



**INSTITUTO POLITÉCNICO DE LISBOA**  
**ESCOLA SUPERIOR DE TECNOLOGIA DA SAÚDE DE LISBOA**

**Qualidade de Vida e Espiritualidade em Idosos  
Institucionalizados e em Comunidade**

Ana Elisabete de Jesus Alves da Cruz

Orientador: Professora Doutora Luísa Pedro; ESTESL-IPL

Mestrado em Fisioterapia

Lisboa, 2012

**INSTITUTO POLITÉCNICO DE LISBOA**  
**ESCOLA SUPERIOR DE TECNOLOGIA DA SAÚDE DE LISBOA**

**QUALIDADE DE VIDA E ESPIRITUALIDADE EM IDOSOS  
INSTITUCIONALIZADOS E EM COMUNIDADE**

Ana Elisabete de Jesus Alves da Cruz

Orientador: Professora Doutora Luísa Pedro; ESTESL-IPL

Júri

Presidente: Prof<sup>a</sup>. Doutora Margarida Santos

Arguente: Prof. Doutor José Luís Pais Ribeiro

Mestrado em Fisioterapia

(esta versão incluiu as críticas e sugestões feitas pelo júri)

Lisboa, 2012



Se o meu andar é hesitante  
e as minhas mãos trémulas, ampare-me.  
Se a minha audição não é boa, e tenho que me  
esforçar para ouvir o que me  
está a dizer, procure entender-me.  
Se a minha visão é imperfeita  
e o meu entendimento escasso,  
ajude-me com paciência.  
Se a minha mão treme e derrubo comida  
na mesa ou no chão, por favor,  
não se irrite, tentei fazer o que pude.  
Se encontrar-me na rua,  
não finja que não me viu.  
Pare para conversar comigo. Sinto-me só.  
Se na sua sensibilidade,  
Vê-me triste e só,  
simplesmente partilhe comigo um sorriso e seja solidário.  
Se lhe contei pela terceira vez a mesma história num  
só dia, não me repreenda, simplesmente ouça-me.  
Se me comporto como criança, cerque-me de carinho.  
Se estou doente e a ser um peso, não me abandone.  
Se estou com medo da morte e tento negá-la,  
por favor, ajude-me na preparação para o adeus.

(autor desconhecido)

## **Agradecimentos**

Agradeço a todos os que tiveram a paciência para aguentar a minha ausência e a minha impertinência ao longo deste percurso, aos meus pais, ao meu companheiro e aos meus amigos de idade avançada que todos os dias me perguntaram quando voltaria a dar-lhes a atenção devida.

Não poderei esquecer as minhas amigas Irmãs Franciscanas, Irmã Emília Silva, Irmã Rosa Sampaio e Irmã Luciana Azevedo que me ajudaram no meu dia-a-dia tão atribulado.

Um enorme obrigado à Professora Doutora Luísa Pedro, que me contagiou com o seu entusiasmo e que me orientou neste percurso com paciência e sapiência.

## Resumo

**Introdução:** O envelhecimento humano tem preocupado a humanidade desde o início da civilização. Poucos enigmas têm merecido tanta atenção e preocupação do homem como o envelhecimento e a incapacidade funcional relacionada a este processo. A qualidade de vida associada ao envelhecimento está dependente do contexto e das circunstâncias a que cada indivíduo está sujeito. O estilo de vida adoptado, as condições pessoais particulares e os factores sociodemográficos aparecem como os factores que melhor explicam as diferenças inter-individuais da qualidade de vida na população idosa. A espiritualidade tem sido apontada como uma importante dimensão da qualidade de vida, sendo este um conceito recente, que engloba e transcende o conceito de saúde, pois é composto de vários domínios ou dimensões. **Objectivos:** Avaliar e comparar a qualidade de vida entre idosos institucionalizados e idosos em comunidade; avaliar e comparar a espiritualidade entre idosos institucionalizados e idosos em comunidade; avaliar e comparar a correlação entre a espiritualidade e a qualidade de vida nos idosos institucionalizados e nos idosos em comunidade. **Metodologia:** Trata-se de um estudo observacional, do tipo descritivo, correlacional. Para a recolha de dados foram utilizadas duas escalas: SF-36v2; a Escala de Avaliação da Espiritualidade (Pinto e Pais-Ribeiro, 2007); e um breve questionário de caracterização da amostra. A amostra compreende 122 pessoas idosas das quais 61 encontram-se institucionalizadas e outras 61 encontram-se inseridas na comunidade; 74,6% são do género feminino e 25,4% do género masculino. **Discussão:** Analisando a qualidade de vida, observamos que não existem diferenças significativas entre os dois grupos de idosos, mas existem entre os géneros de cada grupo. Em ambos os grupos, o género masculino tende a apresentar melhor qualidade de vida. Analisando a espiritualidade, observamos que não existem diferenças entre os idosos em comunidade e os idosos institucionalizados, no entanto, existe diferença entre os géneros de cada grupo. Em ambos os grupos o género feminino apresenta maior dimensão espiritual. Correlacionando a espiritualidade com a qualidade de vida, podemos verificar que existe correlação significativa em ambos os grupos de idosos, manifestando-se embora de forma diferente. **Conclusões:** Existe uma correlação significativa entre espiritualidade e a qualidade de vida nos idosos e esta manifesta-se de forma diferente nos idosos institucionalizados e nos idosos inseridos na comunidade.

**Palavras-Chave:** Idosos; Espiritualidade; Qualidade de Vida

## **Abstract**

**Introduction:** Human aging has concerned mankind since the dawn of civilization. Few riddles have received much attention and concern of man as the aging and disability. The quality of life associated with aging is dependent on the context and circumstances in each individual subject. The lifestyle adopted, the personal and the particular socio-demographic factors appear as the factors that best explain the inter-individual differences in quality of life in the elderly. Spirituality has been identified as an important dimension of quality of life, which is a new concept that encompasses and transcends the concept of health, it is composed of multiple domains or dimensions.

**Objectives:** To evaluate and compare the quality of life among elderly in the community and institutionalized elderly, evaluate and compare the spirituality among elderly in the community and institutionalized elderly, evaluate and compare the correlation between spirituality and quality of life in institutionalized elderly and the elderly in the community. **Methodology:** This is an observational study design, descriptive, correlational. For data collection were used two scales: SF-36v2, Spirituality Assessment Scale (Pinto and Pais-Ribeiro, 2007), and a brief characterization questionnaire of the sample. The sample is composed by 122 elderly people from which 61 are institutionalized and other 61 are inserted in the community; 74.6% are female and 25.4% are males. **Discussion:** Looking at the quality of life, we found no significant differences between the two groups of elderly, but there are of each gender group. In both groups, the males tend to have better quality of life. Analyzing spirituality, we found no differences among the elderly in community and institutionalized elderly, however, there are differences among genders in each group. In both groups the female gender has a higher spiritual dimension. Correlating spirituality to quality of life, we can see that there is a significant correlation in both groups of elderly, even though manifesting themselves differently. **Conclusions:** There is a significant correlation between spirituality and quality of life spirituality on seniors and this manifests itself differently in the institutionalized elderly and the elderly included in the community.

**Keywords:** Elderly, Spirituality, Quality of Life

# **Índice**

1. Introdução.....	1
2. Enquadramento Teórico .....	3
2.1. Envelhecimento.....	3
2.1.1. Processo de Envelhecimento .....	4
2.1.2. Envelhecimento Activo/Bem-sucedido.....	9
2.2. O Indivíduo Idoso .....	11
2.2.1 O Idoso Institucionalizado .....	14
2.2.2. Fisioterapia Geriátrica.....	16
2.3. Qualidade de Vida.....	17
2.3.1. Qualidade de Vida e Envelhecimento .....	19
2.3.2. Qualidade de Vida e Saúde .....	22
2.4. Espiritualidade.....	23
2.4.1. Espiritualidade e Envelhecimento .....	24
2.4.2. Espiritualidade na Saúde .....	25
2.4.3. Espiritualidade e Qualidade de Vida .....	27
3. Questões e Objectivos da Investigação.....	28
4. Metodologia .....	29
4.1. Desenho de Investigação.....	29
4.2. Caracterização da Amostra.....	29
4.3. Instrumentos de Recolha de Dados .....	29
4.3.1 MOS SF-36.....	29
4.3.2. Escala da Espiritualidade.....	30
4.3.3. Questionário Complementar Sociodemográfico .....	32
4.4. Procedimento .....	32
5. Resultados.....	33

5.1. Análise do Género, Estado Civil, Escolaridade e Idade dos Idosos Inseridos na Comunidade e dos Idosos Institucionalizados.....	33
5.2. Avaliação da qualidade de vida entre os géneros em idosos inseridos na comunidade .....	35
5.3. Avaliação da qualidade de vida entre os géneros em idosos institucionalizados .....	36
5.4. Avaliação da qualidade de vida entre idosos institucionalizados e idosos em comunidade .....	37
5.5. Avaliação da espiritualidade entre os géneros em idosos inseridos na comunidade .....	38
5.6. Avaliação da espiritualidade entre os géneros em idosos institucionalizados .....	38
5.7. Avaliação da espiritualidade entre idosos em comunidade e idosos institucionalizados .....	39
5.8. Análise da Correlação da Qualidade de Vida e Espiritualidade nos Idosos Inseridos na Comunidade e nos Idosos Institucionalizados.....	40
6. Discussão dos Resultados.....	41
7. Conclusões .....	43
Referências Bibliográficas .....	45
Anexos .....	51
Apêndices.....	56

## 1. Introdução

O envelhecimento humano tem preocupado a humanidade desde o início da civilização. Poucos enigmas têm merecido tanta atenção e preocupação do homem como o envelhecimento e a incapacidade funcional relacionada a este processo (Trentini, 2004).

O nosso envelhecimento inicia-se muito antes de atingirmos a idade adulta e a nossa velhice constrói-se ao longo da vida (Caporicci & Neto, 2011; Ferreira, 2009).

A velhice não é doença. É uma etapa da vida com características e valores próprios, em que ocorrem modificações no indivíduo, tanto na estrutura orgânica, como no metabolismo, no equilíbrio bioquímico, na imunidade, na nutrição, nos mecanismos funcionais, nas características intelectuais e emocionais (Zaslavky & Gus, 2002).

Apesar de errada, há uma tendência para pensar na velhice como universal, devendo-se tal talvez ao facto de esta se inscrever no ciclo biológico natural de todo o ser humano: nascimento, crescimento e morte. No entanto, é complicado falar da velhice dentro de um quadro geral, uma vez que ninguém envelhece de uma maneira ou ao mesmo ritmo (Sequeira & Silva, 2002).

A preocupação especificamente com a qualidade de vida na velhice ganhou relevância nos últimos 30 anos devido ao visível crescimento do número de idosos e da expansão da longevidade (Trentini, 2004).

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, 2004).

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, 2007).

Tem havido um interesse crescente da comunidade científica em procurar a relação entre espiritualidade e qualidade de vida em doenças crónicas. Diversos estudos sugerem que a espiritualidade é uma dimensão importante de esperança e um

elemento capacitador de melhoria na doença, por isso, proporcionador de qualidade de vida (Jacinto, 2010).

Os conceitos de qualidade de vida e espiritualidade aproximam-se segundo algumas definições. O Homem é um ser social, físico, psicológico e espiritual (Figueira, 2010).

É plenamente reconhecido que a saúde de indivíduos é determinada pela interacção de factores físicos, mentais, sociais e espirituais. Os profissionais da saúde já contam com indicações científicas do benefício da exploração da espiritualidade na programação terapêutica de virtualmente qualquer doença. Já não se trata de caridade ou medicina complementar, mas sim de ciência e tratamento médico. Trata-se de dar sentido à frase, citada por Koenig: “Curar algumas vezes, aliviar frequentemente, confortar sempre” (Saad, Masiero & Battistella, 2001).

Vários têm sido os estudos realizados com o objectivo de encontrar relações directas entre a influência da espiritualidade na qualidade de vida dos idosos, mais especificamente com a capacidade física e funcional. Fortunato e Simões (2010) evidenciaram no seu estudo que uma melhor percepção de qualidade de vida está associada a elevados valores de espiritualidade. Segundo os mesmos, as pessoas que percebem uma melhor qualidade de vida nos domínios da capacidade física, funcional e mental, perspectivam o futuro com mais esperança e optimismo. Tal como Fortunato e Simões (2010), também Jacinto (2010), Figueira (2010) e Carneiro (2008) entre outros pesquisadores, concluíram nos seus trabalhos que existe influência da espiritualidade no domínio da capacidade física e funcional.

Este estudo tem como objectivos: avaliar e comparar a qualidade de vida entre idosos institucionalizados e idosos em comunidade; avaliar e comparar a espiritualidade entre idosos institucionalizados e idosos em comunidade; avaliar e comparar a correlação entre a espiritualidade e a qualidade de vida nos idosos institucionalizados e nos idosos em comunidade. No entanto, embora um pouco escondido, este estudo também pretende analisar de que forma a fisioterapia geriátrica poderá ou não beneficiar com a relação espiritualidade/qualidade de vida.

É um estudo interessante e importante, uma vez que alarga o conhecimento entre a qualidade de vida e a espiritualidade nos indivíduos idosos em contextos diferentes mas reais na nossa sociedade.

Os seus resultados poderão ajudar a melhorar a qualidade dos cuidados prestados a esta população, seja por parte de profissionais de saúde, ou mesmo por parte de cidadãos comuns na sociedade, a quem esta tarefa esteja incumbida.

## **2. Enquadramento Teórico**

### **2.1. Envelhecimento**

O nosso envelhecimento inicia-se muito antes de atingirmos a idade adulta e a nossa velhice constrói-se ao longo da vida (Caporicci & Neto, 2001; Ferreira 2009).

Uma das características da sociedade actual é o grande número de pessoas que atinge a idade avançada, o que origina um problema novo a ser enfrentado por médicos, sociólogos, psicólogos e assistentes sociais. Este facto está relacionado ao progresso mundial, ao aumento cada vez maior de pessoas que se preparam para uma vida mais longa, com melhores perspectivas de vida social e psicologicamente sadia (Garbin et al, 2010; Zaslavky & Gus, 2002).

O envelhecimento da população tornou-se num fenómeno de amplitude mundial, tanto que a Organização Mundial de Saúde prevê que em 2025 existirão 1,2 biliões de pessoas com mais de 60 anos, sendo que os muito idosos constituem o grupo etário de maior crescimento (Sousa, Galante & Figueiredo, 2003).

Com o aumento da esperança de vida há, um acumular de efeitos indesejáveis do envelhecimento, traduzindo-se num aumento das doenças crónicas, com os seus consequentes efeitos a nível da incapacidade e dependência, o que vai provocar um maior impacto designadamente na qualidade de vida dos idosos (Almeida, 2008).

Em Portugal, foi a partir da década de 80 que o estudo do envelhecimento começou a ganhar estatuto, graças aos conhecimentos multidisciplinares acerca do envelhecimento e do idoso, promovendo novos estudos e em consequência, a criação de novas metodologias de trabalho e de novas áreas de estudo (Silva, 2011).

O envelhecimento humano tem-se manifestado sob diversas formas, segundo os contextos culturais. Ao analisarmos o processo, devemos considerar a interacção de vários factores, entre eles, o estilo de vida e a visão que a sociedade tem da velhice nos seus diversos momentos históricos (Gratão et al, 2003).

Segundo Teixeira, os termos envelhecimento e senescência deverão ser usados como sinónimos, uma vez que ambos referem-se às alterações progressivas que ocorrem nas células, nos tecidos e nos órgãos. Segundo os mesmos, o envelhecimento é um processo que se inicia no nascimento e continua até que ocorra a morte. Senescência, descreve um período de mudanças relacionadas à passagem do tempo que causam efeitos deletérios no organismo (Teixeira & Guariento, 2010).

### **2.1.1. Processo de Envelhecimento**

O processo de envelhecimento tem preocupado a humanidade desde o início da civilização. Segundo Leme citado por Trentini (2004) poucos problemas têm merecido tanta atenção e preocupação do homem como o envelhecimento e a incapacidade funcional relacionada a este processo.

Apesar de ser um processo normal e universal, o envelhecimento é um fenómeno difícil de definir. Traduz-se pela complexidade da evolução biológica dos organismos vivos, acompanhado pelos processos psicológicos e sociais que caracterizam o ser humano. Logo, é um fenómeno multidimensional, no qual as diferentes dimensões, biológica, psicológica e socioculturais, interagem entre si e se influenciam reciprocamente (Cader et al, 2006; Fortunato, 2010).

O envelhecimento é um processo de deterioração endógena e irreversível das capacidades funcionais do organismo. É inevitável e inerente à própria vida, equivalente à fase final de um processo de desenvolvimento e diferenciação. Este é um processo contínuo, dinâmico e diferencial (Ferreira, 2009).

O envelhecimento é comum a todos, no entanto, não ocorre de forma estanque em todos os indivíduos: Enquanto uns tendem a apresentar padrões habituais de envelhecimento que reflectem alterações típicas da idade, outros tendem a alcançar um elevado nível de funcionamento nos domínios físico, psicológico e social, em que apenas alguns sinais típicos da mudança ocorrem (Sequeira & Silva, 2002; Caporicci & Neto, 2001; Biel, 2011; Lima-Costa et al, 2003).

Está associado a alterações físicas, fisiológicas, psicológicas e sociais, bem como, ao surgimento de doenças crónico-degenerativas como consequência de hábitos de vida inadequados (tabagismo, alimentação incorrecta, tipo de actividade laboral, ausência de actividade física regular), que se expressam na redução da capacidade para a realização das actividades do quotidiano (Tribess, 2005; Faria, 2008).

Trata-se de um processo que afecta, de um modo progressivo, tanto a estrutura orgânica, no metabolismo, no equilíbrio bioquímico, na imunidade, na nutrição, nos mecanismos funcionais, como as características intelectuais e emocionais, intensificado a partir dos 30 anos. Este declínio das funções parece ser agravado, também, pela redução natural da actividade no idoso (Zaslavky & Gus, 2002; Biel, 2011; Tribess, 2005).

O processo de envelhecimento pode ser classificado de duas maneiras, primeiramente o chamado senescência ou envelhecimento primário e a senilidade ou envelhecimento

secundário. O primeiro constitui as mudanças provocadas pela idade, independentes das doenças e influências do ambiente. O envelhecimento secundário constitui a aceleração do mesmo processo como resultado da influência das doenças que ocasionalmente surjam bem como dos factores ambientais ou doenças crónicas (Faria, 2008).

O processo de envelhecimento está relacionado a inúmeras transformações com implicações na funcionalidade, na mobilidade, na autonomia, na saúde e claro na qualidade de vida da população (Carvalho, 2008).

A importância do processo de envelhecimento ultrapassa o conhecimento dos processos degenerativos, próprios deste ciclo de vida, e centra-se na importância de desenvolver estratégias que minimizem os efeitos da senescência e possibilitem uma vivência de final de vida de forma autónoma e qualitativamente positiva (Biel, 2011).

Encontramos no processo de envelhecimento quatro tipos de idade (Vieira, 2009):

- ⊗ Idade Cronológica: é o tempo de vida, desde o momento do nascimento. É o número de anos vividos por um indivíduo, tornando-se por referência a expectativa média de vida da sociedade em que ele se insere;
- ⊗ Idade Biológica: condição ou estado em que o corpo se apresenta, não estando necessariamente relacionada com a idade cronológica. Ou seja, as pessoas podem apresentar ter outra idade, distinta da cronologia.
- ⊗ Idade Psicológica: é o resultado do conjunto de experiências pessoais e de relacionamentos, das vivências acumuladas ao longo dos anos, considerando os aspectos cognitivos.
- ⊗ Idade Social: é determinada por regras e expectativas sociais. As pessoas são caracterizadas em função dos seus direitos como cidadãos.

Das modificações que ocorrem neste ciclo são, sobretudo, as relacionadas com os aspectos biológicos, pois são as mais visíveis, as que mais preocupam os indivíduos, levando-os a centrarem-se, principalmente, nas perdas e limitações causadas por este mesmo processo (Biel, 2011).

#### **2.1.1.1. Envelhecimento Biológico**

As teorias biológicas do envelhecimento têm sido classificadas de várias formas, sendo frequente a apresentação em dois grupos: teorias programadas e teorias estocásticas. Weinert e Timiras, afirmam que o postulado das teorias programadas é a existência de “relógios biológicos” que regulam o crescimento, a maturidade, a senescência e a morte. A premissa das teorias estocásticas é a identificação de

agravos que induzem aos danos moleculares e celulares, aleatórios e progressivos (Teixeira, 2010).

As modificações fisiológicas que se desenvolvem no decurso do envelhecimento resultam de interações complexas entre vários factores intrínsecos e extrínsecos. As alterações anatómicas e fisiológicas ligadas ao envelhecimento começam a manifestar-se progressivamente a partir dos quarenta anos e continuam até à morte (Ferreira, 2009).

Com o envelhecimento ocorrem múltiplas variações a nível antropométrico como aumento do peso, diminuição da massa livre de gordura, diminuição da altura, da massa muscular e densidade óssea (Faria, 2008). O sistema locomotor fica afectado quer pela diminuição da flexibilidade das articulações quer, em termos musculares, pela redução do número de fibras, do seu tamanho e diâmetro, da amplitude e da velocidade de contracção, bem como, da sua capilarização (Carvalho & Soares, 2004).

O envelhecimento biológico refere-se às transformações físicas que reduzem a eficiência dos sistemas orgânicos e funcionais do organismo. 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 (Fortunato, 2010).

Quanto à capacidade funcional, Matsudo afirma que a mesma está relacionada com a propensão de uma pessoa realizar as actividades da vida diária de maneira independente (Matsudo, 2002).

Conforme o aumento da idade cronológica há uma tendência das pessoas serem menos activas, diminuindo a sua capacidade funcional, aumentando, assim, o seu grau de dependência para a realização de suas actividades básicas, tais como vestir-se, calçar os sapatos, escovar os dentes, tomar banho, alimentar-se, entre outros (Caporicci & Neto, 2001).

O decréscimo da capacidade funcional é provocado, em grande parte, pelo desuso precedente do sedentarismo, o que pode ser melhorada pela prática regular de exercícios ou adoção de um estilo de vida mais ativo, protelando os efeitos nocivos causados pelo processo de envelhecimento, e auxiliando o tratamento ou o controle de doenças crónico-degenerativas, manutenção das funções locomotivas, melhor desempenho na realização das actividades da vida diária e um maior grau de independência e autonomia, permitindo que o idoso permaneça ativo e com uma boa qualidade de vida (Caporicci, 2011).

A idade biológica de indivíduos fisicamente activos pode ser diminuída entre 10 a 20 anos quando comparados com idosos fisicamente inactivos (Santos e Knijnik, 2006).

### **2.1.1.2. Envelhecimento Psicológico**

Durante a velhice assistimos a algumas alterações psicológicas devido às mudanças que os idosos sofrem no seu dia-a-dia e que os obriga a desempenhar novos papéis, bem como a enfrentar novos problemas (Almeida, 2008).

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 (Fortunato, 2010).

As alterações cognitivas associadas ao envelhecimento normal variam, entre alterações ligeiras a moderadas, havendo algumas áreas em que o desempenho se mantém ou melhora. 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 (Fortunato, 2010).

Devido à falta de vitalidade do organismo, os idosos preferem actividades menos exigentes e que impliquem um menor esforço, dando prioridade às actividades que se desenvolvam em grupo e em contacto com outras pessoas (Almeida, 2008).

Um dos aspectos que mais tem sido estudado é a relação entre o processo de envelhecimento e as possíveis mudanças nos traços que constituem a personalidade. 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 (Fortunato, 2010).

Com o passar dos anos os idosos tendem a criar uma imagem de si que tem a ver com a estrutura social em que se encontram inseridos: criam limites para si próprios, que podem ficar muito aquém ou além das suas reais capacidades, podendo desencadear ou originar ilusões ou frustrações (Almeida, 2008).

### **2.1.1.3. Envelhecimento Social**

Para além dos processos biológicos e psicológicos, o envelhecimento é um processo cultural e social. 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 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 (Fortunato, 2010).

Um aspecto a ter em conta igualmente, é o tipo de comportamento que a sociedade e a família esperam que o idoso tenha, ou seja, que se enquadre dentro dos padrões considerados ajustados à sua idade, definindo o lugar e o papel que deve assumir (Almeida, 2008).

Inegavelmente, há uma redução sistemática do grau de interação social. Concorrem para agravar essa situação vários factores demográficos, socioculturais e epidemiológicos, como a aposentação, a perda de companheiros de trabalho, o aumento de tempo livre, as mudanças nas normas sociais, o impacto da idade sobre o indivíduo, o impacto social da velhice, a perda de segurança económica, a rejeição pelo grupo, os filhos que se afastam, o aumento da frequência de determinadas patologias, dificuldades de aceitação de novas ideias que se chocam com os modelos tradicionais de conduta, fazendo o idoso duvidar do que estará por vir (Zaslavky & Gus, 2002).

Em relação à actividade social, um envelhecimento poderá ser encarado de uma forma mais ou menos positiva, consoante o sucesso que essa pessoa teve no passado e na forma como ela viveu todas as outras fases da sua vida, assim como no modo com que encara a alteração da sua função na sociedade, evitando o corte para com esta e para com a sua própria existência. Consequentemente, se a pessoa viveu sempre dedicada ao trabalho alheando-se da sua vida familiar, é natural que nesta fase da sua vida surjam problemas, até pelo facto da família não estar habituada a ter a pessoa presente no quotidiano familiar. Podem, assim, surgir conflitos de gerações, a não aprovação do comportamento do idoso, a falta de amizade, entre outros (Almeida, 2008).

Aposentação significa excluir-se, alienar-se. Até há bem pouco tempo, o aposentado sofria a desilusão e a desesperança de quem perde alguma coisa. No entanto, com o desenvolvimento das ciências da saúde e o estudo das mudanças psicossociais, o aposentado sente-se libertado dos antigos conceitos, perde os seus complexos e encontra condições biopsicossociais para realizar-se como pessoa. Para Pelzer & Sandri (2002), mesmo estando aposentado o idoso não deve passar sem uma actividade.

Sondando um pouco a vertente feminina, ao contrário do que acontece actualmente, com as mulheres a conciliarem emprego e maternidade, as mulheres mais idosas centraram toda a sua vida nas suas famílias, pelo que, quando chegam à velhice sentem-se completamente anuladas, visto que já ninguém precisa delas. Explicita-se igualmente que o homem idoso compartilha muitos dos sentimentos da esposa. Em muitos casos são os netos que trazem uma grande alegria e significado às vidas dos idosos (Almeida, 2008).

Neste ciclo de vida é essencial a conservação, tanto quanto possível, das funções do organismo relacionadas com a vida de relação, nomeadamente: a motricidade, a marcha, a visão, a audição e as funções intelectuais (Biel, 2011).

### **2.1.2. Envelhecimento Activo/Bem-sucedido**

O Homem, como todos os outros seres, está sujeito à inexorável transformação das células e dos tecidos que conduzem à perda progressiva das aptidões funcionais do organismo aumentando, assim, o risco de sedentarismo (Biel, 2011; Alves et al, 2004).

Com o aumento da população idosa na maioria dos países do mundo, há necessidade de se criar estratégias que auxiliem um envelhecimento saudável. Se as pessoas viverem mais, é necessário que vivam com qualidade. Para isso acontecer é necessário modificar o pensamento dos idosos e criar acções que os levem a integrarem-se na comunidade, favorecendo um estilo de vida activo e saudável (Carvalho & Carvalho, 2008).

É sabido que, com o avançar da idade, diminui a capacidade funcional de vários aparelhos e sistemas. Como tal, a actividade física quando planeada e devidamente orientada, pode atenuar o aparecimento de problemas associados à velhice, contribuindo para que o idoso viva com melhor qualidade de vida (Martins et al, 2008).

No final da década de 90, a Organização Mundial de Saúde empregou o conceito de envelhecimento activo para transmitir uma mensagem mais abrangente e inclusiva do processo de envelhecimento do que o termo envelhecimento saudável (Ferreira, 2009; WHO, 2002).

O envelhecimento activo, aplica-se a toda a comunidade em geral e permite que as pessoas percebam o seu potencial para o seu bem-estar físico, social e mental, proporcionando assim a participação activa dos idosos nas questões económicas, culturais, espirituais e cívicas, tendo como principal objectivo do envelhecimento activo aumentar a expectativa de uma vida saudável e de qualidade (Ferreira, 2009).

O envelhecimento bem-sucedido é a capacidade da pessoa idosa para manter três características fundamentais: baixo risco de doença e de incapacidade funcional; elevada funcionalidade física e mental; compromisso activo com a vida (Fortunato, 2010).

Por actividade física entende-se qualquer movimento realizado durante actividades diárias, actividades domésticas ou até, em actividades desportivas mais ou menos organizadas, entre outras (Biel, 2011; Oliveira & Maia, 2001).

A realização das actividades da vida diária, é um dos factores que determinam a expectativa de vida activa do idoso, sendo de grande importância sua aplicabilidade para determinar o seu nível de independência e autonomia (Caporicci & Neto, 2001).

A capacidade das pessoas idosas de serem independentes e executarem as suas actividades de vida diárias, depende largamente da manutenção da capacidade aeróbia e da força, assumindo também que a diminuição da capacidade aeróbia acelera drasticamente a cada década de vida, independentemente dos hábitos de actividade física (Fleg et al, 2005).

Segundo a Organização Mundial de Saúde, 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 (WHO, 2002).

Actualmente os idosos entendem por envelhecimento activo, ter capacidade de cuidar da sua saúde física e mental, bem como demonstrar interesse pela vida e pelas questões sociais, segundo Jacob, o envelhecimento activo significa preparar uma nova etapa da vida e são cada vez mais os idosos que estabelecem objectivos de vida, desempenhando um papel fundamental na comunidade, como voluntários, membros de associações e avós (Ferreira, 2009).

A perspectiva espiritual tem-se tornado cada vez mais importante nesta vertente, sendo actualmente considerada em alguns dos modelos teóricos de envelhecimento bem-sucedido (Dalby, 2006).

Crowther alargou o modelo de envelhecimento bem-sucedido de Rowe e Kahn ao introduzir a dimensão da espiritualidade, dando origem a um novo conceito: a espiritualidade positiva. O autor defende que este conceito envolve os aspectos positivos da espiritualidade. Isto é, 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 (Fortunato, 2010).

A espiritualidade positiva tem como objectivo ajudar a reduzir a sensação de perda de controlo e desespero que acompanha a pessoa no processo de doença (Sawatzky, 2002).

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 (Fortunato, 2010).

Géis, defende que a prática de actividade física acarreta uma série de benefícios na qualidade de vida dos idosos, designadamente: manutenção da capacidade de movimento das articulações, reforço dos músculos e ligamentos, facilitação da circulação do sangue pelo organismo, aumento da capacidade de oxigenação dos pulmões, bem como, a melhoria da resistência física e, conseqüentemente, a diminuição da incidência de doença e dos níveis elevados de fadiga. Acrescenta ainda, que se o idoso mantiver uma actividade sistemática e adaptada irá ter uma qualidade de vida muito melhor, tendo em conta as diversas componentes orgânicas (Biel, 2001).

As pessoas idosas que se concentram num objectivo, numa tarefa ou missão mantendo-se activas e focadas num projecto de vida adequado, provavelmente terão uma velhice cheia de sentido. Demonstram, desta forma, que é possível sugerir e seguir possibilidades de caminhos alternativos para enfrentar a velhice (Pelzer & Sandri, 2002).

## **2.2. O Indivíduo Idoso**

As definições de pessoa idosa variam de acordo com diferentes autores. Biel (2011) considera que são vários os termos utilizados para caracterizar a pessoa idosa, como por exemplo: ancião, velho e idade avançada.

Um dos problemas que surge nesta temática é a categorização e definição do que é o ser idoso ou o início da terceira idade. Muitos autores consideram que um indivíduo atinge a terceira idade aos 65 anos de idade cronológica. Não existe uma classificação única de idoso, nem uma definição concreta do que é ou de quando se entra na

terceira idade. Devem também ser consideradas as diferenças a nível biológico (Faria, 2008).

Spiriduso classifica os adultos idosos de acordo com quatro categorias: “idosos jovens” se tiverem uma idade compreendida entre os 65 e os 74 anos, “idosos” se possuírem idade entre os 75 e os 84 anos, “idosos-idosos” se apresentarem entre 85 e 99 anos e, por fim, os “mais idosos” com idade igual ou acima dos 100 anos (Biel, 2011).

No entanto, a classificação cronológica apresenta limitações uma vez que, para a mesma faixa etária não significa que todos os indivíduos apresentem as mesmas características, o que realça a complexidade do processo de envelhecimento (Biel, 2011).

A população idosa é heterogénea. O idoso jovem está mentalmente alerta, prezando a vida e as suas necessidades preventivas mais se assemelham às pessoas de meia-idade. Estão atentos a qualquer mudança nas suas funções vitais e informam o seu médico ou mesmo familiares de factos ocorridos para um cuidado primário apropriado. Em contraste, o idoso de idade mais avançada, começa a ter dificuldades na vida diária. Os problemas sociais, psicológicos e iatrogénicos devem ser avaliados no dia-a-dia pelas pessoas mais próximas (Zaslavky & Gus, 2002).

Estudos apontam as relações pessoais como um importante aspecto para manter a autonomia e condições de vida dos idosos, relacionando-o não somente a receber ajuda, mas também ao idoso sentir-se útil, auxiliando aos que necessitam (Paskulin et al, 2010).

Muitas pessoas idosas não encontram prazer, nem alegria e satisfação na relação com a família por factores internos e externos de suas vidas que dizem respeito a deveres e muitas exigências, sendo causa de muitos aborrecimentos e motivo quase e tão-somente de desafecto e preocupação. Uma relação tão próxima é carregada de prescrições de papéis, de deveres e obrigações, incluindo algumas vezes até maus tratos, de ordem emocional e física (Carneiro, 2008).

Os baixos recursos económicos, associados a baixas pensões, dificultam muitas vezes satisfação de determinadas necessidades básicas, facto que origina também uma real diminuição na qualidade de vida deste grupo etário em relação à sociedade. Torna-se importante criar um clima de dinamismo dentro da população idosa, visando o melhoramento da qualidade de vida e um envelhecimento saudável possibilitando assim uma óptima adaptação a uma vida comunitária (Ferreira, 2009).

A dependência configura-se mais relevante quando esta surge em decorrência de eventos ocorridos na etapa final da vida, e as atividades quotidianas são afectadas por esta dependência. Destaca-se que a mulher é mais afectada na sua autonomia para as Atividades de vida diária, especialmente em idades mais avançadas por consequências de agravos prolongados e progressivamente incapacitantes (Silva et al, 2006).

Como já foi mencionado, o envelhecimento é diferente de individuo para individuo e neste campo podemos igualmente mencionar a diferença visivelmente existente entre o individuo idoso inserido num meio urbano e o individuo idoso inserido num meio rural.

Os idosos rurais têm uma rede mais alargada de familiares e amigos. Têm igualmente um maior nível de autonomia comparativamente com os idosos urbanos, isto provavelmente, associado à vida mais activa que levam na pequena agricultura e criação de animais (Ferreira, 2009).

Lopes (2004), realizou um estudo comparativo com idosos do meio rural e do meio urbano sobre a qualidade de vida e suporte social, e verificou diferenças significativas entre as amostras, tendo observado níveis mais elevados, nos idosos do meio rural, nas dimensões 'funcionamento físico' e 'papel físico' relativas à qualidade de vida. No que diz respeito ao suporte social, o autor observou que era na amostra rural que existia uma maior percepção de suporte social recebido. Nesse estudo, o autor observou ainda correlações positivas entre a qualidade de vida e a satisfação com o suporte social (Ferreira, 2009).

No meio rural, o sujeito apesar de receber a sua reforma, costuma manter um nível de actividade semelhante ao que desempenhou toda a vida. A maior disponibilidade e tempo permite-lhe a dedicação a uma actividade produtiva exercida por conta própria, nomeadamente na agricultura e pecuária, muito referidas pelos idosos inquiridos (Sequeira & Silva, 2002).

Ferreira (citando Hespanha), refere como a grande diferença entre o meio rural e o meio urbano, com a actividade agrícola que, pela sua organização laboral com características particulares relativas às práticas sociais, leva a que sejam reforçados os laços de vizinhança e sociabilidade e também a importância do núcleo familiar (Ferreira, 2009).

A actividade, essencialmente agrícola ou pecuária no meio rural, é mantida até que seja possível a autonomia motora, pois a maioria dos idosos possui um talhão de terra

que cultiva, ao seu próprio ritmo, mantendo o nível de actividade de acordo com as suas competências e possibilidades. Esta manutenção da actividade permite aos sujeitos não só participarem activamente na vida da comunidade, partilhando interesses e motivações, como também manterem o seu sentimento de competência, de utilidade, de capacidade, factores essenciais à promoção da satisfação de vida (Sequeira & Silva, 2002).

Na etapa final da sua vida, o Ser humano idoso é um Ser em transformação, podendo ainda amar, empreender, trabalhar, criar, em suma, viver (Pelzer & Sandri, 2002).

### **2.2.1 O Idoso Institucionalizado**

Até meados do século passado os idosos viviam a sua velhice em casa, no seio da família, actualmente deparamo-nos cada vez mais com o envelhecimento fora de casa, perdendo a ligação com as gerações mais novas (Ferreira, 2009).

A família actualmente encontra grandes dificuldades para o desempenho das funções tradicionais, de educadora das crianças e cuidadora dos mais velhos. Se as instituições para idosos se destinavam a idosos dependentes, presentemente, na sociedade marcada pelo envelhecimento, passam a ter uma nova missão: cuidar de idosos necessitados de cuidados a múltiplos níveis devido a perdas funcionais que tornam problemática a vida a sós ou com a família (Pereira, 2005).

As instituições de acolhimento de idosos são lugares de residência onde encontramos um grande grupo de idosos que vivem em condições análogas, limitados ao mesmo espaço físico, em que as rotinas e as actividades são geridas por terceiros (Ferreira, 2009).

A pessoa idosa vai ter que se «familiarizar» com um conjunto de situações completamente novas como sejam: novo espaço, novas rotinas, pessoas que não conhece e com quem vai ter que partilhar a sua vida. Esta nova realidade pode, por isso, originar reacções de angústia, medo, revolta e insegurança (Almeida, 2008).

Segundo Born e Boechat (2006) citados por Almeida (2008), por mais qualidade que a instituição possua, vai haver sempre um corte com o que se passava anteriormente, passando a existir um certo afastamento do convívio social e familiar (Almeida, 2008).

Na maior parte dos lares de 3ª idade, o sedentarismo é um factor marcante que contribui para que o idoso se torne dependente mais cedo, criando, dessa forma, um ciclo vicioso: o idoso tende a se tornar menos activo, por conseguinte, as suas capacidades físicas diminuem, desencadeando o sentimento de velhice que, por sua

vez, pode causar stress, depressão e levar a uma redução da actividade física e à aparição de doenças crónicas degenerativas que, por si só contribuem para o envelhecimento (Cader et al, 2006).

Assim a qualidade de vida ou a falta da mesma nos idosos institucionalizados, está relacionada com a autonomia para desenvolver as actividades de vida diárias, com a relação familiar, com os recursos económicos e com a realização de actividades lúdicas e recreativas (Ferreira, 2009).

O sedentarismo, que tende a acompanhar o envelhecimento e vem sofrendo importante pressão do avanço tecnológico ocorrido nas últimas décadas, é um importante fator de risco para as doenças crónico-degenerativas, especialmente as afecções cardiovasculares, principal causa de morte nos idosos (Alves et al, 2004).

As actividades de lazer de estimulação física, motora, da memória/inteligência, sensorial e socio-emocional, que estimulam aos níveis biopsicossociais, devem de estar no centro das prioridades de todas as estruturas de apoio e acolhimento de pessoas idosas, na medida em que tomam consciência da sua importância e do seu impacto na qualidade de vida, proporcionando a autonomia e o bem-estar dos idosos residentes. A criação de um clima de dinamismo, visa o melhoramento da qualidade de vida das pessoas idosas, o que por sua vez facilita a adaptação a uma vida comunitária imposta (Ferreira, 2009).

No modelo institucional deve de estar contemplado o despertar de interesses individuais, ajudar a descobrir capacidades, ser um meio possibilitador de comunicação, ajudar a melhorar a percepção social, estimular a criatividade, fomentar iniciativas socioculturais, ajudar a promover e a dinamizar o trabalho de grupo e encorajar a autonomia (Ferreira, 2009).

Para além dos motivos óbvios de alguns internamentos, tais como a dependência total do idoso, outro motivo que também leva a institucionalização de alguns dos nossos idosos é o isolamento, ou seja a inexistência de uma rede que facilite a integração social e familiar dos idosos e que garantam um apoio efectivo em caso de maior necessidade (Ferreira, 2009).

Independentemente das razões que levaram o idoso à institucionalização, Paúl citado por Ferreira, afirma que analisar o seu ingresso é rapidamente perceber que no mínimo lhe é exigido o abandono do seu espaço conhecido e vivido, obrigando-o a reaprender a integrar-se num meio que lhe é limitativo e que, em muitos casos, assume o controlo de muitos aspectos da sua vida (Ferreira, 2009).

### **2.2.2. Fisioterapia Geriátrica**

Citando Petyk, Guedes e Sebben (2011), a intervenção fisioterapêutica, por meio de programas de actividade física, pode ser uma das alternativas de tratamento para minimizar os efeitos do sedentarismo e promover um envelhecimento bem-sucedido.

Os primeiros fisioterapeutas especializados em geriatria formaram-se em 1992. A fisioterapia na saúde do idoso tem como objectivo avaliar os problemas clínicos e funcionais característicos dos idosos (Costa & Silva, 2010).

É preciso que os idosos e a sociedade em geral sejam alertados sobre o quanto a fisioterapia/exercício físico é importante para minimizar as consequências das alterações fisiológicas e patológicas do envelhecimento, para a independência da população idosa na realização das suas actividades de vida diária e para melhor mobilidade e qualidade de vida. Se houver essa consciencialização, crescerá cada vez mais o número de idosos saudáveis os quais reduzirão o uso de medicamentos, internamentos e até mesmo as consultas médicas devido a dores e desconfortos. Os familiares terão também mais tranquilidade e confiança quanto à saúde e independência dos seus familiares idosos (Gonçalves, 2011).

Takahashi (2004), assinala que os fisioterapeutas têm o importante papel de minimizar e prevenir essas doenças, tornando os indivíduos idosos mais saudáveis, mais aptos, bem-dispostos, independentes, reintegrados, com melhores condições de vida, valorizando-se e sendo valorizados (Petyk et al, 2011).

O fisioterapeuta que atende pacientes nessa faixa etária deve conhecer os princípios de aplicação de exercícios físicos nesses indivíduos, principalmente se deseja actuar no nível primário de prevenção. Hoje em dia, para os profissionais da saúde é de grande preocupação alertar as pessoas idosas sobre os melhores cuidados para obter um envelhecimento saudável, incluindo as orientações sobre a realização e a prática do exercício físico (Costa & Silva, 2010).

O objectivo global da fisioterapia é a do indivíduo alcançar um grau óptimo de capacidade e de bem-estar social, para ser activo e cumprir metas vitais. Um dos principais objectivos da fisioterapia geriátrica é a reestabelecer e manter a capacidade de funcionamento físico, a fim de facilitar a independência no desempenho das actividades diárias. Consequentemente, a fisioterapia geriátrica tem uma longa tradição no objectivo de melhorar as funções dos utentes que atende (Åberg et al, 2005).

A actividade física tem carácter preventivo e de manutenção da capacidade funcional do indivíduo. Além da reeducação de actividades do dia-a-dia, a actividade física trabalha a reeducação postural, a coordenação, o equilíbrio e a prevenção de quedas, a respiração, a mobilidade articular e a resistência física (Petyk et al, 2011).

Dando alguns exemplos concretos e já evidenciados em estudos, a utilização do movimento durante o atendimento da Fisioterapia nas instituições de longa permanência para idosos, além de aumentar a capacidade funcional, também proporciona prazer. Outras vantagens em termos psicológicos são referidas, tais como: a melhoria do humor, a diminuição da ansiedade, o aumento do vigor e a melhoria da cognição. A dor também é problema comum para muitos pacientes, e como tal, um dos objectivos específicos da fisioterapia nestes casos, é promover a capacidade funcional e analgesia, por meio do exercício físico (Bispo et al, 2009).

A fisioterapia/exercício físico é imprescindível na atenção primária ao idoso, já que auxilia tanto na prevenção das doenças causadas pelo envelhecimento quanto na promoção da sua independência e qualidade de vida. Preservando as funções motoras do idoso, a fisioterapia retarda a instalação das possíveis incapacidades próprias do processo do envelhecimento e trata de dificuldades, alterações e sintomas que já tenham atingido o seu organismo (Gonçalves, 2011).

Segundo Feijó (2005), a boa saúde espiritual é essencial para a boa saúde física. A fé é um instrumento poderoso, tanto para o utente idoso, quanto para o terapeuta, afinal de contas, vale a pena crer que o ser humano não foi feito para viver enfermo, em nenhuma de suas dimensões (cit. Carneiro, 2008).

### **2.3. Qualidade de Vida**

A Organização Mundial de Saúde define qualidade de vida como um conceito alargado que é afectado de uma forma complexa pela saúde física, estado psicológico, nível de independência, relações sociais da pessoa, e a relação com as características salientes do respectivo meio (Telle-Correia et al, 2010).

O conceito 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 (Frenandez et al, 2007).

Ao longo da história, o conceito tem sido destinado a diversas áreas como a sociologia, economia, política, psicologia e saúde, que atribuem ao termo múltiplos

significados, relacionados com o conhecimento e valores individuais ou colectivos divergentes em diferentes épocas, locais e histórias (Holmes, 2005).

A qualidade de vida inclui um alargado espectro de áreas da vida. Os modelos de qualidade de vida vão desde a “satisfação com a vida” ou bem-estar social a modelos baseados em conceitos de independência, controle, competências sociais e cognitivas (Sousa et al, 2003).

O termo “boa qualidade” tem significados diferentes, para diferentes pessoas, em lugares e ocasiões diferentes. É por isso, que existem inúmeros conceitos de qualidade de vida e cada indivíduo tem o seu próprio conceito. Assim, qualidade de vida é um conceito que está submetido a múltiplos pontos de vista, e que tem variado de época para época, de país para país, de cultura para cultura, de classe social para classe social e, até mesmo, de indivíduo para indivíduo. O conceito também varia no mesmo indivíduo, conforme o decorrer do tempo. Actualmente ainda não existe uma definição clara do conceito qualidade de vida, existindo várias propostas de definição o que levanta um problema epistemológico e filosófico (Ferreira, 2009).

A qualidade de vida boa ou excelente é aquela que oferece um mínimo de condições para que os indivíduos possam desenvolver o máximo de suas potencialidades, vivendo, sentindo ou amando, trabalhando, produzindo bens ou serviços; fazendo ciência ou artes, vivendo apenas enfeitando, ou, simplesmente existindo. Por outro lado, muitas pessoas procuram associar qualidade de vida ao factor saúde (Torres et al, 2009).

Brown, Bowling e Flynn (2004), afirmam que 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: 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) (Brown, Bowling e Flynn, 2004).

Seis grandes vertentes convergiram para o desenvolvimento do conceito de qualidade de vida: 1) os estudos de base epidemiológica sobre felicidade e bem-estar; 2) a procura de indicadores sociais; 3) a insuficiência das medidas objectivas de desfecho em saúde; 4) a “satisfação do cliente”; 5) o movimento de humanização da medicina; e, 6) a psicologia positiva. Esta última insere-se na actual tendência para o desenvolvimento da pesquisa dos aspectos positivos da experiência humana, e a pesquisa em qualidade de vida está em sintonia com a demanda em estudar variáveis

positivas da vida humana. Apoiado pelo conceito amplo da Organização Mundial da Saúde de que saúde é “um estado de completo bem-estar físico, mental e social e não apenas a ausência de doença ou enfermidade”, o foco exclusivo na doença, que sempre dominou a pesquisa na área da saúde, vem cedendo espaço ao estudo das características adaptativas, como resiliência, esperança, sabedoria, criatividade, coragem e espiritualidade. Assim, podemos ver que religiosidade, espiritualidade e crenças pessoais não são temas alheios ao conceito de qualidade de vida, sendo, na verdade, uma das suas tantas dimensões (Panzini et al, 2011; Torres et al, 2009).

O WHOQOL *Group* (1995) da OMS, considera que a qualidade de vida pode ser entendida como “a percepção que o indivíduo tem da sua posição na vida dentro do contexto da sua cultura e do sistema de valores de onde vive, e em relação aos seus objectivos, expectativas, padrões e preocupações.” É um conceito amplo que incorpora de uma forma complexa a saúde física de uma pessoa, o seu estado psicológico, o seu nível de dependência, as suas relações sociais, as suas crenças e a sua relação com características proeminentes no ambiente. À medida que um indivíduo envelhece, a sua qualidade de vida é fortemente determinada pela sua habilidade de manter autonomia e independência (Farenzena, 2007).

A qualidade de vida na terceira idade tem sido motivo de amplas discussões em todo o mundo, pois existe atualmente uma grande preocupação em preservar a saúde e o bem-estar global dessa parcela da população para que tenham um envelhecer com dignidade. A definição de qualidade de vida é bastante complexa e envolve dimensões como bem-estar físico, familiar e emocional, habilidade funcional, espiritualidade, função social, sexualidade e função ocupacional, que quando integrados mantêm o indivíduo em equilíbrio consigo mesmo e com o mundo ao seu redor (Frenandez et al, 2007; Torres et al, 2009; Santos et al, 2002).

Apesar de existirem ainda poucos instrumentos de qualidade de vida desenvolvidos especificamente para a população idosa, alguns estudos têm utilizado instrumentos genéricos como o Medical Outcomes Study 36-Item Short-Form Health Survey (SF-36) em populações idosas (Campolina et al, 2011), ou o WHOQOL-BREF que é um instrumento de avaliação, elaborado em 1998 por um grupo multicêntrico interessado em estudos sobre a qualidade de vida, da OMS (Paschoa, 2007).

### **2.3.1. Qualidade de Vida e Envelhecimento**

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, embora a qualidade de vida seja um conceito mais abrangente que envolve uma grande variedade de perspectivas multidisciplinares, principalmente sociológica, biomédica, psicológica, económica e ambiental (Fortunato, 2010).

A qualidade de vida na velhice tem sido, muitas vezes, associada a questões de dependência-autonomia. As dependências observadas nos idosos resultam tanto de alterações biológicas (deficiências e/ou incapacidades) como de mudanças nas exigências sociais e, frequentemente, as últimas parecem determinar as primeiras (Sousa et al, 2003).

A qualidade de vida associada ao envelhecimento está dependente do contexto e das circunstâncias a que cada individuo está sujeito. 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 (Fortunato, 2010).

Donald (1997), na definição de qualidade de vida para idosos formulou cinco classes, que podem servir de guia tanto para os mais velhos como para os profissionais que com eles trabalham: o bem-estar físico, que abrange comodidade, saúde, higiene e segurança; as relações interpessoais, que abarca as relações com familiares, amigos e participação na comunidade; o desenvolvimento pessoal, que afigura as oportunidades de desenvolvimento intelectual, e autoexpressão; as actividades recreativas, tais como socialização, entretenimento passivo e activo, e por fim as actividades espirituais, que envolvem a actividade simbólica, religiosa e o autoconhecimento (cit. Ferreira, 2009).

O envelhecimento inevitavelmente conduz a uma perda progressiva das aptidões funcionais do organismo. Essas alterações, nos domínios biopsicossociais, põem em risco a qualidade de vida do idoso, por limitar a sua capacidade para realizar, com vigor, as suas actividades do quotidiano e colocar em maior vulnerabilidade a sua saúde (Alves et al, 2004).

Sousa (2003) ao citar Baltes & Silvenberg descreve três tipos de dependência:

- ⊗ Estruturada, onde o significado do valor do ser humano é determinado, em primeiro lugar, pela participação no processo produtivo.
- ⊗ Física, incapacidade funcional individual para realizar actividades de vida diária.

- ⊗ Comportamental, com frequência antecedida pela dependência física, é socialmente induzida independentemente do nível de competência do idoso, o meio espera incompetência.

Estudos sugerem que muitos idosos ao definirem qualidade de vida, afirmam com frequência aspectos relacionados à saúde, mas demonstram também que saúde não é entendida por eles apenas como ausência da doença e que há mais na qualidade de vida para além da saúde. Ter saúde demarca a importância de distanciarmos a noção de qualidade de vida do reducionismo biológico, uma vez que para o idoso, ter uma doença controlada ou tomar medicação não o faz conhecer-se como doente (Paskulin et al, 2010).

Os estudos sobre qualidade de vida de idosos despontam sobre as mais diversas áreas e, conseqüentemente, avançam também na área da espiritualidade (Carneiro, 2008).

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 (Fortunato, 2010).

Rikli e Jones (1997), definem qualidade de vida no idoso como a capacidade destes indivíduos realizarem sem dor, sem limitações e durante o maior tempo possível as actividades necessárias do dia-a-dia (cit. Biel, 2011).

Vivemos mais porque vivemos melhor, mas a questão é como gerir este percurso mais durável, como enfrentar o desconhecido, a redução das nossas capacidades e a contingente perda de autonomia, onde a nossa cultura a aclama como fundamental. Assim, não poderemos deixar de relacionar qualidade de vida com a forma como vamos vivenciando as diversas experiências de vida, em particular, o envelhecimento e a forma como se envelhece nas sociedades contemporâneas, pois esta temática tem vindo a estimular o interesse dos investigadores em variadíssimas áreas (Silva, 2011; Serra et al, 2006).

O estilo de vida tem um papel fundamental na promoção de saúde e na qualidade de vida durante o processo de envelhecimento (Carvalho & Carvalho, 2008).

### 2.3.2. Qualidade de Vida e Saúde

No campo da saúde, o conceito de qualidade de vida emergiu a partir de um movimento de humanização na área e de valorização de outros parâmetros de avaliação, além dos sintomas ou dados epidemiológicos, como a incidência e prevalência das doenças (Paskulin et al, 2010).

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 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 (Frenandez et al, 2007).

A qualidade de vida relacionada com a saúde é um subconjunto dos aspectos de qualidade de vida relacionados, na existência individual, com o domínio da saúde. Trata-se de um conceito menos abrangente que o conceito de qualidade de vida em geral, visto que não incorpora os impactos da alimentação, de abrigo, de segurança, de padrões de vida, de factores ambientais, físicos ou sociais (Biel, 2011).

A qualidade de vida relacionada com a Saúde é uma parte da qualidade de vida geral do indivíduo, e pode ser definida como constituída pelos componentes da qualidade de vida de um indivíduo relacionada com a saúde, doença e terapêutica. Devem ser incluídos os seguintes aspectos: sintomas produzidos pela doença ou tratamento; funcionalidade física; aspectos psicológicos; aspectos sociais; aspectos familiares; aspectos laborais; económicos. Todos eles estão inter-relacionados e influenciam-se mutuamente (Ferreira, 2009).

Segundo Secchi e Strepparava, a qualidade de vida relacionada com a Saúde é um constructo multidimensional, composto por vários domínios: físico; psicológico; social e espiritual, sendo influenciado pelo tipo de personalidade do doente e pelos seus aspectos cognitivos. É também um constructo subjectivo, relacionado com a atribuição que o doente faz em relação à sua doença, sendo dinâmico e que muda ao longo do tempo (Secchi e Strepparava, 2001).

A área médica já há muito que incorporou o tema *qualidade de vida* na sua prática profissional e utiliza-o dentro do referencial da clínica, para designar o movimento em que, a partir de situações de lesões físicas ou biológicas, se oferecem indicações técnicas de melhorias nas condições de vida dos doentes. Na expressão usada

“*qualidade de vida em saúde*”, a noção de *saúde* é totalmente funcional e corresponde ao seu contrário: a doença em causa, evidenciando uma visão *medicalizada* do tema. Os indicadores criados para medir esta qualidade de vida são notadamente bioestatísticos, psicométricos e econômicos, fundamentados em uma lógica de custo-benefício. E as técnicas criadas para medi-la não levam em conta o contexto cultural, social, de história de vida e do percurso dos indivíduos cuja qualidade de vida pretendem medir (Minayo, 2000).

As avaliações de qualidade de vida vêm sendo cada vez mais incorporadas às práticas do sector da saúde, têm emergido como um atributo importante da investigação clínica e da formulação de políticas de saúde. Assim, viver cada vez mais tem implicações importantes para a qualidade de vida; a longevidade pode ser um problema, com consequências sérias nas diferentes dimensões da vida humana, física, psíquica e social (Ferreira, 2009).

## **2.4. Espiritualidade**

A palavra espiritualidade derivou do latim *spiritus*, tendo como significado “a parte essencial da pessoa que controla a mente e o corpo”. Entende-se isso como sendo tudo aquilo que traz significado e propósito para a vida das pessoas. Para muitas pessoas, crenças levam ao alívio e esperança. A espiritualidade manifesta a essência individual, ajuda na relação ambiental, intra e interpessoal, e é vital no processo da vida (Panzini et al, 2011; Saad et al, 2001; Rizzardi et al, 2010; Guimarães & Azevum, 2007; Finkelstein et al, 2007; Williams & Sternthal, 2007; Musick et al, 2000).

Espiritualidade é a propensão humana para encontrar um significado para a vida através de conceitos que transcendem o tangível, um sentido de conexão com algo maior que si próprio (Saad et al, 2001; Guimarães & Azevum, 2007).

As pessoas que procuram a espiritualidade sentem-se com mais esperança, confiantes e menos stressadas, angustiadas, o que poderia ser potencialmente a razão de menor grau de acometimento físico e melhor recuperação de doenças nestes indivíduos (Rizzardi et al, 2010).

A espiritualidade constrói-se nos contextos socioculturais e históricos, estruturando e atribuindo significado a valores, comportamentos, experiências humanas, e por vezes materializa-se na prática de uma doutrina religiosa específica. A interligação entre a 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, a quem era reconhecido saber para tratar dos males do corpo. A atribuição de causalidade de

doença assim como a sua cura foi muitas vezes atribuída a factores religiosos, existindo ainda nos dias de hoje, em alguns contextos socioculturais, esta associação (Pinto & Pais-Ribeiro, 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).

A religiosidade refere-se ao grau de participação ou adesão às crenças e práticas de um sistema religioso. O conceito de espiritualidade é mais amplo do que o de religião. A espiritualidade é vista como um processo dinâmico, pessoal e experiencial, que procura a atribuição e significado no sentido da existência, podendo coexistir ou não dentro da prática de uma crença religiosa. Assim alguns autores sugerem que a religião é institucional, dogmática e restritiva, enquanto a espiritualidade é pessoal, subjectiva e enfatiza a vida (Pinto & Pais-Ribeiro, 2007; Pinto & Pais-Ribeiro, 2010).

Segundo Sawatzky (2002), a distinção conceptual entre espiritualidade e religião era praticamente inexistente na literatura antes da segunda metade do século XX. Assim, a distinção entre espiritualidade e religião deve ser vista como uma transformação conceptual bastante recente, que parte de uma religiosidade dominadora 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 & Ribeiro, 2010; Peterman et al, 2002).

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 (Sessana et al, 2007).

A complexidade do conceito espiritualidade torna a sua medição também complexa. O bem-estar espiritual, ou seja, a percepção de como crenças religiosas/espirituais permitem que o paciente se sinta bem é um dos aspectos que podem ser avaliados (Pinto & Ribeiro, 2010).

#### **2.4.1. Espiritualidade e Envelhecimento**

O envelhecimento abrange problemas biológicos, fisiológicos e psicológicos que produzem crises existenciais, no entanto, trata-se de um fenómeno normal na vida. Como em todos os momentos do desenvolvimento vital, ao chegar à última etapa da vida, o idoso sente ainda surgir em si algumas perguntas inevitáveis: Quem eu sou?

Por que estou neste mundo? Que sentido tem a minha vida? Para onde vou? Como tenho vivido os anos que passaram? Como posso viver bem os próximos anos? Como em toda crise existencial, também essa, a da última etapa, não pode ser superada de modo válido senão por meio da renovação da interioridade. A espiritualidade evidencia a existência de “potenciais forças escondidas no homem que o envelhecer faz desabrochar” (Silva, 2007).

A espiritualidade é necessária para desenvolver interconexão humana entre as pessoas idosas. A interconexão consiste na fusão do passado, presente e futuro de um indivíduo com o ambiente e com um poder maior (Pelzer & Sandri, 2002).

Como o processo de envelhecimento exige que o indivíduo se adapte às perdas, mudanças e alterações que dele decorrem, Cupertino e Novaes (2004), afirma que a espiritualidade pode ser entendida como um factor facilitador desse ajustamento (Fortunato, 2010).

Na velhice, há mais tempo para a oração e para a meditação, para refletir sobre a vida e a morte e descobrir os seus significados (Pelzer & Sandri, 2002).

Parece haver algumas tarefas, necessidades e mudanças espirituais associadas ao envelhecimento. 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 (Dalby, 2006).

Algumas pessoas conseguem ver o seu processo de envelhecimento de forma salutar outras não, deixando ser levadas por um *vazio existencial*, ou seja, não encontram formas de preencher os seus espaços, levando a crises existenciais que repercutem no seu envelhecimento (Pelzer & Sandri, 2002).

Podemos referir que a espiritualidade é uma dimensão importante do homem, que a par da dimensão biológica, intelectual, emocional e social, constitui aquilo que determina a sua singularidade como pessoa (Pinto & Pais-Ribeiro, 2007).

#### **2.4.2. Espiritualidade na Saúde**

Além do cuidado físico, psíquico e social promovido ao longo das últimas décadas em diversos serviços de saúde, existe atualmente a preocupação em proporcionar cuidados espirituais aos doentes (Rizzardi et al, 2010).

As implicações da espiritualidade na saúde têm vindo a ser estudadas cientificamente. Já foram descritos vários instrumentos para mensuração do bem-estar espiritual. Porém, dada a complexidade do assunto e a diversidade de manifestações

espiritualistas, essa mensuração tem algumas limitações e deve ser entendida à luz de outras manifestações socioculturais individuais (Saad et al, 2001).

Existem já inúmeros estudos que associam a espiritualidade/religiosidade à qualidade de vida e à melhoria da saúde física e mental (Panzini et al, 2011).

A espiritualidade e sua relação com a saúde tem-se tornado claro paradigma a ser estabelecido na prática médica diária. A doença permanece como entidade de impacto amplo sobre aspectos de abordagem desde a fisiopatologia básica até à sua complexa relação social, psíquica e económica; é fundamental reconhecer que esses diversos aspectos estão correlacionados em múltipla interacção (Guimarães & Azevum, 2007).

A procura pelo tratamento espiritual ajuda a superar problemas, desilusões e dor. É comum o comportamento de procura espiritual quando não se encontram respostas concretas no campo médico pelos doentes, porém somente recentemente, evidências puderam ser constatadas justificando a importância da espiritualidade no confronto com condições crónicas (Rizzardi et al, 2010).

A comprovação da utilização de aspectos distintos da espiritualidade e da religiosidade como suporte, terapêutica e determinação de desfechos positivos em diversas doenças tem constituído emblemático desafio para a ciência médica. Considerando as limitações éticas e de método, demonstra-se o quão difícil se faz mensurar e quantificar o impacto de experiências religiosas e espirituais pelos métodos científicos tradicionais (Guimarães & Azevum, 2007).

Existe evidências de que indivíduos que sofrem de algum tipo de dor, principalmente quando se torna crónica, tendem a procurar quaisquer estratégias para amenizá-la e aprender a conviver com ela. O enfrentamento e a procura pelo equilíbrio biopsicossocial e espiritual nunca foram tão procurados e actualmente há evidências de mudanças fisiológicas relacionadas à religiosidade e espiritualidade independentemente da religião em si (Rizzardi et al, 2010).

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).

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).

Ao longo dos últimos anos, a investigação científica na área da saúde foi realizado com o objectivo de estudar as possíveis influências da espiritualidade no estado de saúde dos seres humanos. Em paralelo, a espiritualidade tem sido cada vez mais considerada como uma dimensão que deve ser incluído no tratamento do paciente global (Pedrão, 2010).

### **2.4.3. Espiritualidade e Qualidade de Vida**

A espiritualidade tem sido apontada como uma importante dimensão da qualidade de vida, sendo este um conceito recente, que engloba e transcende o conceito de saúde, pois é composto de vários domínios ou dimensões: física, psicológica, ambiental, entre outras. Considerada a medida que faltava na área da saúde, tem sido definida como a percepção do indivíduo de sua posição na vida, no contexto da cultura e sistema de valores nos quais vive e em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações. Há indícios consistentes de associação entre qualidade de vida e espiritualidade/religiosidade, por meio de estudos com razoável rigor metodológico, utilizando diversas variáveis para avaliar espiritualidade como: afiliação religiosa, oração e enfrentamento religioso/espiritual (Carneiro, 2008).

O desenvolvimento das ciências da saúde conduziu a uma prática de cuidados de saúde dessacralizada fazendo com que a dimensão espiritual deixasse de ser contemplada no atendimento dos doentes. No entanto, no plano das orientações estratégicas, esta dimensão encontra-se integrada no conceito de saúde, sendo essencial a uma prática holística de cuidados. A dimensão espiritual é descrita como sendo relevante na atribuição de significado ao sofrimento decorrente de uma doença crónica, e também como um recurso de esperança face às mudanças no estado de saúde. O discurso positivista decorrente do avanço verificado no último século na ciência e tecnologia em geral e no campo da saúde em particular, não conseguiu encontrar resposta para a questão milenar que acompanha o ser humano: “qual o sentido da vida?” (Pinto e Pais-Ribeiro, 2007).

Estudos sugerem estreita relação entre espiritualidade/ religiosidade e qualidade de vida. Enquanto alguns mostram associações positivas da dimensão espiritual/religiosa com as dimensões social e psicológica de qualidade de vida (bem-estar, satisfação de vida, estabilidade no casamento, valores pró-sociais), outros mostram associações negativas (ansiedade, depressão, suicídio e comportamentos de risco). Espiritualidade

e religiosidade são frequentemente citadas como factores protectores à saúde, representam características adaptativas da vida (Panzini et al, 2011).

São inúmeros os estudos que revelam a existência de uma relação directa e indirecta entre espiritualidade, religião e qualidade de vida. No entanto, para alguns autores como 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 (Peterson & Webb, 2006).

### **3. Questões e Objectivos da Investigação**

O presente estudo iniciou-se com uma questão principal: “Será que existe uma correlação entre a espiritualidade e a qualidade de vida nos idosos?” No entanto, subjacente à questão principal, surgiu outra: “Se existe correlação entre a espiritualidade e a qualidade de vida nos idosos, será a mesma diferente em idosos institucionalizados e idosos em comunidade?”

Acompanhando as questões principais vieram agregadas mais questões, não deixando de ter a sua importância para o presente estudo. No campo da qualidade de vida: Será a qualidade de vida diferente entre os géneros, nos idosos inseridos na comunidade? Será a qualidade de vida diferente entre os géneros, nos idosos institucionalizados? Haverá diferença na qualidade de vida entre idosos inseridos na comunidade e idosos institucionalizados?

No campo da espiritualidade: Será a espiritualidade diferente entre os géneros, nos idosos inseridos na comunidade? Será a espiritualidade diferente entre os géneros, nos idosos institucionalizados? Haverá diferença na espiritualidade entre idosos inseridos na comunidade e idosos institucionalizados?

Assim, o presente estudo tem como objectivos: avaliar a qualidade de vida entre os géneros em idosos inseridos na comunidade; avaliar a qualidade de vida entre os géneros em idosos institucionalizados; avaliar a qualidade de vida entre idosos inseridos na comunidade e idosos institucionalizados; avaliar a espiritualidade entre os géneros em idosos inseridos na comunidade; avaliar a espiritualidade entre os géneros em idosos institucionalizados; avaliar a espiritualidade entre idosos inseridos na comunidade e idosos institucionalizados; avaliar a correlação entre a espiritualidade e a qualidade de vida dos idosos em comunidade; avaliar a correlação entre a espiritualidade e a qualidade de vida dos idosos institucionalizados; avaliar se a

correlação da espiritualidade com a qualidade de vida é diferente entre idosos inseridos na comunidade e idosos institucionalizados.

## **4. Metodologia**

### **4.1. Desenho de Investigação**

Na perspectiva de analisar os objectivos e de responder às questões citados, optou-se por um estudo de desenho observacional, do tipo descritivo, correlacional, uma vez que se pretende explorar, descrever e determinar a existência de relações entre as demais variáveis.

### **4.2. Caracterização da Amostra**

A amostra compreende 122 pessoas idosas das quais 61 encontram-se institucionalizadas e outras 61 encontram-se inseridas na comunidade. Da população total, 91 são do género feminino e 31 do género masculino.

Todos os participantes são de nacionalidade portuguesa.

Os critérios de inclusão que estiveram presentes na selecção dos participantes para constituição da amostra foram os seguintes: indivíduos com idade igual ou superior a 65 anos; discurso coerente e capacidade de expressar opiniões.

Foram excluídos, todos os indivíduos que não cumpriram os requisitos mínimos para responder aos questionários.

### **4.3. Instrumentos de Recolha de Dados**

Para a recolha de dados optou-se pela utilização de duas escalas e um questionário: a versão do MOS SF-36v2 validada para a população portuguesa; a Escala de Avaliação da Espiritualidade (Pinto e Pais-Ribeiro, 2007); e um breve questionário complementar construído para recolher os dados sociodemográficos dos participantes.

#### **4.3.1 MOS SF-36**

Para a avaliação da qualidade de vida, optou-se pela utilização do MOS SF-36v2.

Desenvolvido por John Ware a partir de um Estudo dos Resultados Médicos (Medical Outcomes Study – MOS, 1989) e validada para a população portuguesa por Pedro Lopes Ferreira, representa as 8 principais dimensões de saúde incluídas no MOS. Este questionário existe em duas versões V1 e V2. Os 36 itens do SF-36 distribuem-se por oito dimensões (funcionamento físico, desempenho físico, dor corporal, saúde

mental, desempenho emocional, funcionamento social, vitalidade, percepção geral de saúde). Mais um item de transição de saúde. As oito dimensões associam-se por sua vez, em duas grandes Componentes: Componente Físico e Componente Mental. Cada um destes componentes agrupa quatro das dimensões referidas (Panizza, 2008).

Foi analisada a consistência interna do instrumento de avaliação escolhido para avaliar a qualidade de vida, o SF-36, através do alfa de Cronbach.

Quadro 3. Análise da Consistência Interna do SF-36 (Alpha Cronbach).

SF-36v2	Cronbach's Alpha
FF	0,94
DF	0,95
DC	0,85
SG	0,75
VT	0,71
FS	0,52
DE	0,94
SM	0,86

Os valores de Alpha obtidos encontram-se dentro do intervalo, que segundo a tabela formulada por Murphy & Davidsholder (1988; citado por Maroco & Garcia-Marques, 2006) se considera como de “fiável”. Segundo os mesmos autores, considera-se “Fiabilidade inaceitável” para valores inferiores a 0,6; “Fiabilidade baixa” para valores entre 0,6 e 0,8; “Fiabilidade moderada a elevada” para valores entre 0,8 e 0,9; “Fiabilidade elevada” para valores superiores a 0,9.

Assim, as dimensões “Função Física”, “Desempenho Físico” e “Desempenho Emocional”, apresentam fiabilidade elevada. As dimensões “Dor Corporal” e “Saúde Mental”, apresentam fiabilidade moderada a elevada. As dimensões “Saúde Geral” e “Vitalidade”, apresentam fiabilidade baixa. A dimensão “Função Social”, apresenta valor inferior a 0,6 o que segundo Murphy & Davidsholder seria considerado de fiabilidade inaceitável, no entanto, de acordo com Tavakol & Dennick (2011), o número de itens de teste pode afectar o valor de alpha, levando a que este apresente valores inferiores a 0,6. Como a dimensão “Função Social” apenas apresenta dois itens, podemos considerar o valor para esta dimensão como aceitável e fiável.

#### 4.3.2. Escala da Espiritualidade

A Escala da Espiritualidade foi construída por Pinto e Pais-Ribeiro (2007) e propõe-se avaliar a espiritualidade. Os itens da escala decorrem da combinação da análise do constructo teórico, dos itens da dimensão espiritual do *Quality of Life, Câncer survivor*

QOL-CS, e da subescala da Espiritualidade do instrumento da WHOQOL. Na construção desta escala considerou-se que os termos religiosidade e espiritualidade não são incompatíveis, e que a tendência a polarizá-los não é frutífero para a pesquisa científica. Os autores perspectivaram uma escala pequena e simples, sem redundâncias e que permitisse uma boa aceitação. É uma escala de rápida administração constituída por 5 questões que quantificam a concordância relativamente à espiritualidade. As respostas são dadas numa escala de Likert de 4 pontos: 1 – “não concordo”, 2 – “concordo um pouco”, 3 – “concordo bastante” e 4 – “concordo plenamente”. Tem uma perspectiva positiva da vida, envolvendo características como esperança, optimismo, satisfação/valorização da vida. Esta escala apresenta duas subescalas: i) “crenças” (atribuição de sentido/significado à vida) constituída por 2 itens (questões 1 e 2) relativos a uma dimensão vertical da espiritualidade; ii) “esperança/optimismo” (construção da esperança e de uma perspectiva de vida positiva) constituída por 3 itens (questões 4, 5 e 6) relativos a uma dimensão horizontal da espiritualidade. Valores mais elevados na escala e subescalas indicam maior concordância com a dimensão avaliada (Simões, 2010; Ferreira, 2010; Pinto & Pais-Ribeiro, 2007).

Foi analisada a consistência interna do instrumento de avaliação escolhido para avaliar a espiritualidade, a Escala da Espiritualidade (Pinto & Pais-Ribeiro, 2007), bem como as suas sub-escalas “Crenças” e “Esperança”, através do Alpha de Cronbach.

Quadro 7. Consistência Interna da Escala da Espiritualidade e respectivas subescalas (Alpha Cronbach).

Espiritualidade	Cronbach's Alpha
Crenças	0,75
Esperança	0,67
Escala Global	0,75

Os valores de Alpha obtidos encontram-se dentro do intervalo, que segundo a tabela formulada por Murphy & Davidsholder (1988; citado por Maroco & Garcia-Marques, 2006) se considera como de “fiável”. Segundo os mesmos autores, considera-se “Fiabilidade inaceitável” para valores inferiores a 0,6; “Fiabilidade baixa” para valores entre 0,6 e 0,8; “Fiabilidade moderada a elevada” para valores entre 0,8 e 0,9; “Fiabilidade elevada” para valores superiores a 0,9.

Assim, de acordo com o quadro 7, a Escala da Espiritualidade e as sub-escalas “Crenças e “Esperança”, apresentaram fiabilidade baixa. No entanto, estes valores de

alpha cronbach's podem apresentar-se baixos devido ao número de itens de teste, como já havia sido citado para o caso da dimensão "Função Social" no SF-36.

### **4.3.3. Questionário Complementar Sociodemográfico**

Para complementar os questionários acima citados, foi criado um questionário sociodemográfico. O questionário em questão tem como objectivo recolher as seguintes informações: data de nascimento; género; estado civil; escolaridade; situação habitacional, freguesia, concelho e nacionalidade.

## **4.4. Procedimento**

Para a recolha de dados nas referidas instituições, foi efectuado o pedido por escrito a todas as instituições envolvidas, tendo havido uma reunião prévia com todos os responsáveis das instituições.

Para avaliar a eficácia e a pertinência das questões, bem como verificar a clareza e precisão dos termos, a forma, a ordem, exaustão, a complexidade das questões e dificuldades das respostas foi efectuado um pré-teste com seis pessoas idosas, três institucionalizadas e três inseridas na comunidade.

Anteriormente à recolha dos dados, os participantes foram informados da natureza e dos objectivos da investigação, métodos e meios pelos quais seria conduzida, tempo de aplicação e confidencialidade dos dados. Após a aceitação na participação do estudo, foi solicitada a assinatura do consentimento livre e informado.

A amostra foi obtida em Portugal, no Concelho de Ponte de Sor, nomeadamente nas seguintes freguesias: Ponte de Sor, Foros do Arrão, Tramaga, Galveias e Vale de Açor.

As instituições escolhidas para a obtenção de amostras foram: *Associação para o Desenvolvimento e Acção Social da Freguesia da Tramaga*; *Associação Forense dos Amigos da Terceira Idade (AFATI)* e *Santa Casa da Misericórdia de Ponte de Sôr*, nomeadamente as seguintes valências: Lar Nossa Senhora do Amparo, Lar Residencial da Ponte.

Para todos os dados obtidos através dos questionários, recorreu-se ao tratamento informático utilizando o programa SPSS 15 (Statistical Package for the Social Sciences).

Na análise dos dados foram utilizados os seguintes instrumentos do programa: Teste de Alpha Cronbach's, para conferir a fiabilidade dos instrumentos de avaliação

utilizados; Teste de Mann-Whitney, para analisar a qualidade de vida e a espiritualidade entre os géneros em idosos inseridos na comunidade e entre os géneros em idosos institucionalizados; Teste T para amostras independentes, na análise da qualidade de vida e espiritualidade entre idosos inseridos na comunidade e idosos institucionalizados; Correlação de Pearson e análise exploratória dos dados, como média, frequência e desvio padrão, para a análise da correlação entre a qualidade de vida e a espiritualidade nos idosos inseridos na comunidade e nos idosos institucionalizados.

## 5. Resultados

### 5.1. Análise do Género, Estado Civil, Escolaridade e Idade dos Idosos Inseridos na Comunidade e dos Idosos Institucionalizados

A amostra compreende 122 pessoas idosas das quais 61 encontram-se institucionalizadas e outras 61 encontram-se inseridas na comunidade.

Quadro 1. Percentagem do Género e Estado Civil; para a População Total, Idosos em Comunidade e Idosos Institucionalizados.

		População Total	Idosos em Comunidade	Idosos Institucionalizados
		Percentagem (%)	Percentagem (%)	Percentagem (%)
Género	Feminino	74,6	82,0	67,2
	Masculino	25,4	18,8	32,8
	Total	100	50	50
Estado Civil	Solteiro(a)	11,5	13,1	9,8
	Casado(a)	26,2	39,3	13,1
	Divor/Separado(a)	7,4	6,6	8,2
	Viúvo(a)	54,9	41,0	68,9
	Total	100	50	50

Da população total, 74,6% são do género feminino e 25,4% do género masculino. No que diz respeito ao estado civil, dos 122 idosos, 11,5% são solteiros, 26,2% são casados, 7,4% são divorciados ou separados e 54,9% são viúvos. Em termos de escolaridade da população total, 36,1% não frequentaram o ensino formal, 51,6% frequentaram o 1º ciclo do ensino básico, 1,6% frequentaram o 2º ciclo do ensino

básico, 4,9% frequentaram o 3º ciclo do ensino básico, 3,3% frequentaram o ensino secundário e 2,5% frequentaram o ensino superior.

Dos 61 idosos inseridos na comunidade, 82% são do género feminino e 18,8% do género masculino. Descrevendo o estado civil deste grupo, 13,1% são solteiros, 39,3% são casados, 6,6% são divorciados ou separados e 41,0% são viúvos. No que diz respeito à escolaridade, 23,0% não frequentaram o ensino formal, 57,4% frequentaram o 1º ciclo do ensino básico, 3,3% frequentaram o 2º ciclo do ensino básico, 8,2% frequentaram o 3º ciclo do ensino básico, 4,9% frequentaram o ensino secundário e 3,3% frequentaram o ensino superior.

Dos 61 idosos institucionalizados, 67,2% são do género feminino e 32,8% são do género masculino. Em relação ao estado civil, 9,8% são solteiros, 13,1% são casados, 8,2% são divorciados ou separados e 68,9% são viúvos. Analisando a escolaridade deste grupo, 49,2% não frequentaram o ensino formal, 45,9% frequentaram o 1º ciclo do ensino básico, 1,6% frequentou o 3º ciclo do ensino básico, 1,6% frequentou o ensino secundário e 1,6% frequentou o ensino superior.

Quadro 2. Análise Descritiva da Idade

	Idade Mínima	Idade Máxima	Média
População Total	65	100	79,76
Idosos em Comunidade	65	90	75,95
Idosos Institucionalizados	66	100	83,57

Analisando a idade da população total da amostra, esta apresenta-se muito heterogénea tendo valores dos 65 aos 100 anos de idade. A média é de 79,76 anos de idade. Nos idosos inseridos na comunidade, a idade apresenta-se igualmente muito heterogénea tendo valores dos 65 aos 90 anos de idade sendo a média de 75,95 anos. Nos idosos institucionalizados verifica-se também uma grande heterogeneidade, havendo valores dos 66 aos 100 anos de idade sendo a média de 83,57 anos (quadro 2).

## 5.2. Avaliação da qualidade de vida entre os géneros em idosos inseridos na comunidade

Procedeu-se à análise dos dados utilizando o Teste de Mann-Whitney e à análise das médias das diferentes dimensões do questionário SF-36.

Quadro 4. Qualidade de Vida entre os géneros do grupo de idosos em comunidade.

	Género	Média	Mann-Whitney (p)
FF	Feminino	29,54	0,16
	Masculino	37,64	
DF	Feminino	27,31	0,09
	Masculino	36,95	
DC	Feminino	28,68	<b><u>0,02</u></b>
	Masculino	41,55	
SG	Feminino	28,88	0,12
	Masculino	37,73	
VT	Feminino	29,55	0,17
	Masculino	37,59	
FS	Feminino	28,96	<b><u>0,05</u></b>
	Masculino	40,27	
DE	Feminino	27,17	0,06
	Masculino	37,60	
SM	Feminino	28,31	<b><u>0,04</u></b>
	Masculino	40,27	

Podemos observar que existem diferenças significativas entre os géneros do grupo de idosos inseridos na comunidade, nomeadamente nas dimensões “Dor Corporal”, “Função Social” e “Saúde Mental”, uma vez que estas dimensões apresentaram um  $p < 0,05$ .

Analisando o quadro 4, podemos verificar que na “Dor Corporal”, o género feminino apresenta uma média de 28,68 significando que apresentam maior dor corporal que o género masculino, que apresenta de média 41,55. Referente à “Função Social”, o género feminino, com média de 28,96, apresenta menos função social que o género

masculino, com média de 40,27. A respeito da “Saúde Mental”, o género feminino apresenta menor saúde mental com média de 28,31 enquanto o género masculino apresenta maior saúde mental, com média de 40,27.

### 5.3. Avaliação da qualidade de vida entre os géneros em idosos institucionalizados

Procedeu-se à análise dos dados utilizando o Teste de Mann-Whitney e a análise das médias das diferentes dimensões do questionário SF-36.

Quadro 5. Qualidade de Vida entre os géneros do grupo de idosos institucionalizados.

	Género	Média	Mann-Whitney (p)
FF	Feminino	26,11	<u>.00</u>
	Masculino	41,03	
DF	Feminino	26,91	<u>.02</u>
	Masculino	37,67	
DC	Feminino	28,15	,06
	Masculino	36,85	
SG	Feminino	26,36	<u>.00</u>
	Masculino	38,78	
VT	Feminino	27,59	<u>.03</u>
	Masculino	38,00	
FS	Feminino	26,05	<u>.00</u>
	Masculino	41,15	
DE	Feminino	28,21	,14
	Masculino	35,08	
SM	Feminino	26,40	<u>.00</u>
	Masculino	40,42	

Através da análise do quadro 5, podemos observar que existem diferenças significativas entre os géneros do grupo de idosos institucionalizados, nomeadamente nas dimensões “Função Física”, “Desempenho Físico”, “Saúde Geral”, “Vitalidade”, “Função Social” e “Saúde Mental”, uma vez que estas dimensões apresentaram um  $p < 0,05$ .

Podemos ainda verificar que na “Função Física” o género feminino apresenta uma média de 26,11 e o género masculino média de 41,03, significando que o género feminino possui menos função física que o género masculino. Analisando o “Desempenho Físico”, observamos que o género feminino apresenta menor desempenho físico que o género masculino. Na dimensão da “Saúde Geral” podemos

constatar que o género feminino apresenta menor saúde geral que o género masculino. No que consta à “Vitalidade”, o género feminino igualmente apresentou valores mais baixos em relação ao género masculino. Na “Função Social”, o género feminino apresenta os piores resultados com média de 26,05, e o género masculino os melhores resultados com média de 41,15. Na questão da “Saúde Mental”, os piores resultados prevalecem para o género feminino (média= 26,40) e os melhores resultados para o género masculino (média= 40,42).

Resumidamente, em todas as dimensões onde foram registadas diferenças significativas, o género masculino apresenta melhores resultados, ou seja, apresenta melhor qualidade de vida.

#### 5.4. Avaliação da qualidade de vida entre idosos institucionalizados e idosos em comunidade

Procedeu-se à análise dos dados utilizando o Teste T para duas amostras independentes e à análise das médias e do desvio padrão das diferentes dimensões do MOS SF-36.

Quadro 6. Qualidade de Vida entre idosos em comunidade e idosos institucionalizados, Média, Desvio Padrão e Teste T.

	Situação habitacional	Média	D. Padrão	Teste T (p)
FF	Comunidade	35,40	29,94	0,52
	Institucionalizados	31,88	30,75	
DF	Comunidade	52,19	37,58	0,91
	Institucionalizados	51,45	35,91	
DC	Comunidade	43,93	26,97	0,77
	Institucionalizados	45,24	23,70	
SG	Comunidade	39,75	19,05	0,33
	Institucionalizados	43,00	17,34	
VT	Comunidade	43,54	23,96	0,43
	Institucionalizados	46,92	23,15	
FS	Comunidade	68,03	29,27	0,74
	Institucionalizados	69,67	27,23	
DE	Comunidade	64,03	37,40	0,40
	Institucionalizados	69,30	30,66	
SM	Comunidade	56,25	28,88	0,77
	Institucionalizados	57,62	24,14	

Através da análise dos resultados, podemos observar que não existem diferenças significativas entre a qualidade de vida dos idosos inseridos em comunidade e dos idosos institucionalizados, uma vez que todas as dimensões do SF-36 apresentaram um  $p > 0,05$ . Observando igualmente as médias obtidas, bem como o desvio padrão para cada uma das dimensões do SF-36 entre os idosos inseridos na comunidade e os idosos institucionalizados, vemos que não existem diferenças significativas.

### 5.5. Avaliação da espiritualidade entre os géneros em idosos inseridos na comunidade

Procedeu-se à análise dos dados utilizando o Teste de Mann-Whitney e a análise das médias da Escala da Espiritualidade e das Subescalas “Crenças” e “Esperança”.

Quadro 8. Espiritualidade entre os géneros do grupo de idosos em comunidade: Estatística do Grupo.

	Género	Média	Mann-Whitney (p)
<b>Crenças</b>	Feminino	34,75	<b>.00</b>
	Masculino	13,95	
<b>Esperança</b>	Feminino	31,69	,51
	Masculino	27,86	
<b>Espiritualidade Total</b>	Feminino	33,42	<b>.02</b>
	Masculino	20,00	

Através da análise do quadro 8, podemos observar que existem diferenças significativas entre os géneros do grupo de idosos inseridos na comunidade, nomeadamente na subescala “Crenças” e na Escala da Espiritualidade, uma vez que estas apresentaram um  $p < 0,05$ .

Tanto na sub-escala “Crenças”, como na “Espiritualidade Total”, os valores de média superiores pertencem ao género feminino, enquanto os valores de média inferiores pertencem ao género masculino, permitindo-nos afirmar que nos idosos inseridos na comunidade o género feminino apresenta maior espiritualidade que o género masculino.

### 5.6. Avaliação da espiritualidade entre os géneros em idosos institucionalizados

Procedeu-se à análise dos dados utilizando o Teste de Mann-Whitney e a análise das médias da Escala da Espiritualidade e das Subescalas “Crenças” e “Esperança”.

Quadro 9. Espiritualidade entre os géneros do grupo de idosos institucionalizados: Estatística do Grupo.

	Género	Média	Mann-Whitney (p)
<b>Crenças</b>	Feminino	34,12	<u>,01</u>
	Masculino	22,68	
<b>Esperança</b>	Feminino	29,02	,33
	Masculino	33,68	
<b>Espiritualidade Total</b>	Feminino	31,30	,59
	Masculino	28,76	

Através da análise do quadro 9, podemos observar que existem diferenças significativas entre os géneros do grupo de idosos institucionalizados, nomeadamente na subescala “Crenças” uma vez que esta apresentou um  $p < 0,05$ .

Na sub-escala “Crenças”, os valores de média superiores pertencem ao género feminino, enquanto os valores de média inferiores pertencem ao género masculino, permitindo-nos afirmar que nos idosos institucionalizados o género feminino apresenta mais crenças que o género masculino.

### 5.7. Avaliação da espiritualidade entre idosos em comunidade e idosos institucionalizados

Procedeu-se à análise dos dados utilizando o Teste T para duas amostras independentes e à análise das médias e desvio padrão da Escala da Espiritualidade e das sub-escalas “Crenças” e “Esperança”.

Quadro 10. Espiritualidade entre idosos em comunidade e idosos institucionalizados.

	Situação habitacional	Média	D. Padrão	Teste - T (p)
<b>Crenças</b>	Comunidade	6,44	1,48	,09
	Institucionalizados	5,96	1,63	
<b>Esperança</b>	Comunidade	7,91	2,13	,11
	Institucionalizados	7,25	2,43	
<b>Espiritualidade Total</b>	Comunidade	14,36	2,99	,06
	Institucionalizados	13,21	3,66	

Através da análise do quadro 10, podemos observar que não existem diferenças significativas entre a espiritualidade dos idosos inseridos em comunidade e dos idosos institucionalizados, uma vez que tanto a “Espiritualidade Total”, como as suas subescalas apresentaram um  $p > 0,05$ . Logo, não existe diferença significativa sob

como a espiritualidade se apresenta nos idosos inseridos na comunidade e nos idosos institucionalizados.

### 5.8. Análise da Correlação da Qualidade de Vida e Espiritualidade nos Idosos Inseridos na Comunidade e nos Idosos Institucionalizados

Para avaliar a correlação entre a espiritualidade e a qualidade de vida dos idosos em comunidade e dos idosos institucionalizados, bem como para avaliar se existem diferenças na correlação entre a espiritualidade e a qualidade de vida entre os dois grupos de idosos, optou-se por se aplicar a correlação de Pearson.

Quadro 11. Correlação de Pearson: correlação entre a qualidade de vida e a espiritualidade nos idosos em comunidade.

	FF	DF	DC	SG	VT	FS	DE	SM
Crenças	,16	,13	-,09	,07	,21	,17	,10	,19
Esperança	<b>,38(**)</b>	,18	,18	<b>,50(**)</b>	<b>,34(**)</b>	<b>,31(*)</b>	,25	<b>,46(**)</b>
Espiritualidade Total	<b>,35(**)</b>	,20	,08	<b>,39(**)</b>	<b>,35(**)</b>	<b>,31(*)</b>	,24	<b>,43(**)</b>

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

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

Analisando o quadro 11, podemos observar que nos idosos em comunidade a “Função Física”, a “Saúde Geral”, a “Vitalidade”, a “Função Social” e a “Saúde Mental”, correlacionam-se significativamente com a subescala “Esperança” e com a “Espiritualidade Total”. Quanto maior a esperança e espiritualidade, assim se verifica melhor função física, melhor saúde geral, mais vitalidade, melhor função social e melhor saúde mental, nos idosos inseridos na comunidade.

Quadro 12. Correlação de Pearson: correlação entre a qualidade de vida e a espiritualidade nos idosos institucionalizados.

	FF	DF	DC	SG	VT	FS	DE	SM
Crenças	-,22	-,12	,13	,07	,13	<b>-,25(*)</b>	-,06	,00
Esperança	,03	,05	<b>,27(*)</b>	<b>,40(**)</b>	<b>,34(**)</b>	-,17	-,02	<b>,37(**)</b>
Espiritualidade Total	-,07	-,01	,24	<b>,30(*)</b>	<b>,29(*)</b>	-,22	-,04	<b>,25(*)</b>

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

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

Analisando o quadro 12, podemos observar que nos idosos institucionalizados as crenças correlacionam-se significativamente com a “Função Social”; a esperança correlaciona-se significativamente com a “Dor Corporal”, a “Saúde Geral”, a “Vitalidade” e a “Saúde Mental”; a espiritualidade total correlaciona-se significativamente com a dimensão da “Saúde Geral”, da “Vitalidade” e da “Saúde Mental”. Concluindo, para uma menor Função Social vamos encontrar um maior valor sobre as crenças. Quanto maior a esperança, vamos encontrar maior dor corporal, melhor saúde geral, mais vitalidade e melhor saúde mental. Quanto maior a espiritualidade, assim vamos encontrar melhor saúde geral, mais vitalidade e melhor saúde mental.

## **6. Discussão dos Resultados**

Existe uma grande prevalência do sexo feminino tanto nos idosos inseridos na comunidade, como nos idosos institucionalizados. Tal como podemos observar nos resultados, 74,6% da amostra total é do género feminino enquanto os restantes 25,4% pertencem ao sexo masculino. Se observarmos em termos de comunidade 82% são do género feminino e 18% do género masculino e em termos de institucionalização, 67% são do género feminino enquanto 32,8% são do género masculino. Em média as mulheres vivem cerca de seis anos a mais que os homens. A vida mais longa das mulheres tem sido atribuída a diversos factores, desde a procura de assistência médica com mais frequência, a possuírem maior nível de apoio social e menos vulnerabilidade biológica (Trentini, 2004).

Tanto nos idosos inseridos na comunidade, como nos idosos institucionalizados observamos uma baixa taxa de escolaridade em ambos os géneros, embora existam diferenças significativas entre os grupos, nomeadamente, no analfabetismo. Nos idosos em comunidade vemos que apenas 23% nunca frequentaram o ensino, enquanto nos idosos institucionalizados uns esmagadores 49,2% nunca foram à escola. Segundo o INE (2001), (cit. por Jacinto, 2010), na população nacional as pessoas com 65 anos e mais, apresentam baixa escolaridade, sendo a maioria analfabeta.

Ao observarmos o estado civil, verificamos que existe uma grande percentagem de viuvez nos idosos institucionalizados, 42%. No caso dos idosos inseridos na comunidade, a viuvez encontra-se lado a lado com o estado civil “casado” onde, por ordem descrita, pertencem as percentagens 25% e 24%. As mulheres idosas tendem a ter problemas de saúde de longo prazo crónicos e incapacitantes, enquanto os

homens idosos tendem a desenvolver doenças de curto prazo e fatais. Como resultado, as mulheres idosas têm maior probabilidade do que os homens de serem viúvas, não se casando novamente e a passarem mais anos com má saúde e menos anos de vida activa e independente, levando posteriormente à sua institucionalização (Trentini, 2004). A viuvez pode ser um factor da decisão de institucionalização, para diminuir a solidão e manter a assistência antes prestada pelo cônjuge (Jacinto, 2010).

Analisando a qualidade de vida, observamos que na amostra em estudo não existem diferenças significativas entre os idosos em comunidade e os idosos institucionalizados. Por norma, os indivíduos idosos institucionalizados têm menor qualidade de vida que os indivíduos em comunidade, porém, a amostra em estudo pertence a um meio rural. No meio rural a institucionalização funciona de forma diferente que no meio urbano. Os indivíduos idosos nos meios rurais, muitas vezes procuram na instituição os cuidados que necessitam por se encontrarem isolados e sós, pensando num futuro próximo de decadência física e psicológica ao qual não teriam resposta. Assim, muitos institucionalizados mantêm ainda excelentes funções, quer física, quer mental, realizando todas as suas tarefas como se estivessem em suas próprias casas. No meio urbano, a institucionalização já aparece como último recurso devido às necessidades básicas que o idoso, por estar demasiado dependente carece, e a família não consegue providenciar (Sequeira & Silva, 2002).

Também foi possível constatar que apesar que não existirem diferenças entre os dois grupos de idosos, elas existem entre os géneros de cada grupo. Tanto no grupo dos idosos inseridos na comunidade, como nos idosos institucionalizados, o género masculino tende a apresentar melhor qualidade de vida, tal como tem sido concluído em diversos estudos.

Analisando a espiritualidade, observamos que na amostra em estudo não existem diferenças na dimensão da espiritualidade entre os idosos em comunidade e os idosos institucionalizados. Como se trata de um meio rural, existe uma grande propensão para que a espiritualidade esteja presente nas raízes da população, indo esta acompanhando o indivíduo e tomando um valor mais significativo na etapa final da sua vida. Já Dillon et al (2002, citado por Figueira, 2010), na sua pesquisa sobre o desenvolvimento espiritual ao longo do arco da vida adulta, notaram um crescimento significativo na espiritualidade desde a idade adulta média à velhice, sobretudo nas mulheres.

Quando comparamos os grupos, encontramos diferenças entre os géneros de cada grupo presente na amostra. Tanto no grupo dos idosos inseridos na comunidade,

como no grupo dos idosos institucionalizados o género feminino apresenta maior dimensão espiritual que o género masculino. Aqui, a subescala “Crenças” da escala da espiritualidade de Pinto & Pais-Ribeiro (2007), ganha um papel quase indispensável na vida quotidiana do género feminino, quer em comunidade quer em instituição.

Analisando a espiritualidade com a qualidade de vida, podemos verificar que as mesmas se correlacionam tanto no grupo dos idosos inseridos na comunidade como no grupo de idosos institucionalizados e esta correlação verifica-se diferente entre os dois grupos. No grupo dos idosos inseridos na comunidade, a “Esperança” e a “Espiritualidade Total” têm relação significativa com a função física, a saúde geral, a vitalidade, a função social e a saúde mental. É de salientar que neste grupo, a presença das crenças não se correlaciona significativamente com nenhuma dimensão da qualidade de vida.

No grupo de idosos institucionalizados, a espiritualidade correlaciona-se significativamente com a saúde geral, a vitalidade e a saúde mental, no entanto, quando observamos as subescalas “Crenças” e “Esperança” vemos que as mesmas têm papéis diferentes nas diversas dimensões da qualidade de vida. As crenças correlacionam-se significativamente com a função social, enquanto a esperança correlaciona-se significativamente com a dor corporal, a saúde geral, a vitalidade e a saúde mental, ou seja, os indivíduos que apresentam um elevado grau de crenças, apresentam menor função social e os indivíduos que apresentam mais esperança, apresentam mais dor corporal, mais saúde geral, mais vitalidade e melhor saúde mental.

## **7. Conclusões**

Através dos resultados obtidos na análise e discussão dos dados da amostra, pudemos concluir que não existem diferenças na qualidade de vida entre os idosos inseridos em comunidade e os idosos institucionalizados, mas que existem diferenças na qualidade de vida entre os géneros nos idosos inseridos na comunidade e nos idosos institucionalizados, sendo o género masculino beneficiado com melhor qualidade de vida que o género feminino.

Na questão da dimensão espiritual, concluiu-se que não existem diferenças entre os idosos inseridos na comunidade e nos idosos institucionalizados, mas que existem diferenças na espiritualidade entre os géneros nos idosos inseridos na comunidade e nos idosos institucionalizados, sendo o género feminino que apresenta mais espiritualidade. Também foi possível concluir que a espiritualidade correlaciona-se

directamente com a qualidade de vida tanto nos idosos inseridos em comunidade, como nos idosos institucionalizados, embora a correlação entre ambas seja diferente nos dois grupos. No grupo dos idosos inseridos na comunidade, a “Esperança” e a “Espiritualidade Total” correlacionam-se com a função física, a saúde geral, a vitalidade, a função social e a saúde mental, enquanto no grupo de idosos institucionalizados, a espiritualidade correlaciona-se com a saúde geral, a vitalidade e a saúde mental, no entanto, quando observamos as subescalas “Crenças” e “Esperança” vemos que as mesmas têm papéis diferentes nas diversas dimensões da qualidade de vida. As crenças correlacionam-se com a função social, enquanto a esperança correlaciona-se com a dor corporal, a saúde geral, a vitalidade e a saúde mental.

A qualidade de vida no indivíduo idoso depende de diversos factores, onde poderemos encontrar como impulsionadores de uma boa qualidade de vida, a presença de actividade física regular mesmo nas limitações que esta população apresenta. Denote-se que por actividade física, não se subentende exercício físico propriamente dito, embora exista actualmente uma grande variedade de programas de exercícios físicos direccionados a esta população que se adaptam às limitações de cada indivíduo idoso e onde existem evidências de que quando aplicados, estes programas funcionam auxiliando o idoso a obter mais rapidamente e eficazmente uma qualidade de vida superior. Assim, não podemos negar que a fisioterapia é de grande importância na área de geriatria, não só em questões de reabilitação, como igualmente trabalhando no processo de manutenção e prevenção. Ou seja, enfatizar a promoção da saúde no idoso.

Se juntarmos a espiritualidade à fisioterapia geriátrica, a espiritualidade torna-se um instrumento importante tanto para os idosos como para os profissionais que com eles trabalham, uma vez que a boa saúde espiritual é essencial para a boa saúde física.

Para terminar, e respondendo à questão principal do estudo, existe uma correlação significativa entre espiritualidade e a qualidade de vida nos idosos e esta manifesta-se de forma diferente nos idosos institucionalizados e nos idosos inseridos na comunidade.

## **Referências Bibliográficas**

- Åberg A et al. On loss of activity and independence, adaptation improves life satisfaction in old age – a qualitative study of patients' perceptions. *Quality of Life Research*, 14:1111-1125; 2005.
- Almeida A. A Pessoa Idosa institucionalizada em Lares: Aspectos e contextos da Qualidade de Vida [Dissertation]. Porto; 2008.
- Alves R, Mota J, Costa M, Alves J. Aptidão física relacionada à saúde de idosos: influência da hidroginástica. *Ver Bras Med Esporte*, vol.10, n.1, Jan/Fev; 2004.
- Andrade F, Pereira L, Sousa F. Mensuração da dor no idoso: uma revisão. *Ver Latino-am Enfermagem*, 14(2):271-6; 2006.
- Bekelman D et al. Spiritual Well-Being and Depression in Patients with Heart Failure. *Society of General Internal Medicine*, 22:470-477; 2007.
- Biel J. Gestão de Custos com Medicamentos, Aptidão Física Funcional e Qualidade de Vida em Idosos Institucionalizados do Concelho de Leiria [Dissertation]. Coimbra; 2011.
- Bispo N, Takahashi A, Morio E, Freitas E. Fisioterapia em Idosos Institucionalizados: os Benefícios dos Exercícios em Grupo. *UNOPAR Cient., Ciên. Biol. Saúde*, 11(1):47-50; 2009.
- Brown J, Bowling A, Flynn T. Models of Quality of Life: A Taxonomy, Overview and Systematic Review of Literature. *European Forum on Population Ageing Research*, Maio, 2004.
- Cader S et al. Perfil da qualidade de vida e da autonomia funcional de idosos asilados em uma instituição filantrópica no município do Rio de Janeiro. *Fitness & Performance Journal*, v.5, n.º4, p. 256-261; 2006.
- Campolina A, Dini P, Ciconelli R. Impacto da doença crônica na qualidade de vida de idosos da comunidade em São Paulo. *Ciência & Saúde Coletiva*, 16(6):2919-2925; 2011.
- Caporicci S, Neto M. Estudo Comparativo de Idosos ativos e inativos através da avaliação das atividades da vida diária e medição da qualidade de vida. *Motricidade*, Vol.7, n.2, pp. 15-24; 2011.

- Carneiro L, Klüppel B. Estudo da Relação entre Qualidade de Vida e Espiritualidade em Idosos. CCHLA/UFPB, Nov; 2008.
- Carvalho M, Carvalho G. Atividade física e qualidade de vida em mulheres idosas. Revista Digital, Buenos Aires, 13 (122), Julho; 2008.
- Carvalho j, Soares J. Envelhecimento e força muscular – breve revisão. Rev.Portuguesa de Ciências do Desporto, 4(3):79-93; 2004.
- Costa A, Silva C. Fisioterapia na Saúde do Idoso: Exercícios Físicos na Promoção da Qualidade de Vida. Rev. Hórus, 4(1):194-207; 2010.
- Dalby P. Is there a process of spiritual change or development associated with ageing? A critical review of research. Aging & Mental Health, Jan, 10(1):4-12; 2006.
- Farenzena, W. Qualidade de Vida em um Grupo de Idosos de Veranópolis-RS [Dissertation]. Porto Alegre; 2007.
- Faria O. Avaliação da Aptidão Física de Um Grupo de Idosos entre os 75 e 95 anos da Zona de Sertã [Dissertation]. Coimbra; 2008.
- Fernández G et al. El significado de la salud en la calidad de vida de los mayores. Madrid, Portal Mayores, Informes Portal Mayores, n.74; 2007.
- Ferreira A. Qualidade de Vida e Espiritualidade em Idosos com Dor Crónica [dissertation]. Aveiro; 2010.
- Ferreira C. Envelhecimento e Lazer [Dissertation]. Coimbra; 2009.
- Ferreira A. A Qualidade de Vida em Idosos em Diferentes Contextos Habitacionais: A Perspectiva do Próprio e do Seu Cuidador [Dissertation]. Lisboa; 2009.
- Figueira A. Qualidade de Vida e Espiritualidade em Pessoas Idosas [dissertation]. Aveiro; 2010.
- Finkelstein F et al. Spirituality, quality of life and the dialysis patient. Nephrol Dial Transplant, 22:2432-2434; 2007.
- Fleck M et al. Desenvolvimento do WHOQOL, módulo espiritualidade, religiosidade e crenças pessoais. Ver Saúde Pública, 37(4):446-55; 2003.
- Fleg J et al. Accelerated Longitudinal Decline of Aerobic Capacity in Healthy Older Adults. Journal of the American Heart Association, 112: 674-682; 2005.
- Fortunato P, Simões F. Envelhecer bem: um estudo sobre qualidade de vida e espiritualidade [Dissertation]. Aveiro; 2010.

- Garbin C et al. O envelhecimento na perspectiva do cuidador de idosos. *Ciência & Saúde Colectiva*, 15(6):2941-2948; 2010.
- Gonçalves M. Contribuições da fisioterapia/exercício físico para pacientes idosos atendidos na Estratégia Saúde da Família (ESF). *Ensaio e Ciência: Ciências Biológicas, Agrárias e da Saúde*, 15(1):243-260; 2011.
- Gratão A et al. Avaliação Prospectiva do Idoso Demenciado que Teve Queda. *R Enferm UERJ*, 11:147-2; 2003.
- Guimarães H, Avezum A. O impacto da espiritualidade na saúde física. *Ver. Psiq. Clín.*, 34(1):88-94; 2007.
- Holmes S. Assessing the quality of life – reality or impossible dream? A discussion paper. *International Journal of Nursing Studies*, vol.42, n.4, pp.493-501; 2005.
- Jacinto B. Qualidade de Vida e Espiritualidade do Idoso Institucionalizado [dissertation]. Aveiro; 2010.
- Lima-Costa M, Barreto S, Giatti L. Condições de saúde, capacidade funcional, uso de serviços de saúde e gastos com medicamentos da população idosa brasileira: um estudo descritivo baseado na Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios. *Cad Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 19(3):735-743, mai-jun; 2003.
- Maroco J, Garcia-Marques T. Qual a fiabilidade do alfa de Cronbach? Questões antigas e soluções modernas?. *Laboratório de Psicologia*, 4(1):65-90; 2006.
- Martins R et al. Exercício físico, IgA Salivar e Estados Emocionais da Pessoa Idosa. *Motri*, 4(1):5-11; 2008.
- Matsudo S. Envelhecimento, Atividade Física e Saúde. *R. Min. Educ. Fís., Viçosa*, v.10, n.1, p. 195-209; 2002.
- Minayo M. Qualidade de vida e saúde: um debate necessário. *Ciência & Saúde Colectiva*, 5(1):7-18; 2000.
- Moreira-Almeida A. Espiritualidade e Saúde: passado e futuro de uma relação controversa e desafiadora. *Rev. Psiquiatr. Clín.*, 34(1), São Paulo; 2007.
- Musick M et al. Spirituality in Physical Health and Aging. *Journal of Adult Development*, 7(2); 2000.
- Oliveira M, Maia J. Avaliação da actividade física em contextos epidemiológicos. Uma revisão da validade e fiabilidade do acelerómetro Tritrac-R3D, do pedómetro

- Yamax Digi-Walker e do questionário de Baecke. *Rev Port Ciências do Desporto*, 1(3):73-88; 2001.
- Ouwehand C, Ridder D, Bensing J. A review of successful aging models: Proposing proactive coping as an important additional strategy. *Clinical Psychology Review*, 27: 873-884; 2007.
- Panizza R. Envelhecimento e Qualidade de Vida – Programa de Exercícios Físicos para Idosas Não Institucionalizadas [dissertation]. Campinas; 2008.
- Panzini R et al. Qualidade de Vida e Espiritualidade. *Rev. Psiq. Clín.*, 34(1):105-115;2007.
- Panzini R et al. Validação brasileira do Instrumento de Qualidade de Vida/espiritualidade, religião e crenças pessoais. *Ver Saude Publica*, 45(1):153-65;2011.
- Paschoa S, Zanei S, Whitaker I. Qualidade de Vida dos Trabalhadores de Enfermagem de Unidade de Terapia Intensiva. *Acta Paul Enferm*, 20(3):305-10; 2007.
- Paskulin et al. Percepção de pessoas idosas sobre qualidade de vida. *Acta Paul Enferm*, 23(1):101-7; 2010.
- Pedrão R, Beresin R. Nursing and Spirituality. *Einstein*, 8(1 Pt1):86-91; 2010.
- Pelzer M, Sandri J.O Viver e Ser Saudável no Envelhecimento Humano Contextualizado Através da História Oral. *R Gaúcha Enferm.*, 23(2):108-122, Portalegre, jul.; 2002.
- Pereira L et al. Programa Melhoria da Qualidade de Vida dos Idosos Institucionalizados. UFMG, Belo Horizonte; 2005.
- Peterman A et al. Measuring Spiritual Well-Being in People With Cancer: The Functional Assessment of Chronic Illness Therapy – Spiritual Well-Being Scale (FACIT-Sp). *Ann Behav Med*, 24(1):49-58; 2002.
- Peterson M, Webb D. Religion and Spirituality in Quality of Life Studies. *Applied Research in Quality of Life*, 1:107-116; 2006.
- Petyk J, Guedes J, Sebben V. Os Efeitos de um Programa de Fisioterapia em Idosas. *Perspectiva, Erechim*. 35(129):103-112, março; 2011.
- Pinto C, Pais-Ribeiro J. Construção de Uma Escala de Avaliação da Espiritualidade em Contextos de Saúde. *ArquiMed*, 21(2):47-53; 2007.

- Pinto C, Ribeiro J. Avaliação da espiritualidade dos sobreviventes de cancro: implicações na qualidade de vida. *Rev Port Saúde Pública*, 28(1):49-56, Jan-Jun; 2010.
- Rizzardi C, Teixeira M, Siqueira S. Espiritualidade e religiosidade no enfrentamento da dor. *O Mundo da Saúde*, 34(4):483-487, São Paulo; 2010.
- Saad M, Masiero D, Battistella L. Espiritualidade Baseada em Evidências. *Acta Fisiátrica* 8(3):107-112;2001.
- Santos S et al. Qualidade de Vida do Idoso na Comunidade: Aplicação da Escala de Flanagan. *Rev Latino-am Enfermagem*, 10(6):757-64, nov-dez; 2002.
- Santos S, Knijnik J. Motivos de Adesão à Prática de Atividade Física na Vida Adulta Intermediária I. *Rev Mackenzie de Educação Física e Esporte*, 5(1):23-34; 2006.
- Sawatzky R. Spirituality and Quality of Life [Dissertation]. Columbia; 2002.
- Secchi G, Strepparava M. The quality of life in cancer patients: a cognitive approach. *European Journal of Internal Medicine*, vol.12, pp.35-42; 2001.
- Sequeira A, Silva M. O bem-estar da pessoa idosa em meio rural. *Análise Psicológica*, 3(20):505-516; 2002.
- Serra A et al. Estudos Psicométricos do Instrumento de Avaliação da Qualidade de Vida da Organização Mundial de Saúde (WHOQOL-100) para Português de Portugal. *Psiquiatria Clínica*, 27(2):31-40; 2006.
- Sessanna et al. Spirituality in Nursin and Health-Related Literature. *Journal of Holistic Nursing*, 25(4):252-262, dez; 2007.
- Silva A, Alves V. Envelhecimento: Resiliência e Espiritualidade [Dissertation]. *Diálogos Possíveis*, jan/jun; 2007.
- Silva M. Qualidade de vida do idoso institucionalizado em meio rural [Dissertation]. Bragança; 2011.
- Silva M et al. Avaliação do grau de dependência nas atividades de vida diária em idosos da cidade de Fortaleza-Ceará. *Acta Paul Enferm*, 19(2):201-6; 2006.
- Silva M et al. Quality of life and spiritual well-being in chronic obstructive pulmonary disease patients. *Rev Esc Enferm USP*, 43(2):1186-91; 2009.
- Simões P. Envelhecer bem: um estudo sobre a qualidade de vida e espiritualidade [dissertation]. Aveiro; 2010.

- Sousa L, Galante H, Figueiredo D. Qualidade de vida e bem-estar dos idosos: um estudo exploratório na população portuguesa. *Rev Saúde Pública*, 37(3):364-71; 2003.
- Tarlov A et al. The Medical Outcomes Study. 262(7):925-930; 1989.
- Tavakol M, Dennick R. Making sense of Cronbach's alpha. *International Journal of Medical Education*, 2: 53-55; 2011.
- Teixeira I, Guariento M. Biologia do envelhecimento: teorias, mecanismos e perspectivas. *Ciência & Saúde Colectiva*, 15(6):2845-2857, 2010.
- Telles-Correia D, Barbosa A, Mega I. Qualidade de Vida e Transplante. *Acta Med Port*, 23:1091-1100; 2010.
- Torres G et al. Qualidade de vida e fatores associados em idosos dependentes em uma cidade do interior do Nordeste. *J Bras Psiquiatr.*, 58(1):39-44; 2009.
- Trentini C. Qualidade de Vida em Idosos [dissertation]. Porto Alegre; 2004.
- Tribess S, Jr J. Prescrição de Exercícios Físicos para Idosos. *Rev. Saúde. Com*, 1(2):163-172; 2005.
- Vieira P. Factores Responsáveis pelas Quedas dos Idosos e Estratégias de Prevenção: Programas de Educação Física como Estratégia de Prevenção de Quedas na Terceira Idade [Dissertation]. Porto; 2009.
- Williams D, Sternthal M. Spirituality, religion and health: evidence and research directions. *MJA*, 186(10):47-50; 2007.
- World Health Organization. *Active Ageing: A Policy Framework*, Madrid, Spain, April; 2002.
- Zaslavky C, Gus I. Idoso. Doença Cardíaca e Comorbidades. *Arq Bras Cardiol*, 79(6): 635-9; 2002.

**Anexos****Anexo I – MOS SF-36****QUESTIONÁRIO DE ESTADO DE SAÚDE (SF-36v2)**

**INSTRUÇÕES:** As questões que se seguem pedem-lhe opinião sobre a sua saúde, a forma como se sente e sobre a sua capacidade de desempenhar as actividades habituais.

Pedimos que leia com atenção cada pergunta e que responda o mais honestamente possível. Se não tiver a certeza sobre a resposta a dar, dê-nos a que achar mais apropriada e, se quiser, escreva um comentário a seguir à pergunta.

Para as perguntas 1 e 2, por favor coloque um círculo no número que melhor descreve a sua saúde.

<b>1. Em geral, diria que a sua saúde é:</b>				
Óptima	Muito boa	Boa	Razoável	Fraca
1	2	3	4	5

<b>2. Comparando com o que acontecia há um ano, como descreve o seu estado geral actual:</b>				
Muito melhor	Com algumas melhoras	Aproximadamente igual	Um pouco pior	Muito pior
1	2	3	4	5

<b>3. As perguntas que se seguem são sobre actividades que executa no seu dia-a-dia.</b>			
<b>Será que a sua saúde o/a limita nestas actividades? Se sim, quanto?</b>			
<i>(Por favor assinale com um círculo um número em cada linha)</i>			
	Sim, muito limitado/a	Sim, um pouco limitado/a	Não, nada limitado/a
a. Actividades violentas, tais como correr, levantar pesos, participar em desportos extenuantes ...	1	2	3
b. Actividades moderadas, tais como deslocar uma mesa ou aspirar a casa.....	1	2	3
c. Levantar ou pegar nas compras de mercearia....	1	2	3
d. Subir vários lanços de escada.....	1	2	3
e. Subir um lanço de escadas.....	1	2	3
f. Inclinar-se, ajoelhar-se ou baixar-se.....	1	2	3
g. Andar mais de 1 km.....	1	2	3
h. Andar várias centenas de metros.....	1	2	3
i. Andar uma centena de metros.....	1	2	3
j. Tomar banho ou vestir-se sozinho/a.....	1	2	3

Copyright © 1992. New England Medical Center Hospitals, fac All rights reserved.

Copyright © 1997. Versão Portuguesa 2 Centro de Estudos e Investigação em Saúde. Todos os direitos reservados.

**4. Durante as últimas 4 semanas teve, no seu trabalho ou actividades diárias, algum dos problemas apresentados a seguir como consequência do seu estado de saúde físico?**

Quanto tempo, nas últimas quatro semanas...	Sempre	A maior parte do tempo	Algum tempo	Pouco tempo	Nunca
a. Diminuiu o <b>tempo gasto</b> a trabalhar ou noutras actividades.....	1	2	3	4	5
b. Fez <b>menos</b> do que queria? .....	1	2	3	4	5
c. Sentiu-se limitado/a no <b>tipo</b> de trabalho ou outras actividades.....	1	2	3	4	5
d. Teve <b>dificuldade</b> em executar o seu trabalho ou outras actividades (por exemplo, foi preciso mais esforço).....	1	2	3	4	5

**5. Durante as últimas 4 semanas, teve com o seu trabalho ou com as suas actividades diárias, algum dos problemas apresentados a seguir devido a quaisquer problemas emocionais (tal como sentir-se deprimido/a ou ansioso/a)?**

Quanto tempo, nas últimas quatro semanas...	Sempre	A maior parte do tempo	Algum tempo	Pouco tempo	Nunca
a. Diminuiu o <b>tempo gasto</b> a trabalhar ou noutras actividades.....	1	2	3	4	5
b. Fez <b>menos</b> do que queria? .....	1	2	3	4	5
c. Executou o seu trabalho ou outras actividades <b>menos cuidadosamente</b> do que era costume. ....	1	2	3	4	5

Para cada uma das perguntas 6,7 e 8, por favor ponha um círculo no número que melhor descreve a sua saúde.

**6. Durante as últimas 4 semanas, em que medida é que a sua saúde física ou problemas emocionais interferiram no seu relacionamento social normal com a família, amigos, vizinhos ou outras pessoas?**

Absolutamente nada	Pouco	Moderadamente	Bastante	Imenso
1	2	3	4	5

**7. Durante as últimas 4 semanas teve dores?**

Nenhumas	Muito fracas	Ligeiras	Moderadas	Fortes	Muito fortes
1	2	3	4	5	6

**8. Durante as últimas 4 semanas, de que forma é que a dor interferiu com o seu trabalho normal (tanto o trabalho fora de casa como o trabalho doméstico)?**

Absolutamente nada	Pouco	Moderadamente	Bastante	Imenso
1	2	3	4	5

**9. As perguntas que se seguem pretendem avaliar a forma como se sentiu e como lhe correram as coisas nas últimas quatro semanas.**

Para cada pergunta, coloque por favor um círculo à volta do número que melhor descreve a forma como se sentiu.

Certifique-se que coloca um círculo em cada linha.

Quanto tempo, nas últimas quatro semanas...	Sempre	A maior parte do tempo	Algum tempo	Pouco tempo	Nunca
a. <u>Se sentiu cheio/a de vitalidade?.....</u>	1	2	3	4	5
b. <u>Se sentiu muito nervoso/a? .....</u>	1	2	3	4	5
c. <u>Se sentiu tão deprimido/a que nada o/a animava? .....</u>	1	2	3	4	5
d. <u>Se sentiu calmo/a e tranquilo/a? .....</u>	1	2	3	4	5
e. <u>Se sentiu com muita energia? .....</u>	1	2	3	4	5
f. <u>Se sentiu deprimido/a? .....</u>	1	2	3	4	5
g. <u>Se sentiu estafado/a?.....</u>	1	2	3	4	5
h. <u>Se sentiu feliz?.....</u>	1	2	3	4	5
L. <u>Se sentiu cansado/a? .....</u>	1	2	3	4	5

10. Durante as últimas quatro semanas, até que ponto é que a sua saúde física ou problemas emocionais limitaram a sua actividade social (tal como visitar amigos ou familiares próximos)?

Sempre	A maior parte do tempo	Algum tempo	Pouco tempo	Nunca
1	2	3	4	5

11. Por favor, diga em que medida são verdadeiras ou falsas as seguintes afirmações. Ponha um círculo para cada linha.

	Absolutamente verdade	Verdade	Não sei	Falso	Absolutamente falso
a. Parece que adoeço mais facilmente do que os outros .....	1	2	3	4	5
b. Sou tão saudável como qualquer outra pessoa .....	1	2	3	4	5
c. Estou convencido/a que a minha saúde vai piorar.....	1	2	3	4	5
d. A minha saúde é óptima .....	1	2	3	4	5

MUITO OBRIGADO!

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

Código: \_\_\_\_\_

## Anexo II – Escala da Espiritualidade

### ESPIRITUALIDADE

(Pinto C & Pais-Ribeiro JL)

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** aquela opção que melhor expressar a sua opção, na **última semana**. Não existe resposta certa ou errada.

	Não concordo	Concordo um pouco	Concordo bastante	Plenamente de acordo
1- As minhas crenças espirituais/religiosas dão sentido à minha vida	1	2	3	4
2- A minha fé e crenças dão-me forças nos momentos difíceis	1	2	3	4
3- Vejo o futuro com esperança	1	2	3	4
4- Sinto que a minha vida mudou para melhor	1	2	3	4
5- Aprendi a dar valor às pequenas coisas da vida	1	2	3	4

## Apêndices

### **Apêndice I – Carta de Pedido de Autorização à Santa Casa da Misericórdia de Ponte de Sor**

Exmo Senhor  
Provedor da Santa Casa da Misericórdia de Ponte  
de Sor  
Engenheiro José Guilherme Goes

**Data:** 07 de Fevereiro de 2012

**Assunto:** *Pedido de Autorização para recolha de dados*

Venho desta forma pedir autorização para a recolha de dados nas vossas instalações, no âmbito de um Projecto de conclusão do 2º ano do Mestrado de Fisioterapia. O Projecto em questão tem como título: “Qualidade de Vida e Espiritualidade em Idosos Institucionalizados e em Comunidade” e visa a aplicação de questionários a utentes pertencentes às seguintes instituições: Lar Nossa Senhora do Amparo e Lar Residencial da Ponte.

Toda a informação obtida será confidencial e protegida por sigilo profissional.

Com os melhores cumprimentos e agradecendo desde já a atenção por vós disponibilizada

Lic<sup>a</sup> Ana Cruz  
(Fisioterapeuta)

## **Apêndice II – Carta de Pedido de Autorização à Associação para o Desenvolvimento e Acção Social da Freguesia da Tramaga**

Exma Senhora  
Directora da Associação para o Desenvolvimento e  
Acção Social da Freguesia da Tramaga  
Dr<sup>a</sup>. Natalina Oliveira

**Data:** 07 de Fevereiro de 2012

**Assunto:** *Pedido de Autorização para recolha de dados*

Venho desta forma pedir autorização para a recolha de dados nas vossas instalações, no âmbito de um Projecto de conclusão do 2º ano do Mestrado de Fisioterapia. O Projecto em questão tem como título: “Qualidade de Vida e Espiritualidade em Idosos Institucionalizados e em Comunidade” e visa a aplicação de questionários a utentes pertencentes à vossa instituição.

Toda a informação obtida será confidencial e protegida por sigilo profissional.

Com os melhores cumprimentos e agradecendo desde já a atenção por vós disponibilizada

Lic<sup>a</sup> Ana Cruz  
(Fisioterapeuta)

### **Apêndice III – Carta de Pedido de Autorização à Associação Forense dos Amigos da Terceira Idade**

Exmo Senhor  
Directora da Associação Forense dos Amigos da  
Terceira Idade  
Dr. Francisco Zêzere

**Data:** 07 de Fevereiro de 2012

**Assunto:** *Pedido de Autorização para recolha de dados*

Venho desta forma pedir autorização para a recolha de dados nas vossas instalações, no âmbito de um Projecto de conclusão do 2º ano do Mestrado de Fisioterapia. O Projecto em questão tem como título: “Qualidade de Vida e Espiritualidade em Idosos Institucionalizados e em Comunidade” e visa a aplicação de questionários a utentes pertencentes à vossa instituição.

Toda a informação obtida será confidencial e protegida por sigilo profissional.

Com os melhores cumprimentos e agradecendo desde já a atenção por vós disponibilizada

Lic<sup>a</sup> Ana Cruz  
(Fisioterapeuta)

## Apêndice IV – Consentimento Livre e Informado

### Consentimento Livre e Informado

#### Esclarecimentos sobre o Projecto

Título do Projecto: “Qualidade de Vida e Espiritualidade em Idosos Institucionalizados e em Comunidade”

Solicita-se a sua autorização para que possa participar no presente projecto, que tem como principal objectivo observar a forma como a espiritualidade influencia a qualidade de vida em indivíduos idosos institucionalizados e em comunidade.

Para participar neste projecto, é necessário que assine este Termo de Consentimento Informado e que responda a alguns questionários, sendo eles, o Questionário Sociodemográfico; o Questionário de Qualidade de Vida SF-36 e a Escala de Espiritualidade. Os dados obtidos através destes instrumentos de avaliação, serão mantidos sob sigilo profissional e na publicação dos resultados do projecto, serão omissas todas as informações que permitam a sua identificação.

A participação neste projecto é voluntária e se decidir não participar ou se decidir desistir em qualquer momento, tem a absoluta liberdade de fazê-lo.

#### Consentimento

Venho por meio deste termo manifestar o meu consentimento em participar da amostragem do projecto acima referido, a ser realizado pela Fisioterapeuta Ana Elisabete Cruz, estando consciente sobre os seus objectivos e procedimentos a serem realizados. Estou ciente ainda de que, em qualquer momento posso desistir de participar da presente pesquisa, bastando para isso comunicar ao autor do projecto.

Ass. Participante: \_\_\_\_\_

Ass. Fisioterapeuta: \_\_\_\_\_

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

## Apêndice V – Questionário Sociodemográfico

### Questionário Sociodemográfico

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

Num.: \_\_\_\_\_

Nome: \_\_\_\_\_

Data de Nascimento: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

Idade: \_\_\_\_\_

1- Sexo: Feminino  Masculino

2- Estado Civil:

Solteiro(a)

Casado(a)

Divor/Separ.

Viúvo(a)

3- Escolaridade:

Não frequentou o ensino formal

1º Ciclo do Ensino Básico (4º ano)

2º Ciclo do Ensino Básico (6º ano)

3º Ciclo de Ensino Básico (9º)

Ensino Secundário (12º)

Ensino Superior

4- Situação Habitacional:

Casa Própria

Casa Alugada

Casa de Familiares

Lar

5- Freguesia: \_\_\_\_\_ Concelho: \_\_\_\_\_

6- Nacionalidade: \_\_\_\_\_