

Jorge Pedro Sousa

Qualidade de vida do idoso – Um estudo de revisão

Universidade Fernando Pessoa
Faculdade de Ciências do Porto
Porto, 2013

Jorge Pedro Sousa

Qualidade de vida do idoso – Um estudo de revisão

Universidade Fernando Pessoa
Faculdade de Ciências do Porto
Porto, 2013

Jorge Pedro Sousa

Qualidade de vida do idoso – Um estudo de revisão

(Jorge Pedro Sousa)

“Projeto de graduação apresentado à Universidade Fernando Pessoa
como parte dos requisitos para a obtenção do
grau de Licenciatura em Enfermagem”

"A idade não depende dos anos, mas sim do temperamento e da saúde; umas pessoas já nascem velhas, outras jamais envelhecem "

Tyron Edwards

Resumo

O presente estudo de investigação, intitulado “Qualidade de vida do idoso – Um estudo de revisão”, enquadra-se no âmbito da obtenção do grau de Licenciatura em Enfermagem.

Atualmente assistimos a um envelhecimento progressivo da população mundial. Entre 2000 e 2030, prevê-se que o número de idosos aumente em todo o mundo de 420 para perto de mil milhões (Fauci, 2008). Este envelhecimento deve-se ao facto dos avanços tecnológicos e da medicina o que leva a um aumento da esperança média de vida, juntamente com uma diminuição da taxa de fecundidade. Segundo os dados da Eurostat (2003), a taxa de fecundidade europeia diminuiu consideravelmente nos últimos anos estando atualmente claramente abaixo do mínimo necessário à reposição das gerações.

Foi então efetuado um estudo de revisão bibliográfica onde foram analisados os últimos 5 trabalhos realizados pelos alunos do CLE da UFP entre 2011 e 2012. Estes resultados foram cruzados com os resultados de outros estudos de investigação, nomeadamente teses e dissertações com o mesmo tema.

Observou-se que as opiniões quanto ao conceito de qualidade de vida por parte dos idosos são muito convergentes. Notou-se uma preocupação por parte desta faixa etária com a sua saúde, a solidão e com a presença da família. Apesar desta preocupação grande parte dos inquiridos nestes estudos avaliam a sua saúde como sendo razoável a boa.

Abstract

This research study entitled "Quality of Life of the Elderly", falls within the context of the degree of Graduate in Nursing.

Currently we witness a gradual aging of the world population. Between 2000 and 2030, it is expected an increasing number of elderly in the world from 420 to 974 million. This aging is due to the fact the technological and medicine advances which leads to an increased life expectancy, along with a decrease in fertility rate. According to data from Eurostat (2003), the European fertility rate is decreasing considerably in recent years and is currently well below the minimum necessary for replacement of generations.

It was then made a literature review which analyzed the last 5 studies done by students of CLE in the UFP between 2011 and 2012. These results were cross-checked with the results of other research studies, including theses and dissertations on the same subject.

It was observed that the opinions about the concept of quality of life for the elderly are very convergent. There has been a concern of this age group with their health, loneliness and family presence. Despite of this concern most of the respondents in these studies assess their health as fair to good.

Lista de Siglas e Abreviaturas

ANA – American Nurses Association

Cit. in – Citado em

CLE – Curso de Licenciatura em Enfermagem

DGS – Direcção Geral de Saúde

Enf.^a – Enfermeira

Et al – Entre outros

INE – Instituto Nacional de Estatística

IQV – Índice de Qualidade de Vida

M – Média

máx. – Máximo

mín. – Mínimo

OMS – Organização Mundial de Saúde

p. – Página

pp. – Páginas

REPE – Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros

TA – Tensão Arterial

UFP – Universidade Fernando Pessoa

WHOQOL – World Health Organization Quality of Life-Group

(...) – Enxerto do texto que não é relevante para a análise.

Dedicatória

Dedico este projeto à minha mulher, que sempre me apoiou e me deu forças para que eu pudesse enfrentar os desafios e pelo apoio incondicional, pois sem ela não teria sido possível chegar até este momento da minha vida.

Agradecimentos

A realização deste projeto não teria sido possível sem o apoio, orientação, incentivo e colaboração imprescindível de algumas pessoas a quem gostaria de deixar expresso o meu agradecimento.

À minha mulher pela força, motivação e apoio incondicional neste percurso de vida.

Aos meus pais e restante família, que sempre me incentivaram a prosseguir nesta caminhada.

À minha orientadora, Enf.^a Manuela Guerra por me ter acompanhado e auxiliado ao longo de todo este percurso mas principalmente na elaboração deste Projeto de Graduação, por todas as críticas construtivas e por todo o apoio oferecido, que certamente, sem eles não teria sido possível.

Dirijo também uma palavra de reconhecimento a todos os professores, que ao longo desta licenciatura, me apoiaram e compartilharam conhecimentos que serão muito úteis na minha vida profissional e pessoal.

Por fim, agradeço à Universidade Fernando Pessoa pela excelente oportunidade de formação.

Índice

Introdução.....	15
I – Fase Concetual.....	17
1.1 Justificação do problema de investigação.....	17
1.2 Questões de investigação	18
1.3 Objetivos de investigação	18
1.4 Revisão de literatura.....	19
1.4.1 Envelhecimento demográfico.....	19
1.4.1 O Processo de envelhecimento.....	24
1.4.2 Qualidade de vida e envelhecimento ativo no idoso	28
1.4.3 Papel do Enfermeiro no processo de envelhecimento	32
1.4.4 Estudos realizados sobre qualidade de vida do idoso no âmbito de obtenção do grau de mestrado.....	35
II – Fase Metodológica.....	37
2.1 Desenho de investigação.....	37
2.2 Tipo de estudo	37
2.3 População e amostra.....	38
II – Fase Empírica.....	39
3.1 Colheita e apresentação dos dados	39
3.2 Discussão dos resultados	45
Conclusão	49
Bibliografia.....	51
Webgrafia	53
Anexos.....	56

Índice de Gráficos

Gráfico 1 – Esperança média de vida – Portugal.....	19
Gráfico 2 – Nível necessário para a substituição geracional.....	20
Gráfico 3 – Pirâmide etária.....	22

Índice de Anexos

Anexo 1 – Quadro dos estudos realizados pelos alunos UFP	53
Anexo 2 – Quadro de colheita de dados.....	55

Introdução

O presente estudo de investigação foi desenvolvido no âmbito do Projeto de Graduação do 4º ano do Curso de Licenciatura em Enfermagem (CLE) da Universidade Fernando Pessoa (UFP), tendo como principais objetivos académicos aprofundar os conhecimentos de métodos e técnicas de investigação e aprofundar conhecimentos acerca do tema escolhido, utilizando como método fundamental a pesquisa bibliográfica.

Segundo Fortin (1999, p.15), a investigação científica “permite descrever, explicar e prever factos, acontecimentos ou fenómenos”.

Este é um estudo de revisão bibliográfica, do tipo exploratório, no qual foi efetuada uma análise ampla dos trabalhos realizados pelos alunos da UFP do CLE sobre o envelhecimento, entre 2011 e 2013, correspondendo a aproximadamente dois anos. O tema escolhido foi qualidade de vida e envelhecimento no idoso.

Os cuidados de enfermagem a este grupo etário, sempre crescente, já são no presente e serão cada vez mais no futuro uma importante tarefa profissional quer a nível individual para o enfermeiro, quer em termos sociais para todos os prestadores de cuidados de saúde.

A manutenção da saúde na população idosa, além do aspeto médico, abrange aspetos nutricionais, psicológicos e sociais. É necessário um conhecimento multidimensional para a adequada atenção ao idoso.

Segundo Simões (2010, p.1),

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.

E foram estes aspetos que motivaram a escolha deste tema de investigação bem como o facto de ser necessário reconhecer o envelhecimento como um processo contínuo e não como uma doença.

Enquanto aluno de enfermagem, foi possível lidar com esta faixa etária nos Ensinos Clínicos nas mais variadas condições de saúde. Desta forma, ao longo desta aprendizagem levantou-se a questão: Como envelhecer com qualidade de vida?

A partir desta questão surgiram as perguntas de investigação que deram origem aos seguintes objetivos:

- Identificar os fatores, que os investigadores encontraram que mais influenciam o envelhecimento, na opinião dos idosos;
- Identificar qual a percepção que os idosos estudados têm sobre a sua qualidade de vida e as suas maiores preocupações.

A OMS (2002, p.6) refere que, “em todos os países, (...), medidas para ajudar pessoas mais velhas a manterem-se saudáveis e ativas são uma necessidade, não um luxo”.

Desde logo, não podemos esquecer um princípio geral fundamental: envelhece-se como se vive. Os cuidados que tivermos ao longo da vida vão refletir-se necessariamente na qualidade da nossa velhice. Uma boa alimentação, exercício físico regular e um bom relacionamento social contribuem de forma decisiva para uma idade avançada ativa e saudável.

Assim vai ser possível aprofundar conhecimentos sobre o processo de envelhecimento e sobre os próprios idosos para futuramente se saber aplica-los na prática de enfermagem. O Enfermeiro será sempre o maior elo entre o idoso e o serviço de saúde.

Este projeto está dividido em três fases fundamentais. A fase concetual onde se define e se justifica o tema escolhido, onde são delineados as perguntas e objetivos da investigação, e por fim, onde é realizado o enquadramento teórico. A segunda fase é a metodológica que define o tipo de estudo e descreve o desenho da investigação. A fase empírica é a terceira e ultima fase onde é feita a análise e discussão dos dados obtidos.

I – Fase Concetual

A primeira fase de uma investigação, fase concetual, é onde se justifica o tema escolhido, onde são delineados as perguntas e objetivos da investigação, e por fim, onde é realizado o enquadramento teórico. Esta fase é fundamental pois fornece ao investigador as bases necessárias para o desenrolar do processo investigação (Fortin, 1999).

Na fase concetual, a primeira etapa consiste em definir um tema ou um domínio de investigação (...) reveste-se, portanto, duma grande importância visto que ela fornece à investigação as suas bases, a sua perspectiva e a sua força (...) (Fortin, 1999, p.39).

1.1 Justificação do problema de investigação

O envelhecimento é um processo natural e uma realidade do início deste século. Em Portugal como noutros países, a população idosa tem aumentado progressivamente com o aumento da esperança e a baixa natalidade. Esta tendência, na Europa, é contínua e seguramente irreversível.

Nesta etapa do processo de investigação é importante “encontrar um domínio de investigação que interesse ou preocupe o investigador e se revista de importância para a disciplina” (Fortin, 1999, p.39).

A escolha deste tema de investigação foi assim motivada pelo facto, como já se afirmou antes, de ser necessário reconhecer o envelhecimento como um processo contínuo e não como uma doença.

Enquanto aluno de enfermagem, foi possível lidar com esta faixa etária nos Ensinos Clínicos nas mais variadas condições de saúde. Desta forma, ao longo desta aprendizagem levantou-se a questão: Como envelhecer com qualidade de vida?

E assim surgiu o tema de investigação “Qualidade de Vida do Idoso: Um estudo de revisão”.

Deste modo, além de se aprofundar os conhecimentos em métodos e técnicas de investigação científica também vai haver a oportunidade de ficar a conhecer melhor esta faixa etária para futuramente, e como profissional de enfermagem, se saiba aplicar estes conhecimentos na prática desta profissão.

1.2 Questões de investigação

“Uma questão de investigação é um enunciado interrogativo claro e não equívoco que precisa os conceitos-chave, especifica a população alvo e sugere uma investigação empírica” (Fortin, 1999, p.51).

De acordo com Quivy (1998, p.31), “uma investigação é, por definição, algo que se procura. É um caminhar para um melhor conhecimento e deve ser aceite como tal, com todas as hesitações, desvios e incertezas que isso implica”.

Este estudo centra-se nos trabalhos realizados pelos alunos da UFP entre 2011 e 2013 sobre o envelhecimento, assim sendo foram levantadas as seguintes questões de investigação:

- Quais serão os fatores que os investigadores encontraram que mais influenciam o envelhecimento, na opinião dos idosos?
- Qual será a perceção dos idosos estudados sobre a sua qualidade de vida e quais as suas maiores preocupações?

1.3 Objetivos de investigação

Após serem encontradas as questões de investigação, estas são transformadas em objetivos.

O objetivo é um enunciado que indica claramente o que o investigador tem de fazer no decurso do estudo. Pode tratar-se de explorar, de identificar, de descrever, ou ainda de explicar ou prever tal ou tal fenómeno (Fortin, 1999, p.40).

Deste modo os objetivos do estudo que nascem a partir das perguntas de investigação são os seguintes:

- Identificar os fatores, que os investigadores encontraram que mais influenciam o envelhecimento, na opinião dos idosos;
- Identificar qual a perceção que os idosos estudados têm sobre a sua qualidade de vida e as suas maiores preocupações.

1.4 Revisão de literatura

As revisões de literatura sobre um determinado tema permitem num dado momento temporal a apreciação e a comparação das diversas ideias e teorias que em anos anteriores foram escritas sobre esse assunto.

A revisão de literatura segundo Fortin (1999, p.74) “é um processo que consiste em fazer o inventário e o exame crítico do conjunto de publicações pertinentes sobre o domínio da investigação.”

Também para a mesma autora “a literatura serve para documentar a fonte das nossas ideias e para enriquecer a justificação que sustenta a questão de investigação” (Fortin, 1999, p.68).

1.4.1 Envelhecimento demográfico

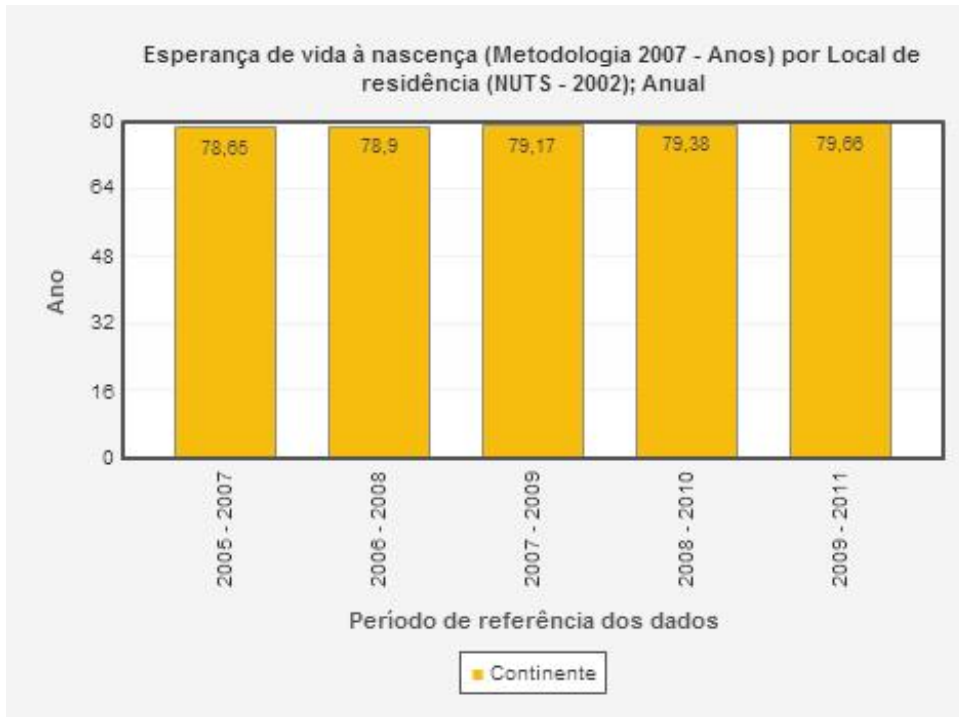
O número médio de anos que se tem possibilidade de viver a partir do nascimento denomina-se *esperança de vida* ou *duração média de vida*. Os humanos, enquanto indivíduos, possuem meios de luta natural contra as diversas doenças. Mas, como ser social, o homem pode descobrir ou conhecer meios de proteção artificiais que lhe permitem combater mais eficazmente todas as agressões de que é vítima. Estes meios dependem dos trabalhos e das descobertas realizadas por gerações sucessivas e são conquistas da sociedade e não de um indivíduo isolado (OMS, 2002).

Segundo Moura (2006, p.28),

Portugal é um país historicamente rotulado como o mais velho da Europa, sendo o seu pergaminho de honra confrontado com a constatação de também ser o mais envelhecido na sua população e, fatalmente, condenado às conceções negativas e funestas que tal situação acarretará.

Segundo os indicadores de desenvolvimento do INE, reportando-se a dados até 2011, a esperança média de vida global, em Portugal, encontra-se já claramente acima dos 79 anos (Gráfico 1).

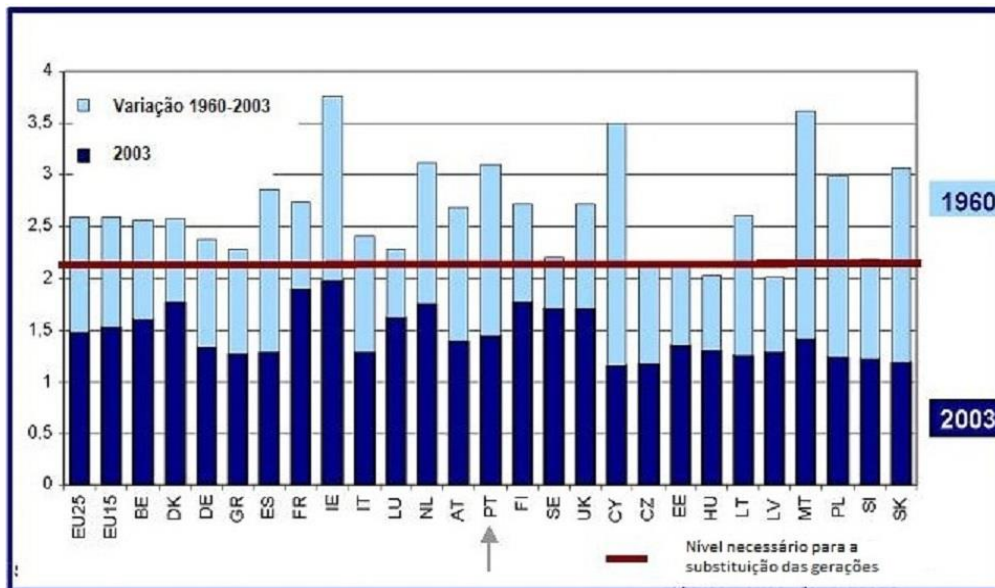
Gráfico 1 – Esperança média de vida – Portugal (fonte: INE, 2007)



Em Portugal, em particular, e na Europa, em geral, a taxa de fecundidade populacional é muito baixa. Segundo dados do Eurostat, disponíveis até 2003, essa taxa encontra-se nitidamente abaixo do mínimo indispensável para a substituição geracional (Gráfico 2).

Gráfico. 2 – Nível necessário para a substituição geracional

(fonte: Eurostat, 2003)



Segundo o Instituto Nacional de Estatística (INE), por cada 100 jovens existiam, em 2005, 110 idosos, enquanto em 2004 este índice de envelhecimento era de 109 idosos por 100 jovens, o que traduz um envelhecimento populacional.

Ainda segundo o INE, em 2008, os jovens entre os 0-14 anos representavam 15,3 por cento da população total, as pessoas em idade ativa (15-65 anos) 67,1 por cento e a população idosa (com mais de 65 anos) subiu para 17,6 por cento, enquanto em 2004 representava 16,8 por cento.

As regiões mais envelhecidas eram o Alentejo, onde havia 171 idosos por cada cem jovens, seguido do Centro do país (140 idosos por cem jovens) e Algarve (126 idosos por cem jovens) (INE, 2008).

Os índices de envelhecimento mais baixos verificam-se nas Regiões Autónomas, com 63 idosos por cada cem jovens nos Açores e 72 na Madeira (INE, 2008).

O envelhecimento demográfico é um processo que não passa despercebido à sociedade. Os idosos estão a tornar-se em Portugal, e também na Europa, uma população cada vez mais crescente.

Em termos relativos e absolutos, o aumento da população sénior é uma ocorrência com efeitos acentuados na nossa sociedade. Na opinião de Rosa (1993, p.689),

o envelhecimento demográfico vai, assim, ter efeitos perversos sobre o equilíbrio social. Não por aquilo que o caracteriza em termos demográficos, mas porque, inscrito numa sociedade em que predomina um modelo particular do ciclo de vida, vai agravar o peso daqueles que são discriminados socialmente em função de um critério discutível, porque arbitrário: a idade.

Como o envelhecimento populacional é uma pretensão natural de todas as sociedades e estando estas sistematicamente a procurar estratégias para prolongar a vida humana, é da máxima importância proporcionar condições adequadas aos nossos idosos, fazendo com que eles se sintam ativos e importantes no meio em que estão inseridos.

Segundo a DGS (2004, p.1),

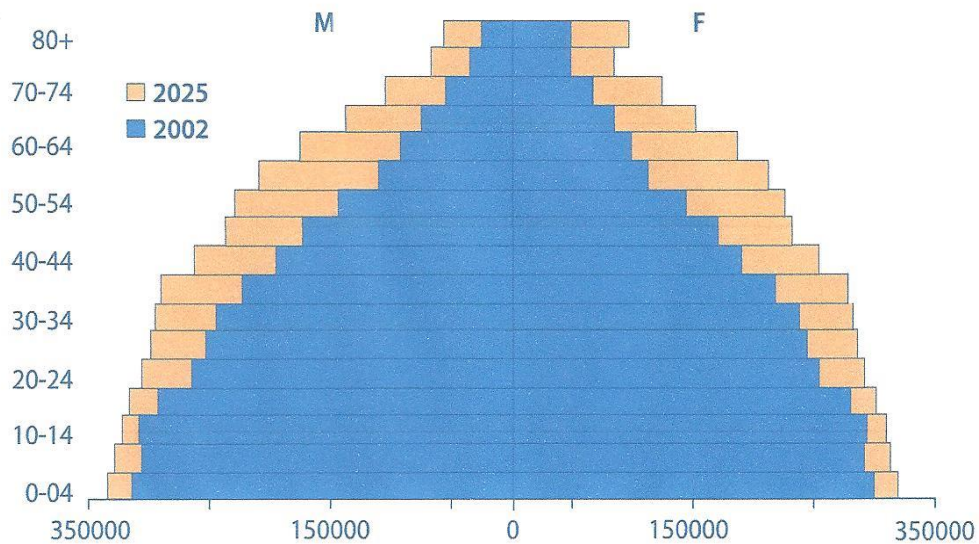
o envelhecimento demográfico e as alterações no padrão epidemiológico e na estrutura e comportamentos sociais e familiares da sociedade portuguesa, vêm determinando novas necessidades em saúde, para as quais urge organizar respostas mais adequadas.

Embora os enormes progressos das ciências da saúde, nas últimas décadas, tenham tido um papel preponderante no aumento da longevidade, a realidade portuguesa ainda fica aquém dos padrões médios europeus e mostra que os últimos anos de vida são, muitas vezes, acompanhados de situações de fragilidade e de incapacidade que, frequentemente estão relacionadas com situações suscetíveis de prevenção (DGS, 2004, p.1).

De facto, envelhecer há 50 anos atrás não constituía um problema. Era encarado como um fenómeno natural, na medida em que não só as pessoas que envelheciam não eram muitas, como o aproveitamento e imagem que a sociedade tinha da população que envelhece era diferente daquela que se tem hoje (Costa, 1999).

Segundo a OMS, baseando-se em dados de 2001 da Organização das Nações Unidas (ONU), a tradicional pirâmide etária, transformar-se-á progressivamente num cilindro, com o envelhecimento constante da população mundial (Gráfico 3) (OMS, 2002).

Gráfico 3 – Pirâmide Etária (fonte: OMS, 2002)



Élie Metchnikoff, prémio nobel da medicina em 1908, sugeriu a criação de uma nova especialidade médica a que chamou gerontologia. Previa que a sua importância seria crescente nas décadas seguintes. E assim acabou por nascer a Geriatria.

A Geriatria é a parte da medicina que trata das doenças da velhice, considerando idoso aquele que tem mais de 65 anos, embora a Organização Mundial de Saúde considere o limite de 60 anos (OMS, 2002).

O estabelecimento de normas de acompanhamento, vigilância e tratamento das patologias próprias dos idosos deve revestir-se de, pelo menos, a mesma importância daquela com que se encaram as dos outros grupos etários.

Particularmente importante neste grupo etário é a questão dos cuidados continuados: conjunto de cuidados médicos e sociais, de carácter prolongado, que para além de englobarem doenças crónicas de longa evolução ou doenças em situação terminal, em qualquer grupo etário, são particularmente prementes nos idosos (Galvão, 2006).

1.4.1 O Processo de envelhecimento

Fala-se correntemente de envelhecimento como tratando-se de um estado tendencialmente classificado de “terceira idade”. No entanto, o envelhecimento não é um estado, mas sim um processo de degradação progressiva e diferencial. Podemos dizer que os indivíduos envelhecem de formas muito diversas e, a este respeito, podemos falar de idade biológica, de idade social e de idade psicológica, que podem ser muito diferentes da idade cronológica (Fontaine, 2000).

Segundo Monahan et al (2007, p. 11), com o tempo, têm sido identificados cinco padrões-básicos característicos do envelhecimento:

- Aumento da mortalidade;
- Alterações na composição química do organismo, nomeadamente diminuição da massa corporal, aumento de gorduras e lipofusquinas e da rede de tecidos de colagénio;
- Alterações progressivas, de carácter degenerativo;
- Menor capacidade de adaptação a mudanças ambientais;
- Maior vulnerabilidade de múltiplas doenças.

Os conceitos ligados às palavras velho, envelhecer, velhice e envelhecimento são muito complexos. O adjetivo velho, no grau positivo, significa deteriorado e aplica-se a coisas, pessoas ou animais; como substantivo refere-se exclusivamente a pessoas de idade avançada; já como adjetivo no grau comparativo tem apenas um significado cronológico (Morato, cit. in Carvalho, 2011, p.164).

Zirmerman (cit. in Silva, 2012, p.21) diz que “ a velhice não é uma doença, mas sim uma fase na qual o ser humano fica mais suscetível a doenças”. Já Stevens (cit. in Silva, 2012, p.22) refere que “o envelhecimento é um processo normal, caracterizado pelas modificações anatómicas e fisiológicas produzindo-se entre os 50 e 60 anos”.

Já para Fauci et al (2008, p.53),

o envelhecimento é o declínio progressivo, universal, que ocorre em todos os organismos durante o tempo, primeiramente na reserva funcional e depois na função. (...) Não constitui uma doença, contudo o risco de desenvolver uma doença é maior, frequentemente de maneira dramática, em função da idade.

Segundo Fernandes (cit. in Neto, 2005, p.9), o envelhecimento é “conjunto de todas as modificações morfológicas, fisiológicas, bioquímicas e psicológicas que aparecem como consequência da ação do tempo sobre os seres vivos” que se traduz numa “incapacidade progressiva do organismo para se adaptar às condições variáveis do seu ambiente”.

Segundo Cancela (2007, p.1), “todo o organismo multicelular possui um tempo limitado de vida e sofre mudanças fisiológicas com o passar do tempo”.

Uma velhice patológica, depende da história de desenvolvimento e de envelhecimento, que é marcada por influências genético-biológicas, psicológicas e socioculturais, algumas das quais podem ser controladas” (Paschoal, 2002, p.79).

Cancela (2007) considera também que os indivíduos envelhecem de formas muito diversas e em ritmos diferentes, não envelhecendo todos ao mesmo tempo, podemos destacar três tipos de idades e três tipos de envelhecimento.

Envelhecimento biológico

A idade está mais determinada pela fisiologia do que pela cronologia.

O envelhecimento biológico ou idade biológica consiste num conjunto de alterações na estrutura física do corpo, bem como nas capacidades motoras e na percepção sensorial. Este declínio funcional afeta os diferentes órgãos e sistemas, debilitando o organismo. É um processo normal e universal que resulta de fatores internos e externos. As causas podem ser várias: causas genéticas, ausência de uso ou mau uso de uma aptidão ou função durante o crescimento e a idade adulta, fatores de risco que agravam o processo normal de envelhecimento, doenças intercorrentes (Fechine e Trompieri, 2012).

Segundo Spar e La Rue (2005), particularizando, as alterações atingem o sistema cardiovascular, o sistema respiratório, o sistema musculoesquelético, o sistema nervoso e outros embora com menor importância.

No sistema cardiovascular, a diminuição do tamanho e flexibilidade do coração, bem como a infiltração de lipídios e a calcificação das válvulas aórticas e mitral conduzem a diminuição do débito cardíaco. As artérias com alterações ateroscleróticas e calcificação levam a perda da elasticidade dos vasos e à progressiva acumulação de depósitos nas suas paredes, com conseqüente diminuição da circulação sanguínea e aumento da TA sistólica.

No sistema respiratório a perda de elasticidade e dilatação alveolar provoca diminuição da capacidade ventilatória, sobretudo no exercício, e aumento da dificuldade em expetorar as secreções brônquicas.

No sistema musculoesquelético a rigidez das articulações, a degeneração e calcificação das cartilagens conduz a problemas de mobilidade que podem ameaçar a própria independência do idoso.

Será porventura a nível do sistema nervoso que as alterações podem ser mais graves. A perda de peso e volume cerebrais, a degenerescência neuronal e a acumulação de placas senis, a diminuição do fluxo sanguíneo e do metabolismo da glicose podem conduzir a alterações intelectuais importantes: perda da motricidade fina, diminuição da sensação tátil, diminuição da capacidade mnemónica a curto prazo e dificuldades no controlo da postura e do equilíbrio.

A estas alterações somam-se com frequência diminuição da acuidade auditiva e visual (Spar e La Rue, 2005).

Contudo, senescência não é sinónimo de doença, pois apesar da normal deterioração das estruturas e das capacidades funcionais do organismo que limitam progressivamente a atividade do ser humano, este tem uma capacidade de adaptação que lhe permite manter uma condição de saúde (Berger, cit. in Simões, 2010, p.3).

Infelizmente, apesar dos enormes avanços da biologia molecular e da genética, os mistérios que controlam a esperança de vida e as características do envelhecimento individual continuam a ser um mistério para a ciência (Kunlin Jin, 2010).

Envelhecimento psicológico

Segundo Spar e La Rue (2005), uma parte importante do envelhecimento psicológico não pode ser separada das alterações biológicas do idoso. De facto, com o avançar da idade a inteligência, a linguagem, as funções de execução, a velocidade, a coordenação visuo-espacial e mesmo o raciocínio sofrem declínios mais ou menos significativos com reflexos óbvios no comportamento.

Particularmente importantes são as alterações da memória. Atingindo sobretudo a memória imediata de curto prazo, podem ter efeitos marcantes na vida diária. O avançar sistemático da esperança de vida pode mesmo conduzir a desarranjos estruturais da memória, como na doença de Alzheimer, com consequências devastadoras na estrutura psíquica do doente e dos familiares.

Tomando-se em consideração os muito idosos (>85 anos) estas alterações constituem um padrão gradativamente mais ou menos generalizado de declínio progressivo (Spar e La Rue, 2005).

No entanto, este declínio não é necessariamente irremediável e pode variar grandemente de pessoa para pessoa, mesmo independentemente da idade. Diferenças genéticas, relacionadas com o sexo, com a maior ou menor ausência de saúde e mesmo com estilo de vida podem resultar em graus muito diferentes de declínio: um idoso com mais de 85 anos pode ainda ter uma vida ativa, enquanto um com menos de 70 manter-se sistematicamente no leito (Shepard, 2003).

Envelhecimento social

Envelhecimento social ou idade social refere-se ao papel, aos estatutos e aos hábitos da pessoa, relativamente aos outros membros. Esta idade é fortemente determinada pela cultura e pela história de um país (Cancela, 2007, p.2).

Comporta duas mudanças importantes na vida social do idoso: fim do emprego e consequente aumento do tempo livre. À sociedade compete criar um ambiente mais adequado a quem envelhece, devendo por isso promover programas de assistência domiciliária e criar programas de assistência profissional (Cancela, 2007).

1.4.2 Qualidade de vida e envelhecimento ativo no idoso

A OMS em 1946 definiu a saúde como “estado completo de bem-estar físico, mental e social e não apenas a ausência de doença ou enfermidade”.

Também definiu qualidade de vida como a

percepção individual da sua posição na vida, no contexto da cultura e sistema de valores, nos quais se vive e em relação com os objetivos, expectativas, padrões e preocupações de cada indivíduo. É um amplo conceito de classificação afetado de um modo complexo pela saúde física do indivíduo, relações sociais, nível de independência e suas relações com características salientes do seu meio ambiente (OMS, 2002, p. 13).

O envelhecimento ativo é um paradigma introduzido também pela OMS (2002, p.12), definido como “o processo pela qual se otimizam as oportunidades de bem-estar físico, social e mental durante toda a vida com o objetivo de aumentar a esperança de vida saudável, a produtividade e a qualidade de vida na velhice”. Também a OMS (OMS, 2002, p. 12) diz que o envelhecimento ativo é “o processo de otimização das oportunidades de saúde, participação e segurança visando a melhoria do bem-estar das pessoas à medida que envelhecem”.

Segundo Renaud (2000) “a saúde afeta a vida, quando se pensa na vida plena, tem-se em primeiro lugar na mente uma vida com saúde”. A saúde surge sistematicamente como um dos aspetos mais importantes na vida das pessoas, nomeadamente nos idosos e é uma das variáveis determinantes da satisfação da vida (cit. in Silva, 2011, p.27).

Também Renaud (cit. in Silva, 2011, p.28) afirma que “as vulnerabilidades da idade avançada podem ser mais de natureza psicológica do que física”.

Para Amorim e Coelho (cit. in Silva, 2011, p.28) “(...) um indivíduo pode sentir-se doente sem ter nenhuma doença biológica (...). Esta realidade (...) tem proporcionado o

aparecimento de novos conceitos, como é o caso do de qualidade de vida”. Para estes mesmo autores,

(...) a noção de bem-estar referida pela OMS implica que a única pessoa que pode responder pela sua saúde é o próprio indivíduo visto que não é possível alguém medir o bem-estar de outra pessoa.”

Claro que, a saúde é vital para manter o bem-estar e a qualidade de vida na idade avançada, sendo que na perspectiva de Grande (cit. in Silva, 2011, p.27) “o envelhecimento da população europeia é um fenómeno irreversível, que levanta problemas sociais de vários tipos. (...) o fenómeno do envelhecimento tenderá a tornar-se uma preocupação dos centros de investigação europeus”.

Reduzindo-se a expressão à sua semântica, o termo “qualidade” refere-se a um determinado grupo de atributos ou características dadas a um objeto (neste caso a vida). Já para o termo “vida” esta apresenta-se como uma ampla categoria onde de se inserem todos os seres vivos, (...). Qualidade de vida é portanto um conceito multidimensional (Fernández-Ballesteros, 1998, p. 388).

Considerando que os indivíduos se desenvolvem em vários sistemas que influenciam o desenvolvimento dos seus valores, crenças, comportamentos, atitudes, e estes por sua vez influenciam a qualidade de vida (Alonso, Sánchez, & Martinez, 2009, p.18).

De novo com Amorim e Coelho (cit in Silva, 2011, p.28) “não só a cura e a sobrevivência são importantes, mas é-o ainda mais a qualidade de vida”.

Porém, no âmbito da área da saúde

o interesse pelo conceito de qualidade de vida é relativamente recente reportando-se a novos paradigmas que têm influenciado as práticas de saúde. Neste sentido, saúde e doença configuram-se com processos compreendidos num continuum, relacionados com aspetos económicos, socioculturais, experiência pessoal e estilos de vida (Seidl e Zannon, 2004, p. 580).

Segundo Lawtson citado por Neri (2000, p.39),

a qualidade de vida na velhice é uma avaliação multidimensional referenciada a critérios socio normativos e interpessoais, a respeito das relações atuais, passadas e prospetivas entre o indivíduo maduro ou idoso e o seu ambiente.

Ou seja a qualidade de vida na velhice depende de vários elementos que estão em constante interação ao longo da vida do indivíduo.

E foi, devido a este crescente aparecimento de textos de investigação, de diversos autores, de que se fizeram várias citações nos parágrafos anteriores, que levou a OMS a

reunir um conjunto de peritos de muitos países (WHOQOL, World Health Organization Quality of Life-Group, 1995) com o objetivo de tentar obter um conceito comum e elaborar mecanismos para a sua avaliação. Os resultados dessa reunião conduziram à definição de qualidade de vida como: "a percepção do indivíduo sobre a sua posição na vida no contexto da cultura e sistema de valores nos quais ele vive e em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações" (WHOQOL, 1994, p28).

Este tipo de conclusões acaba por se tornar um padrão que serve de guia a diversos programas de saúde e assistência, particularmente nos idosos, como se pode ver no seguinte texto do Programa Nacional para a Saúde das Pessoas Idosas (DGS, 2006, pag.5, 6 e 9):

O envelhecimento não é um problema, mas uma parte natural do ciclo de vida, sendo desejável que constitua uma oportunidade para viver de forma saudável e autónoma o mais tempo possível, o que implica uma ação integrada ao nível da mudança de comportamentos e atitudes da população em geral e da formação dos profissionais de saúde e de outros campos de intervenção social, uma adequação dos serviços de saúde e de apoio social às novas realidades sociais e familiares que acompanham o envelhecimento individual e demográfico e um ajustamento do ambiente às fragilidades que, mais frequentemente, acompanham a idade avançada.

E continua o texto, seguindo de perto as conclusões da DGS,

Se é verdade que os determinantes individuais, biológicos, genéticos e psicológicos, contribuem para a forma como envelhecemos e para a ocorrência de doenças ao longo da vida, não podemos esquecer que, em muitas situações, o declínio das funções que se associa ao envelhecimento está intimamente relacionado com fatores externos, comportamentais, ambientais e sociais. São importantes exemplos dessas situações, pela sua prevalência, entidades clínicas como a depressão bem como os fenómenos de solidão e de isolamento de muitas pessoas idosas.

Concluindo este raciocínio mais adiante,

A saúde é, assim, o resultado das experiências passadas em termos de estilos de vida, de exposição aos ambientes onde se vive e dos cuidados de saúde que se recebem, sendo a qualidade de vida, nas pessoas idosas, largamente influenciada pela capacidade em manter a autonomia e a independência.

É hoje perfeitamente claro para a sociedade e as instituições, e não apenas para os investigadores, que o conceito de qualidade de vida no idoso se tornou um fator fundamental na criação de programas assistenciais e de apoio na idade geriátrica.

Em Portugal, grande parte destas preocupações estão desde já claramente identificadas e conduzem a sete tipos de resposta previstos pelos Apoios Sociais e Programas da Segurança Social portuguesa (Segurança Social, 2013):

- Serviço de apoio domiciliário;
- Centro de convívio;
- Centro de dia;
- Centro de noite;
- Acolhimento familiar;
- Estruturas residenciais;
- Centro de férias e lazer.

Serviço de apoio domiciliário - Consiste na prestação de cuidados e serviços a famílias e ou pessoas que se encontrem no seu domicílio, em situação de dependência física e ou psíquica e que não possam assegurar, temporária ou permanentemente, a satisfação das suas necessidades básicas e ou a realização das atividades instrumentais da vida diária, nem disponham de apoio familiar para o efeito.

Centro de convívio - Apoio a atividades sociais e recreativas e culturais, organizadas e dinamizadas com participação ativa das pessoas idosas, residentes numa determinada comunidade.

Centro de dia - Conjunto de serviços que contribuem para a manutenção no seu meio social e familiar, das pessoas com 65 e mais anos, que precisem dos serviços prestados pelo Centro de Dia.

Centro de Noite - Equipamento de acolhimento noturno, dirigido a pessoas idosas com autonomia que, durante o dia permaneçam no seu domicílio e que por vivenciarem situações de solidão, isolamento e insegurança, necessitam de acompanhamento durante a noite.

Acolhimento Familiar - Consiste em integrar, temporária ou permanentemente, pessoas idosas em famílias capazes de lhes proporcionar um ambiente estável e seguro.

Estruturas residenciais - Alojamento coletivo, de utilização temporária ou permanente, para idosos.

Centro de férias e lazer - Resposta social destinada a todas as faixas etárias da população e à família na sua globalidade para satisfação de necessidades de lazer e de quebra da rotina, essencial ao equilíbrio físico, psicológico e social dos seus utilizadores (Segurança Social, 2013).

Pode-se assim afirmar, de acordo com a Direção Geral da Saúde (2004, p.6) conceitos que são particularmente importantes, nomeadamente em épocas de crise como a atual:

Uma boa saúde é essencial para que as pessoas mais idosas possam manter uma qualidade de vida aceitável e possam continuar a assegurar os seus contributos na sociedade, uma vez que as pessoas idosas ativas e saudáveis, para além de se manterem autónomas, constituem um importante recurso para as suas famílias, comunidades e economias.

Afirmando finalmente que,

O conceito de envelhecimento ativo, preconizado pela Organização Mundial da Saúde e defendido na II Assembleia Mundial sobre o Envelhecimento, depende de uma variedade de influências, ou determinantes, que envolvem não apenas os indivíduos, como as famílias e as próprias nações. A forte evidência sobre o que determina a saúde sugere que todos estes fatores, bem como os que resultam da sua interação, constituam o referencial dos indicadores da qualidade do envelhecimento das pessoas e das populações (DGS, 2004, p.6).

1.4.3 Papel do Enfermeiro no processo de envelhecimento

Segundo o 4º artigo do Capítulo II (Disposições Gerais) do Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros (REPE, p.3),

enfermagem é a profissão que, na área da saúde, tem como objetivo prestar cuidados de enfermagem ao ser humano, são ou doente, ao longo do ciclo vital, e aos grupos sociais em que ele está integrado, de forma que mantenham, melhorem e recuperem a saúde, ajudando-os a atingir a sua máxima capacidade funcional tão rapidamente quanto possível.

Cuidar um idoso nem sempre é tarefa fácil nem arbitrária, pois exige a coordenação de diversos fatores pessoais, profissionais e institucionais, proporcionando condições para satisfazer as suas necessidades básicas. Para tal é necessário partilhar atitudes como sejam a empatia, a aceitação, o compromisso, a consciência e competência. Estes atributos caracterizam o cuidado de enfermagem pois permitem colocar em ação um conjunto de saberes e recursos oriundos de diferentes áreas. Implica assim, um saber responsável e assertivo (Sousa, 2012, p.2).

Ao longo dos tempos o enfermeiro tem sido um dos principais cuidadores dos idosos e das suas famílias. “Velar, cuidar, tomar conta, representam atos que tem por função manter a vida. O cuidar foi e será sempre o fundamento dos cuidados de enfermagem” (Collière, 1989, p.29).

Em 1966 foi criado um departamento de enfermagem geriátrica pela American Nurses Association (ANA) com o intuito de estabelecer normas de cuidados de enfermagem a idosos. Estes cuidados centram-se na determinação nos pontos fortes dos idosos, e em seguida, na promoção do seu uso para maximizar a independência (Monahan, 2007).

Assim, “os enfermeiros que cuidam de idosos devem ter em consideração os seguintes conceitos importantes, relacionados com a enfermagem gerontológica (Monahan, 2007, p.12):

- As ramificações do processo de envelhecimento;
- Os diferentes ritmos a que as pessoas envelhecem;
- O efeito acumulativo das perdas da pessoa que envelhece;
- A inter-relação entre os fatores social, económico, psicológico e biológico;
- A resposta frequentemente atípica dos idosos à doença e aos seus tratamentos;
- Os efeitos acumulados da incapacidade resultante de múltiplas doenças crónicas ou processo degenerativos;
- Os valores culturais e sociais associados ao envelhecimento.

Com as alterações que os idosos sofrem, com o processo de envelhecimento, a comunicação é um fator que requer especial atenção por parte do enfermeiro. Segundo Potter e Perry (2003, p.149), “o enfermeiro deve estar ciente das alterações físicas, psicológicas e sociais que ocorrem com a idade. O enfermeiro pode recorrer a intervenções que ajudem na comunicação com o idoso”:

- No decurso da conversação, manter o ambiente calmo, sem ruído de fundo;
- Evitar saltar de assunto para assunto; deixar que a conversação flua;
- Ser um ouvinte atento. Fazer perguntas indagativas que facilitem a conversação;
- Evitar frases longas para explicar uma questão. Tentar ser simples, conciso e incisivo;

- Dar ao idoso a possibilidade de lembrar o passado. As memórias têm propriedades terapêuticas, contribuindo para uma maior sensação de bem-estar;
- Se o enfermeiro tiver dificuldade em perceber o utente, deve informá-lo disso mesmo e deve providenciar métodos que ajudem o utente a falar de forma mais inteligível;
- Deixar que a família e os amigos do utente participem nas conversas, especialmente em assuntos que lhe sejam familiares;
- Estar consciente das diferenças culturais entre os utentes.

E nunca devemos esquecer que também é papel do enfermeiro ajudar a pessoa idosa

a encontrar ela própria a sua independência, participando na discussão, implementação e organização de novos projetos, mas muitas vezes, são as famílias a primeira linha de suporte na prestação de cuidados, e cabe-nos a nós Enfermeiros, identificar as suas reais dificuldades e necessidades, treinando, educando e essencialmente valorizando o empenho e sobrecarga a que muitas vezes estão sujeitos (Sousa, 2012, p.3).

1.4.4 Estudos realizados sobre qualidade de vida do idoso no âmbito de obtenção do grau de mestrado

Os resultados que se apresentam a seguir foram os obtidos a partir de estudos sobre a qualidade de vida do idoso no âmbito da obtenção do grau de Mestrado.

No estudo de Correia em 2009 intitulado “O apoio social e a qualidade de vida no idoso no concelho de Faro”, a amostra utilizada foram 40 indivíduos com idade superior a 65 anos (67% do sexo feminino), reformados pertencentes ao centro de saúde de Faro e do lar “Cantinho do Avô”.

Foram utilizadas as escalas EASYcare e WHOQOL Bref em que os valores quanto mais próximos de 100 mais positivos são.

Na escala EASYCare, no que diz respeito à perceção da qualidade da saúde, a maioria dos inquiridos (77,5%) referia que a qualidade da sua saúde se situava entre o razoável e o muito bom.

No que concerne ao sentimento de solidão, a grande maioria (70%) admitiu sentir-se só entre algumas vezes e sempre.

Na Escala de WHOQOL Bref relativamente ao domínio físico o autor obteve um valor de 56,25, no psicológico um valor médio de 51,46, no das relações sociais a média foi a mais alta 60,83 e no do ambiente o autor obteve o valor de 54,61.

Noutro estudo intitulado “Envelhecer bem: um estudo sobre a qualidade de vida e a espiritualidade” efetuado por Simões em 2010, a amostra foi constituída por 70 pessoas com idades superiores a 65 anos que frequentavam a universidade sénior.

O autor utilizou a escala EASYCare para a avaliar a qualidade de vida destes idosos.

Dentro da área da acuidade visual, 17,1% afirmam ver com dificuldades.

Relativamente à dimensão cuidar de si, a maioria dos participantes afirmam conseguir realizar as atividades de forma autónoma.

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

A maior parte destes idosos revela uma perceção positiva em relação ao domínio da saúde mental e bem-estar.

Relativamente à perceção global da saúde, 41,4% dos inquiridos consideram-na como razoável e 34,3% como boa.

Quanto à solidão o autor verificou que 57,1% dos participantes nunca se sentem sozinhos e que 32,9% referem sentir-se sós por vezes e só 10% muitas vezes.

Silva, M. (2011) efetuou um estudo subordinado ao tema “Qualidade de vida do idoso institucionalizado em meio rural”. Para esta investigação, a amostra utilizou 20 idosos com mais de 65 anos institucionalizados.

Neste estudo foi utilizada a escala WHOQOL Bref para a avaliação da perceção da qualidade de vida por parte dos idosos.

O autor concluiu que em relação ao domínio físico o valor obtido foi positivo com uma média de 60,536. No psicológico chegou a uma média de 65. Já para o das relações sociais o valor encontrado foi o mais alto com uma média de 80,833. Por fim, dentro do domínio do meio ambiente obteve um valor de 66,875.

Na perceção da qualidade de vida em geral o valor médio foi de 66,875.

Quando inquiridos sobre o que é ter qualidade de vida, uma das respostas mais frequentes foi “ter saúde”. Muitos referem que qualidade de vida era “voltar a ser nova (20/30 anos) ... fazia o que queria”

II – Fase Metodológica

Em qualquer trabalho, particularmente de investigação, a metodologia utilizada é uma das questões fundamentais para a sua realização.

“A fase metodológica operacionaliza o estudo, precisando o tipo de estudo, as definições operacionais das variáveis, o meio onde se desenrola o estudo e a população” (Fortin, 1999, p.108)

2.1 Desenho de investigação

Um desenho de investigação é um plano lógico criado pelo investigador com vista a obter respostas às questões de investigação colocadas ou às hipóteses formuladas. (...) Elaborando cuidadosamente o seu plano de investigação, o investigador pode eliminar ou, pelo menos, reduzir as fontes de erro de maneira que uma só explicação razoável emerja dos resultados obtidos (Fortin, 1999, p.132).

Segundo Tuckman (2000, p.24), “Um desenho de investigação especifica as operações a realizar para testar as hipóteses, sob um determinado conjunto de condições”.

2.2 Tipo de estudo

A definição do tipo de estudo na elaboração de qualquer trabalho de investigação é muito importante pois vai permitir ao investigador ter uma linha de orientação para a recolha dos dados.

Neste caso o tipo de estudo consiste numa revisão bibliográfica do tipo exploratório na qual se realiza uma análise crítica e extensa sobre os estudos realizados no âmbito académico nos últimos dois anos na UFP.

Como refere Fortin (1999, p.74), “uma revisão dos documentos teóricos e empíricos pertinentes para um domínio de interesse, permite determinar o nível atual dos conhecimentos relativamente ao problema de investigação em estudo”.

2.3 População e amostra

Segundo Tuckman (2000, p.338) a população “(...) é o grupo sobre o qual o investigador tem interesse em recolher informação e extrair conclusões”.

De acordo com Fortin (1999, p.41) “(...) compreende todos os elementos (pessoas, grupos, objetos) que partilham características comuns, as quais são definidas pelos critérios estabelecidos para o estudo”.

A mesma autora define amostra como um “(...) subconjunto de uma população ou de um grupo de sujeitos que fazem parte de uma mesma população. É de qualquer forma uma réplica em miniatura da população alvo (Fortin, 1999, p.202)”. Neste caso a amostra é igual à população já que serão analisados todos os trabalhos realizados pelos alunos da UFP do CLE sobre a qualidade de vida do idoso entre 2011 e 2013.

II – Fase Empírica

Nesta fase foi feita a apresentação dos dados recolhidos ao longo do processo de investigação e posteriormente foram analisados e discutidos. Em suma, o plano de investigação precedente foi posto em execução.

Segundo Fortin (1999, p.41) “esta fase inclui a colheita de dados no terreno, seguida da organização e tratamento dos dados. (...) Em seguida passa-se à interpretação, depois à comunicação dos dados”.

3.1 Colheita e apresentação dos dados

Nesta fase proceder-se-á à colheita e apresentação dos dados para posterior discussão.

Para Fortin (1999, p.261) “o processo de colheita de dados consiste em colher de forma sistemática a informação desejada junto dos participantes, com a ajuda dos instrumentos de medida escolhidos para este fim”.

Neste caso o instrumento de colheita de dados utilizado foi um quadro relativo aos cinco grandes domínios: domínio físico, domínio psicológico, domínio das relações sociais, domínio do ambiente e perceção da qualidade de vida (Anexo 2).

À frente encontra-se um quadro, ordenado cronologicamente, com os estudos realizados pelos alunos da UFP do CLE relativamente à qualidade de vida do idoso, entre 2011 e 2013. Deste quadro constará o título do trabalho, o autor e o ano de realização.

Juntamente com o instrumento de colheita de dados, este quadro serve de guia para a sua posterior apresentação.

	Título do trabalho	Autor	Ano
1	A perceção da qualidade de vida do idoso institucionalizado.	Silva, A. P.	2011
2	Perceção da qualidade de vida dos idosos do centro de dia da Cruz Vermelha Portuguesa de Vila Nova de Gaia	Pacheco, M. J. L.	2011
3	Qualidade de vida dos idosos do Centro de Convívio de Canidelo.	Oliveira, I. M. N.	2011
4	Solidão e qualidade de vida em idosos	Ribeiro, A. S. L. S.	2012
5	Qualidade de vida dos idosos que vivem em contexto familiar na cidade do Entroncamento	Barateiro, T. M. C. M.	2013

De seguida são apresentados os principais resultados obtidos nestes mesmos estudos.

Relativamente à “perceção e qualidade de vida do idoso institucionalizado”, correspondente ao primeiro trabalho analisado, o autor Silva fez um estudo em 2011 com os seguintes objetivos:

- Conhecer a perceção da qualidade de vida dos idosos institucionalizados;
- Identificar os fatores que influenciam a sua qualidade de vida.

Este estudo foi feito através da escala EASYCare que se centra na avaliação das capacidades dos idosos e não dos deficits, permitindo avaliar o seu bem-estar físico, mental e psicológico. Foi então realizada uma entrevista a 5 idosos pertencentes ao SNS entre os 73 e 95 anos. Quatro eram viúvos e apenas um casado.

O autor refere que 60% destes idosos têm alguma dificuldade de visão e que 40% não.

Dentro deste questionário algumas das perguntas eram direcionadas à percepção da qualidade de vida por parte dos idosos nas áreas da saúde, solidão e tipo de habitação. Cada um destes parâmetros reuniu cinco níveis: excelente, muito boa, razoável e fraca.

Dentro da área da saúde, Silva concluiu que 60% considera a sua saúde razoável, 20% boa e os restantes 20% excelente.

Em relação ao tipo de habitação, tendo em conta que a habitação é a mesma, as respostas divergem. 80% consideram muito boa e 20% boa.

Relativamente à área funcional 80% precisam de alguma ajuda no trabalho doméstico e os restantes 20% sentem-se completamente incapazes de realizar este tipo de trabalho.

No que diz respeito solidão a escala reúne também cinco níveis distintos: nunca, raramente, algumas vezes, frequentemente e sempre. 40% dos idosos sentem-se sempre sozinhos, 20% frequentemente, 20% raramente e os restantes nunca.

Segundo Silva, esta análise permitiu-lhe concluir que estes idosos têm uma percepção de qualidade de vida entre os níveis do razoável e muito bom.

O segundo estudo analisado foi efetuado por Pacheco em 2011. O tema escolhido foi “Percepção da qualidade de vida dos idosos do centro de dia da Cruz Vermelha Portuguesa de Vila Nova de Gaia”.

Esta investigação teve como objetivos:

- Conhecer a percepção dos idosos acerca do seu envelhecimento;
- Conhecer as suas preocupações;
- Conhecer os seus projetos de vida.

Os idosos que frequentam o Centro de Dia da Cruz Vermelha Portuguesa, Unidade de Vila Nova de Gaia, foram a população alvo. Destes, a amostra selecionada foi constituída por seis idosos, quatro do sexo feminino e dois do masculino. Para a recolha de dados foi utilizada uma entrevista semidirigida, formal, individual e aberta.

No domínio da perceção dos idosos acerca do seu envelhecimento, o autor conclui que os entrevistados vêem o processo de envelhecimento como algo positivo. Também os mesmos entendem que o envelhecimento é uma fase da vida que deve ser vivida dia a dia. O mesmo autor diz que a única preocupação destes idosos parece ser a degenerescência do estado de saúde.

Por outro lado, o sentimento de revolta está presente nestes idosos face ao processo de envelhecimento. Esta revolta envolve fatores externos como a saúde, a juventude, o estado do país e também endógenos (revolta interior) quando referem querer voltar atrás no tempo.

No que diz respeito às preocupações dos idosos, Pacheco refere que a sua grande preocupação reside na saúde que por sua vez vai influenciar o sector financeiro. Também outra preocupação centra-se nos afetos. Os entrevistados referem com mágoa o fato de serem viúvos ou o fato dos filhos não terem tempo para eles.

Quanto aos projetos de vida o autor conclui que o maior medo dos idosos é a solidão e o não querer viver sozinho.

Em suma, pôde concluir que a manutenção da saúde é um objetivo comum a todos os idosos, bem como o convívio e o lazer são referidos como uma mais-valia por parte dos entrevistados.

O autor Oliveira, em 2011 no seu estudo intitulado “Qualidade de vida dos idosos do Centro de Convívio de Canidelo”, terceiro estudo analisado, teve com objetivo geral de trabalho avaliar a qualidade de vida dos idosos que frequentam o Centro de Convívio de Canidelo. Deste objetivo geral surgiram os seguintes específicos:

- Compreender como percecionam a qualidade de vida, nos diferentes domínios, os idosos que frequentam o Centro de Convívio de Canidelo;
- Quantificar a qualidade de vida, nos seus vários domínios, dos idosos que frequentam o Centro de Convívio de Canidelo.

Para tal, utilizou como método de pesquisa um questionário efetuado a um total de 10 idosos com idade igual ou superior a 65 anos de ambos os sexos que frequentam o Centro de Convívio de Canidelo. Este questionário baseou-se na versão portuguesa do WHOQOL Bref. Este questionário permite avaliar a perceção do idoso sobre os aspetos que interferem na sua vida relativamente a quatro domínios: físico, psicológico, relações sociais e ambiente. Assim, são avaliados os totais de cada domínio, sendo que a avaliação é tanto mais positiva quanto mais próxima estiver do 100.

Oliveira conclui que os valores mais positivos estão ligados aos domínios ambiental (M=63,44) e das relações sociais (M=63,33). Relativamente ao domínio das relações sociais, apresenta maior variabilidade de resposta apesar de ter resultados médios (M=66,67) mais elevados. Já o domínio do meio ambiente é o que tem menor dispersão nas respostas. O domínio físico é o que tem resultados mais baixos (M=45), seguido do psicológico (M=57,08).

Em relação à qualidade de vida, 60% destes idosos tem um a perceção da sua como: nem boa nem má. Os restantes 40% consideram que têm uma qualidade de vida boa.

O quarto estudo analisado, com o título “Solidão e qualidade de vida em idosos”, foi realizado por Ribeiro em 2012. Os objetivos deste estudo que surgiram das questões de investigação são os seguintes:

- Conhecer a perceção do idoso relativamente à sua qualidade de vida;
- Identificar se existe solidão em idosos;
- Perceber se a solidão poderá afetar a qualidade de vida em idosos.

Este estudo foi efetuado num Lar/Centro de dia situado numa freguesia do concelho de Santa Maria da Feira. A população alvo deste estudo foram os 35 idosos do Lar/ Centro de dia com mais de 65 anos.

Nesta investigação foram usadas escalas de medida nomeadamente: a Escala de Qualidade de Vida e Bem-estar no Idoso (EASyCare) e a Escala da Solidão da UCLA.

Estes idosos eram maioritariamente do sexo feminino 65,7%.

Através da escala EASYCare, Ribeiro concluiu que os inquiridos se encontravam numa situação de normalidade ou de diminuição ligeira da acuidade visual (M=3 num máx. de 8). Relativamente aos autocuidados afirma que os idosos são praticamente independentes nas AVDs não apresentando grandes limitações (M=8 num máx. de 21). Quanto à mobilidade os idosos percecionam-na como boa, podendo alguns precisar de alguma ajuda (M=7 num máx. de 16). No que diz respeito ao local de residência e finanças metade não está satisfeito com o seu local de residência e não sabe fazer uma boa gestão dos seus assuntos financeiros (M=1,5 num máx. de 3). Finalmente, no que diz respeito à saúde mental os idosos apresentam alguns problemas a este nível (M=10 num máx de 16).

Quanto à Escala UCLA os inquiridos não apresentam níveis de solidão muito significativos (M=44,5 entre um mín. de 18 e máx de 72).

O autor Barateiro, em 2013, efetuou o último estudo analisado com o tema “Qualidade de vida dos idosos que vivem em contexto familiar na cidade do Entroncamento”. Este autor delineou o seguinte objetivo geral para este estudo: conhecer a qualidade de vida dos idosos em contexto familiar na cidade do Entroncamento. A partir deste surgiram os seguintes mais específicos:

- Verificar se existem diferenças entre a qualidade de vida dos idosos do sexo masculino e os idosos de sexo feminino;
- Conhecer se a idade influencia a qualidade de vida do idoso;
- Perceber até que ponto a existência ou não, de filhos influencia a qualidade de vida dos idosos;
- Analisar se existem diferenças entre a qualidade de vida de um idoso reformado do não reformado;
- Identificar se existem diferenças entre a qualidade de vida dos idosos e o estado civil.

O autor do estudo utilizou como instrumento de recolha de dados o questionário WHOQOL Bref, instrumento de avaliação da qualidade de vida.

A população alvo deste estudo foram os idosos ativos com mais de 65 anos que vivem em contexto familiar na cidade do Entroncamento. A amostra foi então constituída pelos idosos que se encontravam nos dias 18, 19 e 20 de Agosto de 2012, em espaços comunitários da zona centro da cidade que reuniam estas características.

Barateiro após analisar o questionário refere que a média do índice de qualidade de vida (IQV) para os idosos do Entroncamento é de 1400,56. Já dividindo em qualidade de vida por domínios refere que o domínio com maior média de IQV é o das relações sociais com 399,74 e com menor o do ambiente com 317,22 (físico 338,3 e psicológico 363,8).

Relativamente à qualidade de vida o autor refere que 46,7% dos idosos consideram a sua nem boa nem má, e também 46,7% boa. Sendo que apenas 2,2% consideram má e 4,4% muito boa.

3.2 Discussão dos resultados

Nesta fase foi feita a discussão dos dados anteriormente apresentados, resultante da análise dos trabalhos efetuados na UFP pelos alunos do CLE entre 2011 e 2013 cruzando-os com alguns estudos da fase concetual.

Segundo Fortin (1999, p.331),

o investigador analisa o conjunto dos resultados e interpreta-os segundo o tipo de estudo e o quadro de referência utilizados, tendo em conta o fato de que visa ou a descrição de um fenómeno ou a exploração e a verificação de relações entre os fenómenos, ou ainda, a verificação de hipóteses causais.

Analisando os cinco projetos de graduação pôde-se constatar que todos foram realizados pelos alunos do CLE no âmbito de obtenção do grau de Licenciados em Enfermagem centrados no tema “envelhecimento e qualidade de vida”.

Três destes trabalhos foram realizados no ano de 2011, um no ano de 2012 e o outro já no presente ano.

Três dos estudos foram realizados a idosos institucionalizados ou que frequentavam algum tipo de centro de dia ou lar e um na comunidade.

Seguidamente tentar-se-á responder aos objetivos propostos no início deste trabalho.

O primeiro foi: identificar os fatores que os investigadores encontraram que mais influenciam o envelhecimento, na opinião dos idosos.

Dentro do primeiro domínio, o domínio físico e de acordo com Silva (2011, UFP) 60% dos idosos têm problemas com a visão sendo que 40% não têm qualquer problema a este nível. Já Ribeiro (2011, UFP) no seu estudo refere que os inquiridos têm uma diminuição ligeira na acuidade visual tal como verificou Simões (2010), que diz que apenas 17,1% dos idosos referem problemas de visão.

Ainda dentro deste domínio, na área da saúde, os autores Silva (2011, UFP) e Simões (2010), chegam a valores muito próximos. Ambos os autores afirmam que os idosos consideram a sua saúde entres os valores do razoável e do bom.

Quando se fala em mobilidade, o autor Silva (2011, UFP) refere que 80% dos idosos necessitam de ajuda e que 20% são incapazes. Este resultado difere um pouco do que afirma Ribeiro (2012, UFP). Ribeiro diz que a mobilidade dos inquiridos na maioria é boa apesar de alguns necessitarem de ajuda. Por outro lado, no estudo de Simões (2010) verificou-se que a maioria dos inquiridos é autónoma.

No que diz respeito ao domínio das relações sociais, quando falamos de solidão, a maioria dos autores refere que é um fator importante no envelhecimento destes idosos. Silva (2011, UFP) afirma que 40% dos inquiridos sentem-se sempre sozinhos, 20% frequentemente, 20% raramente e os restantes nunca. Também Ribeiro (2012, UFP) diz que os idosos entrevistados referem níveis de solidão muito significativos ($M=44,5$ num intervalo entre um mín. de 18 e um máx. de 72). Desta forma, estes dois estudos realizados na UFP vão de encontro ao que Simões verificou no seu, apesar destes resultados serem os mais pessimistas, que refere que 57,1% dos idosos se sentem sozinhos, 32,9% sós por vezes e 10% muitas vezes.

Quando falamos do quarto domínio, o domínio do ambiente, os estudos não abrangem todos os mesmos itens. Assim, Silva (2011, UFP) diz que 80% dos inquiridos consideram a local onde vivem muito bom e 20% bom, enquanto Ribeiro (2012, UFP) refere que apenas metade está satisfeito com a sua habitação. O mesmo autor diz também que metade destes idosos não são capazes de gerir o seu dinheiro enquanto Simões (2010) afirma que 98,6% são capazes.

Por fim, nos estudos onde foi realizado o inquérito WHOQOL Bref os resultados são semelhantes. Tanto Oliveira (2011, UFP) como Silva, M. (2011) chegaram às mesmas conclusões. Nestes estudos os domínios com pontuações mais altas são os domínios das relações sociais (63,33 e 80,833 respetivamente). Para os mesmos autores o domínio com valores mais baixos foi o domínio físico. Para Oliveira o valor médio foi negativo (45) para Silva foi igualmente baixo embora positivo (60,536). No domínio psicológico estes autores obtiveram valores médio positivos (Oliveira 57,02 e Silva 65).

Para Barateiro (2012, UFP) e Correia (2009) os valores mais altos foram os relativos ao domínio das relações sociais. Em Barateiro (2012), surge o domínio psicológico com melhores valores, seguindo-se o domínio físico e por último o domínio relativo ao ambiente. Já para Correia o domínio com o valor médio mais baixo foi o psicológico sendo que os domínios das relações sociais e físico andaram com valores muito próximos.

Segundo todos estes autores, o domínio que apresentou valores médios mais altos foi o das relações sociais e, na maioria, os valores mais baixos situaram-se no domínio físico.

O segundo objetivo proposto no início do estudo foi identificar qual a perceção que os idosos estudados têm sobre a sua qualidade de vida e as suas maiores preocupações.

Relativamente à perceção que os idosos têm em relação à sua qualidade de vida todos os estudos convergem na mesma direção. O autor Silva (2011, UFP) diz que os inquiridos consideram ter uma qualidade de vida entre os níveis de razoável e muito boa. Oliveira (2011, UFP) afirma que 60% a sua qualidade de vida nem boa nem má e que os restantes 40% a consideram boa. O autor Barateiro (2013, UFP) também refere 46,7% dos idosos do seu estudo consideram ter uma qualidade de vida nem boa nem má, 46,7% boa, 4,4% muito boa e apenas 2,2 má. Nos outros estudos, Correia (2009) diz

que 75% dos inquiridos considera ter uma qualidade de vida entre os níveis de razoável e muito boa. Já Silva (2011) chegou a um valor médio positivo de aproximadamente 67.

Na maioria dos estudos os idosos referem como principais preocupações a saúde, a solidão, preocupações financeiras, a presença ou não dos seus filhos na sua vida e até alguns estudos referem que os idosos gostavam de voltar atrás no tempo e serem outra vez jovens como é o caso dos estudos de Pacheco (2011, UFP) e Silva, M. (2011).

Os dados obtidos e as opiniões dos idosos são claramente condizentes com as preocupações que transparecem dos textos da OMS, particularmente o WHOQOL e os diversos textos referidos da DGS portuguesa que concluem que “os últimos anos de vida são, muitas vezes, acompanhados de situações de fragilidade e de incapacidade que, frequentemente, estão relacionadas com situações suscetíveis de prevenção (DGS, 2004, p.1)”, que possam conduzir a um “processo pelo qual se otimizam as oportunidades de bem-estar físico, social e mental durante toda a vida com o objetivo de aumentar a esperança de vida saudável, a produtividade e a qualidade de vida na velhice” (OMS, 2002, p.12).

Conclusão

Segundo Fortin (1999, p.365), a conclusão é uma

consequência lógica deduzida da análise dos dados. Também, secção de um relatório de investigação que resume os principais resultados da investigação, as suas implicações e os seus limites; pode apresentar sugestões para outras investigações.

Este estudo de investigação foi desenvolvido no âmbito do Projeto de Graduação do 4º ano do Curso de Licenciatura em Enfermagem da Universidade Fernando Pessoa, tendo como principais objetivos académicos aprofundar os conhecimentos de métodos e técnicas de investigação e aprofundar conhecimentos acerca do tema escolhido, utilizando como método fundamental a pesquisa bibliográfica.

Atualmente assistimos a um envelhecimento progressivo da população mundial. Entre 2000 e 2030, prevê-se que o número de idosos aumente em todo o mundo de 420 para perto de mil milhões (Fauci, 2008). Este envelhecimento deve-se ao fato dos avanços tecnológicos e da medicina o que leva a um aumento da esperança média de vida, juntamente com uma diminuição da taxa de fecundidade. Segundo os dados do Eurostat (2003), a taxa de fecundidade europeia diminuiu consideravelmente nos últimos anos, estando atualmente claramente abaixo do mínimo necessário à reposição das gerações.

Os estudos que foram analisados, existentes no repositório institucional da UFP on-line, possuíam amostras de pequena dimensão, o que dificultou a extração de conclusões, permitindo porém indicações de indiscutível utilidade, já que são razoavelmente consistentes nos seus resultados.

De facto, em todos os estudos, uma das preocupações fundamentais dos idosos é a sua saúde, contribuindo esta para a sua própria avaliação da qualidade de vida.

Também muito constante foi a afirmação da boa qualidade das relações sociais, a que não será estranho o fato de a maioria dos estudos terem sido realizados em lares ou centros de idosos o que transforma estes estudos numa subamostra da população geral neste grupo etário.

Apesar destas respostas positivas do ponto de vista social, não deixam, porém, de referir que gostariam duma presença mais frequente da família, nomeadamente dos filhos.

Em termos pessoais, considera-se que a realização deste trabalho permitiu tomar conhecimento das várias etapas de um projeto de investigação, sensibilizando o investigador para o que considera serem as dificuldades, a necessidade de persistência e a realização pessoal associadas à investigação.

O aluno considera ter atingido os objetivos inicialmente propostos, no entanto, torna-se importante referir que uma vez que o investigador não possuía experiência na área da investigação científica, sentiu algumas limitações na realização deste estudo o que o tornou esta experiência ainda mais enriquecedora e gratificante. Desta forma, a realização do projeto de investigação foi uma mais-valia nomeadamente na aquisição de conhecimentos e experiência ao nível da investigação científica.

Bibliografia

Alonso, M. A., Sánchez, L. E., & Martínez, B. A. (2009). Evaluación de la calidad de vida en personas mayores: La Escala FUMAT. Salamanca, Publicaciones del INICO.

Cancela, D.M.G (2007). O processo de envelhecimento. Porto, O portal dos psicólogos.

Colliére, M. F. (1989). Promover a vida – da prática das mulheres de virtude aos cuidados de enfermagem. Lisboa, Sindicato dos Enfermeiros Portugueses.

Costa, M. A. M. et al (1999). O Idoso – Problemas e Realidades. Coimbra, FORMASAU – Formação e Saúde Lda.

Fauci, A. S. et al. (2008) Harrison – Medicina Interna. São Paulo, AMGH Editora Ltda.

Fernández-Ballesteros, R. (1998). Quality Of Life: Concept and Assessment. In J. G.Adair, D. Bélanger, & K. L. Dion, Advances in Psychological Science. Est Sussex, UK: Psychology Press.

Fontaine, R. (2000). Psicologia do Envelhecimento. Lisboa, Climepsi Editores.

Fortin, M. F. (1999). O processo de investigação – da concepção à realização. Loures, Lusociência.

Galvão, C. (2006). O Envelhecimento e Cuidados Geriátricos. *Revista Portuguesa de Clinica Geral*. 22 pp. 729-730.

Monahan, F. D. et al. (2010). Enfermagem Médico-cirúrgica – Perpetivas de Saúde e Doença. Loures, Lusociência.

Moura, C. (2006). Século XXI – Século do envelhecimento. Loures, Lusociência.

Neri, A .L. (2000) Qualidade de vida na velhice e atendimento domiciliário. In: Yeda.A.O.Duarte & M.Diogo: Atendimento Domiciliar um Enforque Gerontológico. Um enfoque gerontológico. (pp.39,40).

Pachcoal, S. (2002) Qualidade de vida na velhice. In E. Freitas, L.Py, A. Neri, F. Cançado, M. Gorzoni & S.Rocha (eds), Tratado de Geriatria e Gerontologia. Rio de Janeiro, Guanabara Koogan.

Potter, P. A. E Perry, A. G. (2003). Fundamentos de Enfermagem – Conceitos e Procedimentos. Loures, Lusociência.

Quivy, R. (1998). Manual de investigação em ciências sociais. Lisboa, Gradiva.

Seidl, E.M.F. e Zannon, C.M.L.C. (2004). Qualidade de vida e saúde: Aspectos conceituais e metodológicos. *Cadernos de Saúde Pública*. 20, 580-588.

Shepard, R. J. (2003) Envelhecimento, atividade física e saúde. São Paulo, Phorte.

Spar, J. E. e La Rue, A. (2005). Guia Prático Climepsi de Psiquiatria Geriátrica. Lisboa, Climepsi Editores.

Tuckman, Bruce W. (2000). Manual de investigação em educação. 4ª Edição, Lisboa, Fundação Calouste Gulbenkian.

WHOQOL Group (1994). Development of the WHOQOL: Rationale and current status. *International Journal of Mental Health*, 23(3), pp. 24-56.

Webgrafia

Barateiro, T. M. C. M. (2013). Qualidade de vida dos idosos que vivem em contexto familiar na cidade do Entroncamento. [Em linha]. Disponível em <<http://bdigital.ufp.pt/bitstream/10284/3627/1/PG-TiagoBarateiro.pdf>>. [Consultado em 15/06/2013].

Carvalho, P. e Dias, O. (2011). Adaptação dos Idosos Institucionalizados. Millenium. [Em linha]. Disponível em <<http://www.ipv.pt/millenium/Millenium40/12.pdf>>. [Consultado em 20/06/2013].

Correia, C. M. G. G. S. (2009). O Apoio Social e A Qualidade de Vida dos Idosos do Concelho de Faro. [Em linha]. Disponível em <<https://sapientia.ualg.pt/bitstream/10400.1/564/1/Carla%20-%20DISSERTA%C3%87%C3%83O.pdf>>. [Consultado em 21/06/2013].

Direção-Geral da Saúde. (2004). Programa Nacional Para a Saúde das Pessoas idosas. [Em linha]. Disponível em <<http://www.min-saude.pt/NR/rdonlyres/1C6DFE0E-9E74-4DED-94A9-F7EA0B3760AA/0/i006346.pdf>>. [Consultado em 04/06/2013].

Encyclopaedia Britannica. (2012). Élie Metchnikoff - Biography. [Em linha]. Disponível em <<http://www.britannica.com/EBchecked/topic/378080/Elie-Metchnikoff>>. [Consultado em 15/06/2013].

Fechine, B. R. A. A. e Trompieri, N. (2012). O processo de Envelhecimento: as principais alterações que acontecem com o idoso com o passar dos anos. *InterSciencePlace – Revista Científica Internacional*. [Em linha]. Disponível em <<http://www.interscienceplace.org/interscienceplace/article/viewFile/382/268>>. [Consultado em 15/06/2013].

Instituto Nacional de Estatística. (2009). Estimativas Provisórias de População Residente, 2008. [Em linha]. Disponível em <https://www.google.pt/#output=search&client=psy-ab&q=8.%09Estimativas+Provis%C3%B3rias+de+Popula%C3%A7%C3%A3o+Residente.+Instituto+Nacional+de+Estat%C3%ADstica:+2008&oq=8.%09Estimativas+Provis%C3%B3rias+de+Popula%C3%A7%C3%A3o+Residente.+Instituto+Nacional+de+Estat%C3%ADstica:+2008&gs_l=hp.3...809.809.1.1308.1.1.0.0.0.136.136.0>

j1.1.0...0.0.0..1c.1.17.hp._Aq-KsJUxU&psj=1&bav=on.2,or.r_cp.r_qf.&bvm=bv.48572450,d.ZWU&fp=463ba6bdbf5f2fd1&biw=1163&bih=596>. [Consultado em 22/05/2013].

Instituto Nacional de Estatística. (2011). Esperança de vida à nascença. [Em linha]. Disponível em < http://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_indicadores&userLoadSave=Load&userTableOrder=4475&tipoSelecao=1&contexto=pq&selTab=tab1&submitLoad=true>. [Consultado em 22/05/2013].

Jin, K. (2010). Modern Biological Theories of Aging. [Em linha]. Disponível em <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2995895/>>. [Consultado em 18/06/2013].

Neto, T. (2005). Relação entre alcance funcional e quedas no individuo muito idoso institucionalizado. [Em linha]. Disponível em <<http://repositorio-cientifico.uatlantica.pt/bitstream/10884/77/1/RelacaoAlcanceFuncionalQuedasNoIndividuoIdosoInstitucionalizado.pdf>>. [Consultado em 15/06/2013].

Oliveira, I. M. N. O. (2011). Qualidade de vida dos Idosos do Centro de Convívio de Canidelo. [Em linha]. Disponível em <http://bdigital.ufp.pt/bitstream/10284/2847/3/T_13044.pdf>. [Consultado em 15/06/2013].

Pacheco, M. J. L. (2011). Percepção da Qualidade de Vida dos Idosos do Centro de Dia da Cruz Vermelha Portuguesa. [Em linha]. Disponível em <http://bdigital.ufp.pt/bitstream/10284/2709/3/T_17783.pdf>. [Consultado em 15/06/2013].

Ribeiro, A. (2012). Solidão e Qualidade de Vida em Idosos. [Em linha]. Disponível em <http://bdigital.ufp.pt/bitstream/10284/3658/3/PG_AnaRibeiro.pdf>. [Consultado em 15/06/2013].

Rosa, M. J. V. (1993). O desafio social do envelhecimento demográfico. [Em linha]. Disponível em <<http://analisesocial.ics.ul.pt/documentos/1223291769P9jTF5la0Hq76JE3.pdf>>. [Consultado em 28/05/2013].

Segurança Social. (2013). Apoios Sociais e Programas - Idosos. [Em linha]. Disponível em < <http://www4.seg-social.pt/idosos>>. [Consultado em 20/06/2013].

Silva, A. B. C. C. S. (2011). Qualidade de vida do idoso institucionalizado em meio rural. [Em linha]. Disponível em <<https://bibliotecadigital.ipb.pt/bitstream/10198/625/3/Tese%20final.pdf>>. [Consultado em 21/06/2013].

Silva, A. P. (2011). A perceção de qualidade de vida do idoso institucionalizado. [Em linha]. Disponível em <http://bdigital.ufp.pt/bitstream/10284/2675/3/T_18065.pdf>. [Consultado em 15/06/2013].

Silva, F. C. M.. (2011). Qualidade de vida no processo de envelhecimento e a integração nos centros de dia (uma perspetiva do utente). [Em linha]. Disponível em <<http://recil.grupolusofona.pt/bitstream/handle/10437/1660/TESE%20FINAL%20FLORA.pdf?sequence=1>>. [Consultado em 15/06/2013].

Simões, P. J. F. F. (2010). Envelhecer bem: um estudo sobre qualidade de vida e espiritualidade. [Em linha]. Disponível em <<http://ria.ua.pt/bitstream/10773/3310/1/2010001273.pdf>>. [Consultado em 18/06/2013].

Sousa, A. D. (2012). Relação Enfermeiro – Idoso, Crenças e Valores. *Ordem dos Enfermeiros*. [Em linha]. Disponível em <<http://www.ordemenfermeiros.pt/sites/madeira/informacao/Documents/Artigos%20Enfermeiros/Rela%C3%A7%C3%A3o%20Enfermeiro%20-%20Idoso,%20Cren%C3%A7as%20e%20Valores%20por%20enfermeira%20Dulce%20Silva.pdf>>. [Consultado em 26/06/2013].

World Health Organization. (2002). Active Ageing – A Policy Framework. [Em linha]. Disponível em <http://whqlibdoc.who.int/hq/2002/WHO_NMH_NPH_02.8.pdf>. [Consultado em 28/05/2013].

World Health Organization. (1946). WHO definition of Health. [Em linha]. Disponível em <<http://www.who.int/about/definition/en/print.html>>. [Consultado em 18/06/2013].

Anexos

Anexo 1 – Quadro dos estudos realizados pelos alunos UFP

	Título do trabalho	Autor	Ano
1	A perceção da qualidade de vida do idoso institucionalizado.	Silva, A. P.	2011
2	Perceção da qualidade de vida dos idosos do centro de dia da Cruz Vermelha Portuguesa de Vila Nova de Gaia	Pacheco, M. J. L.	2011
3	Qualidade de vida dos Idosos do Centro de Convívio de Canidelo.	Oliveira, I. M. N.	2011
4	Solidão e Qualidade de Vida em Idosos	Ribeiro, A. S. L. S.	2012
5	Qualidade de vida dos idosos que vivem em contexto familiar na cidade do Entroncamento	Barateiro, T. M. C. M.	2013

Anexo 2 – Quadro de Colheita de Dados

	Silva 2011	Pacheco 2011	Oliveira 2011	Ribeiro 2012	Barateiro 2013	Correia 2009	Simões 2010	Silva, M. 2011
Domínio Físico Saúde Mobilidade AVDs								
Domínio Psicológico								
Domínio das Relações Sociais								
Domínio Ambiente Habitação Finanças Lazer								
Perceção da Qualidade de Vida								