



UC/FPCE — 2012

Universidade de Coimbra
Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação

**Qualidade de Vida e (In)Capacidade Funcional de
Adultos Idosos Portugueses**

Catarina Isabel Mendes Portela
(email: cimportela@gmail.com)

Dissertação de Mestrado Integrado em Psicologia Clínica e da Saúde,
sub-área de especialização em Psicogerontologia Clínica, sob a
orientação da Professora Doutora Margarida Pedroso de Lima e da
Mestre Manuela Vilar

*Aos meus Avós,
Aurora e Artur
Arminda e Salvador*

Qualidade de Vida e (In)Capacidade Funcional de Adultos Idosos Portugueses

Resumo: O presente estudo teve como principal objectivo a determinação das relações existentes entre a qualidade de vida (QdV) e a (in)capacidade funcional, numa amostra de adultos idosos portugueses (N = 51). Adicionalmente, pretendeu-se analisar o impacto de outras variáveis na QdV e na funcionalidade dos sujeitos idosos, tais como a situação de vida, o funcionamento cognitivo, a sintomatologia depressiva, a percepção subjectiva de saúde e a idade. Os resultados desta investigação confirmaram a relação entre QdV e funcionalidade, sendo estatisticamente significativa a relação entre a faceta *Participação Social* do WHOQOL-OLD e o resultado global do IAFAI; assim como na faceta *Autonomia*, a qual manifestou alguma relação com a capacidade funcional, apesar de não ser significativa. Deste modo, concluímos que uma capacidade funcional comprometida manifesta-se negativamente na QdV, através do impacto na capacidade dos sujeitos para participarem em actividades de vida diária (AVD), especialmente na comunidade (*Participação Social*) e, também, de viverem de forma autónoma e tomarem decisões (*Autonomia*). Ainda, o presente estudo permitiu constatar que: a situação de vida permite diferenciar os sujeitos, em termos de QdV e de capacidade funcional (com os sujeitos institucionalizados a apresentar menor qualidade de vida e maior comprometimento da funcionalidade, comparativamente aos da comunidade); a presença de sintomatologia depressiva, um funcionamento cognitivo empobrecido e a percepção subjectiva de saúde (dimensão *Doente*), estão associados a uma capacidade funcional comprometida; por fim, não se observou um maior comprometimento funcional significativo associado ao avançar da idade, ao contrário do que é observado na literatura.

Palavras - chave: Qualidade de vida, adultos idosos, (in)capacidade funcional.

Quality of Life and Functional (In)Capacity of Portuguese Elderly People

Abstract: The main aim of this study was to determine the relation between quality of life (QoL) and functional (in)capacity in a sample of old adults (N = 51). Additionally, it was intended to define the impact of other variables in QoL and functionality of old adults, such as situation of life, cognitive functioning, depressive symptomatology, subjective perception of health and age. The results of this investigation confirm the relation between QoL and functionality, namely, with a statistically significant correlation between the WHOQOL-OLD's *Social Participation* facet and the global result in IAFAI, with a statistically significant correlation; as well as on the facet *Autonomy*, which manifested some relation with functional capacity, even though it was not significant. Thus, we deduce that an impaired functional capacity manifests in a negative way in QoL, through the impact on the subjects' capacity to participate in activities of daily living (ADL), especially in community (*Social Participation*) as well as through their capacity to live in a autonomous way and taking decisions (*Autonomy*). Further, this study enabled to explore that: the situation of life variable differentiated subjects in terms of QoL and functional capacity (with institutionalized ones presenting lower QoL and lower functional capacity); depressive symptomatology, poor cognitive functioning and subjective perception of health (dimension *Ill*) are associated with disability; lastly, we perceived that functionality does not decrease significantly with aging, contrary to what is reported in the literature.

Key Words: Quality of life, elderly, functional (in)capacity.

Agradecimentos

Ao meu Pai e à minha Mãe, pela confiança depositada e constante apoio, a todos os níveis, não só nesta tarefa, mas também em todas as minhas escolhas académicas. Obrigada, também, à minha irmã e restante família. Sem vós eu não teria chegado até aqui.

Ao meu Avô, Artur, por ter sempre acreditado em mim, pela presença e apoio constantes, pelas palavras amigas e motivadoras. Por tudo.

À Karina McGovern, colega, amiga, e companheira de Mestrado, por todo o apoio e incentivo, durante todo este processo. Sem ti, teria sido infinitamente mais difícil e solitário.

Ao Francisco, pela amizade e pelas palavras de força e motivação constantes.

À Professora Margarida Pedroso de Lima, não só pela orientação e incentivo, mas por toda a aprendizagem, académica e humana, que proporcionou, ao longo do curso.

À Professora Manuela Vilar, pela orientação, pela constante presença e disponibilidade, pelo incentivo para concluir a tarefa, pelo apoio incansável, e pelo espírito motivador, sempre com a palavra mais acertada.

A todos os idosos que aceitaram fazer parte deste estudo, pela disponibilidade, pela forma como me acolheram, e pelos momentos bem-dispostos. Obrigada, também, pelos ensinamentos.

A todos, dirijo a minha estima e eterna gratidão.

Índice

Introdução	1
I – Enquadramento conceptual	3
1. Considerações em torno do Envelhecimento	3
2. Qualidade de Vida e (In)Capacidade Funcional	5
II - Objectivos e hipóteses	13
III - Metodologia	14
1. Selecção da amostra	14
2. Procedimento e instrumentos	15
2.1 <i>Avaliação Cognitiva de Addenbrooke (ACE-R)</i>	16
2.2 <i>Inventário de Avaliação da Qualidade de Vida em Adultos Idosos da OMS (WHOQOL-OLD)</i>	16
2.3 <i>Escala de Depressão Geriátrica (GDS)</i>	17
2.4 <i>Inventário de Avaliação Funcional de Adultos Idosos (IAFAI)</i>	18
2.5 <i>Inventário de Ansiedade Geriátrica (GAI)</i>	19
2.6 <i>Escala de Satisfação com a Vida (SWLS)</i>	19
IV - Resultados	21
1. Tratamento estatístico	21
2. Análise descritiva da amostra	21
3. Resultados totais médios nos instrumentos aplicados	25
4. Resultados referentes às hipóteses do presente estudo	28
V - Discussão	32
VI - Conclusão	38
Referências Bibliográficas	43
Anexos	

Lista de Abreviaturas

Abreviatura	Significado
ACE-R	Avaliação Cognitiva de <i>Addenbrooke</i> - Versão Revista (<i>Addenbrooke Cognitive Evaluation - Revised</i>)
AVD / ADL	Actividades de Vida Diária / <i>Activities of Daily Living</i>
AIVD / IADL	Actividades Instrumentais de Vida Diária / <i>Instrumental Activities of Daily Living</i>
EBS	Envelhecimento Bem Sucedido
GAI	Inventário de Ansiedade Geriátrica (<i>Geriatric Anxiety Inventory</i>)
GDS	Escala de Depressão Geriátrica (<i>Geriatric Depression Scale</i>)
IAFAI	Inventário de Avaliação Funcional de Adultos e Idosos
IB	Índice de Barthel
QdV / QoL	Qualidade de Vida / <i>Quality of Life</i>
MMSE	<i>Mini-Mental State Examination</i>
OMS	Organização Mundial de Saúde
SWLS	Escala de Satisfação com a Vida (<i>Satisfaction With Life Scale</i>)
WHOQOL-OLD	Inventário de Avaliação da Qualidade de Vida em Adultos Idosos da OMS (<i>World Health Organization Quality of Life – Old Module</i>)

Índice de Tabelas

Tabela 1. Descrição da amostra: Idade	21
Tabela 2. Descrição da amostra: Género	22
Tabela 3. Descrição da amostra: Grupos de Escolaridade	22
Tabela 4. Descrição da amostra: Reforma	22
Tabela 5. Descrição da amostra: Profissão/Nível socio-económico	22
Tabela 6. Descrição da amostra: Estado Civil	23
Tabela 7. Descrição da amostra: Situação Actual de Vida	23
Tabela 8. Descrição da amostra: Institucionalização	24
Tabela 9. Resultados médios: Grupos <i>GDS</i>	25
Tabela 10. Resultados médios: <i>GDS</i> Total	25
Tabela 11. Resultados médios: <i>ACE-R</i> Total e Domínios	26
Tabela 12. Resultados médios: <i>WHOQOL-OLD</i> 24 - 33 itens	26
Tabela 13. Resultados médios: <i>WHOQOL-OLD</i> Facetas	27
Tabela 14. Resultados médios: <i>GAI 20 - 32 itens</i>	27
Tabela 15. Resultados médios: <i>SWLS</i> Total	28

Introdução

O tema do Dia Mundial da Saúde, celebrado a 4 de Abril de 2012, foi “O Envelhecimento e a Saúde”. Mediante a utilização da divisa “Uma boa saúde acrescenta vida aos anos”, várias campanhas têm dirigido o seu foco para o facto de uma boa saúde, ao longo da vida, ajudar mulheres e homens idosos a conduzirem as suas vidas de forma completa e produtiva, e a serem um recurso para as suas famílias e comunidade em que estão inseridos (World Health Organization, 2012). O envelhecimento é uma realidade incontornável e universal e deve ser olhado como um processo passível de ser vivido com qualidade. As investigações têm procurado abordar esta temática através de uma perspectiva positiva, mostrando que o envelhecimento é, primeiro que tudo, um desafio para os teóricos do desenvolvimento e para a psicogerontologia, não sendo um processo estático, mas sim dinâmico, que acompanha cada sociedade, cada comunidade, cada tempo (Cabral, 2005), e cada indivíduo. No entanto, não podem ignorar-se os aspectos menos positivos, que surgem numa idade avançada, onde o declínio físico é incontornável (Gonçalves, Martín, Guedes, Cabral-Pinto, & Fonseca, 2006), revelando-se dificuldades no âmbito da capacidade funcional, que é um dos grandes componentes da saúde do idoso (Lobo & Pereira, 2007). O comprometimento da capacidade funcional pode acarretar diversas questões desafiantes, quando este ocorre ao ponto de impedir que os sujeitos consigam cuidar de si próprios, podendo a carga sobre a família e o sistema de saúde ser muito grande (Rosa, Benício, Latorre, & Ramos, 2003). No mesmo âmbito, as limitações funcionais podem influenciar negativamente a auto-estima e diminuir o bem-estar subjectivo (Rabelo & Neri, s.d., cit. in Sposito, Diogo, Cintra, Neri, Guariento, & Sousa, 2010). Ainda, tendo em conta que o presente ano de 2012 foi mencionado pela Organização Mundial de Saúde (OMS) como o ano do Envelhecimento Activo, no sentido de uma promoção da Saúde e da QdV das pessoas idosas, a capacidade funcional e a autonomia são dois eixos relevantes a serem considerados, nesse processo (World Health Organization, 2012).

O envelhecimento da população representará, deste modo, uma oportunidade para as sociedades, onde o desenvolvimento de sistemas

integrados, que forneçam acesso contínuo a cuidados de que necessitem, seja uma prioridade, tanto para países desenvolvidos como para países em desenvolvimento. Ao conservarem a sua saúde e a viverem num ambiente que promova a sua participação activa, a sua experiência, as suas habilidades, e a sua sabedoria, as pessoas idosas representarão, sem dúvida, um recurso para as sociedades (World Health Organization, 2011).

Como destaca a revisão da literatura, há ainda muito para investigar no campo da QdV e da funcionalidade, na área do envelhecimento. É neste âmbito que se insere o presente estudo, debruçando-se sobre a exploração, de forma empírica, das relações que se estabelecem entre a QdV e a (in)capacidade funcional, numa amostra da população idosa portuguesa, da região centro do país. Adicionalmente, esta investigação considera outras variáveis relacionadas com QdV e (in)capacidade funcional, tais como a situação de vida, o funcionamento cognitivo, a sintomatologia depressiva, a percepção subjectiva de saúde, e a idade dos sujeitos.

A presente dissertação iniciar-se-á com uma revisão da literatura, acerca da questão do envelhecimento, das concepções em torno da QdV e da funcionalidade. Seguidamente, apresentar-se-á o estudo empírico realizado, nomeadamente as suas hipóteses e objectivos, a metodologia adoptada (isto é, amostra, instrumentos do protocolo de avaliação, e procedimentos), os resultados obtidos e respectiva análise e discussão, terminando-se com uma apreciação global sobre a investigação, onde se abordam as potencialidades e limites do estudo, considerações e aprendizagens retiradas, sobretudo, do trabalho de campo inerente à investigação, e uma breve referência a possíveis acções preventivas a implementar.

I – Enquadramento conceptual

1. Considerações em torno do Envelhecimento

Na maioria dos países, verifica-se que a proporção de pessoas com mais de 60 anos tem crescido acentuadamente e a um ritmo mais acelerado, comparativamente a faixas etárias mais jovens, representando 14.3% da população nos países desenvolvidos (World Health Organization, 2011). De acordo com as estimativas da OMS, a população idosa deverá constituir 30 a 40 por cento da sociedade, entre 2025 e 2050 (World Health Organization, 1999, cit. in Arslantas, Ünsal, Metintas, Koc, & Arslantas, 2009). Esta tendência também se verifica no nosso país, onde o crescimento da população idosa é evidente, principalmente na faixa dos adultos mais idosos, devido ao aumento da esperança média de vida. Os resultados provisórios dos Censos 2011 (Instituto Nacional de Estatística, 2012), de acordo com as estimativas anuais de população residente em Portugal, registam que residem em Portugal 10.541.840 indivíduos, sendo que 2.022.504 são sujeitos com mais de 65 anos, ou mais, de idade, com 849.188 homens, para 1.173.316 mulheres. A existência de um maior número de mulheres idosas é esperado, uma vez que o valor da esperança média de vida à nascença foi estimado em 79,45 anos para ambos os géneros, sendo de 76,43 anos para os homens e de 82,30 anos para as mulheres (Instituto Nacional de Estatística, 2012).

O envelhecimento da população pode ser visto como uma história de sucesso para as políticas de saúde pública e para o desenvolvimento socioeconómico. Contudo, existe a contrapartida de ter de lidar-se com desafios inerentes a esta evidência, a fim de a sociedade se adaptar, de potenciar a capacidade funcional e saúde dos idosos, bem como a sua participação social e segurança e, no geral, a sua QdV. Estes desafios incluem uma crescente demanda por cuidados de saúde; uma maior necessidade de preparação dos profissionais de saúde na área da gerontologia, por exemplo; um aumento da procura de cuidados de saúde de longa duração, com particular exigência nos quadros de demência; e esforços para contrariar o aumento do *ageism*, que nega às pessoas mais velhas os direitos e oportunidades disponíveis para outros adultos (World Health Organization, 2011).

A etiologia do envelhecimento ainda não é conhecida em toda a sua

plenitude (Oliveira, 2005), sendo que vários autores apresentam diversas teorias sobre o mesmo. Apresentamos, de seguida, alguns exemplos.

Maillox-Poirier (Berger & Maillox-Poirier, 1995, cit. in Oliveira, 2005) distingue entre *teorias gerais do envelhecimento biológico* (teoria imunitária, teoria genética, teoria do erro na síntese proteica, teoria dos desgastes, teoria dos radicais livres, teoria neuro-endócrina) e *teorias do envelhecimento psicossocial* (teoria da actividade da desinserção, teoria da continuidade). Fernández-Ballesteros (2000, cit. in Oliveira, 2005) organiza as teorias explicativas do envelhecimento em *teorias psicológicas* (teorias do desenvolvimento, designadamente segundo Erikson, enfoque do ciclo vital, teoria da actividade, teoria da continuidade) e *teorias sociológicas* (por exemplo, teoria da desvinculação, da subcultura, da modernização, entre outras teorias).

A teoria do envelhecimento mais antiga, talvez seja a teoria *wear-and-tear*. Esta teoria defende que as pessoas são como máquinas: quanto mais tempo de uso, mais partes gastas. Apesar disso, esta teoria tem sido contestada, negando-se a visão das pessoas como “máquinas”. Ao contrário das máquinas, as partes gastas são, normalmente, reparadas ou substituídas (Finch, 1976, 1988, cit. in Schaie & Willis, 1991). No entanto, a teoria de envelhecimento mais largamente aceite, ao nível fisiológico, baseia-se nas suposições de um declínio geral do sistema endócrino, o qual controla várias actividades corporais, através das hormonas (Shock, 1977; Minaker, Meneneilley, & Row, 1985, cit. in Schaie & Willis, 1991).

Estes são alguns exemplos de teorias e causas do envelhecimento, sendo que convém considerar-se teorias mais holísticas, nomeadamente as psicológicas, sublinhando a interacção que há entre o corpo e o psíquico. Neste sentido, por exemplo, a depressão, ao contrário do entusiasmo e da alegria, deixa o organismo - particularmente o sistema imunitário - mais fragilizado, mostrando que aspectos biológicos e psicológicos estão interligados (Oliveira, 2005). Na sequência de uma maior preocupação com a doença e os aspectos de saúde física de sujeitos idosos, tem-se caminhado no sentido de, neste contexto, valorizar as questões psicológicas e sociais do envelhecimento, bem como a promoção da saúde e da QdV. Os modelos propostos pela OMS são disso exemplo, visando cumprir, aliás, a própria definição de saúde: completo bem-estar físico, psicológico e social, e não a

mera ausência de doença. Esta perspectiva é válida para todo o ciclo de vida, mas tem vindo a ganhar relevância no caso das abordagens relativas ao envelhecimento e às pessoas idosas.

2. Qualidade de Vida e (In)Capacidade Funcional

A QdV, não existindo, ainda, uma definição universalmente aceite (Lauer, 1999, cit. in Serra, 2010), é considerado um conceito multidimensional (Paúl, Fonseca, Martin, & Amado, 2005). Este conceito engloba critérios objectivos e mensuráveis, como o funcionamento fisiológico ou a manutenção das AVDs (Paúl et al., 2005); bem como componentes subjectivos, comumente designados por satisfação de vida, que traduzem o balanço entre as expectativas e os objectivos alcançados (Aberg, Sidenvall, Hepworth, O'Reilly, & Lithell, 2005); e que enfatiza «a percepção do indivíduo acerca da sua posição na vida, no contexto de cultura e sistema de valores em que se insere e em relação aos seus objectivos, expectativas, padrões e preocupações» (WHOQOL Group, 1995, cit. in Vilar, Simões, Sousa, Firmino, Paredes, & Lima, 2010). As definições de QdV, contudo, não ficam por aqui. Por exemplo, Nordenfelt (1994, cit. in Serra, 2010) acrescenta que existem, no mínimo, cinco categorias amplas de aspectos da vida que devem ser considerados. São eles (1) as *experiências* da vida, que constituem a soma total das sensações, percepções, cognições, emoções e estados de humor do indivíduo; (2) as *actividades* da vida, representadas pela soma total de acções; (3) as *realizações* da vida, que resultam do desempenho das acções; (4) os *acontecimentos* da vida de uma pessoa; e (5) as *circunstâncias* que envolvem a pessoa, que se ligam a si, quer tenha ou não conhecimento da sua existência. Por seu turno, Aggernaes (1994, cit. in Serra, 2010) alega uma relação entre a satisfação de um sujeito com a sua vida e a concretização de quatro necessidades básicas, nomeadamente: (a) necessidades biológicas elementares; (b) necessidade de uma interacção afectuosa com os demais sujeitos; (c) necessidade de envolvimento em actividades com significado; e (d) necessidade de ter uma vida diversificada e minimamente estimulante e com interesse. Ainda, quando se fala em QdV, especialmente na população idosa, é incontornável referirmos o Envelhecimento Bem Sucedido (EBS). Esta abordagem postula que o envelhecimento pode ser compreendido através do modelo de

selecção, optimização e compensação, mecanismos de adaptação interactivos, os quais procuram sempre a maximização dos ganhos e a minimização das perdas (Baltes, Staundinger, & Lindenberger, 1999). Para Rebelatto e Morelli (2004, cit. in Araújo, Ribeiro, Oliveira, & Pinto, 2007), falar em QdV na velhice compreende aspectos como independência, autonomia, continuidade de papéis sociais, apoio formal e informal, segurança ambiental, saúde. De igual forma, ainda no âmbito da qualidade de vida e dos factores que ajudam a explicar a sua deterioração, um estudo de Arslantas, Ünsal, Metintas, Koc, e Arslantas (2009) indica as características físicas (“pshysical characteristics”), nomeadamente as AVDs, dependência medicamentosa e ajudas médicas, energia e fadiga, mobilidade, dor e desconforto, sono e descanso, e capacidade de trabalho.

Com o avanço da idade há um aumento da prevalência de doenças crónicas e incapacitantes, responsáveis por perda de funcionalidade e que conduzem a dependência funcional de terceiros¹ (Botelho, 2007; Ramos, 2003, cit. in Silva, 2010), sendo que, de facto, na percepção dos idosos, existe uma forte relação entre envelhecimento e falta de autonomia e, conseqüentemente, falta de saúde (Caldas, 1997, cit. in Ribeiro, Silva, Modena, & Fonseca, 2002). As AVDs mostram-se como um indicador sensível na definição da qualidade de vida do idoso (Ribeiro, Silva, Modena, & Fonseca, 2002). No entanto, embora a grande maioria dos idosos apresente um quadro de uma ou mais doenças crónicas, isso não implica necessariamente limitações na sua funcionalidade, sendo mesmo em maior número aqueles que, residentes na comunidade, se apresentam como funcionalmente independentes, controlando as suas doenças e vivendo com satisfação (Botelho, 2007; Ramos, 2003, cit. in Silva, 2010). Para Ramos (2003, cit. in Silva, 2010), um idoso com doenças crónicas poderá ser considerado saudável quando comparado com outro com as mesmas

¹ Segundo a World Health Organization (1999), para além das doenças crónicas, as quais são, muitas vezes, resultado de um estilo de vida pouco saudável, existem outros factores que contribuem para a diminuição funcional dos sujeitos, tais como: o álcool, que é a principal causa de incapacidade do género masculino, nos países industrializados, e a quarta maior causa em regiões em desenvolvimento; as doenças não transmissíveis, incluindo doenças cardiovasculares e cancro, representando uma grande percentagem de incapacidade nos países em desenvolvimento e industrializados; e, também, uma educação deficiente, pobreza, e condições prejudiciais de vida e de trabalho.

doenças, mas que, por não as controlar, sofre perdas na sua funcionalidade. De facto, mais importante que ter conhecimento de quais são as doenças que mais afectam a população idosa, é averiguar se estas impedem as pessoas idosas de realizar as actividades do dia-a-dia (Veras, 1994, cit. in Ribeiro, Silva, Modena, & Fonseca, 2002). Para Lobo e Pereira (2007), a capacidade funcional é um dos grandes componentes da saúde do idoso. Rosa et al. (2003, cit. in. Lobo & Pereira, 2007) referem, também, que o conceito de incapacidade funcional encerra vários factores, sendo identificado pelas dificuldades no desempenho de algumas AVDs e/ou pela impossibilidade de desempenhá-las. Ainda, Farias e Buchala (2005, cit. in Lobo & Pereira, 2007) remetem a incapacidade funcional para o resultado da interacção entre a disfunção apresentada pelos sujeitos, a limitação das suas actividades e a restrição na participação social. Novamente, para os autores Lobo e Pereira (2007), a capacidade funcional remete para as capacidades necessárias para manter-se uma vida independente e autónoma. Este conceito é usualmente operacionalizado em duas categorias: AVDs e AIVDs (actividades instrumentais de vida diária) (Rosa et al., 2003, cit. in Lobo & Pereira, 2007). A primeira categoria dirige-se à capacidade - ou falta dela - para o auto-cuidado básico, ao passo que a segunda reflecte o nível da capacidade de utilização dos recursos disponíveis no ambiente habitual, para a execução de tarefas mais exigentes (Lobo & Pereira, 2007). Um estudo levado a cabo, em 2001, pelo Instituto Nacional de Saúde Ricardo Jorge, revelou que 8,3% dos indivíduos declaram apresentar um elevado nível de incapacidade, estimando-se em 12% a percentagem de indivíduos que declara precisar de ajuda para a execução das AVDs (Branco et al., 2001, cit. in Lobo & Pereira, 2007). Estes resultados são importantes num contexto de um grande desconhecimento sobre as capacidades funcionais dos idosos em geral e dos idosos institucionalizados em Portugal, já que quando os idosos perdem a potencialidade para realizarem as suas actividades, nomeadamente as rotineiras, e devido às condições sociais, e também à falta de apoio da família, muitos são institucionalizados (Lobo & Pereira, 2007). De facto, em Portugal, verifica-se que a institucionalização é considerada a terceira resposta social mais expressiva (20%) entre as várias valências reconhecidas pela Segurança Social (Jacob, 2001, cit. in Sardinha, 2008). Como resultado de a população idosa feminina ser superior à população idosa masculina,

verifica-se que a população de idosos em instituições é mais elevada no sexo feminino (Sardinha, 2008). Segundo Kane (2001, p. 46, cit. in Sardinha, 2008), a capacidade funcional *é extremamente sensível aos contextos físicos em que os idosos vivem e recebem cuidados*. Neste âmbito, diversos estudos apresentam efeitos negativos da institucionalização na QdV dos sujeitos idosos, sendo que apresentamos, seguidamente, alguns desses mesmos efeitos. Segundo Sardinha (2008), a maioria dos sujeitos idosos institucionalizados apresenta dificuldades ao nível das actividades do dia-a-dia, para as quais necessitam de auxílio. Também segundo Oceña et al. (2010, cit. in Lobo, 2011), a institucionalização pode, não raras as vezes, acentuar esse declínio funcional, uma vez que os sujeitos idosos, nessa situação de vida, deixam de realizar as suas tarefas, adoptando uma postura passiva, promovendo-se, desta forma, mais dependência. Novamente, Wacker et al. (2002, cit. in Sardinha, 2008) indicam que a percentagem de sujeitos institucionalizados que precisam de ajuda com as actividades rotineiras, ou seja, que tenham a capacidade funcional comprometida, ascende com a idade. De grande importância é, também o ambiente físico em que os sujeitos vivem, na medida em que pode influenciar a qualidade de vida dos mesmos (WHOQOL, 1998, cit in Sardinha 2008). Neste contexto, os aspectos físicos, arquitectónicos, assumem um importância especial para as pessoas idosas que vivem em instituições (Lobo, 2011). Henry et al. (2001, p. 24, cit in Lobo, 2011), referem que *viver na comunidade ou em instituições pode proporcionar estilos de vida bastante diferentes , nomeadamente no que se refere à QdV dos idosos*. Também um estudo realizado por Carriere e Pelletier (1995, cit. in Sardinha, 2008) permitiu concluir que existe uma correlação positiva entre institucionalização e idade, apontando, deste modo, a idade avançada como um dos bons preditores da institucionalização. Para além da influência negativa da institucionalização na capacidade funcional, podem surgir outras alterações menos benéficas, como a depressão, confusão, perda de contacto com a realidade e uma sensação de isolamento e separação da sociedade (Araújo & Ceolim, 2007, cit in. Lobo, 2011), levando o idoso a auto-restringir-se de actividade física e, assim, ao sedentarismo (Lobo, 2011).

Importa referir, ainda, as evidências de que também a variável *avaliação subjectiva de saúde* se relaciona com a variável *funcionalidade*,

tal que uma apreciação negativa de saúde se traduz em situação de dependência de nível moderado a grave. Este dado é confirmado pelos resultados de um estudo longitudinal, no qual foi encontrado um risco acrescido para o desenvolvimento de incapacidade funcional para idosos que tinham avaliações mais pessimistas do que optimistas da saúde (Rosa, Benício, Latorre, & Ramos, 2003). Ainda, segundo Andrade (1996, cit. in Ribeiro, Silva, Modena, & Fonseca, 2002), a qualidade de vida da população idosa pode estar associada à impressão subjectiva do seu estado de saúde, e a influência dessa percepção é maior do que a dos indicadores objectivos de saúde. Assim, a compreensão do processo saúde/doença sob a óptica subjectiva da população, através de uma abordagem qualitativa, levando-se em conta valores, crenças e atitudes da população, permitirá uma melhor compreensão dos factores que afectam a autonomia e a QdV da população idosa (Ribeiro, Silva, Modena, & Fonseca, 2002).

Também o funcionamento cognitivo parece ser afectado por uma capacidade funcional comprometida. De facto, a manutenção da funcionalidade, através da conservação da actividade física (contrariando o sedentarismo), quer através da execução de AVDs, quer mediante a realização de exercício físico, será proveitosa. Desta forma, estudos em torno desta temática demonstram que a actividade física regular e adequada à capacidade do idoso, contraria o efeito do envelhecimento, quer a nível físico, quer psíquico, sendo os aparelhos cardiovascular, respiratório, locomotor e neurológico, os mais beneficiados. Em relação ao aparelho neurológico, verifica-se que os estímulos físicos são benéficos ao nível das funções cognitivas, como o tempo de reacção a estímulos, a memória, a inteligência, e a atenção. Ainda, a conservação da actividade física pode ter um efeito positivo em determinadas doenças, tais como a depressão, bastante frequente na população idosa, relacionada, entre outros factores, com a deterioração da capacidade funcional (Sardinha, 2008). Em relação à sintomatologia depressiva, a literatura expõe mesmo que parece existir uma diminuição significativa desses sintomas, nos idosos que são activos fisicamente (Lobo, 2011). Igualmente, o estudo de Arslantas, Ünsal, Metintas, Koc, e Arslantas (2009) demonstra que a qualidade de vida é afectada pelas características psicológicas (“psychological aspects”), tais como sentimentos negativos, auto-imagem corporal e de aparência, memória

e concentração. Outros estudos demonstram que sujeitos com depressão apresentam, de forma significativa, pontuações mais baixas tanto para as AVDs como para a QdV. Num estudo realizado, os sujeitos com depressão apresentaram pontuações significativamente mais baixas para cada item das AVDs e QdV, do que os sujeitos sem depressão, mediante a avaliação com recurso à GDS-15 item (Wada, Ishine, Sakagami, Kita, Okumiya, Mizuno, Rambo, & Matsubayashi, 2005). Ainda, o mesmo estudo demonstrou que cerca de 17.2-33.8% de sujeitos idosos demonstraram sofrer de sintomatologia depressiva, em três países asiáticos diferentes, sendo que se verificou que a depressão se encontrava fortemente relacionada com baixos níveis de AVD e de QdV (Wada et al., 2005). Projecta-se que, no ano de 2020, a depressão será a segunda causa principal de incapacidade funcional, (Murray & Lopez, 1997, cit. in Wada et al., 2005).

Por todas estas razões, parece ser imperativo que se criem condições para a população idosa se manter activa, quer seja mediante a realização de tarefas rotineiras, quer através do exercício físico regular, adaptado à condição de cada um (Veríssimo, 2006), de modo a preservar ou a promover a sua QdV e a sua capacidade funcional.

No seguimento do que vem sendo abordado até ao momento, de modo a responder aos desafios específicos da população idosa, torna-se necessária a existência de instrumentos capazes de avaliar factores relacionados com a QdV e o processo de envelhecimento dos idosos. Trentini, Chachamovich e Fleck (2008) indicam, neste contexto, o *Short-form Health Survey (SF-36)*, a *Escala de Qualidade de Vida de Flanagan*, e o *Geriatric Quality of Life Questionnaire*, entre outros. Apesar dos instrumentos referidos pelos autores anteriores, existem, no âmbito dos estudos da OMS, outros instrumentos que visam avaliar a QdV, nomeadamente o WHOQOL-100 e o WHOQOL-BREF. No entanto, para além destes instrumentos genéricos de avaliação de QdV, existe uma proposta de um instrumento específico para a avaliação da QdV dos idosos - o WHOQOL-OLD [cf. **Procedimentos e Instrumentos, 2.2 Inventário de Avaliação da Qualidade de Vida em Adultos Idosos da Organização Mundial de Saúde (WHOQOL-OLD; World Health Organization of Quality of Life – Old Module)**] que é tido, actualmente, como o instrumento de referência, neste campo, tendo sido, igualmente, um dos instrumentos utilizados neste estudo. Atendendo à sua relevância é um

dos instrumentos incluídos no projecto português, relativo à adaptação e validação de instrumentos de memória, capacidade funcional e QdV (Vilar, Simões, Sousa, Firmino, Paredes, & Lima, 2010).

A avaliação da capacidade funcional, que se justifica pelo crescente aumento da população idosa (Duarte, Andrade, & Lebrão, 2007), uma vez que os grupos de sujeitos de idade mais avançada são particularmente sensíveis ao estabelecimento de quadros clínicos associados a algum grau de dependência, antecipando, por vezes, a institucionalização dos mesmos (Araújo, Ribeiro, Oliveira, & Pinto, 2007), tem como objectivos «identificar perturbações funcionais, físicas, mentais e sociais, e contribuir para intervenções no sentido da manutenção e/ou recuperação de capacidades» (Stuck et al., 1993, cit. in Silva, 2010). Os instrumentos do âmbito da avaliação funcional vêm permitir que se estabeleça um diagnóstico, um prognóstico, e um julgamento clínico adequados, que servirão de base para as decisões sobre os tratamentos e cuidados necessários, procurando avaliar-se o nível ou grau em que as incapacidades impedem o desempenho nas AVDs, de forma independente, sem o auxílio de outras pessoas ou adaptações (Duarte, Andrade, & Lebrão, 2007). A autonomia física e a autonomia instrumental são as bases para a avaliação desta dimensão. A *autonomia física* diz respeito ao desempenho do indivíduo relativo a um conjunto de actividades básicas diárias (lavar-se, vestir-se, utilizar os sanitários, transferir-se de posição, controlar os esfíncteres e comer), internacionalmente designadas por *Activities of Daily Living – ADL* (Actividades da Vida Diária – AVD, em Portugal). A escala desenvolvida por Katz e colaboradores (1963, cit. in Silva, 2010) é uma das mais antigas e utilizadas para a sua avaliação (Botelho, 1999, cit. in Silva, 2010). De forma semelhante, o Índice de Barthel (IB) é, também ele, vulgarmente utilizado na prática clínica e na investigação (Araújo, Ribeiro, Oliveira, & Pinto, 2007). A *autonomia instrumental* resulta da avaliação do indivíduo relativamente a um outro conjunto de actividades (*Instrumental Activities of Daily Living – IADL*; em português, Actividades Instrumentais da Vida Diária - AIVD), relacionadas com a sua integração no meio - capacidades de utilizar o telefone, fazer compras, gerir dinheiro, tomar medicamentos, usar meios de transporte e executar tarefas domésticas. A escala desenvolvida e validada por Lawton e Brody (1969, cit. in Silva 2010) continua a ser a referência

mais comum nesta área (Botelho, 1999, cit in Silva 2010). No contexto da avaliação da capacidade funcional, importa referir, de igual forma, um outro instrumento utilizado neste estudo, o IAFAI, tratando-se de uma proposta de instrumento que inclui a avaliação das AVDs e das AIVDs (incluindo as actividades familiares e avançadas) [cf. **Procedimentos e Instrumentos, 2.4 Inventário de Avaliação Funcional de Adultos Idosos (IAFAI)**] (Sousa, Simões, Pires, Vilar, & Freitas, 2008).

II – Objectivos e Hipóteses

O presente estudo pretende explorar de forma empírica as relações que se estabelecem entre a QdV e a (in)capacidade funcional, numa amostra da população idosa portuguesa. Adicionalmente, pretende acercar-se das especificidades de QdV e de (in)capacidade funcional, considerando a situação de vida, o funcionamento cognitivo, a sintomatologia depressiva, a percepção subjectiva de saúde e a idade dos sujeitos. Face a estes objectivos, formularam-se as seguintes hipóteses:

- | | |
|------------|---|
| Hipótese 1 | A qualidade de vida dos sujeitos é afectada negativamente quando a sua capacidade funcional está comprometida. |
| Hipótese 2 | Sujeitos institucionalizados apresentam uma menor qualidade de vida, comparativamente aos sujeitos não institucionalizados. |
| Hipótese 3 | Sujeitos institucionalizados apresentam um maior comprometimento funcional que os sujeitos não institucionalizados. |
| Hipótese 4 | Sujeitos institucionalizados têm uma idade superior à dos sujeitos não institucionalizados. |
| Hipótese 5 | Sujeitos que se percepcionem como “doentes” apresentam uma capacidade funcional mais comprometida. |
| Hipótese 6 | Sujeitos mais idosos apresentam um maior comprometimento funcional. |
| Hipótese 7 | Menor capacidade funcional encontra-se associada a um funcionamento cognitivo mais baixo. |
| Hipótese 8 | Sujeitos com capacidade funcional comprometida apresentam sintomatologia depressiva. |
| Hipótese 9 | Sujeitos com sintomatologia depressiva apresentam menos qualidade de vida. |

III – Metodologia

1. Selecção da amostra

Na presente investigação, os critérios de selecção e inclusão de adultos idosos (para integrarem a amostra) foram os seguintes: 1) obtenção de consentimento informado (escrito); 2) idade superior a 60 anos; 3) ausência de declínio cognitivo grave e/ou demência; e 4) ausência de défices sensorio-perceptivos significativos, (ou, se presentes, estarem devidamente corrigidos).

A selecção dos sujeitos (amostra de conveniência) foi inicialmente assegurada pelos profissionais/cuidadores formais de idosos, nas instituições contactadas, que, estando familiarizados com as características das pessoas idosas que acompanhavam, nos indicaram sujeitos que cumpriam os critérios de selecção. No entanto, no decurso do processo, alguns dos sujeitos inicialmente recrutados foram retirados da amostra, atendendo ao facto de alguns terem decidido não continuar a colaborar no estudo e, noutras situações, devido a detectarmos dificuldades consideráveis ao nível da compreensão das instruções e, até mesmo, falta de motivação e consequente baixo nível de envolvimento no processo de avaliação, factos estes que poderiam comprometer a validade da avaliação dos sujeitos em questão.

A amostra é constituída por 51 idosos em duas situações de vida distintas: inseridos na comunidade e institucionalizados. Os sujeitos foram recrutados na Oficina do Idoso, no Centro de Dia 25 de Abril (Ateneu), e na Casa de Saúde de Coimbra - Fernão Mendes Pinto, em Coimbra; no Lar de Idosos da Santa Casa da Misericórdia, em Condeixa; no Centro de Dia de Vilela; no Centro Operário Católico da Conchada; e no Centro de Saúde da extensão de Taveiro.

Por fim, importa referir que a amostra foi recolhida conjuntamente com a colega de investigação Karina McGovern, por forma a facilitar a recolha e devido a interesses partilhados em ambas as investigações em curso, no âmbito do Mestrado Integrado em Psicologia (Psicogerontologia Clínica).

2. Procedimentos e Instrumentos

No presente estudo, recorreu-se à administração de um protocolo, aplicado de forma individual, com a duração aproximada de uma hora e meia. Do protocolo constam os seguintes instrumentos/provas de avaliação psicológica², aplicados pela ordem referida: Questionário de Dados Sociodemográficos; *Avaliação Cognitiva de Addenbrooke – Versão Revista* [ACE-R; *Addenbrooke Cognitive Evaluation – Revised*] (Hodges & Mioshi, 2005; versão experimental portuguesa, Firmino, Simões, Pinho, Cerejeira, & Martins, 2008); *Inventário de Avaliação da Qualidade de Vida em Adultos Idosos da Organização Mundial de Saúde* [WHOQOL-OLD; *World Health Organization Quality of Life – Old Module*] (Power, Quinn, Schmidt, & WHOQOL-OLD Group, 2005; versão experimental portuguesa, Vilar & Simões, 2009); *Escala de Depressão Geriátrica – 30 itens* [GDS-30; *Geriatric Depression Scale – 30 item*] (Yesavage, Brink, Rose, Lum, Huang, Adey, & Leirer, 1983; tradução portuguesa, Barreto, Leuschner, Santos, & Sobral, 2008); *Inventário de Avaliação Funcional de Adultos Idosos* [IAFAI] (versão experimental portuguesa, Sousa, Simões, Pires, Vilar, & Freitas, 2008); *Inventário de Ansiedade Geriátrica* [GAI; *Geriatric Anxiety Inventory*] (Pachana et al., 2006; versão experimental portuguesa de Ribeiro et al., 2008) e *Escala de Satisfação com a Vida* [SWLS; *Satisfaction With Life Scale*] (Diener et al., 1985; versão experimental portuguesa de Simões, 1992). O Questionário de Dados Sociodemográficos permitiu caracterizar a amostra segundo um conjunto de variáveis, tais como: idade, género, estado civil, nível de escolaridade, nível socioeconómico, situação actual de vida, alterações na visão/audição, problemas motores nos braços/pernas, hospitalizações/intervenções cirúrgicas, e percepção subjectiva de saúde. Os restantes instrumentos são, abaixo, descritos de forma breve.

Os sujeitos receberam uma completa explicação sobre os objectivos e procedimentos da investigação, tendo assinado o respectivo consentimento informado, para efeitos de participação no estudo. Os métodos e

² Os instrumentos *Questionário de Dados Sociodemográficos*, *ACE-R*, *WHOQOL-OLD*, *GDS-30*, *IAFAI*, e *GAI*, estão incluídos no protocolo de avaliação do Projecto “Validação de Provas de Memória e de Inventários de Avaliação Funcional e de Qualidade de Vida”, financiado pela Fundação Calouste Gulbenkian [Proc. 74569], coordenado por Mário R. Simões, Professor Catedrático da Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade de Coimbra.

procedimentos foram aprovados pelas orientadoras da investigação, assim como pela comissão de ética das respectivas instituições.

2.1 Avaliação Cognitiva de Addenbrooke – Versão Revista (ACE-R; Addenbrooke Cognitive Evaluation – Revised)

O ACE-R (Mioshi, Dawson, Mitchell, Arnold, & Hodges, 2005; versão experimental portuguesa, Firmino, Simões, Pinho, Cerejeira, & Martins, 2008) é um instrumento de rastreio cognitivo que abrange vários domínios cognitivos. É possível obter um resultado total (0-100 pontos) e resultados parciais para os diferentes domínios: Atenção e Orientação (18 pontos), Memória (26 pontos), Fluência (14 pontos), Linguagem (26 pontos) e Capacidades Visuo-Espaciais (16 pontos). Estão em curso os estudos de validação e normalização desta prova para a população portuguesa.

Incorporado no ACE-R, encontra-se um dos instrumentos de avaliação cognitiva breve mais utilizados no âmbito da geriatria: o *Mini-Mental State Examination* (MMSE; Folstein, Folstein, & McHugh, 1975; normas para a população portuguesa de Guerreiro, Silva, Botelho, Leitão, & Garcia, 1994). Este instrumento avalia a orientação (temporal e espacial), a memória, a atenção/controlo mental, a nomeação, a repetição, a compreensão, a leitura e a escrita, e as habilidades visuo-construtivas e grafo-motoras. A sua pontuação máxima é de 30 pontos e, de acordo com os pontos de corte estabelecidos para a população portuguesa (Guerreiro et al., 1994), consideram-se com défice cognitivo analfabetos com pontuação igual ou inferior a 15, indivíduos com 1 a 11 anos de escolaridade com pontuação igual ou inferior a 22, e indivíduos com escolaridade superior a 11 anos com pontuação igual ou inferior a 27.

2.2 Inventário de Avaliação da Qualidade de Vida em Adultos Idosos da Organização Mundial de Saúde (WHOQOL-OLD; World Health Organization of Quality of Life – Old Module)

O módulo original WHOQOL-OLD (*World Health Organization Quality of Life – Old Module*; Power, Quinn, Schmidt, & WHOQOL-OLD Group, 2005; versão experimental portuguesa, Vilar & Simões, 2009) é composto por 24 itens, com escala de resposta tipo *Likert* de 1 a 5, divididos por seis facetas (com 4 itens cada): *Funcionamento sensorial* (avalia o

funcionamento dos sentidos e o impacto da perda do funcionamento dos sentidos na QdV); *Autonomia* (avalia a independência do idoso, no sentido de ser capaz e livre para viver de modo autónomo e de tomar as próprias decisões); *Actividades passadas, presentes e futuras* (avalia a satisfação com realizações na vida e com objectivos a serem alcançados); *Participação social* (participação em actividades da vida diária, especialmente na comunidade); *Morte e morrer* (preocupações e medos acerca da morte e do morrer); e *Intimidade* (ser capaz de ter relacionamentos íntimos e pessoais) (Chachamovich et al., 2008; Power et al., 2005; Vilar et al., 2010).

A versão experimental portuguesa do WHOQOL-OLD inclui, adicionalmente, 9 itens de uma nova faceta em estudo, *Família/Vida familiar* (avalia o apoio e relações familiares e preocupações com a saúde e bem-estar de outros significativos).

Em termos de resultados, é possível obter um valor por faceta e um valor total de QdV, sendo que pontuações mais elevadas representam melhor QdV (Power, 2005).

2.3 Escala de Depressão Geriátrica – 30 itens (GDS-30; Geriatric Depression Scale – 30 item)

A GDS-30 (*Geriatric Depression Scale – 30 item*; Yesavage, Brink, Rose, Lum, Huang, Adey, & Leirer, 1983; tradução portuguesa, Barreto, Leuschner, Santos, & Sobral, 2008) consiste num questionário breve de auto-resposta, construído para avaliar a sintomatologia depressiva na população geriátrica. Nesta escala estão contemplados sintomas afectivos e comportamentais desta perturbação e excluídos os sintomas somáticos e vegetativos (Strauss et al., 2006). A GDS é constituída por 30 questões de resposta fechada, do tipo sim/não, devendo o examinando ter como referência [temporal] a última semana. O tempo de aplicação ronda aproximadamente os 5 a 10 minutos (Strauss et al., 2006).

A pontuação total desta prova varia entre os 0 e 30 pontos (Strauss et al., 2006).

Resultados mais elevados na GDS são indicadores de maior gravidade de sintomatologia depressiva. Com uma pontuação entre 0-10 considera-se ausência de sintomatologia depressiva; nos casos em que a pontuação se situa no intervalo 11-20, existirá sintomatologia depressiva ligeira; e no

intervalo 21-30 supõe-se estar presente sintomatologia depressiva grave (Strauss et al., 2006).

Apesar de a GDS ser usualmente administrada na forma de auto-resposta, na presente investigação optámos pela outra opção possível de administração – módulo de entrevista.

2.4 Inventário de Avaliação Funcional de Adultos Idosos (IAFAI)

Para se proceder a uma avaliação compreensiva da capacidade funcional, onde se contemplassem as actividades básicas e instrumentais de vida diária, utilizou-se o IAFAI (Sousa, Simões, Pires, Vilar, & Freitas, 2008). O presente questionário encontra-se sob a forma de entrevista estruturada, passível de ser aplicada a adultos e a adultos idosos, questionando-se o sujeito sobre se teve dificuldade ou se precisou de ajuda para realizar as actividades da sua vida diária, tendo como referência temporal o último mês (Sousa, Simões, Pires, Vilar, & Freitas, 2008).

O IAFAI encontra-se estruturado em 3 módulos principais, de modo a que a administração da prova seja flexível. Os referidos módulos e respectivos domínios avaliados são: *Actividades Básicas de Vida Diária* (módulo 2- avalia alimentação, vestir, higiene e controlo de esfíncteres, mobilidade e transferências); *Actividades Instrumentais Familiares de Vida Diária* (módulo 3- avalia conversação e uso do telefone, preparar as refeições, cuidar da casa, segurança em casa); e *Actividades Instrumentais Avançadas de Vida Diária* (módulo 4- avalia compreensão e comunicação, tomada de decisão relativa à saúde, finanças, deslocação e uso de transportes, lazer e relações interpessoais). No âmbito do desenvolvimento deste instrumento, está prevista a elaboração de um módulo de Avaliação Funcional Geral (módulo 1- a constituir *a posteriori*, com os itens dos restantes módulos que se correlacionem mais fortemente com a capacidade funcional geral) (Sousa, Simões, Pires, Vilar, & Freitas, 2008).

Relativamente ao sistema de cotação, este foi formulado de forma a reflectir o processo dinâmico e contínuo de declínio funcional, considerando, em ordem crescente de incapacidade, os seguintes níveis: i. Independência sem dificuldade; ii. Independência com pouca dificuldade; iii. Independência com muita dificuldade; iv. Independência modificada; v. Supervisão sem dificuldade; vi. Supervisão com pouca dificuldade ou Ajuda sem

dificuldade; vii. Supervisão com muita dificuldade ou Ajuda com pouca dificuldade; viii. Ajuda com muita dificuldade; ix. Deixou de fazer. Constituindo uma medida de incapacidade funcional, o instrumento fornece um valor percentual de incapacidade, sendo que, quanto maior o valor obtido, maior a incapacidade funcional do indivíduo (Sousa, Simões, Pires, Vilar, & Freitas, 2008).

2.5 Inventário de Ansiedade Geriátrica (GAI; Geriatric Anxiety Inventory)

Para a avaliação da ansiedade foi utilizado o *Inventário de Ansiedade Geriátrica* (GAI; Pachana et al., 2006; versão experimental portuguesa de Ribeiro et al., 2008), criado em resposta à necessidade da existência de um instrumento amplamente aceite pela comunidade científica, que permitisse medir a ansiedade em pessoas idosas. Esta escala encontra-se em fase de estudo na população portuguesa, sendo na presente investigação utilizada uma versão experimental [onde constam 12 itens adicionais - para além dos 20 itens que o compõem] (Pachana et al., 2006; versão experimental portuguesa de Ribeiro et al., 2008).

Desta forma, os itens são respondidos dicotomicamente (CONCORDO ou DISCORDO), pontuando para efeitos de sintomatologia ansiogénica a resposta no sentido afirmativo (CONCORDO). Quanto maior a pontuação na escala, maiores serão os indícios de que o sujeito apresentará sintomatologia ansiogénica (Pachana et al., 2006; versão experimental portuguesa de Ribeiro et al., 2008).

2.6 Escala de Satisfação com a Vida (SWLS; Satisfaction With Life Scale)

Para avaliação do bem-estar subjectivo/satisfação com a vida foi utilizada a *Escala da Satisfação com a Vida* (SWLS; Diener, Emmons, Larsen, & Griffin, 1985; versão portuguesa, Neto, Barros, & Barros, 1990; versão portuguesa, Simões, 1992). Este instrumento avalia a satisfação global e não uma área específica de satisfação com a vida. A escala utilizada é a versão portuguesa de Simões (1992), constituída por 5 itens, com uma escala de resposta tipo *Likert* de 5 pontos: discordo muito (1); discordo

pouco (2); nem concordo, nem discordo (3), concordo um pouco (4); concordo muito (5). Os valores obtidos variam, assim, de 5 a 25, sendo que, quanto mais elevada a pontuação, mais elevada será a satisfação com a vida.

V - Resultados

1. Tratamento estatístico

No que concerne ao tratamento estatístico dos dados, recorreu-se ao programa SPSS (*Statistical Package for the Social Sciences*), versão 17.0. As análises efectuadas foram as seguintes:

- Estatísticas descritivas para caracterizar a amostra e especificar os resultados obtidos em cada um dos instrumentos: frequências absolutas e relativas, medidas de tendência central (média) e medidas de dispersão ou variabilidade (valor mínimo, máximo e desvio-padrão);
- Coeficiente de correlação de Pearson, para variáveis quantitativas;
- Teste T-Student, para comparação de médias entre grupos;
- Testes não paramétricos: U de Mann-Whitney e Kruskal-Wallis, sempre que não se verificam os pressupostos de normalidade;
- Teste de normalidade (Kolmogorov-Smirnov).

2. Análise descritiva da amostra

A amostra apresenta uma média de idades de 74,20 (DP = 6,95), sendo que a maioria dos sujeitos pertence à faixa etária dos 70-79 anos (43,1 %).

Tabela 1. Descrição da amostra: Idade

	N	%
60-69	15	29,4
70-79	22	43,1
80+	14	27,5
Total	51	100,0

Os sujeitos estudados são maioritariamente do sexo feminino (N = 33) o que corresponde a 64,7 % da amostra total analisada. O facto de não se verificar um equilíbrio de géneros na amostra, prende-se com as evidências demográficas já explicitadas na revisão da literatura, em que os dados provisórios dos Censos 2011, expõem que, em Portugal, existem 849.188 homens, para 1.173.316 mulheres (Instituto Nacional de Estatística, 2012).

Tabela 2. Descrição da amostra: Género

	N	%
Masculino	18	35,3
Feminino	33	64,7
Total	51	100,0

A amostra analisada apresenta uma média de 5,26 anos de escolaridade (DP = 3,26), sendo o nível correspondente à 4.^a classe o que apresenta mais sujeitos (56,9%).

Tabela 3. Descrição da amostra: Grupos de Escolaridade

	N	%
0-2	5	9,8
3-4	29	56,9
5-9	10	19,6
10-12	4	7,8
12+	2	3,9
Total	50	98,0

Quanto à variável *Reforma*, os sujeitos da presente amostra estão na sua maioria reformados (96,1%), sendo a média de idade de reforma de 59,5 anos (DP = 8,95).

Tabela 4. Descrição da amostra: Reforma

	N	%
Sim	49	96,1
Não	2	3,9
Total	51	100,0

Fazendo a análise do nível socio-económico da amostra, podemos concluir que os sujeitos pertencem a um nível socio-económico baixo (80,4%).

Tabela 5. Descrição da amostra: Profissão/Nível socio-económico

	N	%
Nível socio-económico baixo	41	80,4
Nível socio-económico médio	10	19,6
Total	51	100,0

Quanto ao estado civil da amostra, existe um equilíbrio entre os sujeitos casados (41,2%) e os sujeitos viúvos (41,2%).

Tabela 6. Descrição da amostra: Estado Civil

	N	%
Solteiro	2	3,9
Casado	21	41,2
Divorciado	6	11,8
Viúvo	21	41,2
Outro	1	2,0
Total	51	100,0

No que diz respeito à situação actual de vida, 45,1% dos sujeitos vivem na Comunidade (sem assistência). No entanto, se considerarmos os grupos Centro de Dia, Instituição, e Internamento, verifica-se que 54,9% dos sujeitos da amostra encontram-se, actualmente, numa situação de vida em que necessitam de assistência.

Tabela 7. Descrição da amostra: Situação Actual de Vida

	N	%
Comunidade (s/ assistência)	23	45,1
Centro de Dia	12	23,5
Instituição	10	19,6
Internamento	6	11,8
Total	51	100,0

Efectuando-se uma breve análise às crenças religiosas dos sujeitos da amostra, observamos que 96,1 % (N = 49) dizem possuir uma religião, sendo maioritariamente Católica (94,1%; N = 48). Ainda, os sujeitos habitam uma zona geográfica predominantemente Rural (41,2%) e Litoral (100%). Relativamente à saúde dos sujeitos da amostra, no que diz respeito a alterações de visão, 94,1% responde afirmativamente (N = 48), sendo que relativamente a alterações auditivas, 56,9% dos sujeitos dizem que não apresentam qualquer défice na audição e os problemas motores são essencialmente ao nível das pernas (N = 32; 62,7%). Quanto a internamentos, a maioria dos sujeitos afirma que foi hospitalizado mais do que uma vez (56,9%). A percepção da saúde por parte dos sujeitos da amostra é de um estado Saudável, em 50% dos casos. Adicionalmente, foram encontradas evidências de que as mulheres apresentarão maior probabilidade de virem a integrar uma instituição. Com a análise dos dados através do teste do Qui-quadrado (Crosstabs) e o apoio da **Tabela 8** podemos observar que existe uma diferença estatisticamente significativa (p

< 0,05), em que as mulheres exibem uma probabilidade quatro vezes superior de virem a pertencer a uma instituição, comparativamente com os homens (OR = 4,00).

Tabela 8. Descrição da amostra: Institucionalização

Sit. de Vida	Comunidade	Centro de	OR	Chi square pearson
Género	(s/assistência)	Dia+Inst.+Intern.		
	N	N	4,00	5,227*
Feminino	11	22		
Masculino	12	6		

*p<0,05

3. Resultados totais médios nos instrumentos aplicados

Escala de Depressão Geriátrica-30 itens (GDS-30; Geriatric Depression Scale-30 item)

A amostra apresenta alguns resultados muito próximos nos grupos *GDS*, nomeadamente no que diz respeito a sintomatologia depressiva ligeira (45,1%) ou sem sintomas depressivos (39,2%), como pode ver-se na **Tabela 9**.

Tabela 9. Resultados médios: Grupos GDS

	N	%
Sem sint. dep. [0-10]	20	39,2
Sint. dep. ligeira [10-20]	23	45,1
Sint. dep. severa [20-30]	8	15,7
Total	51	100,0

Observando-se a **Tabela 10**, a amostra apresenta um valor médio total na *Geriatric Depression Scale*, de 17,18 (DP = 4,74), ou seja, em média, os sujeitos da amostra apresentam um nível ligeiro de sintomatologia depressiva.

Tabela 10. Resultados médios: GDS Total

	N	Mínimo	Máximo	Média	DP
Geriatric Depression Scale					
30 itens - Total	51	8	27	17,18	4,744

Avaliação Cognitiva de Addenbrooke – Versão Revista (ACE-R; Addenbrooke Cognitive Evaluation – Revised)

Analisando o ACE-R (cf. **Tabela 11**), podemos afirmar que os sujeitos da amostra obtêm, em média, no ACE-R/Mini-Mental State Examination, 24,25 pontos (DP = 3,78) e um valor Total médio no ACE-R de 72,51 (DP = 13,42). Tendo em conta que o objectivo da presente análise prendia-se com a averiguação se os sujeitos teriam défice cognitivo, ou não, e considerando os critérios do *MMSE* (instrumento incluído no *ACE-R*) para o estabelecimento desse défice, de acordo com a escolaridade, consideramos que os sujeitos não apresentam um comprometimento funcional, permitindo a sua integração na amostra.

Tabela 11. Resultados médios: ACE-R Total e Domínios

	N	Mínimo	Máximo	Média	DP
ACE-R - Total	51	34	94	72,51	13,424
ACE-R - Domínio	51	11	18	16,33	2,036
Atenção/Orientação					
ACE-R - Domínio	51	6	26	16,55	5,108
Memória					
ACE-R - Domínio	51	1	14	6,35	3,025
Fluência					
ACE-R - Domínio	51	10	26	20,53	3,823
Linguagem					
ACE-R - Domínio	51	6	16	12,75	2,208
Visuo-Espacial					
ACE-R - Mini					
Mental State	51	13	30	24,25	3,783
Examination					

Inventário de Avaliação da Qualidade de Vida em Adultos Idosos da Organização Mundial de Saúde (WHOQOL-OLD; World Health Organization of Quality of Life – Old Module)

O WHOQOL-OLD-24 itens apresenta nesta amostra uma média de 75,55 (DP = 11,97), ao passo que o WHOQOL-OLD-33 itens obteve uma média de 112,65 (DP = 16,49), como se observa na **Tabela 12**. Na **Tabela 13** são indicados os resultados por faceta.

Tabela 12. Resultados médios: WHOQOL-OLD 24 - 33 itens

	N	Mínimo	Máximo	Média	DP
WHOQOL-OLD 24	51	43	104	75,55	11,967
itens - Total					
WHOQOL-OLD 33	51	69	149	112,65	16,485
itens - Total					

Tabela 13. Resultados médios: *WHOQOL-OLD* Facetas

	N	Mínimo	Máximo	Média	DP
WHOQOL-OLD - Faceta Func. Sensorial	51	5	16	9,76	2,811
WHOQOL-OLD - Faceta Autonomia	51	7	19	13,33	2,882
WHOQOL-OLD - Faceta Morte e Morrer	51	4	20	11,55	4,496
WHOQOL-OLD - Faceta Actividades Passadas, Presentes e Futuras	51	4	20	12,96	3,527
WHOQOL-OLD - Faceta Participação Social	51	4	20	14,00	3,633
WHOQOL-OLD - Faceta Intimidade	51	4	20	13,94	4,610
WHOQOL-OLD - Faceta "Família"	51	13	45	37,10	6,929

Analisando-se a **Tabela 14**, relativa ao comportamento da amostra no Inventário GAI, observamos que o resultado médio da amostra no GAI - 20 itens foi de 8,61 (DP = 6,75), ao passo que no GAI - 32 itens o valor médio foi 12,24 (DP = 9,68).

Tabela 14. Resultados médios: *GAI 20 - 32 itens*

	N	Mínimo	Máximo	Média	DP
Geriatric Anxiety Inventory - 20 itens - Total	51	0	19	8,61	6,750
Geriatric Anxiety Inventory - 32 itens - Total	51	0	31	12,24	9,684

Escala de Satisfação com a Vida (SWLS; Satisfaction With Life Scale)

A escala SWLS apresentou um resultado médio de 17,69 (DP = 5,74), como se observa na **Tabela 15**.

Tabela 15. Resultados médios: SWLS Total

	N	Mínimo	Máximo	Média	DP
Satisfaction With Life Scale - Total	51	5	25	17,69	5,739

4. Resultados referentes às hipóteses do presente estudo

Neste ponto, exporemos os resultados referentes às hipóteses do estudo, indicando as correlações estatisticamente significativas. Para uma consulta detalhada dos resultados, com o apoio de quadros, conferir os **Anexos**.

Hipótese 1

A qualidade de vida dos sujeitos é afectada negativamente quando a sua capacidade funcional se encontra comprometida.

Nesta hipótese, é definido que a um menor grau de funcionalidade (incluindo actividades básicas e instrumentais da vida diária) estaria associado um menor grau de QdV.

Para averiguar a presente hipótese, procedeu-se à análise dos dados através do teste de Correlação r de Pearson (**cf. Anexo 1**), observando-se a única correlação negativa da faceta *Participação Social* do WHOQOL-OLD com o total do IAFAI, como estatisticamente significativa ($r = -.334$; $p < 0,05$). Contudo, a faceta *Autonomia* também apresenta alguma relação ($r = -.242$; $p > 0,05$), apesar de não ser significativa do ponto de vista estatístico.

Hipótese 2

Sujeitos institucionalizados apresentam uma menor qualidade de vida, comparativamente aos sujeitos não institucionalizados.

Para averiguar a presente hipótese, procedeu-se à análise dos dados

através do teste não-paramétrico U de Mann-Whitney. Desta forma, verifica-se, através dos resultados (cf. **Anexo 2**), que os sujeitos institucionalizados apresentam, do ponto de vista estatístico, uma menor QdV no que diz respeito à faceta *Actividades Passadas, Presentes e Futuras*, comparativamente com os sujeitos não institucionalizados, sendo esta diferença significativa ($U= 196,00$; $p<0,05$), assim como na faceta *Participação Social*, também significativa ($U= 177,50$; $p<0,01$).

Hipótese 3

Sujeitos institucionalizados apresentam um maior comprometimento funcional que os sujeitos não institucionalizados.

Na terceira hipótese esperava-se que os sujeitos que se encontram em situação de institucionalização apresentassem um comprometimento mais acentuado, ao nível da capacidade funcional, do que aqueles que se encontram a viver na comunidade.

Em consequência, procedeu-se à aplicação do teste não-paramétrico U de Mann-Whitney, para analisar esta hipótese. Mediante os resultados (cf. **Anexo 3**), verifica-se que existem diferenças estatisticamente significativas, onde os indivíduos institucionalizados apresentam uma pontuação mais elevado no IAFAI - % Incapacidade Total (média= 14,19; DP = 13,38), sendo esta diferença significativa, do ponto de vista estatístico ($U= 114,50$; $p<0,01$).

Hipótese 4

Sujeitos institucionalizados têm uma idade superior à dos sujeitos não institucionalizados.

Na hipótese 4, esperava-se que os sujeitos que se encontram numa instituição fossem mais idosos que aqueles que vivem na comunidade. Para tal, procedeu-se à análise de dados através do teste T-Student, evidenciando-se que, realmente, como expõem os resultados (cf. **Anexo 4**), se observam diferenças estatisticamente significativas, em que os indivíduos institucionalizados têm uma idade média superior àqueles que não estão institucionalizados (média= 76,46; DP = 6,68), com uma diferença

significativa ($p < 0,05$).

Hipótese 5

Sujeitos que se percepcionem como “doentes” apresentam uma capacidade funcional mais comprometida.

Na hipótese 5, supunha-se que os sujeitos com uma percepção de si próprios como “doentes”, experimentariam uma capacidade funcional mais comprometida. De facto, a análise dos dados (**cf. Anexo 5**) com o teste não-paramétrico U de Mann-Whitney mostrou que existe uma diferença estatisticamente significativa ($U = 54,00$; $p < 0,01$), em que os indivíduos que se percepcionam como “doentes” obtiveram uma pontuação mais elevada no IAFAI.

Hipótese 6

Sujeitos mais idosos apresentam um maior comprometimento funcional.

Com o estudo desta hipótese pretendeu-se saber se existe relação entre idade e comprometimento funcional. Assim, procedeu-se à análise dos dados através do teste de Correlação r de Pearson. No entanto, a correlação encontrada entre idade e comprometimento funcional ($r = ,209$) não se revelou estatisticamente significativa ($p > 0,05$).

Hipótese 7

Menor capacidade funcional encontra-se associada a um funcionamento cognitivo mais baixo.

Nesta hipótese, postulava-se que existiria um padrão de funcionamento cognitivo mais baixo nos sujeitos em que se observasse uma capacidade funcional mais comprometida. Deste modo, os dados foram analisados mediante o teste Correlação r de Pearson e, de facto, mostram-nos que existe uma correlação negativa estatisticamente significativa ($r = -0,624$; $p < 0,05$) entre o IAFAI e o ACE-R (**cf. Anexo 7**). Demonstra-se, assim, que sujeitos com menor capacidade funcional apresentam resultados inferiores

no ACE-R.

Hipótese 8

Sujeitos com capacidade funcional comprometida apresentam sintomatologia depressiva.

Na hipótese 8, esperava encontrar-se evidências de que os sujeitos com menor capacidade funcional experimentaríamos sintomas depressivos. Desta forma, analisaram-se os dados através do teste Correlação r de Pearson, sendo que os resultados (**cf. Anexo 8**) mostram-nos que, de facto, existe uma correlação estatisticamente significativa ($p < 0,05$) entre os módulos 2 (actividades básicas de vida diária) ($r = ,289$) e 4 (actividades instrumentais avançadas de vida diária) ($r = ,296$) do IAFAI e a GDS.

Hipótese 9

Sujeitos com sintomatologia depressiva apresentam menos qualidade de vida.

Na presente hipótese, pretendia encontrar-se evidências de que a qualidade de vida é negativamente afectada pela sintomatologia depressiva. Desta forma, recorreu-se ao teste Correlação r de Pearson. Os resultados (**cf. Anexo 9**) revelam, precisamente, correlações estatisticamente significativas entre a sintomatologia depressiva e o WHOQOL-OLD - 24 itens ($r = -,691$; $p > 0,01$) e o WHOQOL-OLD - 33 itens ($r = -,681$; $p > 0,01$) e com todas as facetas do WHOQOL-OLD: Faceta Funcionamento Sensorial ($r = -,594$; $p > 0,01$); Faceta Autonomia ($r = -,345$; $p > 0,05$); Faceta Morte e Morrer ($r = -,420$; $p > 0,01$); Faceta Actividades Passadas, Presentes e Futuras ($r = -,474$; $p > 0,01$); Faceta Participação Social ($r = -,470$; $p > 0,01$); Faceta Intimidade ($r = -,377$; $p > 0,07$); e Faceta “Família” ($r = -,443$; $p > 0,01$). Desta forma, podemos concluir que os sintomas depressivos afectam, negativamente, todas as áreas da QdV.

V - Discussão

No âmbito da hipótese inicial que postula o impacto negativo da (in)capacidade funcional na QdV dos sujeitos idosos (Hipótese 1), reportamos os dados da literatura, que corroboram a correlação entre estas duas dimensões. Deste modo, segundo a World Health Organization (2012), a capacidade funcional e a autonomia são dois eixos relevantes no contexto da promoção da saúde e da QdV. O estudo de Lobo e Pereira (2007), também indica a capacidade funcional como relevante para a QdV. De igual modo, para Rebelatto e Morelli (2004, cit. in Araújo, Ribeiro, Oliveira, & Pinto, 2007), a independência e a autonomia também são aspectos incontornáveis, quando se aborda a QdV na velhice. No mesmo contexto, também o comprometimento das AVDs é apontado como explicação para a deterioração da QdV nos idosos, por Arslantas, Ünsal, Metintas, Koc, e Arslantas (2009). Ribeiro, Silva, Modena, e Fonseca (2002) acrescentam que as AVDs mostram-se como um indicador sensível na definição da qualidade de vida do idoso. Apesar da sustentação da revisão da literatura, apenas se verificou uma correlação estatisticamente significativa, neste estudo, entre estas duas dimensões, nomeadamente, entre *Participação Social* (WHOQOL-OLD) e o total de incapacidade (IAFAI) ($r = -0,334$; $p < 0,05$). A correlação com a *Participação Social* era esperada, uma vez que remete para a participação do sujeito em actividades do quotidiano, especialmente na comunidade, contemplando alguns aspectos, tais como a satisfação com o modo como o sujeito ocupa o seu tempo; a satisfação com o envolvimento nas actividades; a satisfação com as oportunidades para participar na comunidade; e a satisfação com actividades suficientes para ocupar o dia-a-dia (Vilar, Simões, Sousa, Firmino, Paredes, & Lima, 2010). Considerando que os sujeitos com capacidade funcional comprometida poderão ver-se impossibilitados de levar a cabo certas actividades, era expectável a sua insatisfação e conseqüente sentimento de menor QdV, o que acabou por verificar-se. Também, a institucionalização de parte dos sujeitos da amostra seria impeditiva da sua participação na comunidade, outro dos factores ligados à QdV. Apontamos, também, a faceta *Autonomia*, que embora não sendo estatisticamente significativa, apresentou alguma relação ($r = -0,242$; $p > 0,05$), tendo em conta as evidências na literatura prévia (World Health

Organization, 2012; Rebelatto e Morelli, 2004, cit. in Araújo, Ribeiro, Oliveira, & Pinto, 2007), que apontam a *Autonomia*, como uma dimensão significativa da QdV, que contempla a capacidade de os sujeitos viverem de forma autónoma e tomarem decisões, ou seja, poderem determinar o seu futuro, fazerem as coisas que gostariam de fazer e, também, o respeito pela sua liberdade, por parte dos demais sujeitos. Tendo em atenção as considerações prévias, esperávamos que o comprometimento da capacidade funcional dos sujeitos afectasse negativamente e de forma evidente a sua QdV, nesta faceta, tal não se tendo observado. As escassas evidências encontradas neste estudo de que a QdV e o comprometimento funcional estão correlacionados, poderão justificar-se pela metodologia aplicada, relativamente ao instrumento utilizado para medir a capacidade funcional. O instrumento IFAI encontra-se em fase de estudo, não sendo sensível a sua aplicação a sujeitos institucionalizados, devido aos itens formulados, que avaliam as diferentes dimensões das AVDs, que não se coadunam com a realidade das instituições (por exemplo, o item que questiona os sujeitos acerca da sua capacidade para tomarem a medicação à hora certa, não se aplica numa instituição, uma vez que são os profissionais de enfermagem que se encarregam dessa tarefa), sendo que não conseguiu medir-se, com a exactidão necessária, o nível de comprometimento funcional de sujeitos da amostra que se encontram institucionalizados. De igual modo, o tamanho reduzido da amostra (N = 51), também poderá ter contribuído para tal.

Relativamente à segunda hipótese, que previa que os sujeitos institucionalizados apresentariam uma menor qualidade de vida, quando feita uma comparação com os sujeitos não institucionalizados (Hipótese 2), podemos afirmar que este estudo foi ao encontro da revisão da literatura, considerando que os contextos físicos em que os idosos vivem e recebem cuidados estão interligados, de forma bastante sensível, com a QdV dos mesmos (WHOQOL, 1998, cit in Sardinha, 2008). Neste contexto, os aspectos físicos/arquitectónicos, assumem uma especial importância para as pessoas idosas que vivem em instituições (Lobo, 2011), sendo que o estilo de vida pode assumir uma forma bastante diferente, consoante se viva na comunidade ou numa instituição (Henry et al., 2001, cit in Lobo, 2011). Deste modo, evidenciou-se que os sujeitos nesta situação de vida apresentam, do ponto de vista estatístico, uma menor QdV no que diz

respeito à faceta *Actividades Passadas, Presentes e Futuras* e à faceta *Participação Social*, comparativamente com os sujeitos não institucionalizados, sendo estas diferenças significativas ($U= 196,00$, $p<0,05$; e $U= 177,50$, $p<0,01$, respectivamente).

No que diz respeito à hipótese que considerava que os sujeitos institucionalizados apresentariam um maior comprometimento funcional que os sujeitos não institucionalizados (Hipótese 3), encontrámos a confirmação neste estudo, com a evidência de diferenças estatisticamente significativas, onde os indivíduos institucionalizados apresentam uma pontuação mais elevada no IAFAI - % Incapacidade Total (média= 14,19; DP = 13,38), sendo esta diferença significativa do ponto de vista estatístico ($p<0,001$). De facto, estes resultados vão ao encontro do que Sardinha (2008) afirma no seu estudo, em que a maioria dos sujeitos idosos institucionalizados apresenta dificuldades ao nível das actividades do dia-a-dia, para as quais necessitam de auxílio. Os resultados encontrados em relação a esta hipótese também vão ao encontro aos resultados de Oceña et al. (2010, cit. in Lobo, 2011), em que afirmam que a institucionalização pode acentuar o declínio funcional, uma vez que os sujeitos idosos institucionalizados, deixam de realizar as suas tarefas, adoptando uma postura passiva e fomentando mais dependência.

Acerca da hipótese que pretendia averiguar se os sujeitos institucionalizados são mais idosos que os sujeitos não institucionalizados (Hipótese 4), encontrámos, igualmente evidências de uma correlação estatisticamente significativa (média= 76,46; DP = 6,68; $p<0,05$), que corrobora os dados do estudo de Carriere e Pelletier (1995, cit. in Sardinha, 2008), os quais afirmam que existe uma correlação positiva entre institucionalização e idade, apontando, deste modo, a idade avançada como um dos bons preditores da institucionalização.

A quinta hipótese, que declarava que sujeitos que se percepcionassem como *doentes* apresentariam uma capacidade funcional mais comprometida (Hipótese 5) foi, também, confirmada (média= 14,86; DP = 14,13; $p<0,01$), em comparação com os sujeitos percepcionados como *saudáveis* (média= 5,28; DP = 7,34; $p<0,01$), encontrando apoio no estudo de Rosa, Benício, Latorre, e Ramos, (2003), que afirmam que a avaliação subjectiva de saúde e a funcionalidade se relacionam, considerando-se que uma apreciação

negativa de saúde se traduz numa situação de dependência de nível moderado a grave. Este dado é confirmado pelos resultados de um estudo longitudinal, no qual foi encontrado um risco acrescido para o desenvolvimento de incapacidade funcional para idosos que tinham avaliações mais pessimistas do que optimistas da saúde (Rosa, Benício, Latorre, & Ramos, 2003).

No que diz respeito à hipótese que procurava encontrar evidências em como sujeitos mais idosos apresentam um maior comprometimento funcional (Hipótese 6), o presente estudo não foi capaz de confirmar essa relação, apesar de, como demonstra a literatura, a idade avançada acarretar, inevitavelmente, um declínio dessas capacidades (Gonçalves, Martín, Guedes, Cabral-Pinto, & Fonseca, 2006); o aumento da idade levar a um aumento de doenças crónicas e incapacitantes, responsáveis por perda de funcionalidade (Botelho, 2007; Ramos, 2003, cit. in Silva, 2010); e da maior percentagem de sujeitos institucionalizados a precisarem de ajuda com as actividades rotineiras, indicando que a capacidade funcional comprometida, aumenta com a idade (Wacker et al., 2002, cit. in Sardinha, 2008). Tendo em conta o resultado contrário ao esperado, do estudo desta hipótese, podemos deduzir que o aumento da idade não promove, necessariamente, incapacidade. De todo o modo, contemplando os resultados dos autores atrás mencionados, consideramos que, uma vez que a incapacidade funcional começa a revelar-se em idades mais avançadas (+85 anos), a análise poderia ter sido efectuada no sentido de proceder-se à comparação dos valores da incapacidade funcional de sujeitos idosos mais jovens com sujeitos idosos mais velhos, encontrando, talvez, desta forma, as mesmas evidências reportadas na literatura. Porém, atendendo à constituição da nossa amostra, este procedimento não foi viável.

A hipótese que pretendia estudar a relação entre menor capacidade funcional e funcionamento cognitivo mais baixo (Hipótese 7) foi confirmada ($r = -.624$; $p < 0,05$), corroborando o estudo de Lobo (2011), que afirma que o funcionamento cognitivo parece ser afectado por uma capacidade funcional comprometida. Como estratégia preventiva/interventiva, o autor propõe a manutenção das actividades de vida diária e, ainda, uma actividade física e adequada a cada idoso, por forma a beneficiar, entre outras dimensões, o aparelho neurológico dos sujeitos, verificando-se que os

estímulos físicos são benéficos ao nível das funções cognitivas, como o tempo de reacção a estímulos, a memória, a inteligência, e a atenção.

A hipótese que postulava que os sujeitos com capacidade funcional comprometida apresentariam sintomatologia depressiva (Hipótese 8), este estudo confirmou esta relação, apresentando-se duas correlações estatisticamente significativas ($p < 0,05$) entre o módulo 2 (actividades básicas de vida diária) ($r = ,289$) e o módulo 4 (actividades instrumentais avançadas de vida diária) ($r = ,296$). Estes dados são sustentados pela literatura, que indicam que as limitações funcionais podem influenciar negativamente a auto-estima e diminuir o bem-estar subjectivo (Rabelo & Neri, s.d., cit. in Sposito, Diogo, Cintra, Neri, Guariento, & Sousa, 2010). Também Rosa, Benício, Latorre, e Ramos (2003) sustentam que uma apreciação negativa de saúde se traduz em situação de dependência de nível moderado a grave, tendo confirmado este dado através de um estudo longitudinal, onde observaram que um risco acrescido para o desenvolvimento de incapacidade funcional para idosos que tinham avaliações mais pessimistas do que optimistas da saúde. Outros autores afirmam, também, que a qualidade de vida da população idosa pode estar associada à impressão subjectiva do seu estado de saúde, e a influência dessa percepção é maior do que a dos indicadores objectivos de saúde (Andrade, 1996, cit. in Ribeiro, Silva, Modena, & Fonseca, 2002). Sardinha (2008), ainda refere que parece existir uma diminuição significativa de sintomas depressivos nos idosos que são activos fisicamente.

Por fim, a hipótese que pretendia averiguar a relação entre qualidade de vida e sintomatologia depressiva (Hipótese 9), também corroborou os dados da literatura, que indicam que sujeitos com depressão apresentam, de forma significativa, pontuações mais baixas para a QdV (Arslantas, Ünsal, Metintas, Koc, & Arslantas, 2009). Por seu turno, o estudo de Arslantas, Ünsal, Metintas, Koc, e Arslantas (2009), demonstra que a qualidade de vida é afectada pelas características psicológicas (“psychological aspects”), como é o exemplo de sentimentos negativos, auto-imagem corporal e de aparência, memória e concentração. De igual forma, Wada et al. (2005), indicam nos seus estudos que sujeitos com depressão apresentam, de forma significativa, pontuações mais baixas para a QdV. Os dados obtidos nesta hipótese encontram-se em total concordância com os dos dados dos autores

anteriormente mencionados, contemplando-se as fortes correlações verificadas em todas as facetas do instrumento WHOQOL-OLD: Faceta Funcionamento Sensorial ($r = -.594$; $p > 0,01$); Faceta Autonomia ($r = -.345$; $p > 0,05$); Faceta Morte e Morrer ($r = -.420$; $p > 0,01$); Faceta Atividades Passadas, Presentes e Futuras ($r = -.474$; $p > 0,01$); Faceta Participação Social ($r = -.470$; $p > 0,01$); Faceta Intimidade ($r = -.377$; $p > 0,01$); e Faceta “Família” ($r = -.443$; $p > 0,01$) [e, também, nos totais: WHOQOL-OLD - 24 itens ($r = -.691$; $p > 0,01$); WHOQOL-OLD - 33 itens ($r = -.681$; $p > 0,01$)].

O presente estudo, de carácter exploratório, apresenta algumas limitações, embora fornecendo um contributo, ainda que modesto, ao considerarmos que foram levantadas questões úteis de carácter teórico e prático. Desta forma, iremos apresentar, no ponto seguinte, algumas considerações que consideramos pertinentes e que esperamos que possam vir a ser úteis em estudos futuros.

VI - Conclusão

O presente estudo pretendeu explorar a relação existente entre QdV e (in)capacidade funcional, na população idosa, considerando, também, o impacto da situação de vida, o funcionamento cognitivo, a sintomatologia depressiva, a percepção subjectiva de saúde, e a idade dos sujeitos naquelas dimensões. QdV e capacidade funcional surgem associadas, nomeadamente no que concerne a *Participação social* e a sua relevância para a capacidade funcional global. Ainda que de modo menos efectivo, também a Autonomia se destaca como relacionada com a funcionalidade. Em relação às restantes variáveis, a situação de vida, o funcionamento cognitivo, a sintomatologia depressiva, a percepção subjectiva de saúde, permitiram-nos especificar particularidades de QdV e de funcionalidade. Deste modo, a situação de vida permite diferenciar os sujeitos, em termos de QdV e de capacidade funcional (com os sujeitos institucionalizados a apresentar menor QdV e maior comprometimento da funcionalidade, comparativamente aos da comunidade); a presença de sintomatologia depressiva, um funcionamento cognitivo empobrecido e a percepção subjectiva de saúde (na valência *Doente*), estão associados a uma capacidade funcional comprometida; por fim, não se observou um maior comprometimento funcional significativo associado ao avançar da idade.

De entre as **potencialidades** desta investigação, enquadrámos a sua utilidade na realidade demográfica actual, pelo progressivo aumento da população desta faixa etária e os desafios que coloca, em que cada vez mais se valoriza a QdV dos idosos. Consideramos que este estudo permitiu uma reflexão acerca das dimensões da vida dos idosos, que podem influenciar negativa ou positivamente a sua QdV e capacidade funcional. Desta forma, acreditamos ter contribuído, ainda que de forma modesta, para a caracterização da funcionalidade e das dimensões da QdV, de uma pequena amostra de adultos idosos portugueses, da região centro de Portugal, aspectos que, conforme pode constatar-se na revisão da literatura, são considerados relevantes para uma melhor averiguação das trajectórias do envelhecimento, em coordenação com as ferramentas físicas, sociais e psicológicas que lhe são inerentes.

No que concerne às **limitações** deste estudo, impõe fazer-se uma

referência às mesmas, de modo a poder reflectir-se acerca do que pode ser melhorado em investigações futuras. Considerando que a amostra é de conveniência e de tamanho reduzido ($N = 51$), e não havendo uma proporcionalidade entre homens/mulheres (33 mulheres - 64,7% contra 18 homens - 35,3%), proveniente da zona de Coimbra, não representará a população idosa portuguesa. Desta forma, os resultados deverão ser interpretados tendo em conta este aspecto, considerando que poderão não espelhar a realidade, devendo acautelar-se generalizações. Para além do tamanho da amostra, julgamos que o instrumento (IAFAI) utilizado para avaliar a capacidade funcional dos sujeitos esteve, também, na origem das poucas evidências encontradas entre QdV e funcionalidade, que a literatura nos indica como fortes. Em relação ao IAFAI, consideramos que não foi sensível na avaliação da capacidade funcional, uma vez que este instrumento beneficiava os sujeitos institucionalizados, atendendo às especificidades de cotação das respostas, na medida em que os sujeitos não pontuavam para incapacidade em vários itens de actividades de vida diária que não se aplicam numa instituição, não contabilizando, assim, para a percentagem de incapacidade funcional total.

Relativamente às **considerações e aprendizagens** retiradas do trabalho de campo, aquando da recolha do protocolo de investigação, durante a qual ouvimos cada idoso individualmente, assim como aos seus desejos e preocupações, apelamos a uma humanização das instituições (lares, casas de repouso, unidades de cuidados continuados), uma vez que para uma grande parte dos idosos, estas serão as suas últimas moradas, nos seus últimos anos de vida. Consideramos de extrema importância que não exista um corte total do modo de vida em comunidade para a vida numa instituição, principalmente para os idosos que ainda se consideram capazes de realizar tarefas básicas, de modo a poderem preservar alguma autonomia. A capacidade funcional, pelo impacto que tem sobre a QdV, deverá ser valorizada nas instituições, procedendo-se a uma mudança no seu estilo de funcionamento que, de momento, encara o sujeito idoso como um ser passivo, a quem tudo é feito. Deste modo, entendemos que os sujeitos que mantenham a sua capacidade funcional minimamente preservada, deveriam ser dadas possibilidades - como **acção preventiva** - para a realização de algumas tarefas, tais como fazerem a cama e serem encarregados da

manutenção (por exemplo, rega) de plantas existentes no espaço da instituição, entre outras possibilidades de exemplo. Tal como Kane (2003, cit. in Sardinha, 2008) reforça: as próprias características das instituições deveriam sofrer mudanças profundas. Ainda, no âmbito de ações preventivas, a World Health Organization, 2012) indica uma política de envelhecimento activo, sob a forma das seguintes medidas: como objectivos e alvo, propõem-se metas mensuráveis com vista às melhorias no estado de saúde dos idosos e à redução de doenças crónicas. Relativamente a influências económicas na saúde, impõe-se decretar políticas e programas que abordem os factores económicos que contribuam para o aparecimento de doenças e incapacidades na vida adulta (ou seja, a pobreza, as desigualdades de reforma, a exclusão, baixos níveis de literacia e de educação). Na prevenção e tratamentos eficazes, é necessário tornar os serviços de triagem eficazes, disponíveis e acessíveis para as pessoas, homens e mulheres, à medida que envelhecem. Neste âmbito devem, também, tornar-se eficazes e mais acessíveis os tratamentos que reduzam deficiências (tais como a remoção de cataratas e substituição da anca) aos idosos com reformas baixas. Relativamente a ambientes seguros e adaptados à idade avançada das pessoas que neles se movem, impõe-se a criação de centros de saúde adaptados à idade avançada, que ajudem a prevenir o aparecimento ou agravamento da deficiência, e também prevenir lesões, protegendo os pedestres idosos no trânsito, tornando os caminhos pedestres seguros, prevenindo quedas através da implementação de programas que permitam eliminar os riscos em casa e ofereçam conselhos de segurança. Cumprir rigorosamente normas de segurança ocupacional, que protejam os trabalhadores mais velhos de ferimentos. Modificar os ambientes de trabalho para que as pessoas possam continuar a trabalhar produtivamente e com segurança, à medida que envelhecem. No que diz respeito à audição e visão, considera-se pertinente reduzir deficiências auditivas evitáveis através de medidas adequadas de prevenção e acesso a aparelhos auditivos para pessoas mais velhas que tenham perda de audição, assim como, prestar serviços apropriados de cuidados oftalmológicos, para pessoas com deficiências visuais relacionadas com o processo natural de envelhecimento. É, de igual forma, importante uma vida sem barreiras, através do desenvolvimento de casas sem barreiras físicas para pessoas idosas com deficiências; trabalhar

para tornar os edifícios públicos e transporte acessível para todas as pessoas com deficiência e providenciar casas-de-banho acessíveis em locais públicos e locais de trabalho (incluindo idosos). Quanto à QdV, impõe-se implementar políticas e programas que melhorem a QdV das pessoas com deficiência e doenças crónicas; apoiar a sua independência e interdependência, proporcionando serviços de reabilitação e apoio comunitário para as famílias, e providenciando preços acessíveis ao nível de dispositivos de assistência eficazes, tais como óculos correctivos e andarilhos. No que concerne ao apoio social, seria importante reduzir os riscos de solidão e isolamento social, através de apoios a: grupos comunitários geridos por pessoas mais velhas; grupos de auto e inter-ajuda; visitas entre vizinhos; programas de apoio telefónicos; apoiar o contacto entre gerações e proporcionar zonas residenciais nas comunidades que estimulem a interacção social quotidiana e interdependência entre jovens e idosos. Na área da actividade física, considera-se de extrema importância fomentar a divulgação de orientações culturalmente adequadas sobre actividade física junto de pessoas idosas; fornecer oportunidades agradáveis e acessíveis para ser-se activo (por exemplo, áreas seguras de passeio e parques); informar e educar as pessoas e os profissionais de saúde sobre a importância de se permanecer activo à medida que se envelhece. Na nutrição, revela-se útil assegurar-se uma nutrição adequada durante toda a vida; assegurar que as políticas nacionais de nutrição e os planos de acção reconheçam que as pessoas idosas representam um grupo potencialmente vulnerável; incluir medidas especiais que previnam a desnutrição e garantir a segurança alimentar, ao longo do processo de envelhecimento. Quanto à alimentação saudável, reconhece-se que devem desenvolver-se directrizes culturalmente apropriadas para uma alimentação saudável para homens e mulheres, à medida que envelhecem; fornecer-se apoio a dietas melhoradas e referências a pesos saudáveis na velhice, através do fornecimento de informações (incluindo informações específicas relativas às necessidades nutricionais dos idosos. No que diz respeito a factores psicológicos, deve encorajar-se e permitir que as pessoas desenvolvam auto-eficácia, capacidades cognitivas para resolução de problemas, e estratégias de *coping*; reconhecer e rentabilizar a experiência e os pontos fortes dos idosos, ajudando-os a melhorar o seu bem-estar psicológico. Relativamente à

medicação, seria importante aumentar o acesso a medicamentos essenciais e seguros aos idosos que precisem deles, mas que não possam pagá-los; informar e educar as pessoas sobre o correcto uso de medicamentos. Quanto à adesão medicamentosa, devem tomar-se medidas no sentido de compreender e corrigir a baixa adesão aos tratamentos, a qual pode afectar severamente a eficácia dos mesmos, particularmente os de longo prazo; reorganizar os sistemas de saúde actuais orientados em torno de cuidados agudos, para fornecer um atendimento continuado que inclua a promoção da saúde, a prevenção de doenças, o tratamento adequado de doenças crónicas, a prestação equitativa de apoio da comunidade e digna de longo prazo, e também cuidados paliativos, para todas as etapas da vida. Um acesso equitativo e acessível, permitindo assegurar-se que todas as pessoas tenham acesso aos cuidados de saúde (agudos e crónicos) primários, a preços acessíveis, bem como aos serviços de cuidados de longa duração. Por fim, no que concerne aos cuidadores formais, seria importante fornecer a estes, remuneração e condições de trabalho adequadas, com especial atenção para com aqueles sem qualificações e com níveis sociais e estatutos profissionais baixos (a maioria dos quais são mulheres) (World Health Organization, 2002).

Encarando estas directivas como relativas ao contexto mundial geral, revelam-se mais desafiantes e exigentes quando se pensa no contexto português. Neste sentido, o trabalho de formação, investigação e práticas clínicas específicas de Psicogerontologia podem ser um bom caminho para concretizar as finalidades propostas. Por último, este processo não é para os idosos, mas deve ser feito com os idosos.

Referências Bibliográficas

- Aberg, A., Sidenvall, B., Hepworth, M., O'Reilly, K., & Lithell, H. (2005). On loss of activity and independence, adaptation improves life satisfaction in old age – A qualitative study of patients' perceptions. *Quality of Life Research, 14*, 1111-1125.
- Araújo, F., Ribeiro, J. L., Oliveira, A., & Pinto, C. (2007). Validação do Índice de Barthel numa amostra de idosos não institucionalizados. *Qualidade de Vida, 25*(2), 59-66.
- Arslantas, D., Ünsal, A., Metintas, S., Koc, F., & Arslantas, A. (2009). Life quality and daily life activities of elderly people in rural areas, Eskisehir (Turkey). *Archives of Gerontology and Geriatrics, 48*, 127-131.
- Baltes, P. B., & Baltes, M. M. (1990). Psychological perspectives on successful aging: The model of selective optimization with compensation. In P. Baltes, & M. Baltes, *Successful aging: Perspectives from the behavioural sciences* (pp. 1-34). Cambridge: Cambridge University Press.
- Baltes, P. B., Staundinger, U. M., & Lindenberger, U. (1999). Lifespan psychology: Theory and application to intellectual functioning. *Annual Reviews, 50*, 471-507.
- Cabral, L. P. (2005). *O Bem-Estar Psicológico e a Qualidade de Vida na Velhice*. Dissertação de Mestrado em Ciências da Educação, não publicada. Lisboa: Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade de Lisboa.
- Chachamovich, E., Marcelli, C. M., Fleck, M. P. A., Schmidt, S., & Power, M. (2008). Desenvolvimento do instrumento WHOQOL-OLD. In M. P. A. Fleck (Ed.), *A Avaliação de Qualidade de Vida: Guia para*

profissionais de saúde (pp. 102-111). São Paulo: Artmed Editora S.A..

Diener, E., Emmons, R. A., Larsen, R. J., & Griffin, S. (1985). The satisfaction with life scale. *Journal of Personality Assessment*, 49(1), 71-75.

Duarte, Y., Andrade, C., & Lebrão, M. (2007). O Índice de Katz na avaliação da funcionalidade dos idosos. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 41(2), 317-325.

Folstein, M., Folstein, S., & McHugh, P. (1975). Mini mental state: A practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician. *Journal of Psychiatric Research*, 12, 189-198.

Gabriel, Z., & Bowling, A. (2004). Quality of life from the perspective of older people. *Aging & Society*, 24, 675-691.

Gonçalves, D., Martín, I., Guedes, J., Cabral-Pinto, F., & Fonseca, A. M. (2006). Promoção da qualidade de vida dos idosos portugueses através da continuidade de tarefas produtivas. *Psicologia, Saúde e Doenças*, 7(1), 137-143.

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

Instituto Nacional de Estatística. (2012). *Estimativas anuais de população residente, Portugal, NUTS II, NUTS III e municípios - exercício ad hoc 2010 e 2011 - 2011*. Retirado de http://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_destaques&DESTAQUESdest_boui=107556656&DESTAQUEStema=55466&DESTAQUESmodo=2.

- Instituto Nacional de Estatística. (2012). *Tábua completa de mortalidade para Portugal - 2009 - 2011*. Retirado de http://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_destaques&DESTAQUESdest_boui=133401283&DESTAQUEStema=55466&DESTAQUESmodo=2.
- Lobo, A. (2011). *Associação entre Qualidade de Vida, Actividade Física, Aptidão Física e Factores de risco das Doenças Cardiovasculares dos Idosos Institucionalizados, da Região Norte de Portugal*. Dissertação de Doutoramento em Actividade Física e Saúde, não publicada. Porto: Centro de Investigação em Actividade Física, Saúde e Lazer da Faculdade de Desporto da Universidade do Porto.
- Lobo, A., & Pereira, A. (2007). Idoso institucionalizado: Funcionalidade e aptidão física. *Revista Referência*, 4, 61-68.
- Mioshi, E., Dawson, K., Mitchell, J., Arnold, R., & Hodges, J. R. (2005). The Addenbrooke's Cognitive Examination Revised (ACE-R): A brief cognitive test battery for dementia screening. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 21, 1078-1085.
- Oliveira, J. H. B. (2005). *Psicologia do Envelhecimento e do Idoso*. Porto: Legis Editora.
- Pachana, N. A., Byrne, G. J., Siddle, H., Koloski, N., Harley, E., & Arnold, E. (2007). Development and validation of the Geriatric Anxiety Inventory. *International Psychogeriatrics*, 19(1), 103-114.
- Paúl, C. (2005). A construção de um modelo de envelhecimento humano. In C. Paúl, & A. M. Fonseca (Coords.), *Envelhecer em Portugal: Psicologia, saúde e prestação de cuidados* (pp. 21-45). Lisboa: Climepsi Editores.
- Power, M., Quinn, K., Schmidt, S., & the WHOQOL-OLD Group (2005). Development of the WHOQOL-OLD module. *Quality of Life*

Research, 14, 2197-2214.

- Ribeiro, J., Paúl, C., Simões, M., & Firmino, H. (2008). *Inventário de Ansiedade Geriátrica*. Coimbra: Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade de Coimbra.
- Ribeiro, R., Silva, A.I., Modena, C.M., & Fonseca, M. (2002). Capacidade funcional e qualidade de vida de idosos. *Estudos Interdisciplinares sobre o Envelhecimento*, 4, 85-96.
- Rosa, T., Benício, M., Latorre, M., & Ramos, L. (2003). Factores determinantes da capacidade funcional entre idosos. *Revista de Saúde Pública*, 37(1), 40-48.
- Sardinha, M. L. M. (2008). *Qualidade de Vida em Idosos Institucionalizados*. Dissertação de Mestrado em Psicologia, não publicada. Coimbra: Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade de Coimbra.
- Schaie, K. W., & Willis, L. S. (1991). *Adult Development and Aging*. New York: Harper Collins.
- Schroots, J. J. (1995). Psychological models of aging. *Canadian Journal on Aging*, 14(1), 44-66.
- Serra, A. V. (2010). Qualidade de Vida e Saúde. In M. C. Canavarro, & A. V. Serra (Ed.), *Qualidade de vida e saúde: Uma abordagem na perspectiva da organização mundial de saúde* (pp. 23-53). Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.
- Silva, J. S. V. (2010). *Funcionalidade e Bem-Estar Psicológico em Idosos Residentes na Comunidade: Um estudo exploratório*. Dissertação de Mestrado Integrado em Psicologia, não publicada. Lisboa: Faculdade de Psicologia da Universidade de Lisboa.

- Simões, A. (1992). Ulterior validação de uma escala de Satisfação com a Vida (SWLS). *Revista Portuguesa de Pedagogia*, 26(3), 503-515.
- Sousa, L. B., Simões, M. R., Pires, L., Vilar, M., & Freitas, S. (2008). Inventário de Avaliação Funcional de Adultos e Idosos (IAFAI): Manual de administração e cotação [Adults and Older Adults Functional Assessment Inventory (IAFAI): Administration and scoring manual]. Coimbra: Psychological Assessment Department, Faculty of Psychology and Educational Sciences – University of Coimbra.
- Sposito, G., Diogo, M. J. D. Cintra, F. A., Neri, A. L, Guariento, M. E., & Sousa, M. L. R. (2010). Relações entre bem-estar subjectivo e mobilidade e independência funcional por função de grupo de faixas etárias e de géneros em idosos. *Acta Fisiátrica*, 1(3), 103-108.
- Strauss, E., Sherman, E., & Spreen, O. (2006). *A compendium of neuropsychological tests: Administration, norms and commentary* (3rd Edition). Oxford: Oxford University Press.
- Trentini, C. M., Chachamovich, E., & Fleck, M. P. A. (2008). Qualidade de vida em idosos. In M. P. A. Fleck (Ed.), *A Avaliação de Qualidade de Vida: Guia para profissionais de saúde* (pp. 218-228). São Paulo: Artmed Editora S.A..
- Veríssimo, M. T. (2006). Actividade física e envelhecimento. In H. Firmino (Ed.), *Psicogeriatría* (pp. 83-94). Coimbra: Piquiatría Clínica.
- Vilar, M., Simões, M. R., Sousa, L. B, Firmino, H., Paredes, T., & Lima, M. P. (2010). Avaliação da qualidade de vida em adultos idosos: Notas em torno do processo de adaptação e validação do WHOQOL-OLD para a população portuguesa. In M. C. Canavarro, & A. V. Serra (Ed.), *Qualidade de vida e saúde: Uma abordagem na perspectiva da organização mundial de saúde* (pp. 229-250). Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.

Wada, T., Ishine, M., Sakagami, T., Kita, T., Okumiya, K., Mizuno, K., ...Matsubayashi, K. (2005). Depression, activities of daily living, and quality of life of community-dwelling elderly in three Asian countries: Indonesia, Vietnam, and Japan. *Archives of Gerontology and Geriatrics*, 41, 271-280.

World Health Organization. (1999). *Exploding the myths*. Retirado de http://whqlibdoc.who.int/hq/1999/WHO_HSC_AHE_99.1.pdf.

World Health Organization. (2002). *Active aging and policy framework*. Retirado de http://www.who.int/ageing/publications/active_ageing/en/index.html.

World Health Organization. (2011). *Aging and life course*. Retirado de <http://www.who.int/ageing/en/>.

World Health Organization. (2012). *Aging and life course*. Retirado de <http://www.who.int/ageing/en/>.

Yesavage, J. A., Brink, T. L., Rose, T. L., Lum, O., Huang, V., Adey, M., & Leirer, V. O. (1983). Development and validation of the geriatric depression screening scale: A preliminary report. *Journal of Psychiatric Research*, 17(1), 37-49.

- Anexo 1** **Quadro 1.** Hipótese 1. A qualidade de vida dos sujeitos é afectada negativamente quando a sua capacidade funcional se encontra comprometida.
- Anexo 2** **Quadro 2.** Hipótese 2: Sujeitos institucionalizados apresentam uma menor qualidade de vida, comparativamente com os sujeitos não institucionalizados.
- Anexo 3** **Quadro 3.** Hipótese 3: Sujeitos institucionalizados apresentam um maior comprometimento funcional que os sujeitos não institucionalizados.
- Anexo 4** **Quadro 4.** Hipótese 4: Sujeitos institucionalizados têm uma idade superior à dos sujeitos não institucionalizados.
- Anexo 5** **Quadro 5.** Hipótese 5: Sujeitos que se percepcionem como “doentes” apresentam uma capacidade funcional mais comprometida.
- Anexo 6** **Quadro 6.** Hipótese 6: Sujeitos mais idosos apresentam um maior comprometimento funcional.
- Anexo 7** **Quadro 7.** Hipótese 7: Menor capacidade funcional encontra-se associada a um funcionamento cognitivo mais baixo.
- Anexo 8** **Quadro 8.** Hipótese 8: Sujeitos com capacidade funcional comprometida apresentam sintomatologia depressiva.
- Anexo 9** **Quadro 9.** Hipótese 9: Sujeitos com sintomatologia depressiva apresentam menos qualidade de vida.

		IAFAI - % Incapacidade Total	IAFAI - % Incapacidade Módulo 2 ABVD	IAFAI - % Incapacidade Módulo 3 AIVD F	IAFAI - % Incapacidade Módulo 4 AIVD A
WHOQOL-OLD-24 itens	r	-,151	-,077	-,148	-,069
	p	,291	,592	,300	,633
WHOQOL-OLD-33 itens	r	-,126	-,038	-,155	-,057
	p	,379	,792	,277	,690
WHOQOL-OLD - Faceta Func. Sensorial	r	-,090	-,106	-,058	-,184
	p	,530	,461	,683	,197
WHOQOL-OLD - Faceta Autonomia	r	-,242	-,193	-,203	-,039
	p	,087	,176	,154	,784
WHOQOL-OLD - Faceta Morte e Morrer	r	,073	,077	,045	,108
	p	,612	,591	,754	,452
WHOQOL-OLD - Faceta Actividades Passadas, Presentes e Futuras	r	-,106	-,025	-,025	-,115
	p	,457	,862	,859	,421
WHOQOL-OLD - Faceta Participação Social	r	-,334*	-,251	-,228	-,228
	p	,017	,076	,107	,108
WHOQOL-OLD - Faceta Intimidade	r	,018	,108	-,144	,129
	p	,903	,452	,314	,365
WHOQOL-OLD - Faceta "Família"	r	-,009	,097	-,130	-,005
	p	,951	,497	,363	,974

*p<0,05

Anexo 1

Quadro 1. Hipótese 1: A qualidade de vida dos sujeitos é afectada negativamente quando a sua capacidade funcional se encontra comprometida.

		N	M	DP	U	P
WHOQOL-OLD	Comunidade (s/assistência)	23	14,43	2,42	196,00	,016*
	Faceta					
WHOQOL-OLD	Centro de Dia+Inst.+Intern.	28	11,75	3,855	177,50	,006**
	Faceta					
WHOQOL-OLD	Comunidade (s/assistência)	23	15,70	2,225	177,50	,006**
	Faceta					
WHOQOL-OLD	Centro de Dia+Inst.+Intern.	28	12,61	3,994	177,50	,006**
	Faceta					
	Participação Social					

*p<0,05

**p<0,01

Anexo 2

Quadro 2. Hipótese 2: Sujeitos institucionalizados apresentam uma menor qualidade de vida, comparativamente com os sujeitos não institucionalizados.

		N	M	DP	U	P
Sit. de Vida	Comunidade (s/assistência)	23	3,49	3,68	114,50	,000*
	Centro de Dia+Inst.+Intern.	28	14,19	13,38		
IAFAI - % Incapac. Total						

*p<0,01

Anexo 3

Quadro 3. Hipótese 3: Sujeitos institucionalizados apresentam um maior comprometimento funcional que os sujeitos não institucionalizados.

	N	M	DP	T	P	
IAFAI - % Incapacidade Total	Comunidade (s/assistência)	23	71,43	6,35	-2,73	,009*
	Centro de Dia+Inst.+Intern.	28	76,46	6,68		

*p<0,05

Anexo 4

Quadro 4. Hipótese 4: Sujeitos institucionalizados têm uma idade superior à dos sujeitos não institucionalizados.

	N	M	DP	U	P
Saudável	26	5,28	7,34		
IAFAI - % Incapacidade Total				54,00	,000*
Doente	13	14,86	14,13		
Saudável	26	3,47	6,29		
IAFAI - % Incapacidade Módulo 2 - ABVD				72,00	,003*
Doente	13	8,94	11,02		
Saudável	26	0,38	1,15		
IAFAI - % Incapacidade Módulo 3 - AIVD F				54,00	,000*
Doente	13	2,84	3,61		
Saudável	26	1,55	2,14		
IAFAI - % Incapacidade Módulo 3 - AIVD A				71,50	,003*
Doente	13	4,94	4,34		

*p<0,01

Anexo 5

Quadro 5. Hipótese 5: Sujeitos que se percepcionem como “doentes” apresentam uma capacidade funcional mais comprometida.

	IAFAI - % Incapacidade Total	
	r	p
Idade	,209	,142*

*p>0,05

Anexo 6

Quadro 6. Hipótese 6: Sujeitos mais idosos apresentam um maior comprometimento funcional.

	ACE-R Total	ACE-R Domínio Atenção/Orie ntação	ACE-R Domínio Memória	ACE-R Domínio Fluência	ACE-R Domínio Linguagem	ACE-R Domínio Visuo- Espacial	ACE-R Mini- Mental State Examination	
IAFAI - % Incapac. Total	r p	-,624** ,000	-,598** ,000	-,514** ,000	-,373** ,007	-,509** ,000	-,661** ,000	-,638** ,000
IAFAI - % Incapac. Módulo 2 ABVD	r p	-,588** ,000	-,499** ,000	-,456** ,001	-,382** ,006	-,535** ,000	-,609** ,000	-,493** ,000
IAFAI - % Incapac. Módulo 3 AIVD F	r p	,293* ,037	-,281* ,046	-,312* ,026	-,129 ,367	-,155 ,277	-,354* ,011	-,481** ,000
IAFAI - % Incapac. Módulo 4 AIVD 4	r p	,506** ,000	-,514** ,000	-,423** ,002	-,311* ,026	-,375** ,007	-,549** ,000	-,551** ,000

**p<0,05

*p<0,01

Anexo 7

Quadro 7. Hipótese 7: Menor capacidade funcional encontra-se associada a um funcionamento cognitivo mais baixo.

GDS - 30 Itens - Total		
IAFAI - % Incapacidade Total	r	,259
	p	,066
IAFAI - % Incapacidade	r	,289*
Módulo 2 ABVD	p	,040
IAFAI - % Incapacidade	r	,058
Módulo 3 AIVD F	p	,688
IAFAI - % Incapacidade	r	,296*
Módulo 4 AIVD 4	p	,035

*p<0,05

Anexo 8

Quadro 8. Hipótese 8: Sujeitos com capacidade funcional comprometida apresentam sintomatologia depressiva.

		GDS - 30 Itens - Total
WHOQOL-OLD-24 itens	r	-,691**
	P	,000
WHOQOL-OLD-33 itens	r	-,681**
	p	,000
WHOQOL-OLD - Faceta Func. Sensorial	r	-,594**
	p	,000
WHOQOL-OLD - Faceta Autonomia	r	-,345*
	p	,014
WHOQOL-OLD - Faceta Morte e Morrer	r	-,420**
	p	,002
WHOQOL-OLD - Faceta Actividades Passadas, Presentes e Futuras	r	-,474**
	p	,001
WHOQOL-OLD - Faceta Participação Social	r	-,470**
	p	,001
WHOQOL-OLD - Faceta Intimidade	r	-,377**
	p	,007
WHOQOL-OLD - Faceta "Família"	r	-,443**
	p	,001

**p>0,01

*p>0,05

Anexo 9

Quadro 9. Hipótese 9: Sujeitos com sintomatologia depressiva apresentam menos qualidade de vida.