7%
Total	30	100%
ESCOLARIDADE		
Não sabe ler nem escrever	16	53,3%
Sabe ler e/ou escrever sem diploma/1ºano	3	10,0%
1ºCEB/4ª Classe	11	36,7%
Total	30	100%
ALFABETIZAÇÃO		
Sim	14	46,7%
Não	16	53,3%
Total	30	100%

Em relação à última profissão dos idosos institucionalizados na Aldeia de São José de Alcalar incluídos na amostra, esta foi agrupada de acordo com o tipo de setor a que a ocupação profissional pertencia. Deste modo, denotou-se que de uma amostra de 30 idosos, 60,0% ($n=18$) trabalhou no setor primário, 36,7% ($n=11$) exerceu a sua atividade profissional no setor secundário e 3,3% no setor terciário (Tabela 4.3).

No que se refere à idade de atingir a reforma, pode-se constatar que, 33,3% ($n=10$) se reformou aos 65 anos. Por outro lado, 16,7% ($n=5$) da amostra da população idosa desta Aldeia-Lar decidiu reformar-se antes dos 55 anos e 26,7% ($n=8$) entre os 55 e os 64 anos, maioritariamente motivada por problemas de saúde (ex. osteoporose, doença coronária, diabetes tipo II) que a incapacitava de desenvolver uma atividade profissional na sua plenitude, daí constatar-se a atribuição de reforma por invalidez a 46,7% ($n=14$) da amostra total. É importante ainda referir que, apenas nove idosos (30,0%) se reformaram por atingir a idade de reforma (65 anos) (Tabela 4.3).

Tabela 4.3 – Estatísticas descritivas das variáveis concernentes à Atividade Profissional e Reforma dos idosos da Aldeia de São José de Alcalar

ALDEIA-LAR		
Categorias	Frequência	%
SETORES DE ATIVIDADE PROFISSIONAL		
Setor Primário	18	60,0 %
Setor Secundário	11	36,7%
Setor Terciário	1	3,3%
Total	30	100%
IDADE DE REFORMA		
Reforma antes dos 55 anos	5	16,7 %
Reforma entre os 55-64 anos	8	26,7 %
Reforma aos 65 anos	10	33,3 %
Reforma depois dos 65 anos	7	23,3 %
Total	30	100%
MOTIVO DA REFORMA		
Invalidez	14	46,7%
Anos de Serviço	7	23,3%
Idade	9	30,0%
Total	30	100%

Em termos de institucionalização as características que mais se destacam são a clara referência à doença própria (26,7%) ou doença do cônjuge (36,6%) (representada pela variável *outro*). Assinale-se ainda uma diminuta referência à viuvez, em seis casos

(20,0%), ao isolamento, em três casos (10,0 %) e, principalmente à incapacidade física, em apenas dois casos (6,7%) (Tabela 4.4.).

Para além disto, nota-se nesta amostra uma generalizada opinião favorável quanto ao atual estado de institucionalização, constituindo 93,3% da amostra (Tabela 4.4.).

Tabela 4.4 – Estatísticas descritivas das variáveis da institucionalização dos idosos da Aldeia de São José de Alcalar

ALDEIA-LAR		
Categorias	Frequência	%
RAZÃO DA INSTITUCIONALIZAÇÃO		
Doença	8	26,7 %
Isolamento	3	10,0%
Incapacidade Física	2	6,7%
Viuvez	6	20,0%
Outro (doença do cônjuge)	11	36,6%
Total	30	100%
OPINIÃO DA INSTITUCIONALIZAÇÃO		
A favor	28	93,3%
Contra	2	6,7%
Total	30	100%

No que diz respeito à rede de apoio afetivo, 80,0% da amostra considera que tem muitos amigos e afirma que os vê com muita frequência (60,0%). Apenas, 3,3% da amostra total considera que vê os seus amigos com pouca frequência.

Não será demais referir que a maioria dos idosos institucionalizados apresentam inúmeras patologias e, muitas vezes, é por esse mesmo motivo que procuram alguns cuidados primários e secundários neste tipo de instituições. Assim, 56,7% ($n=17$) da amostra revela a presença de algumas patologias tais como: depressão, hipertensão, reumático/gota, colesterol elevado, cancro, anemia, osteoporose, doença coronária, entre outras. Apenas 10% ($n=3$) da amostra não toma qualquer tipo de medicação.

4.5. Instrumentos

Na escolha e seleção dos instrumentos a utilizar foi tido em consideração, para além da pertinência, as boas qualidades psicométricas, o ajustamento das escalas aos constructos em estudo e a sua adequação às características da população selecionada. Assim, após ponderação acerca dos instrumentos a utilizar, optou-se por empregar os instrumentos menos complexos, de simples e rápida aplicação, considerando as características da população, sendo, apesar disso, adequados para avaliar as variáveis estudadas. Como forma de caracterizar a amostra e com objetivo de recolher dados sociodemográficos do idoso foi construído pela autora do estudo um breve questionário para ser preenchido pelo próprio idoso, seja em forma de questionário ou de entrevista (Apêndice 4). Em última instância, caso surgissem algumas dúvidas nas questões feitas ao idoso, estas deveriam ser respondidas pelo seu/sua cuidador(a).

Em consonância com o objetivo do estudo foram ainda aplicados, sequencialmente, os seguintes instrumentos:

- Escala Breve do Estado Mental (MMSE);
- Escala de Qualidade de Vida (WHO) *WHOQOL – Bref.*;
- *Convoy Model*;
- Escala de Satisfação com a Vida (SWLS);
- Escala de Otimismo;
- Escala Modificada de Barthel.

4.5.1. Questionários ao Idoso

As informações requeridas pelo Questionário ao Idoso referem-se aos dados sociodemográficos, à Institucionalização e à Rede de Apoio afetivo – amigos e a família (Apêndice 4). Com estes dados pretende-se caracterizar a amostra e recolher dados pessoais, tipo de institucionalização; avaliação cognitiva; avaliação do *estado de saúde*; avaliação do nível de *qualidade de vida*; rede de apoio social; *satisfação com a vida*; otimismo perante a vida e níveis de funcionalidade (Apêndice 4 a Apêndice 10). Por conveniência e com o intuito de aplicar os instrumentos com maior rapidez, os instrumentos irão dispor-se sempre da mesma forma sequencial (Apêndice 11).

4.5.2. Mini-Mental State Examination (MMSE)

O *Mini-Mental State Examination* (MMSE) é uma das escalas mais empregues e mais estudadas mundialmente como medida de avaliação do funcionamento cognitivo do ser humano. O *MMSE* sobressai como um instrumento de avaliação cognitiva de referência nos idosos, uma vez que possibilita o despiste de défice cognitivo de acordo com o grau de escolaridade (Sequeira, 2010). Este instrumento é usado isoladamente ou incorporado em instrumentos mais amplos, permitindo assim uma avaliação da função cognitiva e um rastreio de quadros demenciais (Lourenço & Veras, 2006).

De acordo com Sequeira (2007), possibilita uma avaliação breve do estado mental, tendo sido criado por Folsteins, Folstein e McHugh (1975) e adaptado para a população portuguesa por Guerreiro, Silva, Botelho, Leitão, Caldas e Garcia (1994, Apêndice 5).

O *MMSE* foi desenvolvido para ser utilizado na prática clínica, mais propriamente na avaliação da mudança do estado cognitivo de pacientes geriátricos. Este instrumento examina a Orientação Temporal e Espacial, Memória de Curto Prazo (Retenção ou Atenção) e Evocação, Cálculo, Coordenação dos Movimentos, Habilidades de Linguagem e Viso-Espaciais (Construtivas). Pode ser usado como teste de rastreio de défices cognitivos, mas não isoladamente para diagnosticar demência (Chaves, 2009).

Por conseguinte, o *MMSE* foi inicialmente proposto como instrumento de deteção de perdas/distúrbios cognitivos inerentes ou não a situações de demência, mas também é utilizado nas várias fases da avaliação neuro-psicológica breve (Santana, Rodrigues, Claro, Cunha, Lemos & Santiago, 2004).

O *MMSE* inclui 11 itens, divididos em duas secções (Apêndice 12). A primeira exige respostas verbais a questões de Orientação, Memória e Atenção; a segunda secção reporta a questões de leitura e escrita cobrindo habilidades de Nomeação, Cumprimento de Ordens (seguir comandos verbais e escritos), Escrita Espontânea (escrever uma frase) e cópia de um polígono complexo similar à figura de Bender-Gestalt (Folstein, et al., 1975).

Todas as questões são realizadas na ordem listada e podem receber um *score* imediato somando os pontos atribuídos a cada tarefa completada com sucesso. Em termos de validade de conteúdo, o *MMSE* avalia oito de 11 principais aspetos do estado cognitivo, omitindo abstração, julgamento e expressão. Embora análises fatoriais tenham usado diferentes tipos de amostras e versões do *MMSE*, facilmente identificam fatores relacionados com a orientação, memória e atenção (Chaves, 2009).

A cotação total máxima é de 30 pontos e indica ausência de défice cognitivo, enquanto os resultados mais baixos indicam maior severidade de afetação da função cognitiva. O ponto de corte para a população portuguesa situa-se nos 15 pontos, no caso de indivíduos analfabetos, nos 22 pontos para os indivíduos com escolaridade entre um e onze anos e nos 27 pontos para indivíduos com escolaridade superior a onze anos (Guerreiro, Silva, Botelho, Leitão, Caldas & Garcia, 1994).

Num estudo realizado por Nunes, Cruz, Pais, Teixeira e Silva (2004), os resultados obtidos apontam para uma variabilidade das pontuações muito superior nas populações com baixa escolaridade, evidenciando-se uma diminuição significativa da pontuação com a idade e com a ruralidade, particularmente entre os 75 e os 79 anos.

O *MMSE* é um instrumento de aplicação fácil e de rápida cotação (certo/errado), tendo o formato de entrevista, em que se pede para o sujeito responder e/ou executar determinadas tarefas. Necessita de um tempo médio de aplicação de aproximadamente 5 a 10 minutos, repercutindo-se como uma vantagem evidente, sendo que, *per si*, coexiste uma maior facilidade em avaliar as implicações dos resultados de cada atividade no quotidiano (Folstein, et al.,1975).

Uma das limitações da sua aplicação advém da variabilidade nos valores de corte em função da escolaridade, idade, raça e outros fatores sociodemográficos (Nunes, Cruz, Teixeira & Silva, 2004), para além da influência da presença de patologias (Palha, Branco, Costa, Guimarães, Magalhães & Marques-Teixeira, 2006).

Para este estudo, o *MMSE* visa avaliar a existência ou não de diminuição cognitiva, servindo para fazer o despiste do referido défice, dado que a presença do mesmo poderia influenciar uma das variáveis em estudo (*qualidade de vida*), sendo assim fator de ajuda para a inclusão ou exclusão do idoso no presente estudo.

4.5.3. Escala de Qualidade de Vida (WHO) WHOQOL – Bref.

O *WHOQOL-100* (*World Health Organization Quality Of Life*) é um instrumento que adota um conceito amplo, multidimensional e transcultural, baseando-se no pressuposto de que a *qualidade de vida* é um conceito subjetivo, inerente às noções individuais de cada um, ou seja, à percepção individual (Apêndice 6). Este instrumento

psicométrico é composto por dimensões positivas e negativas (Fleck, Leal, Louzada, Xavier, Chachamovich, Vieira, Santos & Pinzon, 1999a).

Atendendo a que o *WHOQOL-100*, composto por 100 questões e subdividido em seis domínios se tornava extenso, surgiu assim a necessidade de elaborar um outro, mais curto e que exigisse menos tempo no seu preenchimento, mantendo-se, *per si*, as suas características psicométricas (Canavarro, Simões, Vaz Serra, Pereira, Rijo, Quartilho, Gameiro, Paredes & Carona, 2007; Fleck, Chachamovich, & Trentini, 2003).

Por conseguinte, foi desenvolvida uma versão abreviada, o *WHOQOL-Bref* aferida para a população portuguesa por Canavarro, Simões, Vaz Serra, Pereira, Rijo, Quartilho, Gameiro, Paredes e Carona em 2007. O *WHOQOL-Bref* é composto pelas 26 questões que obtiveram boas qualidades psicométricas (Fleck, 1999b). Esta versão abreviada surge assim subdividida em dois domínios de âmbito geral que avaliam a perceção da *qualidade de vida* de um modo geral e a *satisfação com a sua saúde*, bem como outros quatro domínios: físico, psicológico, relações sociais e ambiente (Apêndice 6 e Apêndice 13). Cada domínio é constituído por um conjunto de 24 facetas, sendo cada uma destas avaliada por uma questão (correspondente a um item) (Canavarro et al., 2007; Fleck, Louzada, Xavier, Chachamovich, Vieira, Santos & Pinzon, 2000).

É relevante enunciar a proeminência de uma faceta geral de *qualidade de vida* avaliada por duas questões neste instrumento, uma delas sobre a *qualidade de vida* em geral e outra sobre a perceção geral da saúde. Assim, o *WHOQOL-Bref* apresenta um total de 24 facetas específicas e uma de *qualidade de vida* geral. Em cada uma das facetas consta numa descrição de um estado, comportamento, capacidade ou uma perceção ou experiência subjetiva (Canavarro, Simões, Pereira & Pintassilgo, 2005).

As respostas para as questões do *WHOQOL-Bref* (à semelhança da escala original) são medidas através de uma escala de tipo *Lickert*, de cinco pontos. As questões são respondidas através de quatro tipos de escalas, em função do seu conteúdo: intensidade, capacidade, frequência e avaliação, encontrando-se enunciadas quer de forma positiva, quer de forma negativa (Canavarro et al., 2007).

Assinala-se que três itens, formulados de forma negativa, devem ser invertidos, considerando a disposição dos resultados dos domínios num sentido positivo e a interpretação dos resultados feita de forma linear. Assim, esta linearidade influi que resultados mais elevados caracterizam uma melhor *qualidade de vida* (Canavarro et al., 2005).

Torna-se pertinente enunciar que os resultados são analisados em função das pontuações obtidas nos quatro domínios e na faceta geral de *qualidade de vida* e, deste modo, não há uma pontuação total do instrumento. Por conseguinte, o resultado de cada domínio é calculado através da média dos resultados (variando entre 0 e 100) das questões que o constituem, sendo esta média multiplicada por 100, de modo a serem comparáveis os resultados dos domínios deste instrumento com os do *WHOQOL-100* (Canavarro, Serra, Simões, Pereira, Gameiro, Quartilho, Rijo, Carona & Paredes, 2006).

Como foi explicitado anteriormente, este instrumento permite inferir que os resultados nos vários domínios representam a perceção individual da *qualidade de vida* em cada domínio em particular e os resultados mais elevados correspondem a uma melhor *qualidade de vida*. Assim, desenha-se um perfil da *qualidade de vida*, obtido através dos *scores* dos quatro domínios, sendo quanto mais alto o *score*, melhor é a perceção de *qualidade de vida* (Canavarro et al., 2007).

Neste instrumento de avaliação com uma disposição mais abreviada, está presente a premissa de que ao preservar cada uma das 24 facetas do instrumento original (o *WHOQOL-100*), foi possível manter a compreensão do constructo - *qualidade de vida* - incluindo itens, não só referentes a aspetos físicos e psicológicos, mas também relativos ao meio ambiente e relações sociais. Este facto torna-se numa importante vantagem quando se trata de realizar um estudo onde não seja recomendado utilizar instrumentos com tantos itens como o *WHOQOL-100*, como é o caso de estudos onde a amostra é representativa de uma população idosa e iletrada. Outra vantagem deste instrumento subjaz na sua construção com base numa noção multidimensional, transcultural e subjetiva de *qualidade de vida*; tornando-o num instrumento conceptualmente fundamentado, sendo por isso uma forma de permitir uma comparabilidade dos resultados em estudos internacionais.

Tal como foi referido anteriormente, o *WHOQOL-Bref* está validado e adaptado para a população portuguesa, tendo os resultados dos estudos desta versão mostrado que o instrumento apresenta características satisfatórias favoravelmente com medidas de precisão (consistência interna, estabilidade temporal) e de validade (validade discriminante, validade de constructo, e correlação com outros instrumentos) (Canavarro et al., 2007). Refira-se, no entanto que, na versão para português o *WHOQOL-Bref* apresentou alguma fragilidade ao nível da consistência interna no domínio - Relações Sociais, sendo esta a única limitação apresentada pelos autores (Canavarro et al., 2007).

No entanto, estes justificam o reparo dizendo que esse resultado poderá estar relacionado com o pressuposto de que este domínio apenas abrange três itens, sendo, *per si*, um número relativamente menor ao número de itens que fazem parte dos outros domínios.

A escolha deste instrumento, versão portuguesa do *WHOQOL-Bref*, surgiu da necessidade e da utilidade de avaliar a *qualidade de vida* em idosos com um instrumento validado para a população portuguesa. Recorreu-se à versão abreviada do *WHOQOL-100* por ser uma alternativa útil, uma vez que a versão longa poderia ser de difícil aplicabilidade com esta população e, por conjuntamente serem utilizados outros seis instrumentos de avaliação, além do questionário sociodemográfico. Consequentemente procurou-se usar um instrumento que não fosse complexo, que pudesse ser facilmente entendido e respondido pelos idosos, possibilitando a sua rápida aplicação.

4.5.4. Convoy Model

O *Convoy Model* criado por Kahn e Antonucci (1980) foi adaptado à população portuguesa por Gameiro, Moura-Ramos e Canavarro (2006). Como base teórica surge um modelo homónimo criado pelos autores originais (Apêndice 7).

Este instrumento avalia aspetos estruturais e funcionais da rede de apoio social, tendo em consideração a perceção do idoso institucionalizado, inquirido para o estudo em causa. Constituído por uma representação gráfica de quatro círculos, este esquema pretende reunir os membros do *comboio social* ou *mapa social* do idoso interrogado. No círculo mais interior são representadas as pessoas de quem o respondente “*se sente tão próximo(a) que é difícil imaginar a vida sem elas*”, no círculo intermédio as pessoas que “*não sendo tão próximas são também importantes*” e, no círculo exterior, as pessoas consideradas “*suficientemente próximas e importantes*” para serem enumeradas (Antonucci 1985, citado por Gameiro, Soares, Moura-Ramos, Pedrosa & Canavarro, 2007).

Para uma melhor avaliação da rede social de apoio do idoso e adicionalmente ao preenchimento dos círculos, a versão portuguesa de Gameiro e colaboradores (2007), inclui uma tabela de avaliação do apoio recebido até doze das pessoas anteriormente referidas. Esta avaliação é realizada através de nove escalas do tipo *Lickert* (0- muito insatisfeito a 5- muito satisfeito) para cada pessoa, implicando o preenchimento até 108

escalas quando se verifica a existência de doze pessoas. Esta característica, para além de ser desvantajosa a nível temporal, pode tornar a administração exaustiva e confusa para os inquiridos. Torna-se importante referir que nem todos os nove itens se relacionam com as atuais vivências dos sujeitos. Assim, frisa-se que no presente estudo se optou pela diminuição do número de itens de avaliação, utilizando apenas a escala de *Lickert* para avaliar a satisfação geral com o apoio recebido dos indivíduos integrados na rede social de cada idoso.

Apesar dos procedimentos de administração adotados, o instrumento em causa ainda possibilita obter informação acerca da dimensão, densidade e estrutura da rede social, embora, impossibilite a avaliação das características funcionais da rede de apoio (Calixto, 2008).

As principais vantagens deste instrumento prendem-se com a possibilidade de avaliar a adequação da rede de apoio e de inscrever um número ilimitado de pessoas (Antonucci, 1985, citado por Gameiro et al., 2007). As principais desvantagens inferem-se na complexidade e no tempo de aplicação, tendo sido atenuadas pela opção do preenchimento das escalas de *Lickert*.

Convém enunciar que os estudos da versão portuguesa de Gameiro e colaboradores (2006) apontam para uma boa consistência interna, com valores de *Alpha de Cronbach* acima de 0.80 ou dentro do intervalo de 0.70 a 0.90.

Importa ainda referir que, o instrumento *Convoy Model* abrange as relações de mudança na idade adulta. Uma das maneiras mais fáceis de entender a teoria implícita neste instrumento é observar os esquemas criados por Antonucci, Akiyama, e Takahashi (2004, Apêndice 7). Assim com o recurso a este instrumento, prevê-se a avaliação das relações sociais mutáveis do idoso inquirido ao longo da sua vida (pressupõe-se um intervalo de idade entre os 20 e os 93 anos). Só deste modo é possível avaliar se o *comboio social* ou *mapa social* do entrevistado é pobre ou alargado. Infere-se, de antemão que, aparentemente graus de relacionamento mudam de acordo com a idade. Por exemplo, imaginando um idoso que não tenha filhos, apresentará, *per si*, uma carta pessoal do *mapa social* um pouco atípico. Assim, para esse idoso as pessoas mais importantes serão as do círculo interior. No mapa social deste idoso, isso significa que a sua esposa é a pessoa que está mais próxima de si, neste momento, seguido da sua mãe ou pai, caso estejam vivos. Na área adjacente ao círculo interior onde se assinalam as pessoas mais importantes para si, a pessoa mais próxima para este idoso será uma amiga, seguindo por um amigo do sexo

masculino e, consecutivamente, um irmão. Continuando ainda a supor um exemplo, no seu círculo exterior, poderia surgir uma amiga menos próxima, seguida por um irmão. Este *comboio social* ou *mapa social* teria sido diferente na sua juventude e irá mudar enquanto o idoso continuar neste processo de envelhecimento com uma saúde estável que lhe permita interagir com os outros. Assim, pressupõe-se, à partida que, com o avançar da idade e do tempo os relacionamentos mudam. Este é o ponto assente no chamado *comboio social* ou *mapa social*, sendo o mesmo representativo da nossa rede de relacionamentos que se encontra sempre em constante mudança social (Bee & Bjorklund, 2008).

4.5.5. Escala de Satisfação com a Vida

A *Escala de Satisfação com a Vida* – (*Satisfaction with Life Scale, SWLS*) foi delineada por Diener, Emmons, Larsen e Giffinem em 1985, tendo sido adaptada para a população portuguesa, inicialmente por Neto, Barros e Barros (1990) e, posteriormente por Simões (1992), sendo esta última versão utilizada no presente estudo (Apêndice 8). Esta escala tem sido amplamente utilizada em diversas populações de diferentes culturas em todo o mundo.

A *SWLS* tem como objetivo medir o *bem-estar subjetivo* do indivíduo, através de cinco itens de natureza global, redigidos com o propósito do sujeito tomar a liberdade de eleger tanto os critérios a ser considerados na avaliação da sua própria *satisfação com a vida*, como a influência de cada um destes mesmos critérios (Seco, Casimiro, Pereira, Dias & Custódio, 2005; Pavot & Diener, 1993).

Na primeira versão de validação para a população portuguesa, a pontuação dos itens era realizada através de uma escala do tipo *Lickert* de 7 pontos, enquanto a posterior adaptação (Simões, 1992) diminuiu a Escala de *Lickert* para 5 pontos, sendo que 1 correspondia ao ditame *Discordo muito* e 5 a *Concordo muito*. Deste modo, a pontuação total varia entre 5 e 25 pontos, em que o primeiro valor (5 pontos) corresponde a uma elevada insatisfação com a vida e o segundo (25 pontos), a uma elevada *satisfação com a vida*. No entanto, esta escala ficaria a ser respondida em cinco modalidades, tal como na validação anterior.

Desde os primeiros estudos (Diener et. al, 1985) até às versões portuguesas (Neto et al., 1990; Simões, 1992), que se denotam boas propriedades psicométricas, com *Alphas*

de Cronbach de 0.87, 0.78 e 0.77. O estudo de Neto, Barros e Barros (1990) apresenta uma análise fatorial importante, tendo por base a existência de um só fator contribuindo para 53,1% da variância. De acordo com o enunciado anteriormente, a *Escala de Satisfação com a Vida (SWLS)* demonstrou uma boa fidelidade e validade.

Neste estudo, optámos pela *Escala de Satisfação com a Vida* em virtude da mesma propôr avaliar a componente cognitiva do *bem-estar subjetivo*, ou seja, a *satisfação com a vida*. Através de uma avaliação global e, não através de aspetos da vida específicos, o próprio idoso ou outro indivíduo inquirido pode eleger o que considera fundamental para se sentir num nível de satisfação adequado à sua própria vida ou estilo de vida.

4.5.6. Escala de Otimismo

Com o intuito de recolher dados específicos da amostra, recorreu-se ainda à aplicação da *Escala de Otimismo* de Barros de Oliveira (1998) (Apêndice 9). A escala é constituída por 4 itens repartidos numa escala tipo *Lickert* de 5 pontos, variando de 1. Totalmente em desacordo (absolutamente não) 2. Bastante em desacordo (não) 3. Nem de acordo nem em desacordo (mais ou menos) 4. bastante de acordo (sim) e 5. Totalmente de acordo (absolutamente sim).

A *Escala de Otimismo* procura medir a disposição que o indivíduo apresenta para esperar resultados positivos de uma maneira racional, ou seja, esta escala traduz-se nas expectativas que os idosos têm em relação ao seu futuro (Peterson, 2000)

Dado que esta escala apresenta boas características psicométricas, decidimos utilizá-la neste estudo.

4.5.7. Escala Modificada de Barthel

O *Índice de Barthel (IB)* é um instrumento de avaliação das atividades básicas da vida diárias e foi originalmente publicado por Mahoney e Barthel (1965, Apêndice 10) e validado para uma amostra de idosos não institucionalizados por Araújo, Ribeiro, Oliveira e Pinto (2007).

O objetivo da escala é avaliar as capacidades funcionais do sujeito para a realização das atividades básicas da vida diária (ABVD's), medindo o que o idoso realmente executa de forma independente. O tempo de administração ronda os 10 minutos, e o preenchimento pode ser realizado através de registos médicos, observação direta, por entrevista ao indivíduo ou aos cuidadores, ou até, autoadministrado.

Este instrumento é constituído por 10 itens ou atividades básicas de vida diária (ABVD's), todos de resposta fechada (Apêndice 14), agrupados nas dimensões de mobilidade e autocuidados (Caneda, Fernandes, Almeida & Mugnol, 2006). Assim, o *Índice de Barthel* avalia o nível de independência para a realização de 10 ABVD's – alimentação, higiene pessoal, uso de sanitários, tomar banho, vestir e despir, controlo de esfíncteres, deambular, transferência da cadeira para a cama, e, por último, o ato de subir e descer escadas (Mahoney & Barthel, 1965; Sequeira, 2007).

Cada atividade apresenta entre dois a quatro níveis de dependência, em que a cotação de cada item oscila entre 0 (zero) e um valor máximo que pode variar entre 5, 10 ou 15 pontos, em função dos níveis de diferenciação. O valor mínimo representa dependência total do indivíduo em determinada tarefa enquanto o valor máximo indica independência (Anexo 5). A cotação global da escala oscila de 0 a 100 pontos, com intervalo de cinco pontos, em que o valor zero traduz, igualmente, uma dependência total e o cem corresponde à independência nestes domínios (Sequeira, 2010).

No que diz respeito aos pontos de corte da escala existe alguma discordância e controvérsia. Contudo, Granger, Devis, Peters, Sherwood e Barrett (1979) indicados por Sulter, Steen e Keyser (1999) referem os 60 pontos como o “ponto de viragem” entre independência e dependência nos cuidados pessoais essenciais, sendo uma pontuação igual ou superior a 85 indicativa de uma independência com assistência mínima.

Quanto à categorização da pontuação final, Sinoff e Ore (1997, citado por Gupta, 2008) apresentam os seguintes escalões: de 80 a 100 pontos – independente; de 60 a 79 pontos – necessita de ajuda mínima nas atividades da vida diária (ligeiramente dependente); de 40 a 59 pontos – moderadamente dependente; de 20 a 39 pontos – severamente dependente; de 0 a 19 pontos – totalmente dependente (Apêndice 10).

Esta categorização varia de forma inversamente proporcional ao grau de dependência, ou seja, quanto menor for a pontuação, maior é o grau de dependência em consonância com os pontos de corte acima enumerados (Sequeira, 2010).

No contexto clínico, o *Índice de Barthel* dá-nos informação importante não só a partir da pontuação total, mas também, de acordo com as pontuações parciais para cada atividade avaliada, já que permite conhecer as incapacidades específicas do idoso. Deste modo, é possível adequar os cuidados às necessidades básicas ou não do idoso (Araújo et al., 2007).

A validação portuguesa da escala por Araújo, Ribeiro, Oliveira e Pinto (2007) aponta uma boa consistência interna, com um *Alpha de Cronbach* de 0.89 e um nível de fidelidade elevado, com um *Alpha de Cronbach* de 0.96. Os autores afirmam que os resultados são concordantes com os estudos de Hann, Limburg e Schuling (1993) e de Martins (2004) que indicam, igualmente, boas qualidades psicométricas.

O *Índice de Barthel* (IB) é um instrumento frequentemente utilizado na prática clínica e na investigação e, por isso, Sequeira (2007) procedeu à sua análise fatorial, identificando três fatores, rotulados por *mobilidade*, *higiene pessoal* e *controlo de esfíncteres* – que explicam 75 % da variância total.

O primeiro fator intitulado por *mobilidade* apresenta uma consistência interna de 0.96, explicando 52,1% da variância total, avaliam-se, assim, as atividades que necessitam da mobilização/coordenação dos membros (superiores e/ou inferiores), incorporando os seguintes itens – alimentação, vestir, utilização da casa de banho, subir escadas, deambulação e transferência da cama para a cadeira (Sequeira, 2010).

O segundo fator denominado de *higiene* apresenta uma consistência interna de 0,84, explicando 12,4 % da variância total e incide nos itens – banho e higiene corporal. O terceiro fator apelidado de *controlo de esfíncteres* apresenta uma consistência interna de 0,87, explicando 10,7% da variância total e abrange os itens – controlo intestinal e vesical. Todos os itens da escala têm uma correlação estatisticamente significativa com o somatório do *Índice de Barthel* ($p < 0,0001$), alterando os valores da correlação entre 0,53 e 0,85 (Sequeira, 2010).

Deste modo, segundo Sequeira (2010), este instrumento sugere que as atividades básicas de vida diária manifestam uma natureza multidimensional organizadas em três domínios, permitindo a identificação dos determinantes do comprometimento das ABVD's, de forma global ou parcelar (mobilidade, higiene e controlo de esfíncteres).

Portanto, reforçando o que foi especificado anteriormente, este índice possibilita a avaliação da capacidade funcional do idoso, determinando o grau de dependência de forma global e parcelar em cada atividade (Sequeira, 2010).

4.6. Procedimentos metodológicos

Para a realização da presente investigação, após a escolha do tema e dos instrumentos de avaliação geriátrica e psicológica, procedeu-se, inicialmente, à seleção de uma instituição que se disponibilizasse a participar voluntariamente neste estudo. Por conveniência geográfica, a seleção recaiu sobre uma Instituição Particular de Solidariedade Social com sede na Mexilhoeira Grande – Aldeia de São José de Alcalar.

Em primeira instância, foi pedido consentimento à Direção da Instituição para a realização da investigação (Apêndice 1), tendo sido respondido de forma positiva (Apêndice 2). Também foram solicitadas autorizações aos autores dos instrumentos, (Apêndice 1), tendo obtido as necessárias autorizações (Apêndice 2).

A amostra foi selecionada por conveniência, de acordo com os propósitos e princípios já referidos anteriormente. Assim, para constituir a amostra fez-se uma redução da população por exclusão baseada em testemunhos e opiniões dos cuidadores que referiram aqueles cujas capacidades físicas e/ou psicológicas não permitiriam a aplicação de instrumentos. A seleção da amostra a partir desta população restringiu-se a um determinado número de indivíduos (idosos institucionalizados) representativos da população original nalgumas variantes, quer seja em termos de género, regime de institucionalização e faixas etárias, pois, só deste modo, seria possível abarcar uma amostra equilibrada e homogénea.

Na fase de recolha de dados, abordaram-se os idosos institucionalizados na Aldeia de São José de Alcalar, explicando-lhes individualmente que se estaria a desenvolver um estudo sobre a *Institucionalização, Satisfação e Qualidade de Vida do idoso*, solicitando-se a sua colaboração para participar na investigação. Previamente, a investigadora esclareceu os idosos de que os dados eram confidenciais e anónimos, teriam a liberdade para desistir de participar no estudo em qualquer momento da entrevista, sem quaisquer consequências, e caso tivessem dúvidas não deveriam hesitar em questionar a investigadora (Apêndice 3).

Pela proeminência de taxas de analfabetismo e na presença de problemas de visão e de audição na amostra, optou-se pela administração dos instrumentos através do método de entrevista individual. Esta processou-se, essencialmente de forma organizada seguindo uma estrutura lógica e coerente, seguindo o fio condutor dos questionários ao idoso, previamente compostos. Assim, a um grupo significativo e representativo da população

foram aplicados Instrumentos de Avaliação Geriátrica que visavam avaliar várias componentes biopsicossociais integrativas do idoso institucionalizado. Estes questionários e instrumentos foram preenchidos em contexto de entrevista com os principais intervenientes (investigador e idoso), sendo que, no caso de suscitarem algumas dúvidas no seu preenchimento, era solicitada ajuda a um cuidador formal.

A ordem de aplicação dos instrumentos aos indivíduos foi sempre a mesma, iniciando-se com o consentimento do idoso, o Questionário ao Idoso – Dados Sociodemográficos (Apêndice 4), seguido do *Mini Mental State Examination* – MMSE (Apêndice 5), *WHOQOL–Bref* (Apêndice 6), *Convoy Model* (Apêndice 7), *Escala de Satisfação com a Vida* (Apêndice 8), terminando com a aplicação da *Escala de Otimismo* (Apêndice 9), e da *Escala Modificada de Barthel* (Apêndice 10). No fim da entrevista individual, agradeceu-se a disponibilidade do idoso.

O tempo de aplicação dos instrumentos não teve limite e variou entre 60 a 120 minutos, consoante os temas que os idosos sentiram necessidade de abordar mediante as questões colocadas, já que as mesmas faziam recordar-se de algumas memórias a longo, médio e a curto prazo. As entrevistas decorreram em 20 dias não consecutivos, tanto nos períodos da manhã como da tarde, nas residências concernentes à Aldeia-Lar que os idosos habitavam.

Como a maioria dos instrumentos, requer alguma subjetividade no seu preenchimento, optou-se por aplicá-los oralmente, tendo sido necessário fazer alguns esclarecimentos e simplificação dos itens. Este procedimento resultou de uma perceção de evidentes dificuldades, por parte dos indivíduos em compreender e preencher corretamente os instrumentos. Os dados recolhidos foram posteriormente introduzidos e analisados através do *software* SPSS 20.0 (*Statistical Package for the Social Science*).

Para o estudo estatístico, inicialmente realizou-se uma análise descritiva com o objetivo de traçar o perfil sociodemográfico da amostra, seguido de uma caracterização dos fatores biopsicossociais, da *qualidade de vida*, do *estado de saúde* e da *satisfação com a vida* e do processo de institucionalização dos idosos inquiridos. Para tal foi realizada uma análise descritiva através do cálculo de médias, desvios-padrão, frequências e percentagens, expressos através de tabelas e gráficos. Para a análise das relações entre as variáveis procedeu-se a análises estatísticas mais complexas que incluíram correlações bivariadas e comparação de médias. Fizeram-se assim correlações de *Pearson* para verificar a existência ou não de relações entre as variáveis em estudo.

Capítulo 5 – Apresentação e discussão de resultados

5.1. Análises descritivas dos constructos básicos

Nesta secção apresenta-se a caracterização inicial dos resultados individuais relativos aos constructos básicos do presente estudo. Estes constructos abrangem os fatores biológicos, os fatores psicológicos, os fatores sociais, a *satisfação com a vida*, a *qualidade de vida*, o *estado de saúde*, o processo de institucionalização, bem como o grau de funcionalidade dos idosos institucionalizados na Aldeia de São José de Alcalar.

5.1.1. Dados Sociodemográficos

Retomando os objetivos enunciados aquando da apresentação do estudo empírico, nomeadamente em que se pretendia “caracterizar os idosos institucionalizados em termos sociodemográficos, através da descrição das variáveis sociodemográficas e categorização dos indivíduos da amostra”, constata-se que, tendo por base a média etária, a amostra apresenta uma propensão para uma idade avançada ($n_{\text{velhos-novos}}=1$; $n_{\text{velhos}}=15$; $n_{\text{velhos-velhos}}=14$), sendo equiparada às estatísticas apresentadas no PORDATA (2012), pois efetivamente verifica-se um ritmo de crescimento da população idosa mais acelerado do que o da população total, principalmente das idades mais avançadas (faixa etária entre os 75 aos 84 anos; faixa etária que abrange os maiores de 85 anos, inclusive).

Para além dos dados referentes à média etária se apresentarem como o reflexo da atual demografia portuguesa, este pressuposto também vem confirmar os estudos de alguns investigadores. Assim, Freitas, Py, Neri, Cançado, Gorzoni e Rocha (2002, citados por Martins, 2006), defendem que as pessoas com idade superior a 70 anos apresentam uma maior necessidade de recorrer a uma instituição de acolhimento permanente.

No que concerne à distribuição dos géneros na presente amostra, constata-se uma disposição idêntica à amostra que Himes, Wagner, Wolf, Aykan e Dougherty (2000) estudaram. Estes autores, atribuindo o resultado da sua investigação à maior esperança de vida feminina, encontraram uma maior percentagem de mulheres institucionalizadas do que homens, tanto na Alemanha como nos EUA. Por conseguinte também neste caso é

observado este pressuposto, considerando que o número de mulheres nos escalões mais velhos ($n_{75-84}= 12$; $n_{\geq 85}= 9$) é superior ao número de homens ($n_{75-84}= 3$; $n_{\geq 85}= 5$).

5.1.2. Dados da Institucionalização

Relativamente aos dados da institucionalização, os mesmos serão apresentados e discutidos, evidenciando-se os mais importantes e pertinentes para o estudo em causa.

Tal como foi oportunamente apresentado, a amostra é constituída por utentes da Aldeia de São José de Alcalar, abrangendo 26,8% ($n=30$) da população total ($N=112$) desta Aldeia-Lar. Desta população utente e residente nesta IPSS, vinte e um são idosos institucionalizados do sexo feminino ($n=21$) e nove são do sexo masculino ($n=9$), com uma variação de duração da institucionalização entre 1 ano (12 meses) e 17 anos ($M = 7,20$ anos; $DP = 5,880$ anos). Desta amostra de idosos surge como principal motivo de institucionalização, a doença do próprio idoso em 26,7% dos casos ou a doença do cônjuge em 36,6% dos casos, provavelmente devido a um acentuado índice de envelhecimento¹ na região algarvia (132,5, no ano de 2011) (PORDATA, 2012). No município de Portimão e Monchique de onde maioritariamente são oriundos os idosos institucionalizados que fazem parte da amostra, o índice de envelhecimento recai para 118,3 e 326,4, respetivamente. Assinala-se também que estas zonas de proveniência detêm uma característica marcadamente rural e desertificada, onde se verifica um acentuado êxodo rural, por parte dos mais jovens (potenciais cuidadores de idosos) para cidades limítrofes como Portimão, Lagos e até Faro. Em consequência deste panorama migratório, demográfico e territorial, os idosos quando adoecem, sem possibilidades de recorrer a cuidados informais por parte dos familiares e/ou amigos, vêm na institucionalização uma forma de usufruir de cuidados primários e secundários imprescindíveis ao seu *bem-estar subjetivo* e/ou psicológico, ou até mesmo ao seu *bem-estar físico*.

Contudo, tendo em consideração relatos acessórios dos próprios idosos, deveremos analisar este dado referente à proeminência da doença do próprio e/ou do cônjuge com alguma ponderação, uma vez que destes relatos não se evidencia que a

¹ “Relação entre a população idosa e a população jovem, definida habitualmente como o quociente entre o número de pessoas com 65 ou mais anos e o número de pessoas com idades compreendidas entre os 0 e os 14 anos (expressa habitualmente por 100 (10^2) pessoas dos 0 aos 14 anos)” (INE, 2006^a,p.309).

institucionalização se deve exatamente à doença comum na população envelhecida, mas sim à dificuldade que a maioria dos idosos de idade avançada tem em realizar atividades básicas da vida diária (ABVD's) e atividades instrumentais da vida diária (AIVD's). Este facto parece sintetizar-se no modelo de Jette e Verbrugge (1994, citados por Steinhagen-Thiessen & Borchelt, 2011), em que a funcionalidade diminuída resulta de uma patologia pré-existente, considerada pelo indivíduo como prioritária. Neste modelo, Jette e Verbrugge (1994, citados por Giacomini, Peixoto, Uchoa & Lima-Costa, 2008) definiram a incapacidade funcional como a dificuldade experimentada em realizar atividades em qualquer domínio, devido a um problema físico ou de saúde, com impactos sobre habilidade da pessoa para exercer determinados papéis sociais. Assim, Verbrugge e Jette propõem o processo de tornar-se incapaz, considerando três aspetos: fatores *predisponentes* (características sociodemográficas); fatores *intraindividuais* (estilo de vida, atributos psicossociais, alterações de comportamento, modo de lidar com as doenças e com as modificações de atividades que afetam o processo de incapacidade); e (iii) *extraindividuais* (intervenções dos serviços de saúde e de reabilitação, uso de medicamentos, suportes externos, ambiente físico e social) (1994, citados por Giacomini, Peixoto, Uchoa & Lima-Costa, 2008). Esta mesma incapacidade funcional decorrente de alguns destes fatores foi referida pelos idosos inquiridos, sendo efetivamente um dos principais fatores que os conduziu à institucionalização. Torna-se pertinente ainda referir que de acordo com os investigadores Araújo, Oliveira, Ribeiro e Pinto (2007), o isolamento e as doenças incapacitantes afirmam-se como as principais razões de institucionalização de idosos, no entanto, nesta amostra o isolamento ($n=3$) não surge com grande evidência, como uma variável apontada pelos inquiridos (Tabela 4.4). Este último dado talvez surja do facto do isolamento ser percecionado como algo comum e natural nas zonas de proveniência, sendo a doença do próprio ou do cônjuge, um motivo muito mais importante e preocupante para este grupo de idosos.

No que diz respeito à opinião dos utentes inquiridos da Aldeia de São José de Alcalar face à situação de institucionalização, ($n=28$) afirmam-se a favor, em detrimento de 6,7% de idosos ($n= 2$) que não concordam com a sua permanência na instituição (Tabela 4.4). Porém, este resultado tendencialmente favorável não revela uma total adaptação e aceitação das atividades desenvolvidas pela instituição, dos cuidados formais prestados por alguns profissionais, bem como, das regras institucionais implementadas. Efetivamente, em conversa informal e individual com os idosos inquiridos, ficou claro

que a opinião favorável acerca da institucionalização nesta Aldeia-Lar se deve apenas a uma atitude conformista adotada pelos idosos face à sua situação de doença própria ou doença do cônjuge. Salienta-se que também este último pressuposto foi estudado e descrito por Vaz (1998) e Pimentel (2005).

Torna-se importante ainda referir que, esta questão que aborda a institucionalização em si evidencia-se como muito melindrosa, pois ao longo da aplicação dos instrumentos e, mais especificamente nesta questão, denotou-se algum constrangimento e algum receio ou até medo em responder de acordo com o que realmente sentiam e pensavam.

5.1.3. Dados da Funcionalidade

De acordo com o segundo objetivo específico do presente estudo procurou-se “caracterizar os idosos institucionalizados ao nível das suas características funcionais”. Analisando as frequências e as percentagens encontradas através do *Índice de Barthel* que permite avaliar as capacidades funcionais do sujeito para a realização das atividades básicas da vida diária (ABVD's), medindo o que o idoso realmente executa de forma independente, é possível escalonar a amostra recolhida por níveis de dependência. Assim, podemos constatar a presença de um maior número de idosos nos níveis mais altos de independência, *Necessita de ajuda* (13,3%) e *Independente* (86,7%). Por outro lado, não se classifica nenhum idoso desta amostra, nas classes de maior dependência (Tabela 5.1).

A média dos resultados no *Índice de Barthel* é de 93,33 pontos ($DP=10,029$), denotando-se como uma prova de que os idosos desta amostra detêm uma característica de funcionalidade marcadamente independente. De acordo com Granger, Devis, Peters, Sherwood e Barrett (1979, citados por Sulter, Steen & Keyes, 1999), os valores referidos superiores a 85 pontos representam uma independência com assistência mínima.

No que diz respeito, aos domínios da escala, *autocuidados* e *mobilidade*, verifica-se que a maioria é relativamente independente em ambos os domínios, ou seja, necessita de apoio meramente assistencial. No domínio dos *autocuidados*, 70,0% ($n=21$) são independentes em tudo o que diz respeito à alimentação e à higiene corporal, ao ato de vestir, ao momento de tomar banho e usar a casa de banho, bem como ao controlo intestinal e vesical. No caso concreto destes idosos, a autonomia nos autocuidados está

plenamente assegurada por cada um. Por outro lado, constatou-se que 6,7% ($n=2$) necessita de auxílio nestas atividades básicas da vida diária. No domínio da *mobilidade*, 63,3% ($n=19$) são independentes em tudo o que diz respeito a subir escadas, transferência da cadeira-cama e deambulação. No entanto, ainda neste domínio da *mobilidade*, constatou-se que apenas 3,3% ($n=1$) necessita de ajuda nestas atividades instrumentais da vida diária. Torna-se pertinente ainda referir que nesta amostra não se encontraram idosos totalmente dependentes em ambos os domínios (*autocuidados* e *mobilidade*).

Tabela 5.1 – Frequências e Percentagens de distribuição da amostra por níveis de dependência funcional

Nível	Pontuação	Frequência	%
Totalmente dependente	0-19	0	0%
Muito dependente	20-39	0	0%
Parcialmente dependente	40-59	0	0%
Necessita de ajuda	60-79	4	13,3%
Independente	80-100	26	86,7%
Total	0-100	30	100%

Analisando estes dados respeitantes à funcionalidade dos idosos constata-se que os mesmos correspondem às razões de institucionalização apresentadas, ou seja, os inquiridos referiram que as principais razões de institucionalização remetiam para a doença própria ou doença do marido, sendo que apenas 6,7% ($n=2$) apontaram a incapacidade física como principal motivo para a escolha de um novo modo de vida numa instituição tipo Aldeia-Lar (Tabela 4.4). Por outro lado, contrariando os dados apresentados, a atual revisão da literatura admite a incapacidade funcional como um atributo dos mais velhos (Paúl & Ribeiro, 2012; Araújo, Ribeiro, Oliveira & Martins, 2007; Berger & Mailloux-Poirer, 1995) e, como tal, principal motivo de institucionalização nesta faixa etária (Martins, 2006; Cardão, 2009).

Torna-se pertinente ainda referir que, a presente escala apenas avalia as atividades básicas da vida diária (ABVD), ou seja, as atividades relacionadas com os *autocuidados* e

a *mobilidade* e, efetivamente, o tipo de perda de funcionalidade apresentada pela maioria dos utentes prende-se com a realização de atividades instrumentais da vida diária (usar telefone, ir a locais distantes, fazer compras, preparar as próprias refeições, arrumar a casa, trabalhos manuais domésticos, lavar e passar a sua roupa a ferro, tomar os remédios na dose e horários corretos e cuidar das suas próprias finanças). De facto, a incapacidade para realizar as AIVD's pode ser suficientemente debilitante e/ou angustiante para exigir uma institucionalização. Estas AIVD's poderiam ser medidas pela *Escala de Lawton de Atividades Instrumentais da Vida Diária* (Lawton & Brody, 1969).

No entanto, as conclusões de que apenas uma pequena percentagem de idosos, atribuiu a funcionalidade como razão principal para a institucionalização, remete-nos para uma premissa algo controversa. Assim, estima-se que muitos idosos necessitam de algum apoio doméstico para se conseguir manter na sua própria casa, não esquecendo que a doença do próprio ou do cônjuge é principal motivo de institucionalização, sendo que a doença em si, não admitindo incapacidade física, pode limitar os idosos em determinadas atividades instrumentais da vida diária.

Segundo Atchley (2000, citado por Simões, 2006, p. 35), «a percentagem de idosos, sem limitações na sua atividade, tem vindo a subir substancialmente, nos últimos anos, indicando que um maior número de pessoas vai gozando de uma velhice saudável» e, em consonância com esta afirmação, o “retrato” funcional desta amostra aponta para uma larga vantagem dos indivíduos considerados independentes nas ABVD's, assim como na ausência de indivíduos que podem ser efetivamente considerados dependentes.

Ainda assim, torna-se pertinente assinalar que esta análise e descrição não é, certamente, o retrato fidedigno dos 112 idosos institucionalizados na Aldeia de São José de Alcalar (população de origem), pois um dos procedimentos iniciais do estudo coincidiu com a seleção de indivíduos com capacidade para responder ao estudo, pelo que foram automaticamente excluídos vários idosos que apresentavam outras características incapacitantes (*e.g.* défice cognitivo, presença de doença neurodegenerativas – *Alzheimer* e *Parkinson*, depressão profunda) e igualmente baixos níveis de funcionalidade. Além disto, temos que ter presente o facto de alguns idosos se recusarem a participar e/ou colaborar neste estudo por receio dessa mesma participação poder vir a ter consequências negativas para o seu futuro como idosos institucionalizados nesta Aldeia-Lar, embora estes idosos se encontrassem em perfeitas condições de saúde, quer seja ao nível psicológico, físico e funcional.

5.1.4. Dados da Função Cognitiva

Tendo como referencial o objetivo proposto “caraterizar e avaliar as funções cognitivas dos idosos institucionalizados” apresentam-se os resultados obtidos através do *Mini-Mental State Examination* (MMSE) que é um instrumento de avaliação cognitiva de referência nos idosos com demência, uma vez que possibilita o despiste de défice cognitivo de acordo com o grau de escolaridade (Sequeira, 2010), tal como se referiu anteriormente.

No caso desta amostra de 30 idosos, a sua grande maioria é analfabeta ($n=16$) e alguns apenas frequentaram entre 1 a 4 anos de escolaridade ($n=14$). Este facto deve-se à proveniência modesta da maioria dos idosos, a maioria oriundos de estratos sociodemográficos muito baixos e de regiões muito desertificadas, onde se privava as crianças de acesso fácil a escolas, ou por outro lado, não existiam condições monetárias para a permanência das crianças na escola para além do 4º ano (antiga 4ª classe).

Constata-se ainda que, existe uma ausência de “defeito cognitivo” nesta amostra. Assinale-se que esta foi a condição fundamental para selecionar a presente amostra de 30 idosos. Efetivamente, o valor médio das primeiras duas categorias encontra-se acima do respetivo ponto de corte, de 15 e 22, para indivíduos analfabetos e para aqueles que completaram até 11 anos de escolaridade, respetivamente. Na categoria alfabetizados com mais de 11 anos de escolaridade não se encontraram idosos com esta característica. A categoria relativa aos analfabetos exhibe uma média de 20,60 ($DP=3,092$) que se encontra bem mais acima do respetivo ponto de corte (≥ 15 pontos), com uma margem de 5,60 em comparação com os alfabetizados, cuja margem de média é de $M=26,36$ ($DP= 2,649$), e o respetivo ponto de corte (≥ 22 pontos) é de apenas 4,36 (Tabela 5.2).

Tabela 5.2 – Apresentação da estatística descritiva dos resultados do *MMSE* – por alfabetizados e analfabetos

Categoria	N	Min.	Máx.	M	DP
Analfabetos	16	15	28	20,69	3,092
Alfabetizados (de 1 a 11 anos de escolaridade)	14	22	29	26,36	2,649
Alfabetizados (mais de 11 anos de escolaridade)	0	-	-	-	-
Total	30	15	29	23,33	4,046

Através da análise da Tabela 5.3 é possível confirmar que este grupo de idosos se apresenta sem défice cognitivo, sendo perceptível o facto de que 37,6 % da categoria dos analfabetos está muito acima do ponto de corte (≥ 15) e 64, 3% da categoria dos alfabetizados de 1 a 11 anos está acima dos 27 pontos que constitui ponto de corte para os indivíduos alfabetizados com mais de 11 anos de escolaridade.

Assim, de acordo com os dados encontrados, pode constatar-se que a falta de escolaridade não é impeditiva de atingir um valor alto no instrumento *MMSE*. Por seu turno, parece invulgarmente surpreendente que os indivíduos que não frequentaram a escola e/ou que são analfabetos tenham conseguido manter a função cognitiva a um nível muito superior ao ponto de corte, pois efetivamente, muitos autores (Forcia & Lavizzo-Mourey; 1998, Marchand, 2001; Schaie, 1996) defendem o nível de educação como fator protetor do surgimento de declínios cognitivos leves ou graves na velhice.

Tabela 5.3 – Cálculo do número de indivíduos sem “defeito” cognitivo

Categoria	Intervalo de medição em pontos	Frequência	% na categoria
Analfabetos (ponto de corte ≥ 15)	[15, 22[10	62,4%
	[22, 28]	6	37,6%
Alfabetizados (de 1 a 11 anos de escolaridade) (ponto de corte ≥ 22)	[22, 27[5	35,7%
	[27, 29]	9	64,3%
Alfabetizados (mais de 11 anos de escolaridade) (ponte de corte ≥ 27)	-	-	-
Total			

Contudo, das variáveis disponíveis, apenas a idade poderia explicar este facto, pois 50,0% dos idosos do grupo com a escolaridade até onze anos encontra-se na categoria *velhos-velhos* e 43,8% insere-se nesta categoria no grupo dos analfabetos. No entanto, esta diferença não explica o que diversos estudos defendem, ou seja, supostamente as funções cognitivas deveriam manter-se até aos 75/80 anos.

Por outro lado, torna-se pertinente referir que, a diferença entre as médias de idades do grupo dos analfabetos ($M=83,1$; $DP=6,874$) e dos alfabetizados ($M=84,25$; $DP=6,361$) não é considerada significativamente diferente a um nível de significância superior a 5% ($p= 0,672$). No entanto, se for tido em consideração os pressupostos da Teoria do Ciclo de Vida (Baltes & Baltes, 1990; Baltes, 1997) onde se defende que o envelhecimento individual é um resultado da plasticidade e heterogeneidade de desenvolvimento, pode-se supor que as diferenças inesperadas entre os dois grupos ao nível da frequência por pontuação no *MMSE*, se devem a outros fatores biológicos e psicológicos, socialmente considerados. Assim pressupõe-se que este processo pode explicar como alguns idosos por ação de ambientes menos favoráveis, tenham iniciado o declínio cognitivo mais cedo (apesar de pouco acentuado) e, que por outro lado, outros o

tenham conservado, ou até mesmo, melhorado as suas capacidades por ação de ambientes mais favoráveis (e.g. permanência num trabalho mais exigente).

5.1.5. Dados da Rede de Apoio Social – Família e Amigos

No que concerne aos resultados das questões referentes à *Rede de Apoio Social*, tendo como objetivo “caracterizar os idosos institucionalizados ao nível das suas redes sociais” constata-se que 80,0% ($n= 24$) dos idosos afirma que tem “muitos amigos”, enquanto que 20,0% ($n=6$) afirma ter “mais ou menos amigos”.

Considerando a frequência de contacto com os amigos, mais de metade da amostra (60,0%) refere um contacto “muito frequente”, enquanto uma menor percentagem (36,7%) indica uma frequência de contacto média e apenas 3,3% ($n=1$) refere “pouca frequência” de contacto.

De encontro a estes dados, torna-se importante salientar que alguns estudos desenvolvidos na área das redes sociais de apoio, caracterizam as relações sociais na velhice como sendo muito boas, dinâmicas e repletas de elementos com quem o indivíduo tem um laço emocional (Cartensen, Gross & Fung, 1997, Antonucci & Akiyama, 1996). Em relação ao estado de institucionalização, pode-se frisar o pressuposto de Hinrichsen (1985, citado por Martins, 2006), onde é defendido que perante uma grande concentração de idosos, verifica-se um maior número de amigos e amigadas ativas. Por outro lado, assinala-se ainda alguma controvérsia nestes dados, pois Allen-Burge, Burgio, Bourgeois, Sims e Nunnikhoven (2001) citam estudos onde se defende a teoria de que os utentes dos lares vivem grande parte do tempo sozinhos e isolados, sem participarem nem desenvolverem interações sociais.

No que diz respeito à constituição familiar dos indivíduos, esta aponta que vinte e cinco casos ($n=25$) assinalam os filhos e os netos como principais provedores de apoio. Destes catorze ($n=14$) referem já a existência de bisnetos. A presença de sobrinhos é referida por doze inquiridos ($n=12$), e entre outros familiares encontram-se irmão(ãs), cunhados(as), noras/genros, primos(as), mas numa frequência menor.

Torna-se pertinente ainda assinalar que alguns idosos ($n=9$) referem dos 33 cuidadores formais do lar, apenas a técnica superior de fisioterapia e a animadora

socioeducativa como importantes para a sua vida, uma vez que defendem que as mesmas cuidadoras formais lhes prestam um bom suporte social, emocional e educativo.

No que concerne à distribuição dos elementos referidos pelos idosos, os resultados deste instrumento (*Convoy Model*), apontam para uma concentração dos familiares (86,74%) no círculo de pessoas a que o idoso *se sente tão próximo que é difícil imaginar a vida sem eles*. Assim, apenas 5,47%, 4,98% e 2,81% dos referidos neste círculo são utentes, amigos exteriores e profissionais que trabalham no lar, respetivamente. No círculo dois é de salientar a expressiva diminuição do número relativo de familiares (9,56%) e um conseqüente aumento da quantidade relativa de utentes (46,24%), de amigos externos (23,57%) e profissionais laborais (20,63%). Estes são considerados como indivíduos que *não sendo tão próximos são também importantes*.

O terceiro círculo revela uma agudização desta tendência, ou seja, uma diminuição da representação familiar (6,72%) e um aumento da representação dos utentes (51,31%), dos amigos (25,37%), e um decréscimo dos profissionais laborais (16,6%) em relação ao segundo círculo. Esta rede social representada neste terceiro círculo traduz-se nas pessoas que *são suficientemente próximas e importantes* para serem representadas.

Em relação à densidade, o círculo mais representativo de um maior número de pessoas, e conseqüentemente o mais denso, foi o círculo 1 (59,51%), seguido pelo círculo 2 (31,24%) e, finalmente, pelo círculo 3 (9,25%).

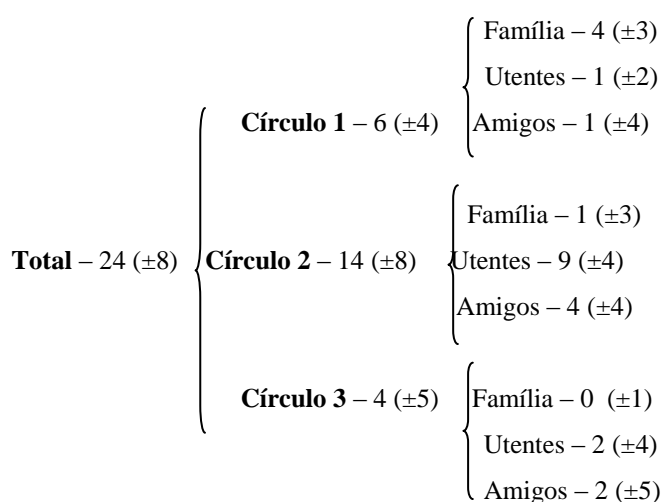


Figura 5.1 – Média de familiares, utentes e amigos por círculo do *Convoy Model* (médias arredondadas)

As análises anteriormente explicitadas traduzem-se numa média de vinte e quatro indivíduos no total dos círculos (±8). Destes seis (±4) encontram-se no círculo 1, catorze

(±8) no círculo 2 e apenas quatro (±5) no círculo 3. Tal como já foi explicitado, no círculo 1 predominam os familiares, com uma média de quatro elementos em detrimento de um elemento utente e um elemento amigo. No círculo 2 denota-se a referência a um total de nove utentes, quatro amigos exteriores e apenas um familiar. O terceiro círculo é o menos preenchido, com a eventual referência a utentes e amigos, cada um com uma média de dois (Figura 5.1). Pela pouca expressividade dos profissionais que trabalham no lar, nesta análise não foram referenciadas as distribuições.

Em relação à rede social global do indivíduo, o número de relações mais próximas surge suportado pelas teorias de House e Kahn (1985, citados por Antonucci & Akiyama, 1996), onde se defende a existência de uma média de 5 a 10 membros em cada um dos três círculos de rede social, demonstrativos da real importância que estes têm para o inquirido. Na rede social dos idosos inquiridos esta média e distribuição são perceptíveis.

Quanto à média da Satisfação dos inquiridos em relação ao apoio cedido pelos indivíduos enumerados no círculo 1 do comboio social (*se sente tão próximo dos indivíduos que é difícil imaginar a vida sem eles*), é de salientar que esta é bastante positiva, tendo em consideração que está acima do ponto médio da escala ($M=4,40$ $DP=0,513$). No que diz respeito à média de Satisfação dos inquiridos em relação ao apoio cedido pelos indivíduos enumerados no círculo 2 do comboio social (*indivíduos que não sendo tão próximos são também importantes*), verifica-se que esta também é bastante positiva alcançando uma média de 4,03. Por último, a Satisfação dos idosos que fizeram parte da amostra em relação ao apoio prestado pelos indivíduos enumerados no círculo 3 do comboio social (*pessoas que são suficientemente próximas e importantes*) revela uma média de apenas 2,89. Este último valor revela que no círculo 3 do comboio social não foram referenciados muitos indivíduos, e à partida não teriam uma conotação tão satisfatória para os idosos em termos de relação interpessoal como a que se verificou na representatividade concernente aos outros círculos do comboio social.

Efetivamente, Antonucci e Akiyama (1996) defendem uma concentração da atenção dos idosos nos descendentes e familiares mais próximos (*e.g.* filhos, irmãos, primos) e, em consonância com este pressuposto, esta amostra de 30 idosos da Aldeia de São José de Alcalar, revela uma distribuição dos elementos familiares no círculo mais interior do modelo de *Convoy* e um elevado nível de Satisfação com o apoio recebido, determinando os filhos e os netos como principais cuidadores e provedores de apoio social e emocional. Por outro lado, Sousa, Figueiredo e Cerqueira (2006) defendem que a

aproximação desta rede social de suporte aos idosos tende a ser um resultado da sua própria institucionalização. Além disto, a teoria implícita no *Convoy model* também relativiza a importância que os amigos têm para os idosos (Antonucci & Akiyama, 1996). Assim sendo, na amostra existe uma média total de doze amigos, dos quais cinco são utentes e sete são amigos exteriores. Torna-se importante enunciar que, a referência aos utentes no círculo dedicado às pessoas que não sendo tão próximas são também importantes, e a sua inferioridade numérica em comparação com os amigos exteriores deixa inferir a importância que existe em incitar e fomentar as relações interpessoais no próprio espaço institucional. De facto, é urgente promover a socialização dos idosos no seio da própria instituição e fora da mesma, só deste modo é possível desenvolver uma rede social mais alargada que, *per si*, permite uma melhor e maior estabilização emocional do idoso. Torna-se importante ainda referir que, a proximidade de um núcleo de suporte afetivo mais coeso promove sentimentos de autoestima, de esperança no futuro e de positividade no idoso institucionalizado. Allen-Burge, Burgio, Bourgeois, Sims e Nunnikhoven (2001) defendem a fomentação e promoção de níveis de socialização alargados e vindouros, considerando também que maioritariamente, a rede social dos idosos provenientes de meios mais desfavorecidos, encontra-se concernente a um meio mais rural e isolado.

No total da análise da rede social dos idosos da amostra os resultados parecem evidenciar uma relativa manutenção das redes sociais, sendo que, Wagner, Schutze e Lang (2001) descrevem que os laços afetivos com os descendentes não se desfazem com a saída dos filhos da sua própria residência familiar e, por si só, pressupõe-se que a hipótese dos familiares mais próximos dos idosos se afastarem é muito remota. Em relação às amizades, embora a redução da rede social de suporte possa ser desencadeada pela morte dos amigos, não existe nada que impeça os idosos de criar novas relações de amizade, principalmente quando se verifica um contacto diário com os indivíduos da mesma geração no mesmo espaço físico. Este mesmo contacto é muito propício a ser desencadeado em instituições como a que faz parte deste estudo, pois este Lar de Terceira Idade patenteia-se num modelo Aldeia-Lar. No entanto, é de enunciar que apesar deste lado positivo da institucionalização neste tipo de lares, não podemos esquecer que existe sempre um eventual sentimento de desenraizamento fruto de uma rutura abrupta, e muitas vezes não consentida pelo idoso, com o seu espaço físico e relacional concernente à sua própria residência (Vaz, 1998).

5.1.6. Dados da Satisfação com a Vida e Otimismo

Retomando o objetivo proposto de “analisar os idosos institucionalizados no que se refere à sua *satisfação com a vida* e ao otimismo”, a análise estatística da *Escala de Satisfação com a Vida* de Diener, Emmons, Larsen e Griffin (1985) revela-nos que o valor médio da pontuação total da escala é de 18,17 ($DP=4,720$). Deste modo, pode afirmar-se que tal valor é expressivo de uma *satisfação com a vida* mediana, pois localiza-se um pouco acima do ponto médio da escala (Tabela 5.4).

Tabela 5.4 – Estatística descritiva da *Escala de Satisfação com a Vida* de Diener, Emmons, Larsen e Griffin (1985), adaptado por Simões (1982)

	Min.	Máx.	Média	DP
Satisfação com a Vida	9	25	18,17	4,720

No que diz respeito à observação do Gráfico de Quartis (Gráfico 5.2) parece mostrar que apenas 25% da amostra reclama níveis de *satisfação com a vida* abaixo dos 15 ($Q_{25}=15$) e que 75% da amostra se concentra entre os valores 15 e 23 ($Q_{95}=23$). Estes dados sugerem que a maior parte dos valores de *satisfação com a vida* da amostra se encontram acima do valor médio da escala. Ou seja, a maior parte da amostra (75%) tem valores de satisfação acima da mediana.

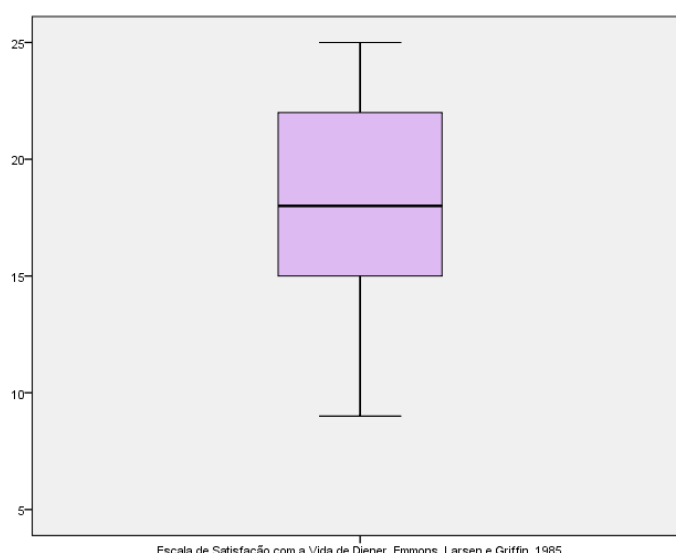


Gráfico 5.1 – Gráfico de Quartis da distribuição dos níveis de *Satisfação com a Vida* da *Escala de Satisfação com a Vida* de Diener, Emmons, Larsen e Griffin (1985)

Os dados anteriormente analisados mostram uma visão otimista da *satisfação com a vida* e, deste modo, é possível prever que estes idosos se encontram satisfeitos com a sua vida em geral, o que não quer dizer que estejam totalmente satisfeitos por viverem institucionalizados nesta Aldeia-Lar. Assinala-se que com este instrumento é medido o nível de *satisfação com a vida* de um modo geral, englobando todos os momentos vividos durante a vida e, não especificamente os apenas vivenciados nesta Aldeia-Lar.

Em relação ao nível de *satisfação com a vida*, encontrado neste instrumento podemos inferir que apontam resultados gerais maioritariamente positivos e, deste modo, é possível fazer um paralelismo com os dados do estudo intitulado *Berlin Aging Study* de Smith, Fleeson, Geiselman, Settersten e Kunzmann (2001). Por outro lado, num outro estudo *Duke Longitudinal Study* concluiu-se que a *satisfação com a vida* se mantém ao longo dos anos, ou seja, o facto de estes indivíduos serem idosos, não é indicador de que os mesmos atinjam níveis de satisfação inferiores, sendo que a velhice não é motivo para prever níveis de insatisfação significativos.

Como exemplo dos pressupostos explicitados, pode ainda referir-se o estudo de Baltes e Baltes (1993) sobre o *modelo de Otimização Seletiva com Compensação* onde foram identificados três motivos essenciais justificativos de uma *satisfação com a vida* estável, nomeadamente, o fenómeno dos *multiple selves*, o reajustamento de objetivos e níveis de aspiração (*e.g.* seleção de objetivos a atingir) ou a comparação social (*e.g.* rede social envolvente). Evidentemente que também podemos salientar que a ausência de distúrbios psicológicos como a depressão, também pode influenciar positivamente os níveis de *satisfação com a vida*, embora neste estudo não se avalie o nível de depressão dos idosos.

Por outro lado, pode supor-se que alguns idosos terão respondido a este instrumento, referenciando-se aos momentos vividos apenas na Aldeia de São José de Alcalar e, sendo assim, com os resultados encontrados pressupõe-se que estes idosos usufruíram de um processo positivo de adaptação à instituição (Lang, Löger & Amann, 2007) sendo que o cumprimento, por parte da instituição, dos critérios que o idoso considera essenciais para a sua *qualidade de vida* conduziram a que este tivesse atingido melhores níveis de *satisfação com a vida*. Robichaud, Durand, Bédard e Ouellet (2006) referem o envolvimento relacional empático, a estrutura, a sensação de identidade, o controlo de si próprio e do espaço envolvente, a preservação da intimidade, a segurança e o conforto institucional, a satisfação das necessidades básicas e instrumentais, o respeito

no tratamento e a competência técnica dos profissionais, como critérios essenciais à *qualidade de vida* e à *satisfação com a vida* de idosos institucionalizados.

Torna-se importante ainda assinalar que em conversas informais e individuais com estes grupo de idosos, se detetaram algumas queixas relativamente ao trato que os idosos usufruem por parte dos cuidadores formais, quer sejam técnicos superiores e/ou não superiores. Efetivamente, foi detetado algum abandono destes idosos por parte de técnicos superiores e, em género de confidência foram relatadas algumas situações em que imperava a necessidade de uma melhor intervenção social (quer ao nível de conflitos entre idosos, quer ao nível de apoio emocional aos idosos que sofrem mais com a solidão, ou até mesmo, ao nível da resolução de problemas de logística institucional e coordenação de recursos humanos). Além disto, também foram detetadas falhas ao nível do tipo de acolhimento institucional prestado pelos cuidadores formais, quer sejam técnicos superiores ou não superiores, aquando da chegada de um novo idoso ao lar. É de realçar que, muitas das vezes, a ausência de acolhimento e de preparação para a integração de um novo idoso no lar foi motivo de conflito entre idosos. Na verdade, na chegada de um novo idoso a um Lar de Terceira Idade é necessário existir um acompanhamento (emocional, psicológico e social) prévio aos idosos já residentes na instituição e aos futuros residentes.

Pela análise efetuada pode concluir-se que provavelmente todas as circunstâncias anteriormente explicitadas contribuíram naturalmente para influenciar o nível de *satisfação com a vida* dos idosos desde que residem na instituição e não propriamente com o nível de satisfação geral com a vida, sendo este último ponto objeto de resposta para este instrumento em específico.

Em relação à análise estatística da *Escala de Otimismo* de Barros de Oliveira (1998) é de assinalar que o valor médio da pontuação total da escala é de 13,10 ($DP=4,302$). Deste modo, pode afirmar-se que tal valor é expressivo de um *otimismo* mediano, pois localiza-se um pouco acima do ponto médio da escala (Tabela 5.5).

Nesta escala optámos por um gráfico de dispersão com o intuito de ser mais perceptível o nível de otimismo encontrado no sexo feminino e masculino incluído nesta amostra de 30 idosos.

Tabela 5.5 – Estatística descritiva da *Escala de Otimismo*, de Barros de Oliveira (1998)

	Min.	Máx.	Média	DP
Escala de Otimismo	4	20	13,10	4,302

No que diz respeito à observação do gráfico de dispersão (Gráfico 5.2), é perceptível que as mulheres são menos otimistas que os homens até na velhice, pois apesar da amostra englobar um menor número de idosos do sexo masculino, deteta-se que 55,6% dos idosos homens atingem um otimismo global superior a 16, enquanto que 28,5% das mulheres atingem um valor de otimismo equivalente (≥ 16). A amostra total atinge um otimismo global superior a 13, sendo que apenas 43,3% dos idosos aponta para um otimismo menor que a média.

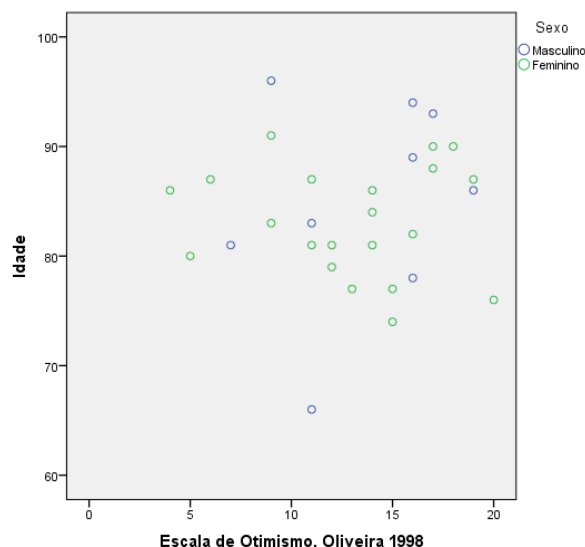


Gráfico 5.2. Gráfico de Dispersão da *Escala Otimismo* de Oliveira (1998)

A este propósito convém relembrar que nos idosos, o nível de otimismo está mais presente em relação ao presente que ao futuro, pois muitas vezes o nível de otimismo está associado a aspetos relacionados com a saúde e, efetivamente os idosos têm consciência de que a velhice não lhes traz uma melhor saúde. Em consonância com este pressuposto, Lima (2008) admite que a felicidade pode ser um indicador para completar os valores objetivos da *qualidade de vida*, aconselhando o Índice de Desenvolvimento Humano

(IDH) e a expectativa de vida saudável. Por conseguinte, Lima (2008) defende que sentimentos positivos e otimistas relacionam-se com melhores condições de saúde e, efetivamente as mulheres são em geral menos otimistas, mais depressivas, revelando menos esperança no futuro.

Torna-se importante referir que, os idosos apresentam-se efetivamente em média, satisfeitos com a vida e, conseqüentemente, otimistas em relação ao futuro. Denota-se também que aqueles que se apresentavam não otimistas em relação ao futuro, em conversas laterais ao estudo, afirmavam estar efetivamente preocupados com o futuro do País e, conseqüentemente mantinham-se apreensivos em relação à possível diminuição monetária das suas pensões ou reformas. Efetivamente, este grupo de idosos tinha consciência de que diminuindo o seu poder económico, objetivamente diminuía a sua *qualidade de vida*.

5.1.7. Dados da Qualidade de Vida

Pretendendo-se “caraterizar e avaliar o nível de *qualidade de vida* de um modo geral e o *bem-estar subjetivo* e/ou psicológico dos idosos institucionalizados” apresentam-se os resultados obtidos através do *WHOQOL-100 (World Health Organization Quality Of Life)*; instrumento que adota um conceito amplo, multidimensional e transcultural, baseando-se no pressuposto de que a *qualidade de vida* é um conceito subjetivo, inerente às noções individuais de cada um, ou seja, à percepção individual (Fleck, Leal, Louzada, Xavier, Chachamovich, Vieira, Santos & Pinzon, 1999a).

Assim, nesta amostra de 30 idosos pelos resultados obtidos no *WHOQOL- Bref*, verificámos que, relativamente à Faceta Geral, que avaliava a percepção da *qualidade de vida* e da *satisfação com a sua saúde* (medida por uma escala de *Lickert* de avaliação), os idosos institucionalizados inquiridos avaliavam, na sua maioria, a sua *qualidade de vida* como “nem boa nem má”, já que se obteve uma média de 54,58 e um desvio padrão de 22,38, indicando alguma variação. Com estes valores, foi atingido a média da totalidade do *score* possível de se obter, embora exista uma tendência muito discreta para atingir o bom. Os valores obtidos, nomeadamente o mínimo e o máximo, mostram-nos ainda que

alguns dos inquiridos consideravam a sua *qualidade de vida* muito má ou muito boa com o mínimo de 12,50 e o máximo de 100, respetivamente (Tabela 5.6).

Por outro lado, torna-se pertinente referir que no instrumento *WHOQOL-Bref*, quanto mais alta a pontuação obtida, melhor a perceção de qualidade relativa ao domínio que se avalia (Canavarro, et al., 2007).

Em relação ao *Domínio Físico*, que avaliava a *qualidade de vida* percebida em termos de aspetos físicos, nomeadamente, presença de dor e desconforto incapacitante, energia e fadiga, sono e repouso suficiente, capacidade para se movimentar, necessidade de medicamentos ou tratamentos médicos no seu dia a dia, capacidade para o trabalho ou atividades de vida diária/quotidiana, obtivemos uma média de 64,17, o que nos indica que os inquiridos avaliavam a sua *qualidade de vida* acima da média, sob o ponto de visto físico. Este dado explica o facto destes idosos se sentirem funcionais e terem atingido no *Índice de Barthel* um nível de independência funcional de 86,7%. No que respeita ao valor mínimo obtido, podemos concluir que não se detetaram idosos que revelassem estar totalmente insatisfeitos neste domínio (Tabela 5.6). Ainda no âmbito do *Domínio Físico* assinala-se que, a contratação de uma fisioterapeuta especializada em promover atividades de flexibilização, de treino de força, atividades lúdicas com componente física, pode ter contribuído para ajudar a tornar os idosos mais aptos a desenvolver atividades básicas da vida diária e proporcionou-lhes, por outro lado, uma certa autonomia e facilitação muscular (*e.g.* atividades – dança promotora do treino do equilíbrio; ginástica específica para idosos no parque geriátrico promotora de resistência e flexibilidade; *atividade física* que implica adotar técnicas de mobilização e, por isso, permite não perder a força; atividades de relaxamento que permitem ao idoso encontrar algum equilíbrio emocional; caminhadas; hidroterapia e jogos de grupo como o basquetebol e o futebol). Por conseguinte, a existência de uma fisioterapeuta nesta Aldeia-Lar pode estar a afigurar-se como uma mais-valia institucional.

No *Domínio Psicológico* que avaliava a *qualidade de vida* percebida em termos dos aspetos psicológicos, nomeadamente a presença de sentimentos positivos (aproveitar a vida), negativos (desespero, ansiedade, depressão ou mau-humor) ou espiritualidade/crenças/religião, capacidades cognitivas (memória, concentração), aceitação da imagem corporal/aparência e autoestima, obteve-se uma média de 69,03, a mais alta de todos os domínios do instrumento, tendendo esta para um valor correspondente ao “satisfeito” em termos de opinião. Os valores obtidos, nomeadamente

o mínimo e o máximo, mostram-nos ainda que alguns dos inquiridos consideravam a sua *qualidade de vida* má ou muito boa no domínio psicológico, com o mínimo de 20,83 e com o máximo de 100, respetivamente (Tabela 5.6).

Tabela 5.6 – Estatística descritiva da Escala de *Qualidade de Vida – WHOQOL-Bref*, Canavarro, et al. (2007)

WHOQOL-Bref	Min.	Mediana	Máx.	Média	Desvio Padrão
Domínios					
Faceta Geral (avaliação da qualidade de vida e satisfação com a sua saúde)	12,50	56,25	100	54,58	22,38
Domínio Físico	7,14	69,65	100	64,17	26,52
Domínio Psicológico	20,83	70,83	100	69,03	21,24
Domínio Relações Sociais	25,00	66,67	91,67	60,83	16,55
Domínio Ambiente	28,13	70,31	93,75	67,29	17,63

No entanto, apesar dos dados no *Domínio Psicológico* se apresentarem satisfatórios, os idosos em conversas informais com a investigadora apontaram para a necessidade de terem acesso a técnicos superiores especializados que lhes pudessem prestar apoio psicológico, socioemocional na própria Aldeia-Lar e, mais objetivamente, reclamaram pela existência de alguém especializado em mediação de conflitos.

Relativamente ao *Domínio das Relações Sociais*, que avaliava a *qualidade de vida* percebida em termos de aspetos das relações sociais, nomeadamente a satisfação dos idosos face às relações pessoais (família, amigos, conhecidos e colegas), ao suporte social (apoio que recebia dos amigos) e atividade sexual, obteve-se a média de 60,83, revelando uma avaliação de “satisfeito” relativamente aos itens questionados. O valor mínimo obtido, 25,00, indica-nos não existir nenhum inquirido totalmente insatisfeito, enquanto que o valor máximo, 91,67, nos indica existirem inquiridos muito próximos da satisfação total neste domínio (Tabela 5.6). Por outro lado, apesar dos dados deste domínio se apresentarem satisfatórios, os idosos salientaram que se torna pertinente desenvolver um melhor e maior convívio com as suas famílias e amigos, na própria instituição. Neste

âmbito, foi focada a necessidade de desenvolver mais atividades de animação sociocultural que fizessem “chamar” os familiares à Aldeia-Lar. Ainda assim, é de salientar que a existência de um setor de animação específico para desenvolver atividades de animação e a presença simultânea de uma animadora dinâmica e ativa já parece proporcionar níveis de satisfação consideráveis nos idosos.

Por último, no *Domínio Ambiente*, que avaliava a qualidade do lar e do ambiente circundante, sentimento de segurança física e proteção, oportunidades de lazer e para adquirir novas informações e habilidades, recursos financeiros para as necessidades, acesso e qualidade dos serviços de saúde e meio de transporte, obtivemos uma média de 67,29, indicando um grau de satisfação correspondente ao “satisfeito”. Também neste domínio o valor mínimo obtido, 28,13, indica-nos não existir nenhum inquirido totalmente insatisfeito e o valor máximo de 93,75 indica que o grau de satisfação máximo verificado atinge o “muito satisfeito” (Tabela 5.6). Ainda assim, à parte dos dados deste domínio se apresentarem satisfatórios, assinala-se que, em conversas informais com os idosos, estes afirmam desejar ter acesso a uma farmácia e a cuidados específicos prestados por um especialista na área das Ciências Farmacêuticas. Os idosos admitem ainda que só deste modo teriam um acesso controlado aos medicamentos que necessitavam. Acrescentam ainda que, por outro lado, dessa forma, seria mais fácil controlarem as despesas monetárias com os medicamentos.

Do ponto de vista global, as médias obtidas relativamente aos domínios do *WHOQOL-Bref* demonstraram que os inquiridos apresentam uma perceção mediana da *qualidade de vida*, variando essa perceção ente os 7 e os 100.

5.1.8. Necessidades dos Idosos

Tendo em consideração o objetivo “caracterizar a resposta que os serviços de apoio da Aldeia de São José de Alcalar têm ao dispor para fazer face às necessidades dos idosos, por forma a introduzir eventuais alterações que possibilitem a promoção e/ou ativação cognitiva do idoso institucionalizado e, conseqüentemente, uma melhoria do nível de *satisfação com a vida* e do nível de *qualidade de vida*” foram tomadas notas de todas as conversas informais e individuais que a investigadora desenvolveu com os

idosos ao longo do decurso da aplicação dos seis instrumentos selecionados para este estudo.

Assim sendo, os idosos institucionalizados na Aldeia de São José de Alcalar que acederam a participar neste estudo abrangem uma faixa etária compreendida entre os 66 e os 96 anos e, como tal têm uma maior necessidade de usufruir de alguns apoios especializados ao nível das suas atividades básicas da vida diária (ABVD's) e das suas atividades instrumentais da vida diárias (AIVD's). Assim sendo, o caminho da institucionalização parece-lhes viável desde que disponham no Lar de Terceira Idade, de todos os espaços físicos e meios institucionais (*e.g.* recursos humanos especializados em auxiliar nas atividades de vida diária (AVD's), etc..) aptos a estimular os seus níveis de funcionalidade. Evidencia-se que nem todos os idosos institucionalizados admitiram usufruir de tudo o que necessitavam para promover os seus níveis de funcionalidade e, conseqüentemente, influente na suas atividades de vida diária (AVD's). Este grupo de idosos reclamou por mais atividades diárias que implicassem mais saídas organizadas (*e.g.* visitas de estudo culturais, passeios pelo campo, idas à praia, idas ao mercado municipal, visitas de estudo a outros municípios, visitas de estudo aos museus da região, idas ao cinema, etc..) da Aldeia-Lar.

Por outro lado, e apesar dos idosos concordarem favoravelmente com esta situação de institucionalização, não revelam uma total adaptação e aceitação das atividades desenvolvidas pela instituição, dos cuidados formais prestados por alguns profissionais, bem como, das regras institucionais vigentes. Efetivamente, em conversa informal e individual com os idosos institucionalizados inquiridos, ficou claro que a opinião favorável acerca da institucionalização nesta Aldeia-Lar se deve apenas a uma atitude conformista adotada pelos idosos face à sua situação de doença própria ou doença do cônjuge, tal como referido anteriormente.

Torna-se importante assinalar também que este grupo de idosos referiu nessas mesmas conversas informais o tipo de trato a que estão sujeitos nesta Aldeia-Lar. De facto, os idosos revelam algumas queixas relativamente ao trato por parte dos cuidadores formais, quer sejam técnicos superiores e/ou não superiores. Na realidade foi detetado algum abandono destes idosos por parte de técnicos superiores e, em género de confidência foram relatadas algumas situações em que imperava a necessidade de uma melhor intervenção social (quer ao nível de conflitos entre idosos, quer ao nível de apoio

emocional aos idosos que sofrem mais com a solidão, ou até mesmo, ao nível da resolução de problemas de logística institucional e coordenação de recursos humanos).

E, tal como referido anteriormente, foram detetadas falhas ao nível do tipo de acolhimento institucional prestado pelos cuidadores formais, quer sejam técnicos superiores ou não superiores, aquando da chegada de um novo idoso ao lar. Realça-se que, muitas vezes, a ausência de acolhimento e de preparação para a integração de um novo idoso no lar foi motivo de conflitos. Na verdade, na chegada de um novo idoso a um lar de idosos é necessário existir um acompanhamento (emocional, psicológico e social) prévio aos idosos já residentes na instituição e aos futuros residentes, tal como referido anteriormente. Para a resolução desta problemática é urgente elaborar e desenvolver um manual de acolhimento institucional quer para os novos idosos da Aldeia-Lar, quer para novos funcionários da instituição.

Por outro lado, este grupo de idosos institucionalizados apontou para a necessidade de ter acesso a técnicos superiores especializados que lhes pudessem prestar apoio psicológico, socioemocional na própria Aldeia-Lar e, mais objetivamente, reclamaram pela existência de alguém especializado em mediação de conflitos. Os idosos institucionalizados inquiridos também salientaram que se torna pertinente desenvolver um melhor e maior convívio com as suas famílias e amigos, na própria instituição. Neste âmbito, foi focada a necessidade de desenvolver mais atividades de animação sociocultural que fizessem “chamar” os familiares à Aldeia de São José de Alcalar.

Por este grupo de idosos foi evidenciada a necessidade de melhoria dos serviços de transporte disponíveis. Tendo sido apontada também a necessidade de alterar os espaços disponíveis para a construção de uma mercearia ou mini-supermercado e para a instalação de um ATM (caixa multibanco). Para além disso, falou-se na necessidade de organizar mais atividades lúdicas/entretimento no âmbito da animação cinematográfica (visionamento de filmes na sala de animação) com o propósito de educar e ensinar.

E, por último, e não menos importante, assinala-se que os idosos institucionalizados, em conversas informais com a investigadora, afirmam desejar ter acesso a uma farmácia e a cuidados específicos prestados por um especialista na área das Ciências Farmacêuticas. Este grupo de idosos admite ainda que só deste modo teriam um acesso controlado aos medicamentos que necessitam. Por outro lado, acrescentam que desta forma seria mais fácil controlarem as despesas monetárias com os medicamentos.

5.2. Análises correlacionais entre os constructos biopsicossociais, função cognitiva e Satisfação versus Qualidade de Vida

Retomando o objetivo “analisar as relações entre os fatores biopsicossociais, e a *qualidade de vida* dos idosos institucionalizados” e o objetivo “analisar as relações entre os fatores biopsicossociais, e os níveis de *satisfação com a vida* e as variáveis sociodemográficas”, pretende-se encontrar associações entre os constructos biopsicossociais e os níveis de *satisfação com a vida* ou *qualidade de vida*. Deste modo, procedeu-se à análise de correlações bivariadas e correlações de *Pearson*. Assim, dos dados sociodemográficos procurou-se identificar uma associação entre a idade e os níveis de *satisfação com a vida* e os níveis de *qualidade de vida*. No entanto, esta associação considera-se inexistente, tanto para os resultados da *Escala de Satisfação com a Vida* ($r=0,256$; $p= 0,172$) como para o *WHOQOL-Bref* ($r= 0,117$; $p= 0,538$) (Tabela 5.7).

Efetivamente, a presente amostra não evidencia qualquer aumento ou diminuição dos níveis de satisfação e *qualidade de vida* com a idade e, sendo assim, estes dados vão ao encontro de alguns estudos (Subasi & Hayran, 2005, citados por Meléndez, Tomás, Oliver, & Navarro, 2008). No estudo de Meléndez e colaboradores (2008) foram estudados os efeitos do *bem-estar* psicológico, funcional e fatores sociodemográficos sobre a *satisfação com a vida*, sendo que estes últimos apresentavam uma correlação baixa. Por outro lado, estes dados surgem em discordância com outros estudos (Hamarat, Thompson, Aysan, Steele, Matheny & Simons, 2002; Mercier, Peladeau, & Tempier, 1998, citados por Berg, Hassing, McClean & Johansson, 2006). Assim, Berg, Hassing e McClean (2006) investigaram os marcadores de *satisfação com a vida* (qualidade da rede social, autoavaliação da saúde, sintomas depressivos, locus de controle, viuvez, satisfação financeira e traços de personalidade de extroversão e neuroticismo), prevendo a mudança deste mesmo constructo em quatro ocasiões do decurso da vida em indivíduos com mais de 80 anos. Neste mesmo estudo, a análise dos resultados mostrou uma curva de crescimento relativamente consistente e um declínio significativo linear na *satisfação com a vida*, apesar de certos marcadores terem previsto uma mudança na *satisfação com a vida*. É de assinalar que neste estudo, a perda do cônjuge, em particular no homem, e os níveis mais elevados de sintomas depressivos foram relacionados a menores níveis de *satisfação com a vida* ao longo do tempo (Berg, Hassing & McClean, 2006).

Por outro lado, ao contrário do que se esperava, a idade não influencia a *qualidade de vida*, sobretudo em relação aos grupos etários mais avançados. Naturalmente os mais jovens sentem-se melhor e têm mais expectativas, enquanto que os de idade mais avançada poderão ter limitações de ordem física, afetando-os nas suas atividades da vida diária. É portanto de referir que estes resultados não estão em consonância com os obtidos por Andrade e Martins (2011). Entendendo a idade como processo evolutivo da existência dos seres vivos, seria de esperar que à medida que a idade aumenta, as complicações crónicas tenderiam a ser mais graves e a influenciar negativamente a *qualidade de vida*. Efetivamente, torna-se importante evidenciar que o grupo de idosos inquiridos detinha níveis de funcionalidade elevados e, por esse mesmo motivo não se encontraram correlações entre a *qualidade de vida* e a idade (Andrade & Martins, 2011).

No que diz respeito aos dados da institucionalização, o estudo incidiu sobre o tempo de institucionalização e, *per si* foi possível averiguar se existia uma associação com os níveis de *satisfação com a vida* e níveis de *qualidade de vida*, contudo não se encontraram evidências significativas. Assim, em consonância com a análise anterior, esta correlação não apresentou valores significativos que revelassem uma associação, quer na *Escala de Satisfação com a Vida* ($r= 0,022$; $p= 0,907$) quer no *WHOQOL-Bref* ($r= 0,053$; $p= 0,781$) (Tabela 5.7). Estes resultados podem ser atribuídos ao bom ajustamento da maioria dos idosos à institucionalização, pois, efetivamente a maioria dos indivíduos incluídos na amostra respondeu afirmativamente à questão respeitante ao pressuposto de ser favorável à instituição. Assinale-se contudo que estes resultados e as afirmações apresentadas parecem não corresponder à realidade, pois efetivamente, os idosos demonstravam algum receio em explicitar o que realmente sentiam em relação a todo este processo de institucionalização durante o decurso da aplicação dos instrumentos. Em conversas laterais com a investigadora várias posturas negativas foram demonstradas em relação ao facto de viverem institucionalizados nestes últimos anos. Por outro lado, pode, eventualmente ter ocorrido nalguns casos o reajustamento de objetivos e níveis de aspiração ou, até mesmo, pode ter surgido uma comparação social da sua situação com os restantes idosos não institucionalizados e, mediante essa comparação foi dada uma resposta mais favorável ao regime de institucionalização (Baltes & Baltes, 1993).

Relativamente ao *Índice de Barthel* também não foram encontradas associações significativas na *Escala de Satisfação com a Vida* ($r= 0,101$; $p= 0,596$), mas no

WHOQOL-Bref ($r= 0,371$; $p= 0,043$) foi encontrada uma correlação significativa para o nível de significância <0.05 . Por outro lado, os domínios de autocuidados ou de mobilidade não mostraram qualquer tipo de associação (Tabela 5.7).

Os resultados anteriormente explicitados podem dever-se à continuidade do fenómeno que Aldwin e Gilmer (2003) preconizam. Para estes investigadores, os *adultos velhos* apesar de apresentarem alterações na saúde física e na funcionalidade, manifestam normalmente valores positivos de *satisfação com a vida* e de *qualidade de vida*. Neste sentido, as diferenças funcionais entre os indivíduos desta amostra, não se tornam boas preditoras da *satisfação com a vida*. No entanto, ao nível da *qualidade de vida* as diferenças funcionais (mobilidade) e de saúde (autocuidados) no seu conjunto tornam-se boas preditoras. Por outro lado, supõe-se que os resultados desta variável podem não prever a *satisfação com a vida*, uma vez que não consideram os critérios dos indivíduos quanto à sua funcionalidade, tal como proposto por Palmore e Luikart (1970). Torna-se pertinente ainda referir que vários estudos revistos pelos autores parecem demonstrar que os melhores preditores dos níveis de satisfação não são a medição objetiva ou clínica da sua incapacidade, mas a visão subjetiva do próprio sujeito. Neste pressuposto, estão patentes os princípios inerentes à *qualidade de vida*, daí os resultados e explicações encontradas.

Em conformidade com as anteriores correlações, o MMSE demonstra ausência de associação entre o nível cognitivo, a *satisfação com a vida* e a *qualidade de vida*, revelada pelo idoso. Efetivamente, esta correlação não é observada nem na *Escala de Satisfação com a Vida* ($r= 0,009$; $p= 0,963$) nem na escala que avalia a *qualidade de vida* - *WHOQOL-Bref* ($r= 0,214$; $p= 0,256$) (Tabela 5.7). Assim sendo, denota-se que não existem diferenças estatisticamente significativas na *satisfação com a vida* entre indivíduos sem “defeito” cognitivo, quer na *Escala de Satisfação com a Vida* quer no *WHOQOL-Bref*. Estes resultados sugerem uma adaptação dos sujeitos à inexistência de perdas acentuadas de determinadas capacidades cognitivas. Por outro lado, e em associação com a avaliação do MMSE, num estudo de Meléndez, Tomás, Oliver e Navarro (2008) também se conclui que o nível de escolaridade foi positivamente correlacionado com a *satisfação com a vida*. Digamos que, ao empregar o modelo de Otimização Seletiva com Compensação, é possível considerar que os indivíduos que à partida poderiam revelar um suposto diagnóstico de “defeito” cognitivo não tenha sido manifestado, isto porque podem ter selecionado outras competências que possibilitaram a

otimização de eventuais perdas e maximizaram os recursos disponíveis, sendo que estas perdas correspondem na sua grande maioria a aplicações práticas do seu cotidiano. Assim, pressupõe-se que estas perdas são estimuladas e exercitadas nas suas Atividades da Vida Diária (AVD's).

Tabela 5.7 – Resultados obtidos nas correlações entre as variáveis e o nível de *Satisfação com a Vida* e com a *Qualidade de vida*

Níveis	Escala de Satisfação com a Vida		WHOQOL-Bref		
	r	Sig.	r	Sig.	
Idade	0,256	0,172	0,117	0,538	
Duração da Institucionalização	0,022	0,907	-0,053	0,781	
Índice de Barthel	Autocuidados	-0,020	0,916	0,335	0,070
	Mobilidade	0,199	0,291	0,356	0,053
	Total	0,101	0,596	0,371*	0,043
	MMSE	0,009	0,963	0,214	0,256
Modelo de Convoy	Total de elementos	0,011	0,955	-0,088	0,644
	Elementos no C1	0,035	0,856	-0,291	0,118
	Elementos no C2	0,057	0,762	0,119	0,532
	Satisfação Geral com o apoio	-0,125	0,511	-0,159	0,400
	Satisfação com o apoio do C1	-0,240	0,202	-0,255	0,174
	Satisfação com o apoio do C2	0,119	0,530	0,303	0,103
	Escala de Otimismo	0,631**	0,000	0,429*	0,018

*- $\alpha < 0.05$

** - $\alpha < 0.01$

Em relação ao modelo de *Convoy*, os dados quanto à densidade da rede social pelos níveis de proximidade não apresentam qualquer associação significativa. Além disso, a satisfação com o apoio recebido pelos elementos da rede social também não

apresenta associações estatisticamente significativas com os níveis de satisfação (Tabela 5.7).

Neste ponto a Satisfação geral com o apoio não está associada ao resultado da *Escala de Satisfação com a Vida* ($r = -0,125$; $p = 0,511$) nem com o *WHOQOL-Bref* ($r = -0,159$, $p = 0,400$). Ao nível da Satisfação com os elementos do círculo 1 também não se verifica uma associação correlacional entre os resultados da *Escala de Satisfação com a Vida* ($r = -0,240$; $p = 0,202$) nem com o *WHOQOL-Bref* ($r = -0,255$; $p = 0,174$). No que diz respeito ao nível de Satisfação com os elementos do círculo 2 também não se verifica uma associação correlacional com os resultados da *Escala de Satisfação com a Vida* ($r = 0,119$; $p = 0,530$) nem com o *WHOQOL-Bref* ($r = 0,303$; $p = 0,103$). Estes resultados apontam para a efetiva e superior importância da rede social em detrimento de outros valores avaliados, ou seja, não existindo uma rede social de apoio alargada e satisfatória não existem bons níveis preditores de *satisfação com a vida e qualidade de vida*. Efetivamente, este pressuposto está inerente aos dados explicitados acerca da rede social e, conseqüente correlação com os dados recolhidos pelos instrumentos – *Escala de Satisfação com a Vida* e o *WHOQOL-Bref*.

Assim sendo, o facto de os resultados dos elementos dos 3 círculos do Modelo de *Convoy* e sua satisfação com os mesmos, não sobressaírem como associados aos níveis de *satisfação com a vida e qualidade de vida*, pode ter uma leitura de que os idosos se tornam mais exigentes com os elementos da sua rede social. Deste modo, os idosos podem sentir-se desapontados com a sua rede social e, por outro lado, atendendo à evidência de que existe uma maior frequência de utentes no círculo 2, também se pode sugerir que um menor contacto diário com estes pode traduzir-se numa menor influência na *satisfação com a vida e na qualidade de vida* do que o esperado. Efetivamente, denota-se que muitos idosos apontaram uma rede social alargada mas, no entanto, não admitiram estar com essa mesma rede com muita frequência. Pressupõe-se desta análise que foram identificados sujeitos na rede social dos idosos que se encontram a residir num local muito distante da Aldeia de São José de Alcalar. Apesar de se verificar uma inexistência de associação positiva, não podemos esquecer que a rede social é um dos domínios da *satisfação geral com a vida e com a qualidade de vida*.

No que diz respeito ao nível de Otimismo deste grupo de idosos institucionalizados foram encontradas associações correlativas significativas, tanto na *Escala de Satisfação com a Vida* ($r = 0,631$; $p = 0,000$) para o nível de significância $<0,01$

como no *WHOQOL-Bref* ($r= 0,429$; $p= 0,018$) para o nível de significância <0.05 (Tabela 5.7). Efetivamente, segundo Cha (2003, citado por Passareli & Silva, 2007) existe uma relação entre o *bem-estar subjetivo* e constructos como a personalidade, autoestima, autoestima coletiva e otimismo. A análise fatorial de Cha (2003, citado por Passareli & Silva, 2007) das medidas de *bem-estar subjetivo* indicou três fatores: satisfação de vida, afeto positivo e afeto negativo. Por outro lado, podemos afirmar que todos os constructos referentes à personalidade mostram-se significativamente correlacionados com a *satisfação com a vida*, afeto positivo e negativo (Passareli & Silva, 2007). Deste modo, subentende-se que todos os constructos implicados na *qualidade de vida* e na *satisfação com a vida* estão correlacionados com os níveis de otimismo concernentes a esta população tão específica – idosos institucionalizados, verificando-se este pressuposto com a análise correlacional dos dados recolhidos nesta amostra. Pois, efetivamente os instrumentos que avaliam a *qualidade de vida* e *satisfação com a vida* aplicados neste estudo incidem sobre vários constructos inerentes à personalidade, nomeadamente no que diz respeito ao domínio psicológico inerente ao *WHOQOL-Bref*. Também poderemos inferir que este grupo de idosos se encontra otimista em relação a alcançar um futuro melhor na instituição, apesar dos mesmos denotarem que presentemente existem algumas falhas ao nível institucional.

Embora os resultados não fossem os esperados, uma vez que só dois dos constructos apresentaram fatores (índice de funcionalidade – autocuidados e mobilidade; e otimismo) com associações estatisticamente significativas, é de frisar que a especificidade da amostra e, provavelmente, o número de inquiridos tenha condicionado estes resultados.

Capítulo 6 – Proposta de Programa de Promoção e/ou Ativação Cognitiva do Idoso Institucionalizado

Objetivos Gerais do Programa: Promover a melhoria das capacidades cognitivas do idoso e uma profícua interação grupal entre os idosos, por meio de um programa de promoção e ativação cognitiva do idoso institucionalizado composto por jogos dinâmicos de apresentação e de integração, jogos de memória por associação, jogos teatrais, jogos de memória, dinâmicas de partilha, estimulação multissensorial, jogos interativos, jogos de interação social, jogos de comunicação intergeracional, jogos cooperativos, jogos de mímica, jogos seniores, jogos sócio recreativos, torneios de dominó, jogos com música e jogos de finalização e avaliação do programa.

Descrição das atividades:

Sessão 1: Jogos dinâmicos de apresentação e de integração

Nesta primeira sessão, os participantes serão inquiridos sobre os seus gostos e preferências neste tipo de atividades. Caso seja necessário, o programa, definido inicialmente, será readaptado às capacidades e possibilidades dos idosos.

Objetivos da sessão: Apresentação do grupo e integração.

a) Atividade 1: Segura o Balão (adaptação de Berkenbrock, 2003)

Num dos pátios da Aldeia de S. José de Alcalar, dever-se-á entregar um balão com uma figura geométrica colorida a cada idoso. Esta figura geométrica deverá ser colocada no interior do balão, antes de dar início à dinâmica, e será feita em papel de cartolina colorida. Os balões devem ser mantidos no ar com a cooperação de todos. Passados 2 minutos, cada pessoa escolhe um balão e de seguida rebenta-o. Posteriormente procuram o idoso que tenha ficado com o mesmo tipo de figura geométrica, e daí agrupam-se aos pares para se conhecerem.



Importância da atividade: Estimular a coordenação motora dos idosos (ao tentar manter o balão no ar) e o equilíbrio.

b) Atividade 2: Apresentação do outro (adaptação de Berkenbrock, 2003)



Na cantina da Aldeia de S. José de Alcalar, sentados dois a dois terão um tempo máximo de 5 minutos para se conhecerem. Finalizado esse tempo, cada pessoa vai apresentar o seu par ao resto do grupo, dizendo os principais dados que conseguiu obter na conversa, mediante a contagem do tempo através de uma ampulheta. Quando a areia da ampulheta acabar, deve passar a vez a outro par.

Nota: a dupla pode-se ajudar mutuamente.

Importância da atividade: Prevenir o isolamento social presente nesta faixa etária, através da possibilidade de trabalhar o fator da exposição perante os outros. Também se poderá averiguar alguns problemas relativos à atenção e concentração dos idosos. Poderemos detetar problemas ao nível cognitivo, sendo possível avaliar os défices cognitivos e a memória a curto prazo dos idosos incluídos na atividade.

c) Atividade 3: Em busca da ordem secreta (adaptação de Mayer, 2005)

Na Biblioteca da Aldeia de S. José de Alcalar, pede-se aos idosos para se organizarem por idades, mas sem poderem comunicar verbalmente uns com os outros. Dá-se 5 minutos. Posteriormente avalia-se a eventualidade de estarem corretamente dispostos e, questiona-se sobre a técnica utilizada para desenvolver a atividade.



Importância da Atividade: Demonstrar que em muitas situações é fundamental ter um líder que nos guie no caminho certo. Estimular a capacidade de liderança de cada idoso.

d) Atividade 4: Medo de Desafios (adaptação de Mayer, 2005)

Numa caixa, coloca-se um pacote de 2 bolachas e uma nota com a palavra “come-me” e, enche-se a caixa de papel de jornal, de forma a não detetar o verdadeiro conteúdo da caixa. Dever-se-á colocar música ambiente na sala onde decorre a atividade. A caixa deverá circular entre os idosos e a música deverá parar, a qualquer momento, por ordem da investigadora. Os idosos colocados em círculos devem fazer circular a caixa ao som da música. A investigadora deverá criar algum receio nos idosos e, referir que quem ficar com a caixa nas mãos, no momento de paragem da música terá de responder ao pedido escrito num bilhete que se encontra dentro da caixa, independentemente da tarefa que seja. Após algum tempo, a investigadora que permanece virada de costas para os idosos durante a atividade, deve desligar a música.



Importância da Atividade: Os sujeitos serão confrontados com o fator surpresa e revelarão a sua personalidade perante um desafio desconhecido.

Objetivos da sessão: Estimulação da memória através da associação de diferentes imagens e histórias; estimulação da atenção e concentração nos relatos dos outros idosos.

a) Atividade 1: Passeio da memória (adaptação de Antunes, 2002)

- Fui a uma Feira de Artesanato de Portimão: um idoso diz que foi à feira comprar



um objeto qualquer e tenta descrever esse mesmo objeto através de gestos. A pessoa seguinte repete o que disse o colega anterior “Fui à Feira comprar um objeto”, mas acrescenta outro objeto, descrevendo-o gestualmente. O processo repete-

se sucessivamente até chegar ao último participante.

- Fui à Praia da Rocha: a dinâmica é a mesma do exercício anterior.

Importância da Atividade: Estimular a capacidade de atenção e concentração; as dinâmicas gestuais e a interação grupal entre idosos. Estimular a memória através da associação dos gestos a um objeto.

b) Atividade 2: História em cadeia (adaptação de The Woodcraft Folk, 2004)

Os utentes institucionalizados dispõem-se numa roda num dos jardins da Aldeia de S. José de Alcalar, onde um idoso deve começar a contar uma história com uma determinada frase à escolha (*e.g.*, “era uma vez”). Os idosos que integram a roda deverão recordar o que foi dito em cada trecho da história, tentando que os companheiros seguintes acrescentem algo mais à história inicial. Os sujeitos podem ajudar-se entre si, no caso de algum ter mais dificuldade em recordar o que foi dito anteriormente.

Importância da Atividade: Estimular a memória a curto prazo, a capacidade de atenção e concentração. Fomentar as relações interpessoais e as relações de ajuda.

c) Atividade 3: Associação de imagens (adaptação de Neves, 2009)

Na Biblioteca da Aldeia de S. José de Alcalar, divididos por equipas, os participantes (idosos institucionalizados) devem desenvolver 2 tarefas. Na primeira, têm que associar determinadas imagens e figuras (recortes de jornais, de revistas) a um conjunto de categorias que lhes são proporcionadas. Na segunda tarefa, vão-lhes ser entregues várias imagens e o número de categorias existentes nelas. Os idosos vão ter que associar as imagens entre si e dar um nome a cada categoria consoante a associação que fizerem entre elas.



Importância da Atividade: Estimular a interação entre os idosos bem como as capacidades de atenção, perceção, raciocínio, entre outras.

Sessão 3: Memória por associação

Objetivos da sessão: Estimular as capacidades cognitivas através da recordação e associação de determinadas imagens e objetos; estimulação da atenção e concentração; promover a interação social.

a) **Atividade 1: Função do objeto (adaptação de Berkenbrock, 2003)**



No centro da Biblioteca da Aldeia de S. José de Alcalar onde decorrem as diversas atividade lúdicas para os idosos, expõem-se de maneira desorganizada vários objetos (chapéu, rádio, pincéis, câmara fotográfica, boneca, entre outros). Os participantes – idosos – devem escolher um objeto e falar sobre as diferentes utilidades que esse determinado objeto pode ter no dia a dia. Esta atividade ajuda a relembrar as suas vidas no tempo presente e passado, bem como as suas atividades da vida diária. Os idosos podem ajudar-se entre si.

Importância da Atividade: Estimular as capacidades cognitivas através da associação dos objetos às vidas dos idosos.

b) **Atividade 2: Descobrir a profissão (adaptação de Mayer, 2005)**

Num dos pátios da Aldeia de S. José de Alcalar, os idosos devem ser organizados por equipas. Os idosos devem tentar descobrir o género de profissão inerente às pistas que lhes são dadas. A investigadora deve disponibilizar diversas pistas sobre uma determinada profissão, por exemplo, imagens ou frases ou até objetos que surgem nesse contexto profissional, para que os idosos adivinhem a profissão em causa.



Importância da Atividade: Estimular a memória por associação de pistas visuais e linguísticas à profissão. Estimular a atenção e concentração, inclusive a memória de longo prazo e a memória episódica.

c) Atividade 3: Objeto oculto (adaptação de Andrade, 2005)



facultadas.

Numa caixa são ocultados vários animais em miniatura, um de cada vez. Os idosos, organizados por equipas, têm que descobrir qual é o animal em miniatura oculto, consoante as imagens e as pistas que lhes são

Importância da Atividade: Estimular as capacidades cognitivas através da recordação e associação de determinadas imagens aos animais em miniatura; promover a interação social.

Sessão 4: Jogos de Memória

Objetivos da sessão: Estimular as capacidades cognitivas através dos vários jogos de memória apresentados.

a) **Atividade 1: Palavras cruzadas (adaptação de Godfer, 2010)**

Na Biblioteca da Aldeia de S. José de Alcalar onde maioritariamente decorrem as atividades lúdicas e de animação direcionadas para os idosos institucionalizados deverão ser disponibilizados vários quadros em papel A3 com jogos de palavras cruzadas, nos diferentes grupos de idosos previamente formados. Cada grupo de idosos deverá tentar resolver o jogo de palavras cruzadas que lhe foi atribuído em papel. A investigadora proporcionará as pistas necessárias para descobrir as palavras corretas. Por equipas, os idosos devem preencher todos os quadros de palavras cruzadas.

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
1										■	
2		■				■					
3								■	■	■	
4			■			■					
5	■							■			■
6							■				■
7					■		■				
8				■					■		■
9					■	■				■	
10	■	■									
11					■						

Importância da Atividade: Proporcionar interação e coesão grupal. Estimular a comunicação verbal, a memória a curto e a longo prazo.

b) Atividade 2: Batata quente da memória (adaptação de Pereira, 2004)



Na Biblioteca da Aldeia de S. José de Alcalar entrega-se uma caixa aos idosos com várias perguntas. Ao som da música a caixa tem que circular pelas mãos de todos os idosos e quando a música parar, têm de responder às perguntas ou fazer o que está descrito no papel (e.g. cantar uma determinada música, referir uma determinada data histórica).

Importância da Atividade: Relembrar as músicas e acontecimentos históricos irá estimular a memória dos idosos.

c) Atividade 3: Jogo de memória (adaptação de Zimmerman, 2000)

Na Biblioteca da Aldeia de S. José de Alcalar, os idosos devem criar um jogo de memória em conjunto, através do uso de cartas (parecido ao jogo UNO). Em seguida, devem jogar por equipas, virar as cartas de duas em duas de forma a encontrar todos os pares. Quem acertar no maior número de pares de imagens vence.



Importância da Atividade: Estimular a memória sensorial-estímulos visuais (memória a curto prazo).

Objetivos da sessão: Estimular a memória a curto prazo e a memória sensorial (estímulos visuais).

a) Atividade 1: Lista de Palavras (adaptação de Neves, 2009)

Esta atividade será desenvolvida aos pares em cada uma das habitações da Aldeia de S. José de Alcalar (em cada par é obrigatório que haja, pelo menos, uma pessoa que saiba escrever). Os idosos devem em conjunto memorizar uma lista de 15 palavras (e.g. casa, bolo, maçã, azul, livro, criança, cadeira, peixe, avião, hospital, carteira, sapatos, lâmpada, computador, vaca) que será recordada posteriormente. Se for necessário deve-se repetir a lista assinalando, devidamente, as palavras recordadas na primeira tentativa e na segunda.

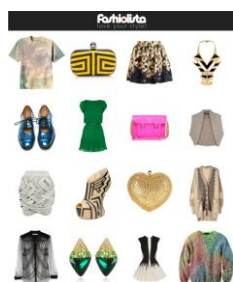
CORES	VESTUÁRIO	PERSONAGENS DE CONTOS
AZUL	CAMISA	FADA
VERDE	SAIA	BRUXA
AMARELO	VESTIDO	FETICEIRA
ROSA	BLUSA	PRINCIPE
VERMELHO	CALÇA	PRINCESA
BRANCO	BERMUDA	KAINHA
PRETO		

ALIMENTOS	ANIMAIS DO AR	PAISES
ARROS	ANDORINHA	BRASIL
FEIJAO	GAVIOTA	ALEMANHA
AÇUCAR	ARARA	CHINA
CAFÉ	URUBU	PORTUGAL
PAO	GAVIAO	MEXICO
LEITE	PARDAL	ARGENTINA
		URUGUAI

Tabela elaborada pela autora

Importância da Atividade: Estimular a memória a curto prazo e incentivar a coesão grupal, proporcionar a recordação de uma lista ordenada de palavras.

b) Atividade 2: Lista de imagens (adaptação de Neves, 2009)



Nesta atividade serão apresentadas 10 imagens no ecrã e os idosos deverão assinalar, numa folha com 20 imagens, aquelas que conseguiram visualizar.

Importância da Atividade: Estimular a memória a curto prazo, proporcionar a recordação de estímulos visuais, permitir o contacto com diferentes imagens e cores.

Sessão 6: Jogos teatrais

Objetivos da sessão: Estimular a criatividade e expressão artística dos idosos, assim como a interação social.

a) **Atividade 1:** Qual é o dia comemorativo do ano 2013? (adaptação de The Woodcraft Folk, 2004)

Na cantina da Aldeia de S. José de Alcalar, os idosos, divididos por pequenos grupos, têm que tirar um papel onde estão escritos diferentes dias festivos/comemorativos do ano 2013 com a respetiva imagem ilustrativa, mais especificamente, o Dia Mundial de Luta Contra o Cancro, Dia dos Namorados (Dia de São Valentim), Dia da Incontinência Urinária, Dia Mundial da Árvore, Dia Mundial da Poesia, Dia Mundial da Água, Dia Mundial da Meteorologia, Dia Mundial do Teatro, Dia Mundial da Saúde, Dia Mundial do Livro, Dia Mundial da Asma, Dia Internacional do Idoso, Dia Europeu da Alimentação e da Cozinha Saudáveis, Dia Mundial dos Avós, Dia Mundial do Coração, entre outros dias. Os restantes grupos têm que tentar adivinhar qual é o dia comemorativo que eles estão a tentar representar por meio de gestos, desenhos ou músicas. Podem-se usar outros temas, como profissões, filmes.



Importância da Atividade: Estimular a reviver acontecimentos passados alusivos aos dias comemorativos/festivos.

b) Atividade 2: Dinâmica da Vida (adaptação de Barreto, 2003)

Na Biblioteca da Aldeia de S. José de Alcalar, sentados em círculo atribuímos a cada idoso um balão com 3 frases incompletas (Adoro... Detesto... Fico feliz quando...). As frases incompletas estarão incorporadas no balão. Cada idoso terá que completar as frases como quiser.



Importância da Atividade: Estimular tanto a memória a curto como a memória a longo prazo.

c) Atividade 3: Onde estou? Quem sou? (adaptação de Reverbel, 2005)

No salão da Aldeia de S. José de Alcalar, dois idosos integrados numa equipa devem retirar uma imagem de um saco preto e, posteriormente, terão que criar situações e conversas entre si, para que os restantes membros da equipa tentem perceber que época representam, quem são, ou que situações estão a tentar recriar. A equipa adversária deverá fazer o mesmo.



Importância da Atividade: Estimular a memória a longo prazo. Serão abordados temas atuais e controversos por forma a facilitar a recriação de episódios passados e o desenvolvimento da atividade.

Objetivos da sessão: Estimular a criatividade; o trabalho em equipa; o *bem-estar* psicológico e subjetivo; a comunicação; a partilha e a vivência de valores.

a) Atividade 1: Dinâmica da Novidade (adaptação de Mayer, 2005)

Nesta atividade, o objetivo é a partilha de vivências entre os idosos. Formam-se pequenos grupos e cada grupo retira um bilhete que contém uma frase de reflexão. Esta frase deverá ser discutida em conjunto. As frases são as seguintes:



Frase nº 1: “Para que se liberte a si mesmo, construa uma ponte para além do abismo da sociedade que o seu egoísmo criou. Procure escutar alguém e, sobretudo, cuide de se esforçar para amar alguém em vez de amar somente a si mesmo.” (Dom Hélder Câmara)

Frase nº 2: “Grande parte da vitalidade de uma amizade reside no respeito pelas diferenças, não apenas em desfrutar das semelhanças.” (James Fredericks)

Frase nº 3: “Quem ama a si mesmo e não a Deus, na verdade, não tem amor-próprio. Quem ama a si mesmo e não ao próximo, não tem amor-próprio. Quem ama a Deus e ao próximo, ama-se a si mesmo”. (Sabedoria Mística)

Frase nº 4: “Se os teus projetos forem para um ano, semeia o grão. Se forem para dez anos, planta uma árvore. Se forem para cem anos, instrui o povo.” (Provérbio chinês)

Frase nº 5: “Todo o homem que encontro é superior a mim em alguma coisa. E, nesse particular, aprendo com ele.” (Ralph W. Emerson)

Frase nº 6: “A juventude de hoje está corrompida, até o coração. É má, atea e preguiçosa. Jamais será o que a juventude deve ser, nem será capaz de preservar a nossa cultura.” (de uma inscrição gravada numa tabuinha babilônica do século XI antes de Cristo)

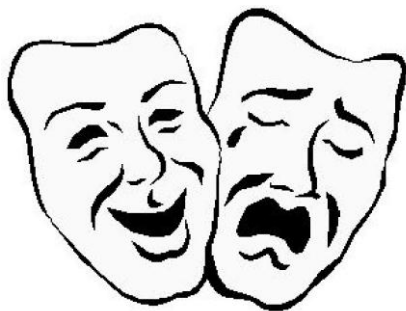
Frase nº 7: “É um grande espetáculo ver um homem esforçado lutar contra a adversidade; mas há ainda maior: ver outro homem correr em sua ajuda” (Oliver Goldsmith)

Os idosos devem, em primeiro lugar, procurar a relação da frase com a sua vida e retirar algumas lições. Em segundo lugar, devem elaborar em grupo alguma coisa relacionada com a frase (*e.g.*, uma história, uma música, um poema, um artigo de jornal, uma peça de teatro).

Importância da Atividade: Estimular a criatividade e a comunicação, promover as relações interpessoais, proporcionar a troca de experiências e a vivência de valores.

b) Atividade 2: Trilogia (adaptação de Mayer, 2005)

Formam-se grupos de três elementos em que cada participante interpretará um determinado papel e terá dois minutos para defendê-lo. Depois do tempo acabar, os idosos trocam de papéis. As situações serão as seguintes:



1. **Personagens:** passado, presente e futuro. Todos deverão defender o seu ponto de vista e o melhor momento da sua vida.

2. **Personagens:** vendedor, comprador, gerente. O vendedor e o comprador defenderão o seu papel e o gerente será um simples observador da dinâmica.

3. **Personagens:** pai, educador, aluno. O pai aparece na escola para falar com o educador sobre uma situação que o deixou pouco satisfeito. O educador tentará defender-se, a ele e à instituição. O aluno no fim dará o seu ponto de vista da situação.

Importância da Atividade: Estimular a criatividade e a comunicação, estimular a memória a curto e a longo prazo.

c) Atividade 3: A entrevista (adaptação de The Woodcraft Folk, 2004)

Na Biblioteca da Aldeia de S. José de Alcalar, os idosos posicionam-se em roda, voltados para duas cadeiras, onde vão estar o entrevistador e o entrevistado. O entrevistador pode fazer todas as perguntas que quiser e o entrevistado deverá responder como se estivesse na televisão. Os jogadores podem ser sinceros ou exagerados nos seus relatos, como preferirem. O público pode avaliar o desempenho das duas pessoas.



Importância da Atividade: Estimular a criatividade e a comunicação interpessoal.

Sessão 8: *Estimulação multissensorial*

Objetivos da sessão: Estimular os sentidos dos idosos, através de diversos materiais e técnicas proporcionando um estado de relaxamento agradável.

a) **Atividade 1: 5 Sentidos 5 Contextos (adaptação de Baker et al., 2001)**

Nesta sessão serão estimulados os 5 sentidos dos participantes (idosos institucionalizados) através da recriação de diferentes contextos. Para isto proporciona-se um ambiente adequado e concordante ao contexto que pretende ser recriado. De seguida, serão descritos os diferentes materiais utilizados em cada situação:



1) Praia: estimular o tato através da areia; o olfato com o cheiro do protetor solar, do mar; a audição com músicas do mar e búzios; a visão com imagens do mar, da praia e o paladar com um gelado.

2) Campo: estimular o tato com uma planta; o olfato com velas de cheiros florais; a audição com músicas do campo e o som de animais; a visão com imagens de florestas, árvores, animais; o paladar com frutas.

3) Cinema: estimular o tato com cd's, refrigerantes, pacotes de pipocas; o olfato com o cheiro das pipocas e dos doces; a audição com músicas, excertos de filmes; a visão com imagens de filmes; o paladar com as pipocas e os refrigerantes.

4) Cozinha: estimular o tato com os utensílios de cozinha; o olfato com o cheiro das especiarias; a audição com o barulho das panelas e dos tachos; a visão com imagens de bolos e pratos tradicionais; o paladar com um bolo.

5) Supermercado: estimular o tato com sacos de plástico de supermercado; o olfato com o cheiro das frutas frescas; a audição com o barulho das rodas dos carrinhos de compras; a visão com fardas de colaboradores que trabalham nos supermercados; o paladar de um iogurte.

Importância da Atividade: Estimular os 5 sentidos dos idosos, proporcionar o reconhecimento das diferentes emoções sensitivas e desenvolver atividades de relaxamento.

Objetivos da sessão: Sensibilizar os idosos para a importância do trabalho em equipa; promover o respeito pela opinião dos outros; estimular a cooperação entre todos.

a) Atividade 1: A escolha de um Aviador (adaptação de Choque & Choque, 2006)



Notícia: “Vocês estão num voo de aproximadamente 5 horas de duração. Sai do ponto de partida às 9:00 h da manhã. A meio do percurso o piloto anuncia que efetuou um desvio na rota de aproximadamente 150 Km e que está em sérias dificuldades. Em seguida o avião cai num deserto e todos os tripulantes ficam inconscientes. Somente os cem passageiros ficam conscientes. Ao espreitar de um ponto alto, o avião confunde-se com a areia do deserto”.

Missão: A vossa missão é salvar todos os passageiros. No avião, todo partido, irá encontrar os seguintes utensílios: 3 Bússolas, 50 cobertores, 100 garrafas de água, 1 espelho de maquilhagem, 100 óculos escuros, 2 mapas da região, 100 pacotes de sal, 100 latas de comida, 30 canivetes suíços, 1 grande lona cor da areia.

a) Descrevam em poucas palavras a sua estratégia de ação para salvar todos.

b) Enumerem em ordem decrescente de prioridade os objetos, acima relatados, que serão utilizados nesta missão de salvamento, sendo o n.º 1 o mais importante e o n.º10 o menos importante.

Resolução do caso:

Em termos aéreos, 150 Km representam apenas poucos minutos. Em pouco tempo o avião será encontrado. Rapidamente será sentida a falta do avião. No máximo, em 5 horas que era o tempo previsto para o voo, as buscas começarão.

A estratégia é:

- Manterem-se todos juntos, próximos do avião, e aguardar o socorro.
- É fundamental estar preparado e orientar o resgate; manter-se vivo; manter a sobrevivência por um período maior, se for necessário.

A lista a seguir estabelece a utilidade de cada um dos objetos para esta situação específica.

- Óculos - Sem utilidade prática. Se fosse na neve ele protegeria a visão.
- Bússola - Idem, já que todos devem permanecer nas proximidades do avião.
- Sal - Extremamente prejudicial à saúde, sal e sol é uma mistura explosiva.
- Canivete - Sem utilidade aparente.
- Água - Útil, embora o ser humano seja capaz de sobreviver alguns dias sem ela.
- Cobertor - Útil, à noite no deserto, o frio facilmente atinge temperaturas abaixo de zero.
- Lona - Útil para proteger do sol escaldante do dia.
- Espelho - Extremamente útil para dar sinal em caso de aproximação de socorro.
- Comida - Útil, mas disponível uma vez que o socorro deverá chegar em breve.
- Mapa - Desnecessário, uma vez que todos deverão permanecer juntos aguardando o socorro.

Assim, a ordem mais ou menos correta é:

1. Espelho 2. Lona 3. Cobertor 4. Água 5. Comida 6. Canivete 7. Óculos 8. Bússola 9. Mapa 10. Sal

Importância da Atividade: Sensibilizar os idosos para a importância do trabalho em equipa; estimular a criatividade e a capacidade de resolver problemas.

b) **Atividade 2: Organizar por cores (adaptação de The Woodcraft Folk, 2004)**

Na Biblioteca da Aldeia de S. José de Alcalar, os idosos serão divididos por equipas, devem escolher um elemento do grupo que ficará com os olhos vendados e seguirá as indicações do resto da equipa com o intuito de agrupar as bolas por cores, nas diferentes caixas que serão colocadas em cima da mesa. A equipa que realizar a tarefa em menos tempo vence.



Importância da Atividade: Estimular a cooperação e o trabalho em equipa; estimular os níveis de atenção e a audição.

c) **Atividade 3: O objeto que falta (adaptação de The Woodcraft Folk, 2004)**

No salão da Aldeia de S. José de Alcalar serão apresentados vários objetos sobre uma mesa. Depois de nomeá-los, serão cobertos com um pano e se extrairá um de cada vez. Os idosos agrupados em equipas têm que dizer qual é o objeto em falta. No fim, põe-se uma manta à frente da mesa para que os idosos escrevam numa folha o número total de objetos que foram apresentados.

Importância da Atividade: Estimular a memória sensorial, proporcionar a coesão grupal e desenvolver o espírito de equipa.

d) **Atividade 4: Verdade ou Mentira (adaptação de The Woodcraft Folk, 2004)**



Os idosos integrados em diferentes equipas devem tentar enganar a equipa adversária. Cada elemento do grupo tem a oportunidade de se apresentar e dizer três coisas sobre si, por exemplo, “Faço anos em junho, tenho um cão, a minha comida preferida é esparguete”. A equipa deve tentar adivinhar qual é a mentira.

Importância da Atividade: Melhorar a perceção e o poder de criatividade. Promover a coesão grupal.

Objetivos da sessão: Estimular a memória, a abstração lógica, a concentração, a atenção, a compreensão verbal e a coordenação psicomotora.

a) Atividade 1: Só por gestos! (adaptação de Teles, 2008a)

Descrição: Este jogo é constituído por 1 tabuleiro de jogo com quadrículas; 1 dado; 3 marcadores; 20 cartões com nomes de profissões; 20 cartões com palavras que representam situações do dia a dia; 20 cartões bónus. Os idosos dividem-se por dois ou três grupos. Cada grupo escolhe o marcador e coloca-o na casa de partida do tabuleiro. Um elemento de cada grupo lança o dado e o jogo é iniciado pelo grupo que obtiver a pontuação mais elevada.



Cada grupo indica um elemento para lançar novamente o dado e colocar o marcador na casa correspondente. A cor da casa indica a cor do cartão a tirar. O jogador levanta o cartão, lê só para si o conteúdo do mesmo e transmite-o ao seu grupo, apenas através de gestos. Ganha o grupo que no fim obtiver mais cartões.

Importância da Atividade: Esta atividade permite aos idosos uma melhor adaptação a novas situações e desempenhos, assim como potencia a formação de redes de interação social.

Sessão 11: Jogos Seniores

Objetivos da sessão: Estimular a memória, abstração lógica, concentração, atenção, compreensão verbal e coordenação psicomotora.

a) **Atividade 1: Quem sabe, sabe!** (adaptação de Teles, 2008b)

Descrição: Este jogo é constituído por 1 cubo com as faces de cores diferentes; 1 dado; 15 cartões para 6 categorias (provérbios, adivinhas, curiosidades, canções tradicionais, geografia de Portugal e gastronomia regional).



Os idosos dividem-se por duas ou três equipas. Um dos participantes tem a função de “Juiz”. Um elemento de cada grupo lança o dado e o jogo é iniciado pelo grupo que obtiver a pontuação mais elevada. Este jogador lança o cubo e o seu grupo vai responder à pergunta colocada por este, tendo duas tentativas para acertar. Cada resposta certa vale o respetivo cartão. No caso de o grupo não acertar, o juiz deverá dizer a resposta correta, colocando de lado esse cartão. Na categoria música tradicional o jogador ou o grupo deverá cantar ou trautear a canção. O jogo é ganho pela equipa que conseguir acumular o maior número de cartões. Ao longo do jogo, os idosos devem ser estimulados a relatar histórias passadas relacionadas com as imitações que conseguem fazer.

Importância da Atividade: Esta atividade permite aos idosos uma melhor adaptação a novas situações e desempenhos, assim como potencia a formação de redes de interação social.

Objetivos da sessão: Estimular as capacidades cognitivas, através de diferentes atividades de memória.

a) **Atividade 1: Associação de Palavras (adaptação de Choque & Choque, 2006)**

Os idosos institucionalizados serão divididos por dois grupos e deverão tentar associar o maior número de palavras a um tema específico (Carnaval, Natal, verão) tendo 2 minutos para o fazer.

Importância da Atividade: Estimular a memória a curto e a longo prazo. Estimular a linguagem.

b) **Atividade 2: Memorização de uma lista de palavras (adaptação de Choque & Choque, 2006)**

Os idosos institucionalizados devem tentar memorizar, uma lista de 8 palavras (gelado, cão, panela, arroz, coração, televisão, mesa, calças).

Importância da Atividade: Estimular a memória a curto prazo. Melhorar os níveis de evocação de palavras.



c) **Atividade 3: Adivinha a imagem (Choque & Choque, 2006)**

Será apresentada uma imagem encoberta no ecrã. Os participantes (idosos institucionalizados) devem tentar adivinhar qual é a figura que está escondida à medida que se vão retirando os quadros que estão por cima.

Importância da Atividade: Estimular as capacidades cognitivas ao nível visual.

Objetivos da sessão: Estimular as capacidades cognitivas através de diferentes atividades de memória.

a) Atividade 1: Formas geométricas (adaptação Choque & Choque, 2006)

Esta atividade visa estimular a atenção visual voluntária. Será proporcionado aos participantes uma folha com diferentes figuras, onde eles terão que riscar as formas indicadas.

Importância da Atividade: Estimular as capacidades cognitivas dos idosos, nomeadamente a atenção visual voluntária.

b) Atividade 2: Provérbios Populares (adaptação Choque & Choque, 2006)

Os participantes devem completar uma lista de 20 provérbios.

- 1) “Uma mão lava a outra”
- 2) “Mais vale um gosto na vida do que seis vinténs”
- 3) “De grão em grão a galinha enche o papo”
- 4) “Águas passadas, não movem moinhos”
- 5) “Quem tem telhado de vidro não atira pedras ao do vizinho”
- 6) “A ociosidade é a mãe de todos os vícios”
- 7) “O que não tem solução, solucionado está”
- 8) “Cachorro mordido de cobra tem medo até de barbante”
- 9) “Quem quer vai, quem não quer manda”



- 10) “Em tempo de guerra, qualquer buraco é trincheira”
- 11) “Não se deve despir um santo para vestir outro”
- 12) “A fome é o melhor tempero”
- 13) “Mal de muitos consolo é”
- 14) “O pior cego é aquele que não quer ver”
- 15) “Ninguém é profeta na sua terra”
- 16) “Bem mal ceia quem come de mão alheia”
- 17) “Duro com duro não faz bom muro”
- 18) “Quando deus quer, água fria é remédio”
- 19) “Assim como vive o Rei, vivem os vassalos”
- 20) “Dois olhos veem mais do que um só”

Importância da Atividade: Estimular a memória a longo prazo. Proporcionar a recordação de provérbios mais conhecidos pelos idosos.

c) Atividade 3: Visualização de uma cifra (adaptação Choque & Choque, 2006)



Nesta atividade os participantes devem fechar os olhos e imaginar que estão em frente a um quadro, como os que existem na escola. Nesse quadro os idosos devem desenhar o nº 5. À esquerda do 5 vão colocar um 2, conseguindo então visualizar o nº 25. A seguir dever-se-ão acrescentar cifras que deverão lembrar-se apenas pelo poder da concentração. Temos um nº 5, à esquerda escrevemos o nº 2. À direita colocam um 6. À esquerda do 2, colocam um 3, e à esquerda do 3 um 7. No fim do número colocam um 0. Devem manter a concentração nesse número, e visualizar essa cifra. Depois de inspirar profundamente, devem abrir os olhos e escrever na folha a cifra que obtiveram.

Importância da Atividade: Estimular a memória a curto prazo e treinar a percepção de números através da evocação.

Objetivos da sessão: Estimular a criatividade e expressão artística dos idosos, assim como a interação social.

a) Atividade 1: Expressões da Face (adaptação Carroggio & Pont, 2007)

Numa caixa estarão vários papéis com diferentes sentimentos (medo, alegria, raiva, surpresa). Cada idoso deve escolher uma folha e tentar transmitir aos colegas esse determinado sentimento referido no papel recolhido da caixa. Quando algum idoso adivinhar, passa a vez ao seguinte e a atividade repete-se.



Importância da Atividade: Proporcionar o reconhecimento de emoções. Permitir uma maior interação social, visto que estão implícitos momentos de criatividade e expressão artística (por meio de gestos).

b) Atividade 2: Objeto imaginário (adaptação The Woodcraft Folk, 2004)



Na biblioteca da Aldeia de S. José de Alcalar, uma caixa com várias imagens de objetos vai passar pelos idosos, cada um fica com uma imagem e deve simular que está a utilizar esse objeto. Os outros devem adivinhar o tipo de objeto que o idoso simula.

Importância da Atividade: Estimular a criatividade e a linguagem gestual.

Objetivos da sessão: Estas atividades estimulam a interação social e a competitividade, assim como a memória, a atenção e a concentração, entre outras capacidades.

a) **Atividade 1: Salão de Jogos - Xadrez, Cartas, Tangram, Gamão, Damas, Dominó, Loto e Puzzles** (*adaptação Jacob, 2007*)

A biblioteca da Aldeia de S. José de Alcalar será preparada para simular um salão de jogos. Em cada mesa serão colocados diferentes jogos de mesa (Xadrez, Damas, Cartas, Gamão, Tangram, Dominó, Loto, Puzzles), consoante as preferências do grupo, sendo atribuídas uma determinada quantidade de fichas/peças de jogo a cada participante, que deverão apostar nos diferentes jogos.



Importância da Atividade: Estimular a memória, a atenção e a concentração dos idosos, proporcionando momentos de competitividade e de interação social.

Objetivos da sessão: Estimular os idosos para a importância da continuidade da promoção cognitiva; incentivar a partilha de opiniões e experiências vividas durante o desenvolvimento das sessões; avaliar o programa.

a) Atividade 1: Jogo do Embrulho (adaptação Fritzen, 1987)

A investigadora entrega uma caixa em género de presente (com mais 2 caixas incluídas no seu interior) à pessoa mais bonita do grupo. O idoso vai abri-la e estará lá escrito “Parabéns! foste eleita a pessoa mais bonita do grupo, agora deves entregar o presente à pessoa mais dinâmica”. Essa pessoa entrega à pessoa que pensa ser a mais dinâmica e esta abre a segunda caixa-presente seguinte onde está escrito “Parabéns! o seu dinamismo encanta todos, agora deve entregar o presente à pessoa mais inteligente... alegre... risonha...”. No penúltimo embrulho estará escrito “Parabéns! Você foi considerada a pessoa mais amiga do grupo. E como amiga que é dos seus colegas, dividirá o seu presente com o grupo”. Quando desembulharem o último presente encontrarão uma caixa de chocolates.



Importância da Atividade: Estimular os idosos para a importância da promoção e ativação cognitiva e proporcionar o desenvolvimento de mais e melhores relações interpessoais

b) Atividade 2: Avaliar o programa

Inicialmente faremos uma breve análise de cada uma das sessões. Serão abordados os pontos positivos bem como o que eventualmente pode ser melhorado futuramente, estimulando, assim, o sentido crítico de cada um, no momento de avaliarem as diferentes sessões. Podemos recorrer a fotos das diferentes atividades para que os participantes consigam associar e recordar as mesmas, mais facilmente.



Importância da Atividade: Incentivar a partilha de opiniões e experiências vividas durante o desenvolvimento das várias sessões e avaliar o programa de promoção e ativação cognitiva desenvolvido na Aldeia de São José de Alcalar.

Capítulo 7 – Conclusões e Considerações Finais

O presente estudo teve como principal objetivo a análise das associações entre os fatores biopsicossociais na *satisfação com a vida* e na *qualidade de vida* de idosos institucionalizados – mais especificamente, pretendeu-se estudar o tipo de associação existente entre os fatores biológicos (como a funcionalidade), fatores psicológicos (como a cognição) e fatores sociais (como a rede de apoio familiar e afetiva) na *satisfação* e na *qualidade de vida* do idoso institucionalizado. Para tal, foram selecionados seis instrumentos e, posteriormente aplicados a uma amostra de 30 idosos institucionalizados na Aldeia de São José de Alcalar, com idades compreendidas entre os 66 e os 96 anos. Por outro lado, como objetivo último deste estudo, surgiu-nos o delinear de uma proposta de um Programa de promoção e/ou ativação cognitiva do idoso institucionalizado. Deste modo, com este programa procurou-se contribuir para o desenvolvimento de estratégias de evitamento dos principais sinais concernentes à deterioração cognitiva associada a certas patologias como o Alzheimer e a Parkinson. Assim sendo, este programa de promoção e/ou ativação cognitiva do idoso institucionalizado permite promover a melhoria das capacidades cognitivas do idoso e uma profícua interação grupal entre todos, daí ter sido proposto para futura implementação e avaliação na Aldeia de São José de Alcalar.

Perante a revisão da literatura pretendeu-se evidenciar as principais características funcionais, cognitivas e sociais da amostra de idosos institucionalizados que acederam a participar nesta investigação. Além disso, considerou-se pertinente também estudar os principais domínios inerentes à *satisfação com a vida* e à *qualidade de vida*. Com este estudo tornou-se perçível investigar o tipo de associações inerentes aos fatores biopsicossociais e a *satisfação com a vida* bem como à *qualidade de vida*. Deste modo, foi possível averiguar os diferentes níveis de significância inerentes aos mesmos.

De uma forma geral, os resultados finais apontam para uma amostra de idosos com boas capacidades funcionais e cognitivas. As boas capacidades cognitivas destes idosos permitiram a aplicação de todos os instrumentos, sendo a ausência de défice cognitivo uma condição inerente à fase inicial de procedimentos e, por conseguinte, à aplicação dos restantes instrumentos. No que diz respeito aos resultados da rede social é perçível de que é um ponto forte desta população. Apesar disso, considera-se que as relações interpessoais entre os idosos da Aldeia de São José de Alcalar precisam ser

fomentadas e estimuladas. Estas conclusões são fruto do número de elementos contabilizados na rede social, estando inerente a visão subjetiva favorável que a maior parte dos utentes possui da sua rede social. Por outro lado, os níveis de *satisfação com a vida*, apesar de alguns indicadores estatísticos assinalarem uma satisfação mediana, uma análise mais aprofundada demonstra que uma grande parte da amostra integra-se nos níveis superiores da amostra. Ainda assim torna-se importante salientar que esta *satisfação com a vida* é percebida pelos idosos como uma satisfação geral e, não propriamente, numa *satisfação com a vida* referente apenas aos momentos vividos nesta Aldeia-Lar.

As associações efetuadas apontam para a inexistência de associação entre a função cognitiva com a *satisfação com a vida* e com a *qualidade de vida*. Nem mesmo a idade ou o tempo de institucionalização apresentou correlações significativas. Contudo, a funcionalidade (níveis autocuidados e mobilidade no seu conjunto) e o otimismo encontram-se significativamente correlacionados, cada um dos quais com o constructo respetivo. Deste modo, a funcionalidade encontra-se correlacionada apenas com a *qualidade de vida* e o nível de otimismo destes idosos, encontra-se correlacionada com os dois constructos em estudo – *qualidade de vida* e *satisfação com a vida*. Pressupõe-se por isso que, o otimismo perante a vida e os níveis de funcionalidade desta amostra de idosos, em termos de autocuidados e mobilidade no seu conjunto, constitui-se como um dos domínios da *satisfação com a vida* e da *qualidade de vida*. Assim sendo, estes fatores assumem-se como inclusos no domínio físico e psicológico, sendo este último apenas concernente à esperança que os idosos têm em relação ao futuro e ao desejo que manifestam em atingir um futuro melhor ao nível da *qualidade de vida* e ao nível da *satisfação com a vida*.

Por conseguinte, podemos inferir algumas conclusões, nomeadamente, a avaliação subjetiva do individuo parece ser melhor preditor que a utilização de medidas objetivas ou de preenchimento por recurso a terceiros. Neste estudo, é visível que os presentes dados permitiram concluir que a institucionalização não é, decisivamente, fonte de satisfação e/ou de isolamento social. Para além disso, esta investigação evidencia dados que suportam a coexistência de níveis positivos de *satisfação com a vida* e uma densa rede de apoio social em idosos institucionalizados.

Torna-se pertinente ainda referir que esta amostra é representativa da população da Aldeia de São José de Alcalar, considerando que nesta Aldeia-Lar à data da

investigação viviam 112 idosos institucionalizados (66 idosos do sexo feminino e 46 do sexo masculino). Efetivamente, com uma amostra de 30 idosos conseguiu-se abranger 26,8% da população total.

Porém, apesar dos dados poderem ser úteis e relevantes para a Aldeia de São José de Alcalar, a amostra reduzida e não-representativa da população geral de Portugal, conduz a uma limitação da sua aplicação, não podendo ser generalizada a outras populações. Num estudo futuro, uma das metodologias de procedimento que poderia ser melhorada recai exatamente sobre a dimensão e a proveniência da amostra. Efetivamente, só alterando estas duas condicionantes (dimensão e origem), seria possível tornar esta investigação e amostra mais representativa da população portuguesa.

Por outro lado, a análise dos dados poderia denotar-se por uma vertente mais relacional e menos descritiva. Digamos que, a associação entre a funcionalidade, a cognição e a rede social não esgota as potencialidades correlacionais do estudo, uma vez que os fatores biopsicossociais poderiam ser correlacionados entre si, de forma a investigar uma eventual associação entre os mesmos. Assim, propõe-se que numa futura investigação se poderia envolver os efeitos indiretos ou encadeados dos vários fatores nos níveis de *satisfação com a vida*, na *qualidade de vida* ou até mesmo, no *estado de saúde* do idoso institucionalizado nos vários Lares de Terceira Idade existentes em Portugal.

Em concernência com estes pressupostos, o presente estudo, com resultados pouco significativos e não-representativos da amostra geral da população portuguesa, ambiciona ser um incentivo ao desenvolvimento de novas práticas e teorias neste âmbito dos idosos institucionalizados, no sentido de promover a sua *satisfação com a vida* e a sua *qualidade de vida*.

Assim, os resultados encontrados poderão ser relevantes tanto para aprofundar o estudo da *satisfação com a vida*, da *qualidade de vida* na velhice e da respetiva influência dos fatores biopsicossociais, como também para incentivar cuidadores formais/informais ou técnicos superiores/não superiores a trabalhar com este tipo de população, por meio da implementação de programas de promoção e ativação cognitiva percíveis de melhorar a *qualidade de vida* dos idosos ao nível psicológico/mental e cognitivo. Deste modo, seria possível facilitar ao idoso institucionalizado a ativação cognitiva das suas funções mnésicas. Na implementação de programas de promoção e ativação cognitiva iria estar inerente uma pré-avaliação e pós-avaliação por meio da aplicação de vários instrumentos psicométricos (usados neste estudo ou não) que permitissem avaliar todos os fatores

biopsicossociais, antes e depois dos idosos serem estimulados pelas atividades incorporadas nos programas. Seria pertinente até incluir nestas avaliações instrumentos como o *Adas-Cog* (Rosen, Mohs & Davis, 1984) e a *Escala de Depressão Geriátrica* (Yesavage, Brink, Rose, Lum, Huang, Adey & Leirer, 1983) para avaliar também os sintomas depressivos e os problemas psicopatológicos presentes muitas vezes nos idosos.

Desta forma, seria possível verificar se os programas de promoção e ativação cognitiva melhoram a vida do idoso (*e.g.* em termos de melhoria da *qualidade de vida*, de aumento da *satisfação com a vida*, de melhoria do *estado de saúde*, de alargamento da rede social, de melhoria das suas funções mnésicas e de melhoria de sintomas depressivos). Torna-se ainda importante referir que estas linhas de orientação sobressaem como possíveis pressupostos para desenvolver futuras investigações.

Em futuras investigações também seria interessante implementar o programa de promoção e ativação delineado neste estudo, num grupo de idosos institucionalizados num Lar e, à posteriori, implementar esse mesmo programa num grupo de idosos que usufruem de um Centro de Dia, com o intuito de tentar perceber o efeito que esta variável poderá ter no desempenho cognitivo dos idosos e, até na sintomatologia depressiva.

Em última instância assinala-se que a institucionalização não tem que ser para o idoso a concretização de medos e receios, mas sim o início de uma nova vida mais feliz, já que numa instituição de idosos é possível ter acesso a cuidados formais e informais que auxiliam o idoso nas suas atividades básicas e nas suas atividades instrumentais da vida diária. Por conseguinte, a implementação de programas de promoção e ativação cognitiva em instituições deste género, será uma das formas dos idosos atingirem um envelhecimento o mais bem-sucedido possível e dos cuidadores formais/informais aprenderem técnicas especializadas que permitam contornar o surgimento dos défices cognitivos dos idosos que cuidam.

Ainda perante as limitações apresentadas anteriormente, não é possível com o presente estudo dar uma resposta bem fundamentada ao problema de saber se é possível predizer, na população portuguesa envelhecida, os níveis de *satisfação com a vida* e de *qualidade de vida* a partir de fatores biológicos, psicológicos ou sociais. Mas, por outro lado, é possível predizer estes mesmos níveis à população em estudo, atualmente institucionalizada na Aldeia de São José de Alcalar.

Por outro lado, não é demais enunciar que é urgente e extremamente importante continuar a desenvolver vários estudos concernentes à área da Gerontologia e Geriatria,

seja na vertente prática e/ou teórica, nas temáticas da promoção e ativação cognitiva, da *qualidade de vida*, da *satisfação com a vida*, das patologias do envelhecimento (*Alzheimer* e *Parkinson*), da animação sociocultural, entre outras. Digamos que é imperioso continuar a pesquisa neste domínio da Gerontologia, tendo presente o facto da população portuguesa estar a atingir índices de envelhecimento muito elevados.

Para finalizar, apesar de terem sido concretizadas as metas propostas, as limitações desta investigação, induz a que a mesma não se encerre nos resultados apresentados. Os vários dados recolhidos possibilitam o estabelecimento de novas questões de investigação e, conseqüentemente, impelem o alargamento deste estudo a uma população com características diferentes e díspares. Para além das possibilidades teóricas e investigações científicas que poderiam ser desenvolvidas, o presente estudo tem possibilidades de evoluir para uma investigação-ação, nem que seja por meio da implementação do programa de promoção e ativação cognitiva delineado.

É importante ainda referir que Simões (2006) refere a necessidade de educar os idosos para a saúde como primordial e, por isso, propor uma intervenção psicoeducativa e/ou psicossocial a uma população tão específica como os idosos, seria fulcral no sentido de lhes poder proporcionar a aprendizagem de estratégias que vão ao encontro de atingir o chamado índice de felicidade, podendo os mesmos, desta forma, usufruir de um *envelhecimento bem-sucedido*. Como tal, sendo o envelhecimento fruto de inúmeras dinâmicas e influências entre o ser humano e o ambiente, este estudo poderia ser o mote para avaliar a importância dos diversos fatores e, assim, elaborar programas de promoção de felicidade pessoal e implementar programas de promoção e ativação cognitiva como o delineado neste estudo.

Para além do anteriormente exposto, torna-se importante referir que há medidas que deveriam ser adotadas por instituições que acolhem ou cuidam de idosos. Assim, defende-se que deveria existir uma maior acessibilidade dos idosos aos serviços de apoio psicológico existente nos Centros de Saúde, nas IPSS, nos Lares de Terceira Idade, nos Centros de Dia, para que os referidos idosos usufruam de apoio especializado durante o processo de envelhecimento. Efetivamente, denota-se comumente que nesta faixa etária existem muitos idosos com sentimentos de solidão, de tristeza e inutilidade. Em consonância com este tipo de apoio psicológico, o psicólogo pode e deve intervir no processo de luto, perante a viuvez, uma vez que a literatura vigente aponta para a morte do cônjuge como uma das razões principais de institucionalização. Não podemos

esquecer também que os idosos institucionalizados devem ser incentivados a praticar algum tipo de desporto (*e.g.* caminhadas, natação, etc.), que para além de beneficiar a saúde física, melhora e estabiliza a saúde mental, bem como proporciona o aumento das relações sociais dos idosos e estimula as funções cognitivas e o traço mnésico do idoso. Estas medidas anteriormente enumeradas podem ser desenvolvidas por órgãos executivos de Lares de Terceira Idade, Centros de Dia, IPSS; por Câmaras Municipais, Juntas de Freguesia ou Associações Recreativas.

Conclui-se, portanto que, tanto nos Lares de Terceira Idade como nos Centros de Dia seria importante manter um núcleo de recursos humanos especializado apto a implementar este tipo de programas percursos de um chamado *envelhecimento ativo e bem-sucedido*. Assim, pressupõe-se idealmente que estas instituições devem incluir bons profissionais de saúde (*e.g.* fisioterapeuta, enfermeiro, médico), bons técnicos superiores da área social (*e.g.* psicólogo, assistente social ou educador social), bons técnicos na área da animação aptos a interagir com os idosos nas diversas atividades de programa de ativação cognitiva ou de promoção da felicidade pessoal (*e.g.* animador sociocultural/socioeducativo) e bons técnicos superiores especializados na área da Gerontologia (*e.g.* gerontólogo social). Efetivamente, só com a junção de recursos humanos especializados e eficientes com técnicos não superiores (*e.g.* auxiliares de ação educativa, auxiliares de ação médica) é possível usufruir de Lares de Terceira Idade como os modelos de Alcalar, onde se prima por ótimos espaços físicos e logísticos. Pressupõe-se que garantindo estas duas condições (ótimos espaços e bons recursos humanos) é possível encontrar bons níveis saúde, de *qualidade de vida* e de *satisfação com a vida* em idosos institucionalizados.

BIBLOGRAFIA

A

- Abbott, R. D., White, L. R., Ross, G., Masaki K. H., Curb J. & Petrovitch H. (2004). Walking and Dementia in Physically Capable Elderly Men. *Journal of the American Medical Association*, 292 (12), 1447-1453.
- Aldwin, C. & Gilmer, D. (2003). Health, Illness, and Optimal Aging: Biological and Psychosocial Perspectives. SAGE.
- Almeida, L. S., & Freire, T. (2007). *Metodologia da Investigação em Psicologia e Educação*. Braga. Psiquilíbrios.
- Allen-Burge, R., Burgio, L. D., Burgeois, M. S., Sims, R. & Nunnikhoven, J. (2001). Increasing Communication Among Nursing Home Residents. *Journal of Clinical Geropsychology*, 7 (3), 213-230.
- Amodeo, M. T., Netto, T. M. & Fonseca, R. P. (2010). Desenvolvimento de programas de estimulação cognitiva para adultos idosos: modalidades da literatura e da neuropsicologia. *Letras de Hoje*, 45 (3), 54-64.
- Andrade, A. & Martins, R. (2011). Funcionalidade Familiar e Qualidade de Vida dos Idosos. *Millenium*, 40: 185-199.
- Andrade, S. G. (2005). *Teoria e prática de dinâmica de grupo: jogos e exercícios*. São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Anntonucci, T. C., Akiyama, H., & Takahashi, K. (2004). Attachment and close relationships across the life span. *Attachment and Human Development*, 6, 353-370.
- Antonucci, T. C., & Akiyama, H. (1996). Convoys of Social Relations: Family and Friendship within a Life Span Context. In R. H. Blieszner & V. H. Bedford. *Aging and The Family: Theory and Research* (pp.355-372). Greenwood Publishing Group.
- Antunes, C. (2002). *Manual de técnicas de dinâmica de grupo de sensibilidade e ludopedagogia*. Rio de Janeiro: Vozes.
- Araújo, F., Ribeiro, J. L., Oliveira, A., & Pinto, C. (2007). Validação do Índice de Barthel numa amostra de idosos não institucionalizados. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, 25 (2), 59-66.

B

- Bäckman, L., Small, B. J. & Wahlin, A. (2000). Cognitive functioning in very old age. In: Craik, F. I. M. & Salthouse, T. A. (Ed). *The handbook of aging and cognition* (2nd ed.), 499-558. USA: Lawrence Erlbaum Associates.

- Baker, R., Bell, S., Baker, E., Gibson, S., Holloway, J., Pearce, R., Dowling, Z., Thomas, P., Assey, J., & Wareing, L. A. (2001). A randomized controlled trial of the effects of multisensory stimulation (MSS) for people with dementia. *British Journal of Clinical Psychology Society*, 40, 81-96.
- Baltes, P. B. (1987). Theoretical Propositions of Life-Span Development Psychology: On the Dynamics Between Growth and Decline. *Development Psychology*, 23 (5), 611-626.
- Baltes, P. B. (1997). On the incomplete architecture of human ontogeny: Selection, optimization, and compensation as foundation of developmental theory. *American Psychologist*, 52, 366-380.
- Baltes, P. B., & Baltes, M. M. (1990). *Successful Aging: Perspectives from the Behavioral Sciences*. Cambridge University Press.
- Baltes, P. B. & Baltes, M. M. (1993). Psychological perspectives on successful aging: The model of selective optimization with compensation. In P. B. Baltes & M. M. Baltes (Eds.). *Successful Aging: Perspectives from the Behavioral Sciences*. Cambridge University Press, 1-34.
- Barnes P. J., Shapiro S. D., and Pauwels R. A. (2003) Chronic obstructive pulmonary disease: molecular and cellular mechanisms. *The European Respiratory Journal*, 22, 672-688.
- Barreto, J., Leuschner, A., Santos, F., & Sobral, M. (2003). *Escala de Depressão Geriátrica: Tradução Portuguesa de Geriatric Depression Scale, de Yesavage, et al.* Lisboa: Grupo de estudos de envelhecimento cerebral e demência.
- Barrón, A. I. (1996). *Apoyo social: aspectos teóricos y aplicaciones*. Madrid: Siglo Veinteuno. España Editores.
- Barros de Oliveira, J. H. (1998). Otimismo: Teoria e avaliação (proposta de uma nova escala). *Psicologia, Educação e Cultura*, 2 (2), 295-308.
- Barros de Oliveira, J. H. (2010). *Psicologia do envelhecimento e do idoso*. Porto: LivPsic.
- Bayle, F. (2000). *O Idoso em 2000: Atualidades e perspectivas na intervenção psicossocial*. Loulé: Instituto Universitário Dom Afonso III.
- Bee, H. L., & Bjorklund, B. R. (2008). *The Journey of Adulthood* (6th ed.). Upper Saddle River, NJ: Prentice-Hall.
- Belleville, S., Gilbert, B., Fontaine, F., Gagnon, L., Ménard, E., & Gauthier, S. (2006). Improvement of episodic memory in persons with mild cognitive impairment and healthy older adults: evidence from a cognitive intervention program. *Dementia and Geriatric Cognitive Disorders*, 22 (5-6), 486-499. doi: 10.1159/000096316.

- Benedetti, T., & Borges, L., & Petroski, E., & Gonçalves, L., (2008), Physical activity and mental health status among elderly people, *Revista de Saúde Pública*, 42(2), 1-6.
- Berg, A. I., Hassing, L. B., McClean G. E., & Johansson, B. (2006). What matters for life satisfaction in the oldest-old?. *Aging & Mental Health*, 10(3), 257-264.
- Berger, L., & Mailloux-Poirier, D. (1995). *Pessoas Idosas. Uma abordagem global*. Lisboa. Lusodidacta.
- Berkenbrock, V. J. (2003). *Dinâmicas para encontros de grupo*. Rio de Janeiro: Vozes.
- Bishop, A., Martin P., & Poon, L. (2006). Happiness and congruence in older adulthood: a structural model of life satisfaction. *Aging & Mental Health*, 10 (5), 445-453.
- Born, T. (2002). Cuidado ao idoso em instituição. In M. P. Netto, *Gerontologia: A velhice e o envelhecimento em visão globalizada*. São Paulo: Editora Atheneu, 403-414.
- Brazier, J. E., Harper, R., Jones, N. M., O’Cathain, A., Thomas, K. J., Usherwood, T., et al. (1992). Validating the SF-36 health survey questionnaire: new outcomes measure for primary care. *British Medical Journal*, 305, 160-64.

C

- Calixto, E. (2008). *Os Fatores Bio-Psico-Sociais na Satisfação com a Vida de Idosos Institucionalizado*. Dissertação de Licenciatura, na área da Psicologia Educacional e da Reabilitação. Faro: Universidade do Algarve.
- Canavarro, M. C. (2010). Qualidade de Vida: Significados e Níveis de Análise. In Canavarro, M. C., & Serra, A. V. (Coord.). (2010). *Qualidade de vida e saúde: Uma abordagem na perspectiva da Organização Mundial de Saúde* (pp. 3-21). Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.
- Canavarro, M. C., Pereira, M., Simões, M., & Pintassilgo, A. L. (2005). WHOQOL-HIV disponível para Portugal: Desenvolvimento e aplicação do instrumento de avaliação da qualidade de vida da Organização Mundial de Saúde na infeção VIH/SIDA. In Canavarro, M. C., & Serra, A. V. (Coord.). (2010). *Qualidade de vida e saúde: Uma abordagem na perspectiva da Organização Mundial de Saúde* (pp.205-228). Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.
- Canavarro, M. C., Serra, A. V., Simões, M. R., Pereira, M., Gameiro, S., Quartilho, M. J., Rijo, D., Carona, C., & Paredes, T. (2006). *Qualidade de Vida*. Acedido em 2011, dezembro 5 de <http://www.fpce.uc.pt/saude/qv.htm>.

- Canavarro, M. C., Simões, M. R., Vaz Serra, A., Pereira, M., Rijo, D., Quartilho, M. J., Gameiro, S., Paredes, T, & Carona, C. (2007). Instrumento de Avaliação da Qualidade de Vida da Organização Mundial de Saúde: WHOQOL-Bref. In L. Almeida, M. Simões, C. Machado e M. Gonçalves (Eds.) *Avaliação psicológica. Instrumentos validados para a população Portuguesa*, vol. III. Coimbra: Quarteto Editora.
- Caneda, M. A., Fernandes, J. G., Almeida A. G., & Mugnol, F. E. (2006). Confiabilidade de Escalas de Comprometimento Neurológico em Pacientes com Acidente Vascular Cerebral. *Arquivos de Neuropsiquiatria*, 64 (3-A), 690-897.
- Cantril, H. (1965). *The patterns of human concern*. New Jersey: Rutgers University Press.
- Caramelli, P. & Barbosa, M. T. (2002). Como diagnosticar as quatro causas mais frequentes de demência? *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 24 (1), 7-10.
- Cardão, S. (2009). *O Idoso Institucionalizado*. Lisboa: Coisas de Ler.
- Carrilho, M. J. & Gonçalves, C. (2004). Dinâmicas Territoriais do Envelhecimento: análise exploratória dos resultados dos Censos 91 e 2001. *Revista de Estudos Demográficos*, 36, 175-191.
- Carroggio, M., & Pont, P. (2007). *Ejercicios de motricidad y memoria para personas mayores*. España: Paidotribo.
- Cartensen, L. L., Gross, J. J. & Fung, H.H. (1997). The social context of Emotional Experience. In Warner K. Schaie, K. Warner Schaie, M. Powell Lawton (Eds.). *Annual Review of Gerontology and Geriatrics: Focus on Emotion and Adult Development* (pp. 325-352). Springer Publishing.
- Chaves, M. (2009). *Testes de avaliação cognitiva Mini-exame do estado mental* [Online].[Consult.10-8-2011]. Disponível:http://cadastro.abneuro.org/site/arquivos_cont/8.pdf.
- Chodzko-Zajko, W., Schwingel, A., & Park, C. (2009), Successful Aging: The Role of Physical Activity. *American Journal of Lifestyle Medicine*, Sage, 3 (20), 20-28.
- Choque, S., & Choque, J. (2006). *Atividades de animación para la tercera edad*. España:Paidotribo.
- Clare, L., & Woods, R. T. (2004). Cognitive training and cognitive rehabilitation for people early-stage Alzheimer's disease: a review. *Neuropsychological Rehabilitation*, 14 (4), 385-401. doi: 10.1080/09602010443000074.
- Coll, C., Palácios, J., & Marchesi, A. (Org.) (2004). Desenvolvimento Psicológico e educação: Psicologia Educativa. Artmed Editora, 1, 371-438.

Cordeiro, D. (1982). *A Saúde mental e a vida: Pessoas e populações em risco psiquiátrico*. Lisboa: Moraes Editores.

Cruz, E. B. L. (2001). *Estudo da relação entre a qualidade de vida relacionada com saúde e o bem-estar psicológico: a satisfação com a vida e o apoio social*. Dissertação de Mestrado em Sócio-Psicologia da Saúde. Coimbra: Instituto Superior Miguel Torga.

D

Dahlan, A, Nicol, M., & Maciver, D. (2010) Elements of life satisfaction amongst elderly people living in institutions in Malaysia: A mixed methodology approach. *Hong Kong Journal of Occupational Therapy*, 20 (2), 71-79.

Depp, C., & Jeste, D. (2006). Definitions and predictors of successful aging: A comprehensive review of larger. *American Journal of Geriatric Psychiatry*, 14, 6-20.

Diener, E. (1996). Subjective well-being in cross-cultural perspective. In G. Hector (Ed.), *Key issues in cross-cultural psychology: selected papers from the Twelfth International Congress of the International Association for Cross-Cultural Psychology*. San Diego: Academic Press.

Diener, E., Emmons, R. A., Larsen, R. J., & Griffin, S. (1985). The satisfaction with life scale. *Journal of Personality Assessment*, 49, 71-75.

Diener, E., Oishi, S. & Lucas, R. (2003). Personality, culture, and subjective well-being: emotional and cognitive evaluations of life. *Annual Reviews Psychology*, 54, 403-25.

DiPietro, I., (2001). Physical Activity in Aging: Changes in Patterns and their Relationship to Health and Function. *Journals of Gerontology*, 56 A (11), 13-22.

Duarte, L., (1999). Idade Cronológica: mera questão referencial no processo de envelhecimento. *Estudos interdisciplinares do envelhecimento*. Porto Alegre, 2, 35-47.

E

Encarnação, F. (1995). *Colonização da velhice*. Dissertação de Mestrado, na área da Assistência Social. São Paulo: PUC.

F

Fernandes, J. L. (2000). *Qualidade de Vida e Autoeficácia em Idosos Institucionalizados*. Dissertação de Mestrado, na área da Psicologia da Saúde. Lisboa: Instituto Superior de Psicologia Aplicada.

- Fernandes, M. J. (1996). *Conceito de qualidade de vida para o idoso*. Dissertação de Mestrado, Lisboa: Universidade Católica Portuguesa.
- Fernandes, P. (2002). *A depressão no idoso: Estudo da relação entre fatores pessoais e situacionais e manifestações da depressão*. Coimbra: Quarteto Editora.
- Fernández-Ballesteros, R. (1998). *Vejez con éxito o vejez competente: un reto para todos, IV Jornadas de la AMG: Envejecimiento y Prevención*, Barcelona.
- Fernández-Ballesteros, R. (2002). *Vivir com Vitalidad*. (5 volumes). Madrid: Ediciones Pirámide.
- Fernández-Ballesteros, R., Caprara, M.G., & Garcia L.F. (2005). *Vivir com Vitalidad-M: A European Multimedia Programme. Psychology in Spain*, 9 (1), 1-12.
- Ferreira, A. L. (2009). *A qualidade de vida em idosos em diferentes contextos habitacionais: a perspetiva do próprio e do seu cuidador*. Dissertação de Mestrado. Lisboa: Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação, Universidade de Lisboa.
- Ferreira, P. L. (2000a). Criação da Versão Portuguesa do MOS SF-36: Parte I – Adaptação Cultural e Linguística. *Ata Médica Portuguesa*, 13, 55-63.
- Ferreira, P. L. (2000b). Criação da Versão Portuguesa do MOS SF-36: Parte II – Testes de Validação. *Ata Médica Portuguesa*, 13, 119-127.
- Fleck, M. P. A., Chachamovich, E., & Trentini, C. M. (2003). Projeto WHOQOL-OLD: Método e resultados de grupos focais no Brasil. *Revista de Saúde Pública*, 37 (6), 793-799.
- Fleck, M. P. A., Leal, O. F., Louzada, S., Xavier, M., Chachamovich, E., Vieira, G., Santos, L., & Pinzon, V. (1999a). Desenvolvimento da versão em português do instrumento de avaliação de qualidade de vida da OMS (WHOQOL-100). *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 21 (1), 19-28.
- Fleck, M. P. A., Lousada, S., Xavier, M., Chachamovjch, E., Vieira, G., Santos, L., & Pinzon, V. (1999b). Aplicação da versão em português do instrumento de avaliação de qualidade de vida da Organização Mundial da Saúde (WHOQOL-100). *Revista de Saúde Pública*, 33 (2), 198-205.
- Fleck, M. A., Lousada, S., Xavier, M., Chachamovich, E., Vieira, G., Santos, L., & Pinzon, V. (2000). Aplicação da versão em português do instrumento abreviado de avaliação da qualidade de vida "WHOQOL-Bref". *Revista de Saúde Pública*, 34 (2), 178-183.
- Folstein, M. F., Folstein, S. E., & McHugh, P. R. (1975). "Mini-mental state". A practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician. *Journal of Psychiatric Research*, 12, 189-198.

Fonseca, A. M. (2005). *Desenvolvimento Humano e Envelhecimento*. Lisboa: Climepsi Editores.

Fonseca, A. M. & Paul, C. (2002). Adaptação e validação do Inventário de Satisfação com a Reforma para a população portuguesa. *Psychologica*, 29, 169-180.

Fontaine, R. (2000). *Psicologia do envelhecimento*. Lisboa: Climepsi editores.

Forciea, M. A. & Lavizzo-Mourey, R. (1998). *Segredos em Geriatria: Respostas necessárias ao dia a dia em rounds na clínica, em exames orais e escritos*. Porto Alegre: Artmed.

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

Fritzen, S. J. (1987). *Jogos dirigidos: para grupos, recreação e aulas de educação física*. Rio de Janeiro: Vozes.

G

Galinha, I., & Ribeiro, J. L. P. (2005). História e evolução do Conceito de Bem-estar Subjetivo. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 6 (2), 203-214.

Gameiro, S., Moura-Ramos, M., & Canavarro, M. C. (2006). *Manual de aplicação e cotação do Convoy Model*. Universidade de Coimbra.

Gameiro, S., Soares A., Moura-Ramos, M., Pedrosa, & Canavarro, M. C. (2007). Estudos psicométricos da versão portuguesa adaptada do Convoy Model, um questionário de avaliação da rede e apoio social. *Revista Ibero Americana de Diagnóstico e Avaliação Psicológica*.

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. *Caderno Saúde Pública* [online]., 24(6), 1260-1270. ISSN 0102-311X. <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2008000600007>.

Gill, T. M. & Feinstein, A. R. (1994). A critical appraisal of the quality of quality-of-life measurements. *Journal of the American Medical Association*, 272(8), 619-926.

Godfer, A. (2010). *Passatempos*. Portugal: Erres e Esses.

Gonçalves, C. (2003). As pessoas idosas nas famílias institucionais segundo os Censos. *Revista de Estudos Demográficos*, 34, 41-60.

Guallar-Castillón, P., Sendino, A., Banegas, J., López-García, E., & Rodríguez Artajelo, F. (2004). Differences in quality of life between women and men in the older population of Spain. *Social Science & Medicine*, 60, 1229-1240.

Guerreiro, M., Botelho, M.A., Leitão, O., Castro-Caldas, A., & Garcia, C. (1994). Adaptação à população portuguesa do Mini Mental State Examination (MMSE). *Revista Portuguesa de Neurologia*, 1(9), 9-10.

Gupta, A. (2008). *Measurement scales used in elderly people*. London: Radcliffe Publishing.

Guyatt G, Feeny D , Patrick L. (1993). Measuring health related quality of life. *Annual International Medicine*, 118, 622-629.

H

Hamer, M. & Chida, Y. (2009). Physical activity and risk of neurodegenerative disease: a systematic review of prospective evidence. *Psychological Medicine*, 39, 3-11. Doi: 10.1017/S0033291708003681.

Hemingway, H., Stafford, M., Stansfeld, S., Shidley, M., & Marmot, M. (1997). Is the SF-36 a valid measure of change in population health? Results from the Whitehall II study, *British Medical Journal*, 315, 1273-79.

Hernández, M. M., Herrero, R. M., Sánchez, C. J., & Montaugut, L. E. (2001). Autopercepción de salud en ancianos no institucionalizados. *Atención Primaria*, 28 (2), 91-96.

Himes, C. L., Wagner, G., Wolf, D. A., Aykan, H. & Dougherty, D. D. (2000). Nursing home entry in Germany and the United States. *Journal of Cross-Cultural Gerontology*, 15, 99-118.

Hortelão, A. P. S. (2003). *Envelhecimento e qualidade de vida: Estudo comparativo de idosos residentes na comunidade e idosos institucionalizados na região de Lisboa*. Dissertação de Mestrado. Lisboa: Universidade Aberta.

Hutchison, E. D. (2003). *Dimension of Human Behavior. The Changing Life Course*, 2ª edição. Sage Publications.

I

Imaginário, C. (2004). *O idoso dependente em contexto familiar: Uma análise da visão da família e do cuidador principal*. Coimbra: Edição Formasau – Formação e Saúde.

Inall, S., Subasi, F., Serap, M. A. & Hayran, O. (2007). The links between health-related behaviors and life satisfaction in elderly individuals who prefer institutional living. *BMC Health Services Research* , 7 (30). 1-7. Doi: 10.1186/1472-6963-7-30.

INE (2006). Anuário Estatístico da Região Algarve. Lisboa: INE.

Iyer, V. (2003). Old age protection in urban agglomeration of a developing economy: An integration analysis. *Aging and Human Development*, 1(3): 241-250.

J

Jacob, L. (2007). *Animação de Idosos*. Porto: Âmbar.

James, J. B. e Wink, P. (2006). The third age: a Rationale for research. *Annual Review of Gerontology and Geriatrics*, 26, (pp.19-32). Springer Publishing Company.

K

Kahn, R. L., & Antonucci, T. C. (1980). Convoys over the life course: attachment roles and social support. In P. B. Baltes & O. G. Brim (Eds.). *Life span development and behavior*. 3 (pp. 253-286). New York: Academic Press.

Kramer, A., Bherer, L., Colcombe, S., Dong, W., & Greenough, W., (2004). Environmental Influences on Cognitive and Brain Plasticity During Aging, *The Journal of Gerontology*, 59 A (9), 940-957.

Kramer, A. & Erickson, K. (2007). Capitalizing on cortical plasticity: influence of physical activity on cognition and brain function. *Cognitive Sciences*, 11(8). 342-348. Doi: 10.1016/j.tics.2007.06.009.

L

Lai, K. L., Tzeng, R. J., Wang, B. L., Lee, H. S., Amidon, R. L. e Kao, S. (2005). Health-related quality of life and health utility for the institutional elderly in Taiwan. *Quality of Life Research: An International Journal of Quality of Life Aspects of Treatment, Care & Rehabilitation*, 14(4). 1169-1180.

Lang, G., Löger, B. & Amann, A. (2007). Well-being in the nursing home – a methodological approach towards the quality of life. *Journal of Public Health*, 15,109-120.

Larson, E. B., Wang L., Bowen J. D., McCormick W. C., Teri L., Crane P. & Kukull W. (2006). Exercise Is Associated with Reduced Risk for Incident Dementia among Persons 65 Years of Age and Older, *Annals of Internal Medicine*, 144 (2), 73-82.

Lautenschlager, N., Cox, K. & Kurz, A. (2010). Physical activity and mild cognitive impairment and alzheimer's disease. *Current Neurology and Neuroscience Reports*, 10, 352-358. Doi: 10.1007/s11910-010-0121-7.

Lawton, M. P.; Brody, E. M. (1969). Assessment of older people: self maintaining and instrumental activities of daily living. *Gerontologist*, 9, 179-186.

- Lima, I. I. (2005). Habilidades Cognitivas em Indivíduos muito Idosos: um estudo longitudinal. *Caderno Saúde Pública*, 34-37.
- Lima, M. G. (2004). Envelhecimento e perdas: Como posso não me perder? *Psychologica*, 35, 133-145.
- Lima, M. G. (2008). *Qualidade de Vida relacionada à Saúde em Idosos: um estudo de base populacional utilizando o SF-36*. Dissertação de Mestrado. São Paulo: Universidade Estadual de Campinas, Faculdade de Ciências Médicas.
- Lista, I. & Sorrentino, G. (2010). Biological mechanisms of physical activity in preventing cognitive decline. *Cellular and Molecular Neurobiology*, 30, 493-503. Doi: 10.1007/s10571-009-9488-x.
- Lourenço, R. A., & Veras, R. P. (2006). Mini-Exame do Estado Mental: características psicométricas em idosos ambulatoriais. *Revista Saúde Pública* [online]. 40 (4), 712-719. ISSN 0034-8910. Doi: 10.1590/S0034-89102006000500023.
- M
- Mahoney, F. I., & Barthel, D. (1965). Functional evaluation: The Barthel Index. *Maryland State Medical Journal*, 14, 56-61.
- Marchand, H. (2001). *Temas de Desenvolvimento Psicológico do Adulto e do Idoso*. Coimbra: Quarteto Editora.
- Maroto, M. (2003). *Programa de Estimulação de Memória – Estimulação e manutenção de funções cognitivas em idosos*. Lisboa: Cegoc – Tea.
- Martins, A. (2006). Envelhecimento, Sociedade e Cidadania. *Revista Transdisciplinar de Gerontologia*, 1(1), 77-78.
- Matos, A. P., & Ferreira, A. (2000). Desenvolvimento da escala de apoio social: alguns dados sobre a sua fiabilidade. *Psiquiatria clínica*, 21(3), 243-253.
- Matsudo, S. M. M., Matsudo, V. K. R., & Barros Neto, T. L. (2000). Efeitos Benéficos da Atividade Física na Aptidão Física e Saúde Mental durante o processo de Envelhecimento. *Revista Brasileira de Atividade Física e Saúde*, 5 (2), 60-76.
- Mayer, C. (2005). *Dinâmicas de grupo: ampliando a capacidade de interação* (3ª ed.). São Paulo: Papirus.
- Mchorney C. A., Ware Jr J. E., & Raczek A. E. (1993). The MOS 36-item shortform health survey (SF-36): II. Psychometric and clinical tests of validity in measuring physical and mental health constructs. *Medical Care*, 31, 247-63.

Meléndez, J.C., Tomás, J. M., Oliver, A. & Navarro, E. (2008). Psychological and physical dimensions explaining among the elderly: A structural examination. In *Archives of Gerontology and Geriatrics*. Retirado a 14 de dezembro de 2011 de <http://journals.elsevierhealth.com>.

Moody, H. R. (2006). *Aging: Concepts and Controversies*. Pine Forge Press (5ª Ed.).

Moore, K. A., & Blumenthal, J. A. (1998). Exercise training as an alternative treatment for depression among older adults. *Alternative Therapies in Health and Medicine*, 4 (1), 48-56.

Mroczek, D. K., & Sprio, A. (2005). Change in life satisfaction during adulthood: Findings from the Veterans Affairs Normative Aging Study. *Journal of Personality and Social Psychology*, 1, 189-202.

Myers, D., & Diener, D. (1995). Who is happy? *Psychological Sciences*, 6, 10-19.

N

National Institute for Health and Clinical Excellence (2007). Dementia: A NICE-SCIE Guideline on supporting people with demential and their carers in health and social care – National clinical practice guideline 42. London: The British Psychological Society.

Navarro, J. I., Menacho, I., Alcalde, C., Marchena, E., Ruiz, G., & Aguilar, M. (2009). Cognitive changes among institucionalized elderly people. *Educational Gerontology*, 35, 523-540. Doi: 10.1080/03601270802608568.

Neri, A. L. (2002). Bienestar subjetivo en la vida adulta y en la vejez: Hacia una psicología positiva en América Latina. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 34 (1-2), 55-74.

Neto, F., Barros, J., & Barros, A. (1990). Satisfação com a vida. In L. Almeida et al. (Eds.), *A ação educativa: análise psicossocial* (pp. 105-117). Leiria: ESEL/APPORT.

Netto, M. P. (2002). *Gerontologia: A velhice e o envelhecimento em visão globalizada*. São Paulo: Editora Atheneu.

Neves, V. M. S. (2009). *Programa para estimulação da memória de trabalho na terceira idade: abordagens modernas de treinamento*. Dissertação de Mestrado, Rio de Janeiro: Universidade Veiga Almeida.

Noll, H. (2000). Social indicators and social reporting: The international experience. Acedido em 10 dezembro 2011. <http://www.ccsd.ca/noll1.html>.

Nordon, D. G., Guimarães, R. R., Kozonoe, D. Y., Mancilha, V. S. & Neto, V. S. D. (2009). Perda cognitiva em idosos. *Revista da Faculdade de Ciências Médicas de Sorocaba*, 11(3), 5-8.

Nunes, B., Cruz, V. T., Pais, J., Teixeira, A., & Silva, M. C. (2004). Adequação do MMSE ao rastreio da população não escolarizada. *Snapse*, 4 (2), 92.

O

Oliveira, J. B. (2010). *Psicologia do envelhecimento e do idoso*: Porto: LivPsic.

Oliveira, A. (Org.) (2007). *Memória, Cognição e Comportamento*. São Paulo: Casa do Psicólogo.

Oliveira, T. (2006). *Qualidade de Vida em Idosos Institucionalizados vs não institucionalizados*. Dissertação de Licenciatura, na área da Psicologia Clínica. Faro: Universidade do Algarve.

Oliveira, V. & Menezes, R. (2006). Qualidade de vida/estado de saúde em sujeitos com queixas de acufenos: Comparação entre doentes e acompanhantes. In I. Leal; J. Ribeiro e S. Jesus (Orgs.), *Atas do 6º Congresso Nacional de Psicologia da Saúde*. Faro: Universidade do Algarve.

Ortiz, L. A., Ballesteros, J. C. & Carrasco, M. M. (2006). *Psiquiatria Geriátrica*. (2ª ed.). Barcelona: Elsevier.

P

Pais-Ribeiro, J. (1999). *Investigação e avaliação em psicologia e saúde*. Lisboa: Climepsi.

Palha, F., Branco, V., Costa, N., Guimarães, A., Magalhães, C. J., & Marques-Teixeira, J. (2006). *Estudo sobre a eficácia do Mini-Mental State Examination Test (MMSE) no despiste do défice cognitivo ligeiro numa amostra portuguesa de doentes institucionalizados com esquizofrenia*. Lisboa: Vale & Vale Editores.

Palmore, E. B. & Luikart, C. (1970). Health and Social factors related to Life Satisfaction. In E. B. Palmore (Ed.) *Normal Aging: Reports from the Duke Longitudinal Study (185-200)*. Duke University Press.

Passareli, P. M. & Silva, J. A. (2007) Psicologia positiva e o estudo do bem-estar subjetivo. *Estud. psicol. (Campinas)* [online]. 24(4), 513-517. ISSN 0103-166X. <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-166X2007000400010>.

Paúl, C. (1991). *Percursos pela velhice: uma perspetiva ecológica em psicogerontologia*. Dissertação de Doutoramento, Porto: Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar.

Paúl, C. (1997). *Lá para o fim de vida, idosos, família e meio ambiente*. Coimbra: Livraria Almedina.

Paúl, C., & Fonseca, A., (2005). *Envelhecer em Portugal*. Lisboa: Climepsi Editores.

- Paúl, C., Fonseca, A., Martín, I., & Amado, J. (2005). Satisfação e Qualidade de Vida em Idosos Portugueses, In C. Paúl e A. M. Fonseca (coord), *Envelhecer em Portugal* (pp. 75-95). Lisboa: Climepsi.
- Paúl, C., & Ribeiro, O. (2012). *Manual de Gerontologia*. Lisboa: Climepsi Editores.
- Pavot, W., & Diener, E. (1993). Review of the Satisfaction with Life Scale. *Psychological Assessment*, 5 (2), 164-172.
- Pavot, W., Diener, E., Colvin, R., & Sandvik, E. (1991). Further Validation of the Satisfaction with Life Scale: Evidence for the Cross-Method Convergence of Well-Being Measures. *Journal of Personality Assessment*, 57 (1), 149-161.
- Pereira, W. C. C. (2004). *Dinâmica de grupos populares*. Rio de Janeiro: Vozes.
- Peterson, C. (2000). The future of optimism. *American Psychologist*, 55 (1), 44-55.
- Phelan, E., & Larson, E. (2002). Successful aging: Where next? *Journal of American Geriatrics Society*, 50 (7), 1306-1308.
- Pimentel, L. (2005). *O Lugar do Idoso na Família: contextos e trajetórias*. Coimbra: Quarteto (2ª Ed.).
- PORDATA – Base de Dados Portugal Contemporâneo, INE – Estimativas Anuais da População Residente, 2012.
- Prull, M., Gabrieli, J. & Bunge, S. (2000). Age-related changes in Memory: A cognitive neuroscience perspective. In F. I. M. Craik & T. A. Salthouse. *The Handbook of Aging and Cognition* (91-154). Lawrence Erlbaum Associates (2ª Ed.).
- R
- Ranzijn, R. & Luszcz, M. (1999). Acceptance: A key to wellbeing in older adults? In *Australian*.
- Reis, J. & Fradique, F. (2004). Significações leigas de saúde e de doença em adultos. *Análise Psicológica*, 3 (XXII), 475-485.
- Relatório da Nações Unidas sobre a População Mundial, U.N., 2002.
- Reverbel, O. (2005). *Jogos teatrais na escola - atividades globais de expressão*. São Paulo: Scipione.
- Robichaud, L., Durand, P. J., Bédard, R. & Ouellet, J. (2006). Quality of life indicators in long term care: Opinions of elderly residents and their families. *In Canadian Journal of Occupational Therapy*, 73 (4), 245-251.

Rodrigues, M. R. T. (2006). Efeitos de uma intervenção psicoeducativa nas competências cognitivas e satisfação de vida em idosos. *Cadernos de Estudo*. Porto: ESE de Paula Frassinetti, 3, 77-84.

Rosen, W. G., Mohs, R. C. & Davis, K. L. (1984). A new rating scale for Alzheimer's Disease. *American Journal of Psychiatric*, 141, 1356-1364.

Rowe, J. W., & Kahn, R. L. (1997). Successful Aging. *The Gerontologist*, 37 (4), 433-440.

Rubin, E. H., Storandt, M., Miller, J. P., Kinscherf, D. A., Grant, E. A., Morris, J. C. & Berg, L. (1998). A prospective study of cognitive function and onset of dementia in cognitively healthy elders. *Archives of Neurology*, 55, 359-401.

S

Santana, I., Rodrigues, A., Claro, M., Cunha, C., Lemos, R., & Santiago, B. (2004). Mini-Mental State Examination: potencialidade e limitações como instrumento de avaliação neuropsicológica. *Sinapse*, 4 (1), 92.

Santos, F., Sobral, M., Ribeiro, Ó. & Costa A. (2003). Estudo de prevalência da depressão numa população idosa institucionalizada. *Revista Portuguesa de Medicina Geriátrica*, 15 (154), 10-20.

Santos, I. B. (2010). *Oficinas de estimulação cognitiva em idosos analfabetos com Transtorno Cognitivo Leve*. Dissertação de Mestrado. Brasil: Universidade Católica de Brasília.

Schaie, K. W. (1996). *Intellectual development in adulthood: The Seattle Longitudinal Study*. Nova York: Cambridge University Press.

Schaie, K. W. & Willis, S. L. (1996). *Psychometric intelligence and aging*. New York: McGraw Hill.

Schulz, R. (2006). *The Encyclopedia of Aging: A Comprehensive Resource in Gerontology and Geriatrics*. Springer Publishing Company (4ª Ed.).

Seco, G. M., Casimiro, M. C., Pereira, M. I., Dias, M. I., & Custódio, S.M. (2005). *Para uma abordagem psicológica da transição do Ensino Secundário para o Ensino Superior: pontes e alçapões*. Leiria: Instituto Politécnico de Leiria.

Sequeira, C. (2007). *Cuidar de idosos dependentes*. Coimbra: Quarteto Editora.

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

Silva, J. V. (2003). *Ser idoso e ter qualidade de vida: as Representações de idosos residentes em cidades do Sul de Minas Gerais*. Dissertação de Doutorado. São Paulo: Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo.

Simões, A. (1992). Ulterior validação de uma escala de Satisfação com a Vida. *Revista Portuguesa de Pedagogia*, 26 (3), 503-515.

Simões, A. (2006). *A nova velhice: um novo público a educar*. Porto: Ambar.

Smith, G. E., Housen, P., Yaffe, K., Ruff, R., Kennison, R. F., Mahncke, H. W. & Zelinski, E. M. (2009). A cognitive training program based on principles of brain plasticity: results from the improvement in memory with plasticity-based adaptive cognitive training (IMPACT) study. *Journal of the American Geriatrics Society*, 57 (4), 594-603.

Soares, E. (2006). *Memória e envelhecimento: aspetos neuropsicológicos e estratégias preventivas*. Retirado a 12 de dezembro de 2011, de: http://www.psicologia.com.pt/artigos/ver_artigo.php?codigo=a0302.

Sokolovsky, J. (Ed.). (2009). *The cultural context of aging: worldwide perspectives*. USA: Greenwood (3ª Ed.).

Sousa, L., Figueiredo, D., & Cerqueira, M. (2004). *Envelhecer em Família. Os cuidados familiares na velhice*. Porto: Edições Ambar.

Spector, A., Orell, M., & Woods, B. (2010). Cognitive Stimulation Therapy (CST): effects on different areas of cognitive function for people with dementia. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 25(2), 1253-1258. Doi: 10.1002/gps.2464.

Spector, A., Thorgrimsen, L., Woods, B., Royan, L., Davies, S., Butterworth, M. & Orrell, M. (2003). Efficacy of an evidence-based cognitive stimulation therapy programme for people with dementia: Randomised controlled trial. *British Journal of Psychiatry*, 183, 248-254.

Steinhagen-Thiessen, E. & Borchelt, M. (2001). Morbidity, Medication and Functional Limitations in Very Old Age. In P. Baltes, K. U. Mayer & J. Delius. *The Berlin Aging Study: Aging from 70 to 100*. Cambridge University Press. (131-166).

Strawbridge, W., & Deleger, S., & Roberts, R., & Kaplan, G. (2002), Physical Activity Reduces the Risk of Subsequent Depression for Older Adults. *American Journal of Epidemiology*, 156 (4), 328-334.

Sulter, G., Steen, C., & Keyser J. (1999). Use of the Barthel Index and Modified Rankin Scale in Acute Stroke Trials. *Stroke*, 30, 1538-1541.

T

Teixeira, I., & Neri, A. (2008). Envelhecimento Bem-Sucedido: uma meta no curso de vida, *Psicologia USP*, 19 (1), 81-94.

Teles, M. R. (2008a). *Jogos Seniores: Só por Gestos!* Escola Superior de Educação Paula Frassinetti: Majora.

Teles, M. R. (2008b). *Jogos Seniores: Quem sabe, sabe!* Escola Superior de Educação Paula Frassinetti: Majora.

The Woodcraft Folk. (2004). *Jogos de cooperação* (2ª ed.). Portugal: APCC.

Tsai, A. Y., Yang, M., Lan, C. & Chen, C. (2008). Evaluation of effect of cognitive intervention programs for the community-dwelling elderly with subjective memory complaints. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 23, 1172-1174.

V

Van Uffelen, J. G. Z., Chinapaw, M. J. M., Van Mechelen, W. & Hopman-Rock, M. (2008) Walking or vitamin B for cognition in older adults with mild cognitive impairment? A randomised controlled trial. *British Journal of Sports Medicine*, 42, 344-351.

Vanderplas-Holper, C. (2000). Desenvolvimento psicológico na idade adulta e durante a velhice (Maturidade e Sabedoria). Porto: Edições Asa.

Vaux, A. (1988). *Social support: theory, research, and intervention*. New York: Praeger.

Vaz Serra, A. (1999). *O Stress na Vida de Todos os Dias*. Coimbra: Edição do Autor.

Vaz, E. (1998). Mais idade, menos cidadania. *Análise Psicológica*, 4 (XVI), 621-633.

Vaz, E. (2008). *A Velhice na Primeira Pessoa*. Penafiel: Editorial novembro.

Veenhoven, R. (2000). The Four Qualities of Life: ordering concepts and measures of the good life. *Journal of Happiness Studies*, 1, 1-39.

W

Wang, H., Karp, A., Winblad, B. & Fratiglioni, L. (2002). Late-life engagement in social and leisure activities is associated with a decreased risk of dementia: a longitudinal study from Kungsholmen Project. *In American Journal of Epidemiology*, 155(12), 1081-1087.

Wenisch, E., Cantegreil-Kallen, I., Rotrou, J., Garrigue, P., Moulin, F., Batouche, F., Richard, A. Santanna, M. & Rigaud, A. S. (2007). Cognitive stimulation intervention for elders with mild cognitive impairment compared with normal aged subjects: preliminary results. *Aging Clinical and Experimental Research*, 19 (4), 316-322.

Weuve, J., Kang, J. H., Manson, J. E., Breteler, M.M.B., Ware, J. H., Grodstein, Francine (2004). Physical activity, including walking, and cognitive function in older

people. *The Journal of the American Medical Association*, 292 (12), 1454-1461.

WHO (World Health Organization). (2010). *Global recommendations on physical activity for health*. World Health Organization, Geneva.

WHO (World Health Organization). (2012). Health statistics and health information systems, Definition of an older or elderly person. Geneva.

Willis, S. L., Tennstedt, S. L., Marsiske, M., Ball, K., Elias, J., Koepke, K. M., Morris, J. N., Rebok, G. W., Unverzagt, F. W., Stoddard, A. M. & Wright, E. (2006). Longterm effects of cognitive training on everyday functional outcomes in older adults. *Journal the American Medical Association*, 296 (23), 2805-2814.

Wilson, R. S., Barnes, L. L., & Bennett. D. A. (2003). Assessment of Lifetime Participation in Cognitively Stimulating Activities, *Journal of Clinical and Experimental Neuropsychology*, 25(5), 634-642.

Wilson, R.S., Mendes de Leon, C.F., Barnes, L.L., Schneider, J.A., Bienias, J.L., Evans, D.A. & Bennett, D.A. (2002). Participation in cognitively stimulating activities and risk of incident Alzheimer disease. *Journal of the American Medical Association*, 287(6), 742-748.

Winnicott, D. (2002). *Privação e delinquência*. São Paulo: Martins Fontes.

Y

Yesavage, J. A., Brink, T. L., Rose, T. L., Lum, O., Huang, V., Adey, M. B. & Leirer V. O. (1983). Development and validation of a geriatric depression screening scale: A preliminary report. *Journal of Psychiatric Research*, 17, 37-49.

Z

Zagher, M., Pierezan, P. & Claudino, R. (2009). Avaliação da qualidade de vida nos profissionais da saúde, que prestam assistência a pacientes geriátricos. *Revista Digital – Buenos Aires: efdeportes.com*, 135. Retirado de Revista Digital Buenos Aires em 15 dezembro 2011.

Zimerman, G. I. (2000). *Velhice: aspetos biopsicossociais*. Porto Alegre: Artes Médicas.

ANEXOS

Anexo 1 – Benefícios da Atividade Física a Nível Individual em Idosos

Tabela 1. Benefícios da Atividade Física a Nível Individual em Idosos: Benefícios Fisiológicos

Benefícios Imediatos
<p>Níveis de Glicose: A atividade física ajuda a regular os níveis de Glicose no sangue;</p> <p>Atividade das Catecolaminas: Os níveis de Adrenalina e Noradrenalina são estimulados pela atividade física;</p> <p>Melhoria no sono: A atividade física mostrou ser eficaz na melhoria da qualidade e quantidade de sono em indivíduos de todas as idades.</p>
Benefícios a Longo Prazo
<p>Resistência aeróbia/ cardiovascular: Mediante um apropriado treino físico observa-se uma melhoria substancial em todos os aspetos da função cardiovascular;</p> <p>Treino de resistência/ fortalecimento muscular: Indivíduos de todas as idades podem beneficiar de exercícios de fortalecimento muscular. O treino da resistência pode ter um impacto significativo na manutenção da independência em idosos;</p> <p>Flexibilidade: Exercícios que estimulam a realização de movimentos nas amplitudes articulares promovem a preservação ou recuperação da flexibilidade;</p> <p>Equilíbrio/ Coordenação: Atividade física regular ajuda a prevenir e/ou reduzir os declínios no equilíbrio e coordenação associadas à idade e que constituem fatores de risco nas quedas;</p> <p>Velocidade de movimento: Uma diminuição da velocidade é característica de idades avançadas. Indivíduos regularmente ativos podem diminuir a incidência desta condição.</p>

Tabela 2. Benefícios da Atividade Física a Nível Individual em Idoso: Benefícios Psicológicos

Benefícios Imediatos
<p>Relaxamento: Atividade física apropriada promove o relaxamento;</p> <p>Diminuição do stresse e ansiedade: Há evidências de que a atividade física regular pode diminuir o stresse e a ansiedade;</p> <p>Melhoria do Humor: Inúmeras pessoas relatam melhoria do humor após atividade física adequada.</p>
Benefícios a Longo Prazo
<p>Bem-estar Geral: Melhoria em quase todos os aspetos da função psicológica fora observada, após longos períodos de atividade física;</p> <p>Melhoria na saúde mental: A prática regular de exercício poderá ser um importante contributo no tratamento de diversas doenças do foro mental, inclusivamente da depressão e neuroses, provocadas por certos níveis de ansiedade;</p> <p>Melhorias a nível cognitivo: A atividade física regular poderá ajudar a diminuir os declínios na velocidade de processamento ao nível do sistema nervoso central e no tempo de reação;</p> <p>Controlo motor e Desempenho: A atividade física regular poderá ajudar a diminuir os declínios associados ao envelhecimento, ao nível da praxia fina e global;</p> <p>Aquisição de novas competências: Podem ser adquiridas novas competências e redefinidas ou melhoradas competências anteriores independentemente da idade.</p>

Tabela 3. Benefícios da Atividade a nível Individual em Idosos: Benefícios Sociais

Benefícios Imediatos
<p>Capacitação (<i>empowerment</i>) dos idosos: Grande parte dos idosos adota um estilo de vida sedentário, constituindo, <i>per si</i>, uma ameaça à independência e autoeficácia. A participação em atividades físicas adequadas pode ajudar a capacitar os idosos, permitindo-lhes desempenhar um papel mais ativo na sociedade;</p> <p>Integração social e cultural: Os programas de atividade física, em especial quando desenvolvidos em pequenos grupos e/ou em ambientes sociais, melhora a interação cultural e social em muitos idosos.</p>
Benefícios a Longo Prazo
<p>Melhoria da integração: Indivíduos regularmente ativos contribuem mais ativamente para a sociedade;</p> <p>Desenvolvimento de novas amizades: A participação na atividade física, especialmente em pequenos grupos e outros ambientes sociais estimula o aparecimento novas amizades;</p> <p>Redes Culturais e Sociais alargadas: A atividade física promove frequentemente a possibilidade para aumentar ou alargar as redes sociais;</p> <p>Manutenção de papéis ou desempenho de novos papéis: Um estilo de vida ativo estimula e ajuda a criar ambientes que permitam manter um papel ativo na sociedade, possibilitando a aquisição de novos papéis;</p> <p>Reforçar a atividade Intergeracional: Em muitas sociedades a atividade física é uma atividade que permite o contato intergeracional, diminuindo perceções estereotipadas sobre o envelhecimento e, mais especificamente, sobre os idosos;</p> <p>Diminuição dos encargos/custos com saúde e sociais: A inatividade e vida sedentária contribuem para uma diminuição na independência e aparecimento de uma série de doenças crónicas. Estilos de vida ativos podem ajudar a diminuir a fragilidade física e as doenças e, consequentemente, os custos a nível social e de saúde;</p> <p>Melhoria/ Promoção da produtividade dos idosos: Os idosos têm muito para contribuir para a sociedade. Estilos de vida ativos ajudam os idosos a manter a independência funcional e a otimizar a sua extensão de atuação na participação na sociedade;</p> <p>Promoção de uma imagem positiva e ativa dos idosos.</p>

Adaptado de Chodzo-Zajko et al. (2008)

Anexo 2 – Programa Multimédia Viver com Vitalidade

Tabela 4. *Viver com Vitalidade - Multimédia:* Lista de tópicos por painel e número de horas de cada sessão

Painel	Conteúdos	Duração
1	Viver com Vitalidade: Apresentação	2
2	Envelhecer bem	2
3	Internet: Uma nova forma de comunicar	2
4	Sinta-se útil	2
5	Seja responsável por si	2
6	Sei-me cuidar e sei desfrutar	2
7	Nutrição e saúde: coma bem e viva melhor	3
8	Exercício físico: o melhor remédio	4
9	Pense positivamente	2
10	Cuide do seu corpo	2
11	Atividades agradáveis e bem-estar	2
12	Resolver o stresse e ansiedade bem-estar psicológico	2
13	Seja um perito nos seus problemas	2
14	Melhor a sua memória: está sempre a tempo	3
15	A idade criativa	2
16	A sexualidade: além da genitalidade	3
17	Como melhorar as relações com a família e amigos.	2
18	Os outros também precisam	2
19	Entretenha a sua mente: como prevenir o envelhecimento cerebral	2
20	A morte também faz parte da vida	2
21	A sabedoria: a expressão da vida e dos anos	3
22	Resumos, conclusões e avaliação	-

Adaptado de Fernández-Ballesteros (2002)

Anexo 3 – Programa ao Vivo Viver com Vitalidade

Tabela 5. *Viver com Vitalidade - ao vivo*: Lista de tópicos por painel e número de horas de cada sessão

Painel	Conteúdos	Duração
1	O que é o envelhecimento satisfatório e como consegui-lo	3
2	Sei cuidar de mim e sei desfrutar da vida	3
3	Sinta-se útil	3
4	Nutrição e saúde: coma bem e viva melhor	6
5	Exercício físico: o melhor remédio	6
6	Cuide da sua boca e dos seus pés	3
7	A atividade mental: prevenção do envelhecimento cerebral	3
8	Melhore a sua memória: está sempre a tempo	3
9	Ponha a teoria em prática	3
10	Atividades agradáveis e bem-estar psicológico	3
11	Resolver o stresse e ansiedade	3
12	A idade criativa	3
13	Pense positivamente	3
14	Como melhorar as relações humanas	3
15	Apoio social: os outros também necessitam	6
16	A sexualidade: além da genitalidade	3
17	Outra forma de comunicação: o computador	3
18	A morte faz parte da vida	3
19	Programas e serviços para idosos	3
20	Questões éticas e jurídicas	6
21	Seja responsável por si mesmo: habilidade de afrontamento e resolução de problemas	3
22	A sabedoria: a expressão da vida e dos anos	3

Adaptado de Fernández-Ballesteros (2002)

Anexo 4 – Descrição das pontuações de cada item de Índice de Barthel (Mahoney & Barthel, 1965)

Descrição das pontuações de cada item do Índice de Barthel

(Mahoney & Barthel, 1965)

Os dez itens são apresentados seguidamente com as respetivas descrições e pontuações, tal como referido na publicação original do instrumento (Mahoney e Barthel, 1965):

Alimentação

- **10 Pontos** – O idoso consegue alimentar-se sozinho a partir de um tabuleiro ou mesa quando alguém lhe coloca os alimentos ao seu alcance. Consegue realizar tarefas acessórias como cortar os alimentos, pôr sal ou pimenta, barrar a manteiga, etc...Deve completar a tarefa num período de tempo razoável. Usa corretamente a faca, garfo e colher;
- **5 Pontos** – Necessita de ajuda para cortar os alimentos, levar à boca, pôr sal ou pimenta, barrar a manteiga, etc...

Vestir

- **10 Pontos** – O idoso deve ser capaz de vestir, despir e abotoar toda a roupa e atar os atacadores dos sapatos;
- **5 Pontos** – O idoso necessita de ajuda para se vestir, despir ou abotoar qualquer roupa. Deve conseguir fazer sozinho, pelo menos, metade das atividades de vestir e despir num período de tempo razoável.

Banho

- **5 Pontos** – O idoso pode utilizar um chuveiro ou banheira ou tomar banho de esponja. Deve ser capaz de realizar todos os passos envolvidos no método que é utilizado, sem a presença de outra pessoa.

Higiene Corporal

- **5 Pontos** – O idoso consegue lavar as mãos e a cara, lavar os dentes e fazer a barba. Consegue usar qualquer tipo de lâmina e, como tal, deverá ser capaz de colocar a lâmina ou ligar a máquina de barbear sem ajuda de ninguém, conseguindo tirá-la e voltar a colocá-la no sítio correto. Os idosos do sexo feminino devem ser capazes de se maquilhar, mas não necessitam de conseguir cortar o cabelo.

Uso da Casa de Banho

- **10 Pontos** – O idoso é capaz de se sentar e levantar da sanita, vestir e despir a roupa, não suja as roupas e utiliza o papel higiénico sem ajuda. Pode utilizar uma barra de apoio na parede, ou outro sistema de apoio, se necessário. Se for indispensável, deve utilizar uma arrastadeira, em vez da ida à casa de banho. Deve ser capaz de colocar a arrastadeira na cadeira, esvaziá-la e limpá-la;
- **5 Pontos** – O idoso necessita de ajuda para manter o equilíbrio. Necessita de ajuda para despir e vestir a roupa na casa de banho ou para usar o papel higiénico.

Controlo Intestinal

- **10 Pontos** – O idoso é capaz de controlar os intestinos sem existirem episódios de incontinência. Consegue usar o supositório ou fazer um clister quando necessário (engloba o idoso com lesão na espinal medula e, que tiveram treino de controlo dos intestinos);
- **5 Pontos** – O idoso necessita de ajuda para utilizar um supositório, para fazer um clister ou tem episódios ocasionais de incontinência.

Controlo Vesical

- **10 Pontos** – O idoso é capaz de controlar a bexiga durante a noite ou durante o dia. O idoso com lesão na espinal medula e que utiliza algália deve conseguir colocá-la de forma autónoma, limpar e esvaziar o saco, e manter-se seco durante a noite e o dia;
- **5 Pontos** – O idoso tem episódios ocasionais de incontinência ou não consegue esperar pela arrastadeira ou por chegar à casa de banho ou precisa de ajuda com um instrumento exterior.

Subir Escadas

- **10 Pontos** – O idoso deve ser capaz de subir e descer um lance de escadas sem ajuda ou supervisão. Pode e deve utilizar corrimões, cajados ou muletas quando necessário. Deve ser capaz de usar o cajado ou as muletas conforme sobe ou desce as escadas;
- **5 Pontos** – O idoso necessita de ajuda ou supervisão em qualquer episódio acima descrito.

Transferência da Cadeira de Rodas para a Cama

- **15 Pontos** – Não necessita de qualquer ajuda, é independente em todas as fases desta tarefa. Se o idoso usa a cadeira de rodas, transfere-se sozinho. No caso de usar cadeira de rodas, o idoso deve conseguir aproximar-se da cama com segurança, travar a cadeira, levantar o apoio dos pés, transferir-se com segurança para a cama, deitar-se, sentar-se no lado da cama, alterar a posição da cadeira de rodas e voltar a transferir-se para a cadeira em segurança;
- **10 Pontos** – Ajuda mínima e supervisão. No caso do idoso usar cadeira de rodas, necessita de ajuda mínima para realizar esta atividade ou necessita de ser lembrado ou supervisionado por questões de segurança, nalgumas fases do uso da cadeira de rodas.

○ **5 Pontos** – No caso do idoso usar cadeira de rodas, consegue mudar para a posição de sentado, mas precisa de ser levantado da cama. Se o idoso conseguir transferir-se da cama para a cadeira, necessita de muita ajuda.

[Neste item, a escala original (Mahoney & Barthel, 1965) não refere uma alternativa para os idosos que não utilizam cadeira de rodas, porém Silva (2006), na utilização da escala refere uma transferência entre posições de deitar, sentar e deitar novamente]

Deambulação

○ **15 Pontos** – O paciente deve conseguir andar, pelo menos 50 metros sem ajuda ou supervisão. Pode usar aparelhos ou próteses e usar muletas, cajados ou andarilhos, mas não pode utilizar um andarilho com rodas. Se usar um aparelho deve conseguir travar e destravar o mesmo, assumir a posição de pé, assumir a posição de sentado, colocar os instrumentos de auxílio mecânico na posição correta para usar e depô-los quando se senta.

○ **10 Pontos** – O paciente necessita de ajuda numa das fases referidas, mas consegue andar, pelo menos, 50 metros com ajuda mínima.

○ **5 Pontos** – O paciente anda pelo menos 50 metros sem ajuda e sem supervisão.

Pontuação Zero

Uma pontuação de zero (0) é atribuída em todas as atividades quando o sujeito não se insere nos critérios definidos acima.

APÊNDICES

Apêndice 1 - Pedido de Autorização

Exmo. Sr. Padre Domingos Costa

Exmo. Diretor da Aldeia de São José de Alcalar

Dr. Humberto Martins

Exma. Coordenadora da Aldeia de São José de Alcalar

Dr.^a Sara Duarte

Assunto: Pedido de colaboração no âmbito de Tese de Mestrado em Gerontologia Social

Eu, Zara Ramalho Viegas Vilhena Mesquita, no âmbito da minha tese de Mestrado em Gerontologia Social da Escola Superior de Educação e Comunicação da Universidade do Algarve, estou a desenvolver um estudo sobre a Promoção/ativação cognitiva do Idoso Institucionalizado, orientado pela Professora Doutora Maria Helena Martins, da Faculdade de Ciências Humanas e Sociais da Universidade do Algarve

Com o presente estudo pretende-se realizar uma avaliação a idosos institucionalizados, nomeadamente no que se refere às suas capacidades cognitivas e funcionais, *satisfação com a vida*, otimismo e rede de apoio social. Desta avaliação pretende-se desenvolver, posteriormente, um programa de promoção/ativação cognitiva do idoso institucionalizado.

Tendo em consideração os objetivos do estudo, a população-alvo e as características apresentadas pela Instituição que Vossas Exas dirigem, venho, por este meio, solicitar a autorização para realizar a presente investigação junto dos utentes (idosos institucionalizados) da Aldeia de São José de Alcalar.

O presente estudo será realizado através da aplicação de alguns instrumentos de avaliação definidos, *a priori*, e especificamente selecionados e adequados à população-alvo. Assim, através da utilização dos referidos instrumentos não se espera causar qualquer desconforto ou mal-estar nos utentes, apenas avaliar determinadas características, de forma a podermos delinear futuramente um programa de promoção de desenvolvimento e ativação das suas capacidades.

Tal como referenciado anteriormente e, decorrendo dos objetivos do estudo, implicará que a investigadora reúna individualmente com cada um dos utentes para o preenchimento dos seguintes instrumentos:

- **Questionário de dados Sociodemográficos;**
- **Escala Breve do Estado Mental (MMSE);**
- **Escala de Qualidade de Vida (WHO) *WHOQOL – Bref* ;**
- **Convoy Model;**
- **Escala de Satisfação com a Vida (SWLS);**
- **Escala de Otimismo;**
- **Escala Modificada de Barthel;**

Posteriormente será delineado um programa de intervenção a aplicar a um grupo de utentes.

Mais se informa que todos os dados recolhidos serão anónimos, confidenciais e apenas se destinam a ser tratados no âmbito da presente investigação, pelo que a identidade de todos os participantes estará seguramente protegida.

Finalizo, sublinhando que os resultados obtidos neste projeto de investigação serão facultados oportunamente à Instituição.

Sem outro assunto de momento, agradeço desde já a Vossa colaboração.

Gambelas, 1 de março de 2012

Com os melhores cumprimentos,

Zara Ramalho Viegas Vilhena Mesquita

Psicóloga Social e das Organizações

Pós-graduada em Gerontologia Social

Estudante de Mestrado em Gerontologia Social

Assunto: **Pedido de Autorização - WHOQOL-Bref**

De: **Zara Mesquita** (zara_mesquita@hotmail.com)

Enviada: terça-feira, 22 de novembro de 2011 13:10:30

Para: mccanavarro@fpce.uc.pt

Ex.^a Senhora Professora Doutora Cristina Canavarro,

Boa tarde,

Sou aluna de Mestrado em Gerontologia Social da Universidade do Algarve, e, na minha tese intitulada "Institucionalização, Satisfação e Qualidade de Vida do Idoso", pretendo utilizar a escala *WHOQOL- Bref* para avaliar a qualidade de vida dos utentes.

Com base no artigo publicado na revista *Psiquiatria Clinica*, 27,1, pp. 41-49, 2006, venho por este meio solicitar a V. Ex.^a a autorização da aplicação da escala *WHOQOL-Bref* para o meu estudo. Por outro lado, gostaria que a Sr.^a Professora Doutora Cristina Canavarro me explicitasse a fórmula de cálculo do Índice QV Geral.

E, conforme a solicitação patente na página

http://gaius.fpce.uc.pt/saude/documentos_qv.htm, anexo o formulário devidamente preenchido.

Agradeço antecipadamente a sua consideração em relação a este pedido,

Melhores Cumprimentos,

Zara Ramalho Viegas Vilhena Mesquita

nº 23192

Licenciada em Psicologia Social e das Organizações, regime pré-Bolonha, Universidade do Algarve

Mestranda em Gerontologia Social, Universidade do Algarve

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/Projeto

Institucionalização, Satisfação e Qualidade de Vida do Idoso

3. Identificação do Investigador Responsável ou [para alunos]

Orientador/supervisor de projeto/tese

Nome: Professora Doutora Maria Helena Martins

Morada: Faculdade de Ciências Humanas e Sociais, Universidade do Algarve

4. Identificação dos elementos da equipa do projeto

Zara Ramalho Viegas Vilhena Mesquita

Urbanização Jardins do Amparo, lote 22 – 2º J 8500-504 Portimão

zara_mesquita@hotmail.com tlm. 964589558

5. Objetivos do Projeto

Averiguar a existência de associação entre os fatores biopsicossociais na Satisfação com a vida e na Qualidade de Vida de idosos institucionalizados – mais especificamente, pretende-se estudar o tipo de associação existente entre os fatores biológicos (como a funcionalidade), fatores psicológicos (como a cognição) e fatores sociais (como a rede de apoio familiar e afetiva) na Satisfação e Qualidade de Vida, bem como, no Estado de Saúde do idoso institucionalizado.

6. Dados Metodológicos

6.1. Tipo de população: Utentes institucionalizados na Aldeia de São José de Alcalar da Mexilhoeira Grande

6.2. Tamanho da amostra: 30 utentes

6.3. Bateria de avaliação (outros instrumentos)

Escala Breve do Estado Mental (MMSE);

Convoy Model;

Escala de Satisfação com a Vida (SWLS);

Escala de Otimismo;

Escala Modificada de Barthel;

Data: Portimão, 22 de novembro de 2011 **Assinatura:** Zara Mesquita

Enviar para: mccanavarro@fpce.uc.pt

Ou Professora Doutora Maria Cristina Sousa Canavarro

Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade de Coimbra

Rua do Colégio Novo – Apartado 6153

3001-802 Coimbra

Apêndice 2 - Autorização de Tese

Autorização

Eu, Dr. ^a Sara Maria de Jesus Duarte, Coordenadora da Aldeia de São José de Alcalar, autorizo que Zara Ramalho Viegas Vilhena Mesquita realize, nesta instituição os procedimentos necessários para o estudo da sua tese de Mestrado intitulada “Institucionalização, Satisfação e Qualidade de Vida do Idoso”.

De: **Maria Cristina Canavarro** (mccanavarro@netcabo.pt)
Enviada: terça-feira, 22 de novembro de 2011 21:20:32
Para: Zara Mesquita (zara_mesquita@hotmail.com)
Cc: Melo Cláudia (claudiasmelosilva@gmail.com)

Cara Zara Mesquita,

Em anexo, envio nota explicativa relativa à cotação do *WHOQOL-Bref*.

A Dra. Cláudia Melo, fará o favor de lhe enviar a restante documentação relativa ao instrumento.

Será importante ler a bibliografia indicada na nossa página
<http://www.fpce.uc.pt/saude/qv.htm>.

Com os melhores cumprimentos,

MCristina Canavarro

.....

Maria Cristina Canavarro
mccanavarro@fpce.uc.pt
<http://www.fpce.uc.pt/saude/index.htm>
<http://www.huc.min-saude.pt/unipmaternidade>

Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da
Universidade de Coimbra
Rua do Colégio Novo, Apartado 6153
3001-802 Coimbra Portugal
Tel. (+351 239851450) Fax (+351 239 851465)

Unidade de Intervenção Psicológica (UnIP)
Maternidade Doutor Daniel de Matos
Avenida Miguel Torga
3030-165 Coimbra Portugal
Tel. (+351 239403060) Fax (+351 239 403062)

Date: Wed, 30 Nov 2011 21:39:37 +0000
Subject: Re: Instrumento de Avaliação *WHOQOL-Bref*
From: claudiasmelosilva@gmail.com
To: zara_mesquita@hotmail.com

Cara Zara Mesquita,

Na sequência do pedido efetuado, em anexo envio o material relativo ao *WHOQOL-Bref*, nomeadamente:

- a versão para português de Portugal do instrumento;
- manual de aplicação e cotação;
- sintaxe para utilização no pacote estatístico SPSS.

Na nossa página <http://www.fpce.uc.pt/saude/whoqolbref.htm> poderá encontrar indicação de bibliografia sobre a versão portuguesa do *WHOQOL-Bref*.

Informação adicional poderá ser encontrada em <http://www.fpce.uc.pt/saude/qv.htm> .

Com os melhores cumprimentos,
Cláudia Melo.

Apêndice 3 - Consentimento Informado

CONSENTIMENTO INFORMADO

Venho, por este meio, solicitar a sua autorização e disponibilidade para participar nas diversas atividades que lhe vão ser propostas, devendo preencher primeiramente o presente questionário.

Todas as atividades apresentadas constituem parte de um estudo inserido no âmbito do projeto de tese de Mestrado em Gerontologia Social, orientada pela Professora Doutora Helena Martins.

Os dados obtidos serão utilizados num trabalho sobre a promoção/ativação cognitiva do idoso institucionalizado na Aldeia de São José de Alcalar, tendo como objetivo final a implementação de um programa de ativação cognitiva do idoso institucionalizado.

A decisão de não querer participar na investigação ou de querer desistir no seu decorrer, não lhe trará qualquer tipo de inconveniente.

Agradeço, antecipadamente, o tempo que vai despende e assegura-se que todos os dados recolhidos serão confidenciais e anónimos.

Autorização do Idoso: _____

Apêndice 4 - Questionário ao Idoso – Dados Sociodemográficos

////////////////////////////////////
1. Dados Pessoais
////////////////////////////////////

1.1. Idade _____

1.2. Data de Nascimento ___/___/___

1.3. Sexo Feminino Masculino

1.4. Naturalidade:

1.4.1. Freguesia _____

1.4.2. Concelho _____

1.4.3. Distrito _____

1.5. Estado Civil

Solteiro(a)	
Casado(a)	
União de facto	
Separado	
Divorciado	
Viúvo(a)	

1.6. Escolaridade

Não sabe ler nem escrever	
Sabe ler e/ou escrever sem diploma	
1º CEB/4ª classe	
2º CEB/6ª classe	
3º CEB/9º ano/5º ano liceal ou equivalente	
Ensino Industrial, Comercial ou equivalente	
Ensino Secundário ou equivalente	
Ensino Superior	
Formação Pós-Graduada	

1.7. Profissão _____

1.7.1. Com que idade se reformou? _____

1.7.2. Motivo:

Invalidez

Anos de Serviço

Idade

Outro: _____

////////////////////////////////////
2. Institucionalização
////////////////////////////////////

2.1. Regime de Institucionalização

Lar

Centro de Dia

2.2. Razão principal da institucionalização:

Doença

Isolamento

Incapacidade física

Viuvez

Outro: _____

2.3. Duração da Institucionalização:

2.4. Está: A favor Contra a institucionalização

Apêndice 5 - Mini Mental State Examination (MMSE)

Mini Mental State Examination (MMSE)
(Folstein, Folstein e McHugh, 1975; versão portuguesa: Guerreiro, Silva, Botelho, Leitão, Caldas e Garcia, 1993)

1. Orientação (1 ponto por cada resposta correta)

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 corretamente repetida)

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

Pera _____
Gato _____
Bola _____

Nota : _____

3. Atenção e Cálculo (1 ponto por cada resposta correta. Se der uma errada mas depois continuar a subtrair bem, consideram-se as seguintes como corretas. 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 correta.)

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

Pera _____
Gato _____
Bola _____

Nota: _____

5. Linguagem (1 ponto por cada resposta correta)

a) "Como se chama isto? Mostrar os objetos:

Relógio _____
Lápis _____

Nota : _____

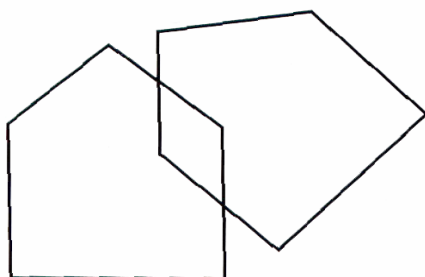
b) "Repita a frase que eu vou dizer: O RATO ROEU A ROLHA"

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 correta.)

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

Cópia:

Nota : ____

TOTAL (Máximo 30 pontos): ____

Considera-se com defeito cognitivo:

Analfabetos \leq 15 pontos
1 a 11 anos de escolaridade \leq 22 pontos
Com escolaridade superior a 11 anos \leq 27 pontos

Apêndice 6 - WHOQOL –Bref

WHOQOL-BREF



Organização Mundial de Saúde



Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra

Coordenador: Professor Doutor Adriano Vaz Serra



Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade de Coimbra

Coordenadora: Professora Doutora Maria Cristina Canavarro

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

WHOOOL –Bref (Canavarro, Simões, Vaz Serra, Pereira, Rijo, Quartilho, Gameiro, Paredes & Carona, 2007)

INSTRUÇÕES

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

		Nada	Pouco	Nem muito nem pouco	Muito	Muitíssimo
3 (F1.4)	Em que medida as suas dores (físicas) o(a) impedem de fazer o que precisa de fazer?	1	2	3	4	5
4 (F11.3)	Em que medida precisa de cuidados médicos para fazer a sua vida diária?	1	2	3	4	5
5 (F4.1)	Até que ponto gosta da vida?	1	2	3	4	5
6 (F24.2)	Em que medida sente que a sua vida tem sentido?	1	2	3	4	5
7 (F5.3)	Até que ponto se consegue concentrar?	1	2	3	4	5
8 (F16.1)	Em que medida se sente em segurança no seu dia a dia?	1	2	3	4	5
9 (F22.1)	Em que medida é saudável o seu ambiente físico?	1	2	3	4	5

As seguintes perguntas pretendem saber **até que ponto** experimentou ou foi capaz de fazer certas coisas nas **duas últimas semanas**.

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

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

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

		Muito Insatisfeito	Insatisfeito	Nem satisfeito nem insatisfeito	Satisfeito	Muito satisfeito
16 (F3.3)	Até que ponto está satisfeito(a) com o seu sono?	1	2	3	4	5
17 (F10.3)	Até que ponto está satisfeito(a) com a sua capacidade para desempenhar as atividades do seu dia a dia?	1	2	3	4	5
18 (F12.4)	Até que ponto está satisfeito(a) com a sua capacidade de trabalho?	1	2	3	4	5

19 (F6.3)	Até que ponto está satisfeito(a) consigo próprio(a)?	1	2	3	4	5
20 (F13.3)	Até que ponto está satisfeito(a) com as suas relações pessoais?	1	2	3	4	5
21 (F15.3)	Até que ponto está satisfeito(a) com a sua vida sexual?	1	2	3	4	5
22 (F14.4.)	Até que ponto está satisfeito(a) com o apoio que recebe dos seus amigos?	1	2	3	4	5
23 (F17.3)	Até que ponto está satisfeito(a) com as condições do lugar em que vive?	1	2	3	4	5
24 (F19.3)	Até que ponto está satisfeito(a) com acesso que tem aos serviços de saúde?	1	2	3	4	5
25 (F17.3)	Até que ponto está satisfeito(a) com os transportes que utiliza?	1	2	3	4	5

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

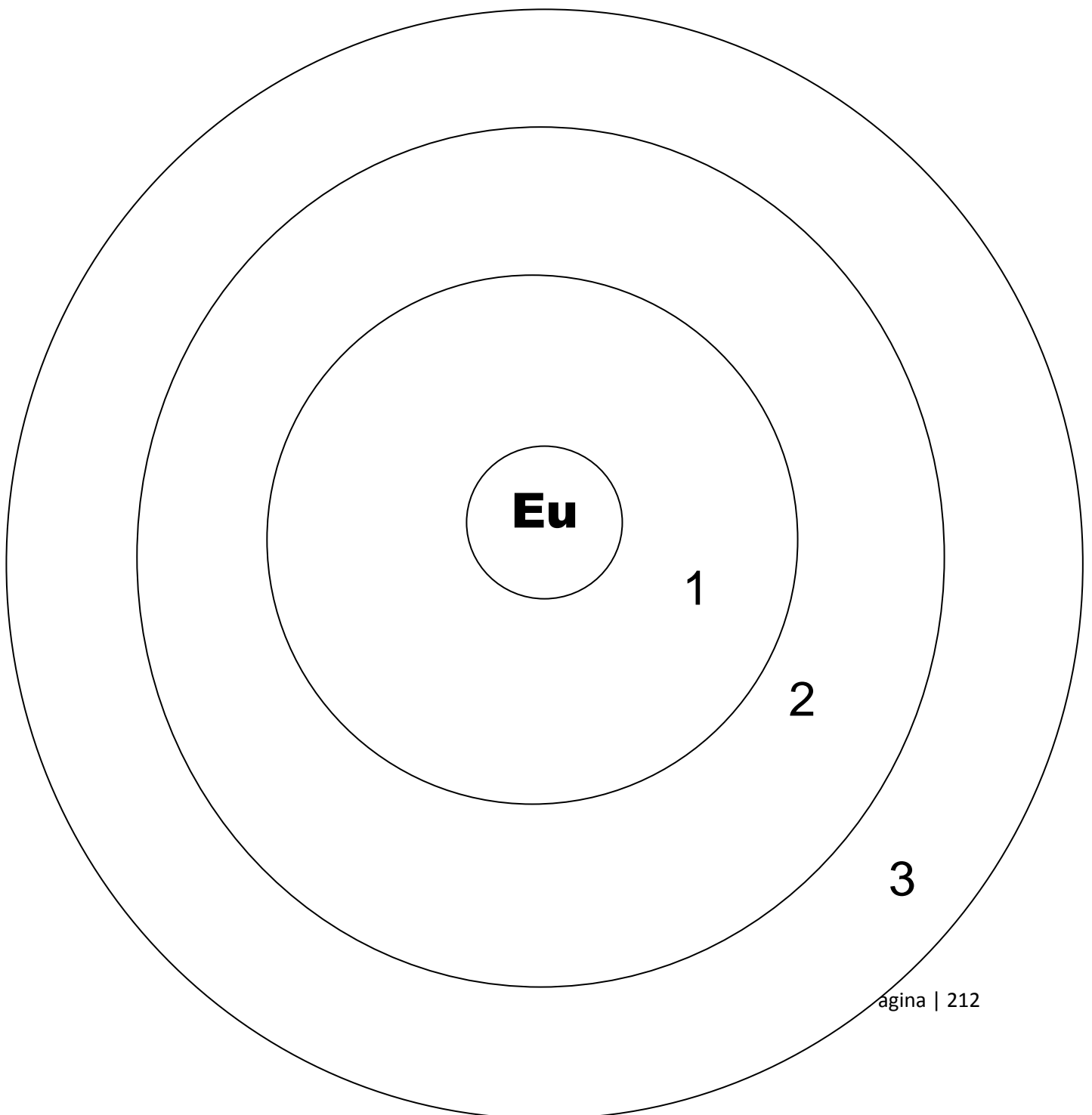
		Nunca	Poucas vezes	Algumas vezes	Frequentemente	Sempre
26 (F8.1)	Com que frequência tem sentimentos negativos, tais como tristeza, desespero, ansiedade ou depressão?	1	2	3	4	5

Apêndice 7 – Convoy Model

Convoy Model (Kahn e Antonucci, 1980; versão portuguesa: Gameiro, Soares, Moura-Ramos, Pedrosa e Canavarro, 2008)

Indique no diagrama seguinte as pessoas que são mais importantes para si de acordo com as instruções seguintes: *círculo 1* – pessoas que se sente tão próximo(a) que é difícil imaginar a vida sem elas; *círculo 2* – pessoas que não sendo tão próximas são também importantes; *círculo 3* – pessoas que são suficientemente próximas e importantes para serem representadas.

Em relação às pessoas indicadas refira o nível de satisfação segundo uma escala de 0 – muito insatisfeito a 5 – muito satisfeito.



Apêndice 8 - Escala de Satisfação com a Vida (SWLS)

Escala de Satisfação com a Vida (SWLS, Diener, Emmons, Larsen e Griffin, 1985;
versão portuguesa: Simões, 1992)

Mais abaixo encontrará cinco afirmações relativas ao modo como encara a sua vida, com as quais poderá concordar ou discordar. Usando a escala de 1 a 5 que se segue, indique o seu grau de acordo com cada item assinalando-o. A escala é a seguinte:

- 1 – Discordo muito;
- 2 – Discordo um pouco;
- 3 – Não concordo, nem discordo;
- 4 – Concordo um pouco;
- 5 – Concordo muito.

	1	2	3	4	5
1. A minha vida parece-se, em quase tudo, com o que eu desejaria que ela fosse.					
2. As minhas condições de vida são muito boas.					
3. Estou satisfeito(a) com a minha vida.					
4. Até agora, tenho conseguido as coisas mais importantes da vida que eu desejava.					
5. Se pudesse recomeçar a minha vida, não mudaria quase nada.					

TOTAL: _____

Apêndice 9 - Escala de Otimismo

Escala de Otimismo (B. Oliveira,1998)

Mais abaixo encontrará quatro afirmações relativas ao modo como encara a sua vida, com as quais poderá concordar ou discordar. Usando a escala de 1 a 5 que se segue, indique o seu grau de acordo com cada item assinalando-o. A escala é a seguinte:

- 1 – Totalmente em desacordo (absolutamente não);
- 2 – Bastante em desacordo (não);
- 3 – Nem de acordo nem em desacordo (mais ou menos);
- 4 – Bastante de acordo (sim);
- 5 – Totalmente de acordo (absolutamente sim)

	1	2	3	4	5
1. Encaro o futuro com otimismo.					
2. Tenho esperanças de conseguir o que realmente desejo.					
3. Faço projetos para o futuro e penso que os realizarei.					
4. Em geral considero-me uma pessoa otimista.					

TOTAL: _____

**Apêndice 10 - Escala Modificada de Barthel – Atividades Básicas de Vida Diária
(ABVD)**

Escala Modificada de Barthel (Mahoney e Barthel, 1965; Wade e Colin, 1988 versão portuguesa: Araújo, Ribeiro, Oliveira & Pinto, 2007, in Sequeira 2010)

Nome: _____ D.N. ___ / ___ / _____ HD: _____

ITENS	ABVD	COTAÇÃO
Alimentação	INDEPENDENTE (Capaz de usar qualquer instrumento. Come num tempo razoável)	10
	NECESSITA DE AJUDA (Necessita de ajuda para cortar, levar à boca, etc.)	5
	DEPENDENTE	0
Vestir	INDEPENDENTE (Veste-se, despe-se e ajusta a roupa. Aperta os sapatos, etc.)	10
	NECESSITA DE AJUDA (Pelo menos em metade das tarefas, mas realiza-se num bom tempo)	5
	DEPENDENTE	0
Banho	INDEPENDENTE (Toma banho geral no duche ou banheira. Entra e sai do banho sem ajuda de terceiros)	5
	DEPENDENTE	0
Higiene Corporal	INDEPENDENTE (Lava a face, mãos e dentes. Faz a barba)	5
	DEPENDENTE	0
Uso da Casa de Banho	INDEPENDENTE (Usa-a sem ajuda, senta-se, levanta-se e arranja-se)	10
	NECESSITA DE AJUDA (Para manter o equilíbrio, limpar-se e ajustar a roupa)	5
	DEPENDENTE	0
Controlo Intestinal	INDEPENDENTE (Não apresenta episódios de incontinência. Se necessita de enemas ou clisteres, fá-lo sozinho)	10
	INCONTINENTE OCASIONAL (Episódios ocasionais de incontinência e necessita de ajuda para enemas ou clisteres)	5
	INCONTINENTE FECAL	0

Controlo Vesical	INDEPENDENTE (Não apresenta controlo de incontinência. Se necessita de sonda ou coletor, fá-lo sozinho)	10
	INCONTINENTE OCASIONAL (Episódios ocasionais de incontinência e necessita de ajuda para uso de sonda ou coletor)	5
	INCONTINENTE OU ALGALIADO	0
Subir Escadas	INDEPENDENTE (Sobe e desce escadas. Pode usar um instrumento de apoio)	10
	NECESSITA DE AJUDA (Necessita de ajuda física ou supervisão para subir/descer escadas)	5
	DEPENDENTE	0
Transferência Cadeira-Cama	INDEPENDENTE (Não necessita de qualquer ajuda. Se usa a cadeira de rodas, transfere-se sozinho)	15
	NECESSITA DE AJUDA MÍNIMA (Ajuda mínima e supervisão)	10
	NECESSITA DE GRANDE AJUDA (É capaz de se sentar, mas necessita de muita ajuda para a transferência)	5
	DEPENDENTE	0
Deambulação	INDEPENDENTE (Caminha pelo menos 50 metros sozinho ou com ajuda de andarilho, canadianas)	15
	NECESSITA DE AJUDA (Caminha 50 metros com ajuda ou supervisão)	10
	INDEPENDENTE COM CADEIRA DE RODAS (Anda pelo menos 50 metros)	5
	DEPENDENTE	0

Pontuação	Nível de Dependência
80 a 100 Pontos	Independente
60 a 79 Pontos	Ligeiramente Dependente
40 a 59 pontos	Moderadamente Dependente
20 a 39 pontos	Severamente Dependente
0 a 19 pontos	Totalmente Dependente

Apêndice 11 – Descrição e Estrutura do Questionário ao Idoso e ao Cuidador

Tabela 1. Descrição e Estrutura do Questionário ao Idoso

Parte	Secção	Dimensão Avaliada	Dados Recolhidos (Instrumentos)	Tipos de Ítems	
				Resposta aberta	Resposta Fechada
Questionário do Idoso	I	Dados Pessoais	- Idade; - Sexo; - Naturalidade; - Estado Civil; - Escolaridade e Profissão; - Idade de reforma.	1.1.; 1.4.; 1.7.; 1.7.1.	1.3.; 1.5.; 1.6.
	II	Institucionalização	- Motivo; - Duração; - Opinião.	1.7.2.; 2.2.;2.3.	1.7.2.; 2.1.;2.2.;2.4.
	III	Saúde e Medicação	-Doença; -Tempo de Doença; -Tipo de Medicamentos.	4.2.; 4.3.; 4.4	4.1.; 4.4.
	IV	Função Cognitiva	<i>Mini-Mental State Exam (MMSE)</i>	1.;2.;3.;4;	5.; 6.
	V	Rede de Apoio Afetivo – Família e Amigos	- Família mais próxima; - Quantidade de amigos; - Contacto com os amigos.		3.1.;3.2.
			<i>Modelo de Convoy</i>	Todos os itens	

(continuação)

Parte	Secção	Dimensão Avaliada	Dados Recolhidos (Instrumentos)	Tipos de Ítems	
				Resposta aberta	Resposta Fechada
Questionário do Idoso	VI	Qualidade de Vida	<i>WHOQOL-Bref</i>		Todos os itens
	VII	Satisfação com a Vida	<i>Escala de Satisfação com a Vida (SWLS)</i>		Todos os itens
	VIII	Otimismo	<i>Escala de Otimismo</i>		Todos os itens
	I	Funcionalidade	<i>Índice de Barthel</i>		Todos os itens

Apêndice 12 – Descrição, Estrutura e pontuação do MMSE

Tabela 2. Descrição, Estrutura e pontuação do Índice do Mini-Mental State Examination (MMSE)

Parte	Secções	Ítems	Pontuação
Respostas Verbais	1. Orientação Temporal e Espacial	5 ítems de Orientação Temporal	5
		5 ítems de Orientação Espacial	5
	2. Retenção	3 ítems de Atenção e Memória	3
	3. Atenção e Cálculo	5 ítems de Atenção e Cálculo	5
	4. Evocação	3 ítems de Evocação	3
		Total	21
Cumprimento de Ordens		2 ítems de Nomeação	2
		1 ítem de Repetição	1
	5. Linguagem	3 ítems de Cumprimento de Ordens Orais	3
		1 ítem de Cumprimento de Ordem Escrita	1
		1 ítem de Escrita Espontânea	1
	6. Habilidade Construtiva	1 ítem de cópia de desenho geométrico	1
		Total	9
TOTAL			30

Apêndice 13 – Descrição e Estrutura do *WHOQOL-Bref*

Tabela 3. Descrição e Estrutura do *WHOQOL_Bref*

DOMÍNIOS	
Domínio I – Domínio Físico	Nº da questão
Dor e Desconforto	3
Dependência da Medicação ou de Tratamentos	4
Energia e Fadiga	10
Mobilidade	15
Sono e Repouso	16
Atividades da Vida Quotidiana	17
Capacidade de Trabalho	18
Domínio II – Domínio Psicológico	
Sentimentos Positivos	5
Espiritualidade/Religião/Crenças Pessoais	6
Pensar, Aprender, Memória e Concentração	7
Imagem Corporal e Aparência	11
Autoestima	19
Sentimentos Negativos	26
Domínio III – Relações Sociais	
Relações Pessoais	20
Atividade Sexual	21
Suporte (apoio) social	22
Domínio IV – Meio Ambiente	
Segurança Física e Proteção	8
Ambiente Físico: (poluição/ruído/trânsito/clima)	9
Recursos Financeiros	12
Oportunidade de adquirir novas informações e habilidades	13
Participação em, e oportunidades de recreação/lazer	14
Ambiente no lar	23
Cuidados de saúde e sociais: disponibilidade e qualidade	24
Meio de transporte	25

Adaptação: Canavarro, et al. (2007)

Apêndice 14 – Descrição, Estrutura e pontuação do *Índice de Barthel*

Tabela 4. Descrição, Estrutura e pontuação do *Índice de Barthel*

	Item	Pontuação Mínima Totalmente Dependente	Pontuação Intermédia	Pontuação Máxima Totalmente Independente
Autocuidados	Alimentação	0	5	10
	Vestir	0	5	10
	Banho	0		5
	Higiene Corporal	0		5
	Uso da Casa de Banho	0	5	10
	Controlo Intestinal	0	5	10
	Controlo Vesical	0	5	10
	Total	0	5 a 55	60
Mobilidade	Subir Escadas	0	5	10
	Transferência Cadeira- Cama	0	5 ou 10	15
	Deambulação	0	5 ou 10	15
	Total	0	5 a 35	40
TOTAL		0	5 a 95	100

**"Os velhos têm tanta
necessidade de afeto como de sol."**

Victor Hugo