

Qualidade de Vida do Idoso

José António de Jesus Coimbra *, Irma da Silva Brito **



O número de idosos tem aumentado cada vez mais tornando-se necessário a definição de estratégias de acção num contexto de apoio global aos idosos, já que as famílias têm mais dificuldades de garantir o seu suporte, especialmente se não coabitam com o idoso. O recurso à institucionalização parece ser uma forma de proporcionar esse suporte e garantir níveis de bem-estar favoráveis a uma melhor inserção socio-económica e influenciar, deste modo, a qualidade de vida dos idosos que vivem sós.

Por se tratar de uma problemática bastante actual realizou-se um estudo descritivo e comparativo com o objectivo de comparar a qualidade de vida de idosos a residir no domicílio e que têm apoio domiciliário com a de idosos institucionalizados e identificar de que forma o nível socio-económico e a situação de saúde influenciam a qualidade de vida desses idosos.

Os resultados demonstraram que não existe diferença estatisticamente significativa na qualidade de vida entre os idosos residentes no domicílio e os residentes no Lar, embora na amostra a média do índice Qualidade de Vida dos Idosos (QVI) dos residentes no domicílio seja mais elevada que a dos idosos institucionalizados

Introdução

As estatísticas actuais mostram um aumento progressivo da população idosa, devido principalmente ao aumento da esperança de vida que nos últimos anos se tem verificado. Também a redução das taxas de mortalidade infantil, a melhoria das condições de vida e os avanços da medicina nas últimas décadas, são factores que têm contribuído para este aumento. Este envelhecimento da população acarreta implicações sociais, económicas e políticas, a uma sociedade em constante mudança e desenvolvimento, como aquela em que hoje se vive.

O aumento do tempo de vida que se tem vindo a verificar, devido à maior esperança de vida do ser humano, nem sempre é acompanhado "... por um

aumento da qualidade de vida, antes pelo contrário, tende mesmo a degradar-se com o envelhecimento, quer do ponto de vista socio-económico, quer psicológico" (PAÚL, 1992).

Socialmente verifica-se reduzida existência de estruturas de apoio ao idoso e dificuldades cada vez maiores das famílias nucleares para desempenharem a sua função de cuidar dos "seus idosos". Estas estruturas familiares, conforme refere SEABRA (1995), levam ao "aumento dos idosos sem suporte familiar, com repercussões afectivas e sociais para os próprios, bem como para a comunidade", agravando-se este problema nas zonas do interior, devido à migração intensa da população jovem para os grandes centros.

Economicamente, este aumento do número de idosos, pelo facto de requerer mais cuidados de saúde e recursos (quer na prevenção, quer no tratamento e reabilitação), traduz-se numa sobrecarga para a economia nacional, obrigando

* Enfermeiro no Centro de Saúde de Arganil, Diploma de Estudos Superiores Especializados em Enfermagem na Comunidade.

** Professora Adjunta da Escola Superior de Enfermagem Dr. Ângelo da Fonseca, Área Científica de Enfermagem na Comunidade, Mestre em Saúde Pública.

deste modo ao desenvolvimento de políticas concertadas, capazes de dar resposta às necessidades pessoais e sociais deste grupo populacional. Ainda o facto de grande parte dos idosos terem fracos recursos económicos, com reformas limitadas, baixos níveis de instrução, deficientes condições habitacionais, deficientes apoios familiares, desfasamentos de recursos, comportamentos e estilos de vida incorrectos e estados precários de saúde, constituem-se alguns dos factores facilitadores para o aparecimento de grupos desfavorecidos e vulneráveis (MINISTÉRIO DA SOLIDARIEDADE E SEGURANÇA SOCIAL, 1995)

Quando se pensa em qualidade de vida, não se pode associá-la às condições que os idosos dispõem neste momento e que lhe são propostas pela sociedade. Não se pode pensar “qualidade de vida”, quando o idoso não é respeitado ao serem-lhe negados os direitos mais fundamentais à sua existência. Segundo a CONSTITUIÇÃO DA REPÚBLICA PORTUGUESA (1976), no seu Artº 72, “As pessoas idosas têm direito à segurança económica e a condições de habitação e convívio familiar e comunitário que evitem e superem o isolamento e a marginalização social”. Apesar das medidas que têm sido implementadas, FERNANDES (1999) descreve nomeadamente, “... a criação de estruturas de apoio ao idoso, no seu domicílio, em centros de dia, em lares de idosos ou em organizações de outro tipo”, estas são ainda “insuficientes” e apenas “vão respondendo aos problemas mais prementes”.

No entanto, as opiniões dividem-se. Se por um lado, na opinião generalizada dos autores consultados, para garantir ao idoso uma vida com qualidade, tão independente quanto possível, sem isolamento ou marginalização social, o mesmo deve estar integrado no seu meio familiar e comunitário; na experiência do quotidiano junto da comunidade, tem-se verificado que, apesar da melhoria geral das condições de vida das populações, que inegavelmente tem possibilitado uma melhor qualidade de vida a determinados grupos de idosos, a maioria se encontra ainda perante inúmeros constrangimentos, dificuldades e situações críticas, que poderiam ser superadas pela institucionalização.

Qualidade de vida

O conceito de Qualidade de Vida, pela sua utilização frequente em discursos ou simples conversas tornou-se num conceito popular que, tal como afirma RIBEIRO (1994), “faz parte da linguagem do homem comum, dos especialistas aos leigos, de gente culta ou inculta”. Tema de interesse para muitos, conserva no entanto a particularidade de cada um lhe atribuir um sentido ou um valor, que varia de contexto para contexto, ideia esta, corroborada por McGuire, citado por RIBEIRO (1994), ao afirmar que, “... todos têm a sua própria ideia do que é a qualidade de vida, e é nisso que reside o problema”.

Intimamente ligada à saúde, continua a não ter um significado único, e os termos, “condições de saúde”, “funcionamento social” e “qualidade de vida”, na opinião de Guyatt, citado pela ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE (1998), “têm sido usados como sinónimos”. Também RIBEIRO (1994) refere um interesse crescente deste conceito relacionado com a saúde, quando afirma que, “a qualidade de vida é um tema de importância crescente, tanto no domínio do sistema de saúde em geral, como no sistema de cuidados de saúde em particular”. Este interesse começou na década de 70, quando as atenções se centraram mais na saúde do que na doença, aliando promoção de saúde a qualidade de vida, o que segundo o mesmo autor, foi a principal característica da revolução da saúde, nesta época.

Apesar de estarem relacionados, os conceitos de estado de saúde e qualidade de vida, e sendo geralmente utilizados de forma sobreposta por alguns autores, outros há que consideram que são substancialmente diferentes. Um desses autores, Ware, citado por RIBEIRO (1994), explica que “a qualidade de vida é um conceito muito mais abrangente do que o da saúde, sendo esta, a par de outros, um dos indicadores utilizados para medir aquela”. Outros, chegam mesmo à conclusão que a componente ou domínio “saúde” é aquela que apresenta maior correlação com o resultado total de qualidade de vida, ou seja, a saúde é talvez a componente ou domínio mais importante que a influencia.

Mas a qualidade de vida não pode depender exclusivamente da saúde, ao entender o Homem como um ser bio-psico-social. Ela vai depender também de outros domínios extremamente importantes para além da saúde, como o trabalho, a família e a ausência de dificuldades económicas, entre outros. Sendo esta fronteira muito ténue, a investigação é clara no que respeita à influência inter-domínios, ou seja, os desempregados, com situação económica precária e com problemas familiares têm mais probabilidades de adoecer. (RIBEIRO, 1994).

Sendo um conceito tão popular e sujeito a várias interpretações, as suas definições reflectem aspectos comuns a cada uma delas, tendo ainda em conta, o carácter objectivo e subjectivo que o mesmo adquire. Verifica-se deste modo uma grande dificuldade em definir qualidade de vida, sendo esta, na opinião de BRIOUL (1994), “uma questão delicada”, com perspectivas vastas, variadas e por vezes discordantes, dificultando também a sua complementaridade.

Cramer, citado por RIBEIRO (1994), define qualidade de vida como, “bem-estar físico, mental e social, completo, e não apenas a ausência de doença”, sendo esta, exactamente igual à definição de saúde proposta pela Organização Mundial de Saúde. Na mesma linha se encontram os autores SHUMAKER, ANDERSON e CZAJKOWSKY também citados por RIBEIRO (1994), ao definirem qualidade de vida como, “a satisfação individual global com a vida e a sensação geral, pessoal de bem-estar”.

Ao ter em conta outros factores, nomeadamente socio-económicos, FERREIRA (1995) define qualidade de vida como, “a percepção, única e pessoal de vida, marcada por muitos factores interrelacionados, como a situação socio-económica, o clima político, os factores ambientais, a habitação, a educação, o emprego, entre outros...” Outros autores introduzem um aspecto importante nas suas definições, que é a satisfação das necessidades básicas do indivíduo, como a DIRECÇÃO GERAL DE SAÚDE (1995) que a define como sendo “a percepção por parte dos indivíduos ou grupos, de que as suas necessidades são satisfeitas e não lhes são negadas oportunidades

para alcançar um estado de felicidade e realização pessoal em busca de uma qualidade de existência acima da mera sobrevivência”.

Poder-se-á afirmar então, que a qualidade de vida é uma percepção global da vida pessoal, para a qual contribuem inúmeros domínios e componentes. Estes domínios, segundo os vários autores consultados, vão desde a educação, individualidade, saúde, bem-estar físico, material e social, relações com as outras pessoas, desenvolvimento e relações pessoais, actividades cívicas e recreação, entre outros.

Pela sua subjectividade, complexidade e pluralidade de domínios ou componentes que nela interferem, torna-se como é óbvio, extremamente difícil avaliar a qualidade de vida. Relativamente a este aspecto, BRIOUL (1994) é de opinião que, “procurar medir, quantificar um dado cuja essência é uma qualidade, pode parecer paradoxal”. Refere ainda para reforço desta ideia que, “querer elaborar estatísticas a partir de populações mais ou menos homogéneas, quando na realidade deve ser considerado indivíduo a indivíduo, pode levar-nos a tirar conclusões precipitadas”.

Assim, uma avaliação deste tipo, na opinião de RIBEIRO (1994), deve, “considerar aspectos positivos do funcionamento individual, ao invés do que é tradicional no modelo biomédico (...) em que o que se avalia é a disfunção”. Salieta ainda que “avaliar pela positiva significa avaliar a capacidade, o potencial, a realização, ao invés da incapacidade, da impotência”.

Envelhecimento e qualidade de vida

O rápido aumento da população idosa a que se assiste actualmente, induz uma importância acrescida à problemática do envelhecimento. Apesar dos progressos verificados nas condições de vida, os idosos mantêm défices significativos nomeadamente em termos de rendimentos, impedindo-os de obter níveis de bem-estar favoráveis a uma melhor inserção sócio-económica e influenciando deste modo a sua qualidade de vida (MINISTÉRIO DA SOLIDARIEDADE E SEGURANÇA SOCIAL, 1995).

Dependendo de todo um conjunto de factores e condicionantes de vida e da maior ou menor influência por eles exercida, é conhecida a sua repercussão na qualidade de vida dos idosos, conforme reconhecem PERISTA, FREITAS e PERISTA (1996), ao referirem que, “o envelhecimento demográfico tem acentuado inúmeras fragilidades sociais que se repercutem de forma gravosa na qualidade de vida das pessoas idosas, em especial nos mais idosos, nos mais dependentes, nos mais carenciados economicamente e nas mulheres”.

Metodologia

Realizou-se um estudo descritivo e comparativo com o objectivo de averiguar as seguintes questões de investigação:

- Será que os idosos que vivem no domicílio e com apoio domiciliário têm melhor qualidade de vida relativamente aos residentes em instituições de terceira idade?
- Em que medida é que o nível socio-económico e a situação de saúde influenciam a qualidade de vida dos idosos?

Para a realização deste estudo foram escolhidos dois grupos: um grupo, constituído por 33 idosos a residir no Lar de Idosos do Centro Paroquial e Social de Côja, e outro constituído por 36 idosos a residir no domicílio, que recebem apoio domiciliário ao nível da alimentação e/ou higiene.

Os dados foram colhidos através de um formulário aplicado durante o mês de Abril de 1999, após consentimento informado.

Para medir a variável dependente, *qualidade de vida* do idoso, foi utilizada a Grelha de Avaliação de Qualidade de Vida do Idoso (DIRECÇÃO – GERAL DE SAÚDE, 1995) (Anexo), já utilizada no âmbito dos Centros de Saúde da Sub-Região de Coimbra. Este instrumento baseia-se na avaliação de sete componentes básicos da vida adulta (Isolamento / Comunicação Afectiva e Social, Mobilidade, Actividades da Vida Diária, Actividade Ocupacional,

Actividade Lúdica, Relação Familiar e Recursos Económicos) e, segundo os seus autores, permite ainda avaliar, de forma rápida e eficaz, as necessidades de apoio global aos idosos e ao mesmo tempo, servir de modelo de abordagem na identificação das prioridades de intervenção, monitorizando a evolução de cada indivíduo e dos resultados obtidos pela intervenção.

Divulgada pela então Direcção Geral de Cuidados de Saúde Primários em 1993, através da Circular Informativa nº 1/CSI/DAS de 13.01.93, a todas as ex-Administrações Regionais de Saúde, Centros de Saúde e Institutos de Clínica Geral, foi posteriormente aplicada em 2137 indivíduos de ambos os sexos, com idade igual ou superior a 65 anos, em diferentes áreas geográficas e socioculturais do país, determinando o Índice de Qualidade de Vida das pessoas idosas e a variação dos componentes que o integram.

O nível socio-económico foi avaliado pela escala de Graffar adaptada, tendo em conta que nos itens profissão e fonte de rendimentos se considerou a situação que detinham no período que antecedeu a reforma.

A situação de saúde foi avaliada pela percepção que o próprio idoso tinha relativamente à sua saúde, através duma escala do tipo Likert de cinco itens a variar de “Muito má” (1) a “Muito boa” (5).

O tratamento estatístico dos dados foi efectuado através do programa SPSS 6.0.1, com o recurso aos testes de correlação de Pearson e de diferença de médias (teste t e ANOVA).

Hipóteses

Foram consideradas as seguintes hipóteses:

- H1 - Os idosos que residem no domicílio e têm apoio domiciliário têm maior qualidade de vida que os que residem em Lar de Idosos.
- H2 - Os idosos de nível socio-económico mais baixo têm uma menor qualidade de vida.
- H3 - Os idosos com uma situação de saúde precária têm menor qualidade de vida.

Resultados

Dos resultados obtidos e que caracterizam a população alvo, importa salientar que se trata de uma população envelhecida, com uma média de idades de 80,97 anos para os residentes no Lar e 78,08 anos para os residentes no domicílio, acompanhando a tendência demográfica actual. É uma população maioritariamente do sexo feminino (57,97%), o que está de acordo com a maior esperança de vida à nascença das mulheres.

Relativamente ao Índice de Qualidade de Vida e, tendo em conta o estudo da DIRECÇÃO-GERAL DE SAÚDE (1995) que refere a existência de boa qualidade de vida para índices iguais ou superiores a 23 pontos, constatou-se que a maioria dos idosos (56,52%), apresenta um índice QVI igual ou superior ao referido valor (Tabela 1), o que corresponde a afirmar que se trata de uma população que apresenta boa qualidade de vida.

Em relação à primeira hipótese formulada e questão principal deste estudo, os resultados do teste t de diferença de médias, não confirmaram que os idosos residentes no domicílio têm uma melhor qualidade de vida que os idosos residentes no Lar, ($t = -1,25$; $p > 0,05$) (Quadro1), ainda que, dispondo de todo um conjunto de apoios prestados pelos serviços de apoio domiciliário ao nível da alimentação e/ou higiene. Observa-se no entanto que apresentam uma média de índice QVI superior.

Estes dados não estão de acordo com a generalidade dos autores consultados. Entre outros, GARCIA (1994) é de opinião que o idoso terá melhores oportunidades de continuar a desenvolver como cidadão o seu papel activo na sociedade em que está inserido, estando integrado no seu meio, junto da sua família, considerando esta, um suporte e um lugar privilegiado de trocas entre as pessoas. Na mesma linha, MAILLOUX – POIRIER (1995) refere que a proximidade com os vizinhos, amigos e ambiente social, contribui também, no aspecto psicológico, para a quebra do isolamento próprio da idade e para o desenvolvimento de toda uma série de actividades que fazem com que o idoso se sinta ainda como elemento válido para a sociedade.

TABELA 1 – Distribuição dos índices QVI pelo local de residência.

Índice QVI \ Local	Lar		Domicílio		Total	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
< 23	17	51,52	13	36,11	30	43,48
≥ 23	16	48,48	23	63,89	39	56,52
Total	33	100,00	36	100,00	69	100,00

QUADRO 1 – Diferença de médias do índice QVI segundo o local de residência.

Local	n	Média	DP	t	p
Lar	33	22,70	8,172	- 1,25	0,107
Domicílio	36	25,36	9,134		

Para testar a segunda hipótese e comprovar a existência de diferença estatística entre o nível sócio-económico (avaliado pela Escala de Graffar⁽¹⁾) e a qualidade de vida dos idosos, recorreu-se ao cálculo do coeficiente de correlação de Pearson, tendo-se verificado não existir diferença estatisticamente significativa ($r = -0,161$; $p = 0,186$), entre estas duas variáveis. Contudo, tratando-se de uma correlação negativa, significa que, aos idosos que apresentam um nível socio-económico mais baixo, correspondem índices mais baixos de qualidade de vida.

No estudo desta relação, a cada um dos grupos individualmente e aplicando a mesma técnica estatística, verificou-se a existência de diferença estatisticamente significativa ($r = -0,420$; $p < 0,05$), para os idosos residentes no Lar, corroborando a hipótese de que, neste grupo, os idosos com um nível sócio-económico mais baixo têm efectivamente uma qualidade de vida inferior àqueles que detêm um nível socio-económico mais elevado. (Gráfico 1).

⁽¹⁾ Aos valores mais elevados do índice de Graffar, correspondem níveis socio-económicos mais desfavorecidos.

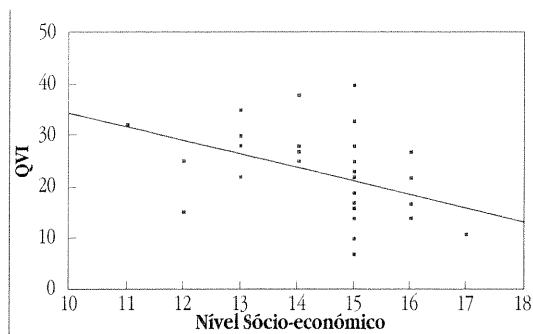


Gráfico 1 – Diagrama de dispersão da qualidade de vida em função do nível socio-económico dos idosos residentes no Lar.

Este estudo permitiu ainda concluir, que se trata de uma população com fracos recursos económicos dispendo apenas de pensões mínimas de reforma e condições habitacionais deficientes, pese embora dispendo das principais infra-estruturas, tratam-se de habitações exíguas, repletas de obstáculos físicos e algumas em mau estado de conservação. Caracteriza-se ainda por um nível de instrução quase nulo, isto é, a maioria esmagadora dos inquiridos nunca frequentaram a escola. SALDANHA (1996) refere que a estratificação social que se verifica na sociedade actual leva a situações de desigualdade, onde a pobreza e os factores sociais influenciam de um modo exponencial o aparecimento de situações críticas para quem as vive, com as devidas implicações ao nível da qualidade de vida.

Quanto à terceira hipótese, verificou-se, pela aplicação do teste ANOVA, a existência de diferença estatisticamente significativa ($p = 0,006$) entre a situação de saúde e a qualidade de vida dos idosos. Este resultado confirma a hipótese, tendo-se verificado portanto que quanto mais precária a situação de saúde mais baixa é a média do índice QVI (Quadro 2).

QUADRO 2 – Análise da variância (situação de saúde / qualidade de vida).

Situação da saúde	n	Média	DP	F	p
Muito má	12	19,42	7,728	4,572	0,006
Má	20	20,90	9,107		
Razoável	25	26,52	7,811		
Boa	12	29,00	7,261		

De facto, este resultado está de acordo com os autores consultados, já que, nesta fase da vida se verifica um aumento da incidência de doenças crónicas e acidentes, em virtude de todo um conjunto de alterações biológicas que se processam na senescência, das quais SOUTO-LOPES (1993) dá o exemplo de perturbações metabólicas, ineficiência de alguns órgãos, doenças físicas, incapacidades sensoriais e incapacidades motoras, que no seu conjunto, ou individualmente, proporcionam um baixo nível de qualidade de vida.

Conclusão

Este estudo permitiu pensar e relançar um olhar atento ao fenómeno do envelhecimento demográfico e às implicações sociais, económicas e políticas que o mesmo acarreta para a sociedade em geral e para os idosos em particular.

Verificou-se que a qualidade de vida dos idosos que residem no domicílio com apoio domiciliário é superior à dos que vivem institucionalizados, apesar de não existir diferença estatisticamente significativa. Verificou-se ainda que quanto mais baixo for o nível socio-económico e a situação de saúde menor era a qualidade de vida dos idosos.

Analisando os resultados, pode afirmar-se, que manter os idosos no domicílio com apoio institucional poderá ser uma forma de lhes garantir uma melhor qualidade de vida. No entanto as assimetrias socio-económicas e de saúde podem influenciar a sua qualidade de vida, mesmo com apoio domiciliário, podendo o recurso à institucionalização ser uma forma de atenuar as diferenças e portanto incrementar a qualidade de vida.

Contudo, apesar de se promover a permanência dos idosos no seu meio ambiente habitacional e social, junto da família se possível, para assim continuar a desempenhar o seu papel de cidadão activo, longe do isolamento, o que se verifica na realidade é que, não existem ainda as condições necessárias e suficientes por parte do meio e também das próprias famílias para assumir este compromisso. De facto, muito há ainda para fazer,

no sentido de inverter a situação actual e proporcionar aos idosos, não só aquilo que eles merecem, mas essencialmente aquilo que lhes está consignado por direito constitucional.

Estes resultados contribuem afinal, para um conhecimento mais profundo destes factores, possibilitando identificar áreas de intervenção junto do idoso, família e comunidade, numa perspectiva global e não isolada ou parcial, para dinamizar e desenvolver actividades e/ou atitudes preventivas, de modo a suavizar os condicionalismos próprios deste envelhecimento.

Bibliografia

BRIOUL, M. – L' évaluation de la qualité de la vie: premiers résultats et perspectives de recherche. *L' Information Psychiatrique*. Paris. ISSN 0020-0204. Vol 70, nº 2 (Mars 1994), pp. 149-160.

CONSTITUIÇÃO DA REPÚBLICA PORTUGUESA – Imprensa Nacional - Casa da Moeda: Lisboa, 1976.

FERNANDES, Purificação – A propósito do ano internacional do idoso. *Referência*. Coimbra. ISSN 0874-0283. Nº 2 (Março, 1999), pp. 3-4.

FERREIRA, Pedro Lopes – *A medição do estado de saúde: Criação da versão portuguesa do MOS SF* – 36. Coimbra. 1995.

GARCIA, Luís Miguel Alves – Dependência em idosos. *Nursing*. Lisboa. ISSN: 0871-6196. Nº 78/79 (1994), pp. 8-11.

MAILLOU - POIRIER, Danielle – Aspectos demográficos e epidemiológicos do envelhecimento. In *Pessoas idosas - Uma abordagem global*. Lisboa: Lusodidacta. 1995. ISBN 972-95399-8-7.

MINISTÉRIO DA SOLIDARIEDADE E SEGURANÇA SOCIAL – *Workshop 94: O envelhecimento, experiência inovadoras em Portugal*. Lisboa: CNAPTI. 1995. ISBN 972-8071-05-1.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE – Divisão de saúde Mental – Grupo WHOQOL – *Versão em português dos instrumentos de avaliação de qualidade de vida (WHOQOL)*. 1998. <http://www.hcpa.ufrgs.br/psiq>.

PAÚL, Maria Constança – Satisfação de vida em idosos. *Análise Psicológica*. Lisboa. Nº 68 (1992), pp. 61-80.

PERISTA, Heloísa; FREITAS, Fátima; PERISTA, Pedro – *Levantamento das necessidades sociais das pessoas idosas em contexto local*. Lisboa: Direcção-Geral da Acção Social – Núcleo de Documentação Técnica e Divulgação. 1998. ISBN 972-97871-2-3.

PORTUGAL. Direcção-Geral de Saúde – *Estudo da qualidade de vida do idoso: aplicação de um instrumento de avaliação: Relatório*. Lisboa. 1995.

RIBEIRO, José Luís Pais – A importância da qualidade de vida para a psicologia da saúde. *Análise Psicológica*. Lisboa. ISSN 0870-8231. Série 12, nº 2-3 (Abril – Setembro, 1994), pp. 179-191.

SALDANHA, M. Helena – Envelhecimento da mulher: perspectiva sociológica. *Geriatrics*. Lisboa. Vol. 9, nº 87 (1996), pp. 5-9.

SEABRA, Maria Filomena Duque – Que idosos temos?. *Geriatrics*. Lisboa. Vol 8, nº 75 (1995), pp. 22-27.

SOUTO – LOPES, Jaime – Psicopatologia da imobilidade. *Geriatrics*. Lisboa. Vol 6, nº 56 (Junho, 1993), pp. 5-9.

Anexo

Grelha de Avaliação de Qualidade de Vida do Idoso

1 – Isolamento/Comunicação afectiva e social	
• Sem comunicação	<input type="checkbox"/> 0
• Comunicação centrada no domicílio	<input type="checkbox"/> 2
• Comunicação centrada na envolvente habitacional	<input type="checkbox"/> 5
• Comunicação alargada ao mundo exterior	<input type="checkbox"/> 7
2 – Mobilidade	
• Sem mobilidade	<input type="checkbox"/> 0
• Mobilidade com ajuda de outros	<input type="checkbox"/> 2
• Mobilidade através de ajudas técnicas	<input type="checkbox"/> 4
• Mobilidade sem ajuda	<input type="checkbox"/> 7
3 – Actividades da vida diária	
• Sem actividades	<input type="checkbox"/> 0
• Actividades com ajuda de outros	<input type="checkbox"/> 2
• Actividades através de ajudas técnicas	<input type="checkbox"/> 5
• Actividades sem ajuda	<input type="checkbox"/> 7
4 – Actividade ocupacional	
• Sem actividade	<input type="checkbox"/> 1
• Com actividade esporádica	<input type="checkbox"/> 4
• Com actividade regular	<input type="checkbox"/> 6
• Actividade ocupacional remunerada	<input type="checkbox"/> 1
5 – Actividade lúdica	
• Sem actividade	<input type="checkbox"/> 0
• Com actividade regular	<input type="checkbox"/> 5
• Com actividade que dê resposta aos seus anseios..	<input type="checkbox"/> 7
6 – Relação familiar	
• Sem relação familiar	<input type="checkbox"/> 1
• Com participação familiar	<input type="checkbox"/> 4
• Com integração familiar funcional	<input type="checkbox"/> 8
7 – Recursos económicos	
• Insuficientes	<input type="checkbox"/> 1
• Suficientes para as necessidades básicas	<input type="checkbox"/> 4
• Para além das necessidades básicas	<input type="checkbox"/> 7
TOTAL	
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	

Fonte: Direcção-Geral da Saúde, 1995.