Lusíada
Repositório das Universidades Lusíada

Universidades Lusíada

Fernandes, Mariline Cristiana Teixeira, 1992-

O impacto da demência na qualidade de vida e bem-estar do idoso

http://hdl.handle.net/11067/4406

Metadados

Data de Publicação 2018

Resumo O presente trabalho apresenta como objetivo geral o estudo do impacto da qualidade de vida e dos estilos de vida no processo de envelhecimento do indivíduo, tendo em conta as seguintes variáveis: idade, género, situação profissional, nível de escolaridade, estilos de vida, consumo de álcool, dieta, nível de stress, tabaco e exercício físico. Para atingir os objetivos recorreu-se a um questionário sociodemográfico, à escala WHOQOL – Bref (qualidade de vida) e à escala de estilos de vida. A amostra...

The present work aims to study the impact of quality of life and lifestyles on the aging process of the individual, taking into consideration the following variables: age, gender, occupational status, level of schooling, lifestyles, alcohol consumption, diet, stress level, smoking and physical exercise. To reach the objectives, a sociodemographic questionnaire, the WHOQOL -Bref scale (quality of life) and the scale of lifestyles were used. The sample consisted of 276 participants, female (N = 20...

Palavras Chave Envelhecimento, Demência, Idosos, Bem-estar - Aspectos psicológicos, Qualidade de vida

Tipo masterThesis

Revisão de Pares Não

Coleções [ULL-IPCE] Dissertações

Esta página foi gerada automaticamente em 2024-04-26T07:14:16Z com informação proveniente do Repositório

UNIVERSIDADE LUSÍADA DE LISBOA

INSTITUTO DE PSICOLOGIA E CIÊNCIAS DA EDUCAÇÃO

Mestrado em Psicologia Clínica

O impacto da demência na qualidade de vida e bem-estar do idoso

Realizado por:
Mariline Cristiana Teixeira Fernandes

Orientado por:
Prof.ª Doutora Túlia Rute Maia Cabrita

Constituição do Júri:

Presidente:	Prof.ª Doutora Tânia Gaspar Sintra dos Santos
Orientadora:	Prof.ª Doutora Túlia Rute Maia Cabrita
Arguente:	Prof. Doutor Manuel Carlos do Rosário Domingos

Dissertação aprovada em: 7 de Dezembro de 2018

Lisboa

2018

UNIVERSIDADE LUSÍADA DE LISBOA

Faculdade de Ciências Humanas e Sociais

Instituto de Psicologia e Ciências da Educação

Mestrado em Psicologia Clínica

O impacto da demência na qualidade de vida e bem-estar do idoso

Mariline Cristiana Teixeira Fernandes

Lisboa

Agosto 2018

UNIVERSIDADE LUSÍADA DE LISBOA

Faculdade de Ciências Humanas e Sociais

Instituto de Psicologia e Ciências da Educação

Mestrado em Psicologia Clínica

O impacto da demência na qualidade de vida e bem-estar do idoso

Mariline Cristiana Teixeira Fernandes

Lisboa

Agosto 2018

Mariline Cristiana Teixeira Fernandes

O impacto da demência na qualidade de vida e bem-estar do idoso

Dissertação apresentada ao Instituto de Psicologia e Ciências da Educação da Faculdade de Ciências Humanas e Sociais da Universidade Lusíada de Lisboa para a obtenção do grau de Mestre em Psicologia Clínica.

Orientadora: Prof.ª Doutora Túlia Rute Maia Cabrita

Lisboa

Agosto 2018

Ficha Técnica

Autora Mariline Cristiana Teixeira Fernandes

Orientadora Prof.ª Doutora Túlia Rute Maia Cabrita

Título O impacto da demência na qualidade de vida e bem-estar do idoso

Local Lisboa

Ano 2018

Mediateca da Universidade Lusíada de Lisboa - Catalogação na Publicação

FERNANDES, Mariline Cristiana Teixeira, 1992-

O impacto da demência na qualidade de vida e bem-estar do idoso / Mariline Cristiana Teixeira Fernandes ; orientado por Túlia Rute Maia Cabrita. - Lisboa : [s.n.], 2018. - Dissertação de Mestrado em Psicologia Clínica, Instituto de Psicologia e Ciências da Educação da Universidade Lusíada de Lisboa.

I - CABRITA, Túlia Rute Maia, 1972-

LCSH
1. Envelhecimento
2. Demência
3. Idosos
4. Bem-estar
5. Qualidade de vida
6. Universidade Lusíada de Lisboa. Instituto de Psicologia e Ciências da Educação - Teses
7. Teses - Portugal - Lisboa

1. Aging
2. Dementia
3. Older people
4. Well-being
5. Quality of life
6. Universidade Lusíada de Lisboa. Instituto de Psicologia e Ciências da Educação - Dissertations
7. Dissertations, Academic - Portugal – Lisbon

LCC
1. HV3009.5.A35 F47 2018

À minha mãe que apesar de não ter conseguido ver-me chegar até aqui, sempre foi o meu pilar, foco e força. Ao meu pai por ter estado do meu lado e ter sido pai e mãe.

Agradecimentos

Quero agradecer a todos aqueles que tornaram este momento possível, em primeiro lugar um agradecimento sentido à Professora Tânia Gaspar pelo apoio, orientação, atenção e toda a disponibilidade incondicional ao longo de todo o meu percurso académico principalmente nesta fase final.

À professora Túlia Cabrita, minha orientadora, por toda a disponibilidade incondicional, pela dedicação, partilha de conhecimento e experiências ao longo de todo o meu percurso académico e principalmente um forte agradecimento pela sua paciência e por sempre conseguir transmitir a sua calma, até nas horas mais difíceis.

À professora Teresa Santos, pela sua disponibilidade, apoio e partilha de conhecimento e experiência ao longo do estágio académico.

O meu sincero obrigada a todos os meus professores que tanto contribuíram para o meu desenvolvimento quer a nível pessoal quer enquanto futura profissional. Pelo apoio e dedicação que demonstraram e partilha de conhecimentos e experiências que foram fundamentais para o meu percurso académico.

Um obrigado à Catarina Graça, pela enorme dedicação e ajuda ao longo deste processo.

À Marta Raimundo por me acompanhar ao longo deste processo.

O meu muito obrigada aos meus colegas e amigos, Ana Cerqueira, Fábio Botelho Guedes, Anaísa Santo pelo espírito de ajuda, partilha e disponibilidade incondicional e por transmitirem tranquilidade neste momento de certas angústias e nervosismo. Em especial, ao Fábio e a Ana pelas horas em branco e pela ajuda incansável.

A todas as instituições e participantes, pela sua colaboração e cedência de espaço para a recolha de dados.

Ao meu pai, que apesar de estar longe foi um pilar, um agradecimento especial pela disponibilidade, incentivo e dedicação. Agradeço todo o carinho, paciência, compreensão e dedicação ao longo deste meu percurso e por teres acreditado sempre em mim e me dares oportunidade de voar.

À minha madrinha, restantes familiares e amigos por acreditarem e por me apoiarem sempre, apesar da distância.

Resumo

O presente trabalho apresenta como objetivo geral o estudo do impacto da qualidade de vida e dos estilos de vida no processo de envelhecimento do indivíduo, tendo em conta as seguintes variáveis: idade, género, situação profissional, nível de escolaridade, estilos de vida, consumo de álcool, dieta, nível de stress, tabaco e exercício físico. Para atingir os objetivos recorreu-se a um questionário sociodemográfico, à escala WHOQOL –Bref (qualidade de vida) e à escala de estilos de vida. A amostra foi de 276 participantes, do género feminino (N=205) e masculino (N=68), com idades compreendidas entre os 55 e os 99 anos e, uma média de idades de 75,28 (DP=10,36). As variáveis abordadas são: o envelhecimento, a demência, os estilos de vida e a qualidade de vida; estando as mesmas presentes nos objetivos do estudo. Face aos resultados obtidos constatou-se que os estilos de vida se correlacionam positivamente com as 4 dimensões da qualidade de vida, que existem diferenças estatisticamente significativas nas diferentes faixas etárias, sendo a dimensão da atividade física a que apresenta maior valor de destaque. Relativamente ao impacto do género na qualidade de vida, verificou-se que os homens apresentam uma maior perceção de qualidade de vida comparativamente com as mulheres. Por último, constatou-se que a atividade física apresenta uma relação positiva com a qualidade de vida, enquanto que o nível de stress apresenta uma relação negativa com a mesma.

Palavras-chave: Envelhecimento; Qualidade de vida; Estilos de vida; Idoso.

Abstract

The present work aims to study the impact of quality of life and lifestyles on the aging process of the individual, taking into consideration the following variables: age, gender, occupational status, level of schooling, lifestyles, alcohol consumption, diet, stress level, smoking and physical exercise. To reach the objectives, a sociodemographic questionnaire, the WHOQOL -Bref scale (quality of life) and the scale of lifestyles were used. The sample consisted of 276 participants, female (N = 205) and male (N = 68), aged 55 to 99 years and with a mean age of 75.28 (SD = 10.36). The variables addressed are: aging, dementia, lifestyles and quality of life; All of which are present in the objectives of the study. Based on the results obtained, it was observed that the lifestyles correlate positively with the four dimensions of the quality of life, that there are statistically significant differences regarding age and the physical activity dimension is the one with the highest value. Regarding gender and its impact on the quality of life, it was verified that men present a higher perception of quality of life when compared to women. It was found that physical activity has a positive relation with quality of life, while the level of stress has a negative one,

Keywords: Aging; Quality of life; Lifestyles; Elderly.

Lista de abreviaturas, siglas, acrónimos e símbolos

AVC	-	Acidente Vascular Cerebral
AVD's	-	Atividades da vida diária
CSEF	-	Canadian Society for Exercise Physiology
DP	-	Desvio-padrão
OMS	-	Organização Mundial de Saúde
QV_A	-	Qualidade de Vida Ambiente
QV_F	-	Qualidade de Vida Física
QV_P	-	Qualidade de Vida Psicológica
QV_S	-	Qualidade de Vida Social
SPSS	-	Statistical Package for the Social Sciences
WHO	-	World Health Organization
WHOQOL	-	The World Healt Organization Quality of Life

Índice

Agradecimentos VII

Resumo IX

Abstract XI

Lista de abreviaturas, siglas, acrónimos e símbolos XIII

Índice XV

Índice de Anexos XIX

Introdução 1

Enquadramento teórico 3

O envelhecimento 3

Fatores de Risco e Fatores de Proteção do Envelhecimento 9

Demência 13

Estilos de Vida 22

Estilos de vida e a demência 25

Qualidade de vida 30

Qualidade de vida na demência 33

Objetivos do estudo 37

Método 39

Participantes 39

Instrumentos 40

Procedimentos 42

Apresentação de resultados 45

Comparação entre grupos 47

Associação entre a WHOQOL e Estilos de vida 49

Estudo das variáveis preditoras da qualidade de vida 51

Discussão 53

Referências 61

Apêndices 77

Lista de apêndices 79

Apêndice A 81

Apendice B 85

Apendice C 89

Índice de Tabelas

Tabela 1 45

Tabela 2 46

Tabela 3 47

Tabela 4 48

Tabela 5 49

Tabela 6 51

Índice de Anexos

Apêndice A - Rquerimento 81

Apêndice B – Consentimento Informado 85

Apêndice C - Projecto 89

Introdução

O presente estudo pretende compreender a relação entre a qualidade de vida e os estilos de vida com a demência; pretendendo averiguar-se o impacto da última variável sobre as duas primeiras. O aumento da população idosa é um grande desafio ao nível da proteção social não só em Portugal, mas também ao nível Europeu (Fernandes, 2005).

O aumento da esperança média de vida remete à ideia de uma conquista civilizacional, devido ao retardamento da idade de morte, e aos riscos que se associam à velhice (Fernandes, 2005).

Os conceitos de envelhecimento e velhice sofreram alterações, uma vez que o envelhecimento era entendido como a ausência de ocupação. Desta forma, a presente investigação pretende-se compreender e caracterizar as funções neuropsicológicas, a qualidade de vida e estilos de vida no processo de envelhecimento

Segundo Projeções de População residente entre 2015 e 2080 o número de idosos irá aumentar significativamente, passando de 2,1 para 2,8 milhões, sendo que o índice de envelhecimento só tenderá a estabilizar sensivelmente em 2060. A população idosa poderá chegar aos 3,3 milhões em 2080 naquilo que se pode designar como sendo o ponto alto, passando a existir 317 idosos para 100 jovens (INE, 2015).

Atualmente também existem uma maior prevalência da população idosa, sobre a população mais jovem, segundo as estatísticas demográficas a população idosa é aquela que mais aumenta (Simões, 2006), refletindo assim uma inversão ao nível das faixas etárias, acentuando-se a relevância do estudo do envelhecimento (Benedetti, Borges, Petroski & Gonçalves, 2008).

Para compreender o envelhecimento, foi criado um modelo psicológico do envelhecimento bem-sucedido, em que este refere que um idoso saudável conserva a sua

funcionalidade; o que lhe permite compensar as perdas próprias do processo de envelhecimento. Onde o bem-estar se encontra associado a prática de atividades que refletem a satisfação do idoso (plasticidade cognitiva). O estudo deste processo é fulcral no desenvolvimento de disfunções e degenerações cerebrais que levam ao declínio de algumas funções como as cognitivas. A importância do estudo do envelhecimento, é de realçar na medida em que existe uma maior suscetibilidade e maior probabilidade do aparecimento de doenças (WHO, 2009).

O envelhecimento traz diversas alterações ao indivíduo sendo que, segundo os autores, a saúde mental merece uma atenção especial, uma vez que esta enquadra a demência como doença incapacitante que leva à perda de independência e de autonomia (Gordilho et al., 2000 cit. por Benedetti, Borges, Petroski & Gonçalves, 2008), tendo como maior risco de aparecimento o aumento da idade, que pode surgir de forma brusca ou gradual consoante a etiologia associada (Lyubkin, 2008).

No presente estudo pretende-se compreender a relação entre a qualidade de vida e os estilos de vida no processo de envelhecimento, objetivando analisar o impacto das primeiras variáveis sobre a última.

Os objetivos do estudo enquadram-se nos seguintes capítulos, primeiramente temos o enquadramento teórico, onde está contextualizado o tema abordado; no segundo capítulo encontra-se descrita a metodologia; estando descritos os objetivos, os instrumentos utilizados para a recolha de dados e os procedimentos realizados; no terceiro capítulo procede-se à apresentação dos resultados obtidos. No quinto e último capítulo apresentam-se as principais discussões e conclusões do estudo.

Enquadramento teórico

O envelhecimento

O desenvolvimento humano refere-se ao progresso mental e ao próprio crescimento biológico e orgânico, tratando-se de um processo contínuo.

A importância do estudo do desenvolvimento humano reside na compreensão das características gerais e específicas de cada faixa etária. "A compreensão inteligente do desenvolvimento humano precisa basear-se no esclarecimento da natureza da ciência emergente do crescimento humano e na perceção dos métodos para investigar as continuidades e transições de desenvolvimento." (Pikunas, 1979, p.1).

Segundo Quetelet (cit. por Pikunas, 1979) a idade é indutora de transformações mais ou menos acentuadas conforme a faixa etária, estas transformações podem ocorrer ao nível físico, moral, intelectual e emocional. As mudanças que ocorrem no crescimento e no comportamento formam uma sequência progressiva de diferentes dimensões e poderes, assim como a deterioração das várias capacidades funcionais do organismo inerentes ao avanço da idade. Desta forma o desenvolvimento intelectual abrange desde o início do ciclo da vida a sua alteração durante a adolescência, o aprimoramento do início da vida adulta e por fim a efetividade das mudanças inerentes à fase adulta em idade mais avançada (Pikunas, 1979).

Ao longo da vida, o ser humano atravessa várias etapas de desenvolvimento, cada uma com as suas próprias características e conflitos; a psicologia veio proporcionar uma visão compreensiva deste processo de mudanças, transições e adaptações que decorrem do crescimento não só físico e intelectual, como psicológico do indivíduo (Fontaine, 2000).

Durante o desenvolvimento, a maturação do individuo ocorre em diferentes momentos, em diversas partes e funções do organismo, tendo todo este processo ritmos diferentes de maturação e desenvolvimento, existindo ainda transformações ao nível da

aparência, comportamento, experiência e no seu papel na sociedade (Neri, 1995).

O envelhecimento biológico e a senescência levam à existência de uma mudança no organismo, que com o passar do tempo se traduz na redução das capacidades biológicas de auto - regulação, reparação e à própria adaptação ao meio (Zarit & Birren, 1985 cit. por Giro & Paúl, 2013).

Os conceitos de envelhecimento e velhice sofreram alterações, sendo que o envelhecimento era entendido como a ausência de ocupação, incrementada pelo processo de transição entre o ativo e a reforma. Esta transformação conduzia à velhice, que por sua vez está associada a uma decadência multifuncional envolvendo áreas e domínios da vida do indivíduo, como o económico e social tendo como resultado a frustração. Atualmente o envelhecimento passou a ser conhecido segundo uma dimensão positiva permitindo a aquisição de novas competências e a inserção em novas atividades. Assim surgiu uma teoria que aborda os novos papéis do indivíduo e um desenvolvimento contínuo na fase adulta, em que existe por parte do indivíduo uma adaptação a situações externas negativas (Osório & Pinto, 2007).

Não se deve caracterizar a velhice pela idade cronológica, mas sim pelas alterações sofridas pelo indivíduo, sejam elas físicas, mentais, funcionais e de saúde (Osório & Pinto, 2007). Paúl (2006, cit. por Giro & Paúl, 2013) refere que o conceito de vida veio enfatizar o processo de envelhecimento, pondo de parte a ideia errónea que valorizava o processo de envelhecimento como um ciclo decorrente da faixa etária avançada.

O envelhecimento considera-se um fenómeno natural e universal e pelo qual todos os indivíduos passam, apesar de que este processo difira culturalmente. Como nas outras fases da vida, a pessoa apresenta características próprias e conflitos/crises sujeitas a modificações conforme a etapa em que se encontra. Uma situação que uma criança encara como difícil,

pode não o ser para um adolescente, um adulto ou um idoso. Assim este processo é encarado e sentido de forma autónoma por cada individuo. Existe também quem encare o envelhecimento apenas através das mudanças negativas como o declínio físico (Fontaine, 2000).

Compreende-se que durante o processo de envelhecimento exista uma modificação ao nível da mentalidade e atitudes que são resultantes da interação, das relações estabelecidas e da própria condição de vida (Osório & Pinto, 2007). Em suma, o processo da senescência traz consigo alterações físicas e psicológicas como: existência de tremores, dificuldade de locomoção, insónias, falta de equilíbrio, diminuição da rapidez de raciocínio e de memória (Lent, 2001 cit. por Zanini, 2010).

Também Ávila, Guerra e Meneses (2007) referem-se ao envelhecimento como um fenómeno idiossincrático onde podem existir influências genéticas, estilos de vida, características e consequente interação com o meio bem como a própria nutrição do indivíduo. Os autores abordam o envelhecimento como um processo de vida normal, assim como a infância e a adolescência, mas também o próprio processo de maturidade. Sendo por isso necessário encarar os processos biológicos dos indivíduos de forma subjetiva, pois indivíduos com a mesma idade podem apresentar ou não declínios funcionais, e estes serem em áreas diferentes (Osório & Pinto, 2007).

Simões (2006) aborda o envelhecimento não só como sendo algo pessoal, que depende dos genes e da biologia de cada indivíduo, mas como sendo um acontecimento contextual, em que o autor refere que depende do género, do nível de escolaridade e do sítio onde se vive. Sendo que é a interação destas variáveis que determina as experiências vivenciadas pelo idoso.

O envelhecimento trata-se de um processo progressivo que envolve diferentes

instituições movidas por critérios etários no percurso de vida (Morgan et al., 2007 cit. por Cabral, 2013). Instituições como a família, a escola, o trabalho e a reforma têm um papel preponderante no curso de vida nomeadamente nas sociedades ocidentais. O impacto do tempo no indivíduo manifesta-se na sua vivência bem como no interior e exterior do indivíduo. Do ponto de vista institucional, o envelhecimento surge marcado por etapas de transição, nomeadamente as de caráter familiar e que provocaram alterações do curso de vida, tais como: a viuvez, fator major do isolamento social e da solidão, mas também o trajeto para a reforma que varia de indivíduo para indivíduo (Cabral, 2013).

Moacyr Scliar (2002) refere-se ao envelhecimento como uma espécie de relógio biológico, que funciona com uma dificuldade cada vez maior com o passar do tempo e vai, eventualmente, parar um dia.

Para abordar o envelhecimento deve ter-se em atenção que se trata de um fenómeno biológico, psicológico e social. Para Schroots e Birren (1980) a componente biológica refere-se a uma maior fragilidade e uma maior probabilidade de morrer, a componente social concerne a perspetiva do meio social perante estas alterações de papéis. Por fim a componente psicológica diz respeito por exemplo à capacidade de auto - regulação do indivíduo face a mudança vivida. No caso do cérebro a idade provoca diversas alterações morfológicas, nomeadamente ao nível do peso e do tamanho passando a ter menos peso e um tamanho menor. Encontra-se ainda com um passar da idade uma diminuição no número dos neurónios e das ligações sinápticas (Lent, 2001 cit. por Zanini, 2010).

Já Birren e Cunningham (1985) encaram o processo de envelhecer abordando a perspetiva da existência de diversas idades. A idade biológica refere-se ao funcionamento dos sistemas vitais do organismo humano, sendo que a sua capacidade de auto - regulação diminui com o tempo. A idade psicológica tem em conta as capacidades do indivíduo de

caráter psicológico para se adaptar à mudança, quer ao nível da cognição, memória, sentimentos, motivações e competências que afetam a autoestima; por fim, a idade sociocultural que diz respeito aos papéis sociais que os indivíduos apresentam/adaptam perante a sociedade.

Assim existem muitos estereótipos em relação ao que é a velhice, e ao seu papel na sociedade. Algumas franjas sociais incluídas em faixas etárias mais jovens tentam limitar o acesso em determinadas áreas e atividades que dizem ser para pessoas mais jovens e que requerem destreza física e intelectual, segundo eles, não é encontrada em faixas etárias mais avançadas. No entanto, a idade cronológica não pode funcionar como fator de exclusão por haver capacidades diferenciadas segundo as idades consideradas pelos autores em referência (Fonseca, 2006).

No que se refere à rede de suporte social do idoso, Erbolato (2002, cit. por Ávila, Guerra & Meneses, 2007) refere que esta se mantém imprescindível para o bem-estar do indivíduo.

As representações sociais apresentam-se como resultado da interação de processos cognitivos e sociais entre o individuo e o mundo exterior, refletindo sobre a sua conduta e comportamento, resultantes da interpretação da realidade (Ferreira, Maciel, Silva, Sá & Moreira, 2010).

Moscovici (2007) propõe a representação como um cúmulo de noções imagens ou julgamentos decorridos ao longo do tempo em meio social ou de grupo, as representações sociais baseiam-se em informações adquiridas na própria sociedade ou em grupos mais restritos, podendo a sua essência ou existência estar comprometida, sendo por isso fundamental a determinação da origem e meio de produção para a sua compreensão (Jodelet, 2005).

Para compreender o envelhecimento Erik Erickson criou um dos primeiros modelos teóricos da psicologia do desenvolvimento, em que este aborda o ciclo de vida. Na sua teoria do ciclo de vida é apresentado através de oito fases, em que cada fase é caracterizada por uma crise. A fase referente será a última fase integridade do ego vs desespero. Neste momento da vida o indivíduo passa por um momento de reflexão, rever a vida, o que fez e o que não fez. Existe um momento de retrospetiva que pode ser vivenciada de diferentes formas. Encontra-se a necessidade de equilibrar a plenitude pessoal com o desespero perante a ideia de finitude e aproximação do final da vida, assim como da aceitação dos seus comportamentos do passado. Neste momento de aproximação do fim, existe um sentimento que nada mais há a fazer, quando o idoso não consegue resolver esta crise vive uma eterna nostalgia e tristeza durante a sua velhice (Lima, Coelho & Günther, 2011).

O indivíduo, contudo, pode enfrentar esta nova fase do seu percurso positivamente, e neste caso existe um sentimento de integridade, que cumpriu o seu dever, partilhando a experiência e sabedoria própria da idade (Rabello, 2001).

Na perspetiva de Erickson, o processo de envelhecimento enquadra a perspetiva do individuo face ao fim de vida e uma procura das suas conquistas, sendo o idoso confrontado com uma reflexão sobre o seu percurso de vida e a aceitação da sua situação atual e o seu lugar na sociedade (Lima, Coelho & Günther, 2011).

Na teoria da gerotranscedência são enfatizados os aspetos positivos presentes em idosos mais velhos, contudo o idoso apresenta dificuldades físicas próprias dos processo e mudanças nas relações sociais levando a alguma dependência. Deste modo, a teoria foi reinterpretada da teoria do desapego, em que encarava a velhice de forma negativa. Afirmando, porém, que o isolamento característico da faixa etária pode ser visto de forma positiva, isto é, se for um isolamento por um curto período de tempo pode ser vista como a

necessidade do idoso estar consigo mesmo (Lima, Coelho & Günther, 2011; Moreira, 2012).

Fatores de Risco e Fatores de Proteção do Envelhecimento

O processo do envelhecimento pode nem sempre estar associado à presença de doenças, contudo este pode no seu decurso conter a presença de diversas doenças, podendo levar à incapacidade e diminuição da saúde do idoso, quer seja a nível físico quer a nível mental (Almeida et al., 2011). A presença de perturbações mentais pode dever-se a fatores psicossociais, à vivência de perdas significativas: deterioração do estado de saúde, declínio cognitivo, perda da sua autonomia, modificações nos seus papéis sociais, alterações a nível financeiro devido à reforma e isolamento. Estas alterações provocam no indivíduo uma diminuição da autoestima. (Almeida et al., 2011).

O processo de envelhecimento pode ser influenciado por fatores de proteção ou por fatores de risco; para melhor o compreender é necessário identificar eventos pessoais, sociais e ambientais concorrentes na sua evolução.

Os fatores risco estão ligados a acontecimentos negativos, o que pode levar a resultados disfuncionais de caracter físico, social e/ou emocional, isto é, o conceito risco relaciona-se a condições adversas que afetam o indivíduo e o tornam vulnerável (Foroni & Santos, 2012). Levando a considerar-se como risco tudo aquilo que funciona como barreira ou obstáculo potencializando a vulnerabilidade do individuo a resultados desenvolvimentais negativos (Couto, 2007 cit. por Wosiack, Berlim & Santos, 2013). Os fatores de risco associados ao envelhecimento podem incluir: o isolamento e a exclusão social, a presença de perturbações mentais, doenças não-transmissíveis, o estilo de vida levado a cabo durante o seu curso de vida (WHO, 2009). Rutter (1987 cit. por Wosiack, Berlim & Santos, 2013) considera como fatores de risco as ruturas familiares, a violência física e psicológica, o preconceito, as doenças, as perdas de entes queridos, eventos stressantes e a situação

económica, isto é, a pobreza. O consumo de álcool considera-se como um fator de risco relacionado com o tipo de estilo de vida empregado pelo indivíduo (Nunes, 2009).

A institucionalização pode também só por si ser um fator de risco, uma vez que a ela se associa um idoso que perde a sua autonomia devido às suas incapacidades de foro físico e/ou mental, que apresenta uma carência afetiva e ausência da ajuda familiar (Pereira et al., 2005).

O envelhecimento leva a uma suscetibilidade e maior probabilidade do aparecimento de doenças (WHO, 2009), que vão interferir com a saúde mental do idoso.

O conceito de saúde mental foi definido pela Organização Mundial de Saúde como sendo um estado onde o bem-estar físico, mental e social se complementam na qualidade geral da saúde não dependendo exclusivamente da ausência da doença. Sendo que Donnagelo (1979) referiu que a mesma definição não seria suficiente e por isso ultrapassada (Segre & Ferraz, 1997).

A saúde mental relaciona-se com a autorrealização do indivíduo, tendo por base a emoção positiva, e a apetência para a utilização dos recursos psicológicos, privilegiando a autoestima no contributo da construção de sentimentos da felicidade, superando-se na sua capacidade de ultrapassar obstáculos. Considerando-se a saúde mental como algo que transcende o conceito das perturbações mentais (OMS, 2001).

Bleger (1984, cit. por Heloani & Capitão 2003), demonstra que a saúde mental é vista como um estado de bem-estar geral, atendendo a um estado de saúde situando o modo de vida na perspetiva social do individuo em comunidade, desvalorizando o enfoque da saúde mental na perspetiva da doença.

Ao analisar o conceito de saúde mental é importante ter em conta que este também diz respeito à prevenção e ao tratamento da doença mental, levando em conta tudo aquilo que

influencia o bem-estar mental do indivíduo. Deste modo, a saúde mental tem um papel central na construção de uma sociedade saudável, urge assim um equilíbrio generalizado nas várias vertentes da vida do sujeito, ou seja: ao nível físico, social, mental e espiritual (Nunes, 2006).

A saúde mental mostra-se como fator determinante para a saúde no seu termo geral, sendo que quando o indivíduo está alterado afetivamente, ocorrem modificações ao nível do sistema endócrino e imunitário, levando a uma maior suscetibilidade para a presença das doenças físicas (OMS, 2001).

Um funcionamento eficaz de funções cognitivas como a memória, a aprendizagem, capacidade intelectual, juntamente com um trabalho ao nível da sua prevenção conduz a um bem-estar mental (Simões, 2006).

Em 2001, a Organização Mundial de Saúde expõe a não divisibilidade entre os conceitos de saúde mental e saúde física, afirmando que estas são influenciadas por fatores psicológicos, biológicos e sociais, sendo também afetadas por pensamentos, sentimentos e comportamentos (OMS, 2001).

A doença mental é uma doença de carácter subjetivo, em que o seu diagnóstico se baseia no auto - relato do paciente, tendo em conta os sintomas e a parte observacional do clínico em relação ao terapeuta. Sendo que se difere da doença física, na medida em que a doença mental pode não apresentar uma causa física estabelecida (Slade, 2009).

As perturbações mentais e comportamentais surgem como o oposto da saúde mental, sendo caracterizadas como situações anormais e patológicas, desta forma condições clinicamente significativas caracterizadas por alterações do modo de pensar e do humor (emoções), ou por comportamentos associados com a angústia pessoal e/ou deterioração do funcionamento. Apresentam sinais e sintomas específicos para cada tipo de transtorno mental

e/ou comportamental em que estes progridem segundo o ciclo natural que pode ser mais ou menos previsível (OMS, 2001). A prática de atividades de lazer está correlacionada com os transtornos mentais, ou seja, um idoso mais sedentário verá a sua saúde mental mais afetada e desta forma relacionado diretamente com a disfuncionalidade (Silva & Rodrigues, 2016).

Nunes (2006) fez uma destrinça entre as perturbações psiquiátricas e as perturbações psicológicas onde as primeiras se encontram na categoria de psiquiatria médica, e as segundas enquadram problemas comportamentais tais como: dificuldades de aprendizagem, de leitura, de cálculo, da autoimagem, comportamentos não normalizados.

A saúde mental encontra-se ligada ao envelhecimento levando à distinção do envelhecimento normal, em que não existe a ocorrência da doença e do envelhecimento patológico, em que é manifesta a doença (Fontaine, 2000).

A destrinça entre normal e psicopatológico torna-se difícil, pois encontram-se opiniões divergentes, umas referem o normal e o patológico como opostos e outras consideram-nos como complementares num processo singular. Charcot (nd) referia a não diferenciação entre uma velhice normal e uma velhice patológica devido à possibilidade de estádios intermédios (Fontaine, 2000).

Por fim, Vaillant (2003) analisa o conceito de saúde mental na perspetiva cultural e geográfica, ou seja, prevê divergências de definição, assentando nas raízes da própria sociedade em que está inserido.

É de realçar, que nos idosos existe uma co-morbilidade de sintomas, sendo de destacar que para avaliar o estado psicológico é necessário ter em conta o contexto de vida e as respostas do indivíduo ao meio (Fontaine, 2000).

Simões (2006) relativamente à saúde mental do idoso, aborda aquilo que o autor chama de “três grandes”: o delírio, a demência e a depressão.

Ao contrário dos fatores de risco, os fatores de proteção dizem respeito a eventos, situações ou condições que modificam e melhoram a resposta do idoso (Foroni & Santos, 2012), onde se podem agrupar os fatores psicossociais como a família, a educação, cuidados com a própria saúde, a iniciativa e a motivação do idoso (Argimon & Stein, 2005).

Demência

O termo *Dementia* surge através de Esquirol no século XX, em que se define demência, como uma afeição cerebral que se caracterizava através de um declínio da sensibilidade, compreensão e vontade (Henderson & Jorm, 2002).

É considerada uma situação adquirida e duradoura de défice global das capacidades mentais, o que distingue a demência de outros estados deficitários e de perdas específicas de uma determinada área, assim como das perturbações transitórias, onde se incluem os estados confusionais (Barreto, 2005). Têm um caracter progressivo crónico, tendo um progresso lento cuja duração não é superior a um ano (Santana, 2005).

A demência é vista como um distúrbio do envelhecimento, que se traduz com elevada incidência nos grupos mais idosos. Contudo a relação entre a demência e o envelhecimento não se encontra ainda totalmente explicada, apesar da elevada prevalência da doença nessa faixa etária (Ritchie & Kildea, 1995 cit. por Nunes, 2005).

Assim a presença desta patologia acentua-se com o avançar da idade, podendo designar-se como a patologia do envelhecimento, apesar da sua elevada prevalência numa idade mais avançada ainda não foi totalmente comprovada a relação entre as 2 variáveis (Cummings & Cole, 2002 cit. por Nunes, 2005).

A demência, uma patologia clínica, relaciona-se com um decréscimo gradual das funções cognitivas, onde se inclui a memória, raciocínio e julgamento (Gonzaga, Pais & Nunes, 2008; Mickes, 2007), orientação, compreensão, cálculo, capacidade de aprendizagem,

linguagem, sendo que se manifesta uma decomposição da capacidade de processamento além daquilo que é expectável para a idade do idoso, bem como o controlo emocional, de comportamento, social ou motivação, mudanças ao nível da personalidade e comportamento, assim como existe uma diminuição nas atividades de vida diária do indivíduo (Reyes & Shi, 2006 cit. por Pavarini et al., 2008). Apesar da deterioração das funções cognitivas, a sua consciência não é comprometida (Fink, Snook & Adams, 2017). Barclay (1993 cit. por Caldas, 2011) refere a preservação da consciência do indivíduo, e que o processo demencial afeta o idoso no que diz respeito às suas funções sociais e ocupacionais.

O termo de demência segundo a Enciclopédia Francesa (Diderot & d'Alembert, 1765) refere que se trata de uma doença que envolve uma cessação da capacidade de raciocínio e que se considera como sendo uma "paralisia de espírito". É necessário destrinçar a demência e a mania, pois este último refere-se um estado delirante acompanhado uma alteração do comportamento. A demência pode estar associada à cessação de estímulos: dano ao nível do cérebro devido ao seu uso excessivo, falha do espírito, volume pequeno do cérebro, danos causados por traumatismos e doenças como a epilepsia ou exposição a venenos. No que diz respeito ao seu tratamento, esta é de cura difícil , na medida que se trata de um dano cerebral ao nível das fibras e fluídos nervosos (Berriors, 2005).

Considera-se como sendo uma perturbação "devastadora" com diversas etiologias, em que o risco de incidência aumenta com a idade, pode ocorrer com um aparecimento gradual ou pode ter um início brusco, dependendo da etiologia que lhe está associada (Lyubkin, 2008).

A demência apresenta-se como "uma alteração progressiva da memória e da ideação, suficientemente grave para limitar as atividades da vida diária, que dura por um período mínimo de seis meses e está associada à perturbação de pelo menos uma das funções

seguintes: linguagem, cálculo, julgamento, alteração do pensamento abstrato, praxia, gnosia ou codificação da personalidade." (OMS, 2002 cit. por Fontaine, 2000).

Segundo a OMS (2016), a demência traduz-se num dos agentes de deficiência e dependência dentro da população idosa, contudo, não a considera como parte de um envelhecimento normal. Gonzaga, Pais & Nunes (2008) referem que é expectável no idoso a presença de alterações ao nível da memória, porém tal alteração não é sinónimo de demência; no entanto, aludem que com o envelhecimento pode ser mais propício o aparecimento de demência.

Além das alterações ao nível intelectual, a demência influencia as atividades diárias do indivíduo, afetando as atividades básicas, bem como a higiene pessoal, o vestir, as atividades fisiológicas, alimentação a atividades mais complexas como a limpeza da casa, afeta ainda os papéis sociais do indivíduo (Transtornos mentais orgânicos, incluindo sintomáticos: Demência, 2011).

O diagnóstico de demência no contexto clínico realiza-se na presença do doente e do seu cuidador (Elias, Beiser & Wolf, 2000 cit. por Nunes, 2005), em que este inclui exames laboratoriais e de neuroimagem, assim como estabelecimento do perfil neuropsicológico (Caramelli & Barbosa, 2002).

Sendo que para se confirmar o diagnóstico de demência, é necessário destrinçar as alterações cognitivas que são consideradas normais com o avançar da idade e as mudanças clinícas que são consideradas patológicas (Doraiswamy et. al, 2003 cit. por Chelune & Duff, 2013).

A presença de inúmeros fatores, como a idade de início, o grau de escolaridade, o nível sociocultural e as alterações comportamentais presentes no indivíduo levam a que seja difícil diagnosticar precocemente a doença (Cruz, Pais, Teixeira & Nunes, 2004 cit. por

Nunes, 2005). Outro fator dificultador do diagnóstico é quando o indivíduo apresenta a função mnésica no limite normal, ou apresenta uma elevada capacidade intelectual, tal faz que, apesar da presença de um declínio o indivíduo apresente valores normais. No que refere, ao grau de escolaridade, a interação social, assim como a realização de atividades diárias afetam o diagnóstico precoce, nomeadamente a baixa escolaridade, a falta de interação social e a realização de atividades complexas (Nunes, 2005).

No que diz respeito à prevalência da demência, tem-se que 5% de pessoas com mais de 65 anos sofrem deste distúrbio (Santana, 2005).

Estudos demonstram que apartir dos 60 anos a demência duplica em cada 5 anos, posterior aos 64 anos predomina 5 a 10%, passando para 30% para idosos com 85 anos (Lemos, Gazzola & Ramos, 2006 cit. por Pavarini et al., 2008). Qiu, DeRonchi & Fratiglioni, (2007 cit. por Gonzaga, Pais & Nunes, 2008) indicam que a prevalência da demência dos 60-69 anos é de 1.5 %, sendo que aos 90 anos sobe para os 40%. Tal prevalência correlaciona-se com o aumento do envelhecimento da população levando a custos elevados para o sistema de saúde mundial (Gonzaga, Pais & Nunes, 2008).

Borghi, Sassá, Matos, Decesaro & Marcon (2011) referem um grande impacto desta doença neuro-degenerativa, em indivíduos com 65 anos. Consideram a demência como uma doença cerebral crónica degenerativa, progressiva e irreversível que apresenta como consequências graduais perdas ao nível das funções cognitivas e distúrbios do comportamento e do afeto.

Segundo a Enciclopédia Francesa (Diderot & d'Alembert, 1765), para se obter o diagnóstico deve ter-se em conta a caligrafia, entrevistas, e a transmissão de conhecimentos do cuidador (Berriors, 2005). Durante o processo de avaliação deve ter-se em conta variáveis como: os fatores emocionais, motivacionais, como a depressão que estão ligados à lentidão

motora e fraqueza física geral, contrariamente a uma perda de capacidade intelectual (Transtornos mentais orgânicos, incluindo sintomáticos: Demência, 2011).

A etiologia mais comum para o aparecimento da demência segundo Lyubkin (2008) podem ser: a Doença de Alzheimer, Doença Vascular, demência dos corpos de Lewy. O autor aborda ainda a Doença de Parkinson, a Doença de Huntington como sendo também causas debilitantes desta perturbação que é a demência. Pode ainda ter-se em conta causas que Lyubkin (2008) considera como reversíveis, a depressão, a disfunção da tiroíde, deficiências vitamínicas e a sífilis.

Na classificação das demências procura fazer-se a distinção entre as demências pré-senis (ocorrem antes dos 60 anos) e demências senis (ocorrem após os 60 anos), entre as demências pré-senis distingue-se a doença de Alzheimer. No entanto, esta classificação tem como critério principal a idade ao invés da sintomatologia (Fontaine, 2000).

No que concerne às causas da demência podem considerar-se múltiplas, sendo que a mais comum é a Doença de Alzheimer, representando 75% (Warsi & Kales, 2008).

Para diversos autores a doença de Alzheimer é considerada como o tipo de doença neuro-degenerativa em que se encontram afetadas áreas como a memória, comportamento, linguagem, relacionamento e funcionalidade. A progressão da doença leva a dependência do doente relativamente a um cuidador, este é na maioria familiar do mesmo (Moraes & Silva, 2009 cit. por Linhares & Vianna, 2015). Outro tipo de demência é a vascular, em que esta se caracteriza por um declínio cognitivo decorrente de uma doença cerebrovascular, tem por isso uma etiologia vascular. Do aparecimento da demência vascular podem resultar hipoestesias, hemiparesia, hiper-reflexia, sinais pseudobulbares (disfagia, siartria e risos imotivados) (Montanõ, 2009; Caramelli & Barbosa, 2002).

No caso da demência com corpos de Lewy é caracterizada por uma oscilação dos

défices cognitivos, alucinações visuais bem detalhadas e recorrentes, apresenta ainda sintomas parksinsonianos do tipo rígido acinéticos. Existe um maior comprometimento na fase inicial das funções executivas, atenção e habilidades visuoespaciais, apresentando preservação da memória. Este último critério permite o diagnóstico diferencial relativamente à doença de Alzheimer (Caramelli & Barbosa, 2002). Um indivíduo com esta doença tende a cair com frequência. Por último a demência frontotemporal define-se pela alteração imatura da personalidade e comportamento, onde se incluem o isolamento social, apatia, desinibição, impulsividade, irritabilidade, descuido da higiene pessoal (Brune t al., 1994 cit. por Caramelli & Barbosa, 2002). Existe ainda presença de alterações ao nível da linguagem- existindo uma diminuição da fluência verbal, ecolalias e estereotipias, aparentam sintomas depressivos, preocupações somáticas bizarras. Ao contrário da doença de Alzheimer a memória e as capacidades visuoespaciais encontram-se preservadas (Caramelli & Barbosa, 2002).

Para um diagnóstico diferencial exato e rigoroso é necessária uma avaliação clínica e neuropsicológica , recorrendo ainda a exames laboratoriais gerais e de imagem do cérebro, onde se integra a tomografia de crânio sem contraste, dando-se especial realce ao diagnóstico etiológico como resposta terapeutica, medicamentosa, familiar e reabilitação cognitiva (Montanõ, 2009).

Inicialmente o idoso sente-se confuso e tende a esquecer acontecimentos com facilidade, a evolução da doença conduz a uma degradação funcional, pondo em causa a realização de tarefas ainda que simples e antes realizadas sem esforço (como por exemplo vestir, comer). É na fase terminal que o idoso apresenta uma maior deterioração, nomeadamente, ao nível da linguagem e perda de autonomia necessitando deste modo de supervisão e intervenção do cuidador para a execução dos seus cuidados básicos (Inouye, Pedrazzani & Pavarini, 2010).

No que diz respeito, aos sinais e sintomas deve ter-se em conta o fator envelhecimento, e diferenciar quais os sintomas presentes ou ausentes num quadro de envelhecimento normal (Fontaine, 2000).

Os sintomas da doença podem variar de indivíduo para indivíduo, estes podem até surgir de forma subtil. O quadro álgico inicial é o esquecimento gradual de acontecimentos, devido a danificação ou mesmo destruição dos neurónios, apresenta agitação, insónias e ilusões. Este vai agravando com o tempo conduzindo a uma maior vulnerabilidade do indivíduo (Alzheimer's Association, 2017). O idoso vê condicionada a sua autonomia, bem como capacidades físicas e emocionais, pondo em causa a própria integração social (Borghi, Sassá, Matos, Decesaro & Marcon, 2011).

Pode definir-se o processo demencial em sete estádios relativamente à deterioração (Reiserberg, 1982 cit. por Nunes, 2005), sendo que num primeiro estadio – normalidade, o doente não refere queixas relativas à diminuição da capacidade da memória; num 2º estadio – queixas subjetivas, neste o doente já apresenta lapsos frequentes de nomes, ou de onde colocou os objetos. Este estadio pode ser considerado como parte do próprio envelhecimento. O 3º estadio é caracterizado por um ligeiro defeito de memória, no qual estão bem presentes no seio familiar e social do indivíduo, em que este não se lembra do nome das pessoas próximas, perde-se em lugares que não lhe sejam familiares. Nesta fase, pode surgir a depressão e um processo de negação onde o indivíduo tende a minimizar e desculpar os seus esquecimentos. Este estadio pode ter uma duração média de sete anos. No 4º estadio já são evidentes as dificuldades em realizar as suas atividades diárias como limpar a casa e o esquecer-se das suas obrigações, como por exemplo efetuar pagamentos. Os sintomas tornam-se evidentes na entrevista clínica, dificuldades de nomeação, reconhecimento de pessoas e desorientação temporal. Continua a fase da negação só que mais acentuada, na

medida em que o doente pode achar-se capaz de realizar atividades que eram normais como o conduzir. Pode ter uma duração de dois anos. Num 5ºestágio as atividades diárias estão afetadas, a capacidade de deliberação – o doente não é capaz de escolher a sua roupa. Não se lembra da sua morada ou nome de familiares, contudo lembra-se do dele e do seu cônjuge. Pode ter uma duração de um ano e meio.

Durante o 6º estadio – demência grave, o doente apresenta alterações ao nível do comportamento, desconfiança, distorções percetivas, hostilidade, comportamento agressivo. Neste, o doente já se encontra dependente de alguém para conseguir realizar as suas atividades diárias. Por fim, no último estadio o doente passa a ser passivo na alimentação e na higiene, perde a capacidade de marcha, de sorrir, acenar e vai gradualmente perdendo a da expressão oral, dificuldade em verbalizar.

Na demência estão também presentes como já referido, os distúrbios do comportamento, podendo traduzir-se através da depressão, apatia, deambulação, inquietação, agitação verbal e/ou motora, agressividade, desconfiança, delírios, alucinações, desinibição sexual. Estes sintomas, à exceção dos afetivos apresentam maior frequência no estadio 6 – demência grave, fazendo com que deste modo os doentes demenciados sejam sensíveis a alterações do seu quotidiano, mudanças na sua casa, mudanças de horário (Barreto, 2005).

Fatores de risco e fatores de proteção na Demência

No que concerne aos fatores predispositores têm-se os fatores genéticos ou a idade que não são passíveis de alterações por ação do que indivíduo e os fatores que dependem das escolhas e dos seus comportamentos, isto é, dos estilos de vida adotados (Dementia Australia, 2018)

Não existe apenas um fator de risco associado à doença, contudo existem fatores mais prevalentes, como é o caso da idade. O aumento da idade incrementa o risco de incidência da

doença, onde um em quatro indivíduos com mais de 85 anos apresenta demência (Dementia Australia, 2018).

No que concerne, aos fatores de risco ao nível biológico relacionados com o aparecimento da demência tem-se: o género, a etnia, a presença de diabetes, anemia e a presença de um alelo que se associa à doença de alzheimer (Foroni & Santos, 2012). Relativamente, aos fatores de risco comportamentais encontra-se a presença de depressão (Geda et al., 2006) e o tabagismo, contudo não existe ainda uma ligação forte que leve a considerar totalmente o" fumar" como sendo um comportamento de risco (Kalmijn, van Boxtel, Verschuren, Jolles & Launer, 2002). Outro fator de risco para o desenvolvimento da demência é o consumo excessivo de álcool (Kalmijn, van Boxtel, Verschuren, Jolles & Launer, 2002).

Agrupa-se nos fatores de proteção: o aumento da escolaridade, participação em atividades de lazer e a prática de exercício físico (Geda et al., 2006), bem como a integração social (Wishart et al., 2006).

Um indivíduo com uma vida social ativa apresenta vantagens como a preservação e a melhoria da função cognitiva (Wishart et al., 2006).

Foi ainda estabelecida uma relação entre o historial clínico de acidentes vasculares cerebrais (AVC's) e a incidência da demência, isto é, indivíduos com episódios de AVC's têm um risco acrescido na incidência futura desta patologia. Tal deve-se ao facto de os danos cerebrais causados pelo AVC, existindo uma extensão da lesão molecular e celular da demência (Honig et al., 2003).

Foi encontrada uma relação entre o género e a taxa de incidência da doença, nomeadamente, constatou-se que o género feminino apresenta maior probabilidade de incidência do que o género masculino (Rocca, 1991 cit. por Wiley, 1992). As mulheres

tendem a apresentar dificuldades na adaptação com as perdas relacionadas com o processo de envelhecimento, levando a sentimentos de vitimização e de fragilidade (Goldenberg, 2008).

Estilos de Vida

O conceito de estilo de vida pode ser percecionado como a escolha dos alimentos e das atividades ocupacionais, sociais e físicas suscetíveis de induzir o aparecimento ou evitamento de doenças (Ribeiro & Yassuda, 2007 cit. por Oliveira, Rabelo & Queroz, 2012). Podem assim ser caracterizados por comportamentos referência que vão influenciar a saúde do indivíduo e se traduzem nas atitudes, valores e oportunidades na vida do mesmo (WHO, 1998 cit. por Añez, Reis & Petroski, 2008). É moldado pela interação do indivíduo com o meio e os relacionamentos interpessoais, referindo-se à forma de viver, aos comportamentos, costumes; entende-se como o conjunto de comportamentos, podendo estes ser saudáveis ou nocivos para a saúde (Pereira, 2004).

Define-se pelos comportamentos identificáveis que influenciam o bem-estar e a saúde do indivíduo, estando associados às atitudes, valores, crenças do mesmo (WHO, 1998 cit. por Añez, Reis & Petroski, 2008).

Os estilos de vida são influenciados pelas preferências e por aspetos básicos do ser humano, como os fatores psicológicos, socioculturais e educativos. Podem considerar-se as seguintes dimensões dos estilos de vida: a perceção do indivíduo face ao meio envolvente: a dimensão cognitiva que permite ao sujeito organizar e elaborar interiormente a informação que recebe; a dimensão pragmática que se refere à tomada de consciência através dos comportamentos; a dimensão emocional diz respeito à forma como o sujeito enfrenta a informação recebida, podendo ou não manifestar-se (Torre & Fernández, 2007).

O estilo de vida tem sofrido alterações, o que sustenta um aumento dos fatores de risco para a saúde (Canpbell, Crocker & McKenzie, 2002 cit. por Petroski & Pelegrini, 2009).

Os estilos de vida têm um papel fulcral na promoção da saúde e prevenção de doenças (Blair et al., 1996 cit. por Añez, Reis & Petroski, 2008), entre os estilos de vida que influenciam ativamente a prevenção de doenças são: a prática de exercício físico, hábitos alimentares, ser socialmente ativo, evitar consumo de álcool e de tabaco, evitar situações de elevado stress e manter uma visão optimista (CSEF, 2003 cit. por. Añez, Reis& Petroski, 2008).

Os factores que integram um papel principal na promoção de saúde e prevenção de doenças do indivíduo são a alimentação e a prática de exercício físico, contudo existem outros fatores que apresentam também um forte impacto, embora negativo, tais como: tabaco, social, consumo de álcool, stress (CSEF, 2003 cit. por Añez, Reis & Petroski, 2008).

A alimentação no envelhecimento torna-se um desafio para os idosos, principalmente os mais dependentes, esta vai diminuindo com o próprio processo de envelhecimento e pode ser resultado das mudanças fisiológicas, incapacidades físicas, fatores socioeconómicos, farmacológicos e psicológicos (Wellman & Kamp, 2017) e principalmente devido a problemas orais (Brennan & Singh, 2012) má alimentação do idoso leva a consecutivos internamentos, podendo estes ser prolongados (Vellas, 2009), existe assim uma ingestão deficitária das vitaminas e minerais necessárias (Thomas, 2006). Uma das vitaminas que os idosos têm uma maior carência é a vitamina D e consequentemente existe uma perda óssea e ao aumento do risco de osteoporose (Marian & Sacks, 2009).Tende ainda no envelhecimento a apresentar carência de cálcio e da vitamina B12 e C, onde relativamente à vitamina C tem-se que está ligada à perda de dentição, dificultando a ingestão de legumes, verduras e frutas (Thomas, 2006). Relativamente ao processo de alimentação do idoso devem ser tidos em conta aspetos: fisiológicos, psicológicos e ambientais.

Nos fatores fisiológicos encontram-se a saúde oral, a xerostomia, inatividade,

imobilidade e a densidade óssea; relativamente aos fatores psicológicos encontram-se as doenças neurológicas como a demência, a diminuição das capacidades cognitivas e a depressão. Os fatores socioeconómicos incluem o baixo nível educacional, baixos rendimentos, o facto de estar institucionalizado, por fim nos fatores ambientais inserem a falta de condições para confecionar as refeições e as dificuldades de acesso aos alimentos. Devido a perda dentição existe uma tendência para evitar certos alimentos (Afonso & Almeida, 2012) o que pode causar desnutrição e o próprio isolamento.

Com o avançar da idade existe perda da massa muscular, designada por sarcopenia, (Evans, 1995 cit. por WHO,2002), apresentando como consequências as quedas e uma maior prevalência de incapacidade. A sacorpenia é um défice do músculo, pode surgir devido a mudanças biológicas próprias do envelhecimento (diminuição de neurónios), desnutrição e declínio das atividades físicas (Roubenoff et al., 1992 cit. por WHO, 2002); verifica-se assim uma diminuição da perda óssea e do cálcio.

A atividade física é dos principais preditores para um envelhecimento ativo e saudável. A prática de exercício deve ter em conta as dificuldades de cada indivíduo, pois a prática de exercício se for de forma moderada ajuda na promoção do bem-estar físico, mental e social, e na autonomia (Vellas, 2009). Diversos estudos comprovam a relevância da prática de exercício físico nomeadamente ao nível da independência e incapacidade (Guralnicl et al., 1994 cit. por WHO, 2002). Também a capacidade funcional e a prática de AVD's ajudam ao idoso a manter a sua independência. Ao nível das AVD's incluem-se as tarefas do seu dia-a-dia, onde se integra a capacidade funcional que diz respeito à capacidade de realizar tarefas como subir escadas. Em 1970 surge nos Estados Unidos a conceção de envelhecimento ativo, este defendia uma mudança de atitudes e de cultura para ultrapassar o isolamento, a exclusão dos idosos, este novo conceito nega os tradicionais mitos sobre o processo do envelhecimento

(Sanjek, 2009 cit. por Kolb, 2014).

Estilos de vida e a demência

Os tipos de estilos de vida podem ajudar no retardamento da doença, onde se considera que ao modificar os estilos e hábitos de vida podem alterar-se os factores de risco. Entre os estilos de vida que ajudam a prevenir o aparecimento da demência encontra-se a alimentação (Cooper, 2014), que influencia o risco do aparecimento de doenças e o próprio processo de envelhecer, demonstrando que a ingestão de antioxidantes leva a uma diminuição do risco de contrair demência ou diminuir o stress oxidativo (Morris, 2004).

Além da alimentação, existem diversos comportamentos associados aos estilos de vida que ajudam no equilíbrio da saúde mental reduzindo deste modo, o aparecimento/ risco de demência, entre esses comportamentos tem-se a atividade mental, a atividade física e estímulos stressantes (Fillit et al., 2002).

O não cuidado com a alimentação, pode levar a um aumento da gordura corporal do indivíduo que aumenta a prevalência de doenças como a diabetes e hipertensão, estas por sua vez aumentam o risco do aparecimento de demência (Luchsinger, Tang, Shea & Mayeux, 2002).

Também a atividade física está associada como fator inibidor do risco de demência, sendo que esta traz para a saúde benefícios observados no sistema cardiovascular e sistema cerebrovascular, isto é, existe uma melhoria ao nível da plasticidade neuronal, citoarquitectura cerebral (Foster, Rosenblatt & Kuljis, 2011; Voss et al., 2010).

A atividade física veio através da observação do sistema cerebrovascular demonstrar-se benéfica para a saúde mental, melhorando a citoarquitetura cerebral, onde se incluem os dendritos, vasos sanguíneos e a microglia e contribuindo também para a plasticidade neuronal (Foster et al., 2011; Voss et al., 2010 cit. por Añez, Reis& Petroski, 2008), tendo que um

estilo de vida sedentário leva a um menor desempenho cognitivo mesmo que seja na meia idade (35 aos 55 anos) (Singh-Manoux et al, 2005 cit. por Añez, Reis & Petroski, 2008).

Relativamente à participação do indivíduo em atividades cujo objetivo é a estimulação cognitiva como estratégia para aumentar a reatividade sináptica do hipocampo, reorganização das redes neurocognitivas, bem como diminuir as reações do stress; demonstrado assim que as atividades cognitivas tinham um papel protetor relativamente ao aparecimento da demência (Añez, Reis & Petroski, 2008).

No que diz respeito ao consumo de álcool não existe um consenso entre os estudos, contudo alguns referem que um consumo moderado pode ajudar na prevenção do aparecimento da demência (Weuve et al., 2004 cit. por Añez, Reis & Petroski, 2008). O tabagismo, por sua vez, apresenta-se como um fator de risco elevando o risco de morbidade e mortalidade devido às doenças como cardiovasculares, cerebrovasculares (Tessier et al., 2000 cit. por Freitas, Ribeiro, Oliveira, Rissas & Domingues, 2010). O INS (2007 cit. por Ferreira, 2007) refere que existe uma maior incidência do consumo de tabaco nas mulheres, diretamente proporcional à idade com a idade. Refere ainda que a partir dos 45 anos existe um decréscimo.

O consumo de tabaco provoca também um acelerador no organismo e no processo da velhice, este afeta a qualidade de vida bem como a sua expectativa de vida.; sendo que, existe um maior consumo de tabaco quanto maior for a idade (Goulart et al., 2010). É desta forma, visto como um fator de risco em qualquer idade, registando-se um aumento do aparecimento de doenças e perdas da capacidade funcional (OMS, 2002). O tabagismo pode provocar também outras limitações, bem como doenças fatais (Zaitune et al., 2012).

A qualidade e a quantidade do sono podem também influenciar o aumento do risco, isto é, quer o excesso quer a limitação do sono trazem danos que favorecem o risco de

demência (Benito-León, Bermejo-Pareja, Vega & Louis, 2009).

Fatores como a educação, a complexidade do trabalho, participação na sociedade e nas atividades intelectuais estão relacionadas com a incidência da doença (Lövdén, Xu & Wang, 2013).

Indivíduos com um maior grau de escolaridade tendem a apresentar conexões neurais mais complexas, e ainda o risco de desenvolver a doença é menor quando o individuo foi ativo ao nível do raciocínio, ou seja, ativos mentalmente. Existe ainda a referência do nível de escolaridade como um fator protetor devido a sua incidência cognitiva que está acima do limiar da demência (Del Ser, Hachinski, Merskey & Munoz, 1999).

O envelhecimento ativo consiste na integração de um processo com vista a uma valorização de recursos tendo como foco a sua segurança, saúde e interação social, visando a manutenção da qualidade de vida no seu estado mais avançado (OMS, 2002; Cabral, 2013). Assim é de realçar ideia de que envelhecimento ativo nos conduz a uma noção biomédica na importância de manter um estilo de vida saudável, promovendo a atividade física e psíquica como forma de evitar a degradação motora e cognitiva nesta fase da vida. Principalmente na transição da vida ativa para a reforma/aposentação, sendo esta considerada uma zona de risco, porque para além do envelhecimento natural concorre a inatividade. Temos então que os “estilos de vida saudáveis” e os “bons hábitos de saúde” são elementos cruciais no envelhecimento ativo, este estilo de vida é recomendado de forma especial nas sociedades ocidentais, mas que devia ser de implantação generalizada dada a importância e o impacto da sua aplicação, o papel de prevenção de muitas doenças agravadas pela inatividade e sedentarismo, bem como a manutenção da saúde e qualidade de vida em geral, mas com maior incidência na velhice. A noção de envelhecimento ativo é assim sob o ponto de vista da teoria sociológica, a envolvência dos “hábitos saudáveis”, que pela sua especificidade e

caráter social leva à sua identificação em Portugal, mas também na literatura internacional (Cabral & Silva, 2010 cit. por Cabral, 2013), como responsáveis por efeitos perversos na sociedade contribuindo para acentuar desigualdades sociais em saúde, pois a aplicação desses "hábitos" assenta, exatamente nos mesmos parâmetros sociais que contribuem para as iniquidades perante a doença e a morte (Cabral, 2013).

Um outro fator de risco é a existência de stress no processo de envelhecimento, é este que ao nível biológico é visto como uma agressão ao organismo. Os fatores geradores de stress são identificados como agentes stressadores tendo em conta a reação do organismo face à intromissão destes agentes. Em psicologia, o stress é encarado como uma dificuldade perante acontecimentos e situações do indivíduo e o meio que o indivíduo recorre para ultrapassar/gerir (Doron & Parot, 2001). O stress pode ser encarado como um agente motivador e encorajador para alcançar objetivos a nível sentimental, profissional assim como noutro campo da vida do indivíduo. O excesso de stress é prejudicial para a vida do indivíduo levando consequentemente ao aparecimento de doenças. A resposta ao stress envolve 2 mecanismos bioquímicos separados, um lento que é mediado pela hormona cortisol e outro rápido sendo este mediado pela noradrenalina e adrenalina, a ação simultânea destas últimas hormonas leva a um declínio cardíaco bem como da pressão arterial (Pereira et al., 2004).

O stress está presente ao longo da vida do indivíduo, devido às adversidades e obstáculos característicos da mesma, algumas das adversidades que marcam o processo de envelhecimento incluem as doenças crónicas, o declínio cognitivo, o stress psicossocial, nomeadamente as perdas pessoais, familiares e a independência, quer ao nível físico quer ao nível económico; contudo a forma de cada idoso reagir a estas adversidades é diferente, sendo que nalguns casos existe uma continuidade da realização pessoal e levam uma vida satisfatória apesar das suas restrições ou pode existir uma resposta ao stress através do

aparecimento de doenças mentais (Lavretsky & Newhouse, 2012).

A vida traz ao indivíduo mudanças, em que estas podem ter um impacto positivo ou negativo. As alterações podem ser fontes de stress no indivíduo pois existe um desgaste ao nível do seu organismo, sendo que quando este é prolongado existe a propensão para o aparecimento de doenças e infeções (Nacarato, 2003).

O stress pode ser visto como uma resposta a um estímulo, em que se foca nas reações dos indivíduos face ao acontecimento encarado com stressante. Na resposta ao stress tem-se a dimensão fisiológica e a dimensão psicológica. A dimensão fisiológica diz respeito às sensações do organismo como: aceleração do batimento cardíaco, boca seca, sensação de desconforto no estômago e sudação excessiva; já na dimensão psicológica tem-se os comportamentos, padrões, crenças e as emoções (Santos & Castro, 1998).

Com o avançar da idade o indivíduo vai sofrendo alterações ao nível físico, psicológicas e social. Estas mudanças podem ser vistas como ameaça a dimensão biopsicossocial do idoso, considerando-se deste modo como um fator de stress (Duarte, 2011; Souza-Talarico, Caramelli, Nitrini & Chaves, 2009). Surgem ainda as dificuldades funcionais, a dependência para situações como as AVD's e a incidência de doenças o que se reflete como um fator stressante na terceira idade (Pereira et al., 2004).

O stress pode ser encarado como fruto da relação entre a pessoa e o meio envolvente onde se pode introduzir o conceito dos mecanismos de coping, em que este se relaciona com o conjunto de respostas cognitivas e comportamentais que o indivíduo recorre para lidar com as situações específica que tem como objetivo a proteger o indivíduo de circunstâncias consideradas como perigo ou ameaça ao seu bem-estar (Lazarus & Folkman, 1984). Existem dois tipos de mecanismos de coping: centrado no problema e o centrado na emoção. O mecanismo de coping centrado no problema tem por objetivo modificar a situação,

socorrendo-se de estratégias adaptativas para a resolução do problema ou diminuição dos efeitos stressantes (Monat, Lazarus & Reevy, 2007 cit. por Souza-Talarico, Caramelli, Nitrini & Chaves, 2009), já o mecanismo de coping centrado na emoção pretende modificar o estado emocional, procurando reduzir a sensação desagradável derivada do stress; pretende-se regular o impacto emocional no indivíduo recorrendo-se a processos de defesa como: a evitação (Lazarus & Folkman, 1984; Monat, Lazarus & Reevy, 2007 cit. por Souza-Talarico, Caramelli, Nitrini & Chaves, 2009).

A idade apresenta-se também como influente nos mecanismos de coping, no enfrentamento das situações stressantes, onde num estudo se comprovou que os idosos apresentam a elaboração de mecanismos de defesa mais maduros do que em indivíduos mais jovens (Whitty, 1996 cit. por Souza-Talarico, Caramelli, Nitrini & Chaves, 2009). As estratégias de coping vão-se alterando com a idade não consequente do processo da senescência, mas devido às mudanças das fontes de stress (Souza-Talarico, Caramelli, Nitrini & Chaves, 2009).

Qualidade de vida

A qualidade de vida é o enfoque principal da definição, o seu conceito é muito mais abrangente não podendo ser visto apenas como a saúde em termos de estabilidade clínica, pois toda a envolvência decorrente de fatores ambientais, pessoais e familiares são passíveis de condicionar e alterar comportamentos e interferir assim na evolução do processo de envelhecimento (Cabral, 2013).

Segundo a WHO (2005) o termo de qualidade de vida é um estado relacionado ao bem-estar físico, mental e social, e não apenas a ausência de doença.

A consciência do indivíduo acerca do seu papel ao nível cultural e social no meio em que se encontra inserido, no âmbito das suas pretensões, normas e inquietações, concerne a

um conceito de tal magnitude e abrangência que inclui de forma transversal a sua saúde e bem-estar, desde o quadro fisiológico e psicológico, ao nível de dependência, crenças, interação social e o seu relacionamento com propriedades relevantes no ambiente (WHO, 2005).

A perceção de qualidade de vida vai ser diferente de indivíduo para indivíduo apesar da situação ou o contexto ser semelhante, existem assim inúmeras definições e significados para este conceito (Rodrigues, 2002).

A qualidade de vida encontra-se associada a conceitos como a autoestima e o bem-estar e inclui aspetos como: a capacidade funcional, o nível socioeconómico, o estado emocional, a interação social, atividade intelectual, autocuidado, suporte familiar, estilo de vida, valores culturais, éticos e religiosos, estilos de vida, satisfação com o emprego e/ou com as atividades da vida diária e com o ambiente em que se vive (Vecchia, Ruiz, Bocchi & Corrente, 2005 cit. por Dawalibi, Anacleto, Whitter, Goulart & Aquino, 2013). A qualidade de vida é um termo que relaciona o bem-estar físico, emocional, social, assim como fatores externos como a parte financeira, o estado da habitação e atividades de lazer (Campos, 2007).

Para verificar o estado de saúde na velhice não se deve apenas focar na sua ausência, uma vez que é necessário ter em conta variáveis como: mecanismo de coping, interação social e as redes de suporte. É importante ter em conta conceitos como a autonomia, a independência e auto - determinação, uma vez que estes têm uma forte correlação na forma como o idoso vive a sua vida, quer no seio familiar quer no meio institucional (Flick, Fischer, Neuber, Schawartz & Walter, 2003).

Segundo Fonseca (2006) a dicotomia saúde/doença tem um papel essencial na distinção entre um envelhecimento normal de um envelhecimento patológico. Esta destrinça vai levar a diferentes perceções face ao envelhecimento, quer de uma forma mais positiva

quer de forma mais negativa. Couvreur (1999) apresenta a atitude positiva como centralizadora de energias, quer sejam físicas ou emocionais, e uma mais-valia importante no caminho do sucesso. A teoria ecológica do desenvolvimento assenta em sistemas que incluem o sujeito num conceito abrangente da qualidade de vida.

Borghin, Edberg e Hallberg (2005) demonstraram a qualidade de vida como resultado do prolongamento da autonomia em idades mais avançadas, assim como a continuidade de objetivos e projetos pessoais envolvendo as próprias experiências passadas, resultando numa melhor adaptação a mudanças e substantivas melhorias no seu estado geral, nomeadamente no que diz respeito à saúde, independência e interação social e familiar (Dawalibi, Anacleto, Whitter, Goulart & Aquino, 2013).

Neri (2007) demonstra um modelo psicológico do bem-estar do envelhecimento, onde os mecanismos de auto - regulação do "self" do indivíduo servem de mediador à relação entre os fatores de risco relacionados com o processo de envelhecimento e o bem-estar subjetivo. O modelo refere que a qualidade de vida do individuo está relacionada com a satisfação global tendo em conta diversos domínios em que o idoso os experiencia de acordo com afetos positivos ou negativos.

O processo de vida deve ser encarado como um processo dinâmico em que existe uma constante dicotomia entre equilíbrio-desequilíbrio ecológico, e onde o funcionamento do sistema orgânico e psíquico trata de um ajustamento de funcionalidade de acordo com a dicotomia normal-patológico (Osório & Pinto, 2007).

Quando existe ausência de alterações que provocam declínios no indivíduo e existe um sentimento de controlo o idoso expressa uma maior satisfação com a sua vida, contudo quando o processo do envelhecimento se caracteriza por alterações na sua vida diária, nomeadamente perda de autonomia, necessidade de assistência e dependência para realizar as

suas AVD's a perceção da qualidade de vida do idoso é menor (Oliveira, Oliveira, Arantes, & Alencar, 2010).

Em suma, fatores como a perda de autonomia, a incidência de doenças, os fatores socioeconómicos bem com os estilos de vida do idoso têm influência na capacidade funcional o que consequentemente afeta a velhice (Irigaray & Trentini, 2009).

Qualidade de vida na demência

A patologia psiquiátrica, por se tratar de um processo condicionador da qualidade de vida do paciente, exige larga disponibilidade de meios e recursos com vista ao tratamento e estabilização das patologias.

Lehamn et al. (1982) referem a importância de conhecer e compreender a qualidade de vida do doente para assim poder gerir e lidar com o impacto que a doença tem no bem-estar geral. Sendo de realçar o impacto das doenças crónicas na qualidade de vida pois trata-se de uma doença sem cura conhecida, e o tratamento pode não retirar toda a sintomatologia, tem-se como exemplo as perturbações mentais graves e persistentes (Souza & Coutinho, 2006).

Não existe ainda uma sintomatologia definida, o desconforto aparece associado a estádios mais severos da doença e o ambiente em que o doente se encontra inserido, tais podem ser associados a um decréscimo da qualidade de vida (Ettema et al., 2005). Sendo por isso, uma doença que tem um forte impacto negativo nos doentes no que concerne à deterioração de diversas funções afetando também o seu cuidador (Murray et al., 1999 cit. por Banerjee, et al., 2006).

Considerando a demência como uma doença crónica, levando à incapacidade do indivíduo, podendo estar em paralelo com processos neurodegenerativos, acarretando com todo o estigma subjacente. Apesar de ser uma doença sobejamente conhecida, existem ainda

alguns estereótipos associados (García, 2014).

Considera-se, segundo Lawton (1991, cit. por Giro & Paúl, 2013), a existência de quatro domínios relacionados com qualidade de vida em pessoas idosas, sendo estas: competências comportamentais, o ambiente objetivo, o bem-estar psicológico, e por fim a qualidade de vida percebida.

Relativamente ao impacto desta doença, encontra-se que a qualidade de vida é afetada pela sua presença nos portadores (Conde-Sala, Garre-Olmo, Turró-Garriga, Lópeza-Pousa & Vilalta-Franch, 2009 cit. por Bárrios, et al., 2013).

Não se conhece qualquer conceito abrangente sobre a qualidade de vida na demência, contudo nas diferentes definições encontram-se pontos comuns, entre eles o humor e o seu efeito, considerando-os como pontos centrais para a qualidade de vida. Abordando uma definição restritiva de Albert et al. (2011) do que é a qualidade de vida na demência, onde se considera a participação em atividades, e o respetivo aproveitamento, as atividades incluem variáveis como o comportamento, socialização, exercício, leitura e trabalhos manuais; nesta teoria, tem-se ainda em conta os efeitos da atividade no indivíduo, onde se pode encontrar sentimentos como: prazer, raiva, ansiedade, depressão, interesse e contentamento. Por outro lado, Brod, Stewart, Sands & Walton (1999) dividem os componentes principais a ter em conta na qualidade de vida da demência em sentimentos positivos e negativos, sentimentos de pertença, autoestima e a capacidade emocional. Por outro lado, Ready, Ott, Grace & Fernandez (2002) refere as alterações comportamentais, sono, apetite. Por fim, a definição segundo International Working Group on Harmonization of Dementia Drug Guildelines tem em conta as funções cognitivas, a capacidade de realizar às atividades diárias, além do humor e do afecto (Ready, 2002).

Para clarificar melhor este conceito de qualidade de vida na demência , seria

imprescindível avaliar o impacto desta perturbação ao nível do bem-estar, apoio e contenção de segurança, a espiritualidade, o suporte familiar, devendo-se também ter em conta os sintomas cognitivos e físicos; desta forma, tem-se que a avaliação da qualidade de vida num doente com demência se trata de um processo profundo (complexo), que numa fase inicial é definida pelo comprometimento das atividades básicas diárias (AVD), a dependência do cuidador, e pode ser ainda definida por alterações ao nível da personalidade (Moyle, Mcallister, Venturato & Adams, 2007).

Ao tratar-se uma doença neurodegenerativa, progressiva e irreversível (Machado, 2002), o idoso vê afetada a sua autonomia, necessitando, por isso e não só do apoio constante do seu cuidador; enfrenta diversas limitações devido à longa duração e da presença de sintomas que o fragilizam a sua identidade quer pessoal, social e tem também um impacto ao nível financeiro e emocional. É de realçar também o impacto que esta doença tem na família do doente e na sociedade (Karsch, Maio-Junho 2003).

Vital, Salma, Gobbi, Costa & Stella (2010) indicam que um doente com Alzheimer pode apresentar sintomas indutores de incapacidade física e mesmo morte prematura, sintomas como isolamento social, alteração do apetite e do ciclo vigília-sono, alterações psicomotoras irritabilidade, fadiga, sentimento de inutilidade, desesperança ou culpa excessiva e inapropriada, pensamentos recorrentes de morte e ideação suicida, sintomas depressivos e diminuição de prazer nos contatos sociais ou usuais, estes sintomas podem aparecer em conjunto ou separadamente.

Um estudo citado por Inouye, Pedrazzani e Pavarini (2010) e realizado pelos autores em 2008, tendo como amostra idosos com 60 anos ou mais e onde se referem à doença de Alzheimer como sendo uma demência senil com um declínio cognitivo crescente e irreversível, sendo um dos principais a memória, afetando assim as atividades diárias do

indivíduo. É ainda referido o impacto desta doença nos familiares dos doentes, nomeadamente os cuidadores próximos, em que estes tendem a apresentar sintomas depressivos (Vitoreli, Pessini & Silva, 2005).

Objetivos do estudo

A presente investigação apresenta como objetivo geral o estudo do impacto da qualidade de vida e nos estilos de vida no processo de envelhecimento do indivíduo. Tendo como variáveis preditoras: a situação profissional, género, nível de escolaridade, idade, estilos de vida, consumo de álcool, dieta, nível de stress, tabaco e o exercício físico. Como objetivos específicos pretende-se:

1. Analisar a qualidade de vida no processo de envelhecimento:
    a) Compreender se as variáveis sociodemográficas como: a idade e género influenciam a qualidade de vida do indivíduo no percorrer no seu percurso de envelhecimento;
2. Analisar os tipos de estilos de vida do idoso no processo de envelhecimento:
    a) Estudar se as variáveis sociodemográficas como: a idade, género se relacionam com os estilos de vida do processo de envelhecimento;
3. Analisar se os estilos de vida influenciam a qualidade de vida do idoso.

Método

Participantes

A escolha dos participantes teve em conta os seguintes critérios de inclusão: a) disponibilidade para participar b) ter mais de 55 anos. Por outro lado, como critério de exclusão a presença de um comprometimento grave que impossibilite a compreensão ou a participação no procedimento delineado.

Considerando os objetivos propostos, optou-se por um tratamento quantitativo, realizando através de uma amostra de conveniência, ao nível nacional. Para a escolha dos participantes recorreu-se ao método não probabilístico por conveniência, onde foram selecionados os locais. Os participantes estavam na sua minoria institucionalizados permanentemente (23,9%), no entanto os restantes inquiridos encontravam-se a frequentar centros de dia, universidades séniores, mantendo a sua habitação.

Foram inquiridos 275 indivíduos, com uma média de idades de 75.28 anos (DP=10.36), compreendidas entre 55 (Min.) e 99 anos (Max.). Quanto ao género, constatou-se que 75.1% são do género feminino (n=205) e 24.9% corresponde ao género masculino (n=68). Verificando-se desta forma um desequilíbrio entre o número de participantes do género feminino e do género masculino, sendo que os primeiros apresentam um maior número de respostas.

No que diz respeito à idade existiu uma não resposta, sendo que dos 276 apenas 275 responderam a esta questão, face ao variável género dos 276 apenas 273 responderam, existindo assim 3 respostas ausentes. onNo variável estado civil encontra-se que 41.3% são viúvos(as)(n=114) sendo este o valor mais elevado com 1.1% encontra-se os indivíduos separados (n= 3).

Nalguns casos o número de respostas dadas não coincide com o número de

participantes da amostra, tal deve-se ao facto de os participantes não terem preenchido a totalidade do questionário aplicado. Contudo, todos os questionários foram contabilizados uma vez que os participantes responderam a, pelo menos, 80% do questionário.

Instrumentos

Na presente investigação recorreu-se a três instrumentos, um de análise qualitativa (questionário sociodemográfico), com objetivo de recolher dados demográficos dos participantes, permitindo obter mais informação sobre os mesmos, tendo em atenção os objetivos propostos do estudo, por exemplo, idade, género, estado civil, nível de escolaridade, situação profissional e profissão. Por outro lado, os outros dois instrumentos utilizados foram instrumentos quantitativos, tais como: as escalas da Qualidade de Vida (WHOQOL-BREF e o SLIQ) e a escala de Ansiedade e Depressão.

Numa primeira fase foi aplicado um questionário sociodemográfico, que tem como objetivo

O questionário de Qualidade de Vida refere-se à avaliação subjetiva da qualidade de vida, é um instrumento de medida multidimensional e multicultural. Foi avaliada através do WHOQOL-bref (The WHOQOL Group, 1994) consta de 26 questões, sendo duas questões gerais de qualidade de vida e as demais 24 representam cada uma das 24 facetas que compõe o instrumento original**.** O WHOQOL-bref é composto por 4 domínios: físico, psicológico, relações sociais e meio ambiente, apresentando ainda a qualidade de vida geral. Estando organizado numa escala de tipo Likert de 5 pontos. Com a escolha desta Escala pretende-se compreender a qualidade de vida nos diferentes domínios já mencionados anteriormente. Cada domínio é analisado através de questões correspondente a um determinado item à exceção do domínio da qualidade de vida geral que é avaliada através de um item sobre a qualidade de ida em geral e outro sobre a perceção geral do indivíduo relativa à saúde

(Canavarro, Pereira, Moreira & Paredes, 2010).

No domínio físico questões relacionadas com a dor e desconforto, energia e fadiga, sono e repouso, mobilidade, atividades da vida diária, dependência de mediação ou tratamentos e por fim a capacidade de trabalho; no domínio psicológico encontram-se questões que abordam os sentimentos positivos, pensamento, aprendizagem, memória e concentração, autoestima, imagem corporal e aparência, sentimentos negativos e sobre a espiritualidade/religião/crenças pessoais; ao nível do domínio social encontra-se temas como as relações pessoais, apoio social e a atividade sexual. Por fim, no 4 domínio aborda-se a segurança física, o ambiente no lar, recursos económicos, cuidados de saúde e sociais: disponibilidade e qualidade, oportunidade para adquirir novas informações e competências, participação e/u oportunidades de lazer, ambiente físico (poluição, barulho, trânsito e clima) e por fim o transporte (Serra et al., 2006).

A escala apresenta uma consistência interna boa com um alfa de Cronbach de 0,77 (Fleck et al., 2000).

O Questionário de Estilo de Vida apresenta-se subdividido em 5 componentes: dieta, atividade, consumo de álcool, tabagismo e stress. Os resultados baseiam-se em cada componente numa escala de 0, 1 ou 2, sendo que as pontuações gerais podem oscilar do 0 ao 10 (Godwin et al., 2008).

Relativamente à consistência interna, na versão original foi medida separadamente nas 3 questões de dieta e nas 3 questões da atividade física, apresentando um alfa de Cronbach de 0,58 e de 0,60 respetivamente podendo ser considerado como aceitável (Godwin et al., 2008).

Procedimentos

Inicialmente foi realizada uma pesquisa de lares, centros de dia e universidades séniores, em que após a recolha dos contactos foram enviados e-mails, e para os locais em que não estava disponível o e-mail foi estabelecido o contacto telefónico e posteriormente enviado o e-mail para marcação de data para proceder à recolha de dados. A recolha de dados foi de aplicação direta, abrangendo os concelhos de Faro, Lisboa, Oeiras, Sintra e Almada. Antes da recolha dos dados, os participantes deram o consentimento de forma verbal ou escrita, tendo estes sido informados dos objetivos do estudo, sendo o preenchimento do questionário feito de forma voluntária, sendo que este é constituído por uma primeira parte que é feita através de uma entrevista semi-estruturada realizada pelas investigadoras. A entrevista foi utilizada para recolher informações acerca do sujeito nomeadamente dados sociodemográficos, dados clínicos, como história clínica pessoal e história clínica familiar, e entrevista de avaliação neuropsicológica. Relativamente ao preenchimento da segunda parte do protocolo, foi necessário ter em atenção as necessidades de cada inquirido, onde por vezes, foi necessária a ajuda do investigador no que diz respeito à compreensão e auxílio motor. A segunda parte é constituída pelas Escalas abordadas anteriormente.

O processo da recolha de dados teve em conta a confidencialidade dos participantes e o código ético e deontológico do psicólogo. Após o término da recolha de dados procedeu-se à numeração dos questionários e ao tratamento dos mesmos, onde estes foram inseridos manualmente numa base de dados, num programa estatístico específico - SPSS, construída anteriormente. A versão do SPSS foi a versão 22. Os resultados obtidos irão ser apresentados no capítulo mais à frente.

No que concerne ao tratamento estatístico, foram tidos em conta os objetivos propostos inicialmente em que para tal recorreu-se às seguintes análises:

a) análises descritivas tendo em atenção as variáveis sociodemográficas idade e género;
b) análise da variância (ANOVA) que permite a comparação das médias entre as variáveis em estudo;
c) Coeficiente de Correlação de Pearson que avalia o grau de correlação entre duas variáveis de escala métrica, assim bem como a sua direção;
d) Modelo de Regressão Linear que nos indica as variáveis influenciadoras, bem como a força do modelo.

Apresentação de resultados

Neste capítulo são apresentados os resultados dos dados procedentes da recolha da dados e tratamento estatístico, tendo em consideração os objetivos e a questão de investigação. Primeiramente serão analisados os dados respeitantes as dimensões das escolas, bem como a respetiva confiabilidade. Posteriormente serão analisadas as variâncias, correlações e regressão linear.

Tabela 1

Distribuição das dimensões da escala WHOQOL

WHOQOL	M	DP
Qualidade de vida – Física (QV_F)	3,53	0,77
Qualidade de vida – Psicológica (QV_P)	3,57	0.80
Qualidade de vida – Social (QV_S)	3,68	0,74
Qualidade de vida – Ambiente (QV_A)	3,57	0,62

Na análise da tabela 1 pode-se constatar que na dimensão Física, a média de respostas dos inquiridos encontra-se nos 3,53, sendo a hipótese de resposta mínima de 1 e a máxima de 5. Por outro lado, na dimensão Psicológica verifica-se uma média de respostas de 3,57. A dimensão Social apresenta uma média de resposta de 3,68. Por fim, a dimensão Ambiente apresenta uma média de 3,57.

A dimensão que apresenta a média mais elevada é a dimensão Social, que mesmo não se aproximando do limite máximo de resposta, indica valores positivos no que diz respeito a qualidade de vida a nível social, pois quando maior for o valor desta dimensão, menor será a sensação de isolamento por parte do idoso e desta forma um maior sentido de pertença na sociedade.

Por sua vez, quando mais baixos forem os valores nas restantes dimensões, maior será o impacto negativo na vida do idoso, verificando-se a existência de um possível

envelhecimento patológico, neste caso é na dimensão Física que apresenta um valor menor (3,53), apesar de se encontrar acima da média.

Tabela 2

Distribuição da dimensão da escala Estilos de vida

Estilos de vida	**M**	**DP**
Dieta	1,62	0,53
Consumo de álcool	1,89	0,43
Atividade física	0,45	0,72
Consumo de tabaco	2,71	0,45
Nível de stress	3,88	1,70

Na análise da tabela 2 constata-se que na análise dos estilos de vida a dieta, a média de respostas dos idosos inquiridos é de 1,62. No consumo de tabaco verifica-se uma média de respostas de 2,71, enquanto que no consumo de álcool é de 1,89. Por outro lado, a prática de atividade física a média de resposta de 0,45. Por último o nível de stress apresenta uma média de respostas de 3,88, sendo esta a média mais elevada, o que indica valores positivos no que diz respeito ao estilo de vida, pois quando menor for o valor desta dimensão, maior será a sensação de bem-estar e qualidade de vida do idoso.

No entanto, de destacar que a dimensão de atividade física apresenta a média mais baixa, o que nos indica que a prática de atividade física é menos regular ao longo do processo de envelhecimento, o que apresenta implicações diretas na qualidade de vida e bem-estar do idoso.

Comparação entre grupos

Tabela 3

Diferenças entre idades (Até aos 65 anos, 66-80 anos, 81 ou mais anos)

Dimensão	Até aos 65 anos		66-80 anos		81 ou mais anos		F
	M	DP	M	DP	M	DP	
WHOQOL							
QV_F	3,74	0,85	3,57	0,70	3,37	0,77	4,28*
QV_P	3,52	0,88	3,70	0,70	3,43	0,85	3,03*
QV_S	3,54	0,90	3,70	0,69	3,73	0,71	1,04
QV_A	3,53	0,71	3,65	0,60	3,51	0,59	1,44
Estilos de vida							
Dieta	1,38	0,57	1,63	0,52	1,71	0,50	6,91***
Consumo de álcool	1,87	0,48	1,84	0,51	1,95	0,26	1,76
Atividade física	0,68	0,80	0,61	0,80	0,12	0,39	17,74***
Consumo de tabaco	2,62	0,49	2,67	0,47	2,80	0,40	3,17*
Nível de stress	3,30	1,73	3,92	1,61	4,15	1,74	4,38*

Nota: ***p<0,001; **p < 0,01; *p <0,05

Os resultados obtidos (tabela 3), indicam que existem diferenças estatisticamente significativas entre os grupos de idades nas variáveis; QV_F [F(2,265)=4,28; p=0,015], a QV_P [F(2,260)=3,03; p=0,050], a dieta [F(2,263)=6,91; p=0.001], a atividade física [F(2,264)=17,74; p=0.001], o consumo de tabaco [F(2,239)=3,17; p=0.044], e o nível de stress [F(2,261)=4,38; p=0.014]. Observa-se que existem diferenças estatisticamente significativas nos grupos de idades, sendo a dimensão de a atividade física a que apresenta maior valor de destaque.

Importa salientar que, na QV_F a diferença de médias é entre o grupo com idades até aos 65 anos e com o grupo com idades iguais ou superiores a 81 anos (p=0.020), sendo a média do primeiro superior à do segundo. Na QV_P a diferença de médias verifica-se entre o grupo com idades compreendidas entre os 66 e os 80 anos e com o grupo com idades iguais ou superiores a 81 anos (p=0.055), sendo a média do primeiro superior à do segundo.

Relativamente aos estilos de vida as diferenças de médias na dimensão dieta encontra-

se nas faixas etárias entre o grupo com idades até aos 65 anos e os restantes grupos (p=0.020; p=0.001, sendo o primeiro correspondente ao grupo compreendido entre os 66 e os 80 anos e o segundo igual ou superior a 81 anos). Verifica-se uma média superior no grupo de idades iguais ou superiores aos 81 anos. No que diz respeito à atividade física as diferenças de média podem ser encontradas no grupo ate aos 65 anos e no grupo com idades iguais ou superiores a 81 anos (p=0.001) e este último com o grupo etário dos 66 aos 80 anos (p=0.001), apresentando uma média superior em idades iguais ou inferiores aos 65 anos. Por último, respeitante ao nível de stress a diferença de médias pode ser encontrada no grupo ate aos 65 anos e no grupo com idades iguais ou superiores a 81 anos (p=0.014), tendo este último uma média superior.

Tabela 4

Diferenças entre Feminino e Masculino

Dimensão	Feminino		Masculino		F
	M	DP	M	DP	
WHOQOL					
QV_F	3,44	0,78	3,79	0,68	11,11***
QV_P	3,46	0,79	3,86	0,75	13,36***
QV_S	3,68	0,79	3,68	0,64	0,00
QV_A	3,52	0,61	3,72	0,62	5,10*
Estilos de vida					
Dieta	1,68	0,51	1,43	0,56	11,24***
Consumo de álcool	1,93	0,32	1,74	0,64	9,96**
Atividade física	0,45	0,72	0,42	0,72	0,097
Consumo de tabaco	2,82	0,38	2,37	0,49	48,41***
Nível de stress	3,72	1,74	4,33	1,51	6,46*

Nota: ***p<0,001; **p < 0,01; *p <0,05

Os resultados obtidos (tabela 4), indicam que existem diferenças estatisticamente significativas entre os grupos nas variáveis da escala WHOQOL, na dimensão QV_F [F(1,264)=11,11; p=0,001], na QV_P [F(1,259)=13,36; p=0,001] e na QV_A [F(1,259)=5,10; p=0,025]. No que concerne, às variáveis do estilo de vida, constata-se que existem diferenças

significativas entre os grupos para quase todas as variáveis: a dieta [F(1,262)=11,24; p=0,001], o consumo de álcool [F(1,259)=9,96; p=0,002], o consumo de tabaco [F(1,239)=48,42; p=0,001] e o nível de stress [F(1,260)=6,46; p=0,012].

Verifica-se que os homens apresentam uma perceção de qualidade de vida superior à das mulheres, nomeadamente na QV_F (M=3,79; DP=0,68) e QV_P (M=3,86; DP=0,75).

Associação entre a WHOQOL e Estilos de vida

Tabela 5

Correlações entre variáveis

Variáveis	QV_F	QV_P	QV_S	QV_A	Dieta	Consumo de álcool	Atividade física	Consumo de tabaco	Nível de stress
QV_F	--								
QV_P	0,620***	--							
QV_S	0,266***	0,467***	--						
QV_A	0,537***	0,529***	0,377***	--					
Dieta	-0,095	-0,066	0,038	0,030	--				
Consumo de álcool	-0,121	-0,151*	-0,104	-0,062	0,075	--			
Atividade física	0,283***	0,241***	0,074	0,156*	-0,108	-0,086	--		
Consumo de tabaco	-0,157*	-0,200**	0,022	-0,052	0,098	0,182**	-0,219**	--	
Nível de stress	0,249***	0,356***	0,201**	0,252***	0,042	-0,068	0,023	-0,166*	--

Nota: ***p < 0,001; **P<0.01; *p <0,05

Com base na análise da tabela 5 pode constatar-se que, as correlações entre as variáveis em estudo são:

a) A QV_F tem uma relação significativa negativa com o consumo de tabaco, ou seja, quanto maior o consumo de tabaco menor é a perceção de qualidade de vida, ao nível físico do idoso e vice-versa. Por sua vez, a QV_F tem uma relação significativa positiva com a

QV_P, a QV_S e a QV_A, assim, quanto maior é a perceção de qualidade de vida ao nível físico, maior será a perceção dos restantes níveis de qualidade de vida. Por outro lado, a QV_F apresenta também uma relação significativamente positiva com a atividade física e o nível de stress, ou seja, quanto maior e mais regular for a prática de atividade física, maior será a perceção de qualidade de vida física por parte do idoso. No entanto, com o nível de stress, quanto menor este for, maior será também a perceção de QV_F.

b) A QV_P tem uma relação significativa positiva com a QV_S e a QV_A, quanto maior é a QV_P, maior é a perceção do indivíduo ao nível da sua inserção na sociedade e com o meio ambiente. Apresenta também uma relação significativamente positiva com a atividade física e o nível de stress, ou seja, quanto maior for a prática de atividade física, maior será o bem-estar do indivíduo. No nível de stress, quanto menor este for, maior será a perceção de bem-estar do indivíduo. Por sua vez, a QV_P apresenta uma relação significativa negativa com a o consumo de álcool e de tabaco, revelando que quanto menor for o consumo de álcool e tabaco, maior será a perceção de qualidade de vida a nível psicológico.

c) A QV_S tem uma relação significativa positiva com a QV_A e o nível de stress, quanto maior é a QV_S, maior é a sensação de inserção na sociedade e no meio envolvente, e vice-versa. Em relação ao nível de stress, quando menor, maior será a integração e a sensação de bem-estar no meio ambiente.

d) A QV_A tem uma relação significativa positiva com a atividade física e o nível de stress. Ou seja, quanto maior é a a sensação de bem-estar no ambiente circundante, maior será a prática de atividade física e consequentemente existirá também um menor nível de stress relacionado.

e) O consumo de álcool apresenta uma relação significativa positiva apenas com o consumo do tabaco, verificando-se que quanto maior o consumo de álcool, maior será o

consumo de tabaco e vice-versa.

f) Ao nível da atividade física encontra-se uma relação significativa negativa com o consumo de tabaco, ou seja, quanto maior é o nível de prática de atividade física, menor é o consumo de tabaco.

g) Por fim, o consumo de tabaco tem uma relação significativa negativa com a o nível de stress, constatando-se que quanto menor é o consumo de tabaco, maior o nível de stress percecionado pelo idoso.

Estudo das variáveis preditoras da qualidade de vida

Tabela 6

Regressão linear das variáveis: idade, género, nível de escolaridade, situação profissional, dieta, consumo de álcool, atividade física, consumo de tabaco e nível de stress

	Coeficiente não padronizado		**Coeficientes padronizados**	**t**
	B	**Erro Padrão**	**Beta**	
(Constante)	1,460	0,598		2,443
Idade	-0,003	0,005	-0,048 (n.s)	-0,552
Género	0,263	0,094	0,225**	2,794
Nível de escolaridade	0,033	0,018	0,153 (n.s)	1,884
Situação profissional	0,402	0,141	0,207**	2,839
Dieta	-0,025	0,107	-0,025 (n.s)	-0,237
Consumo de álcool	-0,068	0,083	-0,060 (n.s)	-0,814
Atividade física	0,055	0,105	0,074 (n.s)	0,529
Consumo de tabaco	0,127	0,096	0,111 (n.s)	1,317
Nível de stress	0,060	0,029	0,195*	2,100

Nota: ***p < 0,001; **0,01 *p <0,05

De acordo com os resultados obtidos (tabela 6), o género (B=0,225; P=0,01), a situação profissional (B=0,207; P=0,01) e o nível de stress (B=0,195; P=0,05), ajudam a explicar a qualidade de vida. No entanto, esta última apresenta uma significância menor que

as outras. No seu conjunto, o poder explicativo deste modelo é de 24% da variância

[R^2=0,281; R^2Aj=0,236; Erro=0,463; F=6,252 (10,160), p<0.001].

Discussão

Tento em conta a questão de investigação, pretende-se avaliar qual o impacto da qualidade e estilos de vida na população idosa. Inicialmente foram aprofundadas algumas questões relacionadas com o envelhecimento, a qualidade de vida do idoso, estilos de vida e demência, abordando em todos os fatores de risco e de proteção.

De seguida avançou-se para a discussão dos objetivos propostos relativamente a questão de investigação.

No que concerne ao primeiro objetivo verificou-se que os idosos mais novos (< 80 anos) apresentam uma maior perceção da sua qualidade de vida, sendo que até ao 65 anos de idade os indivíduos apresentam uma maior perceção ao nível da qualidade de vida física, enquanto que dos 66 aos 80 anos apresentam uma maior perceção da qualidade de vida ao nível psicológico, o que vai ao encontro do que refere Lent (2001 cit. por Zanini, 2010), que salienta que com o passar da idade existem dificuldades de locomoção e falta de equilíbrio, existindo quem chegue mesmo a considerar que o envelhecimento se caracteriza apenas pelas mudanças física (Fontaine, 2000). A literatura reforça que no geral o processo de envelhecimento traz consigo mudanças ao nível da mentalidade e das atitudes que são características dessa própria fase de vida (Osório & Pinto, 2007), o que leva a uma diminuição da rapidez de raciocínio e alterações ao nível da memória (Lent, 2001 cit. por Zanini, 2010).

Por outro lado, os homens apresentam uma melhor perceção da sua qualidade de vida do que as mulheres, o que vai ao encontro do estudo de Rocca (1991), que refere existir uma relação entre o género e a incidência da patologia, onde o género feminino demonstra uma menor perceção da sua qualidade de vida, principalmente em três dimensões da qualidade de vida: física, psicológica e do meio ambiente.

Ao nível dos estilos de vida, salienta-se que existe relação entre quatro das cinco dimensões da escala dos estilos de vida, relativamente a idade e género.

Na atividade física salienta-se uma relação apenas com a idade, apresentando valores superiores até aos 65 anos, em oposição a atividade física praticada após os 81 anos de idade que segundo os resultados obtidos é bastante reduzida, proporcionando um estilo de vida mais sedentário, o que leva a um menor desempenho cognitivo e consequente estilo de vida menos saudável (Singh-Manoux et al., 2005, cit. por Añez, Reis & Petroski, 2008).

Relativamente ao tipo de alimentação (dieta), existe uma relação entre os três níveis de idade e o género, sendo que os idosos mais velhos (> 80 anos) e as mulheres, demonstram ter mais cuidado com o tipo de alimentação do que os idosos mais novos e/ou do género masculino, o que não vai de encontro com os estudos anteriormente realizados, que salientam que devido a perda de dentição existe uma tendência para evitar certos alimentos, pudendo levar a uma desnutrição (Afonso & Almeida, 2012) existindo uma ingestão deficitária de minerais e vitaminas necessários (Thomas, 2006).

Ao nível do stress, o estudo confirmou que com o passar da idade o nível do stress vai aumentando significativamente, sendo os homens quem apresentam um maior nível de stress. Na realidade o stress está presente no dia-a-dia do indivíduo, consequência das adversidades próprias da vida (Pereira, 2004) o que se verifica com maior frequência com o passar da idade, uma vez que é nesta fase que o idoso vai sofrendo alterações ao nível físico, psicológico e social, sendo estas mudanças uma ameaça para a evolução de uma velhice saudável (Resende, et al., 2011; Souza-Talarico, Caramelli, Nitrini & Chaves, 2009). Constata-se também que nesta fase existe uma maior incidência de doenças crónicas, declínio cognitivo e de stress psicossocial causado por perdas pessoais, familiares, bem como da sua independência (Lavretsky & Newhouse, 2012).

Por outro lado, ao nível do consumo de tabaco, salienta-se que existe uma relação entre os três níveis de idade e o género, sendo que são os idosos mais velhos e do género feminino que apresentam uma maior média de consumo de tabaco, o que não se verifica na literatura, pois segundo Ferreira (2007), existe uma associação negativa entre o tabaco e a idade, ou seja, quanto maior é a idade do idoso, menor será o consumo de tabaco, sendo que também o INS (2007 cit. por Ferreira, 2007) salienta que entre os 65 e os 74 anos de idade, a percentagem de fumadores diários é superior a faixa etária dos idosos com mais de 80 anos. Porém, Goulart et al. (2010) salienta que com o aumento da idade tende a existir um aumento do consumo de tabaco, isto porque já fumam a vários anos e com uma frequência diária. Por outro lado, outro estudo refere que a percentagem de dependência de nicotina é superior nos homens, sendo estes os que apresentam piores indicadores de saúde física, recorrendo mais vezes aos serviços de saúde e/ou hospitalização, devido a complicações associadas ao consumo de tabaco (Freitas, Ribeiro, Oliveira, Rissas & Domingues, 2010), no entanto, o INS (2007 cit. por Ferreira, 2007) refere que ao longo do ciclo de vida existe um decréscimo no consumo de tabaco no género masculino, mas que tende a aumentar no género feminino, o que se verifica neste estudo. Contudo, o tabaco é um dos fatores principais para a prevenção de doenças do indivíduo ao longo do seu ciclo de vida (CSEF, 2003 cit. por Añez, Reis & Petroski, 2008).

Neste estudo foram analisadas as várias correlações entre as dimensões dos estilos de vida e a qualidade de vida do idoso, verificando-se uma correlação estatisticamente significativa entre a maioria das dimensões dos estilos de vida, que assim influenciam a qualidade de vida na velhice. Os estilos de vida são importantes no processo de retardamento de doenças, sendo que ao alterarmos os estilos e hábitos de vida diminuem-se os fatores de risco (Cooper, 2014), melhorando desta forma a qualidade vida do idoso, que apresenta um

papel fulcral no prolongamento da autonomia, no estabelecimento e continuidade dos seus objetivos e projetos pessoais (Borglin, Edberg & Hallberg, 2005).

Analisando-se primeiramente a correlação entre as dimensões dos estilos de vida observa-se que a dieta não apresenta significância com as 4 dimensões da qualidade de vida (QV_F, QV_P, QV_S e a QV_A), pois uma má alimentação ou um descuido na mesma pode levar ao aparecimento de doenças como a diabetes e/ou a hipertensão que levam a um maior risco de incidência de demência (Luchsinger, Tang, Shea & Mayeux, 2002). Respeitante ao consumo de álcool verifica-se que este tem uma relação negativa no limite da significância com a QV_P, o que remete para que quanto maior é o consumo de álcool menor é a QV_P, sendo que os estudos anteriores não apresentam uma concordância face ao efeito do álcool, nalguns estudos o álcool é visto como um fator protetor. Contudo o consumo de álcool é tido como sendo um fator de risco para a incidência de demência (Nunes, 2009), que afeta e diminui a qualidade de vida do indivíduo.

A atividade física apresenta uma relação positiva significativa com as dimensões da qualidade de vida, à exceção da QV_S, o que se verifica nos estudos realizados que encaram a atividade física como um fator protetor para um envelhecimento saudável (Vellas, 2009). A prática da atividade física ajuda o indivíduo ao nível da sua independência e incapacidade (Guralnicl et al., 1994 cit. por WHO, 2002).

Relativamente ao consumo de tabaco verificou-se que esta dimensão dos estilos de vida apresenta uma relação significativa negativa com as dimensões QV_F e QV_P, o que pode ser justificado pelo facto de ter consequentemente comportamentos não saudáveis associados, nomeadamente ao nível da ingestão deficitária de frutas e leguminosas, consumo excessivo de álcool e a inatividade física o que leva a uma maior probabilidade do aparecimento de doenças (Zaitune et al., 2012), o que segundo Vecchia, Ruiz, Bocchi &

Corrente (2005 cit. por Dawalibi, Anacleto, Whitter, Goulart & Aquino, 2013) tem um impacto negativo na qualidade de vida do idoso, uma vez que esta está associada ao bem-estar e a auto-estima, sendo o bem-estar a nível físico, mental e social, não devendo ser encarada a qualidade de vida como a ausência de doença (WHO, 2005).

Por último, aferiu-se que o nível de stress se relaciona significativamente e de forma positiva com as 4 dimensões da qualidade de vida (QV_F, QV_P, QV_S e a QV_A), encarando-se o stress como a resposta a um estímulo (por exemplo, acontecimentos de vida como perdas individuais, familiares) em que o indivíduo se reage ao fator desencadeador de stress (Resende et al., 2011; Souza-Talarico, Caramelli, Nitrini & Chaves, 2009).

De forma a compreender a relação entre a perceção de qualidade de vida do idoso e os estilos de vida, analisou-se diferentes variáveis, de forma a perceber quais as variáveis que influenciam as dimensões da qualidade de vida. Neste caso, o género dos inquiridos, a situação profissional e o nível de stress apresentam uma significância estatística na qualidade de vida do idoso. Ao nível do género dos inquiridos, as mulheres tendem a sentir-se mais fragilizadas com o processo de envelhecimento, sentindo-se invisíveis como mulheres com o passar da idade e as alterações a si associadas (Goldenberg, 2008). A literatura reforça que também as mudanças ao longo do ciclo de vida do indivíduo apresentam impacto na qualidade de vida do indivíduo, devido ao stress que estas desencadeiam (Nacarato, 2003).

A perceção de qualidade de vida é afetada pela capacidade de o idoso realizar as suas AVD’s sozinho, mantendo a sua independência (Martins, 2003). No que concerne à situação profissional encontra-se uma relação positiva com a qualidade de vida, pois tal como Cabral (2013) a participação em atividades culturais, sociais, laborais, expressivas e físicas tem demonstrado impacto positivo na saúde e bem-estar do idoso. Existe ainda estudos que abordaram a participação do voluntariado apresentam maiores níveis de satisfação e bem-

estar uma vez que se sentem valorizados na sociedade (Onyx & Warburton, 2003).

Respetivamente ao impacto do stress na qualidade de vida verificou-se que com o passar da idade o indivíduo vai sofrendo alterações a diferentes níveis, nomeadamente: físico, psicológico e social. A dimensão psicossocial é ameaçada por estas alterações levando a que a perceção de qualidade de vida do indivíduo diminua (Resende et al., 2011; Souza-Talarico, Caramelli, Nitrini & Chaves, 2009).

Em suma, pode-se referir que existe influencia do género e da idade no nível de qualidade de vida do idoso. Contudo, com este estudo verificou-se que apesar das alterações provocadas pelo processo de envelhecimento, é possível envelhecer de forma saudável, desde que os estilos de vida sejam adequados, tendo em atenção as variáveis em estudo. Para um envelhecimento ativo e saudável é necessário ter em conta aspetos como a segurança, saúde e interação social, visando a manutenção da qualidade de vida do idoso (OMS, 2002 cit. por Cabral, 2013).

Ao longo da vida, o ser humano atravessa várias etapas de desenvolvimento, cada uma com as suas próprias características e conflitos. A psicologia veio proporcionar uma visão compreensiva deste processo de mudanças, transições e adaptações que decorrem do crescimento não só físico, intelectual como psicológico do individuo (Fontaine, 2000).

O processo de envelhecimento é caracterizado por alterações próprias do passar da idade como dificuldades físicas, nas relações sociais levando a uma maior dependência do idoso, como é referido na teoria da gerotranscedência (Lima, Coelho, & Günther, 2011; Moreira, 2012), contundo demonstrou-se ser possível o idoso atravessar as oito fases de Erickson positivamente, através da reflexão e aceitação do seu percurso de vida, adaptando-se ao seu novo lugar na sociedade (Lima, Coelho, & Günther, 2011). O envelhecimento ativo é importante, uma vez que veio através da promoção da atividade física e psíquica ajudar no

retardamento da degradação motora e cognitiva do idoso. Apesar de se ter verificado que nem sempre envelhecer é sinónimo de doença, comprova-se com os resultados obtidos que existe uma maior tendência para diminuir a prática de atividade física, levando a uma inatividade e sedentarismo (Cabral, 2013).

Com o presente estudo pretendeu-se verificar a relação entre a qualidade de vida, estilos de vida e a demência. Em que para tal foi realizado, primeiramente um questionário sociodemográfico e posteriormente um questionário que tinha como objetivo analisar a perceção de qualidade de vida e estilos de vida, a 275 indivíduos com idades compreendidas entre os 55 anos e os 99 anos.

A análise bibliográfica permitiu a verificação dos objetivos, onde se analisou que existem vários fatores que influenciam a qualidade de vida, como o género, cultura, nível de escolaridade, fatores comportamentais, fatores pessoais, ambiente físico e sociais (Lövdén, Xu & Wang, 2013). O processo de envelhecimento provoca diversas alterações no indivíduo, que afetam o bem-estar do idoso, quando o processo não é visto como natural ou o idoso não toma os devidos cuidados, existindo assim um maior risco de aparecimento de doenças, como por exemplo a Demência, um dos fatores de risco abordados e que está presente na questão de investigação (Nacarato, 2003).

A demência é vista como uma doença própria do envelhecimento (Ritchie & Kildea, 1995 cit. por Nunes, 2005), ou seja, tende a acentuar-se com o avançar da idade e é caracterizada por um declínio gradual das funções cognitivas, como a memória, raciocínio e julgamento (Gonzaga, Pais & Nunes, 2008).

O processo de envelhecimento não é sinónimo de incapacidade ou doença, é importante ter em conta que o idoso ao longo do seu ciclo de vida passa por transformações que devem ter atenção ao nível biopsicossocial (Campos, 2007).

Com o decorrer do estudo foram encontradas limitações do mesmo, como uma maior incidência de respostas ao questionário por parte de pessoas do género feminino (N=205) do que do género masculino (N=68), não sendo a amostra deste estudo representativa para a investigação, dificultando a comparação relativamente ao impacto do género nos estilos e qualidade de vida. Para além disso, os indivíduos mais velhos apresentaram alguma dificuldade na compreensão de algumas questões do protocolo aplicado, assim como o tempo de recolha que foi superior ao esperado inicialmente, devido as dificuldades cognitivas apresentadas pelos inquiridos, assim como a lentificação motora que dificultou/atrasou a realização das atividades práticas.

Ao excluirmos a participação dos indivíduos com maior comprometimento, que impossibilite a compreensão ou a participação no procedimento delineado, o estudo acabou por não obter resultados sobre a qualidade de vida dos idosos com envelhecimento patológico.

Em estudos futuros seria importante incluir as variáveis neuropsicológicas assim como o conceito de espiritualidade, com o objetivo de estudar a identidade e perceber qual o papel desta variável no processo de envelhecimento.

Seria ainda interessante em estudos futuros, comparar a qualidade de vida e os estilos de vida adotados em idosos com e sem institucionalização, de forma a compreender melhor o impacto da institucionalização na vida e qualidade de vida do idoso, podendo recorrer a uma metodologia qualitativa, a par do estudo quantitativo já realizado. Este estudo permitirá aprofundar quais os fatores que os idosos consideram ter uma maior influência no envelhecimento saudável.

Referências

Afonso, C., & Almeida, M. (2012). Alimentação e Nutrição em Gerontologia. Em C. Paúl, & O. Ribeiro, *Manual de Gerontologia* (pp. 41-69). Lisboa: LIDEL.

Almeida, C. P., Favoreto, D., Miranda, E. G., Silva, G. P., Vicente, J. F., Queiroz, L. Á., . . . Galicioli, S. C. (Janeiro/Março de 2011). Saúde mental e envelhecimento. *Psico, 42*, 31-40.

Alzheimer's Association. (2017). 2017 Alzheimer's disease facts and figures. *Alzheimer's & Dementia, 13*, 325-373.

Añez, C. R., Reis, R. S., & Petroski, E. L. (2008). Brazilian Version of a Lifestyle Questionnaire: Translation and Validation for Young Adults. *Arquivos Brasileiros de Cardiologia, 91*(2), 92-98.

Araújo, P. A., Sties, S. W., Wittkopf, P. G., Netto, A. S., Gonzáles, A. I., Lima, D. P., . . . De Carvalho, T. (Novembro/Dezembro de 2015). Índice da qualidade do sono de Pittsurbh para uso na reabilitação cardiopulmonar e metabólica. *Revista Brasileira de Medicina do Esporte, 21*, 472.

Argimon, I. I., & Stein, L. M. (Janeiro/Fevereiro de 2005). Habilidades cognitivas em indivíduos muito idosos: um estudo longitudinal. *Cadernos de Saúde Pública, 21*, 64-72.

Ávila, A. H., Guerra, M., & Meneses, M. P. (2007). Se o velho é o outro, quem sou eu? A construção da auto-imagem na velhice. *Pensamento Psicológico, 3. 8*, 7-18.

Banerjee, S., Smith, S. C., Lamping, D. L., Harwood, R. H., Foley, B., Smith, P., . . . Knapp, M. (2006). Quality of life in dementia: more than just cognition. An analysis of associations with quality of life in dementia. *Journal of Neurology Neurosurgey and Psychiatry, 77*, 146-148.

Barreto, J. (2005). Os sinais da Doença e a sua Evolução. Em A. Castro-Caldas, & A. de Mendonça, *A Doença de Alzheimer e as outras Demências em Portugal* (pp. 27-40). Lousã: LIDEL, Edições Técnicas, Lda.

Bárrios, H., Narciso, S., Guerreiro, M., Maroco, J., Logsdon, R., & de Mendonça, A. (2013). Quality of life in patients with mild cognitive impairment. *Aging & Mental health, 17*, 287-292.

Benedetti, T. R., Borges, L. J., Petroski, E. L., & Gonçalves, l. H. (2008). Physical activity and mental health status among elderly people. *Revista de Saúde Pública, 42*(2), 1-6.

Benito-León, J., Bermejo-Pareja, F., Vega, S., & Louis, E. D. (2009). Total daily sleep duration and the risk of dementia: a prospective population-based study. *European Journal of Neurology*, 990-997.

Berriors, G. (2005). Dementia: genreal aspects - Dementia: historical overview. Em A. Burns, J. O'Brien, & D. Ames (Edits.), *Dementia* (3 ed.). New York: Edward Arnold (Publishers) Ltd.

Birren, J., & Cunningham, W. (1985). Research on the psychology of aging: Principles, concepts and theory. Em J. Birren, & K. W. Schaie, *Handbook of the psychology of aging*. New York: Van Nostrand.

Borghi, A. C., Sassá, A. H., de Matos, P. C., Decesaro, M. d., & Marcon, S. S. (Dezembro de 2011). Qualidade de Vida de Idosos com Doença de Alzheimer e de seus Cuidadores. *Revista Gaúcha Enfermagem, 32, 4*, 751-758.

Brennan, D. S., & Singh, K. A. (2012). Dietary, self-reported oral health and socio-demographic predictors of general health status among older adults. *The Journal of Nutrition, Health & Aging, 16*(5), 437-441.

Buysse, D. (1989). The Pittsburgh sleep quality index: a new instrument for psychiatric practice and research. *Psychiatry Research, 28*, 193-213. Obtido de Psychiatry Research.

Cabral, M. V. (2013). *Processos de Envelhecimento em Portugal: Usos do tempo, redes sociais e condições de vida.* Lisboa: Fundação Francisco Manuel dos Santos.

Caldas, C. P. (2011). O Idoso em Processo de Demência: o impacto na família. Em M. C. Minayo, & C. E. Coimbra Jr., *Antropologia, Saúde e Envelhecimento* (pp. 51-72). Rio de Janeiro: Editora Fiocruz.

Campos, P. (2007). Como está a qualidade de vida dos idosos institucionalizados? (USP, Ed.) *Escola de Artes Ciências e Humanidades – EACH.*

Canavarro, M. C., Pereira, M., Moreira, H., & Paredes, T. (2010). Qualidade de vida e saúde: aplicações do WHOQOL. *Alicerces, III*(3), 243-268.

Caramelli, P., & Barbosa, M. T. (2002). Como diagnosticar as quatro causas mais frequentes de demência. *Revista Brasileira de Psiquiatria, 24*(Supl I), 7-10.

Chelune, G. J., & Duff, K. (2013). The Assessment of Change: Serial Assessments in Dementia Evaluations. Em L. D. Ravdin, & H. L. Katzen, *Handbook on the Neuropsychology of Aging and Dementia* (pp. 43-58). New York: Springer.

Cooper, J. K. (2014). Nutrition and the brain: what advice should we give? *Neurobiology of Aging*, 579-583.

Dawalibi, N. W., Anacleto, G. M., Whitter, C., Goulart, R. M., & de Aquino, R. d. (Julho-Setembro de 2013). Envelhecimento e qualidade de vida: análise da produção científica da Scielo. *Estudos de Psicologia, 30, 3*, 393-403.

Del Ser, T., Hachinski, V., Merskey, H., & Munoz, D. G. (1999). An autopsy-verified sutdy of the effect of education on degenerative dementia. *Brain*(122), 2309-2319.

Dementia Australia. (2018). *Risk factors*. Obtido em 7 de Fevereiro de 2018, de Dementia Australia: https://www.dementia.org.au/information/risk-factors

Doron, R., & Parot, F. (2001). *Dicionário de Psicologia.* Lisboa: Climpesi Editores.

Ettema, T., Droes, R. M., de Lange, J., Ooms, M. E., Mellenbergh, G. J., & Ribbe, M. W. (2005). The concept of quality of life in dementia in the different stages of the disease. *International Psychogereatrica, 17,* 353-370.

Fernandes, A. A. (Julho/Dezembro de 2005). Envelhecimento e saúde. *Revista Portuguesa de Saúde Pública, 23,* 45 - 48.

Ferreira, J. L. (2007). *Educación na terceira idade:estudio do colectivo de persoa maiores no contexto comunitário de Vila Nova de Gaia*. Santiago de Compostela: Universidade de Santiago Compostela.

Ferreira, O. G., Maciel, S. C., Silva, A. O., Sá, R. C., & Moreira, M. A. (Setembro/Dezembro de 2010). Significados atribuídos ao envelhecimento: idoso, velho e idoso ativo. *Psico-USF, 15, 3,* 357-364.

Fillit, H. M., Butler, R. N., O'Connell, A. W., Albert, M. S., Birren, J. E., Cotman, C. W., . . . Tully, T. (2002). Achieving and Maintaining Cognitive Vitality With Aging. *Mayo Clinic Proceedings,* 681-696.

Fink, K. B., Snook, J. T., & Adams, R. (2017). Shortfall of Dementia Education in radiation Therapy. *Radiation Therapist, 26,* 185 - 193.

Fleck, M. P., Louzada, S., Xavier, M., Chachamovich, E., Vieira, G., Santos, L., & Pinzon, V. (2000). Aplicação da versão em português do instrumento abreviado de avaliação da qualidade de vida "WHOQOL-bref". *Revista de Saúde Pública, 34*(2), 178-183.

Flick, U., Fischer, C., Neuber, A., Schawartz, F. W., & Walter, U. (2003). Health in the Context of Growing Old: Social Representations of Health. *Journal of Health Psychology, 8*(5), 539-556.

Fonseca, A. M. (2006). *O Envelhecimento Uma aboradagem psicológica.* Lisboa: Universidade Católica Portuguesa.

Fonseca, J. J. (2002). Fundamentos de pesquisa em enfermagem:. *Apostila*. Fortaleza: UEC.

Fontaine, R. (2000). *Psicologia do envelhecimento* (1ª ed.). (J. N. Almeida, Trans.) Lisboa: Climpesi Editores.

Foroni, P. M., & dos Santos, P. L. (Julho/Setembro de 2012). Fatores de risco e proteção associados ao declínio cognitivo no envelhecimento - revisão sistemática de literatura. *Revista Brasileira de Promoção de Saúde, 25*, 364-373.

Foster, P. P., Rosenblatt, K. P., & Kuljis, R. O. (May de 2011). Exercise-induced cognitive plasticity, implications for mild cognitive impairment and Alzheimer's disease. *Frontiers in Neurology*, 1-15.

Freitas, E. R., Ribeiro, L. R., Oliveira, L. D., Rissas, J. M., & Domingues, V. I. (2010). Revista Brasileira Geriátrica e Gerontologia. *Fatores associados ao tabagismo em idosos residentes na cidade de Londrina, 13*(2), 277-287.

García, L. B. (2014). *Estudio sobre la creación de una unidad de calidad de vida en personas con demencia en sus fases iniciales* (1 ed.). Madrid: Instituto de Mayores y Servicios Sociales (Imserso).

Geda, Y. E., Knopman, D. S., Mrazek, D. A., Jicha, G. A., Smith, G. E., Negash, S., . . . Rocca, W. A. (March de 2006). Depression, Apolipoprotein E Genotype and the Incidence of Mild Cognitive Impairment. *Archives of Neurology, 63*, 435-440.

Giro, A., & Paúl, C. (2013). Envelhecimento Sensorial, Declínio Cognitivo e Qualidade de Vida no Idoso com Demência. *Actas de Gerontologia, 1*, 1-10.

Godwin, M., Streight, S., Dyachuck, E., van den Hooven, E. C., Ploemacher, J., Seguin, R., & Cuthbertson, S. (January de 2008). Testing the Simple Lifestyle Indicator Questionnaire - Initial psychometric study. *Le Médecin de famille canadien, 54*, 76-81.

Goldenberg, M. (2008). *Toda mulher é Meio Leila Diniz.* Rio de Janeiro: Bestbolso.

Gonzaga, L., Pais, J., & Nunes, B. (2008). Demências e Memória. Em B. Nunes, *Memória: Funcionamento, Perturbações e Treino* (pp. 225-256). Porto: LIDEL, Edições Técnicas, Lda.

Goulart, D., Engroff, P., Ely, L. S., Sgnaolin, V., dos Santos, E., Terra, N. L., & de Carli, G. A. (2010). Tabagismo em idosos. *Revista de Geriatria e Gerontologia, 13*(2), 313-320.

Groppo, H. S., Nascimento, C. M., Stella, F., Gobbi, S., & Oliani, M. M. (2012). Efeitos de um programa de atividade física sobre os sintomas depressivos e a qualidade de vida de idosos com demência de Alzheimer. *Revista Brasileira Educação Física, 26*, 543-551.

Guiomar, V. C. (24 de Janeiro de 2010). *Compreender o envelheceimento bem-sucedido a partir do suporte social, qualidade de vida e bem-estar social dos indivíduos em idade avançada.* Obtido de O Portal dos Psicólogos: www.psicologia.pt

Heloani, J. R., & Capitão, C. G. (2003). Saúde Mental e Psicologia do Trabalho. *São Paulo em Perspetiva, 17*(2), 102-108.

Henderson, A. S., & Jorm, A. F. (2002). Definition and Epidemiology of Dementia: A Review. Em M. Maj, & N. Startorious (Edits.), *Dementia* (2 ed., Vol. 3, pp. 1 - 34). England: John Wiley & Sons Ltd.

Honig, L. S., Tang, M.-X., Albert, S., Costa, R., Luchsinger, J., Manly, J., . . . Mayeux, R. (December de 2003). Stroke and the Risk of Alzheimer Disease. *Archives of Neurology, 60*, 1707-1712.

Inouye, K., Pedrazzani, E. S., & Pavarini, S. C. (2010). Alzheimer's disease influence on the perception of quality of life from the elderly people. *Revista Escola Enfermagem USP*, *44*, 1087-1093.

Irigaray, T. Q., & Trentini, C. M. (julho-setembro de 2009). Qualidade de vida em idosas: a importância da dimensão subjetiva. *Estudos de Psicologia*, *26*(3), 297-304.

Jodelet, D. (2005). *Loucuras e representações sociais.* Petrópolis: Vozes.

Kalmijn, S., van Boxtel, M. P., Verschuren, M. W., Jolles, J., & Launer, L. J. (15 de November de 2002). Cigarette Smoking and Alcohol Consumption in Relation to Cognitive Performance in Middle Age. *American Journal of Epidemiology*, *156*, 936-944.

Karsch, U. M. (Maio-Junho 2003). Idosos dependentes: famílias e cuidadores. *Cad. Saúde Pública*, *19*(3), 861-866.

Labarge, E., Von Dras, D., & Wingbernuehle, C. (1998). An analysis of themes and feelings from a support group for people with Alzheimer disease. *Psychotherapy, 35*.

Lavretsky, H., & Newhouse, P. A. (September de 2012). Stress, Inflammation and Aging. *The American Journal of Geriatric Psychiatry*, *9*(20), 729-733.

Lazarus, R. S., & Folkman, S. (1984). *Stress, appraisal and coping.* New York: Springer Publishing Company.

Lima, P. M., Coelho, V. L., & Günther, I. A. (2011). Envolvimento vital: um desafio da velhice. *Geriatria e Gerontologia, 5*(4), 261-268.

Linhares, B. d., & Vianna, L. G. (2015). Fardo do cuidador familiar de idoso com demência de Alzheimer: consequências em sua vida conjugal. *Revista de Medicina e Saúde de Brasília, 4*(2), 157-166. Obtido de https://portalrevistas.ucb.br/index.php/rmsbr/article/view/5894

Lövdén, M., Xu, W., & Wang, H.-X. (May 2013). Prevention of cognitive decline and dementia. *Neurodevelopmental and neurocognitive disorders, 26*(3).

Luchsinger, J. A., Tang, M.-X., Shea, S., & Mayeux, R. (August 2002). Caloric Intake and the Risk of Alzheimer Disease. *Archives of Neurology, 59*, pp. 1258-1263.

Lyubkin, M. (2008). Topics in Aging and Public Health - Dementia. Em S. Loue, & M. Sajatovic, *Encyclopedia of Aging and Public Health* (pp. 263-266). Ohio: Springer.

M, B., L, S. A., L, S., & P, W. (February de 1999). Conceptualization and measurement of quality of life in dementia: the Dementia Quality of Life Instrument (DQoL). *Gerontologist, 39*(1), 25-35.

Machado, J. C. (2002). Doença de Alzheimer. In E. V. Freitas, & L. Py (Eds.), *Tratado de Geriatria e* (pp. 133-147). Rio de Janeiro: Guanabara Koogan,.

Marian, M., & Sacks, G. (April/March de 2009). Micronutrients and Older Adults. *Nutrition in Clinical Practice, 24*, pp. 179-195.

Martins, R. M. (Abril de 2003). Envelhecimento e saúde: um problema social emergente. *Millenium, 8*(27), pp. 67-73.

Mickes L, W. J.-N. (2007). Progressive impairment on neuropsychological tasks in a longitudinal study of preclinical Alzheimer's disease. *Neuropsychology, 21*(6), 696-705.

Montanõ, M. B. (Abril de 2009). Envelhecimento e demência: epidemiologia e tratamento. *Boletim do Instituto de Saúde*, pp. 72-75.

Montaya, L. R., & Salazar, A. R. (enero-junio de 2010). Estilo de Vida Y Salud. *Educare, 14*, pp. 13-19.

Moreira, J. d. (Outubro-Dezembro de 2012). Percepção Sobre o Processo de Envelhecimento. *Psicologia: teoria e Pesquisa, 28*(4), 451-456.

Morris, M. C. (2004). Diet and Alzheimer's Disease: What the Evidence Shows. *Medscape General Medicine, 6*, p. 48.

Moscovici, S. (2007). *Representações sociais: investigações em psicologia social.* Petrópolis: Vozes.

Moyle, W., Mcallister, M., Venturato, L., & Adams, T. (2007). Quality of life and dementia - The voice of the person with dementia. *Dementia, 6*, pp. 175-191.

Nacarato, A. (2003). Envelhecer é isto. Em M. N. (Ed.), *O stress está dentro de você* (pp. 139-151). São Paulo: Editora Contexto.

Neri, A. L. (1995). Psicologia do envelhecimento: uma área emergente. Em A. L. Neri (Ed.), *Psicologia do envelhecimento* (pp. 13-40). Campinas: Papirus.

Neri, A. L. (2007). Qualidade de vida na velhice e subjetividade. Em A. L. Neri (Ed.), *Qualidade de vida na velhice:*. Campinas: Alínea.

Nunes, B. (2005). A Demência em Número. Em A. Castro-Caldas, & A. Mendonça, *A Doença de Alzheimer e outras Demências em Portugal* (pp. 11-26). Lousã: Lidel, Edições Técnicas, Lda.

Nunes, I. M. (2009). *A constelação do idoso.* Porto: Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar.

Nunes, J. M. (2006). Saúde Mental. *Revista Portuguesa Cliníca Geral, 22*(59), 1-4.

Oliveira, A. C., Oliveira, N. M., Arantes, P. M., & Alencar, M. A. (2010). Qualidade de vida em idosos que praticam atividade física - uma revisão sistemática. *Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia, 13*(2), 301-312. doi:10.1590/S1809-98232010000200014.

Oliveira, L. S., Rabelo, D. F., & Queroz, N. C. (2012). Estilo de vida, senso de controle e qualidade de vida: um estudo com poupulação idosa de Patos e Minas-MG. *Estudos e Pesquisas em Psicologia, 12*, pp. 416-430.

OMS. (2001). *Saúde Mental: Nova Concepção, Nova Esperança.*

OMS. (2005). *Envelhecimento Ativo: Uma Política de Saúde.* (S. Gontijo, Trad.) Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde – Opas – OMS.

Onyx, J., & Warburton, J. (2003). Volunteering and Health among Older People: a review. *Australasian Journal on Ageing, 22*(2), pp. 65-69.

Organização Mundial de Saúde. (2001). *Relatório sobre a Saúde no Mundo 2001- Saúde Mental: Niva Concepção, nova esperança.* Suiça.

Organization, W. H. (2009). *Global Health Risks: Mortality and burden of disease attributable to selected major risks.* Geneva: World Health Organization.

Osório, A. R., & Pinto, F. C. (2007). *As pessoas idosas: Contexto Social e Intervenção Educativa.* Lisboa: Instituto Piaget.

Pais Ribeiro, J., & Antunes, S. (2003). Contribuição para o Estudo de Adaptação do Questionário de Saúde Geral de 28 itens (General Health Questionnaire-GHQ28). *Revista Portuguesa de Psicossomática, 5*, pp. 37-45.

Pavarini, S. C., de Melo, L. C., Silva, V. M., Orlandi, F. d., de Mendiondo, M. S., Filizola, C. L., & Barham, E. J. (2008). Cuidando de idosos com Alzheimer: a vivência de cuidadores familiares. *Revista Eletrônica de Enfermagem, 10 (3)*, pp. 580-590.

Pereira, A., Freitas, C., Mendonça, C., Marçal, F., Souza, J., Noronha, J. P., . . . Sholl-Franco, A. (2004). Envelhecimento, estresse e sociedade: uma visão psiconeuroendocrinológica. *Ciências & Cognição, 1*, pp. 34-53.

Pereira, L. S., Britto, R. R., Valadares, N. C., & Pereira, E. F. (2005). Programa melhoria da qualidade de vida em idosos institucionalizados. Em *Encontro de Extensão da Universidade Federal de Minas Gerais: Anais do 2º Congresso Brasileiro de Extensão Universitária* (pp. 1-6). Belo Horizonte: Universidade Federal de Minas Gerais.

Pereira, R. Q. (2004). *Educación para la Salud, reto de nuestro tiempo.* Madrid: Editorial Diaz de Santos.

Petroski, E. L., & Pelegrini, A. (2009). Associação entre o estilo de vida dos pais e a composição corporal dos filhos adolescentes. *Revista Paulista de Pediatria, 27*, pp. 48-52.

Pikunas, J. (1920). *Desenvolvimento Humano uma ciência emergente.* São Paulo: McGraw-Hill do Brasil.

Polit, F. D., Beck, C. T., & Hungler, B. p. (2004). *Fundamentos de pesquisa em enfermagem: métodos, avaliação e utilização* (5 ed.). (A. Thorell, Trad.) Porto Alegre: Artmed.

Portugal. Instituto Nacional de Estatística. (13 de Janeiro de 2018). *Instituto Nacional de Estatística = Statistics Portugal*. Obtido de Projeções de população residente em Portugal: https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_destaques&DESTAQUESdest_boui=277695619&DESTAQUESmodo=2&xlang=pt

Rabello, E. (2001). Erickson e a Teoria Psicossocial do Desenvolvimento.

Ready, R. E. (July de 2002). Quality of life in Dementia. *Medicine and Health, 85*, pp. 216-218.

Ready, R. E., Ott, B. R., Grace , J., & Fernandez, I. (April de 2002). The Cornell-Brown Scale for Quality of Life in Dementia. *Alzheimer Disease and Associated Disorders, 16*(2), 109-115. doi:10.1097/00002093-200204000-00008

Resende, M. C., Almeida, C. d., Favoreto, D., Miranda, E. d., da Silva, G. P., Vicente, J. F., . . . Galicioli, S. C. (January/March de 2011). Saúde mental e envelhecimento. *Psico, 42*(2), 31- 40.

Rodrigues, S. C. (2002). Qualidade de Vida e Programa de Substituição em Terapia de manutenção com Metadona. *Dissertação de Mestrado. Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação.* Porto: Universidade do Porto.

S, A. M., T, D. S., D, D., B, D., H, F. H., C, F. N., . . . H, P. C. (May de 2011). The diagnosis of mild cognitive impairment due to Alzheimer's disease: recommendations from the National Institute on Aging-Alzheimer's Association workgroups on diagnostic guidelines for Alzheimer's disease. *Alzheimers Dement, 7*(3), 270-279. doi:10.1016/j.jalz.2011.03.008. Epub 2011 Apr 21.

Santana, I. (2005). A Doença de Alzheimer e outras Demências - diagnóstico diferencial. Em A. Castro-Caldas, & A. Mendonça, *A Doença de Alzheimer e outras Demências em Portugal* (pp. 61-82). Lousã: LIDEL, Edições Técnicas, Lda.

Santos, A. M., & Castro, J. J. (1998). Stress. *Análise Psicológica, XVII*(4), pp. 675-690.

Saúde, O. O. (2002). Active Ageing: a policy framework. Geneva: World Health Organization.

Schroots, J., & Birren, J. (1980). A Psychological point of view toward human aging and adaptability. *Proceedings of the 9th International Conference of Social Gerontology*. Canada: Quebec.

Scliar, M. (19-10-2002). A miragem do rejuvenescimento. *Zero Hora, Caderno Vida*, 2.

Segre, M., & Ferraz, F. C. (Outubro de 1997). O conceito de saúde. *Revista de saúde pública, 31*, pp. 538-542.

Sequeira, A., & Silva, M. N. (2002). O bem estar da pessoa idosa em meio rural. *Análise psicológica, 20*, pp. 505-516.

Serra, A. V., Canavarro, M. C., Simões, M., Pereira, M., Gameiro, S., Quartilho, M. J., . . . Paredes, T. (2006). Psiquiatria Clínica. *Estudos psicométricos do Instrumento de Avaliação da Qualidade de Vida da Organização Mundial de Saúde (WHOQOL-Bref) para Portugês de Portugal, 27*(1), pp. 41-49.

Silva, S. M., & Rodrigues, R. M. (2016). Os Determinantes Do Envelhecimento: A Ruralidade e a Urbanidade. Em Z. Azeredo, *Envelhecimento Cultura e Cidadania* (pp. 9-54). Lisboa: Edições Piaget.

Simões, A. (2006). *A Nova Velhice - Um novo público a educar* (1 ed.). Porto: Ambar.

Ska, B., Fonseca, R. P., Scherer, L. C., Oliveira, C. R., Parente, M. d., & Joanette, Y. (2009). Mudanças no processamento cognitivo em adultos idosos: Déficits ou estratégias adaptativas? *Estudos Interdisciplinares sobre Envelhecimento, 14*, pp. 13-24.

Slade, M. (2009). Mental illness and recovery. Em M. Slade, *Personal Recovery and mental Illness - A Guide for Mental Health Professionals* (pp. 8-34). New York: Cambridge University Press.

Small GW, S. D. (June de 2006). Effects of a 14-Day Healthy Longevity Lifestyle Program on Cognition and Brain Function. *American Journal of Geriatric Psychiatry, 14*, pp. 538-545.

Souza, L. A., & Coutinho, E. S. (2006). Fatores associados à qualidade de vida de pacientes com esquizofrenia. *Revista Brasileira Psiquiatrica, 28*(1), 50-58.

Souza-Talarico, J. N., Caramelli, P., Nitrini, R., & Chaves, E. C. (2009). Stress symptoms and coping strategies in healthy elderly subjects. *Revista da Escola de Enfermagem USP, 43*(4), 801-807.

Sterling, M. (December de 2011). General Health Questionnaire-28 (GHQ-28). *Journal of psysiotherapy, 57*, pp. 259-260.

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

Thomas, D. R. (March de 2006). Vitamins in aging, health, and longevity. *Clinical Interventions in Aging, 1*, pp. 81-91.

Torre, S., & Fernández, J. T. (2007). Estilos de Vida Y Aprendizaje Universitario. *Revista Ibeoroamerciana de Educación*, pp. 101-131.

Transtornos mentais orgânicos, incluindo sintomáticos: Demência. (2011). Em O. M. Genebra, *Classificação de Transtornos Mentais e de Comportamento da CID-10 - Descrições clínicas e diretrizes diagnósticas* (D. Caetano, Trad., pp. 45-46). Porto Alegre: Armed.

Vaillant, G. (2003). Mental Health. *American Journal of Psychiatry, 160*, 1373-1384.

Vellas, B. (2009). Nutrition and Health in an Aheing Population. *UCD Institute of Food and Health*.

Vital, T. M., Salma, S. S., Gobbi, S., Costa, J. L., & Stella, F. (2010). Atividade física sistematizada e sintomas de depressão na demência de Alzheimer: uma revisão sistemática. *Jornal Brasileiro Psiquiátrico, 59*(1), 58-64.

Vitoreli, E., Pessini, S., & Silva, M. (Janeiro/Junho de 2005). A auto-estima de idosos e as doenças crónico-degenerativas. *Revista Brasileira de Ciências do Envelhecimento Humano,* pp. 102-114.

Voss, M. W., Prakash, R. S., Erickson, K. I., Basak, C., Chaddock, L., Kim, J. S., . . . Kramer, A. F. (August de 2010). Plasticity of brain networks in a randomized intervention trial of exercise training in older adults. *Frontiers in Aging Neuroscience, 2*.

Warsi, M. K., & Kales, H. C. (2008). Topics in Aging and public Health - Alzheimer's Disease. Em S. Loue, & M. Sajatovic, *Encyclopedia of Aging and Public Health* (pp. 110-114). Ohio: Springer.

Wellman, N. S., & Kamp, B. J. (2017). Nutrition in Aging. Em L. K. Mahan, & J. L. Raymond, *Krause´s: Food & The nutrition care process* (14th ed.). St. Louis, Missouri: Elsevier.

Wiley, J. (1992). Risk Factors for Alzheimer's Disease. *International Journal of Geriatric Psychiatry, 7*, pp. 383-388.

Wishart, H. A., Saykin, A. J., Rabin, L. A., Santulli, R. B., Flashman, L. A., Guerin, S. J., . . . McAllister, T. W. (September de 2006). Increased Brain Activation During Working Memory in Cognitively Intact Adults With the APOE ε4 Allele. *The American Journal of Psychiatry*, pp. 163-169.

World Health Organization & World Health Organization/Tufts University Consultation on Nutritional Guidelines for the Elderly (1998 : Boston, M. (20 de Fevereiro de 2002).

Keep fit for life: meeting the nutritional needs of older persons. Obtido de World Health Organization: http://www.who.int/iris/handle/10665/42515

Wosiack, R. M., Berlim, C. S., & dos Santos, G. A. (Setembro/Dezembro de 2013). Fatores de risco e de proteção evidenciados em idosos de Ivoti-RS: intervenções psicossociais na área da Gerontologia. *Revista Brasileira de Ciências do Envelhecimento Humano, 10*, pp. 256-270.

Zaitune, M. P., Barros, M. B., Lima, M. G., César, C. L., Carandina, L., Goldbaum, M., & Alves , M. C. (March de 2012). Fatores associados ao tabagismo em idosos: Inquérito de Saúde no Estado de São Paulo (ISA-SP). *Caderno de Saúde Pública, 28*(3), 583-595.

Zanini, R. S. (2010). Demência no idoso: aspectos neuropsicológicos. *Revista de Neurociências, 18*(2), 220-226.

APÊNDICES

LISTA DE APÊNDICES

Apêndice A - Requerimento.

Apêndice B - Consentimento Informado

Apêndice C - Projeto

APÊNDICE A

Requerimento

Exº. Sr.(a) Drª,

No âmbito do estudo da Avaliação Neuropsicológica e Qualidade de Vida no Envelhecimento, inserido no Centro Lusíada de Investigação em Serviço Social e Intervenção Social (CLISSIS) da Universidade Lusíada de Lisboa, sob coordenação da Prof.ª Doutora Tânia Gaspar e do Prof. Doutor Manuel Domingos, as investigadoras, Mariline Fernandes e Marta Raimundo, veem por este meio solicitar a colaboração da vossa instituição de forma a ser possível a recolha de dados junto dos vossos utentes

Deste modo, pretende-se aplicar uma Bateria de Avaliação Neuropsicológica, junto de indivíduos com mais de 55 anos, tendo como critério de exclusão a presença de um comprometimento grave que impeça a compreensão ou a participação no procedimento delineado.

A instituição e/ou os participantes podem desistir a qualquer momento da sua participação, sem qualquer prejuízo para os mesmos. Sublinha-se que não serão recolhidos dados identificáveis dos sujeitos, sendo a confidencialidade garantida. Os dados recolhidos serão apenas utilizados para no âmbito da dissertação e do estudo da Avaliação Neuropsicológica e Qualidade de Vida no Envelhecimento.

Atentamente e ao dispor para qualquer esclarecimento,

Alcântara, 17 de novembro de 2017

Mariline Fernandes

Marta Raimundo

APÊNDICE B

Consentimento Informado

PEDIMOS A SUA COLABORAÇÃO NESTA INSVESTIGAÇÃO QUE ESTÁ A SER REALIZADA

O Centro Lusíada de Investigação em Serviço Social e Intervenção Social (CLISSIS) da Universidade Lusíada de Lisboa está a realizar um estudo de Avalização Neuropsicológica e Qualidade de Vida no Envelhecimento.

Pretendemos aplicar uma Bateria de Avaliação Neuropsicológica em participantes com mais de 55 anos, tendo uma duração de aproximadamente 60 minutos. Não serão recolhidos dados identificáveis dos participantes, sendo a confidencialidade garantida. Os dados recolhidos serão utilizados no âmbito do estudo.

A sua colaboração é fundamental, podendo aceitar ou desistir a qualquer momento da sua participação, sem qualquer prejuízo para o mesmo.

Data

_____ / _____ / _____

Autorizo

_____

Não autorizo

_____

Qualquer questão adicional contactar o responsável da investigação:

Prof.ª Doutora Tânia Gaspar

tania.gaspar@edu.ulusiada.pt

APÊNDICE C

Projecto

Estudo "Avaliação Neuropsicológica e Qualidade de Vida no Envelhecimento"

Estudo realizado pelo grupo de investigação inserido no Centro Lusíada de Investigação em Serviço Social e Intervenção Social (CLISSIS) da Universidade Lusíada de Lisboa, em colaboração com o Instituto de Psicologia e Ciências da Educação da mesma Universidade.

Coordenação do Estudo

Prof.ª Doutora Tânia Gaspar, Professora Auxiliar com Agregação, Diretora do Instituto de Psicologia e Ciências da Educação, e Prof. Doutor Manuel Domingos, Docente do Instituto de Psicologia e Ciências da Educação.

Investigadores

Dr.ª Mariline Fernandes e Dr.ª Marta Raimundo, alunas do 2º ano do Mestrado em Psicologia Clínica da Universidade Lusíada de Lisboa.

Introdução

Irão ser abordados conceitos como: qualidade de vida, hábitos e estilos de vida, avaliação neuropsicológica e o impacto destas variáveis no envelhecimento.

O envelhecimento trata de uma fase específica do desenvolvimento, sendo que pode ser caracterizado como um processo de mudança progressivo ao nível biológico, social e psicológico do indivíduo. Deste modo o envelhecimento pode ser diferenciado em 3 tipos de mudanças: as biológicas, que se relacionam com o aumento da vulnerabilidade e da aproximação da ideia de morte; a psicológica, que se define pelo processo de auto-regulação do indivíduo durante esta nova fase e por fim ao nível social que se associa a uma mudança de papéis da pessoa na sociedade e do que é esperado pela sociedade (Paúl, 2005). Ao nível social, existe ainda uma forma errónea de pensar na velhice como sendo um processo universal, ou seja, todos nascem, todos crescem e

todos morrem; contudo é importante perceber que o processo de envelhecer é idiossincrático, isto é, que não é igual para todos nem acontece ao mesmo ritmo (Sequeira & Silva, 2002). A esperança média de vida tem vindo a aumentar, conduzindo a novas preocupações (pessoais, políticas e sociais), o prolongamento da vida dos indivíduos, tornando-se importante promover um envelhecimento mais saudável e bem-sucedido.

A qualidade de vida relaciona-se com a satisfação subjetiva do indivíduo face à sua vida e trata-se de um processo multidimensional que com o avançar da idade se torna mais complexo. Para compreender melhor a qualidade de vida na 3ª idade, Jacob (2007) reforça que cinco fatores influenciam a qualidade de vida dos idosos: bem-estar físico, relações interpessoais, desenvolvimento pessoal, atividades espirituais e transcendentais e por fim, as atividades recreativas. A qualidade de vida no idoso é afetada pela sua falta de autonomia e independência, a perda de capacidades motoras e cognitivas produzindo sentimentos negativos, como o desespero, ansiedade, depressão e isolamento (Guiomar, 2010).

No que se refere aos estilos de vida, tem-se que estes podem ser vistos como conjuntos de atividades que orientam o comportamento diário e que persuadem o estado de saúde da pessoa (Pender et al., 2011), e que segundo a OMS são um modo de viver que refletem características individuais, condições socioeconómicas e ambientais. O envelhecimento bem-sucedido traz ao idoso uma menor dependência funcional e uma maior satisfação com a vida, equilíbrio social e apoio aos familiares. Aspetos relacionados aos hábitos e estilos de vida como a nutrição, a atividade física, a ausência de doenças que conduzam a uma perda de autonomia, envolvimento social e um bem-estar objetivo do idoso são importantes para um envelhecimento bem-sucedido (Ska, et al., 2009).

O sono é uma função biológica essencial para a regular e restaurar o metabolismo, e apesar de ser uma função importante esta varia ao longo do processo de desenvolvimento relativamente à sua duração (Müller & Guimarães, 2007). Os distúrbios do sono podem levar a um comprometimento da qualidade de vida do idoso, tendo impacto nas funções: cognitiva, física e social.

Objetivos do estudo

O presente estudo pretende compreender e caracterizar as funções neuropsicológicas, a qualidade de vida e estilos de vida no processo de envelhecimento. O estudo envolve a validação de uma bateria de avaliação neuropsicológica e a adaptação e validação de um instrumento de medida de estilos de vida.

Método

Participantes

A amostra será ao nível nacional, caracterizada por pessoas com mais de 55 anos e tendo como critério de exclusão a presença de um comprometimento grave que impossibilite a compreensão ou a participação no procedimento delineado.

Instrumento

A entrevista é utilizada para recolher informações acerca do sujeito nomeadamente dados sociodemográficos, dados clínicos, como história clínica pessoal e história clínica familiar, e entrevista de avaliação neuropsicológica.

A Qualidade de Vida refere-se a avaliação subjetiva da qualidade de vida, é um instrumento de medida multidimensional e multicultural. Foi avaliada através do WHOQOL-bref (WHOQoL, 1994) consta de 26 questões, sendo duas questões gerais de qualidade de vida e as demais 24 representam cada uma das 24 facetas que compõe o instrumento original**.** O WHOQOL-bref é composto por 4 domínios: físico, psicológico, relações sociais e meio ambiente. Com a escolha desta Escala pretende-se compreender a qualidade de vida nos diferentes domínios já mencionados anteriormente.

A Saúde Global dos participantes será medida pelo questionário de saúde geral de 28 itens (GHQ28) validado para a população portuguesa por Ribeiro e Antunes (2003), versão original Goldberg, (1972).

O GHQ-28 é um questionário de auto-preenchimento criado por Goldberg e Hillier em 1979, a partir da versão inicial do General Health Questionnaire (GHQ) (Goldberg, 1972 citado por Pais Ribeiro & Antunes, 2003). O GHQ foi concebido para identificar quer a incapacidade para realizar as atividades do dia a dia numa pessoa saudável, quer o aparecimento de novos fenómenos que provoquem stress. Não pretende detetar traços estáveis, mas sim, quebras no funcionamento normal da pessoa; não é um questionário de saúde geral, é sim, um questionário que serve para avaliar a saúde mental ou o bem-estar psicológico (Pais Ribeiro & Antunes, 2003).

O GHQ-28 contém 28 itens aos quais o individuo responde através de uma escala ordinal do tipo Likert, com atribuição de pontuação de '0' a '3'. Inclui quatro sub-escalas ('Sintomas Somáticos', 'Ansiedade e Insónia', 'Disfunção Social' e 'Depressão Grave'), onde em cada uma existem sete itens. Os valores de cada sub-escala podem variar entre 0 e 21 e os valores totais do questionário podem variar entre 0 e 84. Os valores mais elevados correspondem a pior saúde mental (Pais Ribeiro & Antunes, 2003).

A fidelidade do GHQ-28 foi avaliada com recurso à consistência interna, mais especificamente, ao alfa de Cronbach, e foram verificados os seguintes valores: para a totalidade da escala GHQ-28 alfa= 0,94; para a sub-escala Sintomas Somáticos, alfa = 0,85; para a sub-escala Ansiedade e Insónia alfa = 0,88; para a sub-escala Disfunção Social alfa = 0,83; para a sub-escala Depressão Grave alfa = 0,89. (Pais Ribeiro & Antunes, 2003).

Os Alfas de Cronbach verificados, neste estudo em concreto, resultaram nos seguintes valores: Sintomas Somáticos= 0,786, considerado como bom ; Ansiedade e Insónia= 0,876, considerado muito bom; Disfunção Social= 0,760, considerado bom e Depressão= 0,843, considerado muito bom.

O Questionário de Estilo de Vida, traduzido e adaptado (Godwin, et al, 2008).

Para avaliar o Sono foi utilizado o Índice da qualidade de sono de Pittsburgh (PSQI) consta de 19 perguntas autoaplicadas que analisam os diferentes fatores da qualidade de sono que se agrupam para formar sete componentes: qualidade subjetiva do sono, latência do sono, duração do sono, eficiência do sono, alterações do sono, uso de medicação para dormir e disfunção diurna. A cada um dos componentes é atribuída uma pontuação que oscila entre 0 a 3 pontos. Uma pontuação de 0 pontos indica que

não existe dificuldade, enquanto uma pontuação de 3 indica uma severa dificuldade. Os sete componentes somam-se para obter uma pontuação global, que oscila entre zero (0) (não existe dificuldades) e vinte e um (21) (dificuldades severas em todas as áreas estudadas). O autor da escala propõe um ponto de corte de 5. Para índices iguais ou superiores a cinco encontram-se os sujeitos com pouca qualidade de sono.

Como instrumento autoadministrado, o Índice da Qualidade de Sono de Pittsburgh oferece uma medida "estandardizada" e quantitativa da qualidade de sono que rapidamente identifica quem tem ou não problemas de sono, mas não proporciona um diagnóstico, embora oriente para áreas do sono mais deterioradas.

Procedimento

Numa primeira fase, as instituições serão contactadas e convidadas a participar no presente estudo. Após a aceitação por parte da instituição serão destacados elementos da equipa de investigação e da instituição para em articulação passarem à recolha de dados.

A participação no estudo é voluntária, deste modo os participantes e/ou as famílias devem preencher o consentimento informado.

Para manter o anonimato e confidencialidade os questionários serão numerados e emparelhados, uma vez que o instrumento se divide em duas partes: a bateria de instrumentos e a folha de respostas das provas graficomotoras e de memória.

A primeira parte consta de uma entrevista levada a cabo pelo investigador, sendo que a segunda parte pode ser ou não de auto-preenchimento conforme as condições da pessoa (ex. realizado sob a forma de entrevista quando a pessoa não sabe ler e/ou escrever).

Princípios éticos

Será solicitada autorização à instituição e à pessoa a quem for aplicado o instrumento.

A participação e o preenchimento do questionário são voluntários, podendo aceitar ou desistir a qualquer momento da sua participação, sem qualquer prejuízo para o mesmo.

Será explicado o estudo. Será explicado verbalmente em que consiste o estudo antes de se iniciar a recolha de dados do participante.

Será mantida a confidencialidade, anonimato e proteção da informação recolhida.

Atividades de divulgação

Pretende-se divulgar os resultados junto das instituições onde foi realizado o estudo, presencialmente e/ou através de relatório e/ou através de convite para evento onde serão apresentados os resultados, pretende-se divulgar os dados em congressos nacionais e internacionais e realizar publicações, nomeadamente, relatório do estudo, teses de mestrado, artigos nacionais e internacionais. Preservando sempre a confidencialidade dos participantes e das instituições.

Referências

Buysse, D. (1989). The Pittsburgh sleep quality index: a new instrument for psychiatric practice and research. *Psychiatry Research, 28* 193-213. WWW: <URL: http://www.sleep.pitt.edu/includes/showFile.asp?fltype=doc&flID=1296. ISSN 0165-1781.

Godwin, et al (2008). Testing the Simple Lifestyle Indicator Questionnaire.*Canadian Family Physician, 54:*76-77

Guiomar, V. C. (24 de Janeiro de 2010). Compreender o envelheceimento bem-sucedido a partir do suporte social, qualidade de vida e bem-estar social dos indivíduos em idade avançada. Obtido de O Portal dos Psicólogos: www.psicologia.pt

Jacob, L. (2007). Animação de Idosos. Porto: Âmbar.

Müller, M. R., & Guimarães, S. S. (Outubro-Dezeembro de 2007). Impacto dos transtornos do sono sobre o funcionamento diário e a qualidade de vida. Estudos de Psicologia, 24, pp. 519-528.~

Pais Ribeiro, J. & Antunes, S. (2003). Contribuição para o Estudo de Adaptação do Questionário de Saúde Geral de 28 itens (General Health Questionnaire-GHQ28). *Revista Portuguesa de Psicossomática*, 5(1) 37 – 45.

Paúl, C. (2005). Envelhecimento ativo e redes de suporte social. Sociologia : Revista da Faculdade de Letras da Universidade do Porto, 15, pp. 275-297.

Sequeira, A., & Silva, M. N. (2002). O bem estar da pessoa idosa em meio rural. Análise psicológica, 20, pp. 505-516.

Ska, B., Fonseca, R. P., Scherer, L. C., Oliveira, C. R., Parente, M. d., & Joanette, Y. (2009). Mudanças no processamento cognitivo em adultos idosos: Déficits ou estratégias adaptativas? Estudos Interdisciplinares sobre Envelhecimento, 14, pp. 13-24.

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