



**Joana Filipa Soares**  
**Fecha**

**Funcionalidade e satisfação com a vida num  
programa de atividade física desenvolvido na  
comunidade**





**Joana Filipa Soares**  
**Fecha**

**Funcionalidade e satisfação com a vida num  
programa de atividade física desenvolvido na  
comunidade**

Dissertação apresentada à Universidade de Aveiro para cumprimento dos requisitos necessários à obtenção do grau de Mestre em Gerontologia, na vertente de Intervenção Comunitária, realizada sob a orientação científica do Mestre José Joaquim Alvarelhão, Professor Adjunto da Escola Superior de Saúde da Universidade de Aveiro e sob coorientação científica da Professora Doutora Margarida de Melo Cerqueira, Professora Adjunta da Escola Superior de Saúde da Universidade de Aveiro



## **o júri**

Presidente

Professora Doutora Maria da Piedade Brandão  
Professora Adjunta na Escola Superior de Saúde da Universidade de Aveiro

Professora Doutora Rosa Marina Afonso  
Professora Auxiliar no Departamento de Psicologia e Educação da  
Universidade da Beira Interior

Mestre José Joaquim Alvarelhão  
Professor Adjunto na Escola Superior de Saúde da Universidade de Aveiro



## **agradecimentos**

Ao Mestre Joaquim Alvarelhão e à Professora Doutora Margarida Cerqueira por todo apoio, por todas críticas pertinentes, pelas palavras de incentivo nas alturas mais complicadas de todo este processo.

À Susana, que me acompanhou numa das fases deste processo. Obrigada pela disponibilidade, pela ajuda e pelo companheirismo.

Às pessoas que participaram e colaboraram para que este estudo fosse possível e se realizasse da melhor maneira.

À minha família, aos meus pais e ao meu irmão, por todo o apoio, motivação e paciência demonstrada em todos os momentos.

Aos meus amigos, em especial às Joanas, à Inês e à Sara, pelo apoio, pela paciência e pelas palavras na hora certa.

Obrigada a todos por estarem presentes nesta caminhada.





## palavras-chave

Envelhecimento; Satisfação com a vida; Programas de atividades; Comunidade Inclusiva

## resumo

**Enquadramento:** O processo de envelhecimento é, atualmente, um desafio para as sociedades. O aumento da longevidade traduz-se na necessidade das comunidades de se reajustarem, de criarem novas respostas sociais e, por conseguinte, tornar-se mais inclusiva para as pessoas idosas.

**Objetivo:** Explorar a satisfação com a vida em pessoas com 60 ou mais anos num ambiente comunitário inclusivo e a relação dessa variável com a funcionalidade (percebida e de performance), a dor, a qualidade de sono e as relações sociais.

**Metodologia:** Estudo quantitativo, observacional e transversal, foi desenvolvido em parceria com a Câmara Municipal de Ílhavo (distrito de Aveiro). A amostra de 90 participantes foi recolhida por conveniência. Como critérios de inclusão, consideram-se: i) ter marcha independente; ii) não apresentar patologia pulmonar ou cardíaca aguda. Como critério de exclusão considerou-se ter sido submetido a qualquer cirurgia nos últimos 6 meses. Foram aplicados os seguintes instrumentos: Questionário de caracterização sociodemográfica e de saúde; Escala Básica de Sintomas de Insónia e Qualidade de Sono (BaSIQS); Caracterização da Dor; Escala Breve de Redes Sociais de Lubben (LSNS-6); *World Health Organization Disability Assessment Schedule* - WHODAS 2.0 - versão 12 itens; Escala de Satisfação com a Vida (SWLS); e, por último, Testes de funcionalidade objetiva para o membro inferior (*Time Up & Go* (TUG) e *Five-Times-Sit-To-Stand-Test* (FTSST)).

**Resultados:** O nível de satisfação com a vida é influenciado diretamente pela Escala Básica de Sintomas de Insónia e Qualidade de Sono (BaSIQS), pelo *Time Up & Go* (TUG), pela Escala Breve de Redes Sociais de Lubben (LSNS - 6), pela intensidade da dor e pelo nível de escolaridade.

**Conclusão:** A participação em programas de atividades desenvolvidos na comunidade tem efeitos no nível de satisfação com a vida.



## keywords

Aging; Satisfaction with life; Activity programs; Inclusive community environment

## abstract

**Background:** The aging process is currently a challenge for societies. Increased longevity translates into the need for communities to readjust themselves, to create new social responses and therefore to become more inclusive for the elderly.

**Objective:** To explore satisfaction with life in people aged 60 and over in an inclusive community environment and the relation of this variable to perceived and performance functionality, pain, sleep quality, and social relationships.

**Methodology:** A quantitative, observational and transversal study was developed in partnership with the Câmara Municipal de Ílhavo (district of Aveiro). A sample of 90 participants was collected for convenience. As inclusion criteria, the following were considered: i) independent walking; ii) do not present acute pulmonary or cardiac pathology. As exclusion criteria, it was considered to have undergone any surgery in the last 6 months. The following instruments were applied: Sociodemographic and health characterization questionnaire; Basic Scale of Symptoms of Insomnia and Sleep Quality (BaSIQS); Pain Characterization; Lubben Social Brief Scale (LSNS-6); World Health Organization Disability Assessment Schedule - WHODAS 2.0 - version 12 items; Life Satisfaction Scale (SWLS); and finally tests for objective lower limb functionality - Five-Times-Sit-To-Stand-Test (FTSST) and Time Up & Go (TUG).

**Results:** The level of life satisfaction is directly influenced by Basic Scale on Insomnia Complaints and Quality of Sleep (BaSIQS), Time Up & Go (TUG), Lubben's Brief Social Relations Scale (LSNS-6), the intensity of pain and by the educational level.

**Conclusion:** Participation in activities programs developed in the community has effects on the level of satisfaction with life.



## Índice geral

Índice.....	i
Índice de tabelas .....	iii
Lista de abreviaturas e Siglas .....	v
Introdução.....	1
Enquadramento Teórico .....	3
1.1 Envelhecimento.....	3
1.2 Satisfação com a vida .....	4
1.3 Funcionalidade .....	5
1.4 Envelhecimento e comunidade.....	6
Metodologia.....	9
2.1. Desenho do estudo.....	9
2.3. Seleção da amostra .....	9
2.4. Procedimentos de recolha de dados.....	10
2.5 Instrumentos de medida.....	10
2.5.1 Caracterização sociodemográfica .....	10
2.5.2 Caracterização da Dor .....	11
2.5.3 Escala Básica de Sintomas de Insónia e Qualidade de Sono (BaSIQS) (Gomes et al., 2015, adaptada de Gomes et al, 2001, 2011) .....	11
2.5.4 Escala de Satisfação com a Vida (SWLS – <i>Satisfaction With Life Scale</i> , Diener et al., 1985; versão portuguesa adaptada por Simões, 1992) .....	12
2.5.5 Escala Breve de Redes Sociais de Lubben (LSNS-6) (Ribeiro et al. 2012; versão portuguesa da Escala de Rede de Apoio Social de Lubben, Lubben et al. 2006) .....	13
2.5.6. <i>World Health Organization Disability Assessment Schedule</i> (WHODAS 2.0), versão 12 itens (versão portuguesa adaptada por Moreira et al., 2015).....	14
2.5.7 Teste de <i>performance</i> para o membro inferior .....	14
<i>i. Time Up &amp; Go test</i> (TUG) .....	14
<i>ii. Five-Times-Sit-To-Stand-Test</i> (FTSST) .....	15
2.6 Análise estatística.....	15
2.7 Considerações Éticas .....	16
Resultados.....	17
3.1 Caracterização Sociodemográfica .....	17
3.2 Caracterização das condições de saúde .....	17

3.3 Caracterização da prática de atividade física .....	19
3.4 Caracterização da qualidade de sono, da rede de suporte social e da satisfação com a vida... 19	
3.5 Caracterização da funcionalidade percebida e objetiva .....	20
3.6 Associação entre a satisfação com a vida e as outras variáveis em estudo.....	20
3.7 Regressão linear da variável satisfação com a vida.....	22
Discussão .....	25
Conclusão .....	29
Referências Bibliográficas .....	31

## **Índice de apêndices e de anexos**

Apêndice 1 – Pedido de Colaboração.....	37
Apêndice 2 – Folha de Informação para os participantes.....	39
Apêndice 3 – Consentimento Informado .....	41
Anexo 1 - Parecer da Comissão de Ética .....	43
Anexo 2 – Caracterização Sociodemográfica .....	47
Anexo 3 - Escala Básica de Sintomas de Insônia e Qualidade do Sono.....	49
Anexo 4 – Caracterização da dor músculo-esquelética .....	51
Anexo 5 – Escala breve de redes sociais de Lubben .....	53
Anexo 6 – WHODAS (versão 12 itens).....	55
Anexo 7 – Escala de Satisfação com a Vida .....	57
Anexo 8 – Testes de performance.....	59

## Índice de tabelas

Tabela 1 - Caracterização sociodemográfica da amostra (n=90) .....	17
Tabela 2 - Caracterização clínica dos participantes (n=90) .....	18
Tabela 3 - Caracterização da dor músculo-esquelética.....	18
Tabela 4 - Caracterização da prática de atividade física (n=90).....	19
Tabela 5 - Caracterização da BaSIQS, da LSNS-6 e da SWLS (n=90) .....	20
Tabela 6 - Caracterização da funcionalidade percebida (WHODAS 2.0 – 12 itens) e objetiva (TUG e FTSST) (n=90).....	20
Tabela 7: Correlação entre a satisfação com a vida e características sociodemográficas (n=90) ...	21
Tabela 8 - Correlação entre a satisfação com a vida e condições de saúde (n=90).....	21
Tabela 9 - Correlação entre a satisfação com a vida e dor .....	22
Tabela 10 - Correlação da Satisfação com a vida com BaSIQS e LSNS-6 (n=90) .....	22
Tabela 11 - Correlação entre a satisfação com a vida, WHODAS 2.0 – 12 itens, TUG e FTSST (n=90) .....	22
Tabela 12 - Modelo de regressão linear para a satisfação com a vida .....	23





## Lista de abreviaturas e Siglas

BaSIQS - Escala Básica de Sintomas de Insónias e Qualidade de Sono (*Basic Scale on Insomnia complaints and Quality of Sleep*)

CCI - Coeficiente de correlação Interclasse

CE - Comissão Europeia

CIF - Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde

DP - Desvio Padrão

FTSST - *Five-Time-Sit-to-Stand Test*

LSNS - 6 - Escala Breve de Redes Sociais de Lubben (*Lubben Social Network Scale*)

OMS - Organização Mundial de Saúde

PNS - Plano Nacional de Saúde

SWLS - Escala de Satisfação com a Vida (*Satisfaction with Life Scale*)

TUG - *Time Up & Go Test*

WHODAS 2.0 - *World Health Organization Disability Assessment Schedule 2.0*



## Introdução

O aumento demográfico da população idosa, quer a nível nacional, quer internacional, tem contribuído para o desenvolvimento de políticas por parte das entidades governamentais que procurem proporcionar à população idosa o cumprimento de princípios como a independência, a participação e os cuidados médicos e sociais (Lopes & Lemos, 2012).

Um dos primeiros documentos internacionais que foram traçados no âmbito do envelhecimento foram o “Plano de Ação Internacional de Viena sobre o Envelhecimento”, data de 1992 e, uma década mais tarde, foi elaborada a “Declaração Política e o Plano de Ação Internacional de Madrid sobre o Envelhecimento” (*Political Declaration and Madrid International Plan of Action on Ageing*) na Segunda Assembleia Mundial sobre o Envelhecimento. Nesta, foram apresentadas bases para a promoção de uma sociedade adaptada a qualquer idade (Nações Unidas, 2002).

A criação de planos de ação a nível internacional reflete o interesse das entidades governamentais em se desenvolverem estratégias que contribuam para lidar com os impactos resultantes do aumento da longevidade humana (Lopes & Lemos, 2012). Esta deve-se a fatores como a diminuição da mortalidade infantil ou os avanços da medicina. Este crescimento, sinónimo de novos desafios para o ser humano e sociedade, está intimamente ligado à perda de capacidades e às alterações biológicas características do processo de envelhecimento (Jin, Simpkins, Ji, Leis, & Stambler, 2015). As mudanças relacionadas com o processo de envelhecimento requerem estudos que visem melhorar a qualidade de vida na terceira idade. Considerada uma dimensão subjetiva da qualidade de vida, a satisfação com a vida implica uma avaliação individual que cada indivíduo faz à sua própria vida, tendo em conta as suas crenças, os seus valores e os seus objetivos (de vida) (Joia & Ruiz, 2013).

O presente estudo tem como objetivo caracterizar a satisfação com a vida em pessoas com sessenta ou mais anos num ambiente comunitário inclusivo do município de Ílhavo, distrito de Aveiro. Pretende também associar esse conceito à funcionalidade (percebida e de desempenho), à dor, à qualidade de sono e à rede de suporte social.



## **Enquadramento Teórico**

Neste capítulo são abordadas as alterações que ocorrem no processo de envelhecimento, nomeadamente biológicas, cognitivas e sociais, com implicações funcionais; o conceito de satisfação com a vida; o de funcionalidade e, por último, o envelhecer na comunidade, justificando a importância de programas comunitários com implicações na funcionalidade e na satisfação com a vida em pessoas idosas.

### **1.1 Envelhecimento**

O envelhecimento demográfico é, nos dias de hoje, sinónimo de desafios a nível mundial. A tendência de se viver mais anos gera novas necessidades, às quais a sociedade precisa de encontrar respostas adequadas (He, Goodkind, & Kowal, 2016). Tendo a esperança média de vida aumentado exponencialmente num curto espaço de tempo, a necessidade de se procurarem estratégias mais adequadas para se promover um envelhecimento saudável junto da população mais idosa também se fez sentir (Bowling & Dieppe, 2005).

O processo de envelhecimento implica um conjunto de alterações que vão ocorrendo de forma progressiva com o avançar da idade devido à influência de fatores internos e externos ao indivíduo, como por exemplo, as mudanças biológicas, a existência de determinadas patologias, o meio ambiente ou o stresse do dia-a-dia (Barreto, 2005; Gonçalves, Martín, Guedes, Cabral-Pinto, & Fonseca, 2006; Schneider & Irigaray, 2008).

São três as vertentes sobre as quais o processo de envelhecimento pode ser analisado, sendo elas a biológica, a psicológica e a social. O envelhecimento biológico consiste num processo de declínio gradual na estrutura e na capacidade funcional do indivíduo (Coleman & O'Hanlon, 2008). Ou seja, está associado a uma aglomeração gradual de células danificadas que, com o passar do tempo, vão influenciar um possível aparecimento de diversas patologias (World Health Organization, 2015). No que diz respeito ao envelhecimento psicológico, este está associado ao declínio das funções cognitivas, tais como a capacidade de aprender algo novo ou de memorizar. Estas mudanças, podem gerar diferentes efeitos nos indivíduos uma vez que a capacidade de cada um se adaptar e de aceitar essas mesmas mudanças é distinta (Fechine & Trompieri, 2012). Por último, o envelhecimento social está relacionado com a adaptação à perda de papéis e de relações sociais. A manutenção de um papel ativo na sociedade tende a ser mais difícil após a entrada na fase da

velhice, sendo que, com o avançar do processo de envelhecimento, esse papel e as relações existentes tendam a dissipar-se (Coleman & O'Hanlon, 2008). A natureza e o número de relações sociais são um dos fatores que mais contribuem para que a pessoa idosa consiga adaptar-se às exigências que advêm do processo de envelhecimento, porém, ao serem afetadas, podem comprometer a capacidade de adaptação da pessoa idosa às mesmas (Antonucci, 2001). O contributo benéfico das relações sociais ocorre quando estas refletem a valorização, a dignidade, a competência e a capacitação das pessoas idosas (Antonucci, 2001).

As perdas e ganhos característicos do envelhecimento influenciam a qualidade de vida das pessoas idosas de maneira diferente (Barreto, 2005). Cada uma perspectiva-os de forma distinta, pelo que a definição de satisfação (ou não) com a vida é diferente de indivíduo para indivíduo. Esta é considerada um conceito multidimensional uma vez que implica as componentes biológica, psicológica e social do ser humano (Gonçalves et al., 2006; Santos, Andrade, & Bueno, 2009).

## **1.2 Satisfação com a vida**

A satisfação com a vida consiste numa avaliação individual e subjetiva que cada indivíduo faz da sua própria vida (Joia, Ruiz, & Donalizio, 2007; Moons, Budts, & Geest, 2006). Define-se como uma 'avaliação cognitiva da vida de cada pessoa' (Diener, 1984:550) e é influenciado pela capacidade de cada indivíduo conseguir alcançar os seus objetivos e colmatar as suas necessidades (Moons et al., 2006). Assim, estar ou não satisfeito com a vida varia consoante a interpretação que cada indivíduo faz a sua própria vida, tendo em consideração os seus objetivos, os valores, as suas crenças (Carneiro & Falcone, 2013; Diener, 1984). Neste sentido, segundo Barreto (2005), uma maior ou menor satisfação com a vida depende do significado e do grau de importância que cada indivíduo atribui aos acontecimentos da sua vida passada bem como, da forma como se adapta às transformações provenientes do processo de envelhecimento.

São inúmeros os fatores que podem influenciar, direta ou indiretamente, o grau de satisfação de cada um - como por exemplo, a idade, a condição de saúde, as condições socioeconómicas, e a qualidade das redes sociais (familiares ou de amizade) – que, dependendo da forma como estão presentes e interligados entre si, podem desencadear quer efeitos positivos quer efeitos negativos na qualidade de vida do indivíduo (Joia et al., 2007). Quando é pedido ao indivíduo que avalie a sua satisfação com a vida, a tendência é para que a condição de saúde seja um elemento determinante nessa mesma avaliação, que tende a piorar com o avançar da idade (Oswald, Jopp, Rott, & Wahl, 2011), bem como a qualidade das relações familiares e de amizade.

As redes sociais são, também, determinantes na avaliação da satisfação com a vida. Sabe-se que um bom suporte social tende a proporcionar mais segurança e a minimizar o sentimento de solidão, muitas vezes presente nas faixas etárias mais avançada (Joia et al., 2007; Yassuda & Silva, 2010). Neste sentido, a participação em atividades na comunidade - como programas de cariz lúdico e sociocultural - tende a potenciar a integração das pessoas idosas na comunidade, bem como a promover a sensação de bem-estar e de presença de (boa) qualidade de vida, o que contribui para uma maior satisfação com a vida (Yassuda & Silva, 2010).

### **1.3 Funcionalidade**

A funcionalidade das pessoas idosas tende a ser afetada pela presença de patologias, principalmente aquelas que dificultam a capacidade em desenvolver as denominadas atividades de vida diária (Duarte, Andrade, & Lebrão, 2007).

A Organização Mundial de Saúde (OMS) dispõe de um conjunto restrito de classificações que, juntas, constituem um sistema internacional de informações codificadas relativas à saúde dos indivíduos. Uma dessas classificações designa-se por Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF), cujo objetivo principal é conseguir, através de uma linguagem uniformizada, fornecer uma estrutura de trabalho que permita descrever as condições de saúde e dos estados da mesma (Organização Mundial de Saúde, 2004). Na CIF, o conceito de funcionalidade é perspetivado sob um modelo biopsicossocial e é visto como um sistema de múltiplos sistemas que interagem entre si e que se centram na capacidade e no desempenho de cada indivíduo (Fontes, Fernandes, & Botelho, 2010). O conceito está assim associado a todas as funções do corpo, à capacidade de realizar as atividades de vida diária bem como de participar na sociedade (Organização Mundial de Saúde, 2004). Por sua vez, um outro conceito, o de incapacidade, é tido como um fenómeno que se pode prolongar no tempo e no espaço e que resulta da interação entre a saúde e o meio envolvente (Fontes et al., 2010); está relacionado com as deficiências, as limitações na realização das atividades de vida diária e com as restrições na participação a nível social (Organização Mundial de Saúde, 2004).

De acordo com a CIF, a funcionalidade e a incapacidade consistem numa interação dinâmica entre os estados de saúde e os fatores contextuais (Organização Mundial de Saúde, 2004). Culturalmente, deixar de se fazer uma determinada tarefa ao longo do processo de envelhecimento é visto muitas vezes como 'próprio da idade mais avançada'. Esta perspetiva contribuiu para que os serviços de saúde e a própria sociedade não tenham desenvolvido um cuidado especializado para retardar o

declínio funcional ou apoiar em situações de incapacidade. Em paralelo, também se deve ao facto de as próprias pessoas idosas considerarem que uma situação de declínio funcional ou de incapacidade algo normal na velhice (Pereira, Giacomini, & Firmo, 2015).

#### **1.4 Envelhecimento e comunidade**

Nas últimas décadas a população idosa portuguesa tem vindo a conseguir manter intactas, por mais tempo, as suas capacidades intelectuais e físicas (Gonçalves et al., 2006). Essa, que se caracteriza por possuir mais escolaridade/informação do que as gerações anteriores, por demonstrar um maior interesse e motivação em permanecer ativa, urge por um reajustamento de políticas quer sociais quer de saúde, que traduzam a criação de novas estratégias para promoção de um envelhecimento ativo e saudável (Chatterji, Byles, Cutler, Seeman, & Verdes, 2015).

Documentos como o *“Health 2020”*, o *“Um futuro para a saúde”* e o *“Health for Growth Programme 2014-2020”* são premissas (nacionais e internacionais) que remetem para a importância de promover um envelhecimento mais produtivo e mais igualitário. O *“Health 2020”* consiste num conjunto de políticas para a saúde que visa ajudar à criação de métodos adequados aos diferentes públicos-alvo, sendo uma das suas prioridades estratégicas o desenvolvimento de comunidades resilientes e de ambientes protetores que sejam capazes de lidar e de superar os problemas e obstáculos implícitos ao quotidiano (World Health Organization, 2013). O documento *“Um futuro para a saúde”*, desenvolvido pela Fundação Calouste Gulbenkian em 2014, consiste num relatório que propõe uma nova abordagem na promoção da saúde através da adoção de um novo sistema centrado nos indivíduos, em que estes são parceiros na promoção dos cuidados de saúde (Crisp et al., 2014). Por último, o *“Health for Growth Programme 2014-2020”*, desenvolvido pela Comissão Europeia (CE) em 2011, visa fomentar estratégias que permitam fortalecer as ligações entre o crescimento económico e uma população mais saudável (European Commission, n.d.).

Estes três documentos enunciados serviram de base para o Plano Nacional de Saúde (PNS) português (Direção-Geral de Saúde, 2015), onde é possível encontrar-se referência à importância de se promover ambientes saudáveis junto das comunidades, e cujos objetivos delineados para 2020 vão ao encontro das políticas de saúde internacionais que visam melhorar a saúde e o bem-estar, reduzir as desigualdades, bem como promover a capacitação dos cidadãos (*empowerment*) e a sua participação ativa na e com a sociedade (Direção-Geral de Saúde, 2015).



Na generalidade, todos os documentos anteriormente mencionados remetem para a importância de se promover um envelhecimento ativo e saudável junto das pessoas idosas.

O envelhecimento ativo, que no documento *Active Ageing: a policy framework* (World Health Organization, 2002:12), consiste num “processo de otimização de oportunidades” que visa proporcionar qualidade de vida e bem-estar, tanto físico como mental e/ou social, independentemente da idade. Já o conceito de envelhecimento saudável é perspectivado, segundo o “Relatório Mundial de Saúde e Envelhecimento” publicado pela OMS em 2015, como um processo de preservação da funcionalidade na velhice gerando um bem-estar benéfico para aquelas faixas etárias (World Health Organization, 2015).

A necessidade de se fomentar a presença das pessoas idosas na comunidade está, também, associada ao seu desejo de envelhecerem nos espaços que melhor conhecem. Sabe-se que a permanência nos ambientes habituais, mesmo que se apresente algum nível de dependência, traduz-se num fator benéfico para o bem-estar e satisfação da vida das pessoas idosas, sendo que para tal, é fundamental garantir o acesso a serviços e a recursos essenciais a uma manutenção da autonomia e da independência por um maior período possível (Wiles, Leibing, Guberman, Reeve, & Allen, 2012).

Existem estudos que referem a importância e o benefício de intervenções simultâneas em diferentes campos como o da atividade física, o da nutrição ou o da cognição. Este género de intervenção tem vindo a obter resultados bastantes promissores, sugerindo, por exemplo, que a atividade física aliada ao acompanhamento nutricional ajuda a melhorar as capacidades funcionais das pessoas idosas, tornando-as mais aptas para realizarem as suas atividades de vida diária e assim garantir, durante mais tempo, a sua autonomia e independência (Dedeyne, Deschodt, Verschueren, Tournoy, & Gielen, 2017).

Passa-se agora a descrever a metodologia do presente estudo.



## **Metodologia**

Neste capítulo são descritos o desenho do estudo, os objetivos do estudo (geral e específicos), a seleção da amostra, o procedimento de recolha de dados, os instrumentos de medida utilizados para a recolha de dados, a análise dos dados efetuada e, por fim, as considerações éticas tidas.

### **2.1. Desenho do estudo**

O presente estudo caracteriza-se por ser quantitativo, observacional e transversal. A principal variável é a de satisfação com a vida.

### **2.2. Objetivo geral e específicos do estudo**

Este estudo foi desenvolvido em parceria com Câmara Municipal de Ílhavo (distrito de Aveiro), e teve como objetivo geral explorar a satisfação com a vida em pessoas com 60 ou mais anos num ambiente comunitário inclusivo. Os objetivos específicos deste estudo foram:

- Caracterizar a satisfação com a vida;
- Explorar a associação entre a satisfação com a vida e a funcionalidade (percebida e de performance), a dor, a qualidade de sono e as relações sociais.

### **2.3. Seleção da amostra**

A amostra utilizada é do tipo não-probabilística por conveniência. Os participantes frequentavam o programa 'Movimento Maior'<sup>1</sup> promovido pela Câmara Municipal de Ílhavo, cujas atividades se desenrolaram em Ílhavo (Pavilhão Municipal Capitão Adriano Nordeste e Piscina Municipal), na Gafanha da Nazaré (Fórum Municipal da Maioridade e Piscina Municipal), no Salão Paroquial de Vale de Ílhavo e no Centro Cultural da Gafanha da Encarnação.

Definiram-se como critérios de inclusão: i) realizar marcha independente e ii) não apresentar patologia pulmonar ou cardíaca aguda. Foi considerado como critério de exclusão o ter sido submetido a qualquer cirurgia nos últimos 6 meses.

---

<sup>1</sup> Iniciativa que visa incentivar a prática de um estilo de vida saudável, estimular o convívio social e valorizar a capacidade de participação na vida ativa por parte da população sénior (CMI, n.d.).

## **2.4. Procedimentos de recolha de dados**

O procedimento de dados desenrolou-se em duas fases. Numa primeira fase, através da Divisão de Ação Social e Saúde da Câmara Municipal de Ílhavo, os professores das diversas atividades físicas do programa 'Movimento Maior' tomaram conhecimento da existência e objetivos deste estudo. Posteriormente, as investigadoras fizeram uma primeira visita aos locais onde se desenrolavam as atividades para entrega do pedido de colaboração para os professores (Apêndice 1 – Pedido de Colaboração), bem como para dar conhecimento do estudo aos possíveis participantes, a quem foi entregue uma folha de informação (Apêndice 2 – Folha de Informação para os participantes) e onde são descritos os objetivos do estudo, quais os procedimentos e outras informações relevantes para à participação. Os possíveis participantes foram colocados à vontade para esclarecerem quaisquer dúvidas que tivessem, sendo reiterado que poderiam desistir a qualquer momento do estudo sem qualquer necessidade de justificação e com garantia da confidencialidade e anonimato.

Numa segunda fase, os participantes que aceitaram integrar o estudo - e depois de verificados os critérios de inclusão e de exclusão -, assinaram o consentimento informado, livre e esclarecido (Apêndice 3 – Consentimento Informado), elaborado de acordo com a Declaração de Helsínquia da Associação Médica Mundial, e procedeu-se à aplicação dos instrumentos de medida.

Foi então aplicado um protocolo (anexo 2 ao anexo 8) com os seguintes instrumentos de avaliação: Questionário de caracterização sociodemográfica e de saúde; Escala Básica de Sintomas de Insónia e Qualidade de Sono (BaSIQS); Caracterização da Dor; Escala Breve de Redes Sociais de Lubben (LSNS-6); *World Health Organization Disability Assessment Schedule*, WHODAS 2.0 - versão 12 itens; Escala de Satisfação com a Vida (SWLS); e, por último, Testes de funcionalidade objetiva para o membro inferior (*Time Up & Go* (TUG) e *Five-Times-Sit-To-Stand-Test* (FTSST)).

Após aplicação deste último instrumento, foi feito novamente um agradecimento aos participantes pela sua colaboração no estudo.

## **2.5 Instrumentos de medida**

Passam-se a descrever os instrumentos de medida integrantes do protocolo.

### **2.5.1 Caracterização sociodemográfica**

Os dados sociodemográficos incluíram os relativos ao género, à data de nascimento, ao concelho de residência, ao nível de escolaridade, ao estado matrimonial e ocupação atual. Quanto aos dados

sobre saúde consideraram-se as principais condições de saúde atuais e a atividade física realizada. No item relativo à atividade física foram colocadas duas questões quanto ao tipo de atividade física e a frequência de prática. Incluía também uma questão sobre a toma de medicação e duas questões sobre o nível de satisfação com o programa Movimento Maior.

### **2.5.2 Caracterização da Dor**

A dor foi avaliada quanto à sua localização e número de locais com dor, intensidade, frequência e duração. A localização da dor foi avaliada através de uma imagem do corpo humana (*body chart*) com duas vistas, uma vista anterior e uma vista posterior, tendo sido solicitado a cada participante que assinalasse o/os locais onde sentiu dor na última semana. O número de locais foi depois categorizado em: 1 local com dor, 2 locais com dor, 3 ou mais locais com dor, mas não cumpre os critérios para dor generalizada, e dor generalizada. Dor generalizada foi definida como dor abaixo e acima da cintura, dor do lado direito e esquerdo e dor na coluna (cervical, dorsal ou lombar) (Wolfe et al., 1990). A intensidade da dor no momento foi avaliada com uma escala vertical numérica da dor, que vai do zero (0) a dez (10), sendo zero (0) sem dor e o dez (10) a pior dor imaginável. A frequência da dor na última semana foi avaliada através de uma pergunta fechada (“Quantas vezes na última semana sentiu dor?”), com quatro opções de resposta: raramente (uma vez por semana), ocasionalmente (duas a três vezes por semana), muitas vezes (mais do que três vezes por semana), e sempre (durante toda a semana). Por último, a duração da sua dor foi, também, avaliada através de uma pergunta de resposta fechada (“Há quanto tempo tem dor?”), com cinco possíveis respostas: há menos de um mês; há mais de um mês e menos de seis; há mais seis meses e menos de um ano; há mais de um ano; e há menos de cinco e mais de cinco anos. A avaliação da dor foi realizada de acordo com as orientações para a avaliação da dor em pessoas idosas (Royal College of Physicians, 2007).

### **2.5.3 Escala Básica de Sintomas de Insónia e Qualidade de Sono (BaSIQS) (Gomes et al., 2015, adaptada de Gomes et al, 2001, 2011)**

A construção desta escala teve por base o *Sleep–Wake Questionnaire for University Students* (SWQUS;Gomes, Tavares, & Azevedo, 2011) que avalia as quatro dimensões do sono: aspetos quantitativos do sono, a qualidade do sono, as fases do sono e a irregularidade do ciclo de despertar

do sono. Originalmente escrita em português europeu, a BaSIQS aborda a qualidade de sono, nomeadamente a facilidade ou dificuldade em adormecer, o acordar muitas vezes ou não durante a noite e a qualidade e profundidade do sono. A versão utilizada no presente estudo foi a de Gomes e colaboradores (2015). É um instrumento constituído por sete itens de diferentes níveis de dificuldade. Cada item é classificado até quatro pontos numa escala de tipo Likert de 4 pontos, de zero (0) a quatro (4), com exceção dos dois últimos itens, que são invertidos. O resultado total é obtido através da soma dos itens individuais e pode variar de zero (0) a vinte e oito (28), sendo que pontuações mais altas significam sono de menor qualidade (Gomes et al., 2015).

A BaSIQS, aquando administrada a estudantes do ensino superior, indicou uma boa fiabilidade, uma vez que os coeficientes Alfa de Cronbach foram sistematicamente superiores a 0,7, e o Coeficiente de Correlação Intraclasse (CCI) para a fiabilidade teste-reteste foi superior a 0,8 (Gomes et al., 2015). Já a forte relação encontrada entre a Escala Básica de Sintomas de Insónia e Qualidade de Sono (BaSIQS) e o *Pittsburgh Sleep Quality Index* (PSQI), segundo Gomes e colaboradores (2015), parece apoiar o BaSIQS como uma medida válida de autorrelato de insónia e de queixas relativas à qualidade de sono. Alves (2015) no estudo que realizou, numa amostra não clínica de adultos referiu que a BaSIQS apresentou um Alfa de Cronbach de 0,84.

#### **2.5.4 Escala de Satisfação com a Vida (SWLS – *Satisfaction With Life Scale*, Diener et al., 1985; versão portuguesa adaptada por Simões, 1992)**

Este instrumento teve por base a necessidade de que cada pessoa avaliasse a sua vida de uma forma global, de maneira a ser possível medir o seu nível de satisfação com vida (Diener, Emmons, Larsen, & Griffin, 1985). Constituído por cinco itens com uma escala de resposta tipo Likert de 7 pontos (1-discordo muito; 2- discordo; 3- discordo um pouco; 4- não concordo nem discordo; 5- concordo um pouco; 6- concordo muito; 7- concordo muito), a pontuação pode variar entre 5 a 35 pontos, sendo que a pontuação 20 representa o ponto médio. O estudo de validação contou com 176 alunos da Universidade de Illinois, indicando uma boa consistência interna (Coeficiente de Alfa de Cronbach de 0,87) e fiabilidade teste - reteste (CCI=0,82) (Diener et al., 1985). A primeira validação para a população portuguesa foi realizada por Neto, Barros e Barros em 1990, numa amostra de 308 professores. Posteriormente, em 1992, Simões realizou uma posterior validação do instrumento junto de uma amostra de 74 alunos universitários e de 130 adultos com profissões variadas. De forma a facilitar a compreensão do conteúdo a pessoas de níveis académicos

inferiores, reduziu a amplitude da escala para 5 pontos: 1 - Discordo muito; 2 - Discordo um pouco; 3 - Não concordo nem discordo; 4 - Concordo um pouco; 5 – Concordo muito. Este aspeto justifica o facto de se ter optado pela Escala de Satisfação com a Vida, adaptado à população portuguesa por Simões, 1992. Os resultados a obter com esta escala variam entre um mínimo de 5 e um máximo de 25, sugerindo maior satisfação com a vida, quanto mais elevado for o valor, pelo que o ponto médio se situa na pontuação 15. Os resultados obtidos apontam para uma boa Consistência Interna avaliada através de Alfa de Cronbach, com valor igual a 0,77 (Simões, 1992; Nunes, 2009).

#### **2.5.5 Escala Breve de Redes Sociais de Lubben (LSNS-6) (Ribeiro et al. 2012; versão portuguesa da Escala de Rede de Apoio Social de Lubben, Lubben et al. 2006)**

Utilizada frequentemente para questões de integração e isolamento social, esta escala destina-se especificamente a populações mais velhas. A versão original da *Lubben Social Network Scale* (LSNS) foi desenvolvida por Lubben, em 1988, sendo inicialmente constituída por 10 itens que avaliam o nível de apoio percebido e recebido por familiares, amigos e vizinhos. Contudo, uma revisão das características psicométricas da escala deu origem a uma versão mais reduzida de apenas 6 itens (Lubben et al., 2006; Ribeiro et al., 2012).

De modo a tornar este instrumento mais simples e rápido, assim como facilitar a sua utilização pelas pessoas mais velhas, os autores da mesma procederam a uma revisão das características psicométricas, propondo uma versão apenas com seis itens (LSNS-6) (Lubben et al., 2006; Ribeiro et al., 2012). Lubben e colaboradores (2006), com a finalidade de classificar o risco de isolamento social das pessoas idosas, determinaram como ponto de corte o valor 12, sendo que abaixo deste valor existirá isolamento social. A versão da Escala Breve de Redes Sociais de Lubben (LSNS-6) utilizada é a adaptada para a versão portuguesa por Ribeiro e colaboradores (2012). Este instrumento tem por base dois conjuntos de questões que avaliam as relações familiares e as de amizade. A pontuação total da escala é obtida pelo somatório dos seis itens, de zero (0) a trinta (30) pontos. As respostas a cada um dos itens variam numa escala entre 0 e 5 (Ribeiro et al., 2012).

No estudo realizado por Lubben e colaboradores (2006), indicou que a Escala Breve de Redes Sociais de Lubben apresenta uma Consistência Interna, Alfa de Cronbach igual a 0,83. Já o estudo realizado por Ribeiro e colaboradores (Ribeiro et al., 2012), com pessoas com mais de 65 anos, residentes na comunidade apresenta Consistência Interna com Alfa de Cronbach igual a 0,80.

### **2.5.6. World Health Organization Disability Assessment Schedule (WHODAS 2.0), versão 12 itens (versão portuguesa adaptada por Moreira et al., 2015)**

O *World Health Organization Disability Assessment Schedule* - WHODAS 2.0 foi desenvolvido pela Organização Mundial de Saúde, em 2009, com a finalidade de se criar um método uniformizado de medição da saúde e da deficiência. Este caracteriza-se por atribuir nível da funcionalidade a seis domínios, a cognição, a mobilidade, o autocuidado, as relações interpessoais, as atividades de vida diária e a participação na sociedade (Üstün, Kostanjsek, Chatterji, & Rehm, 2010).

Existem três versões deste instrumento, a versão de 36 itens, a de 12 itens e de 12+24 itens. Para este estudo foi utilizada a versão portuguesa de 12 itens, uma vez que permite avaliar de forma breve os níveis de funcionalidade gerais (Silveira et al., 2013). A pontuação é feita através de uma escala de tipo Likert de 5 pontos, com as seguintes opções de resposta: 1 (nenhuma dificuldade), 2 (dificuldade ligeira), 3 (dificuldade moderada), 4 (dificuldade grave) e 5 (dificuldade completa/não faz). A pontuação final obtém-se somando todas as pontuações individuais. Relativamente à sua aplicação, pode ser aplicada por autopreenchimento ou por entrevista direta (Silveira et al., 2013). O índice para incapacidade total variou de 0 (sem incapacidade) a 60 (incapacidade completa), sendo que altos índices indicam níveis elevados de incapacidade (Üstün et al., 2010).

No que se refere à fiabilidade do WHODAS 2.0 – 12 itens, no estudo realizado por Moreira e colaboradores (2015) onde se traduziu e se adaptou a versão portuguesa, numa população de participantes de serviços de apoio comunitário com 55 ou mais anos, observou-se uma boa consistência interna, analisada através de Alfa de Cronbach, tanto no primeiro como no segundo momento de avaliação, sendo os valores 0,86 e 0,84, respetivamente. Apresentou, de igual modo, fiabilidade teste-reteste aceitável, avaliada através do Coeficiente de Correlação Intraclasse (CCI) com valor igual a 0,77.

### **2.5.7 Teste de *performance* para o membro inferior**

Neste estudo, foram aplicados dois testes para avaliar a *performance* para o membro inferior, o *Time Up & Go test* (TUG) e o *Five-Times-Sit-To-Stand-Test* (FTSST).

#### ***i. Time Up & Go test* (TUG)**

O teste *Time Up & Go* (TUG) é uma medida de mobilidade funcional e de equilíbrio (Goldberg, Chavis, Watkins, & Wilson, 2012), útil na predição do aumento e risco de quedas (Camara, Miranda



& Velardi, 2009), sendo que o desempenho pode ser afetado pelo tempo de reação, força muscular dos membros inferiores, equilíbrio e marcha (Camara et al., 2008). A aplicação deste exercício consiste em o participante levantar-se de uma cadeira, sem o auxílio dos braços, e percorrer uma determinada distância a uma velocidade mais rápida do que a habitual, contornar o obstáculo, voltar e sentar-se novamente. No caso de o participante utilizar auxiliar de marcha é possível realizar o teste com o mesmo. O teste é repetido duas vezes e em ambas o tempo é cronometrado. A maioria dos estudos têm sugerido que este teste tem uma boa fiabilidade, como por exemplo num estudo realizado com pessoas com doença de Parkinson, em quatro recolhas de dados o CCI variou, para 3 avaliadores, entre CCI = 0,87 e CCI = 0,99 (Morris, Morris, & Iansek, 2001).

## **ii. Five-Times-Sit-To-Stand-Test (FTSST)**

O *Five – Times – Sit - To - Stand - Test* (FTSST) é uma medida de equilíbrio dinâmico e de mobilidade funcional (Goldberg et al., 2012). Este teste consiste em o participante levantar-se e sentar-se numa cadeira sem o auxílio dos braços, por cinco vezes. Ou seja, o participante inicia o teste sentado numa cadeira com as costas direitas e os pés assentes no chão, e com os braços cruzados sobre o peito. Quando é dada a ordem para começar, o participante tem que se levantar até atingir a posição ereta e voltar a sentar-se, e assim sucessivamente por cinco vezes. Este processo é repetido duas vezes, sendo cronometrado o tempo que o participante demora a executar a tarefa.

O FTSSS apresentou uma excelente confiabilidade com um CCI = 0,95 num (IC95% = 0,89-0,97) (Goldberg et al., 2012).

## **2.6 Análise estatística**

Para a análise dos dados foi utilizado o programa *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS), versão 24 para *Windows*. Foram utilizadas medidas descritivas para a caracterização das variáveis em estudo. No caso de variáveis contínuas com distribuição normal, foram calculadas a média e o respetivo desvio padrão e, em alternativa, foram calculadas a mediana e os valores dos interquartis. Para as variáveis nominais foram calculadas as frequências absolutas e relativas.

Para a associação de variáveis contínuas foram realizados teste de correlação de *Spearman* e de *Kendall*. Foi também aplicada uma regressão linear.

## **2.7 Considerações Éticas**

O protocolo do presente estudo foi submetido e aprovado pela Comissão de Ética e Deontologia da Universidade de Aveiro (Parecer nº 13/2016) (Anexo 1). Aos participantes foi fornecida toda a informação sobre o estudo antes da aplicação de qualquer instrumento, tendo sido dada a liberdade para esclarecer qualquer dúvida acerca do mesmo. Todos os elementos da amostra participaram no estudo de livre e espontânea vontade, tendo sido assinado o consentimento informado, livre e esclarecido (Apêndice 3 – Consentimento Informado), elaborado de acordo com a Declaração de Helsínquia da Associação Médica Mundial, sendo garantida a confidencialidade e o anonimato. Foi-lhes ainda comunicado que poderiam desistir do estudo a qualquer altura e sem qualquer implicação.

Passa-se a apresentar os resultados obtidos no presente estudo.

## Resultados

Neste capítulo procede-se à apresentação dos resultados obtidos no presente estudo.

### 3.1 Caracterização Sociodemográfica

A amostra é constituída por 90 participantes, dos quais 68 (75,6%) são do género feminino e 22 (24,4%) do género masculino. A idade dos participantes está compreendida entre os 61 e os 85 anos, sendo a média de idades de 72,38 (DP = 5,55). Do total dos participantes, 68,9% são casados, 70% tem o 4.º ano como habilitação literária e 86,7% encontram-se aposentados. Na Tabela 1 é possível observar, mais detalhadamente, a informação relativa à caracterização sociodemográfica dos participantes.

Tabela 1 - Caracterização sociodemográfica da amostra (n=90)

Variáveis					
Idade	Ocupação atual		n	(%)	
média (dp)	72A, 4m (5A, 6m)		Emprego assalariado	1	(1,1)
[min-max]	[61A - 85A]		Trabalha por conta própria	1	(1,1)
			Doméstica/dona de casa	9	(10,0)
			Aposentado	78	(86,7)
			Outro	1	(1,1)
Género	n	(%)	Escolaridade	n	(%)
Feminino	68	(75,6)	Sem educação formal	3	(3,3)
Masculino	22	(24,4)	3º ano	4	(4,4)
Estado civil			4º ano	63	(70,0)
Solteiro	2	(2,2)	6º ano	5	(5,6)
Casado	62	(68,9)	9º ano e antigo 5º ano	7	(7,8)
Viúvo	19	(21,1)	11º ano e antigo 7º ano	2	(2,2)
Divorciado	7	(7,8)	bacharelato / licenciatura	6	(6,7)

Legenda: A – anos; m – meses; dp – desvio padrão

### 3.2 Caracterização das condições de saúde (n=90)

Dos 90 participantes, 84 (93,3%) referiram pelo menos uma condição clínica, havendo participantes que mencionaram ter mais do que uma (Tabela 2). As patologias mais referenciadas foram a hipertensão arterial (n= 54; 60%) e as artroses (n=52; 57,8%).

**Tabela 2 - Caracterização das condições de saúde dos participantes (n=90)**

<b>Saúde</b>		
<b>Existe uma condição clínica</b>	<b>n</b>	<b>(%)</b>
	84	(93,3)
<b>Condições de saúde</b>		
Hipertensão arterial	54	(60,0)
Diabetes	21	(23,3)
Artroses	52	(57,8)
Espondilartrose (coluna)	40	(44,4)
Patologia cardiovascular	25	(27,8)
Patologia respiratória	28	(31,1)
Cancro	13	(14,4)
Depressão	35	(38,9)
Antecedentes traumáticos	25	(27,8)

Relativamente à dor músculo-esquelética, dos 90 participantes, 64 (71,1%) afirmaram ter sentido dor na última semana (Tabela 3). Destes (n=64), 27 (42,9%) sentiram dor em apenas num local do corpo, 29 (45,2%) afirmaram ter sentido sempre dor na última semana, 19 (29,7%) classificaram-na de nível 5 numa escala numérica de 0 a 10 (pior dor imaginável), e 27 (42,2%) afirmaram sentir dor há 5 ou mais anos.

**Tabela 3 - Caracterização da dor músculo-esquelética (n=64)**

<b>Dor na última semana</b>					
<b>Número de locais com dor</b>	<b>n</b>	<b>(%)</b>	<b>Frequência da dor na última semana</b>	<b>n</b>	<b>(%)</b>
1	27	(42,2)	raramente	6	(9,4)
2	16	(25,0)	Ocasionalmente	14	(21,9)
3 ou mais*	16	(25,0)	não respondeu	14	(21,9)
dor generalizada	4	(6,2)	Sempre	29	(45,2)
não respondeu	1	(1,6)		1	(1,6)
<b>Intensidade da dor [0-10]</b>			<b>Duração (presença temporal) da dor</b>		
2	5	(7,8)	menos de um mês	8	(12,5)
3	7	(10,9)	mais de um mês e menos de seis	8	(12,5)
4	6	(9,4)	mais de seis meses e menos de um ano	4	(6,2)
5	19	(29,7)	mais de um ano e menos de cinco	17	(26,6)
6	9	(14,1)	cinco ou mais anos	27	(42,2)
7	6	(9,4)			
8	7	(10,9)			
9	2	(3,1)			
10	3	(4,7)			

### 3.3 Caracterização da prática de atividade física

Dos 90 participantes, mais de metade (52,2%) pratica exercícios de manutenção, sendo esta a atividade com maior número de participantes (n=47; 52,2%), por sua vez, o *boccia* é a atividade com menos (n=7; 7,8%) (Tabela 4). Sessenta e quatro participantes (71,1%) disseram que praticavam exercício físico pelo menos 2 vezes por semana. Relativamente ao número de atividades que frequentavam, 37 participantes (41,1%) praticavam apenas uma e 24 (26,7%) praticavam 3 ou mais atividades.

Tabela 4 - Caracterização da prática de atividade física (n=90)

Atividade Física		
Atividades	n	(%)
Exercícios de manutenção	47	(52,2)
Técnicas de relaxamento	30	(33,3)
Piscina (hidroginástica e/ou natação)	26	(28,9)
Zumba	22	(24,4)
Danças de salão	11	(12,2)
<i>Boccia</i>	7	(7,8)
Outras atividades	29	(32,2)
Número de atividades		
	1	37 (41,1)
	2	29 (32,2)
	3	15 (16,7)
	4	7 (7,8)
	5	2 (2,2)
Frequência		
pelo menos 2 vezes por semana	64	(71,1)
4 vezes por semana	23	(25,6)
todos os dias	3	(3,3)

### 3.4 Caracterização da qualidade de sono, da rede de suporte social e da satisfação com a vida

A Escala Básica de Sintomas de Insónia e Qualidade de Sono (BaSIQS) apresentou uma média de 10,9 (DP=4,9), a Escala Breve de Redes de Sociais de Lubben (LSNS-6) de 16,1 (DP=5,6) e a Escala de Satisfação com a Vida (SWLS) uma média de 16,7 (DP=5,4) (Tabela 5).

**Tabela 5 - Caracterização da BaSIQS, da LSNS-6 e da SWLS (n=90)**

<b>BaSIQS</b>	
<i>média (dp)</i>	10,9 (4,9)
<i>[min-max]</i>	[3-24]
<i>med (Q1-Q3)</i>	10 (7-15)
<b>LSNS-6</b>	
<i>média (dp)</i>	16,1 (5,6)
<i>[min-max]</i>	[3-30]
<b>SWLS</b>	
<i>média (dp)</i>	16,7 (5,4)
<i>[min-max]</i>	[6-25]

### 3.5 Caracterização da funcionalidade percebida e objetiva

No *World Health Organization Disability Assessment Schedule* (WHODAS 2.0), versão 12 itens, a média obtida foi de 17,0 (DP=4,7) e, nos testes de performance do membro superior, no *Time Up & Go* (TUG) a média foi de 9,3m/s (DP=2,2) e no *Five – Times – Sit - To - Stand - Test* (FTSST) de 13,1m/s (DP=3,3) (Tabela 6).

**Tabela 6 - Caracterização da funcionalidade percebida (WHODAS 2.0 – 12 itens) e objetiva (TUG e FTSST) (n=90)**

<b>WHODAS 2.0 - 12 itens</b>	
<i>média (dp)</i>	17,0 (4,7)
<i>[min-max]</i>	[12-32]
<i>med (Q1-Q3)</i>	15,5 (14,0-20,0)
<b>TUG*</b>	
<i>média (dp)</i>	9,3 (2,2)
<i>[min-max]</i>	[5,8-17,9]
<i>med (Q1-Q3)</i>	8,8 (7,8-10,5)
<b>FTSST*</b>	
<i>média (dp)</i>	13,1 (3,3)
<i>[min-max]</i>	[7,1-25,0]
<i>med (Q1-Q3)</i>	12,4 (10,6-15,2)

\*valores em m/s

### 3.6 Associação entre a satisfação com a vida e as outras variáveis em estudo

Para explorar a associação entre a satisfação com a vida e as restantes variáveis em estudo foram aplicados testes de correlação, o teste de *Spearman*, o de *Kendall Tau-b* e o de *Pearson*.

Na Tabela 7 é possível observar que, das características sociodemográficas obtidas, apenas a idade e escolaridade apresentam uma correlação significativa.

**Tabela 7 - Correlação entre a satisfação com a vida e características sociodemográficas (n=90)**

<b>Características Sociodemográficas</b>	
<b>Idade</b>	$\rho = -0,025$
<b>Género</b>	$K_b = 0,197^*$
<b>Estado Civil</b>	$K_b = -0,124$
<b>Escolaridade</b>	$r_s = 0,241^*$
<b>Ocupação Atual</b>	$K_b = -0,123$

\* Correlação significativa para  $p < 0,05$

$\rho$  - teste de *Pearson*

$K_b$  - teste *Kendall Tau-b*

$r_s$  - teste de *Spearman*

Na associação entre a satisfação com a vida e as condições de saúde dos participantes apenas se aplicou a correlação de *Spearman*. A espondilartrose, a depressão e os antecedentes traumáticos foram as únicas variáveis que apresentaram uma correlação significativa com a variável dependente (satisfação com a vida), como é possível observar na Tabela 8.

**Tabela 8 - Correlação entre a satisfação com a vida e condições de saúde (n=90)**

<b>Condições de saúde</b>	
<b>Hipertensão Arterial</b>	$r_s = 0,089$
<b>Diabetes</b>	$r_s = -0,151$
<b>Artroses</b>	$r_s = 0,115$
<b>Espondilartrose (coluna)</b>	$r_s = 0,267^*$
<b>Patologia Cardiovascular</b>	$r_s = -0,024$
<b>Patologia Respiratória</b>	$r_s = 0,158$
<b>Cancro</b>	$r_s = 0,143$
<b>Depressão</b>	$r_s = 0,290^{**}$
<b>Antecedentes Traumáticos</b>	$r_s = 0,213^*$

\*Correlação significativa para  $p < 0,05$ ; \*\*Correlação significativa para  $p < 0,01$   
 $r_s$  - teste de *Spearman*

Na associação entre a satisfação com a vida e a dor (Tabela 9) foram aplicados dois tipos de correlação (de *Spearman* e de *Kendall's Tau-b*) tendo em conta as características das variáveis em estudo. Os resultados obtidos indicaram existir uma correlação significativa entre a satisfação com a vida e o facto de se sentir dor e a intensidade da mesma.

**Tabela 9 - Correlação entre a satisfação com a vida e dor**

Dor	
Sentir dor na última semana (n=90)	$r_s = 0,221^*$
Locais em que sentiu dor (n=63)	$K_b = - 0,038$
Intensidade da dor (n=90)	$r_s = - 0,310^{**}$
Número de vezes que sentiu dor (n=63)	$r_s = - 0,246$
Duração da dor (n=64)	$K_b = - 0,161$

\*Correlação significativa para  $p < 0,05$ ; \*\*Correlação significativa para  $p < 0,01$

$K_b$  - teste *Kendall Tau-b*

$r_s$  - teste de *Spearman*

Na Tabela 10, a satisfação com a vida apresenta uma associação estatisticamente significativa tanto com a BaSIQS como com a LSNS-6. No caso da associação com a BaSIQS, a associação é negativa, o que indica que as variáveis variam em sentido inverso.

**Tabela 10 - Correlação da Satisfação com a vida com BaSIQS e LSNS-6 (n=90)**

Qualidade de Sono e Rede de Suporte Social	
BaSIQS	$r_s = - 0,372^{**}$
LSNS-6	$r_s = 0,287^{**}$

\*\*Correlação significativa para  $p < 0,01$

$r_s$  - teste de *Spearman*

Na Tabela 11 é possível observar que, através da aplicação da correlação de *Spearman*, existe uma correlação significativa entre a satisfação com a vida, a funcionalidade percebida (WHODAS 2.0 – 12 itens) e a funcionalidade objetiva (TUG e FTSST).

**Tabela 11 - Correlação entre a satisfação com a vida, WHODAS 2.0 – 12 itens, TUG e FTSST (n=90)**

Funcionalidade percebida e objetiva	
WHODAS 2.0 - 12 itens	$r_s = - 0,349^{**}$
TUG	$r_s = - 0,312^{**}$
FTSST	$r_s = - 0,304^{**}$

\*\*Correlação significativa para  $p < 0,01$

$r_s$  - teste de *Spearman*

### 3.7 Regressão linear da variável satisfação com a vida

Para a análise da regressão da variável satisfação com a vida, o método escolhido foi o método *stepwise*, sendo que as variáveis independentes utilizadas foram o género, o nível de escolaridade,



o ter ou não espondilose, o ter ou não ter tido depressão, o ter tido antecedentes traumáticos, o ter sentido dor na última semana, a intensidade da dor, a WHODAS 2.0 - 12 itens, o TUG, o FTSST, a LSNS-6 e a BaSIQS. Permaneceram no modelo o nível de escolaridade, a intensidade da dor, o TUG, a LSNS-6 e a BaSIQS. Estas variáveis explicam 34,2% da variabilidade da satisfação com a vida. A ANOVA de regressão mostrou ter significado estatístico,  $F(5,84) = 8,719$ ,  $p < 0,001$ . Na Tabela 12 estão presentes os resultados da análise da regressão linear da variável satisfação com a vida.

**Tabela 12 - Modelo de regressão linear para a satisfação com a vida**

<b>Regressão Linear (<math>r^2 = 0,342</math>)</b>			
<b>Preditores</b>	<b><math>\beta</math></b>	<b>t</b>	<b>p</b>
<b>BaSIQS</b>	-0,261	-2,854	0,005
<b>TUG (média)</b>	-0,209	-2,233	0,028
<b>LSNS-6</b>	0,191	2,027	0,046
<b>Intensidade da dor</b>	-0,241	-2,618	0,010
<b>Nível de escolaridade</b>	0,194	2,120	0,037

Depois de apresentados os resultados obtidos no presente estudo, passa-se para a discussão dos mesmos.



## Discussão

O presente estudo foi realizado no concelho de Ílhavo, distrito de Aveiro, e teve como objetivo explorar a satisfação com a vida em pessoas com 60 ou mais anos, e que estavam inseridas num ambiente comunitário inclusivo. Este estudo visou também explorar a associação entre a satisfação com a vida e a funcionalidade (percebida e objetiva), a dor, a qualidade de sono e as relações sociais. Os participantes deste estudo eram frequentadores de um programa de atividade física desenvolvido para a comunidade, cujo objetivo é estimular a interação e a convivência, mas também, promover junto da população sénior uma participação ativa na comunidade e um estilo de vida saudável.

Neste estudo, a média obtida na escala de satisfação com a vida foi de 16,7 (DP=5,4), o que significa que o nível dos participantes é elevado, considerando 15 como o valor intermédio que distingue o baixo do elevado nível de satisfação (Figueiredo, Lima, & Sousa, 2009). Quando associada às outras variáveis em estudo, o nível de satisfação com a vida é influenciado diretamente pela BaSIQS, o TUG, a LSNS-6, a intensidade da dor e o nível de escolaridade, a abordar de seguida.

Na BaSIQS, a média foi de 10,9 (DP=4,9), sendo que o valor máximo foi de 24 em 28 pontos possíveis. Ter uma baixa qualidade de sono ou dormir poucas horas pode significar problemas no sono e é comum a população idosa apresentar problemas a este nível. Num estudo realizado nos Estados Unidos da América sobre problemas relacionados com o sono, numa amostra constituída por pessoas adultas com idades compreendidas entre os 53 e os 97 anos, verificou-se que problemas de sono tendiam a refletir-se negativamente na qualidade de vida (Schubert et al., 2002) e, conseqüentemente, na satisfação com a mesma. Num outro estudo sobre a influência do número de horas que se dorme no nível de satisfação com a vida (Pagan, 2017), cuja amostra era constituída por uma população ainda em idade ativa, observou-se que quantas mais horas os participantes dormiam maior era o seu nível de satisfação com a vida. Não era só a qualidade do sono, mas também a sua quantidade que influenciava. Segundo Gomes e colaboradores (2015) valores elevados na BaSIQS indicam baixa qualidade de sono, conseqüentemente, influência negativa no nível de satisfação com a vida. No presente estudo o efeito é inverso, ou seja, visto a amostra referir ter uma boa qualidade de sono, a influência que este exerce sobre a nível de satisfação com a vida é positiva.

Apesar da variável satisfação com a vida estar associada aos testes que avaliam a funcionalidade percebida e objetiva (WHODAS 2.0 – 12 itens, TUG e FTSST), apenas o TUG se relacionou com a principal variável em estudo. O tempo médio obtido foi de 9,3 m/s (DP=2,2) que, quando comparado com os resultados obtidos num estudo realizado por Goldberg e colaboradores (2012) numa amostra de pessoas idosas, com o objetivo de avaliar a validade deste instrumento enquanto medida de cálculo do equilíbrio dinâmico, percebe-se que representa um valor baixo quando comparado com o valor utilizado como ponto de corte para o risco de queda.

Apesar de não ser possível identificar uma razão para o valor obtido na comunidade de Ílhavo, podendo supor que essa diferença pode estar associada ao facto da média de idades dos dois estudos ser diferente ou facto de, no estudo de Goldberg e colaboradores, o número de participantes ser inferior, num estudo realizado na Holanda os baixos valores obtidos nos testes de desempenho foram justificados pela influência que a função cognitiva exercia. De acordo com este mesmo estudo, os testes de desempenho permitem não só compreender o grau da funcionalidade cognitiva mas também avaliar e/ou identificar as diferenças entre uma pessoa que se encontre com início de demência e uma pessoa num estado mais avançado (Blankevoort, Heuvelen, & Scherder, 2013). Tendo por base as conclusões do estudo referido, poder-se-á supor que a amostra do presente estudo poderá apresentar algum défice cognitivo tendo em conta os resultados obtidos, porém não existe dados de uma avaliação da função cognitiva que possam fundamentar esta suposição.

No que respeita às redes sociais, os resultados obtidos na LSNS-6 sugerem que são outra variável que influenciam o nível de satisfação com a vida dos participantes. Tendo por base o valor do ponto de corte (20) no estudo realizado por Paúl e colaboradores (2010), a amostra em estudo encontra-se em risco de sofrer de isolamento social. A rede social, seja constituída por familiares e/ou amigos, tende a influenciar a forma como cada indivíduo perspetiva ou avalia a sua vida. Conseguir manter/construir relações de amizade e de afeto tanto com os familiares como com amigos tende a exercer um efeito positivo no nível de satisfação com a vida (Joia & Ruiz, 2013). E que quanto mais ampla for a rede social, mais elevado tende a ser o nível de satisfação com a vida. No que respeita aos elementos integrantes da rede social, poderá haver alguma diferença. Num estudo realizado com pessoas com 50 ou mais anos, da união europeia, sobre as redes sociais (Tomini, Tomini, & Groot, 2016), as de idades mais avançadas consideravam ser mais importante ter membros da família do que propriamente amigos.

Em relação ao conceito de dor, este pode definir-se como uma “experiência sensorial e emocional desagradável associada a um existente ou potencial dano (Merskey, 1991: 153). Tendo tido como resultado que dos 90 participantes do presente estudo, 64 afirmaram sentir dor, dos quais 44 classificaram a dor entre o nível 5 e o nível 10 quanto à sua intensidade, e que mais de metade indicou que sente dor muitas vezes ou sempre, significa que na maioria dos casos a dor a que se referem é uma dor contínua, ou seja, crónica. Numa análise realizada em Portugal, cujo objeto de estudo era a epidemiologia da dor crónica, 68% dos participantes classificou a intensidade da dor como moderada-severa. Segundo este mesmo estudo, a dor crónica tem efeitos negativos tanto para o indivíduo (a nível emocional) como para a sua família, o que acaba por ter consequências também a nível social (Azevedo, Costa-Pereira, Mendonça, Dias, & Castro-Lopes, 2012). Num outro estudo sobre a dor com uma amostra de 386 pessoas registadas em centros de saúde familiar turcos (Arli, Bakan, Varol, & Aslan, 2017), concluiu-se que a dor também era um fator influenciados da satisfação com a vida, principalmente se fosse uma dor contínua.

O nível de escolaridade é outra das variáveis, no presente estudo, que aparece associadas a um baixo nível de satisfação com a vida. A maioria dos participantes tem apenas o 4.º ano de escolaridade e encontram-se reformados. Num estudo realizado em Portugal (Tavira) com 57 pessoas idosas, o nível de escolaridade tinha influência na capacidade de memória nos participantes com idades mais avançadas, indicando que quanto mais elevado era o nível de escolaridade melhor era o desempenho em situações que exigiam uma maior concentração (Gabriel & Conboy, 2010). Os resultados do presente estudo poder-se-ão explicar pelo facto de que quanto menor for o nível de escolaridade, tenderá a ser menor a capacidade de se obter informação e, por conseguinte, menor capacidade de tomada de decisão.

Pode então perceber-se que a satisfação com a vida é um conceito subjetivo. As variáveis que a influenciam variam também consoante as características dos indivíduos, como a sua caracterização sociodemográfica, a sua condição de saúde, o seu ambiente familiar, o seu nível de bem-estar e de funcionalidade (Joia et al., 2007). Deste modo, a satisfação com a vida é um conceito que está fortemente associado ao de qualidade de vida (Moons et al., 2006). Os resultados obtidos no presente estudo corroboram, assim, outros estudos publicados, uma vez que as principais variáveis identificadas como influentes no nível de satisfação com a vida são algumas das que a literatura também menciona.

Como limitações deste estudo, a principal consiste na impossibilidade de se comparar os resultados obtidos com outros de outras populações, visto tratar-se de uma recolha centralizada numa única comunidade e em que a amostra foi selecionada por conveniência. Também o elevado número de instrumentos a aplicar dificultou o processo de recolha de dados. A aplicação do protocolo demorava, pelo menos, 1 hora a ministrar, e muitos dos participantes não tinham esse tempo disponível no mesmo dia. A quase totalidade dos participantes chegava pouco tempo antes do início das atividades e tinha que se ir embora logo a seguir. Para contornar esta dificuldade, foi agendado com os participantes disponíveis para tal vir com mais tempo de antecedência e ficar um pouco mais após o término das atividades. Para além disso, os testes de funcionalidade objetiva (TUG e FTSST) tinham que ser realizados antes da prática da atividade física em virtude de enviar os resultados. Por estes motivos, a aplicação do protocolo foi, junto de muitos participantes, faseada.

Como sugestões futuras, seria importante avaliar os participantes do programa 'Movimento Maior' de uma forma mais regular. Julgamos que esse acompanhamento contínuo poderia contribuir para uma constante melhoria das atividades desenvolvidas e, conseqüentemente, como base para a criação de outros programas/projetos para colmataras necessidades desta população. Julgamos também necessário continuar a explorar a satisfação com vida estudada em pessoas idosas da comunidade dado ser este um conceito ainda 'ambíguo', devido aos fatores subjetivos que o possam caracterizar e influenciar. Bem como julgamos fundamental continuar a investir, nas comunidades, em programas semelhantes ao programa 'Movimento Maior' com o intuito de promover um envelhecimento ativo e saudável.

## Conclusão

A satisfação com a vida resulta de um processo de contínua adaptação às várias alterações que vão ocorrendo ao longo do processo de envelhecimento e associadas a eventos de vida esperados e não esperados (Barreto, 2005). Todos os indivíduos têm que lidar com alterações decorrentes do avançar da idade e das mudanças que vão tendo lugar na comunidade a que pertence. O conceito de satisfação com a vida é subjetivo uma vez que cada indivíduo tende a avaliar a sua vida de acordo com os seus próprios critérios, as suas próprias crenças, e em virtude dos seus objetivos (Carneiro & Falcone, 2013; Diener, 1984). Dito de outra forma, o nível de satisfação com a vida, varia de indivíduo para indivíduo. Apesar de os fatores que o influenciam serem quase sempre os mesmos, o grau de importância que cada um lhes atribui é que faz a diferença nessa percepção (Barreto, 2005).

No presente estudo, os resultados indicam que as principais variáveis que influenciam diretamente o nível de satisfação com a vida dos participantes são a qualidade de sono (Escala Básica de Sintomas de Insónia e qualidade de sono - BaSIQS), a funcionalidade objetiva (*Time Up & Go Test* - TUG), a natureza das relações sociais (Escala Breve de Redes Sociais de Lubben - LSNS - 6), a intensidade da dor e o nível de escolaridade.

O facto de os participantes deste estudo estarem envolvidos num programa comunitário, cujo objetivo é promover junto da população idosa uma vida ativa, saudável e uma maior interação social, tende a contribuir favoravelmente para o seu nível de satisfação com a vida e que, por sua vez, para que a médio prazo o risco de isolamento social diminua. Carneiro e colaborador (2013) consideram que participar em programas educacionais destinados à população idosa ajuda a manter capacidades (como a memória) intactas o mais tempo possível, que fornecem apoio emocional aos participantes e que, simultaneamente, contribuem positivamente para o nível de satisfação com a vida. Num outro estudo realizado em São Paulo (Yassuda & Silva, 2010), sugeriu-se que programas comunitários de cariz educacional contribuem para um maior envolvimento social, ajudam a diminuir o stresse e permitem que haja um maior controlo sobre a saúde em termos pessoais. Simultaneamente, esse tipo de programas tende a promover emoções e sentimentos que influenciam, de forma favorável, uma percepção de boa satisfação com a vida nas pessoas envolvidas.





## Referências Bibliográficas

- Alves, J. S. (2015). *Qualidade de sono (BaSIQS), esforço para dormir (GSES) e pensamentos antes de adormecer (GCTI) numa amostra não clínica de adultos*. Dissertação de mestrado em Psicologia apresentado ao Departamento de Educação e Psicologia da Universidade de Aveiro, com vista à obtenção do grau de Mestre. Retrieved from [https://ria.ua.pt/bitstream/10773/15577/1/Qualidade de sono- BaSIQS- esforço para dormir - GSES- e pensamentos antes de adormecer - GCTI- numa amostra não clínica de adultos.pdf](https://ria.ua.pt/bitstream/10773/15577/1/Qualidade%20de%20sono-%20BaSIQS-esforço%20para%20dormir%20-%20GSES-%20e%20pensamentos%20antes%20de%20adormecer%20-%20GCTI-%20numa%20amostra%20não%20clínica%20de%20adultos.pdf)
- Antonucci, T. C. (2001). Social relations: An examination of social networks, social support, and sense of control. In J. E. Birren & K. W. Schaie (Eds.), *Handbook of the Psychology of Aging* (pp. 427–453). San Diego, CA: Academic Press. Retrieved from [https://www.researchgate.net/publication/232453360\\_Social\\_relations\\_An\\_examination\\_of\\_social\\_networks\\_social\\_support\\_and\\_sense\\_of\\_control](https://www.researchgate.net/publication/232453360_Social_relations_An_examination_of_social_networks_social_support_and_sense_of_control)
- Arli, S. K., Bakan, A. B., Varol, E., & Aslan, G. (2017). Investigation of pain and life satisfaction in older adults. *Geriatrics & Gerontology International*. [Epub ahead of print] <https://doi.org/10.1111/ggi.13125>
- Azevedo, L. F., Costa-Pereira, A., Mendonça, L., Dias, C. C., & Castro-Lopes, J. M. (2012). Epidemiology of Chronic Pain: A Population-Based Nationwide Study on Its Prevalence, Characteristics and Associated Disability in Portugal. *The Journal of Pain*, 13(8), 773–783. <https://doi.org/10.1016/j.jpain.2012.05.012>
- Barreto, J. (2005). Envelhecimento e qualidade de vida: o desafio atual. *Sociologia: Revista Da Faculdade de Letras Da Universidade Do Porto*, 15, 289–302. Retrieved from <http://ler.letras.up.pt/uploads/ficheiros/3733.pdf>
- Blankevoort, C. G., Heuvelen, M. J. G. van, & Scherder, E. J. A. (2013). Reliability of Six Physical Performance Tests in Older People With Dementia. *Physical Therapy*, 93(1), 69–78. <https://doi.org/10.2522/ptj.20110164>
- Bowling, A., & Dieppe, P. (2005). What is successful ageing and who should define it? *BMJ*, 331, 1548–1551. <https://doi.org/10.1136/bmj.331.7531.1548>
- Carneiro, R. S., & Falcone, E. M. O. (2013). O desenvolvimento das habilidades sociais em idosos e sua relação na satisfação com a vida. *Estudos de Psicologia*, 18(3), 517–526. <https://doi.org/10.1590/S1413-294X2013000300012>
- Chatterji, S., Byles, J., Cutler, D., Seeman, T., & Verdes, E. (2015). Health, functioning and disability in older adults – current status and future implications. *Lancet*, 385(9967), 563–575. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(14\)61462-8](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(14)61462-8)
- Camara, F.M., Gerez, A.G., Miranda, M.L. & Velardi, M. (2008). Capacidade Funcional do idoso: formas de avaliação e tendências. *Acta Fisiátrica*, 15(4):249-256.
- Camara, F.M., Miranda, M.L. & Velardi, M. (2009). O teste de mobilidade de “Time up-and-go” pode ser uma única medida da capacidade funcional do idoso? *Coleção Pesquisa em Educação Física*, 84(4): 223-230.
- Câmara Municipal de Ílhavo. (2016). Programa Movimento Maior. Retrieved December 27, 2016, from <http://www.cm-ilhavo.pt/pages/251>
- Coleman, P. G., & O’Hanlon, A. (2008). Ageing and adaptation. In B. Woods & L. Clare (Eds.), *Handbook of the Clinical Psychology of Ageing* (2<sup>nd</sup> Ed.). Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd. Pp. 15–32. <https://doi.org/10.1002/9780470773185>

- Comissão Europeia (European Commission) (2016). Health Programme. Retrieved December 22, 2016, from [http://ec.europa.eu/health/programme/policy\\_en](http://ec.europa.eu/health/programme/policy_en)
- Crisp, L. N., Berwick, D., Kickbusch, I., Antunes, J. L., Barros, P. P., & Soares, J. (2014). *Um Futuro para a Saúde - todos temos um papel a desempenhar*. Fundação Calouste Gulbenkian. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian. Retrieved from [https://gulbenkian.pt/wp-content/uploads/2016/03/PGIS\\_BrochuraRelatorioCompletoHealthPortugues.pdf](https://gulbenkian.pt/wp-content/uploads/2016/03/PGIS_BrochuraRelatorioCompletoHealthPortugues.pdf)
- Dedeeyne, L., Deschodt, M., Verschueren, S., Tournoy, J., & Gielen, E. (2017). Effects of multi-domain interventions in (pre)frail elderly on frailty, functional, and cognitive status: a systematic review. *Clinical Interventions in Aging*, 12, 873–896. <https://doi.org/10.2147/CIA.S130794>
- Diener, E. (1984). Subjective well-being. *Psychological Bulletin*, 95(3), 542–575. <https://doi.org/http://psycnet.apa.org/doiLanding?doi=10.1037%2F0033-2909.95.3.542>
- Diener, E., Emmons, R. A., Larsen, R. J., & Griffin, S. (1985). The Satisfaction With Life Scale. *Journal of Personality Assessment*, 49(1), 71–75. [https://doi.org/10.1207/s15327752jpa4901\\_13](https://doi.org/10.1207/s15327752jpa4901_13)
- Direção-Geral da Saúde (2015). *Plano Nacional de Saúde: revisão e extensão a 2020*. Direção-Geral de Saúde. Lisboa: Direção-Geral da Saúde.
- Duarte, Y. A. de O., Andrade, C. L. de, & Lebrão, M. L. (2007). O Índice de Katz na avaliação da funcionalidade dos idosos. *Revista Da Escola de Enfermagem Da USP*, 41(2), 317–325. <https://doi.org/10.1590/S0080-62342007000200021>
- Fechine, B. R. A., & Trompieri, N. (2012). O processo de envelhecimento: as principais alterações que acontecem com o idoso com o passar dos anos. *InterSciencePlace*, 1(20), 106–132. <https://doi.org/http://dx.doi.org/10.6020/1679-9844/2007>
- Figueiredo, D., Lima, M. P., & Sousa, L. (2009). Os “pacientes esquecidos”: satisfação com a vida e percepção de saúde em cuidadores familiares de idosos. *Revista Kairós : Gerontologia*, 12(1), 97–112. Retrieved from <https://revistas.pucsp.br/index.php/kairos/article/view/2782/1817>
- Fontes, A. P., Fernandes, A. A., & Botelho, M. A. (2010). Funcionalidade e incapacidade: aspectos conceptuais, estruturais e de aplicação da Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF). *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, 28(2), 171–178. [https://doi.org/10.1016/S0870-9025\(10\)70008-0](https://doi.org/10.1016/S0870-9025(10)70008-0)
- Gabriel, P., & Conboy, J. (2010). Atenção e memória visual na população idosa: Uma associação etre as habilidades literárias sob condições de interferência. *Cuadernos de Neuropsicología*, 4(2), 186–201. Retrieved from [http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0718-41232010000200006&nrm=iso](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0718-41232010000200006&nrm=iso)
- Goldberg, A., Chavis, M., Watkins, J., & Wilson, T. (2012). The five-times-sit-to-stand test: validity, reliability and detectable change in older females. *Aging Clinical and Experimental Research*, 24(4), 339–344. <https://doi.org/10.1007/BF03325265>
- Gomes, A. A., Marques, D. R., Meia-Via, A. M., Meia-Via, M., Tavares, J., Silva, C. F. da, & Azevedo, M. H. P. de. (2015). Basic Scale on Insomnia complaints and Quality of Sleep (BaSIQS): Reliability, initial validity and normative scores in higher education students. *Chronobiology International*, 32(3), 428–440. <https://doi.org/10.3109/07420528.2014.986681>
- Gomes, A. A., Tavares, J., & Azevedo, M. H. P. de. (2011). Sleep and Academic Performance in

Undergraduates: A Multi-measure, Multi-predictor Approach. *Chronobiology International*, 28(9), 786–801. <https://doi.org/10.3109/07420528.2011.606518>

- Gonçalves, D., Martín, I., Guedes, J., Cabral-Pinto, F., & Fonseca, A. M. (2006). Promoção da qualidade de vida dos idosos portugueses através da continuidade de tarefas produtivas. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 7, 137–143. Retrieved from [http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1645-00862006000100012&nrm=iso](http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1645-00862006000100012&nrm=iso)
- He, W., Goodkind, D., & Kowal, P. (2016). *An Aging World: 2015 International Population Reports*. U.S. Government Publishing Office. Washington, DC. <https://doi.org/P95/09-1>
- Jin, K., Simpkins, J. W., Ji, X., Leis, M., & Stambler, I. (2015). The Critical Need to Promote Research of Aging and Aging-related Diseases to Improve Health and Longevity of the Elderly Population. *Aging and Disease*, 6(1), 1–5. <https://doi.org/10.14336/AD.2014.1210>
- Joia, L. C., & Ruiz, T. (2013). Satisfação com a Vida na Percepção dos Idosos. *Revista Kairós Gerontologia*, 16(6), 79–102. Retrieved from <https://revistas.pucsp.br/index.php/kairos/article/view/20023>
- Joia, L. C., Ruiz, T., & Donalisio, M. R. (2007). Condições associadas ao grau de satisfação com a vida entre a população de idosos. *Revista de Saúde Pública*, 41(1), 131–138. <https://doi.org/10.1590/S0034-89102007000100018>
- Lopes, A., & Lemos, R. (2012). Envelhecimento demográfico: percursos e contextos de investigação na Sociologia Portuguesa. *Sociologia, Revista Da Faculdade de Letras Da Universidade Do Porto*, 13,31. Retrieved from <http://ler.letras.up.pt/uploads/ficheiros/10579.pdf>
- Lubben, J., Blozik, E., Gillmann, G., Iliffe, S., Kruse, W. von R., Beck, J. C., & Stuck, A. E. (2006). Performance of an abbreviated version of the Lubben Social Network Scale among three European community-dwelling older adult populations. *The Gerontologist*, 46(4), 503–513. <https://doi.org/10.1093/GERONT/46.4.503>
- Merskey, H. (1991). The definition of pain. *European Psychiatry*, 6(4), 153-159.
- Moons, P., Budts, W., & Geest, S. De. (2006). Critique on the conceptualisation of quality of life: A review and evaluation of different conceptual approaches. *International Journal of Nursing Studies*, 43(7), 891–901. <https://doi.org/10.1016/J.IJNURSTU.2006.03.015>
- Moreira, A., Alvarelhão, J., Silva, A. G., Costa, R., & Queirós, A. (2015). Tradução e validação para português do WHODAS 2.0 - 12 itens em pessoas com 55 ou mais anos. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, 33(2), 179–182. <https://doi.org/10.1016/j.rpsp.2015.06.003>
- Morris, S., Morris, M. E., & Iansek, R. (2001). Reliability of Measurements Obtained With the Timed “Up & Go” Test in People With Parkinson Disease. *Physical Therapy*, 81(2), 810–818. Retrieved from <http://ptjournal.apta.org/content/81/2/810>
- Nações Unidas (United Nations). (2002). Political Declaration and Madrid International Plan of Action on Ageing. In *Second World Assembly on Ageing*. New York: United Nations. Retrieved from [http://www.un.org/en/events/pastevents/pdfs/Madrid\\_plan.pdf](http://www.un.org/en/events/pastevents/pdfs/Madrid_plan.pdf)
- Nunes, L. N. V. (2009). *Promoção do Bem-Estar Subjectivo dos Idosos através da Intergeracionalidade*. Tese de doutoramento em Psicologia apresentado à faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade de Coimbra, com vista à obtenção do grau de Doutor.. Retrieved from [https://estudogeral.sib.uc.pt/bitstream/10316/11787/1/Tese Lisa Nunes.pdf](https://estudogeral.sib.uc.pt/bitstream/10316/11787/1/Tese%20Lisa%20Nunes.pdf)
- Organização Mundial de Saúde (World Health Organization) (2002). *Active Ageing: A Policy Framework*.

World Health Organization. Geneva, Switzerland: World Health Organization. <https://doi.org/WHO/NMH/NPH/02.8>

- Organização Mundial de Saúde (World Health Organization) (2004). *CIF: Classificação Internacional de Funcionalidade. Direcção-Geral da Saúde*. Lisboa. <https://doi.org/10.1590/S1415-790X2005000200011>
- Organização Mundial de Saúde (World Health Organization) (2013). *Health 2020: A European Policy Framework and Strategy for the 21st Century*. World Health Organization. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe. <https://doi.org/10.1017/CBO9781107415324.004>
- Organização Mundial de Saúde (World Health Organization) (2015). *World report on ageing and health*. World Health Organization. Geneva, Switzerland: World Health Organization. <https://doi.org/10.1093/geront/gnw037>
- Oswald, F., Jopp, D., Rott, C., & Wahl, H.-W. (2011). Is Aging in Place a Resource for or Risk to Life Satisfaction? *The Gerontologist*, 51(2), 238–250. <https://doi.org/10.1093/geront/gnq096>
- Pagan, R. (2017). Sleep duration, life satisfaction and disability. *Disability and Health Journal*, 10, 334–343. <https://doi.org/10.1016/j.dhjo.2016.10.005>
- Paúl, C., Ribeiro, O., & Santos, P. (2010). Cognitive impairment in old people living in the community. *Archives of Gerontology and Geriatrics*, 51(2), 121–124. <https://doi.org/10.1016/j.archger.2009.09.037>
- Pereira, J. K., Giacomini, K. C., & Firmo, J. O. A. (2015). A funcionalidade e incapacidade na velhice: ficar ou não ficar quieto. *Cadernos de Saúde Pública*, 31(7), 1451–1459. <https://doi.org/10.1590/0102-311X00046014>
- Ribeiro, O., Teixeira, L., Duarte, N., Azevedo, M. J., Araújo, L., Barbosa, S., & Paúl, C. (2012). Versão Portuguesa da Escala Breve de Redes Sociais de Lubben (LSNS-6). *Revista Temática Kairós Gerontologia*, 15(1), 217–234.
- Royal College of Physicians, British Geriatrics Society, & British Pain Society. (2007). The assessment of pain in older people: national guidelines. *Concise Guidance to Good Practice*. London, UK.
- Santos, F. H. dos, Andrade, V. M., & Bueno, O. F. A. (2009). Envelhecimento: um processo multifatorial. *Psicologia Em Estudo*, 14(1), 3–10. <https://doi.org/http://dx.doi.org/10.1590/S1413-73722009000100002>
- Schneider, R. H., & Irigaray, T. Q. (2008). O envelhecimento na atualidade: aspectos cronológicos, biológicos, psicológicos e sociais. *Estudos de Psicologia*, 25, 585–593. <https://doi.org/10.1590/S0103-166X2008000400013>
- Schubert, C. R., Cruickshanks, K. J., Dalton, D. S., Klein, B. E. K., Klein, R., & Nondahl, D. M. (2002). Prevalence of Sleep Problems and Quality of Life in an Older Population. *Sleep*, 25(8), 48–52. <https://doi.org/https://doi.org/10.1093/sleep/25.8.48>
- Silveira, C., Parpinelli, M. A., Pacagnella, R. C., Camargo, R. S. de, Costa, M. L., Zanardi, D. M., & Andreucci, C. B. (2013). Adaptação Transcultural da Escala de Avaliação de Incapacidades da Organização Mundial de Saúde (WHODAS 2.0) para o Português. *Revista Da Associação Médica Brasileira*, 59(3), 234–240. <https://doi.org/http://dx.doi.org/10.1016/j.ramb.2012.11.005>
- Simões, A. (1992). Ulterior validação de uma escala de satisfação com a vida (SWLS). *Revista Portuguesa de Pedagogia*, vol. XXVI, 3, 503-515.

- Tomini, F., Tomini, S. M., & Groot, W. (2016). Understanding the value of social networks in life satisfaction of elderly people: a comparative study of 16 European countries using SHARE data. *BMC Geriatrics*, 16(1), 203. <https://doi.org/10.1186/s12877-016-0362-7>
- Üstün, T., Kostanjsek, N., Chatterji, S., & Rehm, J. (2010). *Measuring health and disability: Manual for WHO Disability Assessment Schedule WHODAS 2.0*. World Health Organization. Geneva, Switzerland: World Health Organization. Retrieved from [http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/43974/1/9789241547598\\_eng.pdf](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/43974/1/9789241547598_eng.pdf)
- Wiles, J. L., Leibing, A., Guberman, N., Reeve, J., & Allen, R. E. S. (2012). The meaning of “Aging in Place” to older people. *The Gerontologist*, 52(3), 357–366. <https://doi.org/10.1093/geront/gnr098>
- Wolfe, F., Smythe, H. A., Yunus, M. B., Bennett, R. M., Bombardier, C., Goldenberg, D. L., & Sheon, R. P. (1990). The American College of Rheumatology 1990 - Criteria for the Classification of Fibromyalgia. *Arthritis & Rheumatism*, 33(2), 160–172. <https://doi.org/10.1002/art.1780330203>
- Yassuda, M. S., & Silva, H. S. da. (2010). Participação em programas para a terceira idade: impacto sobre a cognição, humor e satisfação com a vida. *Estudos de Psicologia*, 27(2), 207–214. <https://doi.org/10.1590/S0103-166X2010000200008>



## Apêndices

### Apêndice 1 – Pedido de Colaboração

#### Pedido de colaboração no projeto 'Ativ'Ilhavo: um estudo na comunidade'

**Assunto:** Pedido de colaboração no projeto 'Ativ'Ilhavo: um estudo na comunidade'

Exmo.(a) Senhor (a),

O estudo 'Ativ'Ilhavo: um estudo na comunidade' tem como objetivo principal caracterizar a funcionalidade percebida e da performance em pessoas com 50 ou mais anos num ambiente comunitário inclusivo, num período de 12 meses e, como objetivos secundários, definiram-se: (i) caracterizar a funcionalidade (percebida e performance), a função cognitiva, o sono, a dor, a atividade física, a satisfação com a vida e as relações sociais de cidadãos pertencentes ao município de Ílhavo (NUTS III) e a alteração nessas variáveis ao longo de 1 ano civil; (ii) explorar as relações entre as diferentes variáveis (funcionalidade percebida e performance, a função cognitiva, o sono, a dor, a atividade física, a satisfação com a vida e as relações sociais) e (iii) caracterizar a morfologia muscular e a sua relação com a funcionalidade (percebida e performance), com a dor e com a atividade física. Esta investigação tem como investigador responsável Margarida Cerqueira, docente da Escola Superior de Saúde da Universidade de Aveiro.

Vimos pedir a Vossa colaboração neste projeto e que implicará:

1. Autorizar a seleção dos participantes do estudo: utentes com 50 ou mais anos, com marcha independente, que não apresentem patologia pulmonar ou cardíaca aguda e que não tenham sido submetidas a qualquer cirurgia nos últimos 6 meses.
2. Autorizar a recolha de dados junto dos utentes durante o funcionamento da Vossa instituição: caracterização sociodemográfica dos participantes; avaliação da funcionalidade; avaliação da performance; avaliação da cognição; avaliação da qualidade do sono; avaliação da rede social e satisfação com a vida. À exceção da caracterização sociodemográfica dos participantes, todas as avaliações serão realizadas em duas sessões, com um intervalo de duas semanas.

A recolha de dados será realizada sem interferir em qualquer atividade da Vossa instituição. Para informações mais detalhadas sobre o projeto por favor consulte o protocolo de estudo enviado em anexo ou através do seguinte contacto:

- Margarida Cerqueira | Escola Superior de Saúde da Universidade de Aveiro, Campus Universitário de Santiago, Agras do Crasto, Edifício 30, 3810-193 Aveiro, Portugal | +351 234 372 444 | [mcerqueira@ua.pt](mailto:mcerqueira@ua.pt)

A colaboração da Vossa instituição irá contribuir para o corpo do conhecimento científico na área da funcionalidade percebida e da performance num ambiente comunitário inclusivo, pelo que agradecemos antecipadamente a sua colaboração e disponibilidade.

Com os melhores cumprimentos,

---





## Apêndice 2 – Folha de Informação para os participantes

### Folha de informação para os participantes do projeto 'Ativ'lhavo: um estudo na comunidade'

#### 1. Introdução

Somos um grupo de investigadores da Universidade de Aveiro e gostaríamos de o/a convidar a participar no estudo que estamos a realizar. Contudo, antes de decidir se o irá fazer, é importante que compreenda os objetivos do estudo e o que ele envolve. Pedimos-lhe que leia atentamente as informações que se seguem e, se assim o entender, que as discuta com parentes e/ou amigos. Por favor, sinta-se à vontade para nos perguntar tudo aquilo que entender necessário para compreender o estudo, colocando todas as questões que lhe surjam.

#### 2. Informação adicional

Muitas das atuais políticas de saúde e sociais incidem no provimento de produtos e de serviços para favorecer um envelhecimento saudável em ambientes comunitários inclusivos. Apesar dos eventuais declínios decorrentes do processo de envelhecimento, sejam eles sentidos na saúde física e/ou cognitiva, o conceito *aging in place* (envelhecer 'no seu sítio') resulta do desejo de as pessoas poderem permanecer no seu próprio domicílio ou nas suas aldeias/vilas/cidades à medida que envelhecem e com qualidade. Neste sentido, este projeto tem como objetivo geral caracterizar a funcionalidade percebida e da performance em pessoas com 50 ou mais anos num ambiente comunitário inclusivo, num período de 12 meses.

#### 3. Será que sou pessoa adequada para participar neste estudo?

Para participar neste estudo terá que ser utente de uma das entidades parceiras do Movimento Maior ou de uma Instituição Particular de Solidariedade Social (IPSS) do concelho de Ílhavo, ter 50 ou mais anos, ter marcha independente, não apresentar patologia pulmonar ou cardíaca aguda e não tenha sido submetida a qualquer cirurgia nos últimos 6 meses.

#### 4. Sou obrigado(a) a participar no estudo?

Só participa no estudo se quiser. Se decidir participar ser-lhe-á pedido que assine uma folha do consentimento informado, livre e esclarecido e que permita a realização de algumas entrevistas individuais ao longo do ano de atividades do Movimento Maior. Se decidir participar e se depois quiser desistir, poderá fazê-lo em qualquer altura e sem dar nenhuma explicação.

#### 5. O que irá acontecer se eu decidir participar?

Se decidir participar no estudo será entrevistado por investigadores/alunos de mestrado da Universidade de Aveiro. Cada entrevista demorará cerca de 45 minutos e terá nas instalações das atividades do Movimento Maior ou num outro lugar sossegado à sua escolha. Durante a entrevista ser-lhe-ão colocadas algumas questões sobre: a sua atividade física e a dificuldade que acha que tem a fazer algumas atividades do seu dia-a-dia, dor, como se sente em relação à vida, sobre a qualidade do seu sono, sobre as suas relações sociais. No estudo usam-se, também, testes de marcha e de força. Nestes testes, vamos pedir-lhe que ande ou que se levante e volte

a sentar numa cadeira, enquanto nós medimos o tempo que demora nestas atividades. Sempre que quiser parar para descansar basta dizer-nos.

**6. Quais são os possíveis benefícios de participar neste estudo?**

O estudo não o ajudará a si diretamente, mas poderá ajudar os investigadores e profissionais de saúde a perceber melhor a funcionalidade percebida e a objetiva (performance) em pessoas com 50 ou mais anos, num ambiente comunitário inclusivo.

**7. Será assegurado meu anonimato e a confidencialidade dos dados?**

O seu anonimato e a confidencialidade dos seus dados serão sempre garantidos! A informação recolhida será codificada e mantida estritamente confidencial para todos os que não estejam diretamente envolvidos no estudo.

**Contacto do investigador responsável (caso queira colocar dúvidas ou questões):**

Margarida Cerqueira | Escola Superior de Saúde da Universidade de Aveiro, Campus Universitário de Santiago, Agrad do Crasto, Edifício 30, 3810-193 Aveiro, Portugal | +351 234 372 444 | [mcerqueira@ua.pt](mailto:mcerqueira@ua.pt)

### Apêndice 3 – Consentimento Informado

#### Consentimento Informado, livre e esclarecido

*Considerando a "Declaração de Helsínquia" da Associação Médica Mundial*

(Helsínquia 1964; Tóquio 1975; Veneza 1983; Hong Kong 1989; Somerset West 1996 e Edimburgo 2000)

Por favor responda às questões que se seguem colocando uma cruz na coluna apropriada:

	Sim	Não
Eu li a folha de Informação aos Participantes		
Eu recebi toda a informação adequada sobre este estudo		
Foi-me permitido colocar questões e discutir o estudo		
Eu compreendo que posso desistir do estudo em qualquer altura e sem qualquer penalização		
<b>Eu concordo em participar no projeto: "Ativ'lhavo: um estudo na comunidade"</b>		

Nome do participante: \_\_\_\_\_

Assinatura do participante: \_\_\_\_\_

Data: \_\_\_\_\_

Nome do investigador: \_\_\_\_\_

Assinatura do investigador: \_\_\_\_\_

Data: \_\_\_\_\_

**ESTE DOCUMENTO É FEITO EM DUPLICADO**



## Anexos

### Anexo 1 - Parecer da Comissão de Ética



## CONSELHO DE ÉTICA

Conselho de Ética e Deontologia  
Comissão Permanente  
Parecer

**Parecer nº:** 13/2016

**Requerente:** Doutora Margarida Cerqueira

**Título do Projeto:** “Funcionalidade de pessoas com 50 ou mais anos: um estudo observacional”

**Orientadora e Investigadora responsável:** Doutora Margarida Cerqueira – Escola Superior de Saúde da Universidade de Aveiro

**Equipa de Investigação:**

- Doutora Margarida Cerqueira
- Outros colaboradores, como “facilitadores dos processos de acesso e de recolha de dados”, a indicar

**Enquadramento Institucional:** CINTESIS (*Center for Research in Health Technologies and Information Systems*) - Universidade de Aveiro.

**Relatores:** Doutor Jorge Carvalho Arroiteia e Professor António Rocha Andrade

**Relatores Adjuntos:** Doutora Paula Cristina M. S. Pereira, Doutor António J. A. Nogueira e Doutor Armando J. Formoso de Pinho

### I. Relatório

O processo encontra-se devidamente instruído contendo informação sobre:

- Realização do projeto;
- Descrição geral do estudo com objetivos; metodologias experimentais e planificação – amostra, procedimentos; instrumentos de medida; análise de dados;
- Questões éticas associadas: consentimento informado, privacidade e confidencialidade dos dados; sigilo profissional; publicação e divulgação dos resultados;
- Legislação a seguir, nomeadamente a Declaração de Helsinquia (2013) e Boas Práticas Epidemiológicas;
- Bibliografia de referência
- Investigadora responsável
- Enquadramento institucional e científico,
- Apêndices:
  - Pedido de colaboração no projeto (Apêndice I);
  - Folha de informação para os participantes (Apêndice II)
  - Consentimento informado, livre e esclarecido (Anexo III)
- Anexos:
  - Critérios de inclusão e critério de exclusão (Anexo I)
  - Caracterização sociodemográfica (Anexo II)
  - Versão de 12 itens da WHODAS 2.0
  - Declaração institucional – CINTESIS/DEP-UA

## CONSELHO DE ÉTICA

### II. Parecer

#### A. Fundamentação

1. A proposta relativa ao projeto apresenta-se devidamente elaborada e fundamentada assinalando as questões éticas associadas ao seu desenvolvimento, nomeadamente as que respeitam à sua divulgação científica; à participação de voluntários adultos saudáveis; recolha de dados humanos; processamento de informação sobre dados pessoais;

2. A amostra está definida sendo “aleatória e constituída por participantes das entidades e/ou utentes dos espaços e/ou equipamentos pertencentes às juntas de freguesia ou das câmaras municipais, assim como das IPSS envolvidas, e que tenham assinado o consentimento informado.”

3 – O estudo “realizar-se-á nos locais onde decorrem as atividades dos agentes locais de municípios da região de Aveiro (NUTS III), assim como Instituições Particulares de Solidariedade Social (IPSS’s).”

4 - O estudo, de natureza longitudinal, será desenvolvido em três fases distintas;

1 – As recolhas serão agendadas segundo a disponibilidade dos participantes, mas não implica deslocação dos mesmos a outro local que não aquele para o qual já iriam independentemente do estudo;

2 Nenhum participante será pago por integrar a amostra deste estudo, podendo desistir a qualquer momento;

3 Serão utilizados instrumentos de medida, de referência internacional;

4 Os procedimentos a seguir estão descritos e de referência internacional;

5 Os riscos associados à sua participação não são superiores aos associados ao seu quotidiano.

De acordo com exposto a proposta respeita os princípios de ética neste tipo de investigação na medida em que o estudo:

1. salvaguarda o consentimento informado dos participantes obtido “anteriormente à recolha de dados”;

2. salvaguarda a intervenção voluntária dos participantes;

3. assegura acompanhamento pela Investigadora responsável;

4. Os riscos associados à participação no estudo não são superiores aos riscos associados ao dia-a-dia do participante;

5. Os dados recolhidos no projeto são analisados pela equipa de investigação, mantendo-se confidenciais e anónimos, sob a responsabilidade da proponente;

6. A documentação resultante da recolha de informação durante os cinco anos de realização do estudo, fica sob a responsabilidade da Investigadora responsável.

#### B. Sugestões e recomendações

De acordo com a evolução e desenvolvimento do estudo durante o quinquénio 2016-2021 solicita-se, para efeito de registo interno, a indicação dos colaboradores que venham a participar neste projeto.

## CONSELHO DE ÉTICA

### C. Conclusão






**De acordo com o anteriormente assinalado e os princípios seguidos por este Conselho é emitido o seguinte parecer:**

1. A Comissão Permanente do Conselho de Ética, constituída pelos ora Relatores, após apreciação da documentação recebida e atendendo a que os procedimentos descritos no estudo de investigação:

- 1.1 - asseguram a não utilização de métodos invasivos;
- 1.2 - garantem que os participantes são previamente informados e esclarecidos sobre os pressupostos teóricos em que assenta o estudo;
- 1.3 - incluem o consentimento informado dos participantes;
- 1.4 - abonam que os dados recolhidos serão tratados de maneira a permanecerem confidenciais e anónimos,

2. Considera que **merece parecer favorável** a realização do projeto “Funcionalidade de pessoas com 50 ou mais anos: um estudo observacional”.

Os Relatores:

Submetido ao CED o respetivo parecer da sua Comissão Permanente, este Conselho em sua reunião plenária de 11 de Janeiro de 2017, por entender que ficam salvaguardadas as exigências éticas e os princípios da justiça e da autonomia e bem estar dos participantes, concorda unanimemente com o mesmo, em razão do que o ratifica e **dá parecer favorável** à realização do projeto intitulado: “Funcionalidade de pessoas com 50 ou mais anos: um estudo observacional”.

Aveiro, 11 de Janeiro de 2017.

Presidente: 

Secretário: 





## Anexo 2 – Caracterização Sociodemográfica

### Caraterização Sociodemográfica

A. SEXO (1) Feminino [ ] (2) Masculino [ ]

B. DATA DE NASCIMENTO \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ (dia/mês/ano)

C. CONCELHO: \_\_\_\_\_

#### D. EDUCAÇÃO FORMAL

(1) Não sabe ler nem escrever [ ] (2) Sabe ler e escrever [ ]

(3) 4.º ano de escolaridade [ ] (4) 6.º ano de escolaridade [ ]

(5) 9.º ano de escolaridade [ ] (6) 12.º ano de escolaridade [ ]

(7) Bacharelato/Licenciatura [ ]

(8) Outro [ ] (por favor especifique) \_\_\_\_\_

#### E. ESTADO MATRIMONIAL ACTUAL (Selecione apenas uma opção)

(1) Nunca foi casado [ ] (2) Atualmente casado [ ]

(3) Separado [ ] (4) Divorciado [ ]

(5) Viúvo [ ] (6) Coabitação [ ]

#### F. OCUPAÇÃO ATUAL (Selecione apenas uma opção)

(1) Emprego assalariado (por favor especifique): \_\_\_\_\_

(2) Trabalha por conta própria (autónomo) (por favor especifique): \_\_\_\_\_

(3) Não assalariado, voluntário/caridade [ ] (4) Estudante [ ] (5) Doméstica/Dona de casa [ ]

(6) Aposentado [ ] (7) Desempregado (razão de saúde) [ ] (8) Desempregado (outra razão) [ ]

(9) Outro [ ] (por favor especifique) \_\_\_\_\_

#### G. DIAGNÓSTICO MÉDICO DAS PRINCIPAIS CONDIÇÕES DE SAÚDE ATUAIS

(1) Não existe nenhuma Condição Médica [ ]

(2) Hipertensão Arterial [ ] ..... código da CID: . . . . .

(3) Diabetes [ ] ..... código da CID: \_\_. \_\_. \_\_. \_\_. \_\_

(4) Artrose: Anca [ ]; Joelho [ ] ..... código da CID: \_\_. \_\_. \_\_. \_\_. \_\_

(5) Espondilartrose: Coluna cervical [ ]; Coluna dorsal [ ] ... código da CID: \_\_. \_\_. \_\_. \_\_. \_\_

(6) Patologia cardiovascular [ ] ..... código da CID: \_\_. \_\_. \_\_. \_\_. \_\_

(7) Patologia respiratória [ ] ..... código da CID: \_\_. \_\_. \_\_. \_\_. \_\_

(8) Cancro [ ] ..... código da CID: \_\_. \_\_. \_\_. \_\_. \_\_

(9) Depressão [ ] ..... código da CID: \_\_. \_\_. \_\_. \_\_. \_\_

(10) Antecedentes traumáticos

Não [ ] Sim [ ] (*por favor especifique*) \_\_\_\_\_

(11) Outra (*por favor especifique*) \_\_\_\_\_

(12) Existe uma Condição de Saúde (doença, distúrbio, lesão), porém a sua natureza ou diagnóstico não são conhecidos [ ]

#### H. ATIVIDADE FÍSICA

Que tipo(s) de atividade física costuma fazer?

---

---

Qual a frequência dessa(s) atividade(s) física(s)?

---

---

## Anexo 3 - Escala Básica de Sintomas de Insónia e Qualidade do Sono

### BaSIQS – Escala Básica de Sintomas de Insónia e Qualidade de Sono [versão adulto]

#### *Basic Scale on Insomnia complaints and Quality of Sleep* [adult form]

(previamente denominada IDS e IQS/ SQI – Gomes et al., 2013, adapt. Gomes et al., 2001, 2011)

Ao responder às questões que se seguem, considere o que costuma acontecer habitualmente numa semana típica, ao longo do último mês.

1. Quando se deita, em regra, quanto tempo demora a adormecer?

- 1-14 min    15-30 min    31-45 min    46-60 min    Mais de 60 min

2. Depois de se deitar, costuma ter dificuldades em adormecer?

- nunca    raramente    algumas vezes    3-4 noites por semana    quase todas ou todas as noites

3. Quantas vezes costuma acordar durante a noite?

- 0 vezes    1 vez por noite    2-3 vezes por noite    4-5 vezes por noite    6 ou mais vezes

4. Costuma acordar espontaneamente antes da hora desejada?

- nunca    raramente    algumas vezes    3-4 noites por semana    quase todas ou todas as noites

5. Acordar durante a noite ou antes da hora desejada costuma ser um problema para si?

- nunca    muito pouco    um pouco    muito    muitíssimo

6. Normalmente, como é o seu sono (independentemente das horas que dorme)?

6.1. Qualidade:

- muito mau    mau    razoável    bom    muito bom

6.2. Profundidade:

- muito leve    leve    mais ou menos pesado    pesado    muito pesado

Direitos de Autor registados no IGAC - Registo nº 5529/2013 | PsyLab, Univ. de Aveiro | Consulta de Sono da Univ. Aveiro | Dep. de Educação da Univ. de Aveiro

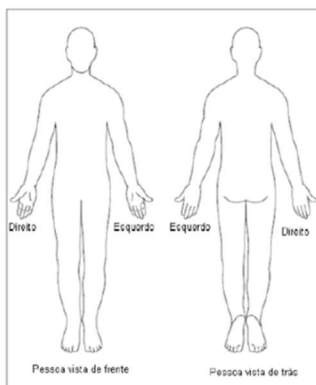
Publicação integral em língua inglesa: Gomes et al., *Chronobiol Int*, 2015 Apr;32(3):426-40. doi: 10.3109/07420528.2014.986661. Epub 2014 Dec 6



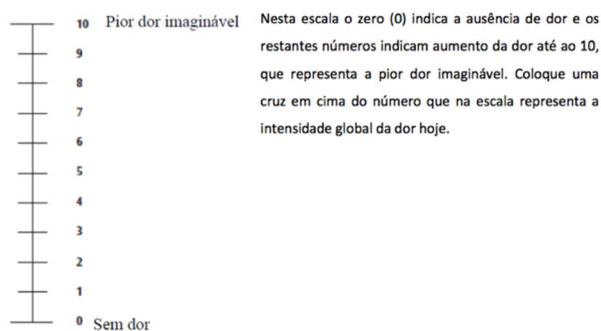
## Anexo 4 – Caracterização da dor músculo-esquelética

### B - CARACTERIZAÇÃO DA DOR MÚSCULO-ESQUELÉTICA

B.1 - Por favor, assinale com cruzes, na figura abaixo, os locais onde sentiu dor na última semana.



C.1 - Assinale a intensidade global da dor nos vários locais que assinalou na pergunta anterior utilizando a escala que se segue.



D.1 - Quantas vezes, na última semana, sentiu dor?

- Raramente (1 vez por semana)
- Ocasionalmente (2 a 3 vezes por semana)
- Muitas vezes (mais do que 3 vezes por semana)
- Sempre

E.1 - Há quanto tempo sente dor?

- Menos de 1 mês
- Mais de 1 mês e menos de 6 meses
- Mais de 6 meses e menos de 1 ano
- Mais de 1 ano e menos de 5 anos
- Mais de 5 anos



## Anexo 5 – Escala breve de redes sociais de Lubben

### Escala Breve de Redes Sociais de Lubben (LSNS-6)

(Ribeiro et al. 2012; versão portuguesa da Escala de Rede de Apoio Social de Lubben, Lubben et al. 2006)

No que diz respeito à sua família e amigos, assinale para cada questão a opção que mais se aplica à sua situação.

	0	1	2	3 ou 4	5 a 8	9 e mais
<b>FAMÍLIA:</b> <i>Considerando as pessoas de quem é familiar por nascimento, casamento, adoção, etc...</i>						
1. Quantos familiares vê ou fala pelo menos uma vez por mês?						
2. De quantos familiares se sente próximo de tal forma que possa ligar-lhes para pedir ajuda?						
3. Com quantos familiares se sente à vontade para falar sobre assuntos pessoais?						
<b>AMIGOS:</b> <i>Considerando todos os seus amigos, incluindo aqueles que vivem na sua vizinhança...</i>						
1. Quantos amigos vê ou fala pelo menos uma vez por mês?						
2. De quantos amigos se sente próximo de tal forma que possa ligar-lhes a pedir ajuda?						
3. Com quantos amigos se sente à vontade para falar sobre assuntos pessoais?						





## Anexo 6 – WHODAS (versão 12 itens)

### Versão de 12 itens da WHODAS 2.0

**A.1 - As questões seguintes são acerca das dificuldades que sentiu devido à sua condição de saúde.**

Condições de saúde incluem doenças, problemas de saúde de curta ou longa duração, lesões, problemas mentais ou emocionais, ou problemas relacionados com álcool ou drogas.

As suas respostas só devem refletir os últimos 30 dias e responda às questões pensando em quanta dificuldade teve em realizar as seguintes atividades.

Nos últimos 30 dias, quanta dificuldade teve em:	Nenhuma	Ligeira	Moderada	Grave	Completa / Não faz
S1 Ficar de pé por longos períodos, como 30 minutos?	1	2	3	4	5
S2 Tratar das suas responsabilidades domésticas?	1	2	3	4	5
S3 Aprender uma nova tarefa, por exemplo, aprender o caminho para um novo lugar?	1	2	3	4	5
S4 Quanta dificuldade que teve em participar em actividades na comunidade (como por exemplo, festivais, religiosas ou outras) da mesma forma que qualquer outra pessoa?	1	2	3	4	5
S5 Quanto se sentiu emocionalmente afectado pela sua condição de saúde? *	1	2	3	4	5

\* Codificação: Nada | Ligeiramente | Moderadamente | Gravemente | Completamente

Nos últimos 30 dias, quanta dificuldade teve em:	Nenhuma	Ligeira	Moderada	Grave	Completa / Não faz
S6 Concentrar-se a fazer algo durante dez minutos?	1	2	3	4	5
S7 Andar uma distância longa como um quilómetro [ou equivalente]?	1	2	3	4	5
S8 Lavar todo o corpo?	1	2	3	4	5
S9 Vestir-se?	1	2	3	4	5
S10 Lidar com pessoas que não conhece?	1	2	3	4	5
S11 Manter uma amizade?	1	2	3	4	5
S12 No seu trabalho/escola do dia-a-dia?	1	2	3	4	5



## Anexo 7 – Escala de Satisfação com a Vida

### Escala de Satisfação com a Vida

(SWLS – *Satisfaction With Life Scale*, Diener et. al, 1985, adaptada à população portuguesa por Simões, 1992)

Esta escala apresenta cinco frases com as quais pode concordar ou discordar. A sua opinião pode variar entre Discordo muito ou Concordo muito, marcando com uma cruz (X) a resposta que mais se adequa a si.

	Discordo muito	Discordo um pouco	Não concordo, nem discordo	Concordo um pouco	Concordo muito
1 - A minha vida parece-me em quase tudo, com o que eu desejaria que fosse.					
2 – As minhas condições de vida são muito boas.					
3 – Estou satisfeito (a) com a minha vida.					
4 – Até agora, tenho conseguido as coisas importantes da vida, que eu desejaria.					
5 – Se eu pudesse recomeçar a minha vida, não mudaria quase nada					



## Anexo 8 – Testes de performance

### Teste de performance para o membro inferior

- **Velocidade de marcha**

Tempo 1: \_\_\_\_\_

Tempo 2: \_\_\_\_\_

- **Time Up & Go Test**

Tempo 1: \_\_\_\_\_

Tempo 2: \_\_\_\_\_

- **Five – times – sit – to stand - test**

Tempo 1: \_\_\_\_\_

Tempo 2: \_\_\_\_\_

### Teste performance para o membro superior – Avaliação da força de preensão

Medição Esquerda	Medição Direita
Valor 1 -	Valor 1 -
Valor 2 -	Valor 2 -
Valor 3 -	Valor 3 -
<b>Melhor valor:</b>	<b>Melhor valor:</b>