



FMUC FACULDADE DE MEDICINA
UNIVERSIDADE DE COIMBRA

José Filipe Chaves Pereira Prazeres

Avaliação da qualidade de vida nas pessoas idosas em contexto de cuidados de saúde primários: A problemática do utente diabético

Dissertação de Mestrado em Geriatria, apresentada à Faculdade de
Medicina da Universidade de Coimbra para obtenção do grau de Mestre

Orientadores: Prof. Doutora Daniela Figueiredo e Prof. Doutor Manuel Teixeira Veríssimo

Coimbra, 2012

*“Nobody can do for little children what grandparents do.
Grandparents sort of sprinkle stardust over the lives of little children.”*

...Alex Haley

Para a minha avó
(obrigado pelo pó das estrelas)

Agradecimentos

Aos meus mestres, Prof^a Doutora Maria Amália Botelho e Prof. Doutor Gorjão Clara, por me iniciarem, motivarem e conduzirem no campo do envelhecimento.

À minha orientadora, Prof^a Doutora Daniela Figueiredo, pela orientação e disponibilidade que demonstrou sempre sem reservas, permitindo que este estudo passasse da uma ideia para uma realidade bem construída. Pela força anímica nos momentos críticos e pelo estímulo ao meu esforço.

Ao meu coorientador, Prof. Doutor Manuel Teixeira Veríssimo, pelo apoio ao projeto e comentários de inestimável valor.

À Unidade de Saúde Familiar de Buarcos, na pessoa da sua Coordenadora, Dra. Elisabete Neto, a quem agradeço a cooperação, sem a qual não poderia abraçar este tema.

À Prof^a Doutora Clara Viseu pela sua ajuda no tratamento estatístico da amostra.

A todas as pessoas que, ao responderem ao inquérito, disponibilizaram um pouco do seu tempo e assim ajudaram na construção de um projeto que, sem elas, não teria sido possível.

Aos meus Pais, Irmã, restantes familiares e amigos pelo apoio incondicional nos momentos mais trabalhosos deste estudo, prova do seu amor. É recíproco.

Resumo

Objetivos: Descrever o perfil sociodemográfico/clínico e avaliar a qualidade de vida das pessoas diabéticas tipo 2 com 75 ou mais anos, seguidas numa Unidade de Saúde Familiar, e analisar as variáveis que com ela interferem.

Metodologia: Estudo transversal, descritivo, com componente analítica. Os dados foram recolhidos no período compreendido entre dezembro de 2009 e março de 2010, utilizando-se as versões portuguesas do EASYcare e da Escala de Satisfação Com a Vida, e um questionário complementar.

Resultados: A amostra incluiu 83 pessoas idosas diabéticas. A maioria são mulheres, com uma média etária de 80,9 anos (DP=4,3), viúvas ou casadas, com escolaridade baixa, que vivem acompanhadas em zona urbana, e com rendimentos baixos/médios. Clinicamente, a amostra apresenta bom controlo glicémico, cumpre medicação antidiabética oral, tem em média 11,2 anos de doença (DP=10,1), apresenta complicações da diabetes, excesso de peso, tensão arterial e ficha lipídica não controladas.

De uma forma geral, os participantes apresentaram uma avaliação positiva para a qualidade de vida. Contudo, percecionam de pior forma as áreas referentes à vida em comunidade, saúde mental e bem-estar, e funcionamento mnésico. Das variáveis sociodemográficas é o género e a capacidade financeira que mais interferem com os domínios da qualidade de vida. As variáveis clínicas estudadas interferem muito modestamente com a qualidade de vida.

A satisfação com a vida é influenciada negativamente pela baixa capacidade financeira, pela presença de complicações da diabetes, e pelo agravamento da qualidade de vida.

Conclusões: No idoso diabético a qualidade de vida é um constructo multidimensional envolvendo outros fatores para além da saúde.

Palavras-chave: qualidade de vida; satisfação com a vida; diabetes tipo 2, pessoa idosa, envelhecimento, cuidados primários.

Abstract

Objectives: To describe the sociodemographic /clinical profiles and evaluate the quality of life of people with type 2 diabetes aged 75 years or older, followed in a Family Health Unit, and to analyze the variables that interfere with it.

Methods: Descriptive cross sectional study with an analytical component. Data was collected in between December 2009 and March 2010, using the Portuguese versions of EASYcare and Satisfaction With Life Scale, and a complementary questionnaire.

Results: 83 elderly diabetics were included in the sample. Most were women, with a mean age of 80.9 years (SD=4.3), widowed or married, with low educational levels, living accompanied in urban areas and presenting medium/low incomes. Clinically, the sample shows good glycemic control, is on oral antidiabetic medication, has a mean of 11.2 years of illness (SD=10.1), presents complications of diabetes, excess weight, uncontrolled blood pressure and poor lipid management.

In general, the participants presented with a positive assessment of their quality of life. However, the worst areas perceived are related to community life, mental health and well-being and mnesic function. Within the sociodemographic variables gender and financial capacity interfere the most with the quality of life domains. The clinical variables studied affect the quality of life very modestly.

Satisfaction with life is hindered by low financial capacity of participants, the presence of diabetes' complications, and the worsening of quality of life.

Conclusions: In elderly patients with diabetes quality of life is a multidimensional construct involving other factors beyond health.

Índice

Resumo	IV
Abstract.....	V
1 Introdução	1
2 Envelhecimento humano: fenómeno demográfico e individual	3
2.1 Envelhecimento Demográfico	3
2.2 Envelhecimento do indivíduo	9
2.3 O Envelhecimento e o binómio Saúde-Doença.....	14
3 Qualidade de Vida: do conceito à relação com o envelhecimento.....	19
3.1 Em torno do conceito de qualidade de vida	19
3.2 O bem-estar subjetivo e a satisfação com a vida	25
3.3 Qualidade de Vida e Envelhecimento	27
4 Diabetes, Envelhecimento e Qualidade de Vida	31
5 Objetivos	38
6 Metodologia.....	38
6.1 Tipo de estudo	38
6.2 Instrumentos de recolha de dados	39
6.3 Procedimento de seleção da amostra	42
6.4 Procedimentos de recolha de dados	43
6.5 Procedimentos de análise dos dados.....	44
7 Apresentação de resultados	45
7.1 Caracterização da amostra	45
7.2 Perceção da qualidade de vida	49
7.2.1 Visão, Audição e Comunicação	49
7.2.2 Cuidar de si (autocuidado).....	50
7.2.3 Mobilidade	51

7.2.4	Segurança	52
7.2.5	Local de Residência e Finanças.....	53
7.2.6	Manter-se Saudável.....	53
7.2.7	Saúde Mental e Bem-Estar.....	55
7.2.8	Administração de Medicação.....	58
7.2.9	Análise Global dos domínios do EASYcare	58
7.2.10	Pontuações finais do EASYcare	59
7.3	Escala de Satisfação Com a Vida (SWLS).....	60
7.4	Análise da relação entre as variáveis sociodemográficas, percepção de qualidade de vida e satisfação com a vida.....	60
7.5	Análise da relação entre as variáveis clínicas, percepção de qualidade de vida e satisfação com a vida	68
7.6	Análise da relação entre a satisfação com a vida e a percepção de qualidade de vida	74
8	Discussão.....	76
9	Conclusões	85
10	Bibliografia	87
11	Anexos.....	104
	Anexo A – SWLS	104
	Anexo B – EASYcare	105
	Anexo C – Questionário complementar	115
	Anexo D – Autorização da coordenação da USF Buarcos.....	116
	Anexo E – Consentimento Livre e Informado.....	117

Índice de Figuras

Figura 1 - Evolução da proporção de jovens e idosos, Mundo, 1960-2050.....	3
Figura 2 - Pirâmide de Idades, EU-27, 2008-2060	5
Figura 3 - Pirâmide de Idades, Portugal 1960-2000.....	8
Figura 4 - Compressão da morbidade	18
Figura 5 - Prevalência comparativa (%) da diabetes (20-79 anos), 2011.....	31
Figura 6 - Complicações Major da Diabetes.....	33
Figura 7- Processo de seleção da amostra.....	42
Figura 8 - Quedas nos últimos 12 meses.....	52
Figura 9 - Preocupação com o peso	54
Figura 10 - Vacinação atualizada.....	54
Figura 11 - Exames de rastreio do cancro	55
Figura 12 - Perceção da sua saúde	56
Figura 13 – Solidão	57
Figura 14 - Dores Corporais.....	57

Índice de Tabelas

Tabela 1 - Alterações anatómicas e funcionais no envelhecimento primário, ..	15
Tabela 2 – Tendências gerais do envelhecimento para a inteligência e outras áreas do funcionamento cognitivo.....	16
Tabela 3 - Qualidade de vida relacionada com a saúde	24
Tabela 4 - Distribuição da amostra por variáveis sociodemográficas.....	46
Tabela 5 - Distribuição da amostra por variáveis clínicas	48
Tabela 6 - Visão, Audição e Comunicação	49
Tabela 7 - Cuidar de si (autocuidado)	50
Tabela 8 - Mobilidade.....	51
Tabela 9 - Segurança.....	52
Tabela 10 - Local de Residência e Finanças	53
Tabela 11 - Manter-se Saudável	53
Tabela 12 - Saúde Mental e Bem-Estar	55

Tabela 13 - Administração de Medicação	58
Tabela 14 - Médias, desvios-padrão e amplitudes dos domínios do EASYcare	59
Tabela 15 - Pontuações finais do EASYcare.....	59
Tabela 16 - Pontuações dos instrumentos EASYcare e SWLS segundo o género	61
Tabela 17 - Pontuações dos instrumentos EASYcare e SWLS segundo o grupo etário	62
Tabela 18 - Pontuações nos instrumentos EASYcare e SWLS segundo o estado civil.....	63
Tabela 19 - Pontuações nos instrumentos EASYcare e SWLS segundo o nível de escolaridade	64
Tabela 20 - Pontuações nos instrumentos EASYcare e SWLS segundo as finanças.....	67
Tabela 21 - Pontuações nos instrumentos EASYcare e SWLS segundo o agregado familiar.....	68
Tabela 22 - Pontuações nos instrumentos EASYcare e SWLS segundo a duração da doença.....	69
Tabela 23 - Pontuações nos instrumentos EASYcare e SWLS segundo o controlo glicémico.....	70
Tabela 24 - Pontuações nos instrumentos EASYcare e SWLS segundo o IMC	71
Tabela 25 - Pontuações nos instrumentos EASYcare e SWLS segundo o controlo tensional	72
Tabela 26 - Pontuações nos instrumentos EASYcare e SWLS segundo o controlo lipídico	73
Tabela 27 - Pontuações nos instrumentos EASYcare e SWLS segundo as complicações da diabetes	74
Tabela 28 – Matriz de correlação Satisfação com a vida - Domínios do EASYcare e valores de p	75

1 Introdução

O envelhecimento populacional é um fenómeno recente, ao qual se estão a tentar adaptar mesmo os países desenvolvidos. Os muito idosos serão o grupo de maior crescimento durante a próxima década (WHO, 2001).

A investigação tem demonstrado a estreita relação entre dependência e idade (Walker, 1999; Sousa, *et al.*, 2003): as limitações na capacidade funcional aumentam principalmente depois dos 75 anos, ameaçando a qualidade de vida destas pessoas.

Assim, a autonomia, a segurança económica, o suporte social, a mobilidade e a funcionalidade constituem dimensões da qualidade de vida que assumem especial relevância na idade avançada. Todavia, as necessidades das pessoas idosas, na sua globalidade, raramente são identificadas pelos profissionais que as acompanham (Philp, *et al.*, 2001).

A idade é um fator de risco importante para Diabetes (Selvin, *et al.*, 2006), sendo conhecido o significativo impacto negativo da diabetes na qualidade de vida (Sikdar, *et al.*, 2010).

Reconhece-se assim a importância de uma avaliação compreensiva, multidimensional e sistematizada da qualidade de vida das pessoas idosas diabéticas.

A investigação neste campo tem vindo a suscitar um interesse crescente por parte dos investigadores. Contudo, os resultados encontrados não têm sido conclusivos, tão pouco são consensuais, e não raras vezes são contraditórios.

Com este estudo, de natureza exploratória, transversal e correlacional, pretendeu-se avaliar a qualidade de vida de pessoas diabéticas com 75 ou mais anos de idade, em contexto de cuidados de saúde primários, procurando analisar a existência de relações entre as variáveis.

Este estudo reveste-se de relevância porque permite caracterizar as necessidades e os riscos sociais e de saúde da população diabética mais idosa e ajuda os profissionais de saúde a melhorar os cuidados que prestam.

A presente tese intitulada “Avaliação da qualidade de vida nas pessoas idosas em contexto de cuidados de saúde primários: A problemática do utente diabético”, apesar de não formalmente dividida em capítulos, segue um raciocínio de elaboração constituído por 3 grandes partes.

A primeira parte, teórica, que baliza o objeto central de estudo, está centrada no aprofundamento das questões do envelhecimento, qualidade de vida e diabetes: aborda as tendências e perspetivas demográficas mundiais, europeias e portuguesas; debruça-se sobre as teorias do envelhecimento e descreve a ligação do envelhecimento com a saúde e a doença. De seguida, é explorado o conceito de qualidade de vida e a sua relação com o envelhecimento. Esta parte termina com uma reflexão sobre a intrincada rede de afinidades entre a diabetes, o envelhecimento e a qualidade de vida.

Na segunda parte, na sequência do enquadramento teórico, definem-se os objetivos do trabalho, caracteriza-se o tipo de estudo e descrevem-se os procedimentos metodológicos adotados para a sua realização.

Na terceira parte, são apresentados os resultados a que a presente investigação conduziu, sendo posteriormente discutidos face à literatura atual. Esta parte encerra com as conclusões, enunciando algumas reflexões suscitadas da análise das variáveis estudadas.

2 Envelhecimento humano: fenómeno demográfico e individual

2.1 Envelhecimento Demográfico

Durante o século XX, o resultado central das tendências de evolução das populações foi o do envelhecimento demográfico, definido pelo aumento da proporção das pessoas idosas (60 anos ou mais)ⁱ na população total. Admite-se ainda, que este fenómeno seja a principal característica populacional durante o século XXI (United Nations, 2009). Mundialmente, é aguardado que o número de pessoas idosas exceda pela primeira vez o número de crianças (15 anos ou menos) em 2045 (CEDRU/BCG, 2008).

Os países desenvolvidos foram os primeiros a ser afetados pelo envelhecimento populacional, seguidos mais recentemente por grande parte dos países em desenvolvimento, prevendo-se a médio prazo, embora com intensidades distintas entre países, a sua consolidação a nível global (United Nations, 2009).

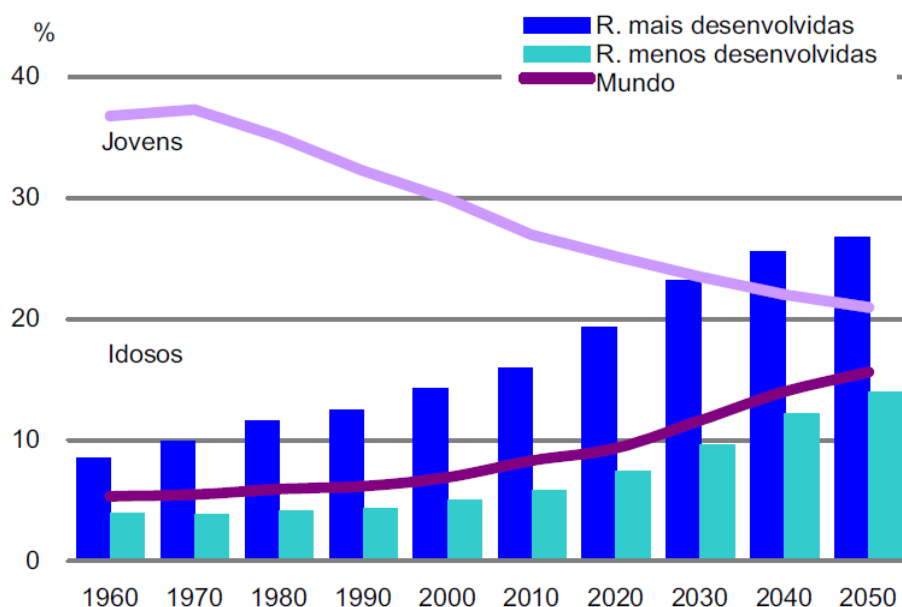


Figura 1 - Evolução da proporção de jovens e idosos, Mundo, 1960-2050 (INE, 2002)

ⁱ Para fins estatísticos, as pessoas idosas são normalmente referenciadas a grupos de idades específicos, por exemplo, pessoas com 60 e mais anos, dependendo de fatores culturais e individuais (WHO, 1999). Não existindo um consenso na divisão dos grupos etários nas análises de envelhecimento, nesta monografia consideram-se pessoas idosas os homens e as mulheres com idade igual ou superior a 65 anos - limite utilizado na prática comum (Spar, *et al.*, 2006), exceto quando expresso de outro modo.

A transição demográfica, processo socioeconómico de deslocamento, em 3 estádios, de taxas elevadas de mortalidade e de fertilidade a taxas baixas de mortalidade e de fertilidade, define os momentos e a extensão do envelhecimento demográfico. Nos estádios mais precoces os determinantes primários do envelhecimento são as reduções na fertilidade, e à medida que estádios mais tardios são alcançados, são as reduções na mortalidade, principalmente nos grupos etários mais idosos, que contribuem para o aumento do número de idosos, acelerando deste modo o envelhecimento da população (United Nations, 2009).

A nível mundial, teve início na década de 50 uma dramática redução na fertilidade. Assim passou-se de um índice de 4,9 crianças nascidas/mulher em 1950-1955 para 2,6 em 2005-2006, e estima-se que continue a decrescer até 2,0 crianças nascidas/mulher em 2045-2050 (United Nations, 2009). À medida que a fertilidade diminui, a mortalidade também baixa. Desde 1950, que a esperança de vida à nascença aumentou globalmente em 21 anos, passando de 46,6 anos em 1950-1955 para 67,6 anos em 2005-2010. Ao longo das próximas quatro décadas, a esperança de vida à nascença irá crescer 8 anos, alcançando os 75,5 anos em 2045-2050 (United Nations, 2009).

No ano 2000, o grupo populacional dos 60 ou mais anos era de 600 milhões, o triplo do número presente em 1950. Em 2009, o número de pessoas idosas tinha ultrapassado os 700 milhões, e em 2050, serão aproximadamente 2 biliões, crescendo mais rapidamente que a população nos outros grupos etários (United Nations, 2009).

Na Europa, o envelhecimento populacional está igualmente presente e com um crescimento quase tão rápido como a capacidade de expansão das suas fronteiras e da melhoria da qualidade de vida dos seus cidadãos.

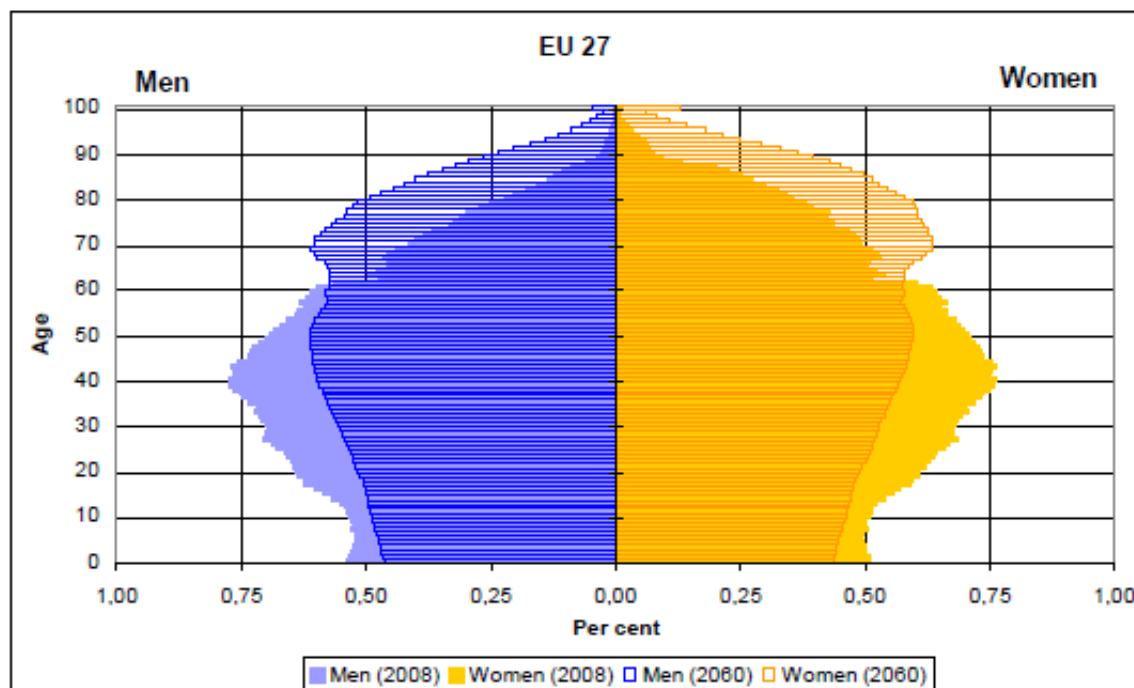


Figura 2 - Pirâmide de Idades, EU-27, 2008-2060 (Eurostat)

O envelhecimento da população da União Europeia (UE) resulta da interação entre quatro tendências demográficas, de amplitude e ritmo variáveis consoante o país e a região (Comissão das Comunidades Europeias, 2006):

1) Na UE cada mulher tem, em média, 1,52 filhos, um número inferior aos 2,1 filhos necessários para manter a população no mesmo nível (Comissão das Comunidades Europeias, 2006). A França lidera pela positiva (1,9 filhos) e a Eslováquia regista os valores mais baixos (1,25 filhos). Se a taxa de fertilidade diminuir para 1,3 filhos por mulher, dentro de 100 anos a população europeia diminuirá para menos de um quarto dos valores atuais. Entre os motivos que explicam a diminuição das taxas de natalidade na UE encontra-se o facto de as mulheres terem uma maior necessidade de conciliar a sua vida profissional com a maternidade e começarem a ter filhos mais tarde. Por outro lado, a

contraceção, as alterações dos estilos de vida, a incerteza do futuro e os novos padrões comportamentais também contribuem para a diminuição dos nascimentos. De acordo com o estudo DIALOG - “*Population Policy Acceptance Study*” realizado pela Fundação Robert Bosch em 2004, financiado pela Comissão Europeia, as mulheres gostariam de ter mais filhos mas os custos financeiros e a incerteza sentida em relação ao seu futuro são motivos muitas vezes invocados para que esse desejo não se concretize (Dorbritz, *et al.*, 2005).

2) O declínio da fecundidade nas últimas décadas seguiu o *baby-boom* do pós-guerra que explica o avolumar da população na faixa etária dos 45 aos 65 anos (Comissão das Comunidades Europeias, 2006). A média etária da população na UE que em 2004 era de 39 anos, prevê-se que seja no ano de 2050 de 49 anos (Parlamento Europeu, 2007).

3) Depois de ter aumentado 8 anos desde 1960, a esperança de vida à nascença poderá continuar a aumentar 5 anos ou mais até 2050, com a maior parte dos ganhos projetados a beneficiar as idades mais avançadas. Assim, os europeus que em 2050 tiverem 65 anos podem contar viver, em média, entre quatro a cinco anos mais do que as pessoas que hoje chegam aos 65 anos. Esta situação levará a um aumento marcado do número de pessoas com mais de 80 e 90 anos, fazendo com que muitas delas passem várias décadas na reforma e atinjam idades em que a fragilidade e a incapacidade são frequentes, ainda que neste grupo etário a percentagem de pessoas cujo estado de saúde é mau possa diminuir (Comissão das Comunidades Europeias, 2006).

4) A Europa acolhe já importantes fluxos migratórios líquidos provenientes de países terceiros. Em 2004, a UE registou 1,8 milhões de imigrantes, o que corresponde a um fluxo mais significativo do que nos Estados Unidos, em relação à população total. Nas próximas décadas, a UE continuará provavelmente a ser um destino importante para os migrantes. O Eurostat projeta que cerca de 40 milhões de pessoas

imigrarão para a União Europeia até 2050. Uma vez que muitas delas estão em idade ativa, os migrantes tendem a rejuvenescer a população. As repercussões a longo prazo permanecem contudo incertas, visto que são tributárias do carácter mais ou menos restritivo das políticas de reagrupamento familiar e dos comportamentos de natalidade dos migrantes. Não obstante o nível dos fluxos atuais, a imigração só em parte pode compensar os efeitos da fecundidade reduzida e do aumento da esperança de vida na repartição etária da população europeia (Comissão das Comunidades Europeias, 2006).

Esta intrincada evolução demográfica alterará o funcionamento do mercado de trabalho, dos sistemas de saúde e dos regimes de reforma nos Estados-Membros.

“Portugal é o oitavo país mais velho do mundo”

In Diário Económico 15.1.2010

Em Portugal verifica-se a mesma situação. De acordo com o estudo elaborado pelo Serviço de Estudos sobre a População do Departamento de Estatísticas Censitárias e da População no âmbito da II Assembleia Mundial sobre o Envelhecimento, Madrid 2002ⁱⁱ, verifica-se que entre 1960 e 2001 o fenómeno do envelhecimento demográfico traduziu-se por um decréscimo de cerca de 36% na população jovem e um incremento de 140% da população idosa. A proporção da população idosa, que representava 8,0% do total da população em 1960, mais que duplicou, passando para 16,4% em 12 de março de 2001, data do penúltimo Recenseamento da População. Em valores absolutos, a população idosa aumentou quase um milhão de indivíduos, passando de 708 570, em 1960, para 1 702 120, em 2001, dos quais 715 073 homens e 987 047 mulheres (INE, 2002).

ⁱⁱ Divulgado em 8 de abril de 2002 no portal do INE em www.ine.pt

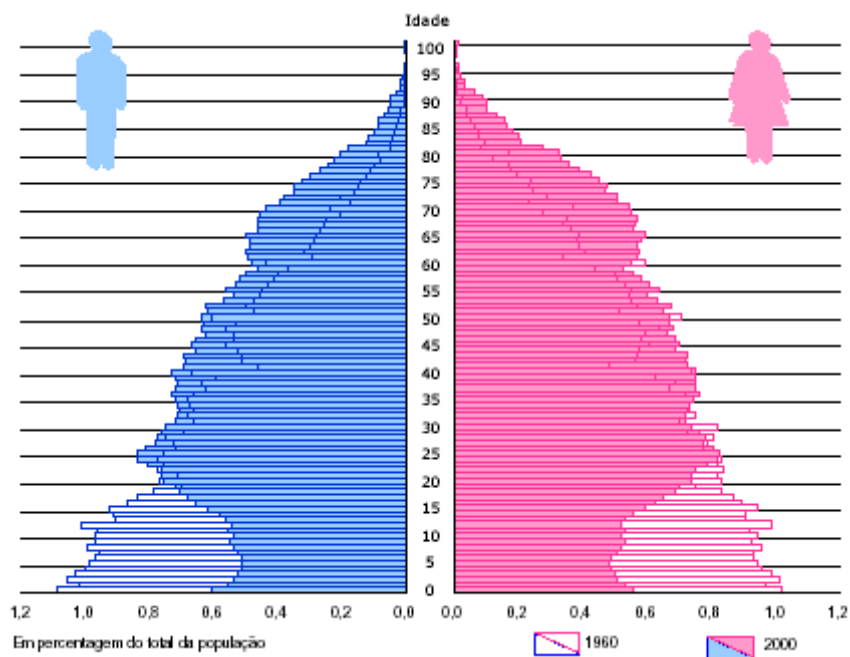


Figura 3 - Pirâmide de Idades, Portugal 1960-2000 (INE, 2002)

Segundo os resultados provisórios dos Censos 2011ⁱⁱⁱ, o fenómeno do duplo envelhecimento da população, caracterizado pelo aumento da população idosa e pela redução da população jovem, agravou-se na última década. O grupo etário mais jovem (0-14 anos) representa 15% da população residente em Portugal e cerca de 19% pertence ao grupo dos mais idosos, com 65 ou mais anos de idade. O índice de envelhecimento da população é de 129, o que significa que por cada 100 jovens há hoje 129 idosos. Verificou-se igualmente o agravamento do índice de dependência total que passou de 48 para 52, o que significa que, por cada 100 pessoas em idade ativa existem 52 dependentes. O agravamento do índice de dependência total é resultado do aumento do índice de dependência de idosos, que subiu de 24 em 2001 para 29 em 2011.

Segundo as Projeções de população residente em Portugal 2008-2060 (INE, 2009), nos próximos 50 anos, Portugal continuará com cerca de 10 milhões de residentes, mas manter-se-á a tendência de envelhecimento demográfico, projetando-se que em 2060 residam no território nacional cerca de 3 idosos por cada jovem. Para o aumento da percentagem da população idosa contribuirá

ⁱⁱⁱ Divulgados em 21 de março de 2011 no portal do INE em www.ine.pt

sobretudo a tendência de evolução da população mais idosa, com 80 e mais anos de idade, que poderá passar de 4,2% do total de efetivos em 2008 para valores entre 12,7% e 15,8% em 2060, evolução que resulta sobretudo do aumento da esperança média de vida (INE, 2009).

A verificação de saldos migratórios positivos não será suficiente para atenuar o envelhecimento demográfico, nem mesmo se se verificar simultaneamente uma maior contribuição da fecundidade (INE, 2009).

2.2 Envelhecimento do indivíduo

O envelhecimento é tanto um fenómeno de grupo quanto o é do indivíduo. Enquanto fenómeno das sociedades, o envelhecimento demográfico colocará, num futuro próximo, vários desafios sociais e económicos. Em Portugal, “estima-se que a despesa total do sistema de segurança social (incluindo as pensões dos funcionários públicos) aumente o seu peso no PIB de 12,9%, em 2000, para 16,1%, em 2075” (Azevedo, *et al.*, 2005). Do ponto de vista individual, o aumento da esperança média de vida representa um fenómeno único de conquista pessoal resultante do processo de envelhecimento biológico.

O envelhecimento é um processo universal (Williams, 1957), normal (Caplan, 2005), contínuo, complexo (Gravilov, *et al.*, 2003; Weinert, *et al.*, 2003; Rattan, 2006) e multifatorial (Holliday, 1997; Gil, 2010), ao qual todos os seres humanos estão sujeitos. Contudo, apesar da sua universalidade, não existe uma explicação unânime e corroborada cientificamente para o envelhecimento (Harman, 2001; Martin, 2006). Em 1990 Zhores Medvedev contabilizou mais de 300 teorias explicativas (Mota, *et al.*, 2004), que não se excluem mutuamente, sendo algumas consideradas complementares (Teixeira, *et al.*, 2010). Esta multiplicidade conjectural relaciona-se com o facto de o envelhecimento não apresentar uma única causa, fenótipo e consequência, exceto a morte (Rattan, 2006).

Desde o Renascimento, cientistas, filósofos, poetas, médicos e população em geral, entendem o envelhecimento como um processo físico de deterioração, em que a lesão se acumula mais rápido do que a velocidade da sua reparação. Contudo, apesar de muito difundida no meio científico, esta teoria foi desacreditada por físicos do século XIX, aquando da formulação da segunda lei da termodinâmica (Mitteldorf, 2010). Desde o século passado que a biologia evolutiva afirma que a lesão é o resultado do envelhecimento, e não a sua causa (Mitteldorf, 2010). August Weismann, zoólogo/citologista (Kutschera, *et al.*, 2004), baseou-se na evolução e não na física quando em 1889 enunciou a primeira teoria evolutiva do envelhecimento, onde estabelece um propósito para este (sem apontar um mecanismo pelo qual este propósito seria alcançado). A seleção natural teria limitado a capacidade de renovação das células somáticas com o objetivo de eliminar os organismos envelhecidos, pois estes são prejudiciais para a sobrevivência das espécies (Macieira-Coelho, 2003). Deste modo, o envelhecimento beneficia a população como um todo, através da remoção dos seres demasiado velhos, favorecendo a evolução (Caplan, 2005). Weismann refutou a sua própria teoria antes da morte.

Biologicamente, o envelhecimento pode ser definido como “a alteração progressiva das capacidades de adaptação do corpo verificando-se, conseqüentemente, um aumento gradual das probabilidades de morrer devido a determinadas doenças que podem precipitar o fim da vida” (SEP/DECP, 2002). Resumidamente, o processo fundamental do envelhecimento é o aumento da vulnerabilidade à doença (Hayflick, 2007) e à morte (Harman, 1994).

As teorias biológicas do envelhecimento têm sido tradicionalmente classificadas em dois grandes grupos: teorias programadas e teorias estocásticas (Troen, 2003; Weinert, *et al.*, 2003; Anton, *et al.*, 2005; Teixeira, *et al.*, 2010). Segundo as teorias programadas (ou genéticas) é a existência de “relógios biológicos” que regulam o crescimento, maturação, senescência e morte. Este fenómeno é determinado geneticamente (Teixeira, *et al.*, 2010). As teorias estocásticas sugerem que a causa do envelhecimento é a acumulação de lesões aleatórias em moléculas vitais, por ação do ambiente, que com o passar do tempo originam o declínio fisiológico característico do

envelhecimento (Troen, 2003). Mota, *et al.* (2004) consideram esta dicotomia na sua revisão sobre as teorias biológicas do envelhecimento. No grupo das teorias genéticas incluíram a “Teoria da Velocidade de Vida”, “Teoria do Envelhecimento Celular”, “Teoria dos Telómeros”, “Teoria da Mutagénese Intrínseca”, “Teoria Neuro-endócrina”, e a “Teoria Imunológica”. O conjunto das teorias estocásticas abrange a “Teoria das Mutações Somáticas”, “Teoria do Erro-catástrofe”, “Teoria da Reparação do DNA”, “Teoria da Glicosilação”, e a “Teoria do Stress Oxidativo”.

Alguns autores defendem que esta divisão clássica das teorias do envelhecimento encontra-se ultrapassada e obsoleta (Rattan, 2006). Várias categorias alternativas agrupam as teorias do envelhecimento. Weinert, *et al.*, (2003) propõem uma classificação em Teorias Evolutivas, Moleculares, Celulares e Sistémicas.

Segundo Pérez, *et al.*, (2009) das múltiplas teorias que tentam explicar o fenómeno do envelhecimento, as mais populares são: “Teoria dos Radicais Livres”, “Envelhecimento Celular, Telómeros”, “Células-mãe e Células-tronco”.

A Teoria dos Radicais Livres proposta por Harman nos anos 50 (Harman, 1956), posteriormente transfigurada na Teoria do Stress Oxidativo ao incluir várias espécies reativas de oxigénio, sugere que radicais livres muito reativos, produzidos pelo metabolismo oxidativo, causam lesões em macromoléculas (lípidos, proteínas e mtDNA) o que conduz à perda progressiva da eficácia de múltiplos processos celulares (Harman, 2006; Rattan, 2006; Muller, *et al.*, 2007; Gil, 2010). Contudo, a investigação realizada nos últimos 50 anos concluiu que esta teoria carece de predictabilidade e não é possível de ser confirmada pelo método científico (Howes, 2006).

A Teoria do Envelhecimento Celular/Telómeros explica o fenótipo do envelhecimento através do aumento do número de células senescentes (Teixeira, *et al.*, 2010). É baseada na descoberta de Hayflick de que após um previsível número de divisões celulares, os fibroblastos humanos normais entram num estado permanente de não replicação (Hopkin, 2001; Pazolli, *et al.*, 2008), mantendo-se ainda viáveis por um longo período de tempo. Este fenómeno pode ser decorrente do encurtamento dos telómeros (senescência

replicativa), ou de um programa de resposta a stresses celulares, tanto extrínsecos como intrínsecos, nomeadamente radicais livres, ativação de oncogenes, tratamentos de quimioterapia e/ou radioterapia. Estes estímulos iniciam várias vias de sinalização celular que culminam na ativação do p53, pRB ou ambos, causando as alterações próprias do envelhecimento na função e morfologia celulares (Ben-Porath, *et al.*, 2004).

A Teoria das Células-mãe e Células-tronco sugere que o envelhecimento e a diminuição da capacidade regenerativa e da resposta ao stress celular se devam à depleção das células-tronco (Pérez, *et al.*, 2009).

Outros investigadores como Hayflick (2007) e Holliday (2006) defendem que a causa do envelhecimento já foi desvendada após cerca de um quarto de século de reflexão. Em 2007 a revista científica *Annals of the New York Academy of Sciences* publicou um artigo de Leonard Hayflick cujo título inglês pode ser traduzido para “*O envelhecimento biológico já não é um problema por resolver*” (Hayflick, 2007). Segundo este autor o envelhecimento é um processo estocástico, independente de um programa genético, caracterizado pelo aumento da instabilidade molecular, que ocorre após a maturação reprodutiva. Este processo, por ser aleatório, é variável de órgão para órgão, e afeta principalmente células com elevado número de moléculas mais instáveis. Os sistemas de reparação celular também acabam por ser afetados pela mesma instabilidade que ocorre nas moléculas que são por eles reparadas ou substituídas. Inevitavelmente, o aumento da desordem molecular excede a capacidade de *turnover* o que resulta em alterações celulares, tissulares e orgânicas, denominadas de envelhecimento (Hayflick, 2007).

Segundo Teixeira *et al.* (2010) p. 2855 “as teorias biológicas explicam algumas características do envelhecimento, mas os múltiplos mecanismos envolvidos no processo ainda não são completamente conhecidos”.

É comumente aceite que o ser humano envelhece não só biologicamente como também sob a influência de fatores culturais e alterações sociais. A gerontologia social elaborou múltiplas teorias que pretendem explicar este facto. Numa recente revisão das teorias mais utilizadas em investigação social, no período compreendido entre 2000-2004, foram contabilizadas cerca de 30

teorias dispersas por 8 revistas científicas de referência na área (Alley, *et al.*, 2010).

Serão aqui abordadas 3 teorias clássicas: teoria da atividade, teoria do desligamento, e teoria da continuidade.

Baseada na investigação norte-americana, e posteriormente testada na população inglesa, a *teoria da atividade* afirma que a satisfação de cada indivíduo com a sua vida está diretamente relacionada com o seu grau de interação social e nível de atividade (Knapp, 1977). Deste modo, a sociedade deve ter as mesmas expectativas em relação ao idoso que tem para com os adultos, o avançar da idade deve ser valorizado, assim como deve ser fomentada, por parte do idoso, a procura de novos papéis, interesses ou pessoas.

A *teoria do desligamento* apoia-se nos resultados do estudo *Kansas City Study of Adult Life*, e defende que o envelhecimento é acompanhado de uma desinserção inevitável do indivíduo e da sociedade. Este afastamento pode ser iniciado tanto pelo indivíduo (por alterações no Ego), como pela sociedade (por imperativos organizacionais), ou por ambos simultaneamente (Prasad, 1964). Quando a desinserção é total, o sujeito modifica o seu sistema de valores e atinge um novo equilíbrio. A perda das relações interpessoais e sociais e do papel que desempenhava, tornam-se situações normais para o próprio. Enquanto o idoso se afasta da vida social, os indivíduos mais jovens assumem maiores responsabilidades e exercem papéis de liderança na sociedade.

De acordo com a *teoria da continuidade* o envelhecimento é uma parte integrante do ciclo de vida e não um período final, separado das outras fases. A pessoa idosa, ao fazer escolhas adaptativas, tenta preservar e manter as estruturas internas e externas existentes. Preferem atingir este objetivo através da utilização de estratégias ligadas às suas experiências passadas e rede social. A mudança está ligada ao passado percebido pelo indivíduo, produzindo continuidade nas características psicológicas internas assim como no comportamento social e circunstâncias sociais. Assim, a continuidade é um mecanismo adaptativo promovido tanto pelas preferências individuais como pela aprovação da sociedade (Atchley, 1989). A capacidade de cada idoso em

manter e continuar com os padrões de comportamento anteriores, a perseverança do estilo de vida, bem como dos padrões de comportamento, dão um prognóstico da resposta do envelhecimento de cada indivíduo.

2.3 O Envelhecimento e o binómio Saúde-Doença

Durante um longo período de tempo o envelhecimento natural foi incorretamente considerado como um estado patológico (Vieira, *et al.*, 1996), ignorando-se as alterações atualmente designadas de primárias (ou fisiológicas). Alguns estudos epidemiológicos demonstram que a doença e a limitação não são consequências obrigatórias do envelhecimento, dependendo do acesso que os idosos têm aos cuidados preventivos de saúde, onde é promovida a redução de fatores de risco e adotados hábitos de vida saudáveis (Ribeiro, *et al.*, 2009). Deste modo, é fundamental a compreensão do idoso nas suas múltiplas particularidades, nomeadamente, a diferenciação dos efeitos naturais do processo de envelhecimento (senescência) das alterações produzidas pelas doenças que podem acometer o idoso (envelhecimento secundário), para que possa ser prestada uma adequada assistência a este grupo populacional (Vieira, *et al.*, 1996) (Tabela 1).

Tabela 1 - Alterações anatómicas e funcionais no envelhecimento primário, adaptado de Spar et al. (2006) e de Vieira et al. (1996)

SISTEMA	ALTERAÇÕES ANATÓMICAS	ALTERAÇÕES FUNCIONAIS
Cardiovascular		
Coração	Aumento do peso do coração. Espessamento da parede do ventrículo esquerdo. Diminuição do tamanho e da flexibilidade da matriz de colagénio. Calcificação das válvulas aórtica e mitral.	Diminuição do enchimento diastólico ventricular esquerdo. Diminuição da resposta β -adrenérgica às catecolaminas com a conseqüente diminuição do débito cardíaco em esforço máximo e da fração de ejeção.
Artérias	Dilatação da aorta e aumento do seu diâmetro interno, calcificação da parede. Estreitamento das carótidas, coronárias, arteríolas renais, do labirinto, entre outras, por deposição de tecido fibroso.	Aumento da pressão sistólica.
Respiratório		
Pulmões	Diminuição da superfície total dos alvéolos.	Redução da capacidade ventilatória, principalmente durante o exercício.
Músculo-esquelético	Fusão de elementos ósseos e cartilagosos entre o esterno e a caixa torácica. Cifose muito acentuada. Degenerescência e calcificação das cartilagens.	Diminuição da expansibilidade e compliance pulmonar
Gastrointestinal		
	Perda de células musculares lisas do intestino. Atrofia da mucosa gástrica. Aumento do pH gástrico. Perda de hepatócitos. Redução da circulação hepática.	Diminuição da eficácia da eliminação. Obstipação. Diminuição da metabolização de fármacos.
Genitourinário		
	Diminuição da massa renal e dos glomérulos. Diminuição da elasticidade da bexiga. Hiperplasia benigna da próstata.	Redução da taxa de filtração glomerular e do fluxo plasmático renal. Diminuição da capacidade de esvaziamento da bexiga.
Endócrino		
	Atrofia e fibrose. Perda da vascularização. Palpação de nódulos da tiroide em 4-6% dos indivíduos >50 anos	Redução geral da taxa de secreção. Perturbação no metabolismo da glicose.
Nervoso		
	Diminuição do peso e volume cerebrais. Perda de neurónios (área motora voluntária). Acumulação de placas senis.	Diminuição do fluxo sanguíneo. Redução do metabolismo da glicose e oxigénio. Alterações intelectuais (<i>vide</i> Tabela 2).
Músculo-esquelético		
	Redução da massa muscular e óssea. Desmineralização óssea. Aumento da gordura nos músculos e do cálcio nas cartilagens. Degenerescência das cartilagens. Perda de elasticidade das articulações.	Perda da força muscular e do vigor.
Imunológico		
	Involução do timo. Redução da proporção de linfócitos T "naive". Aumento da proporção de linfócitos T ativados/memória. Diminuição da expressão de recetores para a interleucina 2. Diminuição da resposta proliferativa celular à estimulação dos recetores dos linfócitos T.	Aumento da suscetibilidade ao cancro. Lentidão da resposta imunitária.
Órgãos dos sentidos		
	Alteração da coloração do cristalino.	Diminuição das acuidades auditiva e visual (principalmente para a visão noturna).

Também o paradigma do envelhecimento psicológico e cognitivo mudou com o desenvolvimento de estudos provenientes das áreas da psicologia e da psiquiatria. A pessoa idosa deixou de ser considerada como um ser limitado

cognitivamente, mas que requer a adaptação de estímulos ambientais para possuir uma funcionalidade comparável à dos adultos jovens. O conhecimento de quais e como as funções cognitivas se modificam com o envelhecimento ajuda a fundamentar as mudanças exigidas pela sociedade para a valorização do idoso (Moraes, *et al.*, 2010) (Tabela 2).

Tabela 2 – Tendências gerais do envelhecimento para a inteligência e outras áreas do funcionamento cognitivo, adaptado de Spar *et al.* (2006)

APTIDÃO	MUDANÇA NO ENVELHECIMENTO	COMENTÁRIO
Inteligência		
Vocabulário, fundo de conhecimento	Estável ou crescente	Pode declinar em idade muito avançada; mais pronunciado em tarefas novas.
Capacidades perceptivo-motoras	Declínio	O declínio começa aos 50-60 anos.
Atenção		
Campo de atenção	Estável a declínio ligeiro	
Atenção complexa	Declínio ligeiro	Problemas em dividir a atenção, filtrar ruído, deslocar a atenção.
Linguagem		
Comunicação	Estável	Na ausência de défice sensorial.
Sintaxe, conhecimento de palavras	Estável	Varia com o grau de instrução.
Fluência, nomeação	Declínio ligeiro	Lapsos ocasionais em encontrar palavras.
Compreensão	Estável a declínio ligeiro	Alguma erosão no processamento de mensagens complexas.
Discurso	Variável	Pode ser mais impreciso, repetitivo.
Memória		
De curto prazo (imediate)	Estável a declínio ligeiro	Intervalo de dígitos em contagem crescente intacto (7 ± 2 itens), mas com fácil rotura por interferências.
De trabalho	Declínio ligeiro	Aptidão diminuída para manipular informação na memória de curto prazo.
Secundária (recente)	Declínio moderado	Défices de codificação e recuperação; armazenagem intacta.
Implícita	Estável a declínio ligeiro	Pode recordar com mais facilidade características incidentais do que informação processada conscientemente.
Remota	Variável	Intacta para aspetos mais importantes da história pessoal.
Visuo-espacial		
Copiar desenhos	Variável	Intacta para figuras simples, mas não complexas.
Orientação topográfica	Declínio	Mais notável em terreno não familiar.
Funções de execução		
Flexibilidade cognitiva	Declínio ligeiro a moderado	Lentificação na mudança entre pensamentos e entre ações.
Resolução de Problemas	Declínio	Alguma redundância e desorganização.
Raciocínio prático	Declínio ligeiro a moderado	Qualitativamente intacto (dificuldade em tarefas complexas/novas).
Velocidade	Declínio	Lentificação do pensamento e da ação é a mudança mais constante no envelhecimento.

Apesar do envelhecimento ser caracterizado pela perda funcional progressiva, este não deve ser associado à presença de doença e redução da qualidade de vida (Franco, *et al.*, 2009), pois muitos idosos preservam a sua capacidade funcional (Ribeiro, *et al.*, 2009). A forma como as pessoas idosas se adaptam às transformações que decorrem com o envelhecimento e lidam com as situações de vida é fundamental para a manutenção da qualidade de vida (Ribeiro, *et al.*, 2009).

Um dos termos mais utilizados para descrever um bom envelhecimento é o de *envelhecimento bem-sucedido*. Este conceito foi introduzido em 1987 por John Rowe (Vellas, 1996) quando separou os idosos que no final da vida possuem melhores características fisiológicas e psicológicas, os “idosos bem-sucedidos”, de todos os outros, os “idosos usuais” (Rowe, *et al.*, 1987). Contudo, cerca de duas décadas antes, já Havighurst (1961) se tinha referido a esta noção como o “acrescentar de vida aos anos”.

Na realidade, o crescente número de idosos que desenvolve atividades físicas, intelectuais, emocionais, sociais, espirituais, que começa novas carreiras, adquire novas habilitações, e desenvolve diferentes atividades de ocupação de tempos livres, leva a encarar o envelhecimento como mais do que algo irreversível e propício à incapacidade. Este novo paradigma valoriza os aspetos positivos do envelhecimento obtendo-se assim uma visão mais realista e abrangente sobre o idoso (Fernández-Ballesteros, 2011).

O envelhecimento bem-sucedido é um conceito multidimensional descrito através dos domínios físico, emocional, cognitivo e social (Fernández-Ballesteros, *et al.*, 2010). Alguns fatores identificados com o envelhecimento saudável são: elevado nível socioeconómico, baixo peso, boa função pulmonar, bom estado cognitivo, ausência de diabetes e de tensão arterial elevada, manutenção das atividades físicas e sociais (Vellas, 1996).

Para Rowe *et al.* (1997) o envelhecimento bem-sucedido é formado por 3 componentes: a) baixa probabilidade de doença ou incapacidade; b) manutenção das funções cognitiva e física; c) participação em atividades sociais e produtivas. Young *et al.* (2009) vai mais além, definindo-o como um estado no qual o idoso é capaz de utilizar, de forma eficaz, o seu potencial

psicológico e social, de modo a compensar limitações físicas, atingindo uma qualidade de vida satisfatória e um sentimento de satisfação, mesmo no contexto de doença e incapacidade (Young, *et al.*, 2009). Por exemplo, um envelhecimento ótimo ocorre quando o idoso aprende a controlar de forma eficaz a sua diabetes ao ponto de não reduzir a sua participação laboral ou em atividades de voluntariado (The Johnson County Consortium on Successful Aging, 2006).

Segundo Fries (2000) o paradigma dominante que está subjacente aos programas e políticas de melhoria da saúde e promoção do envelhecimento bem-sucedido é denominado de “compressão da morbilidade”^{iv}. O seu objetivo é o encurtamento do tempo que decorre entre o início da morbilidade (55 anos, em média) e a idade da morte (75 anos, em média). Com o progresso científico e social é previsível que se verifique um aumento de ambas as idades ao longo do tempo. Contudo, se predominar a diminuição da mortalidade em idades mais precoces (aumento da esperança de vida) teremos um aumento de tempo com morbilidade (2ª linha da Figura 4), mas se pelo contrário prevalecer o adiamento da idade do aparecimento de morbilidade dá-se a compressão da doença para idades mais avançadas (3ª linha da Figura 4), diminuindo assim o peso social da doença, aumentando o período do adulto saudável, melhorando a qualidade de vida e diminuindo a necessidade de cuidados médicos e dos seus custos associados.

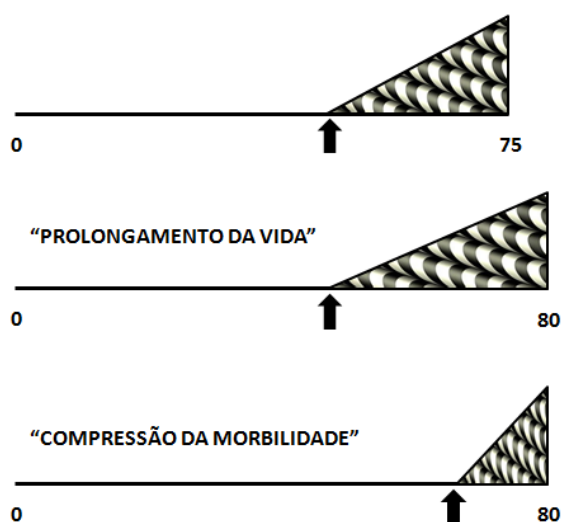


Figura 4 - Compressão da morbilidade, adaptado de Fries (2000)

^{iv} Designação introduzida pela primeira vez em 1980 por Fries (Fries, 2002).

3 Qualidade de Vida: do conceito à relação com o envelhecimento

3.1 Em torno do conceito de qualidade de vida

A expressão *qualidade de vida (QV)*, apesar de largamente utilizada, continua de difícil definição e operacionalização. A sua utilização popular é múltipla, e provém a maior parte das vezes dos sectores da saúde e do ambiente (Bley, *et al.*, 1997). Para um leigo, a qualidade de vida, é a força motriz por detrás de todas as suas ações, tornando-se, deste modo, num conceito implícito, altamente subjetivo e difícil de quantificar (Leplège, *et al.*, 1997).

No domínio científico, encontra-se transversalmente presente em diferentes áreas do saber, desde a sociologia à economia, das ciências políticas à psicologia, e da medicina à filosofia, entre outras (Farquhar, 1995).

É com incerteza que se data a primeira vez que foi mencionado o termo qualidade de vida. De acordo com Wood-Dauphinee (1999) este surgiu em 1920, altura em que Pigou publicou o seu livro sobre economia e bem-estar^v, no qual abordou o suporte dado pelo governo às pessoas de classes sociais menos favorecidas e o impacto sobre as suas vidas e sobre o orçamento de Estado. Nessa altura, a designação não foi valorizada e foi dotada ao esquecimento (Kluthcovsky, *et al.*, 2007). Segundo Fleck *et al.* (1999) o termo qualidade de vida foi empregue pela primeira vez em 1964 pelo presidente dos Estados Unidos, Lyndon Johnson, quando declarou que “os objetivos não podem ser medidos através do balanço dos bancos. Eles só podem ser medidos através da qualidade de vida que proporcionam às pessoas”.

Mas foi após a Segunda Guerra Mundial, que esta expressão teve grande desenvolvimento, altura em que a noção de sucesso ficou associada à melhoria do padrão de vida, principalmente relacionado com a obtenção de bens materiais, como casa, automóvel, emprego, e bens adquiridos (Kluthcovsky, *et al.*, 2007).

^v Consultar Pigou AC. The Economics of Welfare. London: MacMillan; 1920.

Segundo McCall (1975) a pesquisa em qualidade de vida tem origem no desejo de criação de um índice de bem-estar social análogo aos indicadores de bem-estar económico (p.ex. Produto Interno Bruto). Para este autor, o conceito de qualidade de vida surgiu como uma medição indefinível da determinação e desejo da sociedade em melhorar ou pelo menos em não permitir uma maior degradação das suas condições (McCall, 1975).

Em 1977 o termo “qualidade de vida” (na língua inglesa, “*quality of life*”) tornou-se uma palavra-chave na base de dados MEDLINE^{vi} (Wood-Dauphinee, 1999). Realizando uma pesquisa nesta base com os termos *quality of life* ou *life quality*, Evers (2003) encontrou mais de cinquenta mil artigos publicados, na sua maioria após 1987, com um marcante crescimento desde o ano de 1990. Também Gill *et al.* (1994) referem o significativo incremento da investigação em qualidade de vida, após os anos 70, o que a tornou num grande projeto académico da atualidade.

Historicamente, e de acordo com Schalock *et al.* (2004) existem duas perspetivas na conceptualização de qualidade de vida: indicadores sociais e indicadores psicológicos.

Os indicadores sociais referem-se a aspetos externos ao indivíduo (ambientais), tais como cuidados de saúde, segurança social, condições de vida, educação, segurança pública, habitação, vizinhança e tempos livres. Estes indicadores são geralmente a expressão estatística dos aspetos mais importantes da sociedade (Schalock, *et al.*, 2004).

Os indicadores psicológicos focam-se nas reações subjetivas de cada indivíduo às experiências de vida. Duas abordagens são utilizadas para medir esta componente subjetiva: bem-estar psicológico e satisfação/felicidade pessoais (Schalock, *et al.*, 2004). Para alguns autores estas abordagens caracterizam o significado mais importante da qualidade de vida (Lane, 1994).

^{vi} MEDLINE é uma base de dados da literatura internacional da área médica e biomédica, produzida pela NLM (National Library of Medicine, USA) e que contém referências bibliográficas e resumos de mais de 5.000 títulos de revistas publicadas nos Estados Unidos e em outros 70 países.

Farquhar (1995) propõe uma taxonomia (ou classificação) em 4 tipos para as definições de qualidade de vida:

- O primeiro grupo corresponde às definições globais. Estas são generalistas, não abordando os possíveis componentes do conceito e não apresentam maneira de operacionalizar este constructo. Geralmente, envolvem apenas as ideias de satisfação/insatisfação e de felicidade/infelicidade. Um exemplo clássico do tipo global é a definição de qualidade de vida de Andrews (1974) que corresponde à extensão em que o prazer e a satisfação caracterizam a existência humana.
- O segundo grupo engloba as definições baseadas em componentes. Neste tipo o conceito de qualidade de vida é dividido em vários componentes ou dimensões. Inicia-se assim a possibilidade de operacionalização do constructo.
- O terceiro tipo é formado pelas definições focalizadas que abordam somente alguns ou mesmo um único componente da qualidade de vida. Neste grupo inclui-se a qualidade de vida relacionada com a saúde.
- O último grupo é constituído pela combinação das definições dos grupos 1 e 2, sendo referidos aspetos do conceito qualidade de vida em termos globais e abrangendo diversas dimensões que o compõem.

De todas as definições são as dos grupos 3 e 4 aquelas que na última década têm contribuído para o desenvolvimento científico deste constructo (Seidl, *et al.*, 2004).

Apesar de existirem múltiplas definições de qualidade de vida (Schalock, *et al.*, 2004) e de não existir um consenso sobre este conceito (Farquhar, 1995), três aspetos relevantes referentes ao constructo qualidade de vida são aceites pelos investigadores da área: 1) subjetividade, 2) multidimensionalidade, e 3) presença de dimensões positivas (p. ex. mobilidade) e a ausência de negativas (p. ex. dor) (Fleck, *et al.*, 1999; Fleck, 2008).

Em relação à subjetividade, trata-se de considerar a perspectiva do indivíduo (Fleck, 2008). É o próprio que avalia a sua situação pessoal (McKenna, *et al.*, 1998) em cada uma das dimensões da qualidade de vida (Seidl, *et al.*, 2004), e não o médico ou enfermeiro (Slevin, *et al.*, 1988).

A multidimensionalidade refere-se ao reconhecimento de que a qualidade de vida é composta por várias dimensões (Fleck, 2008), com componentes objetivas e subjetivas (Schalock, *et al.*, 2004). Este consenso origina a que a medição de qualidade de vida seja realizada através de pontuações em vários domínios e nunca através de uma única pontuação ou *score* (Fleck, 2008).

A designação das dimensões está dependente dos diferentes investigadores. Na revisão de Schalock, *et al.* (2004) estas encontram-se divididas em: 1) centradas na pessoa (segurança, saúde, intimidade, objetos materiais, produtividade, bem-estar emocional, lugar na sociedade, bem-estar físico, bem-estar material, bem-estar social, bem-estar cívico, desenvolvimento pessoal, autodeterminação, inclusão social, e direitos); 2) relacionadas com a saúde (satisfação geral e sentimentos de bem-estar, estado físico/sintomas de doença, funcionamento neuropsicológico, relacionamento interpessoal, capacidades sociais, e estatuto económico e laboral); 3) centradas na família (vida diária da família, interações familiares, bem-estar financeiro, parentalidade, bem-estar emocional, saúde, ambiente físico, produtividade, e bem-estar social).

Também Lane (1994) define qualidade de vida como um processo que inclui elementos objetivos e subjetivos. Para este autor a qualidade de vida resulta da relação entre a capacidade e a experiência pessoais e a qualidade das condições de vida passíveis de serem exploradas pelo indivíduo.

Outros investigadores tentaram clarificar e de algum modo sistematizar o conceito de qualidade de vida. Para Calman (1984) a qualidade de vida: 1) só pode ser descrita pelo próprio indivíduo; 2) precisa de ter em consideração os vários aspetos da vida; 3) relaciona-se com os objetivos e metas de cada indivíduo; 4) a sua melhoria está relacionada com a capacidade de identificar e de atingir esses objetivos; 5) a doença e o seu respetivo tratamento podem modificar esses objetivos; 6) os objetivos precisam de ser realistas; 7) a

tomada de ação (só do indivíduo ou com a ajuda de outros) é necessária para diminuir o hiato entre a realização dos objetivos e as expectativas; 8) o hiato entre as expectativas e a realidade pode ser a força impulsora de alguns indivíduos; 9) à medida que cada objetivo é alcançado, novos são identificados, reabrindo assim o hiato. Deste modo, a qualidade de vida, num momento temporal particular, mede a diferença entre as esperanças e expectativas dos indivíduos face às suas experiências presentes (Calman, 1984).

Mais recentemente, a Organização Mundial da Saúde (OMS), no seu estudo multicêntrico cujo objetivo foi o de elaborar um instrumento que avaliasse a qualidade de vida numa perspetiva internacional e transcultural (Seidl, *et al.*, 2004), definiu qualidade de vida como “a perceção do indivíduo sobre a sua posição na vida, no contexto da cultura e dos sistemas de valores nos quais vive, e em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações” (The WHOQOL Group, 1995, p. 1405). Deste modo, qualidade de vida é um conceito abrangente que incorpora vários aspetos da vida de cada indivíduo: a saúde física, estado psicológico, nível de independência, relações sociais, crenças e as suas relações com aspetos importantes do ambiente (The WHOQOL Group, 1995).

Ainda Schalock *et al.* (2004) comungam conceitos com os autores mencionados anteriormente: 1) a qualidade de vida é atingida quando as necessidades do indivíduo são alcançadas; 2) possui componentes subjetivos e objetivos, mas é a perceção pessoal que reflete a qualidade experienciada; 3) é baseada nas necessidades, escolhas e controlo individuais; 4) é um constructo multidimensional influenciado por fatores pessoais e ambientais.

Às definições anteriores e mais genéricas de qualidade de vida juntam-se outras mais restritivas. Salienta-se neste grupo a qualidade de vida relacionada com a saúde ou *health-related quality of life*^{vii}. De acordo com Wood-Dauphinee (1999) este conceito correlaciona-se com o impacto da doença e do tratamento na vida dos doentes. Algumas definições deste termo são apresentadas na Tabela 3, não existindo até ao momento uma única descrição do conceito.

^{vii} Denominação atribuída na literatura anglo-saxónica.

Tabela 3 - Qualidade de vida relacionada com a saúde, adaptado de Wood-Dauphinee (1999)

Qualidade de vida relacionada com a saúde (definições)	Autor
Bem-estar físico, emocional e social após o diagnóstico e tratamento.	Greer (1984)
Impacto da doença e do seu tratamento na incapacidade e nas atividades diárias.	Kaplan (1985)
Valor atribuído à duração da vida, modificado pelos prejuízos, estados funcionais e oportunidades sociais que são influenciados por doença, lesão, tratamento ou políticas de saúde.	Patrick, <i>et al.</i> (1988)
Impacto da percepção de doença na capacidade de viver uma vida plena.	Bullinger, <i>et al.</i> (1993)

Enquanto que alguns autores destacam as características relacionadas com os sintomas e disfunções, contribuindo pouco para uma visão abrangente dos aspetos não-médicos associados à qualidade de vida (Seidl, *et al.*, 2004), outros há que defendem a abrangência do conceito de qualidade de vida relacionada com a saúde, aproximando-o da definição de saúde da OMS^{viii}, através da inclusão do estado de saúde pessoal e bem-estar social aquando da avaliação da saúde (Wood-Dauphinee, 1999).

Esta notória relatividade do constructo qualidade de vida foi analisada sob 3 vertentes por Kluthcovsky *et al.* (2007):

- A histórica, na qual os parâmetros de qualidade de vida variam consoante a época em que a sociedade está inserida;
- A cultural, na qual os valores e necessidades mudam consoante os diferentes povos;
- A social, segundo a qual existe uma estratificação dos padrões de bem-estar, entre as classes sociais. Associando-se a ideia de qualidade de vida ao bem-estar experienciado pelas classes mais elevadas.

^{viii} Segundo a constituição da organização Mundial de Saúde (OMS) de 7 de Abril de 1948, a saúde é um "estado de completo bem-estar físico, mental e social e não consiste apenas numa ausência de doença ou de enfermidade"

Apesar da dificuldade de definição do conceito de qualidade de vida, torna-se evidente que esta é interdisciplinar, existindo a necessidade da junção dos vários contributos de múltiplas áreas do conhecimento para a sua definição (Kluthcovsky, *et al.*, 2007) e a sua conseqüente medida de avaliação. Por outro lado, esta multidisciplinaridade da qualidade de vida torna compreensível a inexistência de uma única definição, podendo até argumentar-se a impossibilidade de se conseguir estabelecer um modelo teórico de qualidade de vida, pois na prática, ele teria de operacionalizar um constructo com múltiplos níveis, capaz de englobar as várias dimensões da vida de cada indivíduo (Walker, 2005).

3.2 O bem-estar subjetivo e a satisfação com a vida

O bem-estar subjetivo é uma área da Psicologia que aborda a definição e avaliação da qualidade de vida. É considerado a avaliação subjetiva da qualidade de vida (Giacomoni, 2004). Tem como principal impulsionador o Professor Diener, tendo o seu trabalho contribuído para uma rigorosa investigação nesta área.

O bem-estar subjetivo refere-se à avaliação que o indivíduo faz da sua vida (Schalock, *et al.*, 2004) em termos cognitivos (refere-se aos aspetos racionais e intelectuais) e afetivos (envolve os componentes emocionais) (Giacomoni, 2004).

A componente emocional resulta do equilíbrio entre os afetos positivos e os negativos. A componente cognitiva é a avaliação da vida de acordo com os padrões do próprio indivíduo (Zamarrón Cassinelle, 2006).

As pessoas que avaliam os eventos e as circunstâncias das suas vidas de forma predominantemente positiva apresentam um elevado bem-estar subjetivo. Pelo contrário, as pessoas infelizes apreçam os fatores das suas vidas como desfavoráveis ou bloqueadores dos seus objetivos (Diener, 2009).

O bem-estar subjetivo está constituído por três elementos fundamentais: satisfação com a vida, afeto positivo e níveis baixos de afeto negativo (Zamarrón Cassinelle, 2006).

A satisfação com a vida representa o relato refletido e abrangente que o indivíduo faz da sua vida^{ix} como um todo (Diener, 2009), incluindo subdomínios como o trabalho ou satisfação com a saúde (Schalock, *et al.*, 2004). A satisfação apresenta uma estabilidade ao longo do tempo, apresenta baixa relação com indicadores objetivos e não é prevista por situações ambientais ou capacidades pessoais (Schalock, *et al.*, 2004).

Por outro lado, o componente hedonista do bem-estar subjetivo é a presença frequente de afeto positivo (reflete a reação da pessoa a eventos que significam que a vida flui no sentido desejado) e infrequente de afeto negativo (representa respostas negativas experienciadas em reação a eventos e circunstâncias da vida) (Diener, 2006; Diener, 2009).

A satisfação e o nível hedonista correlacionam-se pois ambos são influenciados por juízos das circunstâncias, atividades e eventos da vida. Ao mesmo tempo, divergem entre si pois a satisfação com a vida é uma avaliação global e o nível hedonista é uma reação a eventos, influenciada por objetivos inconscientes e fatores biológicos (Diener, 2009).

Segundo Camfield *et al.* (2008) a redefinição da definição de bem-estar subjetivo por Diener (2006) aproxima-se à definição de qualidade de vida da OMS, estes autores vão mais além sugerindo que o bem-estar subjetivo e a qualidade de vida subjetiva são virtualmente sinónimos. Contudo, referem a utilidade da avaliação da satisfação em determinadas situações, nomeadamente na resposta a tratamentos.

A controvérsia do tema conduzirá no futuro a novas pesquisas pragmáticas e conceptuais.

^{ix} O termo *vida* pode ser definido como todas as áreas da vida do indivíduo numa determinada altura no tempo ou uma visão integrativa da vida do indivíduo desde o seu nascimento (Diener, 2006).

3.3 Qualidade de Vida e Envelhecimento

Com o aumento da população idosa, também aumenta a preocupação, a nível mundial, das consequências do envelhecimento nos serviços sociais e de saúde, o que promove uma perspetiva nova e positiva face ao envelhecimento, na qual os idosos se tornam agentes ativos na sua própria qualidade de vida através da manutenção da mobilidade e independência (Walker, *et al.*, 2007).

Como referido em pontos anteriores, a qualidade de vida é um conceito multidimensional, holístico, que inclui aspetos sociais, ambientais, estruturais e relacionados com a saúde, devendo ser estudado através de uma abordagem interdisciplinar. Este aspeto reveste-se de maior importância aquando da avaliação da qualidade de vida no idoso, pois o envelhecimento é por si só um processo multidimensional (Walker, *et al.*, 2007). Devido a esta complexidade e ao grande número de perspetivas disciplinares não existe um consenso acerca do constructo qualidade de vida na idade avançada (Walker, *et al.*, 2007).

Brown *et al.* (2004) inseridos no grupo de estudos *European Forum on Population Ageing Research* compilaram os seguintes modelos de qualidade de vida que podem ser adaptados à população geriátrica:

- Indicadores objetivos: incluem o padrão de vida, saúde, longevidade, habitação e características de vizinhança. A sua medição é realizada através de indicadores de custo de vida, taxas de mortalidade, fornecimento de serviços de saúde, nível educacional, densidade do parque habitacional, estrutura socioeconómica, e indicadores de criminalidade na vizinhança.
- Indicadores subjetivos relacionados com a satisfação com a vida, bem-estar psicológico, valores morais, e felicidade, geralmente estudados através de escalas e testes psicométricos.
- Satisfação das necessidades humanas, incluindo as circunstâncias objetivas (casa, alimentação, segurança) e oportunidades de

auto-atualização. A sua avaliação realiza-se através da satisfação subjetiva relacionada ao grau com que aquelas foram alcançadas.

- Modelos psicológicos, com realce no crescimento pessoal, competências cognitivas, eficácia e adaptabilidade, nível de dignidade, independência percebida, competências sociais, controlo, autonomia, eficácia e mestria pessoais. O seu estudo é até agora rudimentar.
- Modelos de saúde e funcionalidade que se baseiam em medidas de avaliação do estado de saúde geral, depressão e funcionalidade (atividades básicas e instrumentais da vida diária).
- Modelos de saúde social baseados em indicadores relativos às redes sociais, suporte e atividades sociais, e integração na comunidade local.
- Coesão social e capital social, incluiu os recursos sociais, ambientais e locais (recursos que facilitam a reciprocidade e a confiança nas interações sociais entre as pessoas).
- Modelos ambientais que analisam o meio onde a pessoa se insere, e a importância da promoção de ambientes promotores da independência e participação social ativa das pessoas idosas.
- Abordagens ideográficas, individuais, e hermenêuticas, baseadas nos valores individuais, interpretações e percepções, satisfação pessoal, circunstâncias e prioridades de vida.

Embora não exista uma definição acordada entre as várias disciplinas que abordam a qualidade de vida na idade avançada, Walker *et al.* (2007) nomeiam algumas conclusões geralmente aceites neste campo de estudo:

- A qualidade de vida é um conceito dinâmico, multidimensional e complexo, refletindo influências objetivas, subjetivas, macro, micro, positivas e negativas. A sua operacionalização realiza-se através de um conjunto de domínios.
- A qualidade de vida na idade avançada é o produto da interação de fatores associados ao curso de vida e de fatores situacionais imediatos. Este conceito não está relacionado unicamente aos recursos individuais e psicológicos de cada pessoa, mas inclui também as limitações e oportunidades proporcionadas às diferentes sociedades e aos diferentes grupos, como a segurança socioeconómica, e a coesão, inclusão e *empowerment* sociais.
- Os fatores que influenciam a qualidade de vida são idênticos para os diferentes grupos etários. Esta semelhança é mais evidente quando se compara a meia-idade e a idade avançada. Contudo, quando se comparam jovens e pessoas idosas, a saúde e a capacidade funcional assumem maior importância para o grupo das pessoas idosas.
- Os fatores de qualidade de vida na idade avançada diferem habitualmente entre grupos de pessoas idosas (etnia; país de origem e o seu nível de desenvolvimento; pessoas idosas institucionalizadas e pessoas idosas a viver nos seus domicílios).
- As variações encontradas nos resultados de avaliação da qualidade de vida dependem em maior grau das perceções subjetivas (bem-estar psicológico e de saúde) do que dos fatores objetivos (económicos ou sociodemográficos). Este achado pode ser explicado por dois fatores inter-relacionados: se por um lado, não são as circunstâncias por si só que são determinantes, mas o nível de controlo/escolha exercido nestas

pelos idosos; por outro, são os recursos psicológicos (personalidade e estabilidade emocional) que permitem ao idoso desenvolver estratégias compensatórias de adaptação.

Ainda que a percepção multidimensional de qualidade de vida na idade avançada seja consensual, as variadas formas de ser idoso e os diferentes padrões de envelhecimento, tornam difícil a enunciação de critérios para definir uma boa qualidade de vida neste grupo etário (Trentini, *et al.*, 2008). Deste modo, um envelhecimento satisfatório dependerá do equilíbrio entre os limites impostos pelos anos vividos e as capacidades/potencialidades do idoso. Só esta harmonia possibilitará o indivíduo lidar com as perdas características do envelhecimento (Trentini, *et al.*, 2008).

Para Albrecht *et al.* (1999) a qualidade de vida resulta do balanço entre corpo, mente e espírito do indivíduo, e da criação e manutenção de relacionamentos harmoniosos dentro do seu contexto social e ambiental.

4 Diabetes, Envelhecimento e Qualidade de Vida

A *Diabetes Mellitus* (DM) é uma doença crónica, caracterizada pelo aumento dos níveis de glicose no sangue (Observatório Nacional da Diabetes, 2010), de distribuição mundial (Figura 5), afetando aproximadamente 8,3% da população adulta (366 milhões de pessoas), com ligeira diferença entre sexos (185 milhões no género masculino, e 181 milhões no género feminino) (International Diabetes Federation, 2011).

A manter-se a evolução atual, estima-se que em 2030, 1 em cada 10 adultos sofrerão de diabetes, contabilizando aproximadamente 10 milhões de casos por ano (International Diabetes Federation, 2011).

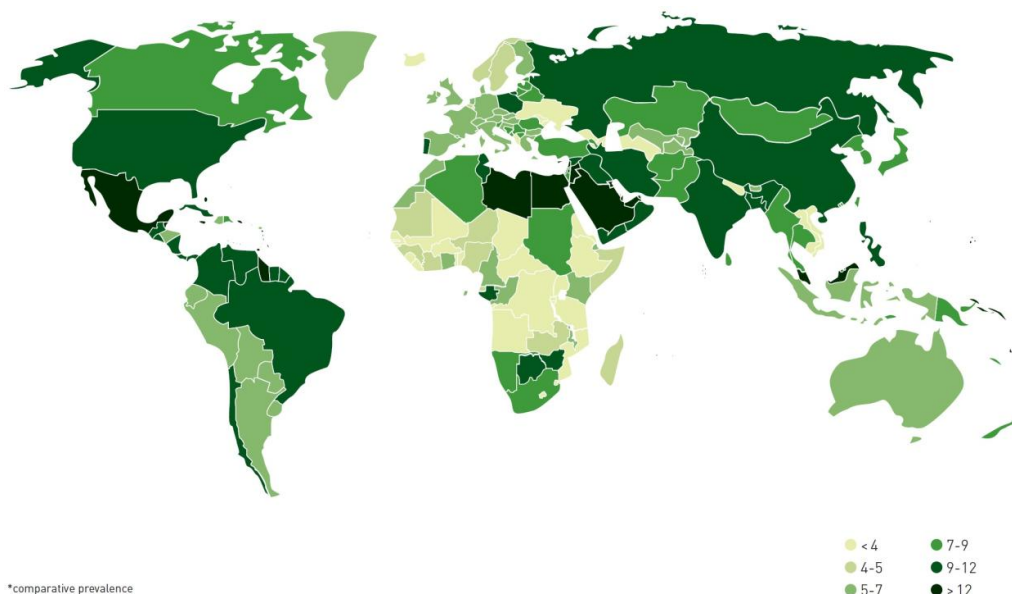


Figura 5 - Prevalência comparativa (%) da diabetes (20-79 anos), 2011. (Fonte: IDF 2011)

Em Portugal, de acordo com o mais recente relatório do Observatório Nacional da Diabetes, a prevalência desta patologia em 2009 foi de 12,3% da população (cerca de 983 mil indivíduos) com idades compreendidas entre os 20 e os 79 anos (em 56% dos indivíduos esta já havia sido diagnosticada e em 44% ainda não o tinha sido). No mesmo ano foram detetados 571 novos casos por cada 100 000 habitantes, verificando-se um crescimento comparativamente ao ano 2000. A diabetes representou em 2009 um custo de 1500 milhões de euros,

cerca de 9% do total da despesa da saúde (Observatório Nacional da Diabetes, 2010).

A elevada prevalência e incidência, cronicidade, e as implicações a longo prazo para a saúde e despesas da saúde, tornam a diabetes uma preocupante realidade (Boyle, *et al.*, 2010). Em dezembro de 2006 as Nações Unidas adotaram de forma unânime a resolução 61/225 onde reconhecem que a diabetes é uma ameaça para o bem-estar humano, prejudica o desenvolvimento económico e social dos países de baixo e médio rendimento (Unwin, *et al.*, 2010), interfere com o processo de envelhecimento e com a qualidade de vida (Bourdel-Marchasson, *et al.*, 2005).

Nas últimas décadas a importância da diabetes tem vindo a aumentar devido a vários fatores, tais como: maior taxa de urbanização, aumento da expectativa de vida, industrialização, maior consumo de dietas hipercalóricas e ricas em hidratos de carbono de absorção rápida, migração da população para zonas urbanas, mudança de estilos de vida tradicionais para modernos, inatividade física e obesidade, sendo também necessário considerar a maior longevidade da pessoa diabética (Ortiz, *et al.*, 2001).

A idade é um fator de risco conhecido para diabetes (Selvin, *et al.*, 2006), a maioria apresenta o tipo 2^x. Observa-se um aumento contínuo da sua prevalência, especialmente após os 65 anos de idade (metade dos doentes com diabetes tipo 2 encontra-se neste grupo etário). Também a incidência aumenta na faixa etária dos 60 a 74 anos em cerca de 20% (Abbatecola, *et al.*, 2009).

A diabetes na idade avançada é uma doença grave, associada ao aumento da mortalidade e redução da esperança de vida, devido principalmente ao acréscimo de complicações ateroscleróticas (Wändell, *et al.*, 2000) micro e macrovasculares, afetando múltiplos órgãos (Aspray, 2005) (Figura 6).

^x “A Diabetes tipo 2 ocorre quando o pâncreas não produz insulina suficiente ou quando o organismo não consegue utilizar eficazmente a insulina produzida. O diagnóstico de Diabetes tipo 2 ocorre geralmente após os 40 anos de idade, mas pode ocorrer mais cedo, associada à obesidade, principalmente em populações com elevada prevalência de Diabetes.” (Observatório Nacional da Diabetes, 2010 p. 7)

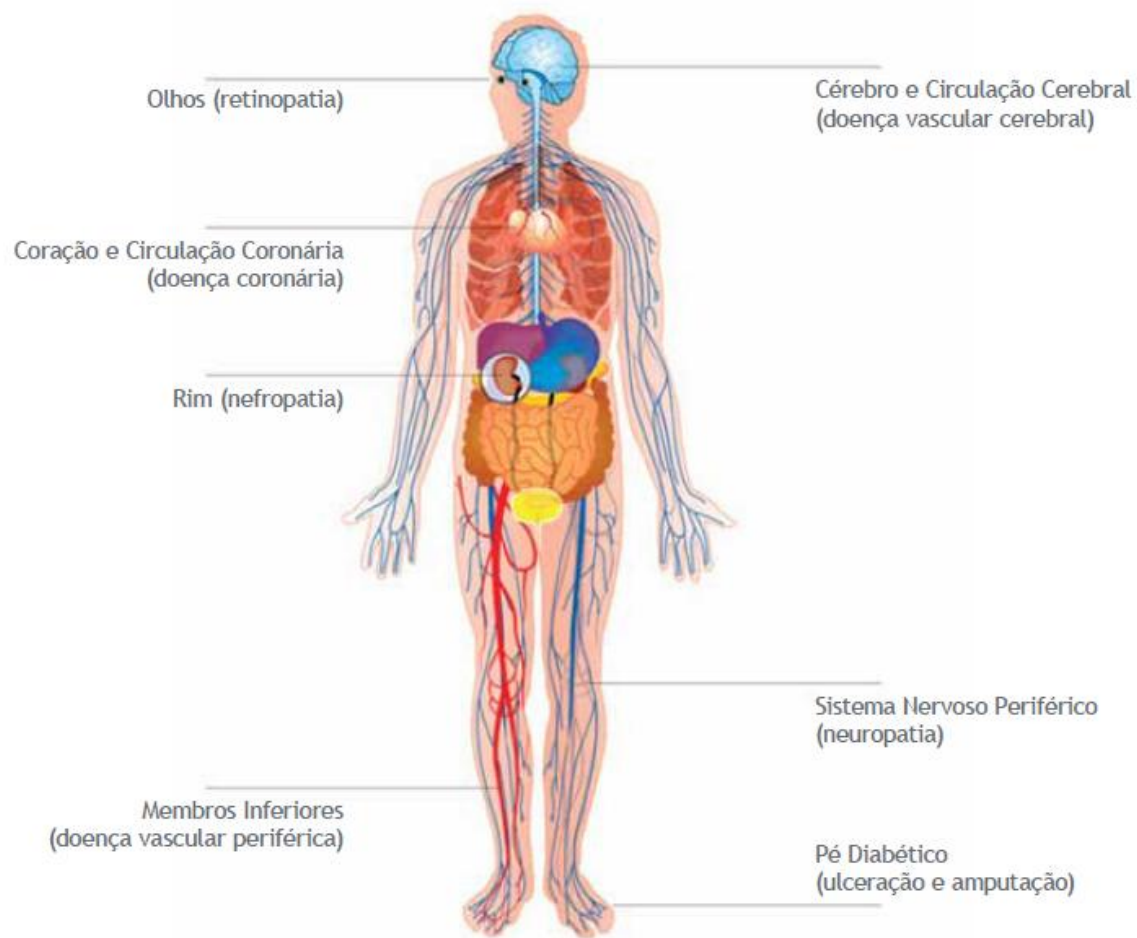


Figura 6 - Complicações Major da Diabetes (Fonte: Observatório Nacional da Diabetes (2010))

A doença macrovascular é comum na Diabetes tipo 2. Em doentes com idade superior a 75 anos, a doença coronária sintomática encontra-se presente em 35-40% dos casos, a doença cerebrovascular em 15-20% e o pé diabético (neuropático ou vascular) em 15-20%. Um quarto dos doentes idosos tem duas ou mais complicações (Aspray, 2005).

A doença microvascular também é frequente nestes doentes, afetando maioritariamente a retina, a inervação periférica e autonómica, e o rim (Aspray, 2005).

À medida que a diabetes se torna cada vez mais uma doença da pessoa idosa, devemos começar a valorizar algumas das complicações menos abordadas da Diabetes. Estas incluem as perturbações cognitivas, incapacidade física, quedas, fraturas, e restantes síndromes geriátricas. Estes problemas têm um

impacto direto na qualidade de vida, perda de independência, sobrecarregam os cuidadores, podendo tornar-se mais importantes do que o impacto das conhecidas complicações vasculares (Gregg, *et al.*, 2002; Hassing, *et al.*, 2004).

Deste modo, a diabetes neste grupo etário pode ser considerada um problema de saúde pública (Munshi, *et al.*, 2006), transformando a prevenção das suas complicações, a intervenção precoce da doença vascular e a avaliação da incapacidade, particularmente importantes (Abbatecola, *et al.*, 2009).

Durante um longo período de tempo o impacto das doenças foi medido unicamente por índices de mortalidade. No entanto, atualmente outras perspetivas, nomeadamente a avaliação da qualidade de vida, vão além da dimensão médica da redução da morbimortalidade, permitindo a avaliação objetiva e clara do impacto global das doenças crónicas, como a diabetes, na vida dos doentes (Aguar, *et al.*, 2008). Possibilita ainda a elaboração de um plano mais abrangente de acompanhamento para estes doentes (Ragonesi, *et al.*, 1998).

Os estudos de qualidade de vida, na pessoa idosa diabética tipo 2, são escassos (Wändell, *et al.*, 2000). Contudo, é conhecido o significativo impacto negativo da diabetes na qualidade de vida (Sikdar, *et al.*, 2010). No *Medical Outcomes Study*, os indivíduos com diabetes apresentaram valores mais baixos em todas as dimensões de qualidade de vida do SF-20, exceto nas subescalas de saúde mental e dor (Stewart, *et al.*, 1989). Também num estudo baseado no *Health Survey for England 2003* as pessoas diabéticas tipo 2 apresentaram uma redução significativa da qualidade de vida relacionada com a saúde (Gough, *et al.*, 2009). Conclusões semelhantes foram encontradas em investigações realizadas no Chile (Urzúa, *et al.*, 2011), Holanda (Redekop, *et al.*, 2002), Austrália (Chittleborough, *et al.*, 2006), Faixa de Gaza (Eljedi, *et al.*, 2006), Irão (Ghanbari, *et al.*, 2004), Turquia (Ucan, *et al.*, 2010) e China (Wee, *et al.*, 2005).

Contudo, nem todos os estudos caminham no sentido deste efeito negativo. Por exemplo, Bradley *et al.* (1999) afirmam que da observação da variabilidade individual encontrada na investigação, o impacto da diabetes na qualidade de

vida não pode ser assumido simplesmente como negativo, pois para alguns doentes a diabetes aumentou o prazer da comida, bem como a sua capacidade física. Para outros, aumentou a motivação para o sucesso, ao alcançarem os seus objetivos apesar da doença.

Foram estudados vários fatores suscetíveis de influenciar a qualidade de vida associada ao doente diabético (Rubin, *et al.*, 1999):

- **Duração da diabetes:** É frequente considerar-se a existência de uma associação entre o aumento da duração da doença e a diminuição da qualidade de vida (Glasgow, *et al.*, 1997; Klein, *et al.*, 1998; Kalda, *et al.*, 2008; Koopmanschap, 2002). Contudo, os resultados são contraditórios (Rubin, *et al.*, 1999), por exemplo, no estudo Sueco de Wredling *et al.* (1995) não foi encontrada qualquer relação entre a duração da diabetes e qualquer das subescalas de qualidade de vida.
- **Complicações relacionadas com a diabetes:** Observa-se de forma consistente uma relação entre a presença de complicações e o agravamento da qualidade de vida (Rubin, *et al.*, 1999). Tanto a gravidade das complicações (Jacobson, *et al.*, 1994; Coffey, *et al.*, 2002) como o aumento do seu número (Keinanen-Kiukaanniemi, *et al.*, 1996; Anderson, *et al.*, 1997) associam-se a piores pontuações nas escalas de qualidade de vida. Outros autores associaram uma baixa qualidade de vida (avaliada pelo EQ-5D) à presença de doença isquémica cardíaca, acidente vascular cerebral e neuropatia (Solli, *et al.*, 2010). As implicações desta última complicação foram também estudadas com resultados semelhantes por Benbow *et al.* (1998), sendo a dor neuropática responsável por um maior decréscimo (Van Acker, *et al.*, 2009). Na análise de De Visser *et al.* (2002) a doença cardiovascular tem um efeito negativo na qualidade de vida, existindo no estudo de Holmes *et al.* (2000) um maior impacto das complicações microvasculares face às macrovasculares. Também tem um efeito negativo importante a presença de úlceras do pé diabético (Goodridge, *et al.*, 2005).

- **Regime terapêutico:** Existe uma tendência para o agravamento da qualidade de vida quando o regime terapêutico progride da dieta e exercício, para antidiabéticos orais, e depois para a insulina (Rubin, *et al.*, 1999).
- **Controlo glicémico:** Um considerável número de estudos sugere a presença de uma relação entre um bom controlo glicémico (medido através da HbA1c) e uma boa qualidade de vida (Rubin, *et al.*, 1999), como publicado nos trabalhos de Van der Does *et al.* (1996), Testa & Simonson (1998), Testa *et al.* (1998), e Camacho *et al.* (2002). Apesar destes resultados, a investigação sobre a relação entre o controlo glicémico e qualidade de vida tem originado conclusões diversas, com correlações fracas ou inexistentes (Nerenz, *et al.*, 1992; de Sonnaville, *et al.*, 1998; Weinberger, *et al.*, 1994; Sundaram, *et al.*, 2007). Também Clark *et al.* (2005), baseado no estudo de Snoek (2000), referem existir uma fraca associação entre o estado físico do indivíduo e a sua qualidade de vida subjetiva, tanto a saúde por si só, como o controlo glicémico, não garantem a felicidade.

A relação entre qualidade de vida e controlo glicémico é complexa, podendo observar-se os seguintes tipos de correspondências nos doentes diabéticos (Snoek, 2000): a) boa qualidade de vida em conjugação com bom controlo glicémico; b) qualidade de vida satisfatória apesar de mau controlo glicémico, o que pode ser explicado pela vivência de uma fase temporária de negação da doença, possibilitando ao doente uma vivência agradável sem elevada preocupação com a diabetes e o seu tratamento; c) fraca qualidade de vida com bom controlo glicémico, em relação à sobrecarga causada pelo autocontrolo diário a que cada doente está sujeito, ou em consequência de outros fatores desencadeadores de stress independentes da diabetes; d) coexistência de mau controlo glicémico e má qualidade de vida (afetando-se mutuamente de forma negativa tanto como causa e consequência do baixo controlo glicémico).

- **Sociodemografia:** Através da análise de vários estudos publicados verifica-se que o género masculino, um nível de escolaridade mais elevado (ou rendimento económico), estar casado (ou não viver só), relacionam-se com melhor qualidade de vida (Rubin, *et al.*, 1999).

O grande desafio do século XXI é o de atrasar a incapacidade e assegurar uma boa qualidade de vida para a população idosa (Agrawal, *et al.*, 2011). Tal tarefa torna-se ainda mais difícil quando se aborda o idoso com doença crónica, e a diabetes em particular.

Portugal tem um programa de saúde para a diabetes desde 1992, baseado na Declaração de St. Vincent assinada em 1989, com papel predominante dos cuidados de saúde primários (Direcção-Geral da Saúde, 2008).

Foi no início dos anos 80, que os cuidados primários se tornaram a base do sistema de saúde português. Situação que representou a transição de uma organização assente nos cuidados hospitalares e em serviços de saúde fornecidos pelas caixas de previdência para um sistema em que os cuidados são providos em continuidade, centrados na pessoa, compreensivos e coordenados. É através desta proximidade, que o Médico de Família, na consulta de diabetes da Unidade de Saúde Familiar, para além de efetuar uma vigilância da diabetes de acordo com as normas da DGS, está em posição privilegiada de melhorar a qualidade de vida destes utentes através do estudo, compreensão e suporte das suas necessidades individuais (Ucan, *et al.*, 2010).

5 Objetivos

Este estudo tem como objetivo geral avaliar a qualidade de vida de pessoas com idade igual ou superior a 75 anos e com diagnóstico prévio de diabetes mellitus tipo 2, seguidos na consulta de diabetes de uma Unidade de Saúde Familiar.

Especificamente, o estudo pretende: caracterizar o perfil sociodemográfico e clínico destes utentes; avaliar a sua perceção de qualidade de vida em diferentes domínios; avaliar a sua satisfação com a vida; analisar a relação entre a qualidade de vida e satisfação com a vida; analisar a relação entre a qualidade de vida e as variáveis sociodemográficas e clínicas; e analisar a relação entre a satisfação com a vida e as variáveis sociodemográficas e clínicas destes utentes.

6 Metodologia

6.1 Tipo de estudo

O presente estudo é observacional, transversal, descritivo, com uma componente analítica; por ser aquele que melhor se adequa aos objetivos e variáveis em estudo.

6.2 Instrumentos de recolha de dados

Os dados foram recolhidos através de um protocolo constituído pelos seguintes instrumentos:

- Escala de Satisfação Com a Vida (no original, Satisfaction With Life Scale – SWLS)

A Escala de Satisfação Com a Vida (no original, *Satisfaction with Life Scale - SWLS*), desenvolvida por Diener e colaboradores (1985) e objeto de uma revisão por Pavot e Diener (1993), avalia a satisfação global com a vida, de acordo com critérios estabelecidos pelo indivíduo e não em função de padrões externamente impostos.

Estes autores consideram a satisfação com a vida como a componente cognitiva ou avaliativa do bem-estar subjetivo e, como tal, esta escala não se debruça sobre outras componentes, nomeadamente a afetiva (Diener, *et al.*, 1985).

A linguagem utilizada nos itens da escala é relativamente geral e não específica, permitindo que o indivíduo avalie subjetivamente a satisfação face à vida. Presume-se que cada sujeito estabeleça uma comparação entre a perceção que tem das suas circunstâncias de vida e um padrão auto-elaborado de vida, ao existir sobreposição de ambos, o indivíduo refere maior satisfação com a vida (Diener, *et al.*, 1985; Pavot, *et al.*, 1993; Pavot, *et al.*, 1991). Deste modo, a satisfação com a vida é uma avaliação cognitiva e consciente da própria vida de acordo com critérios internos de cada indivíduo (Pavot, *et al.*, 2009).

A SWLS foi aplicada a grupos distintos de participantes apresentando elevada consistência interna e fiabilidade, independentemente do sexo, etnia e idade. Tem ainda boa validade de convergência com outras escalas e diferentes tipos de avaliação do bem-estar subjetivo (Pavot, *et al.*, 1993).

Esta escala, constituída por 5 itens (reduzida de um conjunto inicial de 48 itens), foi primeiramente validada em Portugal por Neto e colaboradores (1990), tendo sido encontrada uma consistência interna de 0.78 (alfa de Cronbach). Simões (1992) repetiu a validação da SWLS, reduzindo a amplitude de resposta da escala de tipo Likert de sete para cinco pontos, encontrando uma consistência interna de 0.77 (alfa de Cronbach). A pontuação total pode variar entre um mínimo de 5 e um máximo de 25 pontos, sendo que quanto mais elevado o resultado obtido maior será a satisfação com a vida. Foi esta última versão que foi utilizada no estudo (Anexo A).

No presente trabalho, analisou-se a consistência interna da SWLS através do alfa de Cronbach. Segundo Nunnally (1978) um instrumento é classificado como tendo fiabilidade apropriada quando o alfa é ≥ 0.70 . Verificou-se que o resultado da consistência interna para a escala global foi bastante satisfatório ($\alpha = 0.87$).

- EASYcare (Elderly Assessment System / Sistema de Avaliação de Pessoas Idosas)

Outro dos instrumentos utilizados na recolha de dados foi a versão portuguesa do EASYcare (Elderly Assessment System / Sistema de Avaliação de Pessoas Idosas), desenvolvida por Sousa & Figueiredo (Sousa, *et al.*, 2000). Trata-se de uma escala que pretende caracterizar a qualidade de vida e bem-estar e os riscos sociais e de saúde da população idosa, com 75 ou mais anos (Sousa, *et al.*, 2003). Esta escala multidimensional, com versões disponíveis em 25 países da União Europeia, foi construída a partir de diversos instrumentos unidimensionais de avaliação (Philp, 1997), o que faz com que exiba a vantagem de acumular, numa só escala, itens relativos às várias dimensões de qualidade de vida e bem-estar do idoso (Sousa, *et al.*, 2003).

O EASYcare é um instrumento válido, fiel e sensível para avaliar a qualidade de vida, bem-estar e necessidades dos idosos, com um valor do α de Cronbach para a escala global de 0,86 (Sousa, *et al.*, 2002).

A versão 2008 é a mais atualizada, agregando a prática clínica e de investigação obtidas com a versão 1999-2002, e está validada para português pela mesma equipa de investigação. Foi esta última versão que foi aplicada no estudo (Anexo B). Esta nova versão compreende os seguintes domínios: visão, audição e comunicação; autocuidado; mobilidade; segurança; habitação; situação económica; manter-se saudável; saúde mental e bem-estar e administração de medicação. As respostas às questões do EASYcare podem ser utilizadas para calcular 3 pontuações: i) pontuação global de (in)dependência, relativa à necessidade de apoio nas atividades de vida diária (AVD), que pode variar entre 0 e 100, sendo que pontuações mais elevadas representam maior incapacidade; ii) risco de rutura nos cuidados, que potencia a admissão hospitalar de emergência e cuja pontuação oscila entre os 0 e 12 pontos, pelo que pontuações mais elevadas predizem um aumento do risco; iii) risco de quedas, cuja pontuação varia entre 0 e 8 e na qual um resultado de 3 pontos já é indicativo de risco de quedas elevado (Sousa, *et al.*, 2009).

Para além disso, pode ser ainda calculada uma pontuação por cada um dos domínios, pelo que a pontuações mais elevadas correspondem uma pior perceção de qualidade de vida (Sousa, *et al.*, 2009). Não obstante, o EASYcare não substitui o juízo clínico, pelo que não há um valor limite a partir do qual se afirme existir incapacidade (Sousa, *et al.*, 2003).

- Formulário complementar

Este formulário foi construído para complementar a recolha dos dados clínicos dos diabéticos através da consulta exploratória dos processos clínicos em formato de papel e eletrónico (Anexo C). Esta ficha permitiu recolher informações sobre o estado patológico do utente [duração da diabetes; complicações associadas com a diabetes; tratamento; doseamento de HbA1c, colesterol total, triglicéridos, c-HDL e c-LDL, cálculo de IMC e medição de TA (nos últimos 3 meses)] e também sobre possíveis comorbilidades.

6.3 Procedimento de seleção da amostra

Foi constituída uma amostra de 83 pessoas diabéticas tipo 2 com 75 anos ou mais, utilizadoras da consulta de diabetes da Unidade de Saúde Familiar (USF) de Buarcos – Figueira da Foz.

A Figura 7 retrata o processo de seleção da amostra em estudo.

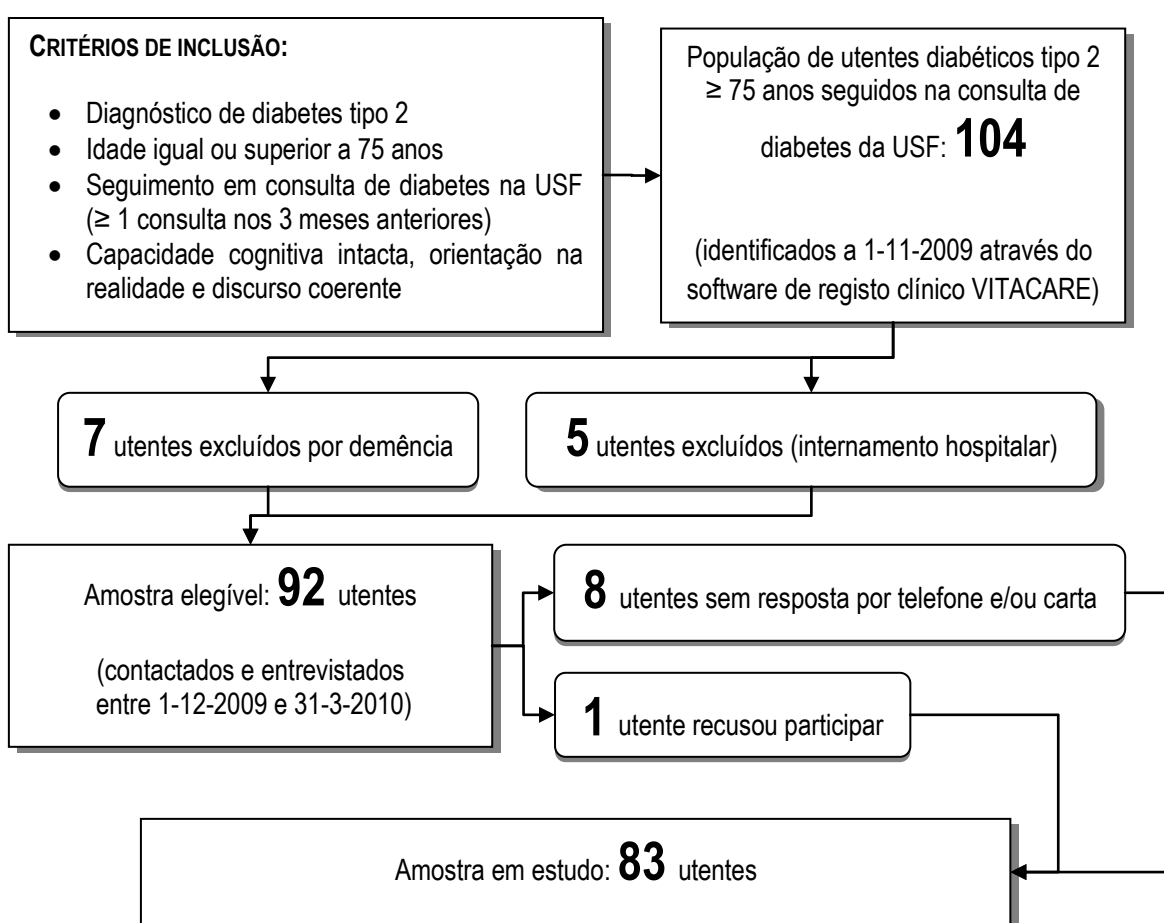


Figura 7- Processo de seleção da amostra

6.4 Procedimentos de recolha de dados

O protocolo do estudo foi aprovado pela Comissão de Ética da Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra e a sua execução autorizada pela Coordenação da Unidade de Saúde Familiar de Buarcos (Anexo D).

A recolha de dados realizou-se no período compreendido entre 1-12-2009 e 31-3-2010. As pessoas que compreendiam os critérios de inclusão foram convidadas a participar no estudo presencialmente antes da consulta de diabetes e sempre que isso não foi possível foram contactados telefonicamente e/ou por carta.

Foi redigido um formulário de consentimento livre e informado (Anexo E). Contudo, devido à baixa escolaridade da amostra, este foi lido e foram ainda reforçados verbalmente: os objetivos do estudo; a garantia de confidencialidade e anonimato dos dados; e a necessidade de acesso a dados clínicos.

Foi obtido o consentimento voluntário de todos os participantes.

Antes da recolha de dados, realizou-se um pré-teste com 6 participantes, do qual resultou a supressão da questão 5.3 do EASYcare (“Gostaria de obter aconselhamento acerca de subsídios ou benefícios a que possa ter acesso?”) por dificuldade na sua interpretação.

Os dados foram recolhidos em contexto de entrevista semiestruturada. A mesma pessoa (investigador) realizou todas as entrevistas num contexto de privacidade, num gabinete médico da USF, ou no domicílio do entrevistado. O tempo médio de preenchimento em contexto de entrevista foi aproximadamente de 1 hora. Os dados clínicos foram recolhidos em formulário apropriado.

Os dados foram tratados em estrita confidencialidade para proteger a privacidade dos doentes. A cada doente foi consecutivamente atribuído um número começando no 01.

6.5 Procedimentos de análise dos dados

Os dados foram processados através do programa estatístico *PASW* (Predictive Analytics SoftWare) Statistics 18, realizando-se posteriormente análises descritivas e inferenciais. Foram usados testes estatísticos paramétricos e não paramétricos de acordo com os pressupostos dos mesmos. O teste de correlação de Spearman (*Spearman rank-order coefficient*) foi utilizado para a análise das variáveis contínuas e intervalares, pois não foram garantidos os pressupostos da realização do teste de hipóteses ao coeficiente de Pearson. Consideraram-se como estatisticamente significativos, os valores de p inferiores a 0,05.

7 Apresentação de resultados

7.1 Caracterização da amostra

A amostra é constituída por um total de 83 utentes diabéticos, de uma Unidade de Saúde Familiar, sendo que 54 (65,1%) são do género feminino (Tabela 4).

A média etária dos participantes é de 80,9 anos (DP=4,3), variando entre os 75 e 93 anos. O grupo etário mais frequente é o dos 75-79 anos (44,6%), e apenas 3 utentes têm 90 ou mais anos (3,6%).

A grande maioria da amostra (92,8%) reside em zona urbana.

No que concerne ao estado civil, predominam os indivíduos viúvos (52,9%) e casados (43,4%). Esta prevalência relaciona-se com o tipo de agregado familiar em que cada participante se insere: 39,8% dos utentes vive em casal, 32,5% sozinho e 26,5% conjuntamente com outros elementos da família.

Quanto às habilitações literárias, verifica-se que a amostra é constituída maioritariamente (89,0%) por utentes com 4 ou menos anos de educação formal (média 3,0 anos [DP=2,8]). Destes, 37,8% não frequentou o ensino formal.

Em relação à situação profissional, a totalidade da amostra encontra-se numa situação não integrante da população ativa. Assim, 80,7% encontra-se na situação de reforma, sendo os restantes pensionistas ou domésticas.

Relativamente à situação financeira, constata-se que para 44,6% dos participantes o rendimento mensal “não chega para as necessidades” e que 42,2% considera ser suficiente.

Tabela 4 - Distribuição da amostra por variáveis sociodemográficas

		n (%)
Género	Masculino	29 (34,9)
	Feminino	54 (65,1)
Idade	75-79	37 (44,6)
	80-84	26 (31,3)
	85-89	17 (20,5)
	90 ou mais	3 (3,6)
Local de Residência	Zona Rural	6 (7,2)
	Zona Urbana	77 (92,8)
Estado Civil	Casado	36 (43,4)
	Viúvo	41 (49,4)
	Solteiro	3 (3,6)
	Divorciado	3 (3,6)
Agregado Familiar	Casal	33 (39,8)
	Sozinho	27 (32,5)
	Família Alargada	22 (26,5)
	Outra situação	1 (1,2)
Habilitações Literárias	Sem Escolaridade	28 (33,7)
	1º Ciclo (completo ou não)	46 (55,3)
	2º Ciclo (completo ou não)	3 (3,6)
	3º Ciclo (completo ou não)	3 (3,6)
	Curso Médio/Superior	3 (3,6)
Situação Profissional	Reformado	67 (80,7)
	Pensionista	8 (9,6)
	Doméstica	8 (9,6)
Finanças	“Não chegam para as necessidades”	37 (44,6)
	“Suficientes”	35 (42,2)
	“Sobra algum dinheiro”	11 (13,3)

A Tabela 5 resume as variáveis clínicas da amostra.

A média da duração autorreportada da diabetes é de 11,2 anos (DP=10,1). Aproximadamente 89,2% dos diabéticos estão medicados com antidiabéticos orais.

A média da hemoglobina glicada é de 6,6% (DP=1,0), sendo que a maioria dos inquiridos apresenta valores de HbA1c que respeitam o limite estabelecido nas *guidelines* da American Diabetes Association (2010) e na revisão de Abbatecola *et al.* (2009).

O IMC médio da amostra é de 29,3 (DP=3,7), inserindo-se na categoria de excesso de peso da OMS. Porém, 45,8% da amostra é clinicamente obesa. Por outro lado, tendo em consideração os valores de IMC ajustados para a população idosa^{xi} (Ferry, *et al.*, 2004), verifica-se que 13,3% dos participantes está desnutrido ou em risco de desnutrição e que 41,0% está nutrido.

A presença de complicações resultantes da diabetes é comum (72,1%), não existindo, contudo, na amostra, predominância entre complicações micro ou macrovasculares.

A comorbilidade mais frequente é a hipertensão arterial (92,7%). A média da TA sistólica é de 136mmHg (DP=19,9) e a da diastólica é de 72mmHg (DP=10,0), sendo que apenas 27,7% dos diabéticos apresentam TA controlada (TA<130/80mmHg, de acordo com as *guidelines* da American Diabetes Association (2010)).

Situação semelhante é observada quanto ao controlo da ficha lipídica, na qual 21,7% da amostra apresenta valores de colesterol LDL<100mg/dL, colesterol HDL>50mg/dL e triglicéridos <150mg/dL (limites determinados pelas *guidelines* da American Diabetes Association (2010)). Na amostra o valor médio de colesterol LDL é de 98,3mg/dL (DP=32,2), o de colesterol HDL é de 49,0mg/dL (DP=14,1) e o de triglicéridos é de 113,2mg/dL (DP=46,9).

^{xi} Valores de IMC: desnutrição <21 kg/m²; em risco de desnutrição [21; 24,9] kg/m²; nutrido [25; 29,9] kg/m²; obeso ≥30 kg/m²

Tabela 5 - Distribuição da amostra por variáveis clínicas

	n (%)
Controlo Glicémico	
Excelente (HbA1c < 7,0)	62 (74,7)
Bom (HbA1c 7,0-8,9)	16 (19,3)
Marginal (HbA1c 9,0-9,9)	2 (2,4)
Mau (HbA1c ≥ 10,0)	3 (3,6)
Peso	
Peso Normal (IMC 18,5-24,9)	11 (13,3)
Excesso de Peso (IMC 25-29,9)	34 (41,0)
Obesidade (IMC ≥ 30)	38 (45,8)
Tensão Arterial	
Controlada	23 (27,7)
Não Controlada	60 (72,3)
Ficha Lipídica	
Controlada	18 (21,7)
Não Controlada	65 (78,3)
Tratamento	
Dieta e Exercício Físico	1 (1,2)
Antidiabéticos Orais	74 (89,2)
Insulina	7 (8,4)
Antidiabéticos Orais e Insulina	1 (1,2)
Complicações	
Sem complicações	24 (27,9)
Microvasculares	22 (26,5)
Macrovasculares	20 (24,1)
Ambas	17 (20,5)
Comorbilidades	
Hipertensão Arterial	76 (92,7)
Patologia Osteoarticular	37 (44,6)
Patologia Cardíaca	29 (34,9)
Patologia Respiratória	20 (24,1)
Psicopatologia	15 (18,1)
Neoplasia	11 (13,3)

N.B: As complicações microvasculares foram definidas como úlcera do pé, cegueira, fotocoagulação ou vitrectomia, diálise, transplante renal, retinopatia, neuropatia, nefropatia, e microalbuminúria. As complicações macrovasculares foram definidas como enfarte agudo do miocárdio, angina, insuficiência cardíaca, cirurgia cardíaca (bypass, angioplastia), acidente vascular cerebral, acidente isquémico transitório, e doença vascular periférica.

7.2 Perceção da qualidade de vida

A análise que se segue versa sobre os resultados obtidos em cada categoria do instrumento EASYcare utilizado para avaliar a qualidade de vida: a) visão, audição e comunicação; b) cuidar de si (autocuidado); c) mobilidade; d) segurança; e) local de residência e finanças; f) manter-se saudável; g) saúde mental e bem-estar. No final, serão apresentadas as pontuações obtidas para a (in)dependência, risco de rotura nos cuidados e risco de quedas.

7.2.1 Visão, Audição e Comunicação

As dimensões visão e audição são aquelas em que amostra refere ter mais limitações. A maioria dos utentes (98,8%) não tem dificuldade em fazer-se entender.

De salientar que aproximadamente 25,3% da amostra precisa de ajuda ou é incapaz de utilizar o telefone (Tabela 6).

Tabela 6 - Visão, Audição e Comunicação

	Capaz / Sem problemas	Precisa de ajuda / Com dificuldade	Incapaz / Problema frequente	Total
	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)
Visão (1.1)	39 (47,0)	43 (51,8)	1 (1,2)	83 (100)
Audição (1.2)	47 (56,6)	36 (43,4)	0 (0)	83 (100)
Fala (1.3)	82 (98,8)	1 (1,2)	0 (0)	83 (100)
Utilizar telefone (1.4)	62 (74,7)	11 (13,3)	10 (12,0)	83 (100)

7.2.2 Cuidar de si (autocuidado)

Em relação à dimensão autocuidado, observa-se que a grande maioria da amostra é capaz de realizar de forma independente a manutenção da sua aparência pessoal, vestir-se, lavar as mãos e a cara, tomar banho, alimentar-se, tomar os medicamentos, e utilizar a sanita (Tabela 7).

Tabela 7 - Cuidar de si (autocuidado)

	Capaz / Sem problemas	Precisa de ajuda / Com dificuldade	Incapaz / Problema frequente	Total
	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)
Aparência pessoal (2.1)	77 (92,8)	6 (7,2)	*	83 (100)
Vestir-se (2.2)	73 (88,0)	9 (10,8)	1 (1,2)	83 (100)
Lavar mãos e cara (2.3)	82 (98,8)	1 (1,2)	*	83 (100)
Utilizar banheira ou duche (2.4)	63 (75,9)	20 (24,1)	*	83 (100)
Tarefas domésticas (2.5)	41 (49,4)	22 (26,5)	20 (24,1)	83 (100)
Refeições (2.6)	48 (57,8)	18 (21,7)	17 (20,5)	83 (100)
Alimentar-se (2.7)	81 (97,6)	2 (2,4)	0 (0)	83 (100)
Medicamentos (2.9)	61 (73,5)	22 (26,5)	0 (0)	83 (100)
Incontinência urinária (2.11)	40 (48,2)	28 (33,7)	15 (18,1)	83 (100)
Incontinência fecal (2.12)	77 (92,8)	1 (1,2)	5 (6,0)	83 (100)
Usar sanita (2.13)	77 (92,8)	4 (4,8)	2 (2,4)	83 (100)

*resposta não aplicável a estes itens

As áreas mais críticas do autocuidado referem-se à capacidade de controlo urinário (51,8% a reportar problemas ocasionais ou frequentes), realização das tarefas domésticas (50,6% a necessitar de ajuda ou completamente incapaz), e preparação das refeições (42,2% a precisar de ajuda ou totalmente incapaz).

Foi ainda estudada a possibilidade de existência de problemas com a boca/dentes e com a pele. A maioria dos utentes (68,7%) afirma não apresentar problemas com a boca ou dentes. Os restantes 31,3% referem problemas associados à perda de peças dentárias ou ao uso de prótese dentária.

Quanto aos problemas com a pele a maioria nunca teve problemas (91,6%). Sete utentes (8,4%) referem ter sofrido de urticária, dermatofitose e/ou eczema.

7.2.3 Mobilidade

A maioria da amostra mantém a mobilidade e não necessita de ajuda na realização das atividades indicadas na Tabela 8.

Tabela 8 - Mobilidade

	Capaz / Sem problemas	Precisa de ajuda / Com dificuldade	Incapaz / Problema frequente	Total
	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)
Deslocar-se cama cadeira (3.1)	78 (94,0)	5 (6,0)	0 (0)	83 (100)
Deslocar-se dentro de casa (3.3)	82 (98,8)	1 (1,2)	0 (0)	83 (100)
Subir e descer escadas (3.4)	73 (88,0)	7 (8,4)	3 (3,6)	83 (100)
Andar no exterior (3.6)	77 (92,8)	5 (6,0)	1 (1,2)	83 (100)
Compras (3.7)	53 (63,9)	11 (13,3)	19 (22,9)	83 (100)
Deslocar-se aos serviços públicos (3.8)	51 (61,4)	23 (27,7)	9 (10,8)	83 (100)

Contudo, as atividades que apresentam mais dificuldade referem-se à deslocação aos serviços públicos (p. ex. consultório médico, farmácia, dentista) (38,5% a precisar de ajuda ou totalmente incapaz) e à realização das compras (36,2% a necessitar de ajuda ou completamente incapaz).

Foi ainda estudada a possibilidade de existência de problemas com os pés e o número de quedas nos últimos 12 meses.

A maioria dos utentes (92,8%) não apresenta ter problemas com os pés. As calosidades e as onicomicoses são os problemas referidos pelos restantes.

Cerca de metade da amostra (45,8%) sofreu uma ou mais quedas no último ano. Dezoito utentes (21,7%) afirmaram ter caído 2 ou mais vezes (Figura 88).

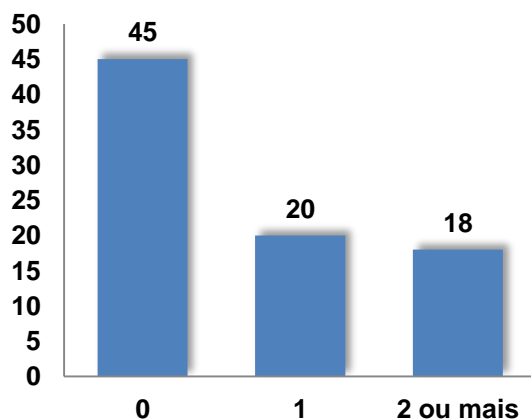


Figura 8 - Quedas nos últimos 12 meses (n=83)

7.2.4 Segurança

Através da análise da Tabela 9, verifica-se que no domínio relativo à segurança, os participantes sentem-se mais seguros dentro de casa (91,6%) do que fora desta (83,1%).

Destaca-se ainda a perceção de inexistência de suporte social em caso de doença para 30,1% dos elementos da amostra.

Tabela 9 - Segurança

	Sim	Não	Total
	n (%)	n (%)	n (%)
Sente-se seguro dentro de casa? (4.1)	76 (91,6)	7 (8,4)	83 (100)
Sente-se seguro fora de casa? (4.2)	69 (83,1)	14 (16,9)	83 (100)
Já se sentiu ameaçado? (4.3)	5 (6,0)	78 (94,0)	83 (100)
Sente-se discriminado? (4.4)	2 (2,4)	81 (97,6)	83 (100)
Tem alguém que o possa ajudar em caso de doença? (4.5)	58 (69,9)	25 (30,1)	83 (100)

7.2.5 Local de Residência e Finanças

A maioria da amostra está satisfeita com a sua residência e é capaz de gerir o seu dinheiro (Tabela 10). Contudo, 20,5% dos participantes não consegue gerir as suas finanças.

Tabela 10 - Local de Residência e Finanças

	Sim	Não	Total
	n (%)	n (%)	n (%)
Está satisfeito com a sua residência? (5.1)	72 (86,7)	11 (13,3)	83 (100)
Consegue gerir o seu dinheiro? (5.2)	66 (79,5)	17 (20,5)	83 (100)

7.2.6 Manter-se Saudável

Em relação à dimensão “Manter-se Saudável” observa-se que a maioria da amostra (79,5%) não pratica exercício físico de forma regular.

Aproximadamente 60% dos participantes refere dispneia ao realizar as atividades do dia-a-dia.

Verifica-se ainda que a maioria das pessoas refere não ter hábitos tabágicos e/ou alcoólicos (Tabela 11).

Tabela 11 - Manter-se Saudável

	Sim	Não	Total
	n (%)	n (%)	n (%)
Faz exercício regularmente? (6.1)	17 (20,5)	66 (79,5)	83 (100)
Fica com falta de ar em atividades normais? (6.2)	49 (59,0)	34 (41,0)	83 (100)
Fuma tabaco? (6.3)	3 (3,6)	80 (96,4)	83 (100)
Acha que bebe demasiadas bebidas alcoólicas? (6.4)	0 (0,0)	83 (100,0)	83 (100)
A sua tensão arterial foi verificada recentemente? (6.5)	78 (94,0)	5 (6,0)	83 (100)

Nesta categoria são ainda estudados domínios relativos a preocupações com o peso, cumprimento do programa vacinal e dos exames de rastreio de cancro.

A maioria dos utentes (63,9%) não manifesta preocupação com o seu peso. Dos que referem preocupar-se com o peso, é o seu excesso que se revela mais preocupante (31,3%) (Figura 9).

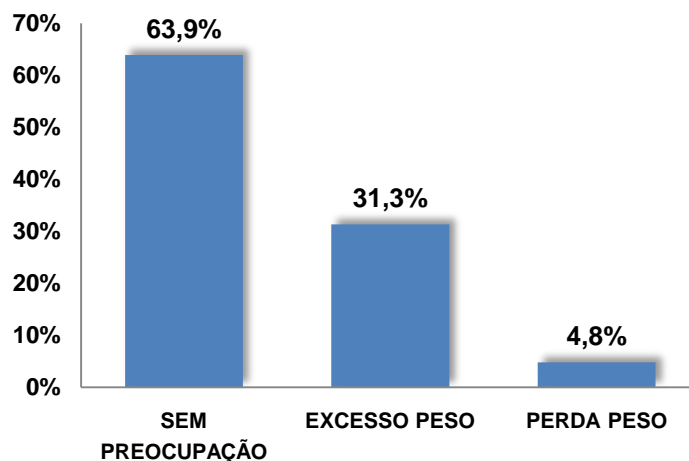


Figura 9 - Preocupação com o peso (n=83)

No que respeita à vacinação, verifica-se que 86,7% da amostra cumpre o Plano Nacional de Vacinação (Figura 90).

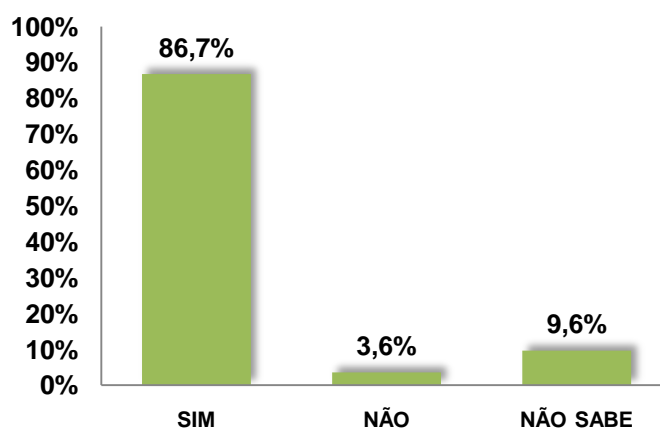


Figura 90 - Vacinação atualizada (n=83)

Quanto aos exames de rastreio de cancro, 41,0% dos inquiridos refere a sua não atualização e 32,5% desconhece se foi ou não rastreado (Figura 1).

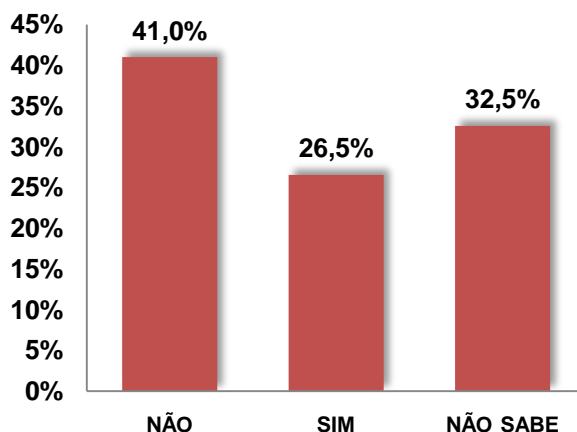


Figura 11 - Exames de rastreio do cancro (n=83)

7.2.7 Saúde Mental e Bem-Estar

A maioria da amostra revela uma perceção positiva em relação à dimensão “saúde mental e bem-estar”. No entanto, o item funcionamento mnésico representa uma exceção pois constitui um motivo de preocupação para 63,9% dos utentes (Tabela 12).

Tabela 12 - Saúde Mental e Bem-Estar

	Sim	Não	Total
	n (%)	n (%)	n (%)
Consegue realizar atividades importantes para si? (7.1)	48 (57,8)	35 (42,2)	83 (100)
Recentemente perdeu alguém próximo? (7.4)	18 (21,7)	65 (78,3)	83 (100)
No mês passado teve problemas em dormir? (7.5)	28 (33,7)	55 (66,3)	83 (100)
No mês passado sentiu-se deprimido? (7.7)	37 (44,6)	45 (54,2)	83 (100)
No mês passado teve pouco interesse em fazer coisas? (7.8)	28 (33,7)	55 (66,3)	83 (100)
Tem preocupações em relação à memória? (7.9)	53 (63,9)	30 (36,1)	83 (100)

Destaca-se ainda o facto de 42,2% dos participantes não conseguir realizar atividades de lazer, trabalho, ou outras, consideradas importantes para o próprio. Cerca de 21,7% perdeu recentemente alguém que lhe era próximo e 33,7%, no último mês, teve problemas em dormir ou pouco interesse em fazer coisas. Trinta e sete utentes (44,6%) expressaram-se incomodados por se sentirem em baixo, deprimidos ou desesperados no último mês (Tabela 12).

Nesta dimensão pretende-se ainda analisar a perceção dos utentes sobre a sua saúde e solidão, e se experienciou ou não dores corporais no último mês.

Em relação à perceção global de saúde, verifica-se que 47% da amostra classifica a sua saúde como “razoável” e 20,5% como “fraca”. Salienta-se que a saúde é considerada como excelente ou muito boa por unicamente 2 utentes, respetivamente (Figura 2).

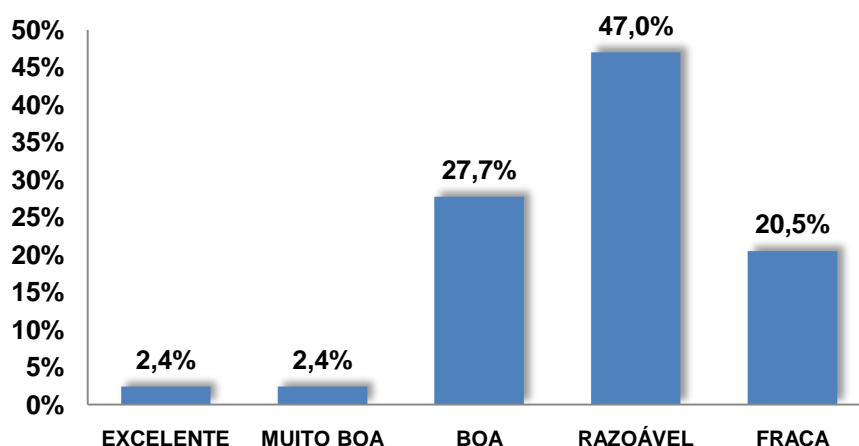


Figura 12 - Perceção da sua saúde (n=83)

Através da análise da Figura 3 observa-se que a maioria da amostra (61,4%) nunca se sente só, 21,7% refere sentir-se só “por vezes” e 16,9% “muitas vezes”.

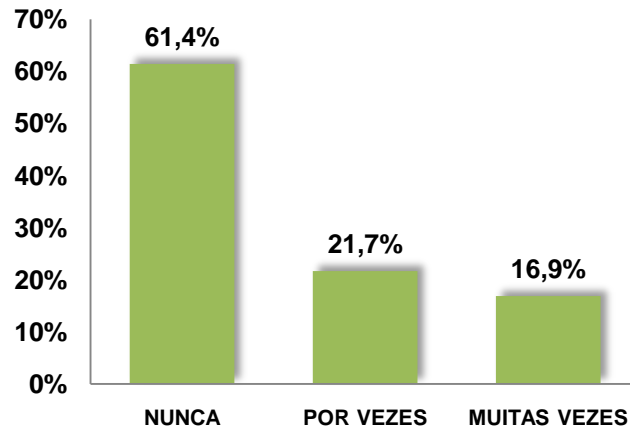


Figura 13 – Solidão (n=83)

Relativamente à percepção algica, 61,4% dos utentes refere ter tido dores no último mês, classificando-as maioritariamente de moderadas ou fortes (Figura 4).

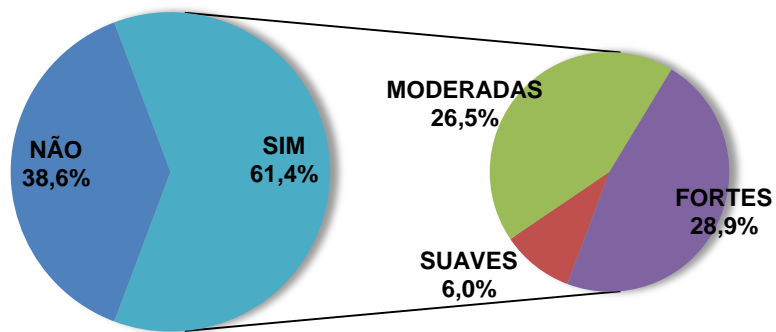


Figura 14 - Dores Corporais (n=83)

7.2.8 Administração de Medicação

A maioria dos participantes não relata dificuldades na administração da medicação. Não obstante, 32 utentes (38,6%) necessitam de ajuda para obterem regularmente os seus medicamentos (Tabela 13).

Tabela 13 - Administração de Medicação

	Sim	Não	Total
	n (%)	n (%)	n (%)
Precisa de ajuda para obter os seus medicamentos? (8.1)	32 (38,6)	51 (61,4)	83 (100)
Toma os medicamentos seguindo as recomendações? (8.2)	80 (96,4)	3 (3,6)	83 (100)
Consegue tirar medicamentos das embalagens? (8.3)	80 (96,4)	3 (3,6)	83 (100)
Os seus medicamentos podiam ser mais eficazes? (8.4)	3 (3,6)	80 (96,4)	83 (100)

7.2.9 Análise Global dos domínios do EASYcare

A Tabela 14 resume as médias, desvios-padrão e amplitudes teóricas e observadas dos diferentes domínios do EASYcare. Através da sua análise verifica-se que, na globalidade, a amostra tem uma perceção positiva da sua qualidade de vida, pois os valores médios observados para cada domínio são consideravelmente inferiores à pontuação máxima teórica. Contudo, é de salientar que o domínio “saúde mental e bem-estar” apresenta uma média (9,8) muito próxima ao valor intermédio, quando se atende à amplitude teórica (2-18).

Tabela 14 - Médias, desvios-padrão e amplitudes dos domínios do EASYcare

	n	Média	Desvio-padrão	Amplitude teórica	Amplitude observada
Visão, Audição e Comunicação	83	1,6	1,6	0-12	0-5
Cuidar de si	83	9,8	9,6	0-62	0-40
Mobilidade	83	3,9	5,1	0-37	0-33
Segurança	83	0,6	0,7	0-5	0-3
Local de residência e finanças	83	1,0	1,6	0-5	0-5
Manter-se saudável	83	1,3	0,7	0-5	0-3
Saúde mental e Bem-estar	83	9,8	3,4	2-18	2-16
Administração de medicação	83	0,5	0,6	0-4	0-2

7.2.10 Pontuações finais do EASYcare

Analisando a Tabela 15, verifica-se que a amostra apresenta um baixo risco de quedas, baixo risco de rutura no cuidado ou de admissão hospitalar, e elevada independência.

Tabela 15 - Pontuações finais do EASYcare

	n	Média	Desvio-padrão	Amplitude teórica	Amplitude observada
9. Risco de quedas	83	1,4	1,2	0-8	0-5
10. Risco de rutura no cuidado ou de admissão hospitalar	83	4,2	2,2	0-12	0-9
11. Pontuação de independência	83	14,0	14,9	0-100	0-69

7.3 Escala de Satisfação Com a Vida (SWLS)

A pontuação na escala SWLS pode variar entre um mínimo de 5 e um máximo de 25 pontos, sendo que quanto mais elevado o resultado obtido maior será a satisfação com a vida.

Na amostra em estudo a média observada foi de 15,7 pontos (mínimo 5 e máximo 25) (DP=6,4), o que corresponde a uma pontuação intermédia/neutra na faixa do “nem concordo, nem discordo”.

7.4 Análise da relação entre as variáveis sociodemográficas, percepção de qualidade de vida e satisfação com a vida

A análise que se segue pretende observar a relação entre as variáveis sociodemográficas e a percepção de qualidade de vida (EASYcare) e satisfação com a vida (SWLS).

Quando se analisa a relação entre cada domínio do EASYcare e a variável género, verifica-se que as mulheres reportam maior insegurança (U=544,0, $p=0,012$) e percecionam uma pior “saúde mental e bem-estar” (U=382,0, $p<0,001$), comparativamente aos homens (Tabela 16).

Quanto às pontuações finais do EASYcare observa-se que o “risco de rutura no cuidado ou de admissão hospitalar” é superior no sexo feminino, sendo esta diferença estatisticamente significativa ($t = -3,098$, $p=0,003$).

Também são as mulheres que apresentam, em média, maior risco de queda, maior dependência e menor satisfação com a vida. Contudo, as diferenças não são estatisticamente significativas.

Tabela 16 - Pontuações dos instrumentos EASYcare e SWLS segundo o género

	GÉNERO		p
	Masculino (n=29)	Feminino (n=54)	
	M (DP)	M (DP)	
Visão, audição e comunicação	1,6 (1,6)	1,7 (1,6)	0,839 ⁽¹⁾
Cuidar de si	8,9 (10,7)	10,3 (9,1)	0,172 ⁽¹⁾
Mobilidade	3,6 (6,6)	4,1 (4,1)	0,108 ⁽¹⁾
Segurança	0,3 (0,5)	0,8 (0,8)	0,012 ⁽¹⁾
Local de residência e finanças	1,0 (1,7)	0,9 (1,6)	0,673 ⁽¹⁾
Manter-se saudável	1,2 (0,6)	1,4 (0,8)	0,227 ⁽¹⁾
Saúde mental e bem-estar	7,9 (2,9)	10,9 (3,2)	<0,001 ⁽¹⁾
Administração de medicação	0,3 (0,6)	0,6 (0,6)	0,095 ⁽¹⁾
Risco de quedas	1,1 (1,2)	1,5 (1,1)	0,055 ⁽¹⁾
Risco de rutura no cuidado ou de admissão hospitalar	3,2 (1,9)	4,7 (2,2)	0,003 ⁽²⁾
Pontuação de independência	13,0 (17,4)	14,6 (13,6)	0,207 ⁽¹⁾
Satisfação com a vida	16,7 (5,7)	15,1 (6,7)	0,348 ⁽¹⁾

(1) Mann-Whitney U Test
(2) Independent Samples T-Test

Relativamente à idade, verifica-se não existirem diferenças estatisticamente significativas entre os diferentes grupos etários no que concerne às variáveis em análise (Tabela 17).

Tabela 17 - Pontuações dos instrumentos EASYcare e SWLS segundo o grupo etário

	GRUPOS ETÁRIOS (ANOS)			<i>p</i>
	75-79	80-84	≥85	
	(n=37)	(n=26)	(n=20)	
	M (DP)	M (DP)	M (DP)	
Visão, audição e comunicação	1,2 (1,3)	1,7 (1,5)	2,3 (1,8)	0,079 ⁽²⁾
Cuidar de si	8,3 (8,6)	8,7 (8,5)	14,0(11,8)	0,236 ⁽²⁾
Mobilidade	3,7 (5,6)	3,2 (3,9)	5,3 (5,3)	0,318 ⁽²⁾
Segurança	0,7 (0,8)	0,6 (0,6)	0,5 (0,7)	0,591 ⁽²⁾
Local de residência e finanças	1,2 (1,7)	0,6 (1,3)	1,1 (1,8)	0,323 ⁽²⁾
Manter-se saudável	1,3 (0,8)	1,4 (0,7)	1,3 (0,7)	0,787 ⁽²⁾
Saúde mental e bem-estar	10,4 (3,7)	9,6 (3,2)	9,1 (2,9)	0,282 ⁽²⁾
Administração de medicação	0,4 (0,6)	0,4 (0,6)	0,8 (0,7)	0,133 ⁽²⁾
Risco de quedas	1,4 (1,1)	1,3 (1,2)	1,6 (1,2)	0,703 ⁽²⁾
Risco de rutura no cuidado ou de admissão hospitalar	4,3 (2,3)	4,3 (2,3)	3,9 (2,1)	0,738 ⁽¹⁾
Pontuação de independência	11,9 (13,9)	12,0 (12,6)	20,5 (18,1)	0,173 ⁽²⁾
Satisfação com a vida	15,1 (6,5)	16,2 (6,2)	16,0 (6,5)	0,857 ⁽²⁾

(1) One-Way ANOVA
(2) Kruskal-Wallis H Test

Também não são observadas diferenças estatisticamente significativas entre as variáveis em estudo e o estado civil (Tabela 18).

Tabela 18 - Pontuações nos instrumentos EASYcare e SWLS segundo o estado civil

	ESTADO CIVIL				<i>p</i>
	Casado	Viúvo	Solteiro	Divorciado	
	(n=36)	(n=41)	(n=3)	(n=3)	
	M (DP)	M (DP)	M (DP)	M (DP)	
Visão, audição e comunicação	1,4 (1,5)	1,9 (1,6)	1,0 (1,0)	0,7 (0,6)	0,326 ⁽¹⁾
Cuidar de si	8,3 (7,4)	12,2(11,2)	3,7 (3,1)	1,0 (1,7)	0,064 ⁽¹⁾
Mobilidade	3,0 (3,6)	5,0 (3,6)	2,0 (6,2)	1,3 (1,5)	0,288 ⁽¹⁾
Segurança	0,5 (0,7)	0,7 (0,8)	0,7 (0,6)	1,7 (1,2)	0,164 ⁽¹⁾
Local de residência e finanças	1,2 (1,8)	0,8 (1,5)	0,3 (0,6)	0,3 (0,6)	0,842 ⁽¹⁾
Manter-se saudável	1,3 (0,7)	1,3 (0,7)	1,0 (1,0)	1,7 (1,2)	0,863 ⁽¹⁾
Saúde mental e bem-estar	9,1 (3,3)	10,5 (3,2)	5,7 (2,1)	13,7 (1,2)	0,080 ⁽¹⁾
Administração de medicação	0,5 (0,6)	0,5 (0,6)	0,0 (0,0)	0,7 (0,58)	0,450 ⁽¹⁾
Risco de quedas	1,2 (1,0)	1,6 (1,3)	0,7 (0,6)	2,0 (1,0)	0,210 ⁽¹⁾
Risco de rutura no cuidado ou de admissão hospitalar	3,9 (2,1)	4,6 (2,3)	2,0 (2,7)	5,0 (0,0)	0,118 ⁽¹⁾
Pontuação de independência	11,8 (11,0)	17,6 (17,7)	4,7 (5,7)	0,67 (1,2)	0,053 ⁽¹⁾
Satisfação com a vida	17,1 (5,7)	14,0 (6,6)	21,7 (1,5)	14,0 (7,8)	0,070 ⁽¹⁾

(1) Kruskal-Wallis H Test

Verifica-se que para o domínio “local de residência e finanças” foram encontradas diferenças estatisticamente significativas entre os níveis de escolaridade ($Z=11,789$; $p=0,040$). De acordo com a comparação múltipla de médias das ordens, os participantes com o 2º ciclo ou superior apresentam uma pontuação significativamente diferente dos que não frequentaram a escola ($p=0,036$) e dos que possuem o 1º ciclo ($p=0,044$), sendo neste nível de escolaridade ($\geq 2^\circ$ ciclo) que se observa maior qualidade de vida (Tabela 19).

Tabela 19 - Pontuações nos instrumentos EASYcare e SWLS segundo o nível de escolaridade

	ESCOLARIDADE			p
	Sem	1º ciclo	≥ 2º ciclo	
	Escolaridade	(completo ou não)	(completo ou não)	
	(n=28)	(n=46)	(n=9)	
	M (DP)	M (DP)	M (DP)	
Visão, audição e comunicação	2,4 (1,7)	1,3 (1,4)	0,8 (0,7)	0,376 ⁽¹⁾
Cuidar de si	11,1 (11,2)	9,0 (9,0)	9,7 (8,3)	0,732 ⁽¹⁾
Mobilidade	4,9 (5,0)	3,7 (5,4)	2,0 (2,1)	0,524 ⁽¹⁾
Segurança	0,6 (0,8)	0,7 (0,7)	0,6 (0,5)	0,890 ⁽¹⁾
Local de residência e finanças	1,1 (1,7)	1,7 (1,7)	0,0 (0,0)	0,040 ⁽¹⁾
Manter-se saudável	1,5 (0,8)	1,3 (0,7)	0,9 (0,6)	0,095 ⁽¹⁾
Saúde mental e bem-estar	10,6 (2,9)	9,6 (3,6)	8,4 (3,1)	0,361 ⁽¹⁾
Administração de medicação	0,8 (0,7)	0,4 (0,5)	0,3 (0,5)	0,902 ⁽¹⁾
Risco de quedas	1,6 (1,2)	1,4 (1,1)	0,9 (1,1)	0,202 ⁽¹⁾
Risco de rutura no cuidado ou de admissão hospitalar	4,7 (2,3)	4,0 (2,2)	3,8 (2,0)	0,361 ⁽¹⁾
Pontuação de independência	17,1 (16,5)	12,9 (14,8)	10,1 (9,0)	0,936 ⁽¹⁾
Satisfação com a vida	14,3 (6,2)	15,8 (6,7)	19,2 (3,8)	0,214 ⁽¹⁾

(1) Kruskal-Wallis H Test

Relativamente às finanças (Tabela 20), verifica-se que existem diferenças estatisticamente significativas nas pontuações dos seguintes domínios do EASYcare:

- “Visão, audição e comunicação” ($Z=12,047$; $p=0,002$). Segundo a comparação múltipla de médias das ordens, os participantes com capacidade financeira insuficiente apresentam uma pontuação significativamente diferente dos que têm boa capacidade financeira ($p=0,002$) e dos que possuem suficiente capacidade financeira ($p=0,007$), sendo neste nível de situação financeira que se observa menor qualidade de vida.

- “Cuidar de si” ” ($Z=12,485$; $p=0,002$). De acordo com a comparação múltipla de médias das ordens, os participantes com capacidade financeira insuficiente apresentam uma pontuação significativamente diferente dos que têm boa capacidade financeira ($p=0,011$) e dos que possuem suficiente capacidade financeira ($p=0,001$), sendo neste nível de finanças que se observa menor qualidade de vida.
- “Mobilidade” ($Z=6,067$; $p=0,048$). Conforme a comparação múltipla de médias das ordens, os participantes com capacidade financeira insuficiente apresentam uma pontuação significativamente diferente dos que possuem suficiente capacidade financeira ($p=0,011$) mas não dos que têm boa capacidade financeira, sendo neste nível de finanças que se observa menor qualidade de vida.
- “Local de residência e finanças” ($Z=9,170$; $p=0,010$). Segundo a comparação múltipla de médias das ordens, os participantes com capacidade financeira insuficiente apresentam uma pontuação significativamente diferente dos que têm boa capacidade financeira ($p=0,026$) e dos que possuem suficiente capacidade financeira ($p=0,006$), sendo neste nível de finanças que se observa menor qualidade de vida.
- “Administração de medicação” ($Z=10,664$; $p=0,005$). De acordo com a comparação múltipla de médias das ordens, os participantes com capacidade financeira insuficiente apresentam uma pontuação significativamente diferente dos que têm boa capacidade financeira ($p=0,007$) e dos que possuem suficiente capacidade financeira ($p=0,005$), sendo neste nível de finanças que se observa menor qualidade de vida.

Relativamente ao risco de quedas, também se observam diferenças estatisticamente significativas entre os níveis de situação financeira ($Z=6,342$; $p=0,042$). Segundo a comparação múltipla de médias das ordens, os participantes com capacidade financeira insuficiente apresentam uma pontuação significativamente diferente dos que possuem capacidade financeira suficiente ($p=0,018$) mas não dos que têm boa capacidade financeira, sendo neste nível de finanças que se observa maior risco de quedas.

Quando se analisa a pontuação de independência, é igualmente observada uma diferença estatisticamente significativa entre os níveis de situação financeira ($Z=14,225$, $p=0,001$). De acordo com a comparação múltipla de médias das ordens, os participantes com capacidade financeira insuficiente apresentam uma pontuação significativamente diferente dos que têm boa capacidade financeira ($p=0,040$) e dos que possuem suficiente capacidade financeira ($p<0,001$), sendo neste nível de finanças que se observa maior dependência.

Também se afere que a satisfação com a vida é estatisticamente diferente entre os níveis de situação financeira ($Z=10,067$, $p=0,007$). Segundo a comparação múltipla de médias das ordens, os participantes com capacidade financeira insuficiente apresentam uma pontuação significativamente diferente dos que possuem capacidade financeira suficiente ($p=0,010$) mas não dos que têm boa capacidade financeira, sendo neste nível de finanças que se observa menor satisfação com a vida.

Tabela 20 - Pontuações nos instrumentos EASYcare e SWLS segundo as finanças

	FINANÇAS			p
	“Não chegam para as necessidades” (n=37)	“Suficientes” (n=35)	“Sobra algum dinheiro” (n=11)	
	M (DP)	M (DP)	M (DP)	
Visão, audição e comunicação	2,3 (1,7)	1,2 (1,2)	0,7 (1,0)	0,002 ⁽¹⁾
Cuidar de si	14,0 (10,8)	6,6 (7,0)	6,0 (7,4)	0,002 ⁽¹⁾
Mobilidade	5,7 (6,5)	2,3 (2,8)	3,0 (3,0)	0,048 ⁽¹⁾
Segurança	0,8 (0,9)	0,5 (0,6)	0,7 (0,5)	0,315 ⁽¹⁾
Local de residência e finanças	1,6 (1,9)	0,5 (1,3)	0,2 (0,4)	0,010 ⁽¹⁾
Manter-se saudável	1,3 (0,8)	1,4 (0,7)	1,1 (0,7)	0,456 ⁽¹⁾
Saúde mental e bem-estar	10,6 (2,9)	8,9 (3,7)	10,2 (3,5)	0,129 ⁽¹⁾
Administração de medicação	0,7 (0,7)	0,3 (0,5)	0,2 (0,4)	0,005 ⁽¹⁾
Risco de quedas	1,7 (1,4)	1,0 (0,9)	1,5 (0,7)	0,042 ⁽¹⁾
Risco de rutura no cuidado ou de admissão hospitalar	4,7 (2,2)	3,7 (2,3)	4,1 (1,8)	0,138 ⁽¹⁾
Pontuação de independência	21,0 (17,9)	8,7 (8,8)	7,4 (9,5)	0,001 ⁽¹⁾
Satisfação com a vida	13,4 (6,3)	18,1 (5,8)	15,6 (5,8)	0,007 ⁽¹⁾

(1) Kruskal-Wallis H Test

Quando se avalia a existência de diferenças estatisticamente significativas entre o grupo de participantes que vive só e o grupo que vive acompanhado (Tabela 21), verifica-se que são as pessoas que vivem acompanhadas que referem maior dificuldade no autocuidado ($U=550,5$; $p=0,045$) e na administração da medicação ($U=543,0$; $p=0,018$). Por outro lado, quem vive só manifesta maior insegurança ($U=568,0$; $p=0,043$) e pior “saúde mental e bem-estar” ($U=520,0$; $p=0,021$) mas maior independência ($U=526,0$; $p=0,025$).

Tabela 21 - Pontuações nos instrumentos EASYcare e SWLS segundo o agregado familiar

	AGREGADO FAMILIAR		p
	Sozinho	Acompanhado	
	(n=27)	(n=56)	
	M (DP)	M (DP)	
Visão, audição e comunicação	1,5 (1,3)	1,7 (1,6)	0,960 ⁽¹⁾
Cuidar de si	6,3 (6,3)	11,5 (10,5)	0,045 ⁽¹⁾
Mobilidade	2,5 (2,9)	4,6 (5,7)	0,145 ⁽¹⁾
Segurança	0,9 (0,9)	0,5 (0,7)	0,043 ⁽¹⁾
Local de residência e finanças	0,4 (0,8)	1,2 (1,8)	0,304 ⁽¹⁾
Manter-se saudável	1,4 (0,8)	1,3 (0,7)	0,527 ⁽¹⁾
Saúde mental e bem-estar	11,0 (3,5)	9,3 (3,2)	0,021 ⁽¹⁾
Administração de medicação	0,3 (0,5)	0,6 (0,7)	0,018 ⁽¹⁾
Risco de quedas	1,4 (1,0)	1,4 (1,2)	0,708 ⁽¹⁾
Risco de rutura no cuidado ou de admissão hospitalar	3,9 (2,1)	4,3 (2,3)	0,652 ⁽¹⁾
Pontuação de independência	8,1 (8,9)	16,8 (16,5)	0,025 ⁽¹⁾
Satisfação com a vida	14,5 (6,4)	16,2 (6,3)	0,300 ⁽¹⁾

(1) Mann-Whitney U Test

7.5 Análise da relação entre as variáveis clínicas, perceção de qualidade de vida e satisfação com a vida

Pretende-se, de seguida, observar a relação entre as variáveis clínicas e a perceção de qualidade de vida (EASYcare) e satisfação com a vida.

Quando se analisa a relação entre cada domínio do EASYcare e a variável duração da doença (Tabela 22), verifica-se que os participantes com 10 ou menos anos de doença reportam maior insegurança ($U=574,0$, $p=0,016$) e menor dificuldade na administração da medicação ($U=608,0$, $p=0,033$).

Tabela 22 - Pontuações nos instrumentos EASYcare e SWLS segundo a duração da doença

	DURAÇÃO DA DOENÇA		<i>p</i>
	≤ 10 anos	> 10 anos	
	(n=52)	(n=31)	
	M (DP)	M (DP)	
Visão, audição e comunicação	1,3 (1,4)	2,0 (1,7)	0,072 ⁽¹⁾
Cuidar de si	9,1 (8,5)	11,0 (11,3)	0,681 ⁽¹⁾
Mobilidade	3,3 (3,9)	4,9 (6,5)	0,337 ⁽¹⁾
Segurança	0,8 (0,7)	0,5 (0,8)	0,016 ⁽¹⁾
Local de residência e finanças	0,9 (1,6)	1,0 (1,8)	0,802 ⁽¹⁾
Manter-se saudável	1,3 (0,8)	1,4 (0,7)	0,416 ⁽¹⁾
Saúde mental e bem-estar	9,9 (3,5)	9,7 (3,3)	0,802 ⁽¹⁾
Administração de medicação	0,4 (0,6)	0,7 (0,7)	0,033 ⁽¹⁾
Risco de quedas	1,3 (1,1)	1,5 (1,2)	0,433 ⁽¹⁾
Risco de rutura no cuidado ou de admissão hospitalar	4,1 (2,2)	4,3 (2,4)	0,838 ⁽¹⁾
Pontuação de independência	12,4 (12,3)	16,7 (18,5)	0,455 ⁽¹⁾
Satisfação com a vida	16,3 (6,3)	15,6 (6,3)	0,250 ⁽¹⁾

(1) Mann-Whitney U Test

Quando se analisa a relação entre cada domínio do EASYcare e a variável controlo glicémico (Tabela 23), verifica-se que os participantes que apresentam um bom controlo glicémico (HbA1c <7%) reportam maior dificuldade no autocuidado (U=453,0; $p=0,037$).

Tabela 23 - Pontuações nos instrumentos EASYcare e SWLS segundo o controlo glicémico

	CONTROLO GLICÉMICO		<i>p</i>
	Bom	Mau	
	(n=62)	(n=21)	
	M (DP)	M (DP)	
Visão, audição e comunicação	1,7 (1,5)	1,5 (1,6)	0,567 ⁽¹⁾
Cuidar de si	10,5 (9,0)	7,8 (11,4)	0,037⁽¹⁾
Mobilidade	4,0 (5,3)	3,8 (4,5)	0,886 ⁽¹⁾
Segurança	0,7 (0,8)	0,6 (0,7)	0,719 ⁽¹⁾
Local de residência e finanças	1,0 (1,7)	0,9 (1,6)	0,995 ⁽¹⁾
Manter-se saudável	1,3 (0,7)	1,4 (0,7)	0,574 ⁽¹⁾
Saúde mental e bem-estar	10,0 (3,4)	9,5 (3,4)	0,632 ⁽¹⁾
Administração de medicação	0,5 (0,6)	0,5 (0,7)	0,914 ⁽¹⁾
Risco de quedas	1,4 (1,2)	1,3 (1,1)	0,619 ⁽¹⁾
Risco de rutura no cuidado ou de admissão hospitalar	4,4 (2,1)	3,7 (2,5)	0,258 ⁽²⁾
Pontuação de independência	14,7 (14,2)	11,8 (17,2)	0,085 ⁽¹⁾
Satisfação com a vida	15,3 (6,7)	16,7 (5,3)	0,495 ⁽¹⁾

(1) Mann-Whitney U Test

(2) Independent Samples T-Test

Relativamente ao Índice de Massa Corporal (Tabela 24), verifica-se que existem diferenças estatisticamente significativas nas pontuações do domínio “mobilidade” ($Z=7,478$; $p=0,024$). Segundo a comparação múltipla de médias das ordens, os participantes “nutridos” apresentam uma pontuação significativamente diferente dos que estão “desnutridos/em risco de desnutrição” ($p=0,041$) e dos que possuem “obesidade” ($p=0,013$), sendo neste grupo de IMC que se observa maior mobilidade (menor pontuação no instrumento EASYcare).

Não são observadas diferenças estatisticamente significativas no risco de quedas, risco de rutura no cuidado, pontuação de independência e satisfação com a vida dos participantes, de acordo com o seu Índice de Massa Corporal.

Tabela 24 - Pontuações nos instrumentos EASYcare e SWLS segundo o IMC

	ÍNDICE DE MASSA CORPORAL			p
	Desnutrido / Risco desnutrição (n=11)	Nutrido (n=34)	Obeso (n=38)	
	M (DP)	M (DP)	M (DP)	
Visão, audição e comunicação	1,7 (1,8)	1,3 (1,4)	1,9 (1,6)	0,243 ⁽²⁾
Cuidar de si	12,6 (11,1)	8,0 (7,5)	10,6 (10,8)	0,488 ⁽²⁾
Mobilidade	4,9 (4,7)	2,3 (3,0)	5,1 (6,2)	0,024 ⁽²⁾
Segurança	0,5 (0,5)	0,6 (0,7)	0,7 (0,9)	0,788 ⁽²⁾
Local de residência e finanças	0,2 (0,4)	1,1 (1,7)	1,1 (1,8)	0,408 ⁽²⁾
Manter-se saudável	1,3 (0,7)	1,2 (0,8)	1,4 (0,7)	0,382 ⁽²⁾
Saúde mental e bem-estar	9,1 (3,6)	9,4 (3,6)	10,4 (3,1)	0,352 ⁽²⁾
Administração de medicação	0,5 (0,5)	0,4 (0,6)	0,6 (0,6)	0,472 ⁽²⁾
Risco de quedas	1,5 (1,2)	1,0 (0,9)	1,7 (1,3)	0,077 ⁽²⁾
Risco de rutura no cuidado ou de admissão hospitalar	4,5 (2,8)	3,8 (2,0)	4,5 (2,3)	0,351 ⁽¹⁾
Pontuação de independência	17,1 (16,0)	10,8 (10,7)	16,0 (17,6)	0,458 ⁽²⁾
Satisfação com a vida	15,7 (7,1)	16,8 (5,9)	14,7 (6,5)	0,422 ⁽²⁾

(1) One-Way ANOVA
(2) Kruskal-Wallis H Test

Quando se analisa a relação entre cada domínio do EASYcare e a variável controlo tensional (Tabela 25), verifica-se que os participantes que apresentam um bom controlo tensional reportam maior insegurança ($U=464,0$; $p=0,011$).

Apesar de não estatisticamente significativos, também no grupo dos participantes com tensão arterial controlada verificam-se, em média, piores resultados nos restantes domínios do EASYcare, e menor satisfação com a vida.

Tabela 25 - Pontuações nos instrumentos EASYcare e SWLS segundo o controlo tensional

	TENSÃO ARTERIAL		<i>p</i>
	Controlada	Não Controlada	
	(n=23)	(n=63)	
	M (DP)	M (DP)	
Visão, audição e comunicação	1,9 (1,6)	1,5 (1,5)	0,363 ⁽¹⁾
Cuidar de si	11,7 (8,4)	9,1 (10,0)	0,099 ⁽¹⁾
Mobilidade	4,1 (4,2)	3,9 (5,4)	0,358 ⁽¹⁾
Segurança	0,9 (0,7)	0,5 (0,8)	0,011⁽¹⁾
Local de residência e finanças	1,4 (1,8)	0,8 (1,5)	0,078 ⁽¹⁾
Manter-se saudável	1,4 (0,7)	1,3 (0,7)	0,490 ⁽¹⁾
Saúde mental e bem-estar	10,5 (3,1)	9,6 (3,5)	0,293 ⁽¹⁾
Administração de medicação	0,5 (0,6)	0,5 (0,6)	0,701 ⁽¹⁾
Risco de quedas	1,6 (1,0)	1,3 (1,2)	0,316 ⁽¹⁾
Risco de rutura no cuidado ou de admissão hospitalar	4,6 (1,9)	4,1 (2,3)	0,256 ⁽¹⁾
Pontuação de independência	16,4 (12,7)	13,0 (15,7)	0,148 ⁽¹⁾
Satisfação com a vida	13,6 (6,4)	16,5 (6,2)	0,091 ⁽¹⁾

(1) Mann-Whitney U Test

Não são observadas diferenças estatisticamente significativas nos domínios do instrumento EASYcare e na satisfação com a vida, de acordo com a ficha lipídica dos participantes (Tabela 26).

Tabela 26 - Pontuações nos instrumentos EASYcare e SWLS segundo o controlo lipídico

	FICHA LIPÍDICA		<i>p</i>
	Controlada	Não Controlada	
	(n=18)	(n=65)	
	M (DP)	M (DP)	
Visão, audição e comunicação	1,6 (1,4)	1,6 (1,6)	0,800 ⁽¹⁾
Cuidar de si	10,6 (8,3)	9,6 (10,0)	0,405 ⁽¹⁾
Mobilidade	4,4 (4,2)	3,8 (5,3)	0,323 ⁽¹⁾
Segurança	0,4 (0,6)	0,7 (0,8)	0,096 ⁽¹⁾
Local de residência e finanças	1,2 (1,8)	0,88 (1,6)	0,479 ⁽¹⁾
Manter-se saudável	1,1 (0,5)	1,4 (0,8)	0,082 ⁽¹⁾
Saúde mental e bem-estar	9,3 (2,7)	10,0 (3,5)	0,381 ⁽¹⁾
Administração de medicação	0,7 (0,7)	0,5 (0,6)	0,198 ⁽¹⁾
Risco de quedas	1,0 (0,8)	1,5 (1,2)	0,157 ⁽¹⁾
Risco de rutura no cuidado ou de admissão hospitalar	3,8 (2,3)	4,3 (2,2)	0,315 ⁽¹⁾
Pontuação de independência	15,5 (13,1)	13,6 (15,5)	0,348 ⁽¹⁾
Satisfação com a vida	17,2 (6,0)	15,2 (6,4)	0,252 ⁽¹⁾

(1) Mann-Whitney U Test

Quando se avalia a existência de diferenças estatisticamente significativas entre os grupos de diabéticos com e sem complicações da doença (Tabela 27), verifica-se que em relação à satisfação com a vida, são os diabéticos que não apresentam complicações que se mostram mais satisfeitos ($U=461,5$; $p=0,030$).

Tabela 27 - Pontuações nos instrumentos EASYcare e SWLS segundo as complicações da diabetes

	COMPLICAÇÕES DA DIABETES		<i>p</i>
	NÃO	SIM	
	(n=22)	(n=61)	
	M (DP)	M (DP)	
Visão, audição e comunicação	1,5 (1,4)	1,7 (1,6)	0,727 ⁽¹⁾
Cuidar de si	10,0 (10,4)	9,7 (9,4)	0,955 ⁽¹⁾
Mobilidade	3,1 (4,5)	4,2 (5,3)	0,251 ⁽¹⁾
Segurança	0,4 (0,5)	0,7 (0,8)	0,058 ⁽¹⁾
Local de residência e finanças	0,9 (1,6)	1,0 (1,7)	0,861 ⁽¹⁾
Manter-se saudável	1,2 (0,6)	1,3 (0,8)	0,588 ⁽¹⁾
Saúde mental e bem-estar	9,0 (3,4)	10,1 (3,4)	0,203 ⁽¹⁾
Administração de medicação	0,4 (0,6)	0,5 (0,6)	0,216 ⁽¹⁾
Risco de quedas	1,1 (1,1)	1,5 (1,2)	0,127 ⁽¹⁾
Risco de rutura no cuidado ou de admissão hospitalar	3,8 (2,6)	4,3 (2,1)	0,274 ⁽¹⁾
Pontuação de independência	13,5 (15,9)	14,2 (14,7)	0,713 ⁽¹⁾
Satisfação com a vida	18,3 (4,9)	14,7 (6,6)	0,030⁽¹⁾

(1) Mann-Whitney U Test

7.6 Análise da relação entre a satisfação com a vida e a percepção de qualidade de vida

Utilizou-se o teste de correlação de Spearman para avaliar a correlação entre a satisfação com a vida (SWLS) e os domínios do EASYcare. Foram encontradas as seguintes correlações significativas:

1. **Satisfação com a vida e os domínios “visão, audição e comunicação”, “cuidar de si”, “mobilidade”, “local de residência e finanças”, “manter-se saudável”, “saúde mental e bem-estar” e “administração da medicação”:** Observou-se que um aumento da

pontuação nestes domínios está correlacionado com uma diminuição da satisfação com a vida (Tabela 28).

2. **Satisfação com a vida e o índice de independência:** Verificou-se que um aumento da dependência está correlacionado com uma diminuição da satisfação com a vida, $r_s = -0,445$, $p < 0,001$.
3. **Satisfação com a vida e o risco de quedas:** Observou-se que um aumento do risco de quedas está correlacionado com uma diminuição da satisfação com a vida, $r_s = -0,458$, $p < 0,001$.
4. **Satisfação com a vida e o risco de rutura no cuidado ou de admissão hospitalar:** Observou-se que um aumento do risco de rutura no cuidado ou de admissão hospitalar está correlacionado com uma diminuição da satisfação com a vida, $r_s = -0,546$, $p < 0,001$.

Tabela 28 – Matriz de correlação Satisfação com a vida - Domínios do EASYcare e valores de p

EASYcare - Domínios	SWLS	
	r_s	p
Visão, audição e comunicação	-0,329	0,002
Cuidar de si	-0,415	< 0,001
Mobilidade	-0,365	0,001
Segurança	-0,180	0,104
Local de residência e finanças	-0,417	< 0,001
Manter-se saudável	-0,265	0,015
Saúde mental e bem-estar	-0,465	< 0,001
Administração da medicação	-0,274	0,012

8 Discussão

Discutir-se-ão aqui os aspetos que surgiram da apresentação dos resultados, de acordo com os objetivos do estudo. São ainda discutidas algumas questões metodológicas e limitações inerentes ao desenvolvimento do estudo.

Os resultados obtidos e que são discutidos de seguida, não deverão ser perspetivados como representativos da população portuguesa com diabetes tipo 2, tendo em conta que o processo de seleção dos participantes para o estudo, feito em contexto dos cuidados de saúde primários, não abrange os casos mais complicados e de controlo metabólico mais difícil, que são seguidos a nível hospitalar.

O perfil sociodemográfico da amostra é maioritariamente constituído por mulheres idosas diabéticas, com uma média etária de 80,9 anos (DP=4,3), viúvas ou casadas, com escolaridade baixa, que vivem acompanhadas em zona urbana, e com rendimentos baixos/médios.

A nível clínico, a maioria da amostra apresenta um bom controlo glicémico, cumpre medicação antidiabética oral, tem uma média de duração da doença de 11,2 anos (DP=10,1), apresenta complicações da diabetes, excesso de peso [o IMC médio é de 29,3 (DP=3,7)], tensão arterial e ficha lipídica não controladas. Confrontando estes resultados com uma subanálise do estudo VALSIM, na qual foi estudada a prevalência e controlo da hipertensão arterial e dislipidemia nos diabéticos seguidos nos cuidados de saúde primários em Portugal (Cortez-Dias, *et al.*, 2009), verifica-se que no presente trabalho a percentagem de hipertensão controlada é superior (27,7% contra 9,3%), assim como o é em relação à população portuguesa (11,2%) referida no trabalho de Espiga de Macedo *et al.* (2007). Em relação à ficha lipídica também se observa um maior controlo dos parâmetros lipídicos neste estudo face ao de Cortez-Dias *et al.* (2009) (21,7% contra 6,7%). Apesar deste tipo de comparações poder estar ligeiramente enviesado, na medida em que os critérios e métodos utilizados nos diferentes estudos não são rigorosamente iguais, reveste-se de especial importância pois fornece uma perceção (ainda que indireta) do grau de controlo

da amostra em estudo. Este bom controlo pode ser explicado pelo acompanhamento frequente que estes doentes têm na USF (4 consultas/ano).

O presente estudo, que se debruça exclusivamente sobre a qualidade de vida em indivíduos com diabetes tipo 2, não tem por objetivo, como em estudos anteriores (Amorim, 1999), fazer a comparação da qualidade de vida entre indivíduos diabéticos e a população geral, mas antes o estudo da qualidade de vida nestes indivíduos e a análise de variáveis que com ela interferem.

A investigação e melhoria da qualidade de vida na pessoa idosa diabética revestem-se de especial importância devido à sua relação com resultados adversos da diabetes, fraco controlo glicémico, inatividade física forçada, baixa adesão ao tratamento e risco aumentado de complicações agudas (Ragonesi, *et al.*, 1998).

A análise das respostas ao instrumento EASYcare demonstra que de uma forma global a maioria da amostra apresenta boa funcionalidade e independência, percecionando a sua qualidade de vida como sendo positiva. Esta observação é consonante com a proposta de definição de envelhecimento bem-sucedido de Young *et al.* (2009) que defende a possibilidade da existência de uma qualidade de vida satisfatória e bem-estar mesmo em contexto de doença ou incapacidade (Bowling, *et al.*, 2007).

De acordo com a WHO (1999) a maioria das pessoas idosas mantém elevada capacidade funcional. Em Portugal, os trabalhos de Sousa *et al.* (2003) e de Sousa & Figueiredo (2003) apontam para a manutenção da independência e da boa qualidade de vida nas pessoas idosas, mesmo em idades muito avançadas. Igualmente no presente estudo, através da observação dos resultados das pontuações finais do EASYcare, verifica-se um baixo risco de quedas, baixo risco de rutura no cuidado ou de admissão hospitalar, e elevada independência.

Contudo, é importante salientar alguns domínios mais críticos do EASYcare que podem refletir a existência de dificuldades de adaptação à doença crónica, principalmente no que se refere à vida em comunidade (uma percentagem não desprezível da amostra refere necessidade de ajuda ou é totalmente incapaz

de se deslocar aos serviços públicos (38,5%), fazer as suas compras (36,2%), realizar as tarefas domésticas (50,6%), preparar as refeições (42,2%), e realizar as atividades importantes para o próprio – 42,2%) e à saúde mental e bem-estar (44,6% sente-se deprimido, 33,7% teve problemas em dormir ou refere pouco interesse em fazer as coisas). Estes resultados estão de acordo com os trabalhos de Gregg *et al.* (2000) e de Gregg *et al.* (2002) nos quais a diabetes no idoso está associada ao aumento do risco de incapacidade física relacionada com a diminuição da mobilidade e limitação das atividades da vida diária. Esta relação pode ser explicada em parte pela presença das complicações clássicas da diabetes (por exemplo, doença coronária, doença arterial periférica, e défice visual), contudo, mesmo após controlo destes fatores, verifica-se um excesso de prevalência de incapacidade na ordem dos 60% (Gregg, *et al.*, 2000; Gregg, *et al.*, 2002). A incapacidade e a doença crónica conduzem à depressão que por sua vez promove mais inatividade (Chapman, *et al.*, 2005).

É também relevante realçar que o item funcionamento mnésico constitui um motivo de preocupação para a maioria da amostra (63,9%), em concordância com trabalhos que documentam a relação de vários tipos de défices cognitivos em diabéticos tipo 2 idosos e de meia-idade (Hassing, *et al.*, 2004; Hassing, *et al.*, 2002; Almeida-Pititto, *et al.*, 2008; Fernandes-Lopes, *et al.*, 2010; Nooyens, *et al.*, 2010; Ott, *et al.*, 1996).

Quando se confrontam as limitações referidas pelas pessoas idosas neste trabalho com as assinaladas pela amostra do *Estudo do Perfil do Envelhecimento da População Portuguesa* de Oliveira *et al.* (2008) verifica-se que para a mesma faixa etária, os diabéticos idosos apresentam percentualmente maior limitação ao nível da visão (53,0% contra 21,6%), audição (43,4% contra 23,2%), controlo urinário (51,8% contra 47,4%), assim como, maior percentagem de queda no último ano (45,8% contra 40,8%).

No estudo de Schiller *et al.* (2007) os idosos diabéticos apresentam um risco acrescido de 25% de sofrer uma queda comparativamente aos outros idosos. Os perigos no interior da habitação (escadas, tapetes, fios elétricos, fraca iluminação) tornam-se mais importantes para o favorecimento do risco de quedas na presença de problemas originados pela variação nos níveis de

glicémia (visão turva, fadiga/fraqueza muscular, diminuição da sensibilidade nas mãos e pés, tonturas).

Verifica-se também que a percepção global de saúde dos diabéticos idosos é mais negativa do que a referida pelos idosos no estudo de Oliveira *et al.* (2008). Este resultado pode ser explicado pela presença de complicações associadas à diabetes em conjugação com o avançar da idade (Ahroni, *et al.*, 1994; Rubin, *et al.*, 1999). Semelhante explicação – em particular a presença de neuropatia (Benbow, *et al.*, 1998) – poderá justificar a elevada percentagem de utentes (61,4%) que neste trabalho percecionam ter tido dores no último mês.

Apesar da maioria dos inquiridos não referir solidão, 38,6% relata sentir-se só “por vezes”/“muitas vezes”. Na idade avançada, o risco de solidão está relacionado com a presença de doença física e com as perdas sociais associadas à idade (Shohov, 2003).

Quanto aos exames de rastreio de cancro, apenas 26,5% refere a sua atualização. Sabe-se que alguns cancros podem ser detetados numa fase precoce através de programas de rastreio, variando a sua implementação consoante o país e região e geralmente apresentando um limite máximo de idade (Turner, *et al.*, 1999) que, tal como em Portugal, ronda os 75 anos. O tratamento do cancro é divergente no jovem e no idoso, sendo que as diferenças não são explicadas pelo apropriado ajustamento à condição individual do doente, as variáveis que influenciam o processo de decisão são desconhecidas (Turner, *et al.*, 1999), o que pode ser considerado de *ageísmo*. Apesar de esta ser uma área geradora de controvérsia, alguns estudos apontam no sentido de que a ausência de limite de idade possa salvar vidas (Van Dijck, *et al.*, 1996), tornando mais do que lícito o rastreio para além dos 75 anos.

Foi estudada a relação entre as variáveis sociodemográficas e as pontuações do EASYcare.

Concordante com a literatura, que associa às mulheres valores mais baixos nos vários domínios da qualidade de vida quando comparadas com os homens (Rubin, *et al.*, 1999; Jenkinson, *et al.*, 1993; Klein, *et al.*, 1998; Petterson, *et al.*, 1998), observam-se diferenças estatisticamente significativas no que respeita aos domínios “segurança”, “saúde mental e bem-estar” e “risco de rutura no cuidado ou de admissão hospitalar”, com piores resultados para as diabéticas tipo 2 idosas.

Em relação à idade, não foram encontradas diferenças estatisticamente significativas entre os diferentes grupos etários. Apesar das complicações crónicas da diabetes aumentarem de frequência com a idade conduzindo a uma aguardada diminuição da qualidade de vida (Sikdar, *et al.*, 2010), a literatura mundial não é consensual. À semelhança do presente estudo, o trabalho de Petterson *et al.* (1998) sugere a não existência de uma relação entre a idade e qualidade de vida e bem-estar no idoso diabético.

Discordante com a literatura, que associa níveis superiores de qualidade de vida e bem-estar subjectivo aos indivíduos casados (Aalto, *et al.*, 1997; Rubin, *et al.*, 1999; Diener, *et al.*, 1999), no presente estudo, não houve diferença significativa entre as variáveis em estudo e o estado civil.

Segundo Aalto *et al.* (1997), um nível inferior de escolaridade associa-se a menor qualidade de vida, este facto também é encontrado neste estudo no que respeita ao domínio “local de residência e finanças”.

À semelhança da revisão de Rubin *et al.* (1999), na qual é apontado que os diabéticos pertencentes a grupos socioeconómicos mais baixos têm pior qualidade de vida, também no presente estudo, relativamente à situação financeira, foi possível encontrar níveis médios de qualidade de vida significativamente inferiores para os indivíduos com baixa capacidade financeira, nas dimensões “visão, audição e comunicação”, “cuidar de si”, “mobilidade”, “local de residência e finanças”, “administração de medicação”, assim como, maior risco de quedas e maior dependência.

Alguns autores afirmam que o doente diabético que vive sozinho apresenta um agravamento na sua qualidade de vida nos domínios físico, social, psicológico e emocional, enquanto que o facto de viver com outras pessoas induz menor solidão e maior sensação de segurança (Hanestad, 1993; Wikblad, *et al.*, 1996; Rubin, *et al.*, 1999). Neste estudo, quem vive só manifesta maior insegurança e pior “saúde mental e bem-estar”, mas maior independência. Por outro lado, a maior dependência das pessoas diabéticas que vivem acompanhadas, pode explicar a sua maior dificuldade no autocuidado e na administração da medicação. Estes dados alertam para a importância da necessidade de apoio de terceira pessoa neste grupo de doentes.

Quando foi estudada a relação entre as variáveis clínicas e as pontuações do EASYcare encontraram-se diferenças significativas em alguns domínios da qualidade de vida.

Na literatura mundial existe grande controvérsia quanto à relação entre a duração da diabetes e a qualidade de vida (Rubin, *et al.*, 1999). Os resultados do presente estudo demonstram a inexistência de diferenças estatisticamente significativas na maioria dos domínios do EASYcare entre os indivíduos com maior duração da doença (mais de 10 anos), comparativamente aos indivíduos que têm diabetes há 10 anos ou menos. Contudo, verifica-se que os participantes com 10 anos ou menos de doença reportam maior insegurança e menor dificuldade na administração da medicação. Estes resultados podem ser explicados pela observação de que, no presente estudo, a incidência de complicações é independente da duração da diabetes (mais de 10 anos contra 10 anos ou menos) ($\chi^2 (1) = 0,840$; $p = 0.359$; $n = 83$), este facto está em desacordo com a literatura, na qual os doentes que sofrem de complicações crónicas da diabetes apresentam uma maior duração da doença.

Também a relação entre o controlo glicémico e a qualidade de vida, não reúne consenso na literatura (Snoek, 2000). Os resultados do presente estudo demonstram que não existem diferenças estatisticamente significativas na maioria dos domínios do EASYcare, face ao controlo glicémico do idoso diabético. Contudo, verifica-se uma exceção no domínio autocuidado, no qual os participantes com bom controlo glicémico percecionam maiores dificuldades.

Este agravamento da qualidade de vida pode ser explicado, em relação a alguns idosos, pela potencial ação adversa da hipoglicemia, resultado da manutenção de níveis de HbA_{1c} próximos aos fisiológicos, que apesar de recomendados para a população diabética em geral, têm sido questionados em relação aos idosos diabéticos. O estudo de Currie *et al.* (2010) realizado em 47970 diabéticos, com idade igual ou superior a 50 anos, tratados intensivamente com terapêutica oral combinada ou insulina, observou uma maior mortalidade, nos grupos com HbA_{1c} mais elevada (HR: 1,79) e mais baixa (HR: 1,52). Calles-Escandón *et al.* (2010) também encontraram resultados concordantes, ao reverem os dados de uma coorte de aproximadamente 5000 diabéticos do estudo ACCORD, que foram mantidos num controlo glicémico rigoroso durante 5 anos, relataram um maior índice de mortalidade em diabéticos que apresentavam valores de HbA_{1c} maiores que 8,5 e menores que 7,0; atribuindo o aumento de mortalidade no grupo com HbA_{1c} baixa à maior prevalência de quadros hipoglicémicos. De acordo com estes dados, alguns autores preconizam um menor rigor na manutenção de níveis baixos de HbA_{1c}, e apontam para a sua individualização em função da idade, esperança de vida, síndromes geriátricas, polifarmácia e preferência do doente (Brown, *et al.*, 2003; VA/DoD Diabetes Clinical Practice Guideline Working Group, 2010; Diabetes Australia Guideline Development Consortium, 2009; European Diabetes Working Party for Older People, 2004; National Institute for Health and Clinical Excellence, 2008; Canadian Diabetes Association, 2008; Kirsh, *et al.*, 2011).

A obesidade, a hipertensão e a diabetes estão geralmente associadas (Banegas, *et al.*, 2007). Segundo Zanella *et al.* (2001), a obesidade num contexto de hipertensão e diabetes aumenta o risco de complicações macro e microvasculares, o que predispõe a morte por causa cardíaca, insuficiência cardíaca, doença vascular periférica e cerebral, nefropatia e retinopatia. Vários estudos demonstraram uma redução significativa da qualidade de vida das pessoas obesas (Kolotkin, *et al.*, 2001; Banegas, *et al.*, 2007), tal como, no idoso desnutrido (Vetta, *et al.*, 1999). No presente estudo, foram encontradas diferenças estatisticamente significativas nas pontuações do domínio “mobilidade”, de acordo com o Índice de Massa Corporal, com o grupo dos

idosos diabéticos nutridos (IMC entre 25 a 29,9 kg/m²) a referir maior mobilidade.

A maioria dos idosos diabéticos tem também hipertensão e dislipidemia (Kirsh, *et al.*, 2011). Nestes doentes, há benefícios claros na diminuição dos valores tensionais, principalmente no que respeita à redução dos eventos macrovasculares (Kirsh, *et al.*, 2011). Neste estudo, quando se analisa a relação entre cada domínio do EASYcare e a variável controlo tensional, verifica-se que no grupo dos participantes com tensão arterial controlada observam-se, em média, piores resultados em todos os domínios do instrumento (estatisticamente significativo, somente para o domínio segurança). Este agravamento da qualidade de vida poderá ser explicado pelo facto de que ao se atingirem valores de tensão arterial <130/80mmHg também se potenciam os efeitos secundários dos fármacos, o risco de quedas e o risco de polifarmácia (Gribbin, *et al.*, 2010).

O controlo lipídico no doente idoso diabético é de suma importância para a redução do risco de doença cardiovascular (Kirsh, *et al.*, 2011). No presente estudo o controlo da ficha lipídica dos participantes não teve impacto na qualidade de vida. A literatura é omissa nesta área, sendo deste modo necessários futuros estudos.

Discordante com a literatura, que associa à presença de complicações da diabetes um agravamento da qualidade de vida (Rubin, *et al.*, 1999; Jacobson, *et al.*, 1994; Coffey, *et al.*, 2002; Keinanen-Kiukaanniemi, *et al.*, 1996; Anderson, *et al.*, 1997), no presente estudo, não houve diferença significativa entre as variáveis em estudo e a presença ou ausência de complicações da doença. Estes resultados estão em consonância com a hipótese proposta por Young *et al.* (2009), na qual um envelhecimento com qualidade pode coexistir com doença. Contudo, dado o reduzido número da amostra e de idosos diabéticos com complicações crónicas, será importante a realização de futuros estudos com amostras mais alargadas.

Também foi estudada a relação entre as variáveis sociodemográficas, clínicas, domínios do EASYcare e a satisfação com a vida.

A amostra em estudo referiu, em média, uma pontuação intermédia/neutra de satisfação com a vida, localizada na faixa do “nem concordo, nem discordo”.

Assim como a maioria dos trabalhos, verificou-se que a satisfação com a vida é influenciada negativamente pela baixa capacidade financeira dos participantes, pela presença de complicações da diabetes, e pelo agravamento da qualidade de vida.

O presente estudo manifesta algumas limitações, na medida em que é transversal e inclui exclusivamente diabéticos em tratamento de ambulatório.

A amostra contém doentes nas várias fases da diabetes, o que associado à não realização de um estudo longitudinal, impossibilita a avaliação da qualidade de vida e satisfação com a vida ao longo do curso da doença.

Foi um estudo realizado numa única instituição e, como tal, pode não representar a realidade de outras unidades de saúde.

O instrumento utilizado, EASYcare, por ser um instrumento genérico, apresenta, por um lado, a vantagem de incorporar vários domínios da qualidade de vida, de possibilitar a comparação entre grupos com a mesma doença e entre grupos com outras doenças, por outro lado, a sensibilidade e especificidade para o estudo de uma doença em particular pode estar reduzido.

9 Conclusões

Tendo em conta os objetivos definidos para o presente estudo, as suas limitações metodológicas e amostrais, foram retiradas as seguintes conclusões:

- A avaliação da qualidade de vida foi positiva entre as pessoas idosas diabéticas na maioria dos aspetos mensurados. Contudo, percecionam de pior forma as áreas referentes à vida em comunidade, saúde mental e bem-estar e funcionamento mnésico.
- Comparativamente a outros estudos, as pessoas idosas diabéticas referem maior limitação a nível da visão, audição, controlo urinário e maior percentagem de queda no último ano.
- Das variáveis sociodemográficas é o género e a capacidade financeira que mais interferem com os domínios da qualidade de vida. As mulheres idosas diabéticas, percecionam pior qualidade de vida nos domínios “segurança”, saúde mental e bem-estar” e “risco de rutura no cuidado ou de admissão hospitalar”. Os participantes com baixa capacidade financeira referem um agravamento nas dimensões “visão, audição e comunicação”, “cuidar de si”, “mobilidade”, “local de residência e finanças”, “administração de medicação”, assim como, maior risco de quedas e maior dependência.
- As variáveis clínicas estudadas interferem muito modestamente com a qualidade de vida, sugerindo que no idoso diabético a qualidade de vida seja um constructo multidimensional envolvendo para além da saúde, fatores sociodemográficos e outros. Deste modo, uma avaliação da qualidade de vida de cada idoso diabético não pode ser realizada tendo em conta unicamente o seu estado físico.

- A qualidade de vida influencia a satisfação com a vida. Verificou-se que a satisfação com a vida é influenciada negativamente pela baixa capacidade financeira dos participantes, pela presença de complicações da diabetes, e pelo agravamento da qualidade de vida.

Consequentemente, este trabalho, abre futuras perspetivas, nomeadamente a avaliação da qualidade de vida e satisfação com a vida através da realização de um estudo longitudinal, multicêntrico, representativo da população portuguesa, com a aplicação de instrumentos genéricos e instrumentos específicos para a diabetes. Os doentes seriam estratificados por estágio da doença, idade, sexo e local de seguimento (centro de saúde, unidade de saúde familiar, hospital).

Texto escrito conforme o Acordo Ortográfico.

10 Bibliografia

Aalto, A. M., Uutela, A. e Aro, A. R. 1997. Health related quality of life among insulin-dependent diabetes: disease-related and psychosocial correlates. *Patient Education and Counseling*. 1997, Vol. 30, pp. 215-25.

Abbatecola, A. M. e Paolisso, G. 2009. Diabetes care targets in older persons. *Diabetes Research and Clinical Practice*. 2009, Vol. 86S, pp. S35-40. doi:10.1016/S0168-8227(09)70007-5.

Agrawal, S., et al. 2011. Geriatric health: Need to make it an essential element of primary care. *Indian journal of public health*. 2011, Vol. 55, 1, pp. 25-9. doi:10.4103/0019-557X.82540.

Aguiar, C. C. T., et al. 2008. Instrumentos de avaliação de qualidade de vida relacionada à saúde no diabetes melito. *Arquivos Brasileiros de Endocrinologia & Metabologia*. 2008, Vol. 52, 6, pp. 931-939. doi:10.1590/S0004-27302008000600004.

Ahroni, J.H. e Pecoraro, R.E. 1994. The Health and Functional Status of Veterans With Diabetes. *Diabetes Care*. 1994, Vol. 17, 4, pp. 318-21. doi:10.2337/diacare.17.4.318.

Albrecht, G. L. e Devlieger, P. J. 1999. The disability paradox: high quality of life against all odds. *Social science & medicine*. 1999, Vol. 48, 8, pp. 977-88.

Alley, D. E., et al. 2010. The increasing use of theory in social gerontology: 1990-2004. *The journals of gerontology. Series B, Psychological sciences and social sciences*. 2010, Vol. 65, 5, pp. 583-90. doi:10.1093/geronb/gbq053.

Almeida-Pititto, B., Filho, C.M.A. e Cendoroglo, M.S. 2008. Deficit Cognitivo: mais uma Complicação do Diabetes Melito? *Arq Bras Endocrinol Metab*. 2008, Vol. 52, 7, pp. 1076-83.

American Diabetes Association. 2010. Executive Summary: Standards of Medical Care in Diabetes - 2010. *Diabetes Care*. 2010, Vol. 33, Suppl 1, pp. S4-S10. DOI: 10.2337/dc10-S004.

Amorim, M. I. S. P. L. 1999. Qualidade de vida na doença crónica: um estudo em diabéticos não insulino-dependentes. Tese de Mestrado apresentada à Faculdade de Medicina do Porto. 1999.

Anderson, R. M., et al. 1997. A comparison of global versus disease-specific quality-of-life measures in patients with NIDDM. *Diabetes Care*. 1997, Vol. 20, 3, pp. 299-305.

Andrews, F. M. 1974. Social Indicators of Perceived Life Quality. *Social Indicators Research*. 1974, Vol. 1, pp. 279-299.

Anton, B., et al. 2005. Can we delay aging? The biology and science of aging. *Annals of the New York Academy of Sciences*. 2005, Vol. 1057, pp. 525-35. doi:10.1196/annals.1356.040.

Aspray, T. J. 2005. Diabetes in later life. *Reviews in Clinical Gerontology*. 2005, Vol. 15, pp. 27-38.

Atchley, R.C. 1989. A Continuity Theory of Normal Aging. *The Gerontologist*. 1989, Vol. 29, 2, pp. 183-190. doi:10.1093/geront/29.2.183.

Azevedo, H., Carravilla, M. e Mariana, M. 2005. Sustentabilidade do Sistema de Pensões de Reforma Português. Porto : Universidade Católica Portuguesa, 2005. Não publicado.

Banegas, J. R., et al. 2007. Relationship between obesity, hypertension and diabetes, and health-related quality of life among the elderly. *European Journal of Cardiovascular Prevention and Rehabilitation*. 2007, Vol. 14, pp. 456-62.

Benbow, S. J., Wallymahmed, M. E. e MacFarlane, I. A. 1998. Diabetic peripheral neuropathy and quality of life. *QJM: monthly journal of the Association of Physicians*. 1998, Vol. 91, 11, pp. 733-7.

Benbow, S.J., Wallymahmed, M.E. e MacFarlane, I.A. 1998. Diabetic peripheral neuropathy and quality of life. *QJM*. 1998, Vol. 91, 11, pp. 733-7. doi:10.1093/qjmed/91.11.733.

Ben-Porath, I. e Weinberg, R. A. 2004. When cells get stressed: an integrative view of cellular senescence. *The Journal of Clinical Investigation*. 2004, Vol. 113, 1, pp. 8-13. doi:10.1172/JCI20663.

Bley, D. e Vernazza-Licht, N. 1997. La multiplicité des usages du terme de "Qualité de vie". *Revue Prevenir*. 1997, Vol. 33, pp. 7-14.

Bourdel-Marchasson, I. e Berrut, G. 2005. Caring the elderly diabetic patient with respect to concepts of successful aging and frailty. *Diabetes & Metabolism*. 2005, Vol. 31, pp. 5S13-5S19.

Bowling, A., et al. 2007. Quality of life among older people with poor functioning. The influence of perceived control over life. *Age and ageing*. 2007, Vol. 36, 3, pp. 310-5. doi:10.1093/ageing/afm023.

Boyle, J. P., et al. 2010. Projection of the year 2050 burden of diabetes in the US adult population: dynamic modeling of incidence, mortality, and prediabetes prevalence. *Population Health Metrics*. 2010, Vol. 8, 1, p. 29. doi:10.1186/1478-7954-8-29.

Bradley, C., et al. 1999. The development of an individualized questionnaire measure of perceived impact of diabetes on quality of life: the ADDQoL. *Qual Life Res.* 1999, Vol. 8, 1-2, pp. 79-91.

Brown, A., et al. 2003. Guidelines for improving the care of the older person with diabetes mellitus. *J Am Geriatr Soc.* 2003, Vol. 51, pp. S265-80.

Brown, J., Bowling, A. e Flynn, T. 2004. *Models of Quality of Life: A Taxonomy and Systematic Review of the Literature.* Sheffield : University of Sheffield, 2004. FORUM Project (<http://www.shef.ac.uk/ageingresearch>).

Bullinger, M., et al. 1993. Developing and evaluating cross cultural instruments from minimum requirements to optimal models. *Qual Life Res.* 1993, Vol. 2, pp. 451-9.

Calles-Escandón, J., et al. 2010. Effect of Intensive Compared With Standard Glycemia Treatment Strategies on Mortality by Baseline Subgroup Characteristics: The Action to Control Cardiovascular Risk in Diabetes (ACCORD) Trial. *Diabetes Care.* 2010, Vol. 33, pp. 721-7.

Calman, K.C. 1984. Quality of life in cancer patients - an hypothesis. *Journal of medical ethics.* 1984, Vol. 10, 3, pp. 124-7.

Camacho, F., et al. 2002. Investigating correlates of health related quality of life in a low-income sample of patients with diabetes. *Quality of life research: an international journal of quality of life aspects of treatment, care and rehabilitation.* 2002, Vol. 11, 8, pp. 783-96.

Camfield, L. e Skevington, S. M. 2008. On subjective well-being and quality of life. *Journal of Health Psychology.* 2008, Vol. 13, 6, pp. 764-75. doi:10.1177/1359105308093860.

Canadian Diabetes Association. 2008. *clinical practice guidelines.* Toronto : Canadian Diabetes Association, 2008. Available from URL: <http://www.diabetes.ca/for-professionals/resources/2008-cpg/> [Accessed 2012 Jul 8].

Caplan, A. L. 2005. Death as an unnatural process. Why is it wrong to seek a cure for aging? *EMBO reports.* 2005, Vol. 6 Spec No.

CEDRU/BCG. 2008. *Estudo de Avaliação das Necessidades dos Seniores em Portugal.* 2008.

Chapman, D.P., Perry, G.S. e Strine, T.W. 2005. The vital link between chronic disease and depressive disorders. *Preventing Chronic Disease.* 2005, Vol. 2, 1, p. A14.

Chittleborough, C. R., et al. 2006. Health status assessed by the SF-36 along the diabetes continuum in an Australian population. *Quality of life research: an international journal of quality of life aspects of treatment, care and rehabilitation*. 2006, Vol. 15, 4, pp. 687-94. doi:10.1007/s11136-005-3570-8.

Clark, M. e Asimakopoulou, K. G. 2005. Diabetes in Older Adults. [ed.] F. J. Snoek e T. C. Skinner. *Psychology in Diabetes Care*. 2ª Edição. West Sussex, England : John Wiley & Sons, Ltd., 2005, 4.

Coffey, J. T., et al. 2002. Valuing health-related quality of life in diabetes. *Diabetes Care*. 2002, Vol. 25, 12, pp. 2238-43.

Comissão das Comunidades Europeias. 2006. *O futuro demográfico da Europa: transformar um desafio em oportunidade*. Bruxelas : COMUNICAÇÃO DA COMISSÃO, 2006. Available from URL: <http://eur-lex.europa.eu/LexUriServ/LexUriServ.do?uri=COM:2006:0571:FIN:PT:PDF> [Accessed 2012 Jul 8].

Cortez-Dias, N., et al. 2009. Prevalência e controlo da hipertensão arterial e dislipidémia nos diabéticos seguidos nos cuidados de saúde primários em Portugal. *Rev Port Cardiol*. 2009, Vol. 29, (Supl I), p. 19.

Currie, C.J., et al. 2010. Survival as a function of HbA1c in people with type 2 diabetes: a retrospective cohort study. *Lancet*. 2010, Vol. 375, pp. 481–89. DOI:10.1016/S0140-6736(09)61969-3.

de Sonnaville, J. J., et al. 1998. Well-being and symptoms in relation to insulin therapy in type 2 diabetes. *Diabetes Care*. 1998, Vol. 21, 6, pp. 919-24.

de Visser, C. L., et al. 2002. The influence of cardiovascular disease on quality of life in type 2 diabetics. *Quality of life research: an international journal of quality of life aspects of treatment, care and rehabilitation*. 2002, Vol. 11, 3, pp. 249-61.

Diabetes Australia Guideline Development Consortium. 2009. *National evidence based guideline for blood glucose control in type 2 diabetes*. Canberra : Diabetes Australia and the NHMRC, 2009. Available from URL: [http://www.diabetesaustralia.com.au/PageFiles/763/Final%20Blood%20Glucose%20Control%20Guideline%20August%202009%20\(2\).pdf](http://www.diabetesaustralia.com.au/PageFiles/763/Final%20Blood%20Glucose%20Control%20Guideline%20August%202009%20(2).pdf) [Accessed 2012 Jul 8].

Dias, Maria Aurélia. 2006. *Qualidade de Vida Relacionada com a Saúde e Satisfação com a Vida: Um estudo em indivíduos amputados do membro inferior*. Porto : Faculdade de Ciências do Desporto e de Educação Física- Universidade do Porto, 2006.

Diener, E. 2009. Assessing Subjective Well-Being: Progress and Opportunities. *Assessing Well-Being: The Collected Works of Ed Diener*. Dordrecht : Springer Science, 2009, pp. 25-66.

—. **2006.** Guidelines for National Indicators of Subjective Well-Being and Ill-Being. *Journal of Happiness Studies*. 2006, Vol. 7, 4, pp. 397-404. doi:10.1007/s10902-006-9000-y.

Diener, E., et al. 1999. Subjective well-being: three decades of progress. *Psychological Bulletin*. 1999, Vol. 125, 2, pp. 176-302.

Diener, Ed, et al. 1985. The Satisfaction With Life Scale. *Journal of Personality Assessment*. 1985, Vol. 49, 1, pp. 71-75.

Direcção-Geral da Saúde. 2008. *Programa Nacional de prevenção e controlo da diabetes*. Lisboa : DGS, 2008.

Dorbritz, Jürgen, Höhn, Charlotte e Naderi, Robert. 2005. *The Demographic Future of Europe – Facts, Figures, Policies. Results of the Population Policy Acceptance Study (PPAS)*. Stuttgart : Federal Institute for Population Research at the Federal Statistical Office / ROBERT BOSCH FOUNDATION, 2005.

Eljedi, A., et al. 2006. Health-related quality of life in diabetic patients and controls without diabetes in refugee camps in the Gaza strip: a cross-sectional study. *BMC public health*. 2006, Vol. 2, p. 268. doi:10.1186/1471-2458-6-268.

Espiga de Macedo, M., et al. 2007. Prevalência, Conhecimento, Tratamento e Controlo da Hipertensão em Portugal. Estudo PAP [2]. *Rev Port Cardiol*. 2007, Vol. 26, 1, pp. 21-39.

European Diabetes Working Party for Older People. 2004. *Clinical guidelines for type 2 diabetes mellitus (older people)*. s.l. : EUGMS, 2004. Available from URL: <http://www.eugms.org/index.php?pid=30>? [Accessed 2012 Jul 8].

Evers, G. 2003. Comments on “The quality of life: design and evaluation of a self-assessment instrument for use with cancer patients.”. *International Journal of Nursing Studies*. 2003, Vol. 40, 5, pp. 521-523. doi:10.1016/S0020-7489(03)00067-1.

Farquhar, M. 1995. Definitions of quality of life: a taxonomy. *Journal of advanced nursing*. 1995, Vol. 22, 3, pp. 502-8.

Fernandes-Lopes, R. e De Lima-Agrimon, I. 2010. Idosos com diabetes mellitus tipo 2 e o desempenho cognitivo no teste Wisconsin de classificação de cartas (WCST). *Universitas Psychologica*. 2010, Vol. 9, 3, pp. 697-713.

- Fernández-Ballesteros, R. 2011.** Positive ageing: Objective, subjective, and combined outcomes. *Electronic Journal of Applied Psychology*. 2011, Vol. 7, 1, pp. 22-30.
- Fernández-Ballesteros, R., et al. 2010.** The concept of 'ageing well' in ten Latin American and European countries. *Ageing & Society*. 2010, Vol. 30, pp. 41–56. doi:10.1017/S0144686X09008587.
- Ferry, M. e Alix, E. 2004.** *A nutrição da pessoa idosa: aspectos fundamentais, clínicos e psicossociais*. 2ª ed. Loures : Lusociência, 2004.
- Fleck, M. P. A. 2008.** Problemas conceituais em qualidade de vida. *A avaliação de qualidade de vida: guia para profissionais da saúde*. Porto Alegre : Artmed Editora S.A., 2008, 1, pp. 19-28.
- Fleck, M. P. de A., et al. 1999.** Desenvolvimento da versão em português do instrumento de avaliação de qualidade de vida da OMS (WHOQOL-100). *Rev Bras Psiquiatr*. 1999, Vol. 21, 1, pp. 19-28.
- Franco, O.H., et al. 2009.** Changing course in ageing research: The healthy ageing phenotype. *Maturitas*. 2009, Vol. 63, 1, pp. 13-9.
- Fries, J.F. 2002.** Aging, natural death, and the compression of morbidity. *Bull World Health Organ*. 2002, Vol. 80, 3, pp. 245-50. Available from URL: http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0042-96862002000300012&lng=en&nrm=iso. [Accessed 2011 Dec. 20]. <http://dx.doi.org/10.1590/S0042-96862002000300012>.
- . 2000. Compression of morbidity in the elderly. *Vaccine*. 2000, Vol. 18, 16, pp. 1584-9.
- Ghanbari, A., et al. 2004.** Assessment of factors affecting quality of life in diabetic patients in Iran. *Public health nursing*. 2004, Vol. 22, 4, pp. 311-22. doi:10.1111/j.0737-1209.2005.220406.x.
- Giacomoni, C.H. 2004.** Bem-estar subjetivo: em busca da qualidade de vida. *Temas em Psicologia da SBP*. 2004, Vol. 12, 1, pp. 43-50.
- Gil, L. 2010.** Oxidative stress in aging: Theoretical outcomes and clinical evidences in humans. *Biomedicine & Pharmacotherapy*. 2010. doi:10.1016/j.biopha.2010.09.010.
- Gill, T.M. e Feinstein, A.R. 1994.** A critical appraisal of the quality of quality-of-life measurements. *JAMA: the journal of the American Medical Association*. 1994, Vol. 272, 8, pp. 619-26.

- Glasgow, R. E., et al. 1997.** Quality of life and associated characteristics in a large national sample of adults with diabetes. *Diabetes Care*. 1997, Vol. 20, 4, pp. 562-7.
- Goodridge, D., Trepman, E. e Embil, J. M. 2005.** Health-related quality of life in diabetic patients with foot ulcers: literature review. *Journal of wound, ostomy, and continence nursing*. 2005, Vol. 32, 6, pp. 368-77.
- Gough, S. C., et al. 2009.** Impact of obesity and type 2 diabetes on health-related quality of life in the general population in England. *Diabetes, Metabolic Syndrome and Obesity: Targets and Therapy*. 2009, Vol. 2, pp. 179-84.
- Gravilov, L. A. e Gravilova, N. S. 2003.** The quest for a general theory of aging and longevity. *Science of aging knowledge environment: SAGE KE*. 2003, Vol. 2003, 28, p. RE5.
- Greer, S. 1984.** The psychological dimension in cancer treatment. *Soc Sci Med*. 1984, Vol. 18, pp. 345–9.
- Gregg, E. W., Engelgau, M. M. e Narayan, V. 2002.** Complications of diabetes in elderly people. *BMJ*. 2002, Vol. 325, pp. 916-7.
- Gregg, E.W., et al. 2002.** Diabetes and incidence of functional disability in older women. *Diabetes Care*. 2002, Vol. 25, pp. 61-7.
- Gregg, E.W., et al. 2000.** Diabetes and physical disability among U.S. adults. *Diabetes Care*. 2000, Vol. 23, pp. 1272-7.
- Gribbin, J., et al. 2010.** Risk of falls associated with antihypertensive medication: population-based case-control study. *Age Ageing*. 2010, Vol. 39, 5, pp. 592-7.
- Hanestad, B. R. 1993.** Self-reported quality of life and the effect of different clinical and demographic characteristics in people with type 1 diabetes. *Diabetes Research and Clinical Practice*. 1993, Vol. 19, pp. 139-49.
- Harman, D. 1956.** Aging: a theory based on free radical and radiation chemistry. *J Gerontol*. 1956, Vol. 11, pp. 298-300.
- **2001.** Aging: overview. *Annals of the New York Academy of Sciences*. 2001, Vol. 928, pp. 1-21.
- **2006.** Free radical theory of aging: an update: increasing the functional life span. *Annals of the New York Academy of Sciences*. 2006, Vol. 1067, pp. 10-21.
- Harman, Denham. 1994.** Aging: Prospects for further increases in the functional life span. *AGE*. 1994, Vol. 17, 4, pp. 119-46. doi: 10.1007/BF02435819.

Hassing, L. B., Grant, M. D., et al. 2004. Type 2 diabetes mellitus contributes to cognitive decline in old age: a longitudinal-based study. *JINS*. 2004, Vol. 10, 4, pp. 599-607. doi:10.1017/S1355617704104165.

Hassing, L.B., et al. 2002. Diabetes Mellitus Is a Risk Factor for Vascular Dementia, but Not for Alzheimer's Disease: A Population-Based Study of the Oldest Old. *International Psychogeriatrics*. 2002, Vol. 14, pp. 239-248. doi:10.1017/S104161020200844X.

Hassing, L.B., et al. 2004. Type 2 diabetes mellitus contributes to cognitive decline in old age: A longitudinal population-based study. *JINS*. 2004, Vol. 10, pp. 599-607. doi:10.1017/S1355617704104165.

Havighurst, R. J. 1961. Successful aging. *The Gerontologist*. 1961, Vol. 1, 1, pp. 8-13.

Hayflick, L. 2007. Biological aging is no longer an unsolved problem. *Annals of The New York Academy Of Sciences*. 2007, Vol. 1100, pp. 1-13. doi: 10.1196/annals.1395.001.

Holliday, R. 1997. Understanding ageing. *Philosophical transactions of the Royal Society of London. Series B, Biological sciences*. 1997, Vol. 352, 1363, pp. 1793-7. doi: 10.1098/rstb.1997.0163.

Holliday, R. 2006. Aging is no longer an unsolved problem in biology. *Annals of the New York Academy of Sciences*. 2006, Vol. 1067, pp. 1-9. doi:10.1196/annals.1354.002.

Holmes, J., et al. 2000. Health-related quality of life in type 2 diabetes (TARDIS-2). *Value in health: the journal of the International Society for Pharmacoeconomics and Outcomes Research*. 2000, Vol. 3, Suppl 1, pp. 47-51. doi:10.1046/j.1524-4733.2000.36028.x.

Hopkin, K. 2001. More than a sum of our cells. *Science of aging knowledge environment: SAGE KE*. 2001, Vol. 2001, 1. doi:10.1126/sageke.2001.1.0a4.

Howes, R. M. 2006. The free radical fantasy: a panoply of paradoxes. *Annals of the New York Academy of Sciences*. 2006, Vol. 1067, pp. 22-6. doi:10.1196/annals.1354.004.

INE. 2002. *O Envelhecimento em Portugal: Situação semográfica e socio-económica recente das pessoas idosas*. 2002. Available from URL: <https://www.advita.pt/userfiles/file/Envelhecimento%20em%20PT%20estatistica.pdf> [Accessed 2012 Jul 8].

—. **2009.** *Projeções de população residente em Portugal 2008-2060*. Lisboa : Instituto Nacional de Estatística, 2009.

International Diabetes Federation. 2011. *IDF Diabetes Atlas*. 5th edn. Brussels : International Diabetes Federation, 2011. Available from URL: <http://www.idf.org/diabetesatlas> [Accessed 2012 Jul 8].

Jacobson, A. M., de Groot, M. e Samson, J. A. 1994. The evaluation of two measures of quality of life in patients with type I and type II diabetes. *Diabetes Care*. 1994, Vol. 17, 4, pp. 267-74.

Jenkinson, C., Coulter, A. e Wright, L. 1993. Short form 36 (SF 36) health survey questionnaire: Normative data for adults of working age. *British Medical Journal*. 1993, Vol. 306, pp. 1437-40.

Kalda, R., Rätsep, A. e Lember, M. 2008. Predictors of quality of life of patients with type 2 diabetes. *Patient preference and adherence*. 2008, Vol. 2, pp. 21-6.

Kaplan, R. M. 1985. Quality of life measurement. [ed.] P. Karloy. *Measurement Strategies in Health Psychology*. New York : John Wiley, 1985.

Keinanen-Kiukaanniemi, S., et al. 1996. Health related quality of life in diabetic patients measured by the Nottingham Health Profile. *Diabet Med*. 1996, Vol. 13, 4, pp. 382-8.

Kirsh, S. R. e Aron, D. C. 2011. Choosing targets for glycaemia, blood pressure and low-density lipoprotein cholesterol in elderly individuals with diabetes mellitus. *Drugs Aging*. 2011, Vol. 28, 12, pp. 945-60. doi:10.2165/11594750-000000000-00000.

Klein, B. E., Klein, R. e Moss, S. E. 1998. Self-rated health and diabetes of long duration. The Wisconsin Epidemiologic Study of Diabetic Retinopathy. *Diabetes Care*. 1998, Vol. 21, 2, pp. 236-40.

Kluthcovsky, A. C. G. C. e Takayanagui, A. M. M. 2007. Qualidade de vida - Aspectos conceituais. *Revista Salus*. 2007, Vol. 1, 1, pp. 13-5.

Knapp, M.R.J. 1977. The Activity Theory of Aging An Examination in the English Context. *The Gerontologist*. 1977, Vol. 17, 6, pp. 553-559. doi:10.1093/geront/17.6.553.

Kolotkin, R. L., Meter, K. e Williams, G. R. 2001. Quality of life and obesity. *Obesity Reviews*. 2001, Vol. 2, 4, pp. 219-29. DOI: 10.1046/j.1467-789X.2001.00040.x.

Koopmanschap, M. 2002. Coping with Type II diabetes: the patient's perspective. *Diabetologia*. 2002, Vol. 45, 7, pp. S18-S22. doi:10.1007/s00125-002-0861-2.

Kutschera, U. e Niklas, K. J. 2004. The modern theory of biological evolution: an expanded synthesis. *Naturwissenschaften*. 2004, Vol. 91, pp. 255-276. doi: 10.1007/s00114-004-0515-y.

Lane, R. E. 1994. Quality of Life and Quality of Persons: A New Role for Government? *Political Theory*. 1994, Vol. 22, 2, pp. 219-52.

Lepège, A. e Hunt, S. 1997. The problem of quality of life in medicine. *JAMA : the journal of the American Medical Association*. 278, 1997, Vol. 1, pp. 47-50.

Macieira-Coelho, A. 2003. From Weismann's theory to present day gerontology 1889-2003. *Pathologie-biologie*. 2003, Vol. 51, 10, pp. 550-62. doi: 10.1016/j.patbio.2003.09.005.

Martin, G. M. 2006. Keynote lecture: an update on the what, why and how questions of ageing. *Experimental Gerontology*. 2006, Vol. 41, 5, pp. 460-3. doi: 10.1016/j.exger.2006.03.009.

McCall, S. 1975. Quality of Life. *Social Indicators Research*. 1975, Vol. 2, pp. 229-48.

McKenna, S. e Whalley, D. 1998. Can quality of life scales tell us when patients begin to feel the benefits of antidepressants? *European psychiatry: the journal of the Association of European Psychiatrists*. 1998, Vol. 13, 3, pp. 146-53. doi:10.1016/S0924-9338(98)80139-9.

Mitteldorf, J. 2010. Aging is not a process of wear and tear. *Rejuvenation research*. 2010, Vol. 13, 2-3, pp. 322-6. doi: 10.1089/rej.2009.0967.

Moraes, E.N., Moraes, F.L. e Lima, S.P.P. 2010. Características biológicas e psicológicas do envelhecimento. *Rev Med Minas Gerais*. 2010, Vol. 20, 1, pp. 67-73.

Mota, M. P., Figueiredo, P. A. e Duarte, J. A. 2004. Teorias biológicas do envelhecimento. *Revista Portuguesa de Ciências do Desporto*. 2004, Vol. 4, 1, pp. 81-110.

Muller, F. L., et al. 2007. Trends in oxidative ageing theories. *Free radical biology & medicine*. 2007, Vol. 43, 4, pp. 477-503.

Munshi, M., et al. 2006. Cognitive dysfunction is associated with poor diabetes control in older adults. *Diabetes Care*. 2006, Vol. 29, 8, pp. 1794-9. doi:10.2337/dc06-0506.

National Institute for Health and Clinical Excellence. 2008. *Type 2 diabetes: treatment of type 2 diabetes NICE clinical guideline CG66 (updated)*. London : NICE, 2008. Available from URL: <http://www.nice.org.uk/CG87> [Accessed 2012 Jul 8].

Nerenz, D. R., et al. 1992. Ongoing assessment of health status in patients with diabetes mellitus. *Med Care*. 1992, Vol. 30, Suppl 5, pp. MS112-24.

Nooyens, A.C., et al. 2010. Type 2 diabetes and cognitive decline in middle-aged men and women: the Doetinchem Cohort Study. *Diabetes Care*. 2010, Vol. 33, pp. 1964-9.

Nunnally, J. C. 1978. *Psychometric theory*. New York : McGraw-Hill Inc, 1978.

Observatório Nacional da Diabetes. 2010. *Diabetes: Factos e Números 2010*. s.l. : Observatório Nacional da Diabetes, 2010.

Oliveira, C. R., et al. 2008. *Estudo do Perfil do Envelhecimento da População Portuguesa*. Gabinete Editorial de Relações Públicas e Imagem da Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra, 2008. doi:10.3900/fpj.6.2.98.p.

Ortiz, M.C.A. e Zanetti, M.L. 2001. Levantamento dos fatores de risco para Diabetes Mellitus tipo 2 em uma instituição de ensino superior. *Rev Latino-am Enfermagem*. 2001, Vol. 9, 3, pp. 58-63.

Ott, A., et al. 1996. Association of diabetes mellitus and dementia: The Rotterdam Study. *Diabetologia*. 1996, Vol. 39, 11, pp. 1392-7.

Parlamento Europeu. 2007. *Projecto de relatório sobre o futuro demográfico da Europa*. 2007. Available from URL: <http://www.europarl.europa.eu//sides/getDoc.do?pubRef=-//EP//NONSGML+COMPARL+PE-392.248+01+DOC+PDF+V0//PT&language=PT>. [Accessed 2012 Jul 8].

Patrick, D. L. e Erickson, P. 1988. What constitutes quality of life? Concepts and dimensions. *Drug Ther Res*. 1988, Vol. 13, pp. 152-8.

Pavot, W. e Diener, E. 2009. Review of the Satisfaction With Life Scale. [ed.] E. Diener. *Assessing Well-Being: The Collected Works of Ed Diener*. Dordrecht : Springer Science, 2009, pp. 101-17. doi:10.1007/978-90-481-2354-4.

Pavot, William e Diener, Ed. 1993. Review of the Satisfaction With Life Scale. *Psychological Assessment*. 1993, Vol. 5, 2, pp. 164-172.

Pavot, William, et al. 1991. Further Validation of the Satisfaction With Life Scale: Evidence for the Cross-Method Convergence of Well-Being Measures. *Journal of Personality Assessment*. 1991, Vol. 57, 1, pp. 149-161.

Pazolli, E. e Stewart, S. A. 2008. Senescence: the good the bad and the dysfunctional. *Current Opinion in Genetics & Development*. 2008, Vol. 18, 1, pp. 42-7. Epub 2008 Feb 8.

- Pérez, V. e Sierra, F. 2009.** Biología del envejecimiento. *Revista médica de Chile*. 2009, Vol. 137, 2, pp. 296-302.
- Petterson, T., et al. 1998.** Well-being and treatment satisfaction in older people with diabetes. *Diabetes Care*. 1998, Vol. 21, 6, pp. 930-5.
- Philp, I., et al. 2001.** Geriatric assessment in primary care: formulating best practice. *British Journal of Community Nursing*. 2001, Vol. 6, 6, pp. 290-5.
- Philp, Ian. 1997.** Can a medical and social assessment be combined? *Journal of the Royal Society of Medicine*. 1997, Vol. 90, S32, pp. 11-13.
- Prasad, S.B. 1964.** The Retirement Postulate of the Disengagement Theory. *The Gerontologist*. 1964, Vol. 4, 1, pp. 20-23. doi: 10.1093/geront/4.1.20.
- Ragonesi, P, et al. 1998.** The impact of diabetes mellitus on quality of life in elderly patients. *Archives of Gerontology and Geriatrics*. 1998, Vol. 26, pp. 417-22. doi:10.1016/S0167-4943(98)80060-5.
- Rattan, S.I.S. 2006.** Theories of biological aging: genes, proteins, and free radicals. *Free radical research*. 2006, Vol. 40, 12, pp. 1230-8. doi: 10.1080/10715760600911303.
- Redekop, W. K., et al. 2002.** Health-Related Quality of Life and Treatment Satisfaction in Dutch Patients With Type 2 Diabetes. *Diabetes Care*. 2002, Vol. 25, 3, pp. 458-63. doi: 10.2337/diacare.25.3.458.
- Ribeiro, L. C. C., Alves, P. B. e Meira, E. P. 2009.** Percepção dos idosos sobre as alterações fisiológicas do envelhecimento. *Cienc Cuid Saude*. 2009, Vol. 8, 2, pp. 220-7. doi:10.4025/cienc cuidsaude.v8i2.8202.
- Rowe, J.W. e Kahn, R.L. 1987.** Human Aging: Usual and Successful. *Science*. 1987, Vol. 237, pp. 143-9.
- Rowe, J.W. e R.L., Kahn. 1997.** Successful ageing. *Gerontologist*. 1997, Vol. 37, 4, pp. 433-40.
- Rubin, R. R e Peyrot, M. 1999.** Quality of life and diabetes. *Diabetes/metabolism research and reviews*. 1999, Vol. 15, 3, pp. 205-18.
- Schalock, R. L. e Felce, D. 2004.** Quality of Life and Subjective Well-Being: Conceptual and Measurement Issues. [ed.] E. Emerson, et al. *The International Handbook of Applied Research in Intellectual Disabilities*. Chichester : John Wiley and Sons, 2004, 12, pp. 261-79.
- Schiller, J.S., Kramarow, E.A. e Dey, A.N. 2007.** Fall injury episodes among noninstitutionalized older adults: United States, 2001-2003. *Advance Data*. 2007, Vol. 392, pp. 1-16.

Seidl, E.M.F. e Zannon, C.M.L. da C. 2004. Qualidade de vida e saúde: aspectos conceituais e metodológicos. *Cad. Saúde Pública*. 2004, Vol. 20, 2, pp. 580-8.

Selvin, E., Coresh, J. e L., Brancati. F. 2006. The burden and treatment of diabetes in elderly individuals in the U.S. *Diabetes Care*. 2006, Vol. 29, 11, pp. 2415-9. doi:10.2337/dc06-1058.

SEP/DECP. 2002. *O Envelhecimento em Portugal: Situação demográfica e socio-económica recente das pessoas idosas*. Lisboa : Serviço de Estudos Demográficos / Departamento de Estatísticas Censitárias e de População, 2002. 1645-5657.

Shohov, S.P. 2003. Risk factors for loneliness in adulthood and old age--a meta-analysis. *Advances in psychology research*. 2003, Vol. 19, pp. 111-43.

Sikdar, K. C., et al. 2010. Diabetes and its impact on health-related quality of life: a life table analysis. *Quality of life research*. 2010, Vol. 19, 6, pp. 781-7. doi:10.1007/s11136-010-9641-5.

Slevin, M.L., et al. 1988. Who should measure quality of life, the doctor or the patient? *Br. J. Cancer*. 1988, Vol. 57, pp. 109-12.

Snoek, F. J. 2000. Quality of Life: A Closer Look at Measuring Patients' Well-Being. *Diabetes Spectrum*. 2000, Vol. 13, pp. 24-28.

Solli, O., Stavem, K. e Kristiansen, I. S. 2010. Health-related quality of life in diabetes: The associations of complications with EQ-5D scores. *Health and quality of life outcomes*. 2010, Vol. 8, p. 18. doi:10.1186/1477-7525-8-18.

Sousa, L. e Figueiredo, D. 2003. (In)dependência na população idosa: um estudo exploratório na população portuguesa. *Psychologica*. 2003, Vol. 3, pp. 109-20.

Sousa, L., et al. 2009. *Characterizar a qualidade de vida e as necessidades das pessoas idosas*. Aveiro : Universidade de Aveiro, 2009. Documento policopiado, não publicado.

Sousa, Liliana e Figueiredo, Daniela. 2000. Facilitar os cuidados aos idosos: Uma escala de avaliação da qualidade de vida e bem-estar. *Psychologica*. 2000, Vol. 25, pp. 19-24.

Sousa, Liliana, Galante, Helena e Figueiredo, Daniela. 2002. EASYcare: um sistema de avaliação de idosos (qualidades psicométricas). *Revista de Estatística*. 2002, Vol. 26, pp. 10-25.

—. **2003.** Qualidade de vida e bem-estar dos idosos: um estudo exploratório na população portuguesa. *Rev Saúde Pública*. 2003, Vol. 37, 3, pp. 364-71.

Spar, J.E. e La Rue, A. 2006. *Clinical Manual of Geriatric Psychiatry*. First Edition. Arlington : American Psychiatric Publishing, 2006. ISBN 1-58562-195-1.

Stewart, A. L., et al. 1989. Functional status and well-being of patients with chronic conditions. Results from the Medical Outcomes Study. *JAMA*. 1989, Vol. 266, 7, pp. 907-13.

Sundaram, M., et al. 2007. Quality of life, health status and clinical outcomes in Type 2 diabetes patients. *Quality of Life Research*. 2007, Vol. 16, 2, pp. 165-77.

Teixeira, I. N. D. O. e Guariento, M. E. 2010. [Biology of aging: theories, mechanisms, and perspectives]. *Ciência & saúde coletiva*. 2010, Vol. 15, 6, pp. 2845-57.

Testa, M. A. e Simonson, D. C. 1998. Health economic benefits and quality of life during improved glycemic control in patients with type 2 diabetes mellitus: a randomized, controlled, double-blind trial. *JAMA: the journal of the American Medical Association*. 1998, Vol. 280, 17, pp. 1490-6.

Testa, M. A., C., Simonson D. e R., Turner R. 1998. Valuing quality of life and improvements in glycemic control in people with type 2 diabetes. *Diabetes Care*. 1998, Vol. 21, Suppl 3, pp. C44-52.

The Johnson County Consortium on Successful Aging. 2006. *Successful Aging Report*. Iowa : s.n., 2006.

The WHOQOL Group. 1995. The World Health Organization quality of life assessment (WHOQOL): position paper from the World Health Organization. *Soc Sci Med*. 1995, Vol. 41, 10, pp. 1403-9.

Trentini, C.M., Chachamovich, E. e Fleck, M.P.A. 2008. Qualidade de vida em idosos. [ed.] M.P.A. Fleck. *A avaliação de qualidade de vida: guia para profissionais de saúde*. Porto Alegre : Artmed S.A., 2008, 20, pp. 218-28.

Troen, B. R. 2003. The biology of aging. *The Mount Sinai Journal of Medicine, New York*. 2003, Vol. 70, 1, pp. 3-22.

Turner, N.J., et al. 1999. Cancer in old age—is it inadequately investigated. *BMJ*. 1999, Vol. 319, 7205, pp. 309-12.

Ucan, O. e Ovayolu, N. 2010. Relationship between diabetes mellitus, hypertension and obesity, and health-related quality of life in Gaziantep, a central south-eastern city in Turkey. *Journal of clinical nursing*. 2010, Vol. 19, 17-18, pp. 2511-9. doi:10.1111/j.1365-2702.2010.03295.x.

United Nations. 2009. Department of Economic and Social Affairs - Population Division. *United Nations*. [Online] 2009. Available from URL:

http://www.un.org/esa/population/publications/WPA2009/WPA2009_WorkingPaper.pdf. [Accessed 2012 Jul 8].

Unwin, N., Gan, D. e Whiting, D. 2010. The IDF Diabetes Atlas: Providing evidence, raising awareness and promoting action. *Diabetes Research and Clinical Practice*. 2010, Vol. 87, pp. 2-3.

Urzúa, M. A., Chirino, A. e Valladares, G. 2011. Autoreporte de la calidad de vida relacionada con la salud en diabetes mellitus tipo 2. *Revista médica de Chile*. 2011, Vol. 139, 3, pp. 313-20. doi: 10.4067/S0034-98872011000300005.

VA/DoD Diabetes Clinical Practice Guideline Working Group. 2010. *VA/DoD clinical practice guideline for the management of diabetes mellitus*. Washington : Department of Veterans Affairs (VA) and The Department of Defense (DoD), 2010. Available from URL: http://www.healthquality.va.gov/diabetes/DM2010_FUL-v4e.pdf [Accessed 2012 Jul 8].

Van Acker, K., et al. 2009. Prevalence and impact on quality of life of peripheral neuropathy with or without neuropathic pain in type 1 and type 2 diabetic patients attending hospital outpatients clinics. *Diabetes & metabolism*. 2009, Vol. 35, 3, pp. 206-13. doi:10.1016/j.diabet.2008.11.004.

Van der Does, F. E., et al. 1996. Symptoms and well-being in relation to glycemic control in type 2 diabetes. *Diabetes Care*. 1996, Vol. 19, 3, pp. 204-10.

Van Dijck, J.A., et al. 1996. Mammographic screening after the age of 65 years: evidence for a reduction in breast cancer mortality. *Int J Cancer*. 1996, Vol. 66, pp. 727-31.

Vellas, P. 1996. [Successful aging: conceiving the aging process from a more positive perspective]. *Salud Publica Mex*. 1996, Vol. 38, 6, pp. 513-22.

Vetta, F., et al. 1999. The impact of malnutrition on the quality of life in the elderly. *Clinical nutrition*. 1999, Vol. 18, 5, pp. 259-67.

Vieira, C.M. e Glashan, R.Q. 1996. Aspectos gerais da anatomia e fisiologia do envelhecimento. *Acta Paul. Enf*. 1996, Vol. 9, 3, pp. 24-30.

Walker, A. 2005. A European perspective on quality of life in old age. *European Journal of Aging*. 2005, Vol. 2, 1, pp. 2-12. doi:10.1007/s10433-005-0500-0.

—. 1999. *Attitudes to population ageing in Europe. A comparasion of the 1992 and 1999 Eurobarometer Surveys*. Sheffield : University of Sheffield, 1999.

Walker, A. e Mollenkopf, H. 2007. International and Multi-Disciplinary Perspectives on Quality of Life in Old Age: Conceptual Issues. [ed.] H.

Mollenkopf e A. Walker. *Quality of Life in Old Age: International and Multi-Disciplinary Perspectives*. 1ª Edição. Dordrecht : Springer, 2007, pp. 3-13.

Wändell, P. E. e Tovi, J. 2000. The quality of life of elderly diabetic patients. *Journal of diabetes and its complications*. 2000, Vol. 14, 1, pp. 25-30.

Wee, H.-L., et al. 2005. The impact of diabetes mellitus and other chronic medical conditions on health-related quality of life: is the whole greater than the sum of its parts? *Health and quality of life outcomes*. 2005, Vol. 3, p. 2. doi:10.1186/1477-7525-3-2.

Weinberger, M., et al. 1994. The relationship between glycemic control and health-related quality of life in patients with non-insulin-dependent diabetes mellitus. *Medical Care*. 1994, Vol. 32, 12, pp. 1173-81.

Weinert, B. T. e Timiras, P. S. 2003. Invited review: Theories of aging. *Journal of applied physiology*. 2003, Vol. 95, 4, pp. 1706-16. doi: 10.1152/jappphysiol.00288.2003.

WHO. 1999. *A life course perspective of maintaining independence in older age*. Geneva : World Health Organization, 1999.

—. **2001.** *Active Aging: A Policy Framework*. Madrid : World Health Organization, 2001.

—. **1999.** *Ageing. Exploding the myths*. Geneva : World Health Organization, 1999.

Wikblad, K., Leksell, J. e Wibell, L. 1996. Health-related quality of life in relation to metabolic control and late complications in patients with insulin dependent diabetes mellitus. *Quality of Life Research*. 1996, Vol. 5, pp. 123-30.

Williams, George C. 1957. Pleiotropy, Natural Selection, and the Evolution of Senescence. 1957, Vol. 11, 4, pp. 398-411 .

Wood-Dauphinee, S. 1999. Assessing quality of life in clinical research: from where have we come and where are we going? *Journal of clinical epidemiology*. 1999, Vol. 52, 4, pp. 355-63.

Wredling, R., et al. 1995. Well-being and treatment satisfaction in adults with diabetes: A Swedish population-based study . *Quality of life research*. 1995, Vol. 4, 6, pp. 515-22. doi: 10.1007/BF00634746.

Young, Y., Frick, K.D. e Phelan, E.A. 2009. Can successful aging and chronic illness coexist in the same individual? A multidimensional concept of successful aging. *Journal of the American Medical Directors Association*. 2009, Vol. 10, 2, pp. 87-92. doi:10.1016/j.jamda.2008.11.003.

Zamarrón Cassinelle, M. D. 2006. *El bienestar subjetivo en la vejez*. Madrid : Portal Mayores, Informes Portal Mayores, nº 52. Lecciones de Gerontología, II, 2006. Available from URL: <http://www.imsersomayores.csic.es/documentos/documentos/zamarron-bienestar-01.pdf> [Accessed 2012 Jul 8].

.

Zanella, M. T., Kohlmann, O. e Ribeiro, A. B. 2001. Treatment of Obesity Hypertension and Diabetes Syndrome. *Hypertension*. 2001, Vol. 38, pp. 705-8. doi: 10.1161/01.HYP.38.3.705.

11 Anexos

Anexo A – SWLS

SWLS – *Satisfaction With Life Scale*

[Escala de Satisfação com a Vida, elaborada por Diener et al. (1985) e validada para a língua portuguesa por Simões (1992)]

Mais abaixo, encontrará cinco frases com as quais poderá concordar ou discordar. Empregue a escala de 1 a 5, à direita de cada frase. Marque uma cruz (X) dentro do quadrado que melhor indica a sua resposta, tendo em conta as seguintes opções:

- (1) DM = Discordo Muito
- (2) DP = Discordo Um Pouco
- (3) NCND = Nem Concordo Nem discordo
- (4) CP = Concordo Um Pouco
- (5) CM = Concordo Muito

	DM	DP	NCND	CP	CM
1. A minha vida parece-se, em quase tudo, com o que eu desejaria que ela fosse.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. As minhas condições de vida são muito boas.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Estou satisfeito com a minha vida.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Até agora, tenho conseguido as coisas importantes da vida, que eu desejaria.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Se eu pudesse recomeçar a minha vida, não mudaria quase nada.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Anexo B – EASYcare



universidade de aveiro

EASYcare Standard

Esta avaliação visa a análise das suas principais necessidades e prioridades relativamente à sua saúde e processo de cuidados. O preenchimento desta avaliação pode ser feito por si ou com a ajuda de um profissional de saúde ou de ação social. Se desejar, também pode solicitar o envolvimento de um membro da sua família ou de um cuidador no preenchimento da sua avaliação.

No início pode registar os dados sobre si próprio(a) e sobre o motivo pelo qual está a ser avaliado. Durante a avaliação ser-lhe-ão feitas perguntas relativamente a:

- Visão, audição e comunicação
- Cuidar de si (autocuidado)
- Mobilidade
- Segurança
- Local de residência e finanças
- Manter-se saudável
- Saúde mental e bem-estar
- Outras informações que considere importantes.

Código de identificação: _____

Data de recolha de dados: _____

Dados sociodemográficos

1. **Sexo:** Feminino (f) Masculino (m)

2. **Idade:** _____

3. **Zona de residência:** Rural (r) Urbana (u)

4. **Estado civil:**

Solteiro (s)

Casado(a)/união de facto (c)

Divorciado(a)/Separado(a) (d)

Viúvo(a) (v)

5. **Anos de educação formal:** _____

6. **Em geral como caracteriza as suas finanças no fim do mês?**

Não chegam para as necessidades (3)

Suficientes (2)

Sobra algum dinheiro (1)

7. **Com quem vive?**

Sozinho (s)

Em casal (c)

Com família alargada (f)

Em instituição (i)

Outra situação (o) Qual? _____

8. **Situação profissional**

Empregado(a) a tempo integral (eti)

Empregado(a) a tempo parcial (etp)

Desempregado(a) (de) Doméstica (do)

Pensionista (p)

Reformado(a) (r)

Estudante (est)

1. Visão, audição e comunicação

1.1. Consegue ver (com óculos, se usar)?

Sim (0) Com dificuldade (1) Não vê nada (3)

1.2. Consegue ouvir (com prótese auditiva, se usar)?

Sim (0) Com dificuldade (1) Não ouve nada (3)

1.3. Tem dificuldade em fazer-se entender devido a problemas com a sua fala?

Não tem dificuldade (0)

Dificuldades com algumas pessoas (1)

Dificuldade considerável com todas as pessoas (3)

1.4. Consegue utilizar o telefone?

Sem ajuda, incluindo procurar e marcar números (0)

Com alguma ajuda (2)

Não consegue utilizar o telefone (3)

2. Cuidar de si

2.1. Consegue cuidar da sua aparência pessoal? (p. ex. pentear-se, barbear-se, maquilhar-se, ...)

Sem ajuda (0) Precisa de ajuda para manter a aparência (5)

2.2. Consegue vestir-se?

Sem ajuda (incluindo botões, atacadores, ...) (0)

Com alguma ajuda (consegue fazer parte sem ajuda) (4)

Não consegue vestir-se (6)

2.3. Consegue lavar as mãos e a cara?

Sem ajuda (0) Precisa de ajuda (1)

2.4. Consegue utilizar a banheira ou o duche?

Sem ajuda (0) Precisa de ajuda (5)

2.5. Consegue fazer as suas tarefas domésticas?

Sem ajuda (limpar chão, ...) (0)

Com alguma ajuda (consegue fazer as tarefas mais ligeiras, mas precisa de ajuda nas mais pesadas) (2)

Não consegue fazer nenhuma tarefa doméstica (3)

2.6. Consegue preparar as suas refeições

Sem ajuda (planear e cozinhar sozinho/a refeições completas) (0)

Com alguma ajuda (consegue preparar algumas coisas, mas não consegue cozinhar sozinho/a refeições completas) (2)

Não consegue preparar refeições (5)

2.7. Consegue alimentar-se?

Sem ajuda (0)

Com alguma ajuda (cortar alimentos, espalhar manteiga, ...) (3)

Não consegue alimentar-se (8)

2.8. Tem alguns problemas com a sua boca ou dentes? Se sim, por favor especifique.

Não (0)

Sim (1) Quais? _____

2.9. Consegue tomar os seus medicamentos?

Sem ajuda (nas doses corretas e às horas certas) (0)

Com alguma ajuda (se alguém lhos preparar e/ou o lembrar de os tomar) (2)

Não consegue tomar os seus medicamentos (4)

2.10. Já teve problemas com a sua pele (p. ex. úlceras na perna, escaras)?

Não (0)

Sim (1) Quais? _____

2.11. Tem acidentes com a sua bexiga (incontinência urinária)?

Não tem acidentes (0)

Tem acidentes ocasionais (menos de uma vez por dia) (5)

Acidentes frequentes (uma vez por dia ou mais) ou precisa de ajuda com algália (8)

2.12. Tem acidentes com os seus intestinos (incontinência fecal)?

Não tem acidentes (0)

Tem acidentes ocasionais (menos de uma vez por semana) (6)

Acidentes frequentes ou precisa que lhe seja administrado um clister (8)

2.13. Consegue utilizar a sanita (ou a cadeira sanitária)?

Sem ajuda (consegue chegar à sanita/cadeira sanitária, despir-se o necessário, limpar-se e sair) (0)

Com alguma ajuda (consegue fazer algumas coisas, incluindo limpar-se) (4)

Não consegue utilizar a sanita/cadeira sanitária (7)

3. Mobilidade

3.1. Consegue deslocar-se da cama para a cadeira, se estiverem ao lado uma da outra?

Sem ajuda (0)

Com alguma ajuda (4)

Não consegue deslocar-se da cama para a cadeira (7)

3.2. Tem problemas com os seus pés

Não (0)

Sim (1) Quais? _____

3.3. Consegue deslocar-se dentro de casa?

Sem ajuda (0)

Numa cadeira de rodas sem ajudas (5)

Com alguma ajuda (7)

Acamado (8)

3.4. Consegue subir e descer escadas?

Sem ajuda (incluindo usar qualquer ajuda técnica de auxílio à marcha) (0)

Com alguma ajuda (2)

Não consegue subir e descer escadas (4)

3.5. Nos últimos 12 meses caiu alguma vez?

Não (0) Uma vez (1) Duas ou mais vezes (2)

3.6. Consegue andar no exterior?

Sem ajuda (0) Com alguma ajuda (3) Não consegue andar no exterior (6)

3.7. Consegue ir às compras?

Sem ajuda (trata de todas as suas compras) (0)

Com alguma ajuda (precisa que alguém vá consigo sempre que vai às compras) (2)

Não consegue ir às compras (4)

3.8. Tem alguma dificuldade em se deslocar até aos serviços públicos (p. ex consultório médico, farmácia, dentista)?

Não tem dificuldade (0)

Com alguma ajuda (2)

Não consegue deslocar-se até aos serviços públicos (5)

4. Segurança

4.1. Sente-se seguro dentro da sua casa?

Sim (0) Não (1)

4.2. Sente-se seguro fora da sua casa?

Sim (0) Não (1)

4.3. Já alguma vez se sentiu ameaçado/a ou assediado/a por alguém?

Não (0) Sim (1)

4.4. Sente-se discriminado/a por alguma razão (p. ex. a sua idade, sexo, raça, religião)?

Não (0) Sim (1)

4.5. Tem alguém que o possa ajudar em caso de doença ou urgência?

Sim (0) Não (1)

5. Local de residência e finanças

5.1. De uma forma geral está satisfeito/a com a sua residência?

Sim (0) Não (1)

5.2. Consegue gerir o seu dinheiro e os seus assuntos financeiros?

Sim (0) Não (4)

5.3. Gostaria de obter aconselhamento acerca de subsídios ou benefícios a que possa ter acesso?

Sim (S) Não (N)

6. Manter-se saudável

6.1. Faz exercício regularmente?

Sim (0) Não (1)

6.2. Fica com falta de ar durante as atividades normais?

Não (0) Sim (1)

6.3. Fuma tabaco (cigarros, charuto, cachimbo)?

Não (0) Sim (1)

6.4. Acha que bebe demasiadas bebidas alcoólicas?

Não (0) Sim (1)

6.5. A sua tensão arterial foi verificada recentemente?

Sim (0) Não (1)

6.6. Tem alguma preocupação com o seu peso?

Não tem preocupações (N) Com perda de peso (PP) Com excesso de peso (EP)

6.7. Tem as suas vacinas em dia?

Não (N) Não sabe (NS) Sim (S)

6.8. Tem em dia os exames de rastreio de cancro

Não (N) Não sabe (NS) Sim (S)

7. Saúde mental e bem-estar

7.1. Consegue realizar atividades de lazer, trabalho e outras atividades que são importantes para si?

Sim (0) Não (1)

7.2. De uma forma geral, diria que a sua saúde é:

Excelente (1) Muito boa (2) Boa (3) Razoável (4) Fraca (5)

7.3. Sente-se sozinho/a?

Nunca (1) Por vezes (2) Muitas vezes (3)

7.4. Recentemente perdeu ou faleceu alguém que lhe é próximo?

Não (0) Sim (1)

7.5. No mês passado teve alguns problemas em dormir?

Não (0) Sim (1)

7.6. No mês passado teve dores corporais?

Não (0) Sim

Se sim: Muito suaves (1) Suaves (2) Moderadas (3) Fortes (4)

7.7. No último mês sentiu-se muitas vezes incomodado por se sentir em baixo, deprimido ou desesperado?

Não (0) Sim (1)

7.8. No último mês sentiu-se muitas vezes incomodado por ter pouco interesse ou prazer em fazer coisas?

Não (0) Sim (1)

7.9. Tem algumas preocupações em relação a perdas de memória ou esquecimentos?

Não (0) Sim (1)

8. Administração de medicação

8.1. Precisa de ajuda para obter regularmente os seus medicamentos?

Sim (1) Não (0)

8.2. Toma sempre os medicamentos de acordo com as recomendações do seu médico?

Sim (0) Não (1)

8.3. Consegue tirar todos os seus medicamentos das embalagens?

Sim (0) Não (1)

8.4. Pensa que alguns dos seus medicamentos podiam ser mais eficazes se tomados de forma diferente?

Sim (1) Não (0)

9. Avaliação do risco de quedas

A resposta afirmativa em pelo menos 3 dos itens que se seguem indica um elevado risco de quedas.

Indicador de risco	Fonte: EASY-Care Standard	Atribuir 1 ponto a cada um
Uma ou mais quedas no ano que passou	P 3.5	
Tem dificuldade em ver	P 1.1	
Tem pouca estabilidade de pé	P 3.4	
Está limitado ao domicílio	P 3.6	
Dificuldade em deslocar-se	P 3.1	
Problemas com os seus pés	P 3.2	
Falta de segurança no domicílio	P 3.3	
Ingestão excessiva de álcool	P 6.4	
Total (de 8)		

10. Risco de rutura no cuidado ou de admissão hospitalar

Indicador de risco	Fonte: EASY-Care Standard	Atribuir 1 ponto a cada um
Precisa de ajuda a		
vestir-se	P 2.2	
tomar banho	P 2.4	
alimentar-se	P 2.7	
usar a sanita	P 2.13	
Nos últimos 12 meses caiu alguma vez	P 3.5	
Alguns acidentes com a bexiga	P 2.11	
Preocupações com perda de peso	P 6.6	
Saúde em geral razoável ou fraca	P 7.2	
Muitas dores corporais no último mês	P 7.6	
Perda de memória ou esquecimentos	P 7.9	
“Em baixo”, deprimido ou desesperado	P 7.7	
Pouco interesse ou prazer em fazer coisas	P 7.8	
Total (de 12)		

11. Pontuação de independência

		Pontuação
P 1.4	Não consegue utilizar o telefone (3), ou com alguma ajuda (2)	
P 2.1	Precisa de ajuda para manter o aspecto cuidado (5)	
P 2.2	Não consegue vestir-se (6), ou com alguma ajuda (4)	
P 2.4	Não consegue tomar banho/duche (5)	
P 2.5	Não consegue fazer as tarefas domésticas (3), ou com alguma ajuda (2)	
P 2.6	Não consegue preparar refeições (5), ou com alguma ajuda (2)	
P 2.7	Não consegue alimentar-se (8), ou com alguma ajuda (3)	
P 2.9	Não consegue tomar medicamentos (4), ou com alguma ajuda (2)	
P 2.11	Acidentes frequentes de bexiga (8) ou ocasionais (5)	
P 2.12	Acidentes frequentes de intestinos (8) ou ocasionais (6)	
P 2.13	Não consegue utilizar a sanita (7), ou com alguma ajuda (4)	
P 3.1	Não consegue deslocar-se da cama para a cadeira (7), ou com alguma ajuda (4)	
P 3.3	Acamado (8), ou precisa de ajuda para se deslocar dentro de casa (7), ou de cadeira de rodas sem ajuda (5)	
P 3.4	Não consegue subir nem descer escadas (4), ou com alguma ajuda (2)	
P 3.6	Não consegue andar no exterior (6), ou com alguma ajuda (3)	
P 3.7	Não consegue ir às compras (4), ou com alguma ajuda (2)	
P 3.8	Não consegue deslocar-se até aos serviços públicos (5), ou com alguma ajuda (2)	
P 5.2	Não consegue gerir as finanças (4)	
		Total

Anexo C – Questionário complementar

ESTADO PATOLÓGICO

DURAÇÃO DA DIABETES _____

COMPLICAÇÕES ASSOCIADAS COM A DIABETES _____

TRATAMENTO:

Alteração dos estilos de vida ADO Insulina Nenhum

HBA1C _____

COLESTEROL TOTAL _____

TRIGLICERÍDEOS _____

c-HDL _____

c-LDL _____

ÍNDICE DE MASSA CORPORAL _____

TA _____

COMORBILIDADES

HIPERTENSÃO

DOENÇAS RESPIRATÓRIAS (ASMA, DPOC)

ACIDENTE VASCULAR CEREBRAL

DOENÇAS CARDÍACAS

DOENÇAS OSTEOARTICULARES (ARTROSE, OSTEOPOROSE)

DOENÇAS PSIQUIÁTRICAS (ANSIEDADE, DEPRESSÃO, OUTRAS)

DOENÇAS MALIGNAS

Anexo D – Autorização da coordenação da USF Buarcos

Exmª Senhora Coordenadora da
Unidade de Saúde Familiar de Buarcos

José Filipe Chaves Pereira Prazeres, Médico Interno na Unidade de Saúde Familiar de Buarcos, aluno do Curso de Mestrado de Geriatria da Faculdade de Medicina de Coimbra, vem por este meio solicitar a V. Exa. a autorização para desenvolver um trabalho de investigação nesta Unidade de Saúde, que se destina à dissertação da Tese de Mestrado.

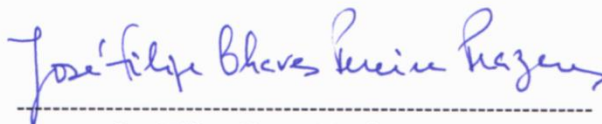
O estudo que pretende desenvolver, tem como objectivo a “**AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DE VIDA NAS PESSOAS IDOSAS EM CONTEXTO DE CUIDADOS DE SAÚDE PRIMÁRIOS**”.

Compromete-se ao sigilo e anonimato das respostas, bem como à divulgação dos resultados na Unidade de Saúde que coordena.


Sem outro assunto de momento, agradece a atenção dispensada, estando disponível para qualquer esclarecimento que julgue necessário.

Pede deferimento

Buarcos, 1 de Setembro de 2009



José Filipe Chaves Pereira Prazeres

Autorizo
1 / 09 / 2009

Dr. Elisabete Neto
COORDENADORA

Anexo E – Consentimento Livre e Informado



universidade de aveiro

Consentimento Livre e Informado

Investigador: FILIPE PRAZERES **Contacto telefónico:** USF Buarcos 233408260

Responsável pelo projeto: Liliana Sousa (Universidade de Aveiro, 234 372440)

O envelhecimento populacional exige que se conheçam as necessidades das pessoas idosas para promover políticas e programas adequados. Assim, com este estudo procuramos identificar as principais necessidades de pessoas com mais de 74 anos, considerando diversos tipos: sociais, de saúde, económicas, segurança e habitacionais. Neste sentido, precisamos que responda a um questionário (Easy-care, Sistema de Avaliação de Pessoas Idosas), que demora cerca de 20 minutos a ser preenchido.

A par com este questionário, precisamos também que responda a um outro que avalia uma importante dimensão da qualidade de vida: a satisfação com a vida.

Nenhuma informação que o identifique será incluída nos questionários, qualquer eventual referência será substituída por códigos. Responder a estes questionários não é prejudicial para a sua saúde e a sua decisão de participar ou não participar não terá qualquer impacto no seu tratamento clínico presente ou futuro. A sua participação não terá qualquer custo para si. Se decidir participar, pode mesmo assim retirar o seu consentimento ou interromper a sua participação em qualquer altura. É livre de não responder a qualquer pergunta, continuando as restantes a serem importantes.

Os seus registos médicos não serão afetados por este estudo. A confidencialidade dos seus dados será mantida.

Qualquer dúvida ou questão pode ser colocada ao investigador ou à coordenadora do projeto (ver os contactos no início da folha).

Declaro que:

Não aceito participar

Aceito participar

- Assinatura do participante _____
- Assinatura de testemunha _____
- Assinatura do investigador _____
- Consentimento verbal