



**Patrícia Joana Fortunato  
França Simões**

**Envelhecer bem: um estudo sobre qualidade de vida  
e espiritualidade**



**Patrícia Joana Fortunato  
França Simões**

## **Envelhecer bem: um estudo sobre qualidade de vida e espiritualidade**

Dissertação apresentada à Universidade de Aveiro para cumprimento dos requisitos necessários à obtenção do grau de Mestre em Gerontologia, realizada sob a orientação científica da Doutora Daniela Maria Pias Figueiredo, Professora Adjunta da Escola Superior de Saúde, da Universidade de Aveiro.

## **o júri**

Presidente	Professor Doutor Luís Miguel Teixeira de Jesus Equiparado a Professor Coordenador da Escola Superior de Saúde, da Universidade de Aveiro.
Vogal – Arguente Principal	Professora Doutora Cândida Assunção Santos Pinto Professora Coordenadora da Escola Superior de Enfermagem do Porto.
Vogal – Orientadora	Professora Doutora Daniela Maria Pias Figueiredo Professora Adjunta da Escola Superior de Saúde, da Universidade de Aveiro.

## **Agradecimentos**

Foram muitas as pessoas relevantes para a concretização deste trabalho. Gostaria de agradecer em primeiro lugar à Orientadora Professora Doutora Daniela Figueiredo, pelos sábios conselhos e sugestões, pela disponibilidade, rigor e incentivo constantes.

Às Universidades Seniores, aos seus colaboradores, pela disponibilidade e às Pessoas Idosas, por aceitarem voluntariamente participar nesta investigação.

À Ana Rita, colega incansável de trabalho, que se veio a tornar uma amiga.

Aos meus amigos e colegas, que pela sua presença e motivação me ajudaram nesta caminhada.

Aos meus pais e irmã, por sempre acreditarem em mim.

Ao Renato, meu marido, por ser um verdadeiro companheiro, por me ajudar nos momentos de desânimo e incertezas, pela sua compreensão, paciência e apoio incondicional.

## palavras-chave

peessoas idosas; qualidade de vida; espiritualidade; envelhecimento bem sucedido.

## resumo

**Objectivos:** A relação entre qualidade de vida e espiritualidade associada ao envelhecimento permanece como um campo de investigação que necessita de mais exploração, sobretudo em pessoas que envelhecem bem. Assim, este estudo visa compreender a relação entre a qualidade de vida e a espiritualidade em pessoas com 65 ou mais anos, que frequentam uma universidade sénior.

**Metodologia:** Optou-se por realizar um estudo quantitativo, de tipo descritivo-correlacional. A amostra foi constituída por 70 pessoas com uma média etária de 73,47 anos. Os instrumentos de recolha de dados utilizados foram: a versão portuguesa do EASYCare (Sousa *et al.*, 2009); a Escala de Avaliação da Espiritualidade (Pinto & Pais-Ribeiro, 2007); e um questionário complementar.

**Resultados:** Os principais resultados indicam que: a) os participantes apresentam uma percepção positiva da sua qualidade de vida, evidenciando elevados níveis de funcionalidade e independência; b) os participantes atribuem importância à espiritualidade, sobrevalorizando as crenças religiosas ou espirituais; c) as pessoas que percebem uma melhor qualidade de vida perspectivam o futuro com mais esperança e optimismo.

**Implicações:** Os resultados sublinham a importância de se perspectivar a espiritualidade como um factor associado à qualidade de vida no envelhecimento. Além disso, evidenciam a necessidade de uma nova atitude social que reconheça as pessoas idosas como um grupo heterogéneo e promova a sua participação social e activa.

**keywords**

elderly, quality of life, spirituality, successful aging.

**abstract**

**Objectives:** The relationship between quality of life and spirituality associated with aging remains a research field that needs further exploration, especially with people who age well. This study aims to understand the relationship between quality of life and spirituality in people aged 65 years or older, who attend a senior university.

**Methods:** A quantitative descriptive-correlational study was conducted. The sample comprises 70 persons with an average age of 73.47 years old. Data was collected through the use of the following instruments: the Portuguese version of EASYCare (Sousa *et al.*, 2009); the Spirituality Assessment Scale (Pinto & Pais-Ribeiro, 2007); and an additional questionnaire.

**Results:** The main results suggest that: a) participants have a positive perception of their quality of life, with high levels of functionality and independence; b) participants recognized the importance of spirituality, overstating religious or spiritual beliefs; c) older people who perceive a better quality of life tend to perspective the future with more hope and optimism.

**Implications:** These findings underline the importance to perspective spirituality as a factor associated with quality of life in later life. In addition, demonstrate the need for a new social attitude that recognizes the elderly as a heterogeneous group and promotes their social and active participation.

## ÍNDICE

Índice de figuras, quadros e tabelas	III
<b>INTRODUÇÃO</b>	1
<b>1. ENVELHECIMENTO HUMANO: CARACTERÍSTICAS E DESAFIOS</b>	3
1.1. O envelhecimento biológico	3
1.2. O envelhecimento psicológico	5
1.3. O envelhecimento social	7
<b>2. QUALIDADE DE VIDA E ENVELHECIMENTO</b>	7
2.1. Em torno do conceito de qualidade de vida	7
2.2. Qualidade de vida e envelhecimento	9
2.2.1. QUALIDADE DE VIDA RELACIONADA COM A SAÚDE	10
2.3. Qualidade de vida e modelos de envelhecimento: envelhecimento activo e envelhecimento bem-sucedido	11
2.3.1. ENVELHECIMENTO ACTIVO	12
2.3.2. ENVELHECIMENTO BEM-SUCEDIDO	12
<b>3. ESPIRITUALIDADE</b>	13
3.1. Em torno do conceito de espiritualidade	14
3.1.1. ESPIRITUALIDADE E RELIGIOSIDADE	15
3.2. Espiritualidade enquanto recurso de <i>coping</i> : uma perspectiva desenvolvimental	16
3.3. Espiritualidade e qualidade de vida	17
3.3.1. ESPIRITUALIDADE E ENVELHECIMENTO BEM-SUCEDIDO	18
<b>4. OBJECTIVOS GERAIS E ESPECÍFICOS</b>	20
<b>5. METODOLOGIA</b>	21
5.1. Desenho de investigação	21
5.2. Instrumentos	21
5.2.1. O EASYCare- <i>ELDERLY ASSESSMENT SYSTEM</i>	21
5.2.2. ESCALA DE AVALIAÇÃO DA ESPIRITUALIDADE	22
5.2.3. QUESTIONÁRIO COMPLEMENTAR	23
5.3. Procedimentos	23
5.3.1. SELECÇÃO DA AMOSTRA	23
5.3.2. PROCEDIMENTOS DE RECOLHA DE DADOS	24
5.4. Procedimentos estatísticos para o tratamento e análise dos dados	24
5.5. Estudo das características psicométricas dos instrumentos	24

5.5.1. A ESCALA DE AVALIAÇÃO DA ESPIRITUALIDADE	24
<b>5.6. Caracterização da amostra</b>	<b>25</b>
<b>6. APRESENTAÇÃO DE RESULTADOS</b>	<b>28</b>
<b>6.1. Percepção da qualidade de vida</b>	<b>29</b>
6.1.1. VISÃO, AUDIÇÃO E COMUNICAÇÃO	29
6.1.2. CUIDAR DE SI	29
6.1.3. MOBILIDADE	30
6.1.4. SEGURANÇA	31
6.1.5. LOCAL DE RESIDÊNCIA E FINANÇAS	31
6.1.6. MANTER-SE SAUDÁVEL	32
6.1.7. SAÚDE MENTAL E BEM-ESTAR	34
6.1.8. ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAÇÃO	35
6.1.9. ANÁLISE GLOBAL DAS CATEGORIAS DO EASYCARE	36
<b>6.2. Escala de Avaliação da Espiritualidade</b>	<b>36</b>
<b>6.3. Análise da relação entre as variáveis sócio-demográficas e a qualidade de vida e espiritualidade</b>	<b>37</b>
<b>6.4. Estudo da relação entre a qualidade de vida e a espiritualidade</b>	<b>38</b>
<b>7. DISCUSSÃO DOS RESULTADOS</b>	<b>39</b>
<b>7.1. Implicações, limitações e perspectivas</b>	<b>45</b>
<b>8. CONCLUSÕES</b>	<b>46</b>
<b>9. BIBLIOGRAFIA</b>	<b>47</b>

## **APÊNDICES**

Apêndice 1 – Questionário complementar

Apêndice 2 – Relação entre as variáveis sócio-demográficas e a qualidade de vida e espiritualidade

## **ANEXOS**

Anexo 1 – EASYCare

Anexo 2 – Escala de Avaliação da Espiritualidade

Anexo 3 – Termo de consentimento livre e informado



## ÍNDICE DE FIGURAS, QUADROS E TABELAS

Figura 1 – Modelo revisto de Envelhecimento Bem-Sucedido de Rowe e Kahn	19
Gráfico 1 – Quedas nos últimos 12 meses	31
Gráfico 2 – Preocupação com o peso	33
Gráfico 3 – Vacinação em dia	33
Gráfico 4 – Exames de rastreio de cancro	33
Gráfico 5 – Percepção da sua saúde	35
Gráfico 6 – Dores corporais	35
Quadro 1 – Alterações anatómicas e funcionais dos principais sistemas orgânicos no envelhecimento primário	5
Quadro 2 – Efeitos do envelhecimento no desempenho cognitivo	6
Tabela 1 – Médias, desvios padrões, alfas de Cronbach e amplitudes da Escala de Avaliação da Espiritualidade	25
Tabela 2 – Caracterização sócio-demográfica da amostra	26
Tabela 3 – Profissão exercida anteriormente à reforma	27
Tabela 4 – Frequência da universidade sénior	28
Tabela 5 – Visão, audição e comunicação	29
Tabela 6 – Cuidar de si	29
Tabela 7 – Mobilidade	30
Tabela 8 – Segurança	31
Tabela 9 – Local de residência e finanças	32
Tabela 10 – Manter-se saudável	32
Tabela 11 – Saúde mental e bem-estar	34
Tabela 12 – Administração de medicação	36
Tabela 13 – Médias, desvio-padrão e amplitudes das categorias	36
Tabela 14 – Médias, desvio-padrão e amplitudes dos itens da Escala de Avaliação da Espiritualidade	37
Tabela 15 – Média, desvio-padrão e amplitudes das sub-escalas	37
Tabela 16 – Correlações entre as categorias do EASYcare e as sub-escalas da Espiritualidade	39

## INTRODUÇÃO

O aumento demográfico das pessoas idosas, nos últimos cinquenta anos, converteu este grupo social num foco de interesse individual e colectivo, devido às suas implicações a nível familiar, social, económico e político (Osório, 2007).

Embora o processo de envelhecimento seja extremamente complexo e possa trazer inúmeros desafios ao indivíduo e às sociedades, deve ser perspectivado como um processo normal, universal, gradual e irreversível de mudanças e transformações que ocorrem com a passagem do tempo (Figueiredo, 2007).

A investigação no âmbito da qualidade de vida e envelhecimento tem centrado o seu objecto de estudo em pessoas ameaçadas por uma condição de doença, incapacidade ou dependência (Bowling, Seetai, Morris & Ebrahim, 2007; Murphy, Cooney, Shea & Casey, 2009). Neste sentido, a qualidade de vida nas pessoas idosas tem sido muitas vezes associada a questões de dependência-autonomia (Sousa, Galante & Figueiredo, 2003). A estreita relação entre dependência e idade é uma ideia muito demarcada na sociedade contemporânea, reforçando as representações sociais negativas existentes acerca do envelhecimento. No entanto, a maioria das pessoas idosas encontra-se funcional, sem limitações e integradas na sociedade (Sousa & Figueiredo, 2003; Figueiredo, 2007). Portanto, é importante perceber como vivem estas pessoas, como experienciam um envelhecimento saudável, que estratégias usam para superar os desafios impostos pelo processo de envelhecimento. Só assim será possível proporcionar às pessoas idosas meios para continuarem funcionais e integradas na comunidade, desmistificar as imagens sociais negativas e criar estratégias para que cada vez mais idosos vivenciem um envelhecimento bem-sucedido.

O conceito de qualidade de vida é identificado como um dos principais indicadores de avaliação da condição de vida das pessoas idosas (Fonseca, 2005a), sendo vários os factores que interferem na qualidade de vida na idade avançada (Brown, Bowling & Flynn, 2004). O estilo de vida adoptado, as condições pessoais e as condições sócio-demográficas surgem como os factores que melhor explicam as diferenças inter-individuais da qualidade de vida na população idosa (Fonseca, 2005a).

A vivência de um envelhecimento bem-sucedido, com baixo risco de doença e de incapacidade funcional, elevada funcionalidade física e mental e com um compromisso activo com a vida (Rowe & Kahn, 1998), requer estratégias de ajustamento às mudanças desta etapa da vida. A espiritualidade pode contribuir para a redução da sensação de perda de controlo e de esperança, muitas vezes decorrentes neste processo.

A relação entre espiritualidade e as várias dimensões da saúde e qualidade de vida tem sido estudada ao longo da última década (Sawatzky, 2002). Muitas dessas investigações confirmam a relação entre a espiritualidade e dimensões da qualidade de vida (Brady, Peterman, Fitchett, Mo & Cella, 1999; Pinto & Pais Ribeiro, 2009; Sawatzky, 2002). No entanto, estes estudos reportam-se sobretudo ao contexto de doença (Brady *et al.*, 1999; Panzini, Rocha, Bandeira &

Fleck, 2007; Pinto & Pais-Ribeiro, 2009), nomeadamente a doença oncológica (Brady *et al*, 1999; Pinto & Pais-Ribeiro, 2009). Se se considerar a qualidade de vida e espiritualidade em pessoas idosas a literatura é ainda escassa (Pais-Ribeiro & Pombeiro, 2004). Torna-se pois necessário estudar a qualidade de vida e espiritualidade em pessoas idosas, valorizando outros contextos que não os caracterizados por doença e dependência.

Para responder a este desafio optou-se por se desenvolver um estudo quantitativo, de tipo descritivo-correlacional, com o objectivo de compreender a relação entre a qualidade de vida percebida e a espiritualidade em pessoas com 65 ou mais anos de idade, que frequentam uma universidade sénior.

Ao contribuir para o conhecimento acerca da relação entre qualidade de vida e espiritualidade na idade avançada, privilegiando um contexto salutogénico, este estudo pode ter importantes implicações para a compreensão dos factores de qualidade de vida ao longo do processo de envelhecimento e para o desenvolvimento de intervenções que contribuam para que as pessoas envelheçam bem.

## **1. ENVELHECIMENTO HUMANO: CARACTERÍSTICAS E DESAFIOS**

O aumento da esperança média de vida, a par com o declínio da mortalidade entre os jovens e os adultos de meia-idade, contribuiu para o envelhecimento da população mundial, colocando vários desafios às sociedades, mas também aos indivíduos enquanto seres únicos e singulares.

Apesar de ser um processo normal e universal, o envelhecimento é um fenómeno difícil de definir (Mailloux-Poirier, 1995). Traduz-se pela complexidade da evolução biológica dos organismos vivos, acompanhado pelos processos psicológicos e sociais que caracterizam o ser humano (Figueiredo, 2007). Trata-se, portanto, de um fenómeno multidimensional (Mailloux-Poirier, 1995), no qual as diferentes dimensões biológica, psicológica e sócio-cultural interagem entre si e se influenciam reciprocamente (Figueiredo, 2007).

O envelhecimento consiste num fenómeno profundamente relacionado com os processos de crescimento e de diferenciação, pois resulta da interacção entre a “informação genética” e todas as outras variáveis individuais e sócio-culturais que constituem o contexto de vida do indivíduo (Tamer & Petriz, 2007). Esta interacção dá-se de forma dinâmica e activa, sendo uma relação variável, mutável, particular e criativa em termos pessoais. Os indivíduos podem pois envelhecer mais rapidamente nalgumas dimensões que noutras (Spar & La Rue, 2005). Neste sentido, a principal característica do envelhecimento é a variabilidade inter e intra-individual, ou seja, o processo de envelhecimento ocorre de forma distinta em diferentes indivíduos, mas também na mesma pessoa, dependendo da dimensão considerada, da fase de envelhecimento e do momento em que é vivenciado.

### **1.1. O envelhecimento biológico**

O envelhecimento biológico, ou senescência, refere-se às transformações físicas que reduzem a eficiência dos sistemas orgânicos e funcionais do organismo (Figueiredo, 2007). Neste sentido, o envelhecimento biológico é muitas vezes associado ao declínio biológico, traduzido, por exemplo, pela flacidez da pele e músculos ou a perda da acuidade auditiva e visual (Schaie & Willis, 2002).

Contudo, senescência não é sinónimo de doença, pois apesar da normal deterioração das estruturas e das capacidades funcionais do organismo que limitam progressivamente a actividade do ser humano, este tem uma capacidade de adaptação que lhe permite manter uma condição de saúde (Berger, 1995). Mas esta capacidade de adaptação não é inesgotável, uma vez que as modificações fisiológicas do envelhecimento são cumulativas (Berger, 1995), e a deterioração biológica geral aumenta a vulnerabilidade do indivíduo à doença e, conseqüentemente, à morte (Figueiredo, 2007).

Nesta perspectiva, pode distinguir-se envelhecimento primário, também designado por envelhecimento normal ou senescência, e envelhecimento secundário ou patológico. O envelhecimento primário reflecte um limite intrínseco da longevidade celular, possivelmente pré-programado a nível genético (Spar & La Rue, 2005). Neste padrão de envelhecimento as qualidades necessárias à vida e à sobrevivência modificam-se e são substituídas por outras (Berger, 1995).

O envelhecimento secundário ocorre devido aos efeitos acumulados das agressões ambientais, doenças e traumatismos (Spar & La Rue, 2005). De facto, as lesões associadas às diferentes alterações normais contribuem para alterar ainda mais a capacidade biológica de auto-regulação e de adaptação do organismo às exigências externas (Berger, 1995).

No entanto, a distinção entre envelhecimento primário e secundário, ou senescência e doença, é particularmente complexa. Numa tentativa de clarificar esta complexidade sugere-se perspectivar envelhecimento primário e secundário como um contínuo. Num extremo, envelhecimento e doença são claramente distintos, uma vez que determinadas alterações jamais poderiam considerar-se como patológicas (por exemplo, as rugas). No extremo oposto, o normal e o patológico sobrepõem-se, já que o normal acima de um certo limiar se torna patológico (por exemplo, a descalcificação não é considerada doença até atingir determinado limite) (Figueiredo, 2007).

Para além destes dois conceitos de envelhecimento, tem sido proposto um terceiro, o “envelhecimento terciário”, ou padrão de declínio terminal, caracterizado por mudanças súbitas em diversas capacidades cognitivas e funcionais (Figueiredo, 2007).

Considerando a heterogeneidade implícita ao processo de envelhecimento, nomeadamente ao envelhecimento biológico, há todavia uma série de alterações estruturais e orgânicas que fazem parte do envelhecimento primário. No quadro seguinte (Quadro 1) expõem-se essas alterações e as suas consequências.

Sublinhe-se que a maioria das pessoas idosas encontra-se funcional e não apresenta limitações a nível da realização das actividades de vida diária. Porém a investigação tem demonstrado a estreita relação entre dependência e idade, isto é, a percentagem de indivíduos que apresentam limitações na capacidade funcional aumenta ao considerar-se coortes de idades mais avançadas (depois dos 75 ou 80 anos) (Figueiredo, 2007). De facto, as modificações associadas à senescência provocam uma diminuição na capacidade de adaptação dos organismos (Berger, 1995), colocando o indivíduo numa situação de maior vulnerabilidade à doença e, conseqüentemente, interferem adversamente na sua qualidade de vida.

### Quadro 1 – Alterações anatómicas e funcionais dos principais sistemas orgânicos, no envelhecimento primário

Sistema	Modificações anatómicas	Modificações funcionais
<b>Cardiovascular</b> Coração	Diminuição do tamanho e flexibilidade da matriz de colagénio; deposição de lípidos no miocárdio; infiltração de lípidos e calcificação das válvulas aórtica e mitral.	Diminuição do enchimento diastólico ventricular esquerdo; diminuição do débito cardíaco em esforço máximo e da fracção de ejeção.
Artérias	Redistribuição e rearranjo molecular da elastina e colagénio nas paredes arteriais; calcificação.	Perda de elasticidade dos vasos e acumulação de depósitos nas paredes; aumento da tensão sistólica.
<b>Respiratório</b> Pulmões	Canais alveolares e alvéolos dilatados; perda da elasticidade.	Diminuição da capacidade ventilatória, mais acentuada durante o exercício; atrofia e rigidez pulmonar; problemas de expectoração das secreções brônquicas.
Musculoesquelético	Maior rigidez da parede e das articulações da caixa torácica; cifose aumentada; degeneração e calcificação das cartilagens.	Igual ao acima referido.
<b>Gastrointestinal</b>	Alguma perda de células musculares lisas do intestino; atrofia da mucosa gástrica; aumento do pH gástrico; atrofia das glândulas salivares; modificação dos tecidos dentários; certa perda de hepatócitos; redução da circulação hepática.	Diminuição da eficiência da eliminação; obstipação; diminuição do sentido do paladar; perda de dentes; cáries; diminuição da metabolização de fármacos.
<b>Genitourinário</b>	Perda de massa renal, de glomérulos; diminuição do número de nefrónios; diminuição da elasticidade da bexiga, em especial na mulher; hipertrofia benigna da próstata no homem.	Redução da fracção de filtração glomerular e do fluxo plasmático renal; menor capacidade de esvaziamento da bexiga – micções mais frequentes e menos abundantes.
<b>Endócrino</b>	Atrofia e fibrose; perda da vascularização.	Redução geral da taxa de secreção, mas em repouso podem manter-se constantes; possibilidade de perturbação no metabolismo da glicose.
<b>Nervoso</b>	Perda de peso e volume do cérebro; perda e/ou degenerescência neurofibrilar de neurónios; perda da árvore dendrítica com diminuição das conexões interneuronais; acumulação de placas senis.	Evidência inconstante de diminuição do fluxo sanguíneo; redução do metabolismo da glicose e oxigénio; alterações intelectuais; perda de motricidade fina; diminuição das sensações tácteis; diminuição da capacidade mnemónica a curto prazo; dificuldade no controlo da postura e equilíbrio.
<b>Musculoesquelético</b>	Redução da massa muscular e óssea; desmineralização óssea; aumento da gordura nos músculos e cálcio nas cartilagens; degenerescência nas cartilagens; perda de elasticidade nas articulações.	Perda da força muscular e do vigor.
<b>Imunológico</b>	Involução do timo; diminuição da proporção das células T; diminuição da resposta proliferativa celular à estimulação dos receptores das células T.	Lentidão da resposta imunitária a um antígeno; imunodeficiência relativa; aumento da susceptibilidade ao cancro.
<b>Órgãos dos sentidos</b>	Coloração amarela do cristalino.	Perda da acuidade auditiva e visual, especialmente na visão nocturna.

Adaptado de Spar e La Rue (2005)

#### 1.2. O envelhecimento psicológico

As mudanças biológicas associadas ao processo de envelhecimento têm implicações no funcionamento cognitivo (aprendizagem, memória, inteligência) e na personalidade. Para o idoso, a relação entre o funcionamento físico e o funcionamento psicológico ganha importância

progressiva à medida que os declínios da natureza física começam a traduzir-se em limitações acentuadas a nível do funcionamento individual global (Fonseca, 2005b).

O quadro 2 sumaria os efeitos do envelhecimento no funcionamento cognitivo.

**Quadro 2 – Efeitos do envelhecimento no desempenho cognitivo**

<b>Aptidão</b>	<b>Sentido de mudança no envelhecimento</b>	<b>Comentário</b>
<b>Inteligência</b> Vocabulário, fundo de conhecimento Habilidades perceptivomotoras	Estável ou crescente Em declínio	Pode declinar ligeiramente em idade muito avançada; mais pronunciado em tarefas novas. O declínio começa pelo 50 – 60 anos.
<b>Atenção</b> Campo de atenção Atenção complexa	Estável a declínio ligeiro Declínio ligeiro	Problemas em dividir a atenção, filtrar ruído, deslocar a atenção.
<b>Linguagem</b> Comunicação Sintaxe, conhecimento de palavras Fluência, nomeação  Compreensão  Discurso	Estável Estável Declínio ligeiro  Estável a declínio ligeiro  Variável	Na ausência de défice sensorial. Varia com o grau de instrução. Lapsos ocasionais em encontrar palavras. Alguma erosão no processamento de mensagens complexas.  Pode ser mais impreciso, repetitivo.
<b>Memória</b> De curto prazo (imediate)  De trabalho Secundária (recente)  Implícita  Remota	Estável a declínio ligeiro  Declínio ligeiro Declínio moderado  Estável a declínio ligeiro  Variável	Intervalo de dígitos em contagem crescente intacto (7 +/- 2 itens), mas com fácil ruptura por interferências. Aptidão diminuída para manipular informação na memória de curto prazo. Défices de codificação e recuperação; armazenagem intacta.  Pode recordar com mais facilidade características incidentais do que informação processada conscientemente.  Intacta para aspectos mais importantes da história pessoal.
<b>Visuo-espacial</b> Copiar desenhos Orientação topográfica	Variável Em declínio	Intacta para figuras simples, mas não complexas. Mais notável em terreno não familiar.
<b>Raciocínio</b> Resolução lógica de problemas Raciocínio prático	Em declínio Variável	Alguma redundância e desorganização Intacto para situações familiares.
<b>Funções de execução</b>	Declínio ligeiro	Planeamento / monitorização menos eficiente de comportamentos complexos.
<b>Velocidade</b>	Em declínio	Lentificação do pensamento e da acção é a mudança mais constante no envelhecimento.

Adaptado de Spar e La Rue (2005)

As alterações cognitivas associadas ao envelhecimento normal variam, habitualmente, entre alterações ligeiras a moderadas, havendo algumas áreas em que o desempenho se mantém ou melhora (Quadro 2). No entanto, este padrão diferencial é menos aparente se se considerar os

mais idosos (com 85 ou mais anos de idade), relativamente a alguns dos quais certos estudos referem um padrão generalizado de declínio gradual (Spar & La Rue, 2005).

A questão da estabilidade ou da mudança na personalidade à medida que se envelhece tem norteado o interesse da Psicologia do Envelhecimento. Neste sentido, um dos aspectos mais estudados tem sido a relação entre o processo de envelhecimento e as possíveis mudanças nos traços que constituem a personalidade (Schaie & Willis, 2002; Spar & La Rue, 2005; Figueiredo, 2007). Na generalidade, os resultados indicam uma tendência para a estabilidade com o passar do tempo. Todavia, a estabilidade básica nos traços de personalidade parece ser sensível aos acontecimentos e situações de vida.

### **1.3 O envelhecimento social**

Para além dos processos biológicos e psicológicos, o envelhecimento é um processo cultural e social (Osório, 2007). Com o avançar da idade existem alterações nos papéis sociais que exigem adaptações constantes. À semelhança de outras fases do desenvolvimento humano, a velhice é um período em que ocorrem determinadas modificações, frequentemente representadas pela literatura gerontológica como *perdas*. Todavia, a perda de alguns papéis sociais (por exemplo, o de profissional) não tem de ser perspectivada como um acontecimento negativo, acompanhado de estados de tristeza e insatisfação com a vida, mas pode ser experienciada como um normal desenrolar de acontecimentos e transformações com as quais a pessoa interage e se ajusta satisfatoriamente (Sousa, Figueiredo & Cerqueira, 2006; Figueiredo, 2007).

## **2. QUALIDADE DE VIDA E ENVELHECIMENTO**

O processo de envelhecimento e as modificações a ele associadas constituem um campo de investigação de interesse crescente. Sendo um processo complexo, que pode ser interpretado de diversas perspectivas, é também um fenómeno normal, universal mas que cada um vivencia de forma individual.

O crescimento que se tem verificado na população idosa, sobretudo nos países mais desenvolvidos, torna particularmente actual a problemática da qualidade de vida nos mais velhos (Ramos, 2001).

### **2.1. Em torno do conceito de qualidade de vida**

O termo “qualidade de vida” surgiu na segunda metade do século XX, associado a problemas de poluição do meio ambiente. Na década de 60, o conceito aparece ligado a



indicadores sociais, como a existência de saneamento ou a acessibilidade aos cuidados de saúde, evoluindo nas décadas seguintes para a conceptualização de bem-estar objectivo e social (Fernández-Mayoralas *et al.*, 2007).

O conceito de qualidade de vida é, ainda hoje, complexo e de difícil definição. No entanto, parece haver algum consenso de que se trata de um conceito multidimensional, que se constrói sobre diferentes áreas (como a política ou sócio-económica), domínios (micro e macro) e componentes (como por exemplo, as relações familiares e com os outros, o bem-estar emocional, a saúde), e é frequentemente utilizado como um indicador de avaliação das políticas públicas (Brown, Bowling & Flynn, 2004; Fernández-Mayoralas *et al.*, 2007).

Segundo Brown, Bowling e Flynn (2004) o conceito de qualidade de vida tem vindo a ser perspectivado sob duas dimensões: uma macro, social e objectiva; outra micro, individual e subjectiva. Assim, a qualidade de vida pode ser entendida como um conceito (Brown, Bowling & Flynn, 2004): objectivo, que inclui as condições de emprego, habitação, educação e circunstâncias ambientais (dimensão macro); ou subjectivo, englobando as experiências de vida, valores, sensação de bem-estar, felicidade e satisfação de vida de cada indivíduo (dimensão micro).

Enquanto conceito dinâmico e multidimensional, o termo “qualidade de vida” apresenta vários desafios relativamente à sua medição. Basta reflectir no facto de, na sua definição, se contemplar as experiências individuais, positivas e negativas que ao longo do tempo condicionam a própria percepção do indivíduo sobre a qualidade de vida (Brown, Bowling & Flynn, 2004).

Dada a complexidade inerente a este conceito ainda não existe consenso relativamente às abordagens teóricas que procuram conceptualizar e avaliar a qualidade de vida na idade avançada. Todavia, Brown, Bowling e Flynn (2004), através de uma revisão sistemática da literatura, propuseram uma taxionomia de diferentes abordagens susceptíveis de aplicação ao contexto gerontológico:

- *Indicadores objectivos* (inclui o padrão de vida, a saúde e longevidade, habitação e características de vizinhança);
- *Indicadores subjectivos* (centrados na satisfação com a vida e bem-estar psicológico, valores, morais e felicidade);
- *Satisfação das necessidades humanas* (incluindo as circunstâncias objectivas e subjectivas propostas por Maslow (1962, citado por Walker, 2005): desde as necessidades mais básicas de segurança e alimentação, até às necessidades de pertença social, competência, controlo, ego, estatuto e auto-estima);
- *Modelos psicológicos* (ênfase no crescimento pessoal, competências cognitivas, eficácia e adaptabilidade);
- *Modelos de saúde e funcionalidade* (baseados em medidas de avaliação do estado de saúde geral, depressão e funcionalidade nas actividades básicas e instrumentais de vida diária);
- *Modelos de saúde social* (inclui indicadores relativos às redes sociais, de suporte e actividades sociais);

- *Coesão social e capital social* (incluiu os recursos sociais, ambientais e locais, ou seja, aqueles recursos que facilitam a reciprocidade e a confiança nas interações sociais);
- *Modelos ambientais* (centram-se no estudo do ambiente onde a pessoa se insere, e na importância de se promover ambientes facilitadores da independência e participação social das pessoas idosas);
- *Abordagens hermenêuticas* (abordagens baseadas nos valores individuais, interpretações e percepções, satisfação pessoal, circunstâncias e prioridades de vida).

A multiplicidade de perspectivas disciplinares sobre este conceito torna compreensível a inexistência de uma definição ou medida de avaliação consensual. Segundo Walker (2005), a própria possibilidade de um modelo teórico de qualidade de vida é discutível porque, na prática, ele teria de operacionalizar um constructo com diferentes níveis, capaz de englobar as múltiplas dimensões de cada pessoa.

## **2.2. Qualidade de vida e envelhecimento**

O aumento da população idosa tem levado a uma crescente preocupação das políticas públicas, nacionais e internacionais, em desenvolver programas que contribuam para a qualidade de vida deste grupo populacional.

Definir qualidade de vida na idade avançada é um desafio igualmente complexo devido ao elevado número de áreas disciplinares envolvidas no seu estudo e à multiplicidade de quadros teóricos que dificultam o consenso acerca do conceito (Walker, 2005). Todavia, apesar da ausência de uma definição consensual, Walker (2005) nomeia alguns pontos de concordância entre a comunidade científica que poderão contribuir para a compreensão do conceito de qualidade de vida na idade avançada:

1º) Reconhece-se a sua natureza dinâmica, multidimensional e complexa, resultante da interação de múltiplas influências objectivas e subjectivas, macro e micro, positivas e negativas. Como tal, as medidas utilizadas para avaliar a qualidade de vida têm vindo pragmaticamente a operacionalizar este conceito como uma série de domínios.

2º) A qualidade de vida na idade avançada resulta da combinação interactiva de factores associados ao curso de vida e de factores situacionais imediatos. Este conceito não se reporta apenas aos recursos individuais e psicológicos de cada pessoa, mas atende também às oportunidades e recursos sociais e económicos que tem ao seu dispor ao longo da vida, como a segurança sócio-económica, a coesão e a inclusão social. Por exemplo, a situação profissional antes da reforma e a respectiva (in)segurança financeira condicionam o acesso aos cuidados de saúde na idade avançada.

3º) Os factores que influenciam a qualidade de vida são semelhantes para diferentes grupos etários. Esta semelhança é particularmente evidente quando se perspectiva a meia-idade e a idade avançada. Todavia, quando se comparam jovens e pessoas idosas, factores como a saúde e a capacidade funcional assumem uma maior relevância para as pessoas idosas.

4º) Os factores de qualidade de vida na idade avançada diferem habitualmente entre grupos de pessoas idosas. Por exemplo, existem diferentes prioridades definidas pelos idosos que vivem no domicílio e os que se encontram institucionalizados. Os primeiros valorizam mais a sua integração social, enquanto que os segundos tendem a valorizar mais o contexto ambiental, a organização do seu quotidiano, as relações interpessoais com os profissionais da instituição e os outros residentes (Fernández-Ballesteros, 1998, citado por Walker, 2005).

5º) A variabilidade nos resultados de avaliação da qualidade de vida em diversos estudos deve-se mais às percepções subjectivas de saúde e bem-estar psicológico do que a factores objectivos, como indicadores económicos ou sócio-demográficos. Compreende-se esta ideia através de duas ordens de razões que se relacionam: por um lado, não são as circunstâncias *per se* que são determinantes, mas antes o grau de controlo nelas exercido pelas pessoas idosas; por outro lado, é fundamental que os recursos psicológicos de cada indivíduo lhe permitam encontrar estratégias compensatórias de adaptação, processo denominado de “optimização selectiva com compensação” (Baltes & Baltes, 1990, citado por Walker, 2005). Existe alguma evidência empírica de que a capacidade para operacionalizar tais estratégias de ajustamento perante a doença, a incapacidade ou a morte de alguém, se associa a níveis mais elevados de satisfação com a vida e qualidade de vida na idade avançada (Freund & Baltes, 1998, citado por Walker, 2005).

O conceito de qualidade de vida pode ser identificado como um dos principais indicadores de avaliação da condição de vida dos idosos (Fonseca, 2005a). Castellón (2003, citado por Fonseca, 2005a), refere que é possível conceptualizar a qualidade de vida no envelhecimento atendendo a diferentes componentes: componente objectiva (condições de vida), componente subjectiva (satisfação pessoal com as condições de vida), associação entre as duas componentes anteriores e combinação das componentes objectivas e subjectivas segundo o padrão de valores e aspirações de cada pessoa.

A qualidade de vida associada ao envelhecimento está dependente do contexto e das circunstâncias a que cada pessoa está sujeita (Fernández-Ballesteros, 1998, citado por Fonseca, 2005a). O estilo de vida adoptado, as condições pessoais particulares (posição social, idade ou género) e os factores sociodemográficos aparecem, em estudos recentes, como os factores que melhor explicam as diferenças inter-individuais da qualidade de vida na população idosa (Fonseca, 2005a).

### 2.2.1. QUALIDADE DE VIDA RELACIONADA COM A SAÚDE

A saúde é uma das dimensões da qualidade de vida com mais importância para a população idosa. De facto, a qualidade de vida relacionada com a saúde (QVRS) pode ser entendida como uma dimensão da qualidade de vida, embora se trate de um conceito mais

estreito e específico, que pode ser delimitado pelas expectativas associadas ao estado de saúde de cada pessoa idosa e à assistência sócio-sanitária a que tem acesso. Pode ser assim percebida como uma concepção individual que implica uma auto-avaliação e uma mudança ao longo do tempo (Fernández-Mayoralas *et al.*, 2007).

Nos últimos anos têm sido realizados alguns estudos sobre a avaliação da qualidade de vida na idade avançada, centrando-a na condição de saúde e funcionalidade.

Existem particularidades a que se deve atender quando se analisa a QVRS na população idosa pois muitas pessoas idosas continuam saudáveis e funcionais. No entanto, existe uma maior complexidade dos problemas de saúde (comorbilidade), sendo também necessário distinguir entre função física e capacidade de auto-cuidado, uma vez que esta exige capacidade mental para realizar tarefas complexas (por exemplo ir às compras, usar electrodomésticos). A institucionalização também modifica a própria conceptualização da qualidade de vida e da QVRS, aumentando a importância de factores como a autonomia, o controlo, a segurança, e minimizando ou mesmo anulando outros, como por exemplo, a realização de tarefas domésticas (Fernández-Mayoralas *et al.*, 2007).

Fernández-Mayoralas *et al.* (2007), no seu estudo sobre o significado da saúde na qualidade de vida dos idosos, verificaram que esta é uma das 19 áreas da qualidade de vida identificadas pelas pessoas idosas, que influencia e é influenciada por outras dimensões como: rede familiar; situação económica; rede social e actividades de lazer. Os autores assinalam a importância da determinação dos aspectos referentes à qualidade de vida relacionada com a saúde para que se possam desenhar intervenções preventivas e correctivas orientadas para a manutenção e melhoria da percepção da saúde global das pessoas idosas.

### **2.3. Qualidade de vida e modelos de envelhecimento: envelhecimento activo e envelhecimento bem-sucedido**

Qualidade de vida, envelhecimento activo e envelhecimento bem-sucedido são conceitos distintos, embora comumente confundidos e utilizados de forma indiferenciada na definição de orientações de programas e políticas de envelhecimento. De facto, qualidade de vida é um conceito mais abrangente que envolve uma grande variedade de perspectivas multidisciplinares, principalmente sociológica, biomédica, psicológica, económica e ambiental (Walker, 2005).

No entanto, alguns dos factores que determinam a qualidade de vida na idade avançada sobrepõem-se a determinadas dimensões que constituem os conceitos de envelhecimento activo e envelhecimento bem-sucedido.

### 2.3.1. ENVELHECIMENTO ACTIVO

No final da década de 90, a Organização Mundial de Saúde (OMS) empregou o conceito de envelhecimento activo para transmitir uma mensagem mais abrangente e inclusiva do processo de envelhecimento do que o termo “envelhecimento saudável” (WHO, 2002).

Segundo a OMS (WHO, 2002), o envelhecimento activo pode ser entendido como um processo de optimização das oportunidades para a saúde, participação e segurança com o objectivo de melhorar a qualidade de vida das pessoas que envelhecem.

O principal objectivo do envelhecimento activo é aumentar a expectativa de uma vida saudável e a qualidade de vida para todas as pessoas, mesmo as que apresentam maior fragilidade ou incapacidade. Este paradigma de envelhecimento reconhece as pessoas idosas como um grupo heterogéneo, cujas diferenças tendem a aumentar com o avançar da idade e atribui-lhes uma responsabilidade política e social, no exercício de uma participação activa em sociedade (WHO, 2002).

O modelo contempla alguns factores que determinam o processo de envelhecimento activo. Esses factores podem ser transversais a um grupo populacional, como o género e a cultura ou implicar outros factores como: os determinantes sociais, económicos, pessoais e comportamentais, os próprios serviços sociais e de saúde e o ambiente físico (WHO, 2002).

### 2.3.2. ENVELHECIMENTO BEM-SUCEDIDO

O conceito de envelhecimento bem-sucedido surge nos finais da década 60, reflectindo uma preocupação a nível mundial, como um modelo que procurava um equilíbrio entre a capacidade da pessoa idosa e as exigências do ambiente (Fonseca, 2005a).

O estudo realizado pela *Fundação MacArthur*, lançado em 1984, constitui um dos principais contributos para a afirmação do conceito de envelhecimento bem-sucedido, numa tentativa de ultrapassar a visão do envelhecimento centrado na doença e na incapacidade (Fonseca, 2005b). Após este primeiro passo, surge a perspectiva de Rowe e Kahn (1998) que apontam os factores que permitem à pessoa manter-se funcional à medida que envelhece (Fonseca, 2005a).

Rowe e Kahn (1998) definem pela primeira vez envelhecimento bem-sucedido como a capacidade da pessoa idosa para manter três características fundamentais: baixo risco de doença e de incapacidade funcional; elevada funcionalidade física e mental; e compromisso activo com a vida.

Evitar a doença e a incapacidade é de extrema importância ao longo de toda a vida, no entanto alguns riscos mudam com a idade. Como tal, para Rowe e Kahn (1998), a prevenção desses riscos assume uma enorme importância. Esta prevenção passa pela adopção de estilos de vida saudáveis, entre eles, a realização de exercício físico. As formas apropriadas de realização de exercício físico variam com a idade, no entanto, este é vital para o bem-estar físico e consequentemente para a manutenção da função cognitiva. Para além deste aspecto, a

manutenção da capacidade cognitiva passa pelo uso contínuo da mente e pela manutenção de actividades com complexidade cognitiva (Rowe & Kahn, 1998).

A manutenção de um compromisso activo com a vida implica a continuidade das relações com os outros e a realização de actividades produtivas (Rowe & Kahn, 1998). A maioria das pessoas, quando pensa em ser produtivo, pensa em actividades geradoras de dinheiro. Estes autores, contrariando este ponto de vista, consideram produtivas todas as actividades que, remuneradas ou não, são geradoras de bens ou serviços de valor (como por exemplo: cuidar da casa, de familiares ou amigos; voluntariado em igrejas ou organizações civis).

Existem outros modelos teóricos que procuram descrever as estratégias que a pessoa idosa pode mobilizar para se ajustar com sucesso às dificuldades e perdas que ocorrem com o processo de envelhecimento. O modelo de selecção, optimização e compensação (*Selective Optimization with Compensation Model - SOC*), desenvolvido por Baltes e Baltes (1990, citado em Cerrato & Trocóniz, 1998), pressupõe que a pessoa seleccione domínios de vida que para si são relevantes e consiga optimizar recursos para obter sucesso nesses domínios. Dessa forma, colmata as perdas ocorridas, devido a alterações biológicas, psicológicas e sócio-económicas, criando um ambiente de desenvolvimento com sucesso ao longo da vida (Ouweland, Ridder & Bensing, 2006).

Fonseca (2005a) considera que as teorias de envelhecimento bem-sucedido perspectivam a pessoa idosa como proactiva, definindo os seus objectivos e dispondo de recursos que lhe permitam adaptar-se às mudanças decorrentes da idade. Como tal, não há uma única forma de envelhecer com sucesso, mas existem diferentes caminhos e diferentes formas de os percorrer, podendo diferentes pessoas alcançar a mesma satisfação de vida e um sucesso idêntico (Fonseca, 2005a).

### **3. ESPIRITUALIDADE**

O processo de envelhecimento exige que o indivíduo se adapte às perdas, mudanças e alterações que dele decorrem. De acordo com Cupertino e Novaes (2004), a espiritualidade pode ser entendida como um factor facilitador desse ajustamento.

Apesar de todos os avanços da ciência persistem ainda questões, como o significado da vida e o confronto com a possibilidade de finitude, que desde sempre inquietaram o ser humano. É neste sentido que emerge a espiritualidade, como uma dimensão relevante do ser humano e que o diferencia de outros seres vivos (Pinto & Pais-Ribeiro, 2009).

Desde sempre que as crenças, práticas e experiências espirituais têm sido uma das componentes mais prevalentes e influentes na maioria das sociedades. Profissionais de saúde, investigadores e as pessoas em geral têm reconhecido a importância da dimensão religiosa/espiritual para a saúde (Moreira-Almeida, 2007). De facto, a interligação entre religiosidade/espiritualidade e a saúde remonta aos primórdios da história, em que os poderes da

«cura» estavam nas mãos dos que lidavam com o espírito. Com o desenvolvimento das ciências da saúde, criou-se uma prática de cuidados dessacralizada e a dimensão espiritual deixou de ser contemplada no atendimento aos doentes (Pinto & Pais-Ribeiro, 2007).

A Organização Mundial de Saúde, reconhecendo a importância da dimensão da espiritualidade na qualidade de vida, inclui já um domínio denominado “religiosidade, espiritualidade e crenças pessoais” no seu instrumento genérico de avaliação de qualidade de vida (WHOQOL-100) (Fleck, Borges, Bolognesi & Rocha, 2003).

### **3.1. Em torno do conceito de espiritualidade**

O consenso em torno da conceptualização de espiritualidade está longe de ser obtido. Na literatura, encontra-se uma grande diversidade de definições e atributos da espiritualidade e as discussões à volta do seu conceito salientam a necessidade de distinguir espiritualidade de religião e religiosidade (Sawatzky, 2002).

De acordo com Sessana, Finnell e Jezwski (2007) a definição de espiritualidade é um desafio complexo devido a três ordens de razões: diversidade de opiniões acerca do significado de espiritualidade; subjectividade e natureza pessoal inerentes ao conceito; espiritualidade e religiosidade são dois conceitos muitas vezes usados indiferentemente, dificultando ainda mais a definição de espiritualidade.

Estas dificuldades reflectem-se na diversidade de definições que se encontram na literatura actual. Por exemplo, Finkelstein, West, Gobin, Finkelstein e Wuerth (2007) definem espiritualidade como uma tentativa de compreender o significado e o propósito da vida, podendo ou não envolver uma religião organizada e podendo ou não envolver a crença num ser superior. Segundo Pinto e Pais-Ribeiro (2009), a espiritualidade pode ser considerada uma dimensão do ser humano que procura a atribuição de significados através da relação com dimensões que o transcendem.

Crowther, Parker, Achenbaum, Larimore e Koenig (2002) definem a espiritualidade como a busca pessoal pela compreensão de repostas para as perguntas fundamentais sobre a vida, sobre o significado e sobre a relação com o sagrado ou transcendente, que pode (ou não) levar a, ou resultar do desenvolvimento de rituais religiosos.

Para Cupertino e Novaes (2004) a espiritualidade pode ser definida de acordo com três dimensões distintas: espiritualidade como participação numa instituição religiosa, entendida como um comportamento objectivo; espiritualidade individual e/ou subjectiva, percebida como um movimento ou disposição internos, inclusive de valores éticos e morais próprios; espiritualidade expressada como crença integrativa a dar sentido e significado à existência humana.

Muitas outras definições poderiam ser apresentadas, pois não existe consenso na definição de espiritualidade, sendo que cada uma só satisfaz ao seu próprio autor (Cupertino & Novaes, 2004). Todavia, Sawatzky (2002) identifica um conjunto de características do conceito de espiritualidade que se tornam comuns a diversas definições. Geralmente, as definições envolvem

a presença de uma relação com algo que se situa para além da percepção humana. Este objecto relacional da espiritualidade pode ser descrito como “divindade”, “um poder superior”, “ser divino”, “Deus”. A experiência associada a este aspecto relacional da espiritualidade pode ser descrita como transcendente ou de natureza transpessoal. A maioria das definições de espiritualidade sustenta a noção de que esta se associa a uma procura existencial de significado e sentido perante questões complexas da vida. Esta procura pode ser orientada por instituições religiosas ou por experiências de vida pessoais.

Também Pais-Ribeiro e Pombeiro (2004), após reflectirem sobre diferentes definições de espiritualidade, apontam uma ideia comum às mesmas: a importância da espiritualidade enquanto um contexto em que as pessoas podem encontrar um sentido para a vida, ter esperança e estar em paz no meio dos acontecimentos mais graves.

### 3.1.1. ESPIRITUALIDADE E RELIGIOSIDADE

Segundo Sawatzky (2002) a distinção conceptual entre espiritualidade e religião era praticamente inexistente na literatura antes da segunda metade do século XX. Portanto, a distinção entre espiritualidade e religião deve ser vista como uma transformação conceptual bastante recente, que parte de uma religiosidade dominante do mundo espiritual em direcção a uma compreensão humanista e relativista da espiritualidade. Percebe-se assim porque é que a espiritualidade é ainda frequentemente usada como sinónimo de religiosidade (Pinto & Pais-Ribeiro, 2009). Para Crowther *et al.* (2002) é a confusão entre os termos religião e espiritualidade que contribui, em parte, para a dificuldade em incorporar a espiritualidade no pensamento científico.

Religiosidade e espiritualidade, apesar de relacionadas, não são claramente descritas como sinónimos (Guimarães & Avezum, 2007). Religião ou religiosidade estão habitualmente associadas ao grau de participação ou adesão às crenças e práticas de um sistema religioso. A espiritualidade é um conceito mais amplo, sendo considerada uma dimensão do ser humano que procura a atribuição de significados através do sentido de relação com dimensões que transcendem o próprio (Pinto & Pais-Ribeiro, 2009).

“Religião” é a crença na existência de um poder sobrenatural, criador e controlador do universo, que deu ao homem uma natureza espiritual que continua a existir depois da morte do seu corpo (Panzini *et al.*, 2007). Religião refere-se a algo exterior, a aspectos institucionalizados, formais e doutrinários (Dalby, 2006). Em suma, religião traduz-se por um sistema organizado de crenças, práticas, rituais e símbolos projectados para facilitar a relação com o sagrado e transcendente e fomentar a compreensão da relação e responsabilidade para com os outros, em comunidade (Crowther *et al.*, 2002). Religiosidade refere-se aos conteúdos de uma fé (Dalby, 2006) e traduz a extensão na qual o indivíduo acredita, segue e pratica uma religião (Panzini *et al.*, 2007).



“Espírito” refere-se à parte imaterial, intelectual ou moral do homem e espiritualidade envolve questões relativas ao significado de vida e à razão de viver, não sendo portanto um conceito limitado ao tipo de crenças ou práticas (Panzini *et al.*, 2007).

Espiritualidade pode então ser definida como a propensão humana para buscar significado para a vida por meio de conceitos que transcendem o tangível: um sentido de conexão com algo maior que si próprio, podendo ou não incluir uma participação religiosa formal (Guimarães & Avezum, 2007). Segundo Dalby (2006) a espiritualidade diz respeito a algo pessoal e experiências subjectivas. Contudo, para Sawatzky (2002), as experiências espirituais podem ocorrer de forma isolada da religião institucionalizada mas também podem ser mediadas através desta.

À luz destas definições, que baseiam a distinção entre espiritualidade e religião, sobretudo no grau de associação com a religião institucionalizada e organizada, a espiritualidade pode ser considerada como algo mais abrangente que a religião.

No entanto, para outros autores a religião institucionalizada é apenas um dos muitos domínios da construção teórica global de religião. Segundo esta perspectiva, a religião, no seu propósito e conceptualização original, inclui o que actualmente se designa por espiritualidade (Sawatzky, 2002).

Compreende-se assim que os termos religiosidade e espiritualidade não são incompatíveis. Além disso, a tendência a polarizá-los pode não ser benéfica para a pesquisa científica (Pinto & Pais-Ribeiro, 2007) pois a sua proximidade conceptual dificulta a sua análise isolada.

### **3.2. Espiritualidade enquanto recurso de *coping*: uma perspectiva desenvolvimental**

Alguns estudos científicos no domínio da espiritualidade e envelhecimento centram-se na compreensão da relação entre o *coping* espiritual/religioso e a saúde (Dalby, 2006).

O *coping* pode ser definido como o processo através do qual os indivíduos tentam compreender e lidar com as exigências pessoais ou situacionais das suas vidas (Rowe, 2004).

De uma forma geral, pode distinguir-se dois tipos de *coping*: o *coping* instrumental ou orientado para os problemas, que consiste nas estratégias através das quais as pessoas actuam directamente sobre as situações ameaçadoras, prejudiciais ou desafiantes; o *coping* paliativo ou orientado para as emoções, que envolve os esforços utilizados para alterar o modo como os acontecimentos são interpretados e ganhar mais controle emocional (Rowe, 2004; Ramos, 2005).

As estratégias de *coping* são influenciadas pelos recursos de que as pessoas dispõem, podendo ser externos e internos. Os recursos externos incluem elementos utilitários (rendimento, habitação, estatuto sócio-económico, entre outros) e recursos sociais (redes sociais, apoio disponível nessas redes). Os recursos de *coping* internos dizem respeito às competências pessoais, experiências de vida significativas, capacidade de análise, crenças e valores (Figueiredo, 2007).

Neste sentido, a espiritualidade e a religiosidade podem constituir também importantes recursos de *coping*. Segundo Pinto e Pais-Ribeiro (2007) o *coping* religioso-espiritual refere-se ao modo como as pessoas utilizam a fé, as crenças, a sua relação com a transcendência ou a sua ligação aos outros como forma de ajustamento e gestão das situações de crise.

Assim, a espiritualidade perspectivada como um recurso de *coping* pode ser particularmente relevante no que toca à adaptação aos desafios impostos pelo envelhecimento. Efectivamente, a probabilidade de confronto com as perdas, doenças e incapacidades e a morte é maior na velhice do que em qualquer outra etapa do ciclo de vida.

Sob uma perspectiva desenvolvimental, a espiritualidade enquanto recurso de *coping*, pode ser entendida como o resultado de um conjunto de estratégias que o próprio indivíduo foi desenvolvendo ao longo da vida. Tornstam (1996, citado por Dalby, 2006) refere, na sua Teoria da Gerontranscendência, que ocorre uma mudança de paradigma na pessoa idosa, em que ela passa de um plano materialista e racional da vida, para um plano cada vez mais cósmico e transcendente. Esta teoria pode ser entendida em três níveis: nível cósmico (experiência de valorização de aspectos subtis da vida); *self* (descoberta de aspectos escondidos do *self*, aumentando o altruísmo e experiências que aumentam a integridade do *ego*); relações sociais e individuais (relações que alteram a sua importância, significado e necessidade) (Dalby, 2006).

Parece haver assim algumas tarefas, necessidades e mudanças espirituais associadas ao envelhecimento (Dalby, 2006). No entanto, a forma como estas mudanças e tarefas se operam no complexo processo de envelhecimento constitui ainda uma grande área de investigação a explorar.

### **3.3 Espiritualidade e qualidade de vida**

A relação entre espiritualidade e as várias dimensões da saúde e qualidade de vida tem sido estudada ao longo da última década (Sawatzky, 2002). Existem alguns estudos que associam a espiritualidade/religiosidade à qualidade de vida e à melhoria da saúde física e mental. Por exemplo, Koenig *et al.* (1997, citado por Panzini, Rocha, Bandeira & Fleck, 2008) revelam que os idosos com maior actividade religiosa apresentam um sistema imunitário menos vulnerável. A influência da religiosidade/espiritualidade tem demonstrado um impacto sobre a saúde física, podendo apresentar-se como um factor de prevenção de desenvolvimento de doenças, e eventual redução da mortalidade ou impacto de diversas doenças (Guimarães e Avezum, 2007).

De acordo com Panzini *et al.* (2007) o *coping* religioso/espiritual constitui uma variável relacionada com a qualidade de vida, uma vez que permite à pessoa lidar com situações *stressantes* ou problemáticas. Por esta razão, alguns investigadores têm defendido a necessidade de integrar a espiritualidade como uma dimensão a considerar pelos instrumentos de medida da qualidade de vida (Brady *et al.*, 1999).

As questões relacionadas com a espiritualidade, a religiosidade e as crenças pessoais são contempladas no domínio relativo ao psicológico, no instrumento de avaliação da qualidade de vida da OMS, a WHOQOL (World Health Organization Quality of Life Assessment) (WHO, 1996). A necessidade identificada pelo grupo de trabalho deste instrumento de incluir questões relativas à espiritualidade, adveio da importância atribuída pelos participantes deste estudo a esta dimensão, bem como da própria concepção de qualidade de vida defendida pela OMS. A OMS defende que a qualidade de vida pode ser entendida como um conceito subjectivo e multidimensional, influenciado pelo contexto cultural, social e ambiental (WHO, 1996).

Brady *et al.* (1999), no seu estudo sobre a inclusão da espiritualidade na avaliação da qualidade de vida em oncologia, concluíram que o bem-estar espiritual é um indicador importante da qualidade de vida de um doente, mesmo que outros domínios como o bem-estar físico, emocional e social/familiar estejam controlados. Também Pinto e Pais-Ribeiro (2007) mencionam que a participação religiosa e espiritual parece relacionar-se com uma melhor saúde e uma expectativa de vida mais prolongada, mesmo após o controlo de variáveis como o apoio social e os comportamentos de saúde.

São inúmeros os estudos que revelam a existência de uma relação directa e indirecta entre espiritualidade, religião e qualidade de vida. No entanto, para autores como Peterson e Webb (2006) é essencial conduzir estudos que explorem a contribuição da religião/espiritualidade para o reforço da qualidade de vida ao longo do tempo, bem como estudos que compreendam de que forma as práticas religiosas/espirituais contribuem para o reforço de comportamentos que promovam a qualidade de vida. Também Sawatzky (2002), na meta-análise realizada sobre a relação entre espiritualidade e qualidade de vida, conclui que a espiritualidade é um conceito distinto, relacionado com a qualidade de vida. No entanto, a direcção desta relação permanece sem uma resposta, constituindo um campo amplo de investigação.

### 3.3.1. ESPIRITUALIDADE E ENVELHECIMENTO BEM-SUCEDIDO

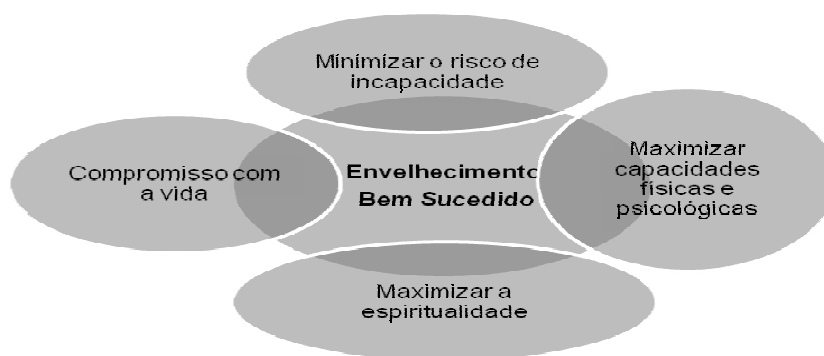
As questões associadas às perdas e mudanças decorrentes do processo de envelhecimento colocam a espiritualidade na idade avançada como uma área de estudo de interesse crescente. Dalby (2006) refere que a perspectiva espiritual se torna cada vez mais importante, sendo actualmente considerada em alguns modelos teóricos de envelhecimento bem-sucedido.

Crowther *et al.* (2002) alargaram o modelo de envelhecimento bem-sucedido de Rowe e Kahn (1998) ao introduzir a dimensão da espiritualidade, dando origem a um novo conceito: a espiritualidade positiva. A espiritualidade positiva envolve o desenvolvimento da relação pessoal interior com o sagrado e o transcendente, promovendo o bem-estar e a felicidade do próprio e dos outros. Crowther *et al.* (2002), defendem que este conceito envolve os aspectos positivos da religião e espiritualidade. Ou seja, não contempla crenças ou actividades religiosas que possam afectar adversamente a saúde física e mental ou que sejam utilizadas para justificar a hipocrisia, o

ódio ou a separação da pessoa, da comunidade e família, bem como impedir o acesso aos cuidados médicos.

A espiritualidade positiva tem como objectivo ajudar a reduzir a sensação de perda de controle e desespero que acompanha a pessoa no processo de doença (Crowther *et al.*, 2002). Assim, para estes autores, a incorporação da espiritualidade nos modelos de envelhecimento bem-sucedido permite englobar as pessoas idosas que envelhecem com sucesso por afirmação das suas crenças interiores e emoções, de forma individual mas voltados e integrados na comunidade (figura 1).

**Figura 1. Modelo revisto de Envelhecimento Bem-Sucedido de Rowe e Kahn**



Adaptado de Crowther *et al.* (2002)

Várias pesquisas constataram que a prática religiosa e actividades de voluntariado, nomeadamente as que se relacionam com a comunidade de culto, são associados a uma maior longevidade (Glass, Mendes de Leon, Marottoli & Berkman, 1999; Hummer, Rogers, Nam & Ellison, 1999; Oman & Reed, 1998; citados por Crowther *et al.*, 2002). Estas evidências podem ser resultado de inúmeros mecanismos desenvolvidos. No entanto, sabe-se que pessoas com um envolvimento religioso, têm menos probabilidades de incorrerem em comportamentos de risco que podem afectar a sua saúde (Crowther *et al.*, 2002). Também Thoresen (1999) reforça a ideia que factores religiosos e espirituais podem afectar a saúde através de hábitos de saúde, da existência de um suporte social e do desenvolvimento de comportamentos cognitivos e psicodinâmicos.

A espiritualidade pode contribuir para a redução da sensação da perda de controlo e de esperança, muitas vezes resultantes de processo de doenças crónicas decorrentes do envelhecimento. As crenças espirituais positivas podem contribuir para a redução do stress e para o aumento da sensação de controlo da pessoa idosa, aumentando a sua sensação de bem-estar e a sua qualidade de vida (Crowther *et al.*, 2002).

Sendo o envelhecimento bem-sucedido, óptimo, activo ou com qualidade de vida uma preocupação social crescente e uma aspiração de toda a humanidade, a espiritualidade pode constituir-se como um factor facilitador desse propósito, pois o *coping* religioso/espiritual ajuda a

lidar com acontecimentos de vida *stressantes*, complexos, difíceis ou problemáticos (Panzini *et al.*, 2007).

#### **4. OBJECTIVOS GERAIS E ESPECÍFICOS**

Uma das representações sociais mais generalizadas acerca da velhice e do envelhecimento é a de que as pessoas idosas constituem um grupo social homogéneo, marcado sobretudo pela doença e dependência (WHO, 1999). Todavia, como se explicitou no primeiro tópico – Envelhecimento Humano: características e desafios – o envelhecimento é um processo idiossincrático e diferencial, que resulta da interacção de uma série de variáveis, fazendo com que as pessoas se tornem mais individualizadas à medida que envelhecem. Neste sentido, e apesar da estreita relação entre dependência e idade que a investigação tem vindo a demonstrar, a maioria das pessoas idosas encontra-se funcional e não apresenta limitações na realização das suas actividades de vida diária (Sousa & Figueiredo, 2003; Figueiredo, 2007).

Assim, pretende-se com este estudo analisar a qualidade de vida e a espiritualidade em pessoas idosas fora dos contextos de doença ou incapacidade. Por esta razão, privilegiou-se a selecção de participantes que frequentassem uma universidade sénior.

As universidades seniores, universidades de terceira idade ou academias seniores, independentemente da denominação, constituem espaços privilegiados de inserção e participação social dos mais velhos, um vez que visam criar e dinamizar regularmente actividades sociais, culturais, educacionais e de convívio, preferencialmente para e pelos maiores de 50 anos. Parte-se do pressuposto de que, através das actividades desenvolvidas, os seniores se sentem úteis, activos e participativos (Rutis, 2010). Em Portugal, as universidades seniores estão representadas pela RUTIS (Associação Rede de Universidades de Terceira Idade) e são frequentadas maioritariamente por mulheres, entre os 60-70 anos de idade, com diferentes níveis de escolaridade e em situação de reforma (Rutis, 2010).

As universidades seniores portuguesas seguem o modelo inglês, nascendo no seio de organizações sem fins lucrativos, com professores voluntários, caracterizando-se por serem informais e não garantindo certificação (em termos académicos). Apesar da primeira universidade sénior portuguesa ter sido criada em 1976, só nos últimos anos é que se assistiu ao crescimento deste tipo de organizações, passando de 30 em 2001 para 112 em finais de 2008 (Rutis, 2010).

Este estudo tem como objectivo geral compreender a relação entre a qualidade de vida percebida e espiritualidade em pessoas com idade igual ou superior a 65 anos, e que frequentam uma universidade sénior.

De forma mais específica pretende-se: avaliar diferentes domínios da qualidade de vida em pessoas com 65 ou mais anos de idade; avaliar algumas dimensões relacionadas com a espiritualidade em pessoas com 65 ou mais anos de idade; analisar a relação entre as variáveis

sócio-demográficas e a qualidade de vida e espiritualidade; analisar a relação entre a qualidade de vida e a espiritualidade.

## **5. METODOLOGIA**

### **5.1. Desenho de investigação**

Face aos objectivos enunciados, assume-se como pertinente a opção por um estudo de desenho não experimental, de tipo descritivo-correlacional, procurando explorar, descrever e determinar a existência de relações entre variáveis (Fortin, 1999). Neste sentido, os métodos de análise dos dados inserem-se na abordagem quantitativa.

### **5.2. Instrumentos**

Para a recolha de dados, constituiu-se um protocolo que inclui: a versão portuguesa do EASYCare (no original, *Elderly Assessment System*) (Sousa *et al.*, 2009); a Escala de Avaliação da Espiritualidade (Pinto & Pais-Ribeiro, 2007). Elaborou-se também um breve questionário com o intuito de recolher algumas informações específicas relativas à frequência das universidades seniores.

#### **5.2.1. O EASYCare- ELDERLY ASSESSMENT SYSTEM**

O EASYCare é um instrumento de avaliação da pessoa idosa, que permite compreender as suas necessidades relativas ao bem-estar físico, mental e social. Foi inicialmente desenvolvido no âmbito do programa Europeu EPIC (*European Protopy Care*), no sentido de se constituir como um instrumento de rápida e simples utilização por diferentes profissionais, permitindo a identificação de múltiplas necessidades e avaliação de diferentes domínios relacionados com a qualidade de vida. A construção deste instrumento baseia-se em escalas como o *Índice de BARTHEL*, o *SF-36 Health Survey*, a *Geriatric Depression Scale*, de onde foram retirados os itens discriminatórios para que os restantes pudessem ser reunidos numa escala de avaliação multidimensional (Sousa & Figueiredo, 2000a).

A versão 1999-2002 do EASYCare foi a primeira versão a ser validada em Portugal (Sousa, Galante & Figueiredo, 2003). Actualmente já foi validada a versão 2008, lançada pela Universidade de Sheffield, que integra alterações resultantes de investigação e prática da versão anterior (Sousa *et al.*, 2009). Esta versão encontra-se disponível para os 25 países da União Europeia (Anexo 1).

O EASYCare encontra-se organizado por um conjunto de questões relativas a: dados sócio-demográficos; aspectos sensoriais; auto-cuidado; mobilidade; segurança; habitação e situação financeira; actividade física, e saúde mental e bem-estar (*EASYcare Standard*). A nova versão contempla também alguns instrumentos de apoio (*EASYCare Supporting Instruments*) com o intuito de proporcionar dados adicionais referentes aos cuidadores informais, administração de medicação, indicadores de risco de quedas e risco de ruptura no cuidado (Sousa *et al.*, 2009).

O EASYCare pressupõe um sistema de pontuação em que são definidos valores para cada item. As pontuações foram acordadas através da combinação dos pareceres de profissionais na área da saúde, pessoas idosas e prestadores de cuidados informais, em relação à importância relativa de cada item (Sousa & Figueiredo, 2000a). Os resultados no *EASYCare Standard* (versão de 2008) oscilam entre um mínimo de 4 e um máximo de 144 pontos, em que pontuações mais elevadas indicam maior incapacidade. A mesma lógica se aplica para a pontuação de cada categoria e para o *EASYCare Supporting Instruments*. No entanto, a pontuação não permite determinar a partir de que valor se pode considerar que a pessoa idosa não tem problemas (Sousa & Figueiredo, 2000b).

A possibilidade de avaliar as capacidades da pessoa idosa em vez de tentar mensurar as suas competências, ou seja o que é capaz de fazer, torna este instrumento numa mais valia para todos os profissionais que procuram dar resposta às múltiplas necessidades desta população. O EASYCare apresenta outras vantagens, permitindo uma aplicação prática, curta e simples, englobando uma perspectiva transcultural e abrangente (Sousa & Figueiredo, 2000a).

A possibilidade de mensuração de resultados e de partilha de informações sobre áreas que têm impacto na qualidade de vida da pessoa idosa, contribui para a identificação das suas necessidades e auxilia os profissionais da área da saúde e da área social, a caminhar no sentido da melhoria dos serviços que lhes são destinados. Os dados obtidos permitem avaliar problemas, identificar necessidades e objectivos que podem ser rentabilizados na gestão de diferentes serviços, na investigação e na futura formulação de políticas (Sousa *et al.*, 2009).

### 5.2.2. ESCALA DE AVALIAÇÃO DA ESPIRITUALIDADE

A Escala de Avaliação da Espiritualidade, desenvolvida por Pinto e Pais-Ribeiro (2007), resultou da necessidade de avaliar esta dimensão em contextos de saúde. Os autores construíram a escala a partir de um projecto de investigação em que se identificaram variáveis psicossociais associadas à optimização da saúde e qualidade de vida após o cancro (Pinto & Pais-Ribeiro, 2007) (Anexo2).

Os itens da escala resultam da combinação da análise do constructo teórico; dos itens da dimensão espiritual do *Quality of Life – Câncer survivor QOL – CS*; da sub-escala da espiritualidade do instrumento *World Health Organization Quality of Life Questionnaire* (WHOQOL); e também de dados clínicos resultantes do contacto e/ou entrevistas com pessoas que tiveram cancro (Pinto & Pais-Ribeiro, 2007).

Trata-se de uma escala simples, pequena e de fácil compreensão, composta por 5 itens que se agrupam em duas sub-escalas. A primeira é constituída pelos dois primeiros itens e refere-se a uma dimensão mais vertical da espiritualidade, enraizada nas tradições judaico-cristãs, compreendendo as questões relacionadas com a fé religiosa, à qual os autores denominaram por “crenças”. A segunda, denominada “esperança/optimismo”, agrega os restantes itens e traduz uma dimensão horizontal e existencialista da espiritualidade que enfatiza uma perspectiva positiva perante vida.

Para cada um dos cinco itens que constituem o instrumento, o respondente é convidado a indicar, numa escala de tipo Likert se “não concorda” (1), “concorda um pouco” (2), “concorda bastante” (3) ou “concorda plenamente” (4) (Pinto & Pais-Ribeiro, 2009).

A cotação de cada uma das sub-escalas é feita através da média dos itens da mesma, quanto maior o valor obtido em cada item, maior a concordância com a dimensão avaliada. Da análise da fiabilidade, verificou-se que os resultados da consistência interna foram bastante aceitáveis atendendo ao número de itens e valores de referência teóricos, com um valor de alfa de Cronbach de 0,74. (Pinto & Pais-Ribeiro, 2007).

### 5.2.3. QUESTIONÁRIO COMPLEMENTAR

Para além dos dados sócio-demográficos contemplados pelo EASYCare, construiu-se um questionário complementar com o objectivo de recolher a seguinte informação: profissão anterior à reforma; tempo de reforma; tempo de frequência da universidade sénior; curso(s) frequentado(s) na universidade sénior; motivos de frequência da universidade sénior (Apêndice 1).

## 5.3. Procedimentos

### 5.3.1. SELECÇÃO DA AMOSTRA

Como a população alvo se torna muitas vezes inacessível na sua totalidade, a alternativa passa por trabalhar com a população acessível (Fortin, 1999). Neste sentido, procedeu-se à constituição de uma amostra cujos critérios de inclusão foram: ter idade igual ou superior a 65 anos; apresentar discurso coerente e orientação espaço-temporal; ter capacidade de expressar opiniões; e frequentar uma universidade sénior.

O método de amostragem foi não probabilístico, de tipo acidental, já que cada elemento da população não tem a mesma probabilidade de ser escolhido para a amostra e os indivíduos vão sendo incluídos no estudo à medida que se apresentam num local preciso (Fortin, 1999).

Foi constituída uma amostra de 70 pessoas com 65 anos ou mais que frequentavam uma universidade sénior.



### 5.3.2. PROCEDIMENTOS DE RECOLHA DE DADOS

O processo de recolha de dados teve início em Outubro de 2009. Para tal, foram contactadas cinco universidades seniores do distrito de Coimbra, pedindo a sua colaboração na identificação de pessoas que contemplassem os critérios de inclusão. Cumpridos os aspectos formais de pedidos de autorização às instituições contactadas, as mesmas encarregaram-se de mediar o contacto entre a investigadora e os participantes no estudo. Antes da recolha de dados, realizou-se um pré-teste com três participantes, no sentido de avaliar possíveis dificuldades no preenchimento dos instrumentos.

Previamente à recolha de dados, os participantes foram devidamente esclarecidos acerca da natureza e objectivos da investigação, métodos e meios pelos quais ela seria conduzida, tempo de aplicação/preenchimento dos questionários e confidencialidade dos dados, solicitando a sua participação no estudo. Mediante a aceitação dos participantes, foi-lhes solicitado que assinassem o termo de consentimento livre e informado (Anexo 3). Foram entregues 88 protocolos de recolha de dados. Destes, 59 foram aplicados por auto-preenchimento e devolvidos, e 11 foram administrados em contexto de entrevista, perfazendo um total de 70 (79.5%) protocolos recolhidos. O tempo médio de preenchimento em contexto de entrevista variou entre 15 a 20 minutos.

### 5.4. Procedimentos estatísticos para o tratamento e análise dos dados

Os dados obtidos foram processados para o programa de estatística SPSS (*Statistical Package for the Social Sciences*), versão 17 para o *Windows*, realizando-se posteriormente a sua análise recorrendo à estatística descritiva e inferencial.

A análise descritiva dos dados implicou o cálculo de frequências e medidas de tendência central e dispersão.

Atendendo a que as variáveis em estudo não apresentam distribuição normal para a maioria das suas dimensões, optou-se pela aplicação de testes não paramétricos. Para o estudo da relação entre as variáveis sócio-demográficas e qualidade de vida e espiritualidade procedeu-se ao cálculo do teste *U* de Mann-Whitney para comparação de resultados entre dois grupos e do teste Kruskal-Wallis para comparação entre mais de 2 grupos.

A análise da relação entre os diferentes domínios da qualidade de vida e da espiritualidade implicou o cálculo do coeficiente de correlação de Spearman.

### 5.5. Estudo das características psicométricas dos instrumentos

#### 5.5.1. A ESCALA DE AVALIAÇÃO DA ESPIRITUALIDADE

Da análise de fiabilidade da Escala de Avaliação da Espiritualidade, verificou-se que os resultados da consistência interna da escala global foram satisfatórios, tendo sido obtido um valor

de alfa de Cronbach de 0,799. Para a sub-escala “Crenças” obteve-se um valor de alfa de Cronbach bastante aceitável ( $\alpha=0,895$ ) assim como para a sub-escala “Esperança/optimismo” ( $\alpha=0,734$ ) (Tabela1).

**Tabela 1 – Médias, desvios padrões, alfas de Cronbach e amplitudes da Escala de Avaliação da Espiritualidade**

	Média	DP	Alfa Cronbach	Amplitude teórica	Amplitude observada
Escala Espiritualidade	13,86	3,491	0,799	5-20	5-20
Sub-escala Crenças	6,04	1,778	0,895	2-8	2-8
Sub-escala Esperança/optimismo	7,81	2,277	0,734	3-12	3-12

## 5.6. Caracterização da amostra

A amostra é composta por 70 participantes, sendo que 78,6% são mulheres (Tabela 2).

Quanto à variável idade, verificou-se uma média etária de 73,47 anos (DP=6,23), sendo as faixas mais prevalentes as que se situam entre os 75-79 anos (32,9%) e entre os 65-69 anos (31,4%). Verifica-se também que a amostra se distribui equitativamente pelos meios rural e urbano.

No que respeita ao estado civil, observa-se o predomínio das pessoas casadas (52,9%) e viúvas (35,7%). Estes valores reflectem-se no tipo de agregado familiar que caracteriza a amostra, pelo que 51,4% dos participantes vive em casal, e 28,6% vive só. Os restantes vivem com a família alargada (11,4%) ou noutra situação (8,6%), nomeadamente viver com uma empregada.

Os participantes têm em média 9,16 anos de educação formal (DP=4,33), sendo que 44,3% possuem o ensino secundário /curso médio ou curso superior como habilitações literárias.

Em relação ao estado do rendimento financeiro, apesar da maioria dos participantes considerar “suficiente” (44,3%) ou mesmo que “sobra algum dinheiro” (37,1%), 18,6% referem que o mesmo “não chega para as necessidades”.

Relativamente à situação profissional, a totalidade da amostra já não desempenha uma actividade, pelo que a maioria (72,9%) tem o estatuto de reformado, seguida pelos pensionistas (22,9%) e as domésticas (4,3%).

**Tabela 2 – Caracterização sócio-demográfica da amostra**

Características	n	%
<b>Género</b>		
Masculino	15	21,4
Feminino	55	78,6
<b>Total</b>	<b>70</b>	<b>100,0</b>
<b>Idade</b>		
65-69	22	31,4
70-74	15	21,4
75-79	23	32,8
80-84	6	8,6
85-89	2	2,9
90 ou mais	2	2,9
<b>Total</b>	<b>70</b>	<b>100,0</b>
<b>Local de residência</b>		
Rural	35	50,0
Urbano	35	50,0
<b>Total</b>	<b>70</b>	<b>100,0</b>
<b>Estado civil</b>		
Solteiro	5	7,1
Casado	37	52,9
Divorciado	3	4,3
Viúvo	25	35,7
<b>Total</b>	<b>70</b>	<b>100,0</b>
<b>Anos de educação formal</b>		
Ensino básico	19	27,1
2º Ciclo	3	4,3
3º Ciclo	15	21,4
Secundário / curso médio	17	24,3
Curso Superior	14	20,0
Não respostas	2	2,9
<b>Total</b>	<b>70</b>	<b>100,0</b>
<b>Como caracteriza as suas finanças</b>		
Não chegam para as necessidades	13	18,6
Suficientes	31	44,3
Sobra algum dinheiro	26	37,1
<b>Total</b>	<b>70</b>	<b>100,0</b>
<b>Com quem vive</b>		
Em casal	36	51,4
Família alargada	8	11,4
Sozinho	20	28,6
Outro	6	8,6
<b>Total</b>	<b>70</b>	<b>100,0</b>
<b>Situação profissional</b>		
Doméstica	3	4,3
Pensionista	16	22,8
Reformado	51	72,9
<b>Total</b>	<b>70</b>	<b>100,0</b>

Quanto à profissão anterior à reforma, 28,6% exercia profissões do grupo II, ou seja, eram especialistas de profissões intelectuais e científicas, seguidos de 17,1% que eram domésticas e de profissões do grupo V (pessoal de serviços e vendedores) com 14,3% (Tabela 3).

**Tabela 3 – Profissão exercida anteriormente à reforma**

<b>Profissão (CNP*)</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
<b>Grupo I – Quadros superiores</b>	2	2,9
<b>Grupo II – Profissões intelectuais e científicas</b>	20	28,6
<b>Grupo III – Técnicos profissionais de nível intermédio</b>	7	10,0
<b>Grupo IV – Pessoal administrativo e similares</b>	5	7,1
<b>Grupo V – Pessoal dos serviços e vendedores</b>	10	14,3
<b>Grupo VII – Operários, artífices e trabalhadores similares</b>	3	4,3
<b>Grupo IX – Trabalhadores não qualificados</b>	6	8,6
<b>Doméstica</b>	12	17,1
<b>Não respondidas</b>	5	7,1
<b>Total</b>	<b>70</b>	<b>100,0</b>

\*CNP – Classificação Nacional de Profissões à excepção de doméstica

Relativamente ao tempo de frequência da universidade sénior, verifica-se que 50% dos participantes frequenta a universidade há menos de 3 anos, porém uma significativa percentagem (42,7%) frequenta há mais de 4 anos (Tabela 4).

Observou-se também que metade dos participantes frequenta apenas uma actividade na universidade sénior. No entanto, 32,9% participam em mais de 3 actividades. As actividades desenvolvidas pelas universidades são muito diversificadas compreendendo, entre outras, aulas de História de Portugal, História da Língua, Religião e Religiões, Informática, Música, Inglês ou Ginástica/Hidroginástica.

Quanto ao tempo de frequência semanal, constatou-se que a percentagem mais significativa de participantes (34,3%) passa entre duas a 4 horas na universidade sénior

Em relação aos motivos que levam a frequentar a universidade sénior, verifica-se que “aprender”, “conviver” e “ocupar os tempos livres” surgem como as razões mais referidas, quer de forma isolada quer no seu conjunto. Nos restantes 15,7% incluem-se outros motivos, nomeadamente, “evitar a solidão”, “acompanhar o marido/esposa” ou “gostar e/ou necessitar de realizar exercício físico”.

**Tabela 4 – Frequência da universidade sénior**

	n	%
<b>Tempo de frequência</b>		
Menos de 1 ano	14	20,0
De 1 a 3 anos	21	30,0
De 4 a 6 anos	19	27,2
Mais de 7 anos	11	15,7
Não respostas	5	7,1
<b>Total</b>	<b>70</b>	<b>100,0</b>
<b>Actividades frequentadas</b>		
1 Actividade	35	50,0
2 a 3 Actividades	12	17,1
Mais de 3 Actividades	23	32,9
<b>Total</b>	<b>70</b>	<b>100,0</b>
<b>Horas semanais de frequência</b>		
> 1 e ≤2	17	24,3
> 2 e ≤ 4	24	34,3
> 4 e ≤ 6	16	22,8
> 6	13	18,6
<b>Total</b>	<b>70</b>	<b>100,0</b>
<b>Motivos de frequência</b>		
Aprender	13	18,6
Conviver	10	14,3
Ocupar o tempo livre	7	10,0
Aprender e conviver	15	21,4
Aprender e ocupar o tempo livre	6	8,6
Aprender, conviver e ocupar o tempo livre	2	2,8
Outro	11	15,7
Não respostas	6	8,6
<b>Total</b>	<b>70</b>	<b>100,0</b>

## 6. APRESENTAÇÃO DE RESULTADOS

A apresentação dos resultados encontra-se dividida em quatro partes, atendendo aos objectivos delineados. Na primeira e segunda parte apresentam-se os dados obtidos relativos à percepção da qualidade de vida (EASYcare) e espiritualidade (Escala de Avaliação da Espiritualidade). Na terceira parte apresenta-se o estudo da relação entre algumas variáveis sócio-demográficas e os instrumentos aplicados. Por último, surge o estudo da relação entre a qualidade de vida e as dimensões da espiritualidade estudadas.

## 6.1. Percepção da qualidade de vida

Como se referiu, o EASYCare foi o instrumento administrado para avaliar a qualidade de vida em diferentes domínios. A análise que se segue versa precisamente sobre os resultados obtidos em cada categoria do instrumento.

### 6.1.1. VISÃO, AUDIÇÃO E COMUNICAÇÃO

A maioria dos participantes não apresenta limitações ao nível das dimensões consideradas. Contudo, a visão é a área que se revela mais crítica na medida em que 17,1% dos participantes afirmam que vêem com dificuldade. Apenas uma pessoa (1,4%) revelou ser totalmente incapaz de utilizar o telefone (Tabela 5).

**Tabela 5 – Visão, audição e comunicação**

	Capaz / Sem problemas		Precisa de ajuda / Com dificuldade		Incapaz / Problema frequente		Total	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Visão (1.1)	58	82,9	12	17,1	0	0,0	70	100,0
Audição (1.2)	61	87,1	9	12,9	0	0,0	70	100,0
Fala (1.3)	66	94,3	4	5,7	0	0,0	70	100,0
Utilizar telefone (1.4)	68	97,2	1	1,4	1	1,4	70	100,0

### 6.1.2. CUIDAR DE SI

Relativamente à dimensão “cuidar de si”, a maioria dos participantes consegue realizar as actividades de forma autónoma (Tabela 6).

As áreas mais problemáticas incidem sobre a realização de tarefas domésticas (31,4% a necessitar de ajuda para as tarefas mais pesadas), o controle urinário (17,1% com problemas de incontinência pelo menos uma vez por semana) e a preparação de refeições (14,3% a necessitar de alguma ajuda).

**Tabela 6 – Cuidar de si**

	Capaz / Sem problemas		Precisa de ajuda / com dificuldade		Incapaz / problema frequente		Total	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Vestir-se (2.2)	69	98,6	1	1,4	0	0,0	70	100,0
Tarefas domésticas (2.5)	48	68,6	22	31,4	0	0,0	70	100,0
Refeições (2.6)	59	84,3	10	14,3	1	1,4	70	100,0
Alimentar-se (2.7)	70	100,0	0	0,0	0	0,0	70	100,0
Medicamentos (2.9)	68	97,1	2	2,9	0	0,0	70	100,0
Incontinência urinária (2.11)	58	82,9	11	15,7	1	1,4	70	100,0
Incontinência fecal (2.12)	63	90,0	7	10,0	0	0,0	70	100,0
Usar sanita (2.13)	70	100,0	0	0,0	0	0,0	70	100,0
Aparência pessoal (2.1)	69	98,6	1	1,4	*	*	70	100,0
Lavar mãos e cara (2.3)	70	100,0	0	0,0	*	*	70	100,0
Utilizar banheira (2.4)	69	98,6	1	1,4	*	*	70	100,0

\*Resposta não aplicável a estes itens.

Neste domínio procura-se ainda perceber a existência de problemas com a boca/dentes e com a pele. Relativamente ao item 2.8 – “problemas com a sua boca ou dentes” – 68,6% refere não ter qualquer problema. Os restantes 31,4% reportam problemas referentes sobretudo ao uso de prótese dentária (n=11).

Quanto aos problemas com a pele – item 2.10 – a maioria nunca teve problemas (88,6%). As alterações que os restantes (11,4%) referem devem-se essencialmente a alergias e eczemas.

### 6.1.3. MOBILIDADE

A maioria dos participantes é independente e não necessita de ajuda na realização das actividades consideradas. Contudo, observa-se que as actividades que implicam mobilidade no exterior são aquelas que emergem como mais críticas: 12,9% revelou precisar de alguma ajuda para se deslocar aos serviços públicos e 11,59% referiu ter alguma dificuldade em fazer compras, sendo que 1,4% não consegue mesmo realizá-las (Tabela 7).

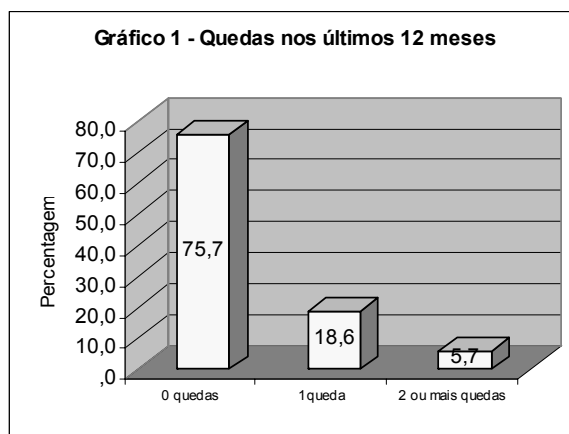
**Tabela 7 – Mobilidade**

	Capaz / Sem problemas		Precisa de ajuda / com dificuldade		Incapaz / problema frequente		Total	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Deslocar-se cama-cadeira (3.1)	69	98,6	1	1,4	0	0,0	70	100,0
Deslocar-se dentro de casa (3.3)	70	100,0	0	0,0	0	0,0	70	100,0
Subir e descer escadas (3.4)	64	91,4	6	8,6	0	0,0	70	100,0
Andar no exterior (3.6)	68	97,1	2	2,9	0	0,0	70	100,0
Compras (3.7)	61	87,1	8	11,5	1	1,4	70	100,0
Deslocar-se aos serviços públicos (3.8)	61	87,1	9	12,9	0	0,0	70	100,0

Nesta categoria, pretende-se ainda perceber se existem “problemas com os pés” e se o respondente caiu nos últimos 12 meses.

No que se ao item 3.2 – “ter problemas com os pés” – verificou-se uma maioria (81,4%) de respostas negativas. As calosidades e as artroses são os problemas mais frequentemente apresentados pelos restantes 18,6%.

Relativamente à possibilidade de quedas nos últimos 12 meses – item 3.5 – 18,6% refere ter caído uma vez, e 5,7% duas ou mais vezes (gráfico 1).



#### 6.1.4. SEGURANÇA

Como se pode observar pela Tabela 8, a segurança fora de casa é o domínio que se revela mais problemático, com 21,4% dos participantes a afirmar não se sentir seguro.

Salienta-se também a expressão da percepção de suporte social em caso de doença, já que 95,7% dos participantes afirma ter alguém disponível na eventualidade dessa ocorrência.

**Tabela 8 – Segurança**

	n	%
<b>Sente-se seguro dentro de casa? (4.1)</b>		
Sim	65	92,9
Não	5	7,1
<b>Total</b>	<b>70</b>	<b>100,0</b>
<b>Sente-se seguro fora de casa? (4.2)</b>		
Sim	55	78,6
Não	15	21,4
<b>Total</b>	<b>70</b>	<b>100,0</b>
<b>Já se sentiu ameaçado? (4.3)</b>		
Não	69	98,6
Sim	1	1,4
<b>Total</b>	<b>70</b>	<b>100,0</b>
<b>Sente-se discriminado? (4.4)</b>		
Não	67	95,7
Sim	3	4,3
<b>Total</b>	<b>70</b>	<b>100,0</b>
<b>Tem alguém que o possa ajudar em caso de doença? (4.5)</b>		
Sim	67	95,7
Não	3	4,3
<b>Total</b>	<b>70</b>	<b>100,0</b>

#### 6.1.5. LOCAL DE RESIDÊNCIA E FINANÇAS

A quase totalidade dos participantes (98,6%) está satisfeita com a sua residência e é capaz de gerir o seu dinheiro (Tabela 9).



**Tabela 9 – Local de residência e finanças**

<b>Está satisfeito com a sua residência? (5.1)</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
Sim	69	98,6
Não	1	1,4
<b>Total</b>	<b>70</b>	<b>100,0</b>
<b>Consegue gerir o seu dinheiro? (5.2)</b>		
Sim	69	98,6
Não	1	1,4
<b>Total</b>	<b>70</b>	<b>100,0</b>

Das 69 pessoas que responderam ao item 5.3. – “Gostaria de obter aconselhamento acerca de subsídios ou benefícios a que possa ter acesso?” – 42 (60,0%) responde negativamente.

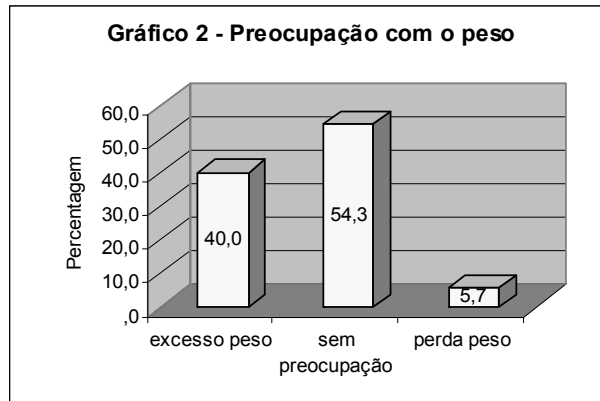
#### 6.1.6. MANTER-SE SAUDÁVEL

Apesar da maioria dos participantes percepcionar ter comportamentos de saúde, a prática regular de exercício físico é o comportamento menos adoptado, com 34,3% da amostra a manifestar a ausência regular desta prática (Tabela 10).

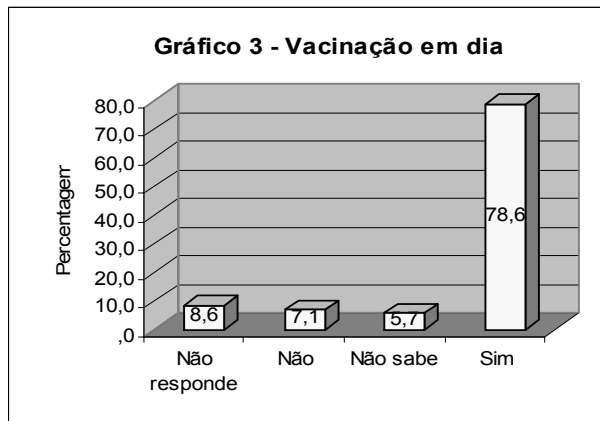
**Tabela 10 – Manter-se saudável**

<b>Faz exercício regularmente? (6.1)</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
Sim	46	65,7
Não	24	34,3
<b>Total</b>	<b>70</b>	<b>100,0</b>
<b>Fica com falta de ar em actividades normais? (6.2)</b>		
Não	65	92,9
Sim	5	7,1
<b>Total</b>	<b>70</b>	<b>100,0</b>
<b>Fuma tabaco? (6.3)</b>		
Não	68	97,1
Sim	2	2,9
<b>Total</b>	<b>70</b>	<b>100,0</b>
<b>Acha que bebe demasiadas bebidas alcoólicas? (6.4)</b>		
Não	70	100,0
Sim	0	0
<b>Total</b>	<b>70</b>	<b>100,0</b>
<b>A sua tensão arterial foi verificada recentemente? (6.5)</b>		
Sim	68	97,1
Não	2	2,9
<b>Total</b>	<b>70</b>	<b>100,0</b>

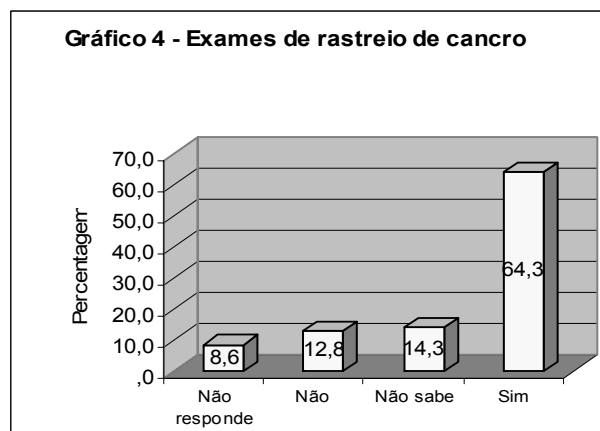
Na presente categoria são ainda estudados domínios relativos a preocupações com o peso (item 6.6), vacinação (item 6.7) e exames de rastreio de cancro (item 6.8). Assim, mais de metade dos participantes (54,3%) não tem preocupações com o seu peso e 40,0% preocupa-se com o excesso de peso (gráfico 2).



Quanto à vacinação, 78,6% da amostra tem as vacinas em dia (gráfico 3).



Relativamente aos exames de rastreio de cancro, 64,3% considera tê-los actualizados e 14,3% não sabem (gráfico 4).



### 6.1.7. SAÚDE MENTAL E BEM-ESTAR

A maior parte dos participantes revela uma percepção positiva em relação aos itens da categoria “saúde mental e bem-estar” (Tabela 11). Saliencia-se o facto de 97,1% dos participantes conseguirem realizar actividades importantes para si.

No entanto, 38,6% tiveram problemas em dormir e 36,2% sentiram-se deprimidos no último mês. Estes dados poderão ser reflexo dos valores encontrados para o item 7.4., já que 40,0% dos participantes perderam recentemente uma pessoa próxima.

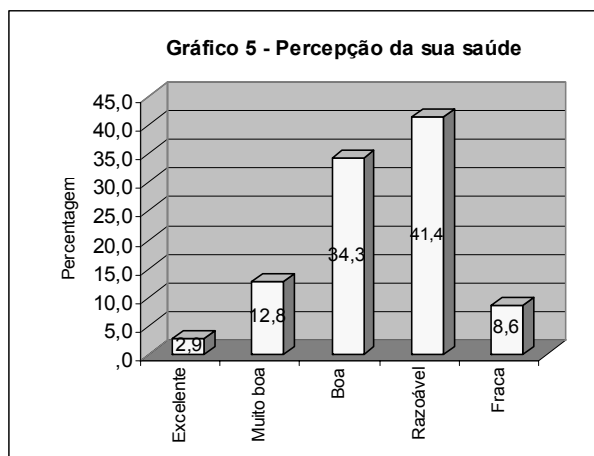
Destaca-se também o facto do funcionamento mnésico constituir um motivo de preocupação para 52,9% dos participantes.

**Tabela 11 – Saúde mental e bem-estar**

	n	%
<b>Consegue realizar actividades importantes para si? (7.1)</b>		
Sim	68	97,1
Não	2	2,9
<b>Total</b>	<b>70</b>	<b>100,0</b>
<b>Recentemente perdeu alguém próximo? (7.4)</b>		
Não	42	60,0
Sim	28	40,0
<b>Total</b>	<b>70</b>	<b>100,0</b>
<b>No mês passado teve problemas em dormir? (7.5)</b>		
Não	43	61,4
Sim	27	38,6
<b>Total</b>	<b>70</b>	<b>100,0</b>
<b>No mês passado sentiu-se deprimido? (7.7)</b>		
Não	44	63,8
Sim	25	36,2
<b>Total</b>	<b>69</b>	<b>100,0</b>
<b>No mês passado teve pouco interesse em fazer coisas? (7.8)</b>		
Não	49	71,0
Sim	20	29,0
<b>Total</b>	<b>69</b>	<b>100,0</b>
<b>Tem preocupações em relação à memória? (7.9)</b>		
Não	33	47,1
Sim	37	52,9
<b>Total</b>	<b>70</b>	<b>100,0</b>

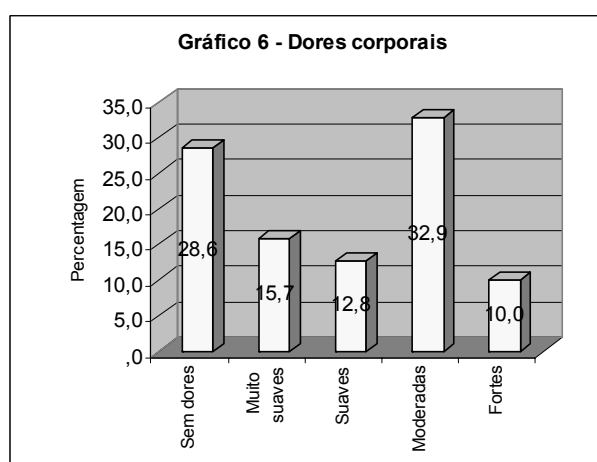
Nesta dimensão pretende-se ainda analisar a percepção de saúde do respondente, se se sente sozinho e se teve dores corporais no último mês.

Relativamente à percepção global de saúde – item 7.2. – verifica-se que 41,4% consideram-na como “razoável” e 34,3% como “boa”. Destaca-se ainda o facto de 12,9% classificar a sua saúde como “muito boa” e 2,9% como “excelente” (gráfico 5).



Quanto ao item 7.3. – “Sente-se sozinho?” – verificou-se que 57,1% dos participantes nunca se sentem sozinhos. Todavia, 32,9% referem sentir-se sós “por vezes” e 10,0% “muitas vezes”.

O item 7.6 procura averiguar a existência de dores corporais no último mês. Assim, 71,5% dos participantes respondem afirmativamente à questão, sendo que destes 32,9% classifica essas dores como moderadas (gráfico 6).



#### 6.1.8. ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAÇÃO

A administração da medicação revelou-se um domínio pouco problemático. Destaca-se o facto de a maioria dos participantes não necessitar de ajuda para obter os medicamentos (88,6%) e de os tomar de acordo com as recomendações (97,1%) (Tabela 12).

**Tabela 12 – Administração de medicação**

Precisa de ajuda para obter os seus medicamentos? (8.1)	n	%
Não	62	88,6
Sim	8	11,4
<b>Total</b>	<b>70</b>	<b>100,0</b>
Toma os medicamentos seguindo as recomendações? (8.2)		
Sim	68	97,1
Não	2	2,9
<b>Total</b>	<b>70</b>	<b>100,0</b>
Consegue tirar medicamentos das embalagens? (8.3)		
Sim	70	100,0
Não	0	0
<b>Total</b>	<b>70</b>	<b>100,0</b>
Os seus medicamentos podiam ser mais eficazes? (8.4)		
Não	64	91,4
Sim	6	8,6
<b>Total</b>	<b>70</b>	<b>100,0</b>

### 6.1.9. ANÁLISE GLOBAL DAS CATEGORIAS DO EASYCARE

Os valores médios encontrados para cada domínio são consideravelmente inferiores à pontuação máxima de cada categoria. Isto significa que, de um modo geral, os participantes se encontram bem, ou seja, têm uma percepção positiva da sua qualidade de vida e encontram-se autónomos e independentes.

Todavia, o domínio que emerge como mais crítico é o da “saúde mental e bem-estar”, cuja média (8,724) corresponde sensivelmente ao valor intermédio quando se considera a amplitude teórica.

Há ainda a evidenciar que as categorias “cuidar de si”, “saúde mental e bem-estar” e “mobilidade”, apresentam valores de desvio-padrão elevados.

**Tabela 13 – Médias, desvio-padrão e amplitudes das categorias**

Categorias	n	Média	DP	Amplitude teórica	Amplitude observada
1. Visão, Audição Comunicação	70	0,429	0,809	0-12	0-4
2. Cuidar de si	70	3,171	4,472	0-62	0-22
3. Mobilidade	70	1,343	2,513	0-37	0-11
4. Segurança	70	0,386	0,786	0-5	0-3
5. Local de residência e finanças	70	0,071	0,491	0-5	0-4
6. Manter-se saudável	70	0,471	0,653	0-5	0-3
7. Saúde mental e bem-estar	69	8,724	3,325	2-18	3-17
8. Administração de medicação	70	0,229	0,516	0-4	0-3

### 6.2. Escala de Avaliação da Espiritualidade

A Escala de Avaliação da Espiritualidade foi o instrumento utilizado para se estudar algumas dimensões da espiritualidade. Assim, segue-se uma apresentação dos dados obtidos por cada item e por sub-escala/dimensão.

As médias obtidas para os itens 1, 2 e 5 rondam o valor 3, o que significa que os participantes “concordam bastante” com as afirmações. Deste modo, percebe-se que atribuem grande importância à dimensão vertical da espiritualidade, refugiando-se na sua fé para superar os desafios do quotidiano e, além disso, aprenderam a “dar valor às pequenas coisas da vida”, traduzindo a atribuição de um sentido positivo para a mesma (Tabela 14).

**Tabela 14 – Médias, desvio-padrão e amplitudes dos itens da Escala de Avaliação da Espiritualidade**

CRENÇAS	n	Média	DP	Amplitude teórica	Amplitude observada
1. As minhas crenças espirituais/ religiosas dão sentido à minha vida.	70	2,97	0,978	1-4	1-4
2. A minha fé e crenças dão-me força nos momentos difíceis.	69	3,06	0,889	1-4	1-4
ESPERANÇA/OPTIMISMO					
3. Vejo o futuro com esperança.	70	2,36	0,993	1-4	1-4
4. Sinto que a minha vida mudou para melhor.	69	2,23	0,987	1-4	1-4
5. Aprendi a dar valor às pequenas coisas da vida.	70	3,21	0,815	1-4	1-4

Considerando e comparando os valores médios globais por sub-escala em função da amplitude teórica (Tabela 15), percebe-se que a dimensão vertical da espiritualidade dada pela sub-escala “crenças” assume maior relevância para os participantes, que tendem a refugiar-se na fé e na relação com o transcendente e o divino em momentos marcantes da vida.

Menos expressiva é a importância da dimensão horizontal da espiritualidade, reflectida na sub-escala “esperança/optimismo”. Ainda assim, observa-se que os participantes conseguem perspectivar o futuro com alguma esperança e tendem a revelar uma perspectiva positiva da vida.

**Tabela 15 – Média, desvio-padrão e amplitudes das sub-escalas**

Sub-escalas	Média	DP	Amplitude teórica	Amplitude observada
Crenças	6,04	1,778	2-8	2-8
Esperança/optimismo	7,81	2,277	3-12	3-12

### 6.3. Análise da relação entre as variáveis sócio-demográficas e a qualidade de vida e espiritualidade

A análise que se segue pretende verificar a relação entre as variáveis sócio-demográficas e a qualidade de vida e espiritualidade.

De entre as variáveis sócio-demográficas estudadas (género, idade, escolaridade, estado civil, com quem vive, zona de residência), apenas o género, zona de residência e escolaridade apresentaram resultados significativos em relação a alguns domínios da qualidade de vida e da espiritualidade, passando-se de seguida a descrevê-los (ver Apêndice 2).

Em relação ao género, verificaram-se diferenças estatisticamente significativas nas categorias “segurança” ( $z=-2,529$ ;  $p=0,011$ ) e “saúde mental” ( $z=-2,361$ ;  $p=0,018$ ), sendo que as mulheres apresentam resultados piores nestas dimensões.

No que toca à “zona de residência”, verificaram-se diferenças estatisticamente relevantes apenas em relação ao domínio “crenças” ( $z=-3,230$ ;  $p=0,001$ ), pelo que os participantes que residem em meio rural tendem a refugiar-se mais neste tipo de recursos. Em relação à qualidade de vida, observaram-se diferenças significativas apenas para o domínio da “mobilidade” ( $z=-2,251$ ;  $p=0,024$ ), denotando que os participantes residentes em meio urbano tendem a apresentar mais limitações nesta área.

Relativamente à variável escolaridade, constataram-se diferenças estatisticamente significativas apenas no âmbito da espiritualidade, especificamente na dimensão “crenças” ( $\chi^2=10,241$ ;  $p=0,017$ ): ou seja, os participantes com níveis de escolaridade mais baixos tendem a refugiar-se mais nesta dimensão, portanto, recorrem com mais frequência à fé e à relação com o transcendente.

#### **6.4. Estudo da relação entre a qualidade de vida e a espiritualidade**

Pretende-se também estudar a relação entre a percepção de qualidade de vida e a espiritualidade. O estudo correlacional permitiu identificar que as categorias do EASYCare se associam essencialmente com a dimensão horizontal da espiritualidade.

A leitura da Tabela 16 revela a existência de apenas uma correlação significativa e positiva entre a categoria “visão, audição e comunicação” e a sub-escala “crenças” ( $r_s=0,316$ ;  $p \leq 0,01$ ): ou seja, os participantes que se sentem mais incapazes nesta categoria são aqueles que se refugiam essencialmente na fé, nas crenças (religiosas ou espirituais).

Relativamente a esta dimensão da espiritualidade, não se observou qualquer outra correlação significativa com as restantes categorias do EASYcare.

Quanto à dimensão espiritual “esperança/optimismo”, observou-se a existência de correlações negativas significativas com as categorias “cuidar de si”, “mobilidade”, “manter-se saudável” e “saúde mental e bem-estar”. Assim, os participantes que se sentem mais incapazes, apresentam problemas frequentes ou necessitam de ajuda nestes domínios, são aqueles que têm mais dificuldade em encontrar um sentido positivo na existência ou em perspectivar o futuro com esperança.

**Tabela 16 – Correlações entre as categorias do EASYcare e as sub-escalas da Espiritualidade**

	Crenças	Esperança / Optimismo
	$r_s$	$r_s$
Visão, audição e comunicação	0,316**	
Cuidar de si		-0,357**
Mobilidade		-0,313**
Segurança		
Local de residência e finanças		
Manter-se saudável		-0,307*
Saúde mental e bem-estar		-0,357**

\*\* - Correlação significativa para  $p \leq 0,01$ ; \* – Correlação significativa para  $p \leq 0,05$

## 7. DISCUSSÃO DE RESULTADOS

Neste tópico pretende-se analisar e sistematizar os dados considerados mais relevantes do presente estudo. A discussão considera os objectivos previamente delineados, tendo em conta o objectivo geral de compreender a relação entre a qualidade de vida e espiritualidade nas pessoas com mais de 65 anos de idade.

### ***Percepção da qualidade de vida***

O primeiro objectivo proposto consiste em avaliar diferentes domínios da qualidade de vida em pessoas com 65 ou mais anos de idade.

A amostra apresenta uma média etária de 73,47 (DP =6,23), sendo que 32,8% (n=23) dos participantes apresentam idades compreendidas entre os 75 e 79 anos. Segundo os dados do Instituto Nacional de Estatística (INE, 2010), a esperança média de vida à nascença dos portugueses, entre 2006-2008, era de 78,70 anos. Os participantes do estudo encontram-se, portanto, a cerca de 5 anos de alcançar essa idade, apresentando uma percepção muito positiva da sua qualidade de vida, com bons níveis de funcionalidade e independência e envolvidos em actividades estimulantes, quer do ponto de vista físico e intelectual, quer do ponto de vista social.

Este resultado está em concordância com estudos anteriores (Sousa, Galante & Figueiredo, 2003; Sousa & Figueiredo, 2003; Hortelão, 2004; Bowling *et al.*, 2007; Fernández-Mayoralas *et al.*, 2007), demonstrando que as pessoas idosas se mantêm independentes e com uma boa qualidade de vida durante vários anos. Os dados apontam assim para a preconização de um modelo de envelhecimento bem-sucedido, cumprindo os critérios propostos por Rowe e Kahn (1998), isto é, os participantes tendem a revelar um baixo risco de doença e incapacidade funcional, elevada funcionalidade física e mental e a manter um compromisso activo com a vida.

Estes resultados contribuem para desmistificar alguns mitos relacionados com o envelhecimento e a população idosa. A sociedade tende a perceber o envelhecimento como um processo de degradação física e mental (WHO, 2008) e os idosos como frágeis, doentes,



dependentes e incapazes (WHO, 1999). Os dados obtidos contrariam estas representações negativas. A senescência não é sinónimo de doença (Figueiredo, 2007), pois apesar da normal deterioração das estruturas e capacidades funcionais do organismo, o ser humano tem uma capacidade de adaptação que lhe permite manter uma boa condição de saúde (Berger, 1995).

A área que emergiu como mais crítica foi a “saúde mental e bem-estar”, no entanto, há que salientar que mesmo neste domínio a maior parte dos participantes tem uma percepção positiva em relação aos itens contemplados. Todavia, existem itens cujos resultados se destacam, merecendo uma análise detalhada. Mais de metade dos participantes (52,9%) considera o seu funcionamento mnésico um motivo de preocupação. De facto, a literatura tem apontado para uma inevitável diminuição dos processos cognitivos associada ao processo de envelhecimento (Berger, 1995). Os estudos no âmbito da metamemória (conhecimento e crenças que as pessoas têm acerca da sua própria memória) indicam que as pessoas idosas acreditam ter mais problemas de memória que as mais jovens, consideram-se menos eficazes e manifestam menor confiança relativamente às suas possibilidades para melhorar a eficácia da memória (Figueiredo, 2007). Outro dado interessante é que alguns estudos têm apontado para uma fraca associação entre as queixas de memória nas pessoas idosas e o seu desempenho mnésico efectivo, levantando a possibilidade de que as queixas parecem ser mais um reflexo da afectividade negativa (ansiedade ou depressão) do que de uma diminuição efectiva da capacidade mnésica (Schaie & Willis, 2002). Deste modo, fica por saber se a preocupação que os participantes manifestam se relaciona com uma apreensão baseada nas crenças e representações que se tem acerca do funcionamento mnésico na velhice, ou se denota alguns episódios de esquecimento já vivenciados. Seria pertinente, em estudos posteriores, tentar perceber esta questão, complementando os dados com investigação qualitativa.

De referir ainda que 38,6% dos participantes evidenciam problemas em dormir e 36,2% sentiram-se deprimidos no último mês, o que poderá estar relacionado com o facto de 40,0% dos participantes terem perdido recentemente uma pessoa próxima. Com o avançar da idade é natural que se vão perdendo algumas pessoas significativas, afectando a rede social pois essas relações são dificilmente substituídas. Os relacionamentos mais próximos são os que mais fortemente se associam ao bem-estar (Figueiredo, 2007), sendo compreensível que estas perdas se reflectam nesse mesmo bem-estar.

As universidades seniores podem surgir neste contexto como locais facilitadores do desenvolvimento e construção de outras relações, que apesar de não substituírem as relações próximas, permitem preencher esse espaço que fica vazio. De facto, os participantes referem o convívio e a ocupação dos tempos livres como principais motivos para frequentar a universidade sénior (24,3%). Também Monteiro e Neto (2008), num estudo efectuado com 117 alunos de uma universidade sénior, encontraram a “busca de contacto social” como o factor mais importante que os participantes referiram para a frequência da universidade.

Existem ainda outros domínios da qualidade de vida que merecem uma reflexão mais atenta. Por exemplo, apesar da pontuação média global na categoria “cuidar de si” revelar um

elevado grau de funcionalidade e independência dos participantes, observou-se a existência de algumas dificuldades em actividades específicas. Ao nível das tarefas domésticas, 31,4% dos participantes refere precisar de ajuda nas tarefas mais pesadas, o que pode ser considerado normal no processo de envelhecimento, face às alterações funcionais decorrentes do mesmo. A média de idades dos participantes que respondem “necessitar de ajuda nas tarefas domésticas mais pesadas” é ligeiramente superior à média da amostra (75,64), o que de alguma forma também pode ajudar a compreender estes dados. Por outro lado, cerca de 70% dos participantes não necessita de ajuda nestas tarefas, destacando o bom nível de funcionalidade que caracteriza a amostra.

Na preparação das refeições, 10 participantes (14,3%) referem precisar de ajuda, verificando-se que 6 dessas pessoas têm mais de 80 anos de idade (2 têm 90 anos). Este facto pode ser explicado pela ideia de que a dependência se associa ao aumento da idade (Sousa, Galante & Figueiredo, 2003).

### ***Dimensões da Espiritualidade***

No que respeita à espiritualidade, verifica-se que os participantes atribuem importância às duas dimensões estudadas. Tanto as crenças religiosas como a capacidade de dar sentido à vida são atributos que estão presentes nestes indivíduos.

A espiritualidade tem sido considerada como facilitadora do ajustamento perante as perdas, mudanças e alterações decorrentes do processo de envelhecimento. O *coping* espiritual/religioso é por alguns autores considerado um processo através do qual os indivíduos tentam compreender e lidar com as exigências das suas vidas, nomeadamente as decorrentes do processo de envelhecimento (Cupertino & Novaes, 2004; Dalby, 2006; Panzini *et al.*, 2008; Rowe, 2004).

Considerando os valores médios globais por sub-escala verificou-se que a dimensão vertical da espiritualidade assume uma maior relevância para os participantes. Estes tendem a refugiar-se na fé e na relação com o transcendente e o divino para superar os desafios. Pinto e Pais-Ribeiro (2009), no seu estudo com 426 participantes, também revelaram a presença de uma relação baixa mas positiva entre a idade e a dimensão “crenças”.

Outros estudos já efectuados corroboram a ideia de que a religiosidade está mais presente nas gerações mais velhas quando comparadas com gerações mais jovens (Almeida & Monteiro, 2001; Cupertino, 2002, citados por Cupertino & Novaes, 2004; Oliveira, 2008). Também Cox e Hammonds (1988, citados por Peterson & Webb, 2006), ao estudar pessoas idosas, identificaram uma relação positiva entre crenças religiosas, participação religiosa e satisfação com a vida na idade avançada.

A sobrevalorização desta dimensão vertical da espiritualidade, representada pela fé em algo superior, na população portuguesa, pode ainda ser fundamentada por pelos valores judaico-

cristãos dominantes na sociedade portuguesa, caracterizada por fortes tradições de prática religiosa (Pinto & Pais-Ribeiro, 2007). A pesquisa em Gerontologia não pode ignorar a influência dos contextos sociais e históricos nas vivências e desenvolvimento das diferentes gerações e, neste sentido, a herança cultural marcada pelo culto religioso pode explicar também estes resultados.

A dimensão horizontal da espiritualidade reuniu um menor grau de concordância entre os participantes. Também Pinto e Pais-Ribeiro (2009) evidenciam uma correlação baixa mas negativa entre esta dimensão da espiritualidade e a idade. As pessoas idosas demonstram menos concordância com os itens 3 e 4 desta sub-escala. As perdas, mudanças, doenças físicas e mortalidade que muitas vezes se confrontam na velhice (Dalby, 2006) podem justificar este resultado.

Salienta-se, no entanto, o grau de concordância que os participantes revelaram com o item 5 – “Tenho aprendido a dar valor às pequenas coisas da vida” (média=3,21). Do ponto de vista desenvolvimental, este resultado pode relacionar-se com a aquisição de uma competência que, embora não necessariamente dependente da idade, tem mais probabilidade de ocorrer com a experiência de vida, e que se denomina por “sabedoria”. A investigação em torno do constructo de sabedoria é recente, não existindo ainda consenso acerca dos atributos que a definem (Schaie & Willis, 2002). Todavia, os trabalhos de P. Baltes durante a década de 90 representam um contributo notável para a sua conceptualização, definindo sabedoria como a capacidade de raciocinar acerca dos aspectos importantes e existenciais das situações relativas à vida quotidiana, que requer uma larga experiência de tarefas complexas da vida (Baltes & Smith, 1990).

Os participantes do estudo revelam, portanto, ter crenças religiosas fortes; no entanto, não é por isso que têm mais esperança no futuro. As suas crenças e relação com o transcendente ajudam a superar desafios do quotidiano mas talvez a proximidade com a morte não os deixe perspectivar o seu futuro com esperança. Neste sentido, Oliveira (2008) refere que a relação entre a religiosidade e a ansiedade face à morte, pode estar condicionada se se considerar uma religiosidade mais ou menos interiorizada (intrínseca) ou extrínseca (social).

### ***Relação entre a qualidade de vida e espiritualidade e as variáveis sócio-demográficas***

A relação entre as variáveis sócio-demográficas e a qualidade de vida e a espiritualidade foi também estudada.

Relativamente à variável género, encontraram-se diferenças estatisticamente significativas no que respeita às categorias “segurança” e “saúde mental e bem-estar”, sendo as mulheres a ter uma pior percepção de qualidade de vida nestes domínios.

Considerando o domínio “segurança”, os dados obtidos podem ser percebidos se se atender aos estereótipos sociais baseados no género e conseqüente discriminação social. Apesar

de todas as alterações que as relações entre homens e mulheres têm vindo a sofrer, historicamente a mulher tem assumido uma posição de dependência face ao homem. Socialmente, os traços definidos como masculinos traduzem-se em autonomia e domínio sobre os outros e as situações (Nunes, 2007). A imagem social relativamente aos homens pode assim condicionar as suas atitudes, não demonstrando sinais de insegurança porque social e culturalmente é isso que é esperado deles, daí as respostas dos participantes evidenciarem essa segurança. Por outro lado, as mulheres sentem-se menos seguras e referem sentir-se por vezes discriminadas. Além de historicamente assumirem uma posição de dominadas (Nunes, 2007), as imagens da velhice tendem a ser mais negativas em relação às mulheres, sobretudo na perspectiva da atracção e imagem do corpo (Sousa & Cerqueira, 2006). No entanto, Ferreira-Alves e Novo (2006), num estudo com 324 pessoas com mais de 60 anos residentes em Portugal, não encontraram diferenças de género significativas no que respeita à discriminação social.

Quanto à categoria “saúde mental e bem-estar”, também Botelho (2005), num estudo com 152 participantes, encontrou diferenças de género nas variáveis relacionadas com a saúde mental, sendo que as mulheres se apresentavam piores neste domínio. Sousa e Figueiredo (2003), num estudo com 1747 participantes, referiram que a prevalência da depressão é superior nas mulheres, o que pode ser explicado por razões biológicas ou sociais (Marques-Teixeira, 1998).

Relativamente à variável “zona de residência” (rural e urbano) encontraram-se diferenças com significado estatístico na sub-escala “crenças”: os residentes do meio rural valorizam mais esta dimensão. Estes resultados podem ser compreendidos considerando factores de ordem cultural. Nos meios rurais as tradições religiosas são mais vincadas e sendo meios mais pequenos as pessoas envolvem-se com mais facilidade nessas mesmas tradições. Num passado não muito distante a Igreja, a religião, as festas, as celebrações e os rituais, impregnavam a comunidade rural desde a rotina do quotidiano aos acontecimentos que marcavam as suas dores e alegrias (Tengarrinha, 2006). Apesar da mudança a que os meios rurais têm sido sujeitos, com uma acentuada modernização ocorrida nos últimos anos, caracterizando-os como meios mais abertos (Peixoto, 2004), estas tradições continuam presentes essencialmente se considerarmos as pessoas mais idosas.

Em relação às categorias do EASYcare apenas a “mobilidade” apresenta diferença estatisticamente significativa relativamente à “zona de residência”, apresentando os habitantes do meio urbano mais dificuldades neste domínio. Atendendo ao facto das questões mais críticas se prenderem com actividades como as compras e a deslocação aos serviços públicos, parece plausível que este resultado se prenda com as más acessibilidades do meio urbano. Por um lado a zona histórica de Coimbra (Baixa e Alta de Coimbra), habitada essencialmente por uma população envelhecida, apresenta o edificado degradado, com muitos dos seus edifícios devolutos (Câmara Municipal de Coimbra, 2010). As ruas são sinuosas e estreitas. Por outro lado, a cidade caracteriza-se por um caos urbanístico pois o seu desenvolvimento não teve qualquer género de articulação com as áreas urbanas mais antigas (Gomes, 2007). Os factores geográficos e de

degradação bem como a dispersão dos serviços podem assim justificar as dificuldades na deslocação.

Na última variável analisada, “anos de educação formal”, encontraram-se diferenças estatisticamente significativas apenas na sub-escala “crenças”, sendo que participantes com menos anos de escolaridade tendem a demonstrar um maior grau de concordância com esta dimensão. O facto de terem menos habilitações académicas, o que pode significar que detém menos informação, pode justificar que se refugiem mais frequentemente na dimensão vertical da espiritualidade (Pinto & Pais-Ribeiro, 2009), para superarem os desafios.

### ***Relação entre a percepção de qualidade de vida e espiritualidade***

O estudo correlacional entre as dimensões da qualidade de vida e as da espiritualidade permitiu identificar associações baixas mas significativas entre ambas. A maioria das associações encontradas evidencia que a uma melhor percepção de qualidade de vida estão associados valores mais elevados de espiritualidade, indo ao encontro dos resultados obtidos em estudos prévios (Sawatzky, 2002; Pais-Ribeiro & Pombeiro, 2004; Finkelstein, *et al.*, 2007; Pinto & Pais-Ribeiro, 2009).

A vivência de um envelhecimento bem-sucedido, com baixo risco de doença e de incapacidade funcional, elevada funcionalidade física e mental e com um compromisso activo com a vida (Rowe & Kahn, 1998), requer estratégias para enfrentar de forma funcional e ajustada as mudanças desta etapa da vida. A espiritualidade pode contribuir para a redução da sensação de perda de controlo e de esperança, muitas vezes decorrentes neste processo. As crenças espirituais positivas podem contribuir para a redução do stress e para o aumento da sensação de controle da pessoa idosa, aumentando o seu bem-estar e a sua qualidade de vida (Crowther *et al.*, 2002).

Os resultados salientaram o predomínio de correlações entre os domínios de qualidade de vida e a dimensão espiritual “esperança/optimismo”, relativamente à dimensão “crenças”, resultado semelhante ao obtido por Pinto e Pais-Ribeiro (2009). A direcção das correlações significa que as pessoas que percebem uma melhor qualidade de vida nos domínios “cuidar de si”, “mobilidade”, “manter-se saudável” e “saúde mental e bem-estar” perspectivam o futuro com mais esperança e optimismo

Cupertino e Novaes (2004) referem que idosos que valorizam a espiritualidade, nas suas diferentes dimensões, experienciam um melhor envelhecimento físico, o que se pode justificar se se considerar que a espiritualidade, na maior parte dos casos, está relacionada com a restrição de comportamentos menos saudáveis (consumo de tabaco, álcool ou substâncias psicoactivas e comportamentos sexuais de risco). Ao associar-se a uma melhor saúde, conseqüentemente, a espiritualidade associa-se a uma maior qualidade de vida, sobretudo se se considerar que a saúde

é uma das dimensões da qualidade de vida com mais importância para a população idosa (Fernández-Mayoralas *et al.*, 2007).

A perspectiva positiva da vida, o sentir esperança e sentido de vida conduzem a um maior bem-estar e conseqüentemente a uma melhor qualidade de vida (Pinto & Pais-Ribeiro, 2009). A espiritualidade ajuda a pessoa a confrontar-se com o stress e outras dificuldades da vida, contribuindo assim para uma melhor saúde física e sobretudo psíquica (Oliveira, 2008). A espiritualidade pode estar relacionada com melhor qualidade de vida por influenciar uma perspectiva positiva de vida ou por ser utilizada como uma estratégia de coping.

### **7.1. Implicações, limitações e perspectivas do estudo**

Os resultados obtidos revelam que as pessoas idosas podem vivenciar o processo de envelhecimento com qualidade de vida, mantendo elevados níveis de funcionalidade e participando em actividades sociais significativas para si, o que permite desmistificar a imagem de pessoa idosa frágil, doente, dependente e excluída (WHO, 2008). A frequência de universidades seniores possibilita a estimulação cognitiva, a actualização de conhecimentos e fomenta o contacto social (Monteiro & Neto, 2008). Seria pois pertinente criar mais espaços (associações ou grupos) ou reformular outros já existentes (por exemplo, os centros de dia), com o objectivo de permitir que as pessoas idosas vivenciem experiências que lhes permitam manter-se activas e funcionais.

A associação que se verificou entre a qualidade de vida e a espiritualidade tem também importantes implicações teóricas e práticas. Do ponto de vista teórico, os resultados reforçam a ideia de se considerar a espiritualidade como uma variável a incluir nas medidas de avaliação de qualidade de vida. Do ponto de vista da actuação dos profissionais de saúde, os resultados sublinham a necessidade de se perspectivar a pessoa idosa de forma holística.

A interpretação dos resultados exige, no entanto, a ponderação de algumas reservas. A principal limitação do estudo prende-se com o facto da amostra ser de conveniência e, como tal, limitada em termos geográficos, pelo que em estudos posteriores seria importante alargá-la a outras dimensões territoriais. Além disso, trata-se de um estudo transversal, não permitindo a formulação de conclusões esclarecedoras acerca de como varia a relação entre a qualidade de vida e espiritualidade ao longo do processo de envelhecimento.

Futuramente seria interessante ampliar a amostra do estudo, no sentido de obter dados mais conclusivos e representativos da população idosa. Seria pertinente alargar o estudo a outras pessoas que se encontram bem, de modo a obter um conhecimento mais aprofundado dos factores facilitadores desse bem-estar.

## 8. CONCLUSÕES

O estudo revela que os participantes apresentam um elevado grau de funcionalidade e têm fortes crenças espirituais, com destaque para as crenças religiosas. As pessoas que perspectivam uma melhor qualidade de vida são também aquelas que têm mais esperança no futuro e o encaram com optimismo.

Deste modo, os resultados reforçam a ideia de que a espiritualidade pode facilitar o ajustamento perante as perdas, mudanças e desafios decorrentes do processo de envelhecimento, estratégia designada por alguns autores de *coping* espiritual/religioso (Dalby, 2006; Panzini *et al.*, 2008; Rowe, 2004). Além disso, estes dados vêm corroborar a ideia de que a espiritualidade positiva, ao envolver o desenvolvimento da relação pessoal interior com o sagrado e o transcendente, promovendo o bem-estar e a felicidade do próprio e dos outros, permite envelhecer com sucesso de forma individual mas voltada para a comunidade (Crowther *et al.*, 2002).

Espera-se com este estudo contribuir para um olhar actual sobre a pessoa idosa, pautado pelo respeito pela individualidade, valorizando o seu percurso de vida e respeitando as suas crenças pessoais. Pretende-se ainda contribuir para novas linhas de pesquisa, que estudem as pessoas idosas com elevados níveis de funcionalidade e socialmente participativas. Só percebendo como se envelhece bem se irá conseguir desenvolver estratégias que proporcionem um envelhecimento bem-sucedido, que permitam integrar as pessoas idosas na sociedade e fazê-las participantes activos das comunidades. A educação para saúde, no sentido da promoção de saúde, da auto-responsabilização e não apenas de prevenção de doença, pode ser uma forma de alcançar este objectivo. Parece ainda imprescindível que todos comecem a preparar o seu próprio envelhecimento mais precocemente, para que o seu percurso de vida se traduza num crescimento pessoal permanente.

## BIBLIOGRAFIA

Baltes, P.B., & Smith, J. (1990). The psychology of wisdom and its ontogenesis. In R. J. Sternberg (Ed.) *Wisdom: Its nature, origins and development* (pp 87-120). New York: Cambridge University Press.

Berger, L. (1995). Aspectos psicológicos e cognitivos do envelhecimento. In L. Berger & D. Mailloux-Poirier (Coord), *Pessoas Idosas. Uma abordagem global* (pp.157-197). Loures: Lusodidacta.

Botelho, A. (2005). A funcionalidade dos idosos. In C. Paúl & A. Fonseca (Coord.), *Envelhecer em Portugal* (pp.111-135). Lisboa: Climepsi Editores.

Bowling, A., Seetai, S., Morris, R., & Ebrahim, S. (2007). Quality of life among older people with poor functioning. The influence of perceived control over life. *Age and Ageing*, 36, 310-315.

Brady, M. J., Peterman, A. H., Fitchett G., Mo M., & Cella D. (1999). A case for including spirituality in quality of life measurement in oncology. *Psycho-Oncology*, 8, 417-428.

Brown, J., Bowling A., & Flynn T. (2004). Models of quality of life: a taxonomy, overview and systematic review of literature. *European Forum on Population Ageing Research*.

Câmara Municipal de Coimbra (2010). Recuperado em 15 de Abril, 2010, de [http://www.cm-coimbra.pt/index.php?option=com\\_content&task=view&id=966&Itemid=273](http://www.cm-coimbra.pt/index.php?option=com_content&task=view&id=966&Itemid=273).

Cerrato, I., & Trocóniz, M. (1998). Successful aging. But, why don't the elderly get more depressed? *Psychology in Spain*, 1 (2), 27-42.

Crowther, M. R., Parker, M W., Achenbaum, W. A., Larimore, W. L., & Koenig, H. G. (2002). Rowe and Kahn's model of successful aging revisited: positive spirituality – the forgotten factor. *The Gerontologist*, 42 (5), 613-620.

Cupertino, A. P., & Novaes, C. (2004). Espiritualidade e Envelhecimento Saudável. In A.L. Saldanha & C. P. Caldas, *Saúde e Idoso: a arte de cuidar* (pp. 358 – 368). Rio de Janeiro: Interciência.

Dalby, P. (2006). Is there a process of spiritual change or development associated with ageing? A critical review of research. *Ageing & Mental Health*, 10 (1), 4-12.



- Fernandez-Mayoralas, G. *et al.* (2007). El significado de la salud en la calidad de vida de los mayores. Madrid, Portal Mayores, *Informes Portal Mayores*, nº 74. Recuperado em 08 de Agosto, 2007, de <http://www.imsersomayores.csic.es/documentos/documentos/fernandezmayoralas-significado-01.pdf>.
- Ferreira-Alves, J., & Novo, R. F. (2006). Avaliação da discriminação social de pessoas idosas em Portugal. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 6(1), 65-77.
- Figueiredo, D. (2007). *Cuidados familiares ao idoso dependente*. Lisboa: Climepsi Editores.
- Finkelstein, F. O., West, W., Gobin, J., Finkelstein, S. H. & Wuerth, D. (2007). Spirituality, quality of life and dialysis patient. *Nephrology Dialysis Transplantation*, 22, 2432 – 2434.
- Fleck, M. P. A., Borges, Z. N., Bolognesi, G. & Rocha, N. S. (2003). Desenvolvimento do WHOQOL, módulo espiritualidade, religiosidade e crenças pessoais. *Revista Saúde Pública*, 37(4), 446-455.
- Fonseca, A.M., (2005b). *Desenvolvimento humano e envelhecimento*. Lisboa: Climepsi Editores.
- Fonseca, A.M., (2005a). O envelhecimento bem sucedido. In C. Paúl, & A. Fonseca, (Coord.), *Envelhecer em Portugal* (pp. 281-311). Lisboa: Climepsi Editores.
- Fortin, M. (1999). *O processo de investigação – da concepção à realização*. Loures: Lusociência.
- Gomes, C. (2007). Viver no centro da cidade: práticas, discursos e representações sobre a Baixa de Coimbra. *Oficina do CES*, 280, 1-34.
- Guimarães, H. P. & Avezum, A. (2007). O impacto da espiritualidade na saúde física. *Revista Psiquiatria. Clínica*. 34 (1), 88-94.
- Hortelão, A. P. S. (2004). Envelhecimento e qualidade de vida: estudo comparativo de idosos residentes na comunidade e idosos institucionalizados na região de Lisboa. *Servir*, 52 (3), 119-131.
- INE – Instituto Nacional de Estatística (2010). *Esperança média de vida*. Lisboa: Instituto Nacional de Estatística. Recuperado em 15 de Abril, 2010, de [http://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine\\_indicadores&indOcorrCod=0001746&contexto=bd&selTab=tab2](http://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_indicadores&indOcorrCod=0001746&contexto=bd&selTab=tab2).

Mailloux-Poirier, D. (1995). As Teorias do envelhecimento. In L. Berger & D. Mailloux-Poirier (Coord), *Pessoas Idosas. Uma abordagem global* (pp.99-106). Loures: Lusodidacta.

Marques-Teixeira, J. (1998). A depressão e a mulher na sociedade moderna. *Psiquiatria em Revista*, 11 (3). Recuperado em 27 de Abril, 2010, de [http://www.saude-mental.net/pdf/vol1\\_rev1\\_artigo.pdf](http://www.saude-mental.net/pdf/vol1_rev1_artigo.pdf).

Monteiro, H., & Neto, F. (2008). *Universidades de Terceira Idade: da solidão aos motivos para a sua frequência*. Porto: Legis Editora.

Moreira-Almeida, A. (2007). Espiritualidade e saúde: passado e futuro de uma relação controversa e desafiadora. *Revista Psiquiatria. Clínica*, 34 (1), 3-4.

Murphy, K., Cooney, A., Shea, E. O., & Casey, D (2009). Determinants of quality of life for older people living with a disability in the community. *Journal of Advanced Nursing*, 65(3), 606-615.

Nunes, M.T.A. (2007). *Género e Cidadania nas Imagens da História*. Lisboa: SerSilito.

Oliveira, J. B. (2008). *Psicologia do Idoso – Temas Complementares*. Porto: Livpsic.

Osório, A. R., (2007). Os idosos na sociedade actual. In A. R. Osório, & F.C. Pinto (Coord.), *As pessoas idosas: contexto social e intervenção educativa* (pp.11- 45). Lisboa: Instituto Piaget.

Ouwehand, C.; Ridder, D., & Bensing, J. (2006). A review of successful aging models: Proposing proactive coping as an important additional strategy. *Clinical Psychology Review*. 27, 873-884

Pais-Ribeiro, J., & Pombeiro, T. (2004). A relação entre espiritualidade, ânimo e qualidade de vida em pessoas idosas. *Acta de Conferência Nacional: 5º Congresso Nacional de Psicologia da Saúde*, pp. 757 – 769. Lisboa.

Panzini R. G., Rocha N. S., Bandeira D. R., & Fleck M. P. A. (2007). Qualidade de vida e espiritualidade. *Revista Psiquiatria Clínica*. 34 (1), 105-115.

Panzini R. G., Rocha N. S., Bandeira D. R., & Fleck M. P. A. (2008). Espiritualidade / religiosidade e qualidade de vida. In M. P. A. Fleck (Coord.), *A avaliação da Qualidade de vida: guia para profissionais* (pp. 178 – 196). Porto Alegre: Artimed.

Peixoto, P. (2004). O desaparecimento do mundo rural. *VIII congresso Luso-afro-brasileiro de ciências sociais: A questão social no novo milénio*. Coimbra: Centro de Estudos Sociais, Faculdade de Economia da Universidade de Coimbra.

Peterson, M. & Webb, D. (2006). Religion and Spirituality in Quality of Life Studies. *Applied Research in Quality of Life*, 1, 107-116.

Pinto, C., & Pais-Ribeiro, J. L. (2007). Construção de Uma Escala de Avaliação da Espiritualidade em Contextos de Saúde. *Arquivos de Medicina*, 21(2), 47-53.

Pinto, C., & Pais-Ribeiro, J. L. (2009). Avaliação da Espiritualidade dos Sobreviventes de Cancro: implicações na qualidade de vida. *Revista Portuguesa de Saúde Pública* (aceite).

Ramos, H. (2001). Qualidade de vida e envelhecimento. In L. Archer., M. Renaud, W. Osswald, & J. Biscaia (Coord.), *Novos Desafios à Bioética* (pp. 225-231). Porto: Porto Editora.

Ramos (2005). *Crescer em stress*. Porto: Âmbar.

Rowe, M. M. (2004). Spirituality as a means of coping with chronic illness. *American Journal of Health Studies*. Recuperado em 24 de Janeiro, 2010 de [http://findarticles.com/p/articles/mi\\_m0CTG/is\\_1\\_19/ai\\_n6072019/](http://findarticles.com/p/articles/mi_m0CTG/is_1_19/ai_n6072019/).

Rowe, J., & Kahn, R. (1998). *Successful Aging*. New York: Dell Publisher.

Rutis (2010) Recuperado em 05 de Março, 2010, de <http://www.rutis.org/cgi-bin/reservado/scripts/command.cgi/?naction=4&mn=EkpFuVZZkAZZERXrPg>.

Sawatzky, R. (2002). *A meta-analysis of the relationship between spirituality and quality of life*. Unpublished Master's degree dissertation, University of British Columbia, Canada.

Schaie, K. W., & Willis, S. L., (2002). *Adult Development and Aging*. New York: Prentice-Hall.

Sessana, L., Finnell, D., & Jezwski, A. (2007). Spirituality in Nursing and Health-Related Literature. *Journal of Holistic Nursing*, 25 (4), 252-262.

Sousa, L., & Figueiredo, D. (2000b). Facilitar os cuidados aos idosos: Uma escala de avaliação da qualidade de vida e bem-estar. *Psicologica*, 25, 19-24.

Sousa, L., & Figueiredo, D. (2000a). *Geriatric Assesment Techonology Training- Pacote de Formação*. Aveiro: Universidade de Aveiro (Organizado e desenvolvido com o apoio do Programa Leonardo da Vinci das Comunidades Europeias).

Sousa, L., & Figueiredo, D. (2003). (In)dependência na população idosa: um estudo exploratório na população portuguesa. *Psychologica*, 3, 109-120.

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

Sousa, L., Figueiredo, D., & Cerqueira, M. (2006). *Envelhecer em família* (2ª Ed.). Porto: Âmbar.

Sousa, L., & Cerqueira, M. (2006). Influência do género nas imagens da velhice. *Revista Kairós*. São Paulo, 9 (2), 69-86.

Sousa, L., Figueiredo, D., Guerra, S., Marques, A., Silvestre, J., & Pereira, G. (2009). *Caracterizar a qualidade de vida e as necessidades das pessoas idosas*. Documento policopiado, não publicado. Aveiro: Universidade de Aveiro.

Spar, J., & La Rue, A. (2005). *Guia Prático de Psiquiatria Geriátrica*. Lisboa: Climepsi Editores.

Tamer, N.L., & Petriz, G. (2007). A qualidade de vida dos idosos. In A. R. Osório, & F. C. Pinto (Coord.), *As pessoas idosas: contexto social e intervenção educativa* (pp.181-201) Lisboa: Instituto Piaget.

Tengarrinha, J. (2006). Política popular e notáveis locais em Portugal (fim do Antigo Regime a meados do século XIX). *Análise Social*. Vol. XLI (178), 75-98.

Thoresen, C. E. (1999). Spirituality and Health: is there a relationship? *Journal of Health Psychology*, 4 (3), 291 – 300.

Walker, A. (2005). A European perspective on quality of life in old age. *European Journal of Ageing*, 2, 2-12.

WHO – World Health Organization (1996). *WHOQOL-BREF*. Geneva: World Health Organization.

WHO – World Health Organization (1999). *Ageing: Exploding the myths*. Geneva: World Health Organization.

WHO – World Health Organization (2002). *Active Ageing: a policy framework*. Madrid: World Health Organization.

WHO – World Health Organization (2008). *Demystifying the myths of ageing*. Copenhagen: World Health Organization Recuperado em 07 de Abril, 2010, de <http://www.euro.who.int/pubrequest>

## APÊNDICE 1

### Questionário complementar

1. Profissão anterior à reforma: \_\_\_\_\_

2. Há quanto tempo se reformou? (em anos) \_\_\_\_\_

3. Há quanto tempo frequenta a universidade sénior? \_\_\_\_\_

4. Que cursos/aulas frequenta? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

5. Quantas horas por semana frequenta a universidade sénior? \_\_\_\_\_

6. O que o motivou a frequentar a universidade sénior? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

## APÊNDICE 2

### Análise comparativa das variáveis sócio-demográficas com o EASYcare e a Escala de Avaliação da Espiritualidade

#### Dimensões da Qualidade de Vida e sub-escalas de espiritualidade e variável “Gênero”

Dimensões de QLV e da espiritualidade	Homens				Mulheres				z	p≤0.05
	n	Média de postos	Mediana	AIQ	n	Média de postos	Mediana	AIQ		
Visão, Audição e Comunicação	15	33,00	0,000	0,00	55	36,18	0,000	1,00	-0,677	0,499
Cuidar de si	15	30,83	1,000	2,00	55	36,77	2,000	6,00	-1,042	0,298
Mobilidade	15	33,50	0,000	1,00	55	36,05	0,000	2,00	-0,476	0,634
Segurança	15	26,50	*	*	55	37,95	0,000	1,00	<b>-2,529</b>	<b>0,011</b>
Local de residência e finanças	15	34,50	*	*	55	35,77	0,000	0,00	-0,744	0,457
Manter-se saudável	15	30,30	0,000	1,00	55	36,92	0,000	0,00	-1,295	0,195
Saúde mental e bem-estar	15	24,23	6,000	4,00	54	37,99	9,000	4,00	<b>-2,361</b>	<b>0,018</b>
Medicação	15	33,10	0,000	0,00	55	36,15	0,000	0,00	-0,742	0,458
Crenças	15	26,50	5,000	4,000	54	37,36	6,000	3,00	-1,905	0,057
Esperança / Optimismo	15	33,27	8,000	3,00	54	35,48	8,000	3,25	-0,382	0,703

\*Valores constantes, omitido

#### Dimensões da Qualidade de Vida e sub-escalas de espiritualidade e variável “Zona de residência”

Dimensões de QLV e da espiritualidade	Urbano				Rural				z	p≤0.05
	n	Média de postos	Mediana	AIQ	n	Média de postos	Mediana	AIQ		
Visão, Audição e Comunicação	35	32,69	0,000	0,00	35	38,31	0,000	1,00	-1,459	0,145
Cuidar de si	35	36,67	2,000	6,00	35	34,33	1,000	6,00	-0,501	0,617
Mobilidade	35	40,44	1,000	2,00	35	30,56	0,000	1,00	<b>-2,251</b>	<b>0,024</b>
Segurança	35	36,53	0,000	1,00	35	34,47	0,000	0,00	-0,544	0,580
Local de residência e finanças	35	36,50	0,000	0,00	35	34,50	*	*	-1,424	0,154
Manter-se saudável	35	39,30	1,000	1,00	35	31,70	0,000	1,00	-1,811	0,070
Saúde mental e bem-estar	34	30,93	8,000	4,25	35	38,96	9,000	4,00	-1,671	0,095
Medicação	35	34,41	0,000	0,00	35	36,59	0,000	0,00	-0,643	0,520
Crenças	34	27,29	5,000	2,25	35	42,49	7,000	2,00	<b>-3,230</b>	<b>0,001</b>
Esperança / Optimismo	34	31,29	7,500	4,00	35	38,60	8,000	3,00	-1,525	0,127

\*Valores constantes, omitidos

**Sub-escalas de espiritualidade e dimensões da Qualidade de Vida e variável “Anos de educação formal”**

<b>Habilitações Literárias</b>	<b>n</b>	<b>Média de Postos</b>	<b>Mediana</b>	<b>AIQ</b>	<b><math>\chi^2</math></b>	<b>p≤0.05</b>
<b>Dimensões</b>						
<b>Visão, Audição e Comunicação</b>						
1º Ciclo	19	42,55	1,000	1,00	7,772	0,051
2º e 3º Ciclos	18	30,56	0,000	0,00		
Ensino Secundário	17	29,82	0,000	0,00		
Ensino Superior	14	34,32	0,000	1,00		
<b>Cuidar de si</b>						
1º Ciclo	19	31,82	1,000	6,00	2,486	0,478
2º e 3º Ciclos	18	34,03	1,000	6,00		
Ensino Secundário	17	40,56	2,000	6,00		
Ensino Superior	14	31,39	1,000	3,00		
<b>Mobilidade</b>						
1º Ciclo	19	34,74	0,000	2,00	0,559	0,906
2º e 3º Ciclos	18	32,69	0,000	1,00		
Ensino Secundário	17	36,97	1,000	1,00		
Ensino Superior	14	33,50	0,000	1,25		
<b>Segurança</b>						
1º Ciclo	19	35,55	0,000	1,00	0,705	0,872
2º e 3º Ciclos	18	35,25	0,000	1,00		
Ensino Secundário	17	34,91	0,000	0,50		
Ensino Superior	14	31,61	0,000	0,00		
<b>Local de residência e finanças</b>						
1º Ciclo	19	33,50	*	*	5,638	0,131
2º e 3º Ciclos	18	37,28	0,000	0,00		
Ensino Secundário	17	33,50	*	*		
Ensino Superior	14	33,50	*	*		
<b>Manter-se saudável</b>						
1º Ciclo	19	32,79	0,000	1,00	3,899	0,273
2º e 3º Ciclos	18	38,56	0,500	1,00		
Ensino Secundário	17	37,59	0,000	1,00		
Ensino Superior	14	27,86	0,000	0,25		
<b>Saúde mental e bem-estar</b>						
1º Ciclo	19	38,05	9,000	4,00	2,995	0,392
2º e 3º Ciclos	18	36,19	8,500	7,00		
Ensino Secundário	17	32,76	8,000	4,5		
Ensino Superior	13	26,65	8,000	5,5		
<b>Medicação</b>						
1º Ciclo	19	35,39	0,000	0,00	0,430	0,934
2º e 3º Ciclos	18	35,44	0,000	0,25		
Ensino Secundário	17	33,91	0,000	0,00		
Ensino Superior	14	32,79	0,000	0,00		
<b>Crenças</b>						
1º Ciclo	19	42,29	7,000	2,00	<b>10,421</b>	<b>0,017</b>
2º e 3º Ciclos	18	34,19	6,000	3,00		
Ensino Secundário	17	34,82	6,000	4,00		
Ensino Superior	13	20,54	5,000	2,00		
<b>Esperança/optimismo</b>						
1º Ciclo	19	38,34	8,000	4,00	1,643	0,652
2º e 3º Ciclos	18	34,06	8,000	4,25		
Ensino Secundário	17	31,91	8,000	5,50		
Ensino Superior	13	30,31	8,000	3,00		

\*valores constantes, omitidos



## ANEXO 1



universidade de aveiro

### **EASY-Care Standard**

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

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

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

**Código de identificação:** \_\_\_\_\_

**Data de recolha de dados:** \_\_\_\_\_

### Dados sócio-demográficos

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

2. **Idade:** \_\_\_\_\_

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

4. **Estado civil:**

Solteiro  (s)

Casado(a)/união de facto  (c)

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

Viúvo(a)  (v)

5. **Anos de educação formal:** \_\_\_\_\_

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

Não chegam para as necessidades (3)

Suficientes (2)

Sobra algum dinheiro (1)

7. **Com quem vive?**

Sozinho  (s)

Em casal  (c)

Com família alargada  (f)

Em instituição  (i)

Outra situação  (o) Qual?

8. **Situação profissional**

Empregado(a) a tempo integral  (eti)

Empregado(a) a tempo parcial  (etp)

Desempregado(a)  (de)    Doméstica  (do)

Pensionista  (p)    Reformado(a)  (r)    Estudante  (est)

### 1. Visão, audição e comunicação

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

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

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

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

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

Não tem dificuldade  (0)

Dificuldades com algumas pessoas  (1)

Dificuldade considerável com todas as pessoas  (3)

**1.4. Consegue utilizar o telefone?**

Sem ajuda, incluindo procurar e marcar números  (0)

Com alguma ajuda  (2)

Não consegue utilizar o telefone  (3)

**2. Cuidar de si**

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

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

**2.2. Consegue vestir-se?**

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

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

Não consegue vestir-se  (6)

**2.3. Consegue lavar as mãos e a cara?**

Sem ajuda  (0) Precisa de ajuda  (1)

**2.4. Consegue utilizar a banheira ou o duche?**

Sem ajuda  (0) Precisa de ajuda  (5)

**2.5. Consegue fazer as suas tarefas domésticas?**

Sem ajuda (limpar chão, ...)  (0)

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

Não consegue fazer nenhuma tarefa doméstica  (3)

**2.6. Consegue preparar as suas refeições**

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

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

Não consegue preparar refeições  (5)

**2.7. Consegue alimentar-se?**

Sem ajuda  (0)

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

Não consegue alimentar-se  (8)

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

Não  (0)

Sim  (1) Quais?

---

**2.9. Consegue tomar os seus medicamentos?**

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

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

Não consegue tomar os seus medicamentos  (4)

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

Não  (0)

Sim  (1) Quais?

---

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

Não tem acidentes  (0)

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

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

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

Não tem acidentes  (0)

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

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

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

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

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

Não consegue utilizar a sanita/cadeira sanitária  (7)

### 3. Mobilidade

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

Sem ajuda  (0)

Com alguma ajuda  (4)

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

#### 3.2. Tem problemas com os seus pés

Não  (0)

Sim  (1) Quais?

---

#### 3.3. Consegue deslocar-se dentro de casa?

Sem ajuda  (0)

Numa cadeira de rodas sem ajudas  (5)

Com alguma ajuda  (7)

Acamado  (8)

#### 3.4. Consegue subir e descer escadas?

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

Com alguma ajuda  (2)

Não consegue subir e descer escadas  (4)

#### 3.5. Nos últimos 12 meses caiu alguma vez?

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

#### 3.6. Consegue andar no exterior?

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

#### 3.7. Consegue ir às compras?

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

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

Não consegue ir às compras  (4)

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

Não tem dificuldade  (0)

Com alguma ajuda  (2)

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

#### **4. Segurança**

**4.1. Sente-se seguro dentro da sua casa?**

Sim  (0) Não  (1)

**4.2. Sente-se seguro fora da sua casa?**

Sim  (0) Não  (1)

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

Não  (0) Sim  (1)

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

Não  (0) Sim  (1)

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

Sim  (0) Não  (1)

#### **5. Local de residência e finanças**

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

Sim  (0) Não  (1)

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

Sim  (0) Não  (4)

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

Sim  (S) Não  (N)

#### **6. Manter-se saudável**

**6.1. Faz exercício regularmente?**

Sim  (0) Não  (1)

**6.2. Fica com falta de ar durante as actividades normais?**

Não  (0) Sim  (1)

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

Não  (0) Sim  (1)

**6.4. Acha que bebe demasiadas bebidas alcoólicas?**

Não  (0) Sim  (1)

**6.5. A sua tensão arterial foi verificada recentemente?**

Sim  (0) Não  (1)

**6.6. Tem alguma preocupação com o seu peso?**

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

**6.7. Tem as suas vacinas em dia?**

Não  (N) Não sabe  (NS) Sim  (S)

**6.8. Tem em dia os exames de rastreio de cancro**

Não  (N) Não sabe  (NS) Sim  (S)

**7. Saúde mental e bem-estar**

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

Sim  (0) Não  (1)

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

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

**7.3. Sente-se sozinho/a?**

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

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

Não  (0) Sim  (1)

**7.5. No mês passado teve alguns problemas em dormir?**

Não  (0) Sim  (1)

**7.6. No mês passado teve dores corporais?**

Não  (0) Sim

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

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

Não  (0) Sim  (1)

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

Não  (0) Sim  (1)

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

Não  (0) Sim  (1)

**8. Administração de medicação**

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

Sim  (1) Não  (0)

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

Sim  (0) Não  (1)

**8.3. Consegue tirar todos os seus medicamentos das embalagens?**

Sim  (0) Não  (1)

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

Sim  (1) Não  (0)



## ANEXO 2

### **Espiritualidade** **Escala de Avaliação da Espiritualidade** (Pinto e Pais-Ribeiro, 2007)

As frases/expressões seguintes referem-se à sua espiritualidade / suas crenças pessoais, e ao modo como elas afectam a sua qualidade de vida.

Por favor, **marque** com uma **X** (cruz) aquela opção que melhor expressar a sua opção, na **última semana**. Não existe resposta certa ou errada.

	<b>Não concordo</b> [1]	<b>Concordo um pouco</b> [2]	<b>Concordo bastante</b> [3]	<b>Concordo plenamente</b> [4]
1. As minhas crenças espirituais/religiosas dão sentido à minha vida.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. A minha fé e crenças dão-me forças nos momentos difíceis.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Vejo o futuro com esperança.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Sinto que a minha vida mudou para melhor.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Aprendi a dar valor às pequenas coisas da vida.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

## ANEXO 3



universidade de aveiro

### Consentimento Livre e Informado

**Investigador:** \_\_\_\_\_ **Contacto telefónico:** \_\_\_\_\_

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

---

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

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

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

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

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

### Declaro que:

Não aceito participar

Aceito participar

- Assinatura do participante \_\_\_\_\_
- Assinatura de testemunha \_\_\_\_\_
- Assinatura do investigador \_\_\_\_\_
- Consentimento verbal