



UNIVERSIDADE  
CATÓLICA  
PORTUGUESA

---

BRAGA

Qualidade de vida e funcionalidade na doença de Alzheimer:  
Estudo comparativo entre adultos mais velhos  
institucionalizados e não institucionalizados

Dissertação de Mestrado apresentada à  
Universidade Católica Portuguesa para a  
obtenção do grau de mestre em **Psicologia  
Clínica e da Saúde**.

**Jéssica Sofia Barbosa Laranjo**

**Faculdade de Filosofia e Ciências Sociais**

OUTUBRO 2024



CATOLICA  
FACULDADE DE FILOSOFIA E CIÊNCIAS SOCIAIS

---

BRAGA

Qualidade de vida e funcionalidade na doença de Alzheimer:  
Estudo comparativo entre adultos mais velhos  
institucionalizados e não institucionalizados

Dissertação de Mestrado apresentada à  
Universidade Católica Portuguesa para a  
obtenção do grau de mestre em **Psicologia  
Clínica e da Saúde.**

**Jéssica Sofia Barbosa Laranjo**

Sob a Orientação da Prof.<sup>a</sup> Doutora **Ângela Maria  
Pereira e Sá Azevedo**

## **Resumo**

Os estudos sugerem que a qualidade de vida e o grau de funcionalidade são menores em adultos mais velhos com Alzheimer a residir em instituições do que nos que residem em habitação própria. Este estudo tem como principal objetivo estudar se a qualidade de vida e o grau de funcionalidade nos adultos mais velhos com Alzheimer varia com o tipo de residência (pessoal ou institucional). A amostra é constituída por 37 adultos mais velhos com Alzheimer em acolhimentos residencial, 36 adultos mais velhos com Alzheimer a residir em habitação própria e os seus respetivos cuidadores. Trata-se de um estudo com desenho quantitativo, correlacional e transversal. Os participantes preencheram um questionário sociodemográfico, a Escala de Qualidade de Vida na Doença de Alzheimer, do Índice de Barthel e da Escala de Lawton e Brody. A qualidade de vida e independência dos adultos mais velhos com Alzheimer devem ser estudadas para que se possam desenvolver estratégias adequadas para um aumento da esperança média de vida e para um envelhecimento com maior independência.

**Palavras-chave:** adultos mais velhos, Alzheimer, qualidade de vida, grau de funcionalidade, institucionalização, comunidade

### **Abstract**

Studies suggest that the quality of life and degree of functionality are lower in older adults with Alzheimer's living in institutions than in those who live in their own home. This study's main objective is to study whether the quality of life and degree of functionality in older adults with Alzheimer's varies with the type of residence (personal or institutional). The sample consists of 37 older adults with Alzheimer's in residential care, 36 older adults with Alzheimer's living in their own home and their respective caregivers. This is a study with a quantitative, correlational and cross-sectional design. Participants completed a sociodemographic questionnaire, the Alzheimer's Disease Quality of Life Scale, the Barthel Index and the Lawton and Brody Scale. The quality of life and independence of older adults with Alzheimer's must be studied so that appropriate strategies can be developed to increase life expectancy and to age with greater independence.

**Keywords:** older adults, Alzheimer, quality of life, functionality, institutionalization, community

### **Agradecimentos**

Agradeço, primeiramente, aos meus pais por todas as oportunidades de formação e de aprendizagem ao longo da vida, por todo o amor incondicional e por acreditarem em mim todos os dias. À minha irmã e à minha avó, por me encorajarem sempre a seguir os meus sonhos, por mais difíceis que sejam.

Ao meu namorado, por estar lá nas horas boas e más, por acreditar que eu sou capaz mesmo quando até eu duvido, obrigada por seres sempre o meu maior incentivador.

Às minhas amigas, Adriana, Beatriz e Cristiana, que me acolheram neste caminho, como se sempre estivesse estado nele, que me apoiaram nos momentos mais complicados, muito obrigada.

À Professora Doutora Ângela Azevedo, um agradecimento muito sincero pela dedicação e vasto conhecimento partilhado.

A todas as instituições, representados pelos seus diretores técnicos, por me ter permitido aceder às suas instituições. A todos os participantes que me abriram a porta das suas casas, o meu sincero agradecimento.

## Índice

1.	Introdução _____	6
2.	Envelhecimento ativo _____	6
2.1.	Qualidade de vida _____	8
3.	Demências no adulto mais velho _____	10
3.1.	Doença de Alzheimer _____	11
3.1.2.	Diagnóstico na doença de alzheimer _____	12
3.1.3.	Intervenção na doença de alzheimer _____	13
3.1.3.1.	Grau de funcionalidade _____	13
4.	Cuidadores formais e informais do adulto mais velho _____	15
5.	Metodologia _____	16
5.1.	Método _____	16
5.2.	Objetivos do estudo _____	16
5.3.	Hipóteses do estudo e questão de investigação _____	16
5.4.	Caracterização da amostra _____	18
5.5.	Instrumentos _____	19
5.5.1.	Questionário sociodemográfico _____	19
5.5.2.	QdV-DA- Escala de avaliação da Qualidade de Vida na doença de Alzheimer (Logsdon et al., 1999, versão adaptada por Bárrios et al., 2013). _____	19
5.5.3.	Escala de Lawton e Brody _____	20
5.5.4.	Índice de Barthel (Mahoney & Barthel, 1965, versão adaptada por Araújo et al., 2007a). _____	20
5.6.	Procedimento _____	21
6.	Resultados _____	22
6.2.	Perceção da qualidade de vida do adulto mais velho e do seu cuidador _____	23
6.3.	Qualidade de vida na doença de Alzheimer e as variáveis sociodemográficas _____	23
6.4.	Grau de funcionalidade na doença de Alzheimer e variáveis sociodemográficas _____	26
7.	Discussão Dos Resultados _____	28
8.	Conclusão _____	34
9.	Bibliografia _____	36

### **Índice de Anexos**

Anexo 1- Cronograma de atividades	45
Anexo 2- Questionário sociodemográfico	46
Anexo 3- Consentimento Informado	47
Anexo 4- Autorização para recolha de dados nas instituições	48
Anexo 5- Análise da normalidade das variáveis	49

### **Índice de Tabelas**

Tabela 1 Descrição da amostra.....	18
Tabela 2 Relação entre a qualidade de vida e o grau de funcionalidade .....	23
Tabela 3 Diferenças entre a percepção da qualidade de vida do adulto mais velho e do seu cuidador .....	23
Tabela 4 Diferenças entre a qualidade de vida do adulto mais velho e o tipo de residência, género e o nível socioeconómico .....	24
Tabela 5 Relação entre a qualidade de vida e a idade .....	25
Tabela 6 Diferenças entre a qualidade de vida e o grau de escolaridade, estado civil e a composição familiar .....	25
Tabela 7 Relação entre o grau de funcionalidade e o sexo, nível socioeconómico e tipo de residência.....	26
Tabela 8 Relação entre o grau de funcionalidade e o nível socioeconómico, estado civil, composição familiar e idade.....	28

### **Abreviaturas**

INE- Instituto Nacional de Estatística

OMS- Organização Mundial de Saúde

## 1. Introdução

O panorama demográfico atual, aponta que a população tem vindo a assumir crescentes índices de envelhecimento, contribuindo para isto a diminuição da taxa de natalidade em parte devido ao facto de as mulheres entrarem no mundo de trabalho mais tardiamente e apostarem na sua carreira profissional, mas também as sucessivas crises económicas. Há, por isso, cada vez mais idosos e cada vez menos crianças (INE, 2021). Com o aumento da esperança média de vida, as pessoas vivem mais anos e vão surgindo em maior escala as doenças como a demência, em particular a doença de Alzheimer, sendo a mais comum na população sénior de Portugal (Costa et al., 2021).

A doença de Alzheimer é uma origem de demência tendo, no entanto, fatores originários distintos das restantes demências. A deteção e diagnóstico desta doença é um processo longo e demorado, levando a pessoa a realizar muitos exames clínicos, até chegar a ao mesmo apesar de, mesmo assim nunca ser um diagnóstico com total certeza (Sevigny et al., 2016).

Esta patologia acaba por afetar o adulto mais velho, tanto a nível físico, emocional, mental, social, progressivamente caminhando para um grau de dependência total, sendo necessário a prestação de cuidados especializados, seja em domicílio se ainda permanecer na sua residência ou então, na estruturada residencial para idosos onde se encontre (Santos & Borges, 2015; Stites et al., 2020).

Neste sentido, é necessário analisar-se quais os cuidados que proporcionam uma qualidade de vida mais satisfatória e uma maior independência nas atividades de vida diária, para que se possa proporcionar aos adultos mais velhos uma maior longevidade.

O presente estudo tem como objetivo principal estudar se a qualidade de vida e o grau de funcionalidade nos adultos mais velhos com Alzheimer se relaciona com o tipo de residência (pessoal ou institucional). Está dividido em duas partes, estando a primeira dedicada ao enquadramento teórico, onde se pretende concetualizar as temáticas anteriormente referidas e realizar uma revisão dos estudos sobre as mesmas. A segunda parte está dedicada à parte metodológica do estudo, na qual consta a definição da metodologia utilizada, o objetivo geral e específicos, as hipóteses, a caracterização da amostra, os instrumentos utilizados, o procedimento, a descrição dos resultados obtidos, a discussão e conclusão.

## 2. Envelhecimento ativo

Segundo o Instituto Nacional de Estatística [INE] (2021) existiam nesse ano em Portugal 2,4 milhões de adultos mais velhos, representando esta faixa etária 23,4% da

população portuguesa. Prevê-se que em 2080 esta população irá duplicar, sendo deste modo imperativo analisar este fenómeno e desenvolver novas estratégias para um envelhecimento saudável.

O envelhecimento compõe-se por alterações nas funções orgânicas e mentais decorrentes dos efeitos da idade avançada sobre o organismo, levando a que o mesmo perca a capacidade de manter o equilíbrio homeostático e gradualmente as funções fisiológicas declinem (Acarín & Malagelada, 2018; Cancela, 2008). A forma como se envelhece depende dos comportamentos passados, planeamento e significados que se dá a esta fase a vida (Braga et al., 2015; Fonseca et al., 2013). Trata-se de um construto bastante complexo na medida em que enquadra aspetos socioculturais, políticos e económicos, sendo que estes se relacionam com fatores biológicos e subjetivos dos sujeitos (Pucci et al., 2017). O processo de envelhecer caracteriza-se por um leque de alterações morfológicas, fisiológicas, bioquímicas e psicológicas que, na sua maioria dependem da história de vida e adaptação ao meio do adulto mais velho (Fonseca et al., 2013). O INE (2022) define adulto mais velho como um indivíduo numa faixa etária compreendida entre os 65 anos de idade ou mais.

O envelhecimento ativo integra a prevenção e controlo de doenças, autocuidado com a saúde, manutenção da produtividade e da participação social, treino da memória e definição de objetivos e metas para o percurso de vida (China et al., 2021). Segundo a Organização Mundial de Saúde [OMS] (2005), o envelhecimento ativo não se refere apenas à capacidade física, mas em particular com a participação do adulto mais velho dentro da família e da sociedade, como um indivíduo capaz de tomar decisões e dar sugestões. O acesso à saúde, a segurança e a participação comunitária são de extrema importância para o envelhecimento. Portanto, ao melhorar esses fatores torna-se possível a redução das taxas de mortalidade precoce e a existência de comorbilidades favorecendo desse modo o envelhecimento ativo (Straub, 2014 citado em Forner & Alves, 2019).

Para que o adulto mais velho consiga atingir um envelhecimento ativo é necessário garantir o acesso a atividades físicas, ao contacto familiar, aos relacionamentos interpessoais, à saúde mental, à alimentação saudável, a grupos de convivência e a cuidados de saúde adequados (Forner & Alves, 2019).

A promoção de um envelhecimento ativo pode auxiliar na prevenção da doença de Alzheimer ou quando a doença já esteja presente na mitigação dos seus efeitos, proporcionando ao adulto mais velho os cuidados necessários e uma adequada interação social (Straub, 2014 citado em Forner & Alves, 2019).

## 2.1. Qualidade de vida

A OMS (1995 citado em Inouye et al., 2010) define a qualidade de vida como sendo a percepção que o sujeito possui sobre a sua posição de vida dentro do contexto da sua cultura, do sistema de valores em que se integra, dos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações. O mesmo grupo de trabalho considera que para avaliar a qualidade de vida é necessário ter em consideração seis domínios, a saúde física, o estado psicológico, os níveis de independência, os relacionamentos sociais, as características ambientais e o padrão espiritual.

A qualidade de vida é um construto individual e coletivo em simultâneo, que depende da combinação da satisfação do sujeito na vida familiar, amorosa, social, ocupacional, ambiental e existencial (Martin & Stockler, 1998). Para que a mesma exista no processo de envelhecimento o adulto mais velho deve adotar uma postura pró-ativa, definir objetivos e lutar para alcançá-los, adquirir recursos que facilitem a adaptação à mudança e estar envolvido ativamente na manutenção do seu bem-estar (Sousa et al., 2003).

Nos adultos mais velhos a qualidade de vida apresenta-se como um desafio, visto que envolve fatores que se relacionam com a saúde, bem-estar físico, emocional, social, mental e fatores subjetivos e singulares de cada indivíduo. Estes fatores podem ainda associar-se com aspetos económicos, psicológicos, ambientais, vivências do quotidiano, rede social e familiar, atividades de lazer, trabalho, vínculos afetivos e autopercepção. Nesta faixa etária é essencial manter um nível de qualidade de vida satisfatório, uma vez que, existem melhorias nas capacidades funcionais e uma diminuição dos sintomas depressivos (Figueira et al., 2008; Silva & Neto, 2019).

É expectável que com o avançar da idade a qualidade de vida diminua, por isso, é de extrema importância ter conhecimento de como melhorar a qualidade de vida do adulto mais velho (Paúl et al., 2005). Para atingir essa meta podem ser realizadas atividades para reduzir o isolamento e aumentar a prática de atividades de lazer e sociais onde exista interação com o mundo e com os pares (Sivertsen et al., 2015). Uma melhor qualidade de vida no envelhecimento correlaciona-se com uma maior eficácia dos recursos cognitivos, do desempenho das funções executivas e dos recursos psicológicos (Beckert et al., 2012).

Lawton (1983), no seu modelo que dá suporte para a Escala de qualidade de vida na doença de Alzheimer constatou que para se poder definir a qualidade de vida como satisfatória ou não devem ser tidos em consideração quatro setores, sendo eles a competência comportamental, o bem-estar psicológico, a qualidade de vida percebida e o ambiente objetivo. Esta investigação alerta para o facto de ser comum que os adultos mais velhos se

autoproclamem mais satisfeitos com a sua qualidade de vida do que realmente são. Esta situação pode ser explicada devido à negação, à redução da dissonância ou pela defesa do ego. Foi também possível concluir que a satisfação com a moradia e com o uso do tempo foram fatores que aumentavam a qualidade de vida percebida.

Os estudos realizados consideram espectável que com o decorrer da doença a qualidade de vida dos adultos mais velhos vá diminuindo gradualmente (Stites et al., 2018).

Relativamente à idade, León-Salas e colaboradores (2013), concluíram que a associação com a qualidade de vida é muito fraca, não sendo, portanto significativa. O estudo com o objetivo de comparar a qualidade de vida de adultos mais velhos com Alzheimer a residir na comunidade e institucionalizados e definir os fatores que a influenciam, com recurso da Escala de Avaliação da Qualidade de Vida na Doença de Alzheimer, contou com a participação de 200 adultos mais velhos com Alzheimer sendo que, 108 estavam institucionalizados e 92 residiam na comunidade.

No que concerne à escolaridade, as investigações têm consenso de que quanto maior o nível de escolaridade, maior a qualidade de vida no decorrer da doença de Alzheimer. Barbe e os seus colaboradores (2016), relataram que essa correlação pode ser explicada pelo facto de os sujeitos com maiores níveis de escolaridade pertencerem a uma classe socioeconómica superior. Esta conclusão provém de uma investigação com 123 pacientes com diagnóstico de Alzheimer com o objetivo de investigar os fatores que influenciam a qualidade de vida no decorrer da doença, utilizando para o efeito os instrumentos *Dementia Quality of Life*, a Escala de Katz e a Escala de Lawton e Brody. Lima e os seus colaboradores (2020), também obtiveram as mesmas conclusões, num estudo realizado com 158 pacientes com Alzheimer e com o objetivo de analisar a qualidade de vida de pacientes com Alzheimer e verificar quais as variáveis que contribuem para a mesma. Estas conclusões foram obtidas através da utilização do Índice de Barthel e a Escala de Avaliação da Qualidade de Vida na Doença de Alzheimer. Quanto ao sexo, considera-se que o sexo masculino possui uma qualidade de vida superior ao sexo feminino. Lima e colaboradores (2020), consideram que esta tendência pode ser explicada pelo facto de as mulheres possuírem uma esperança média de vida superior, possuírem uma incidência maior de doença de Alzheimer e os sintomas clínicos e de neurodegeneração serem mais rapidamente detetáveis nas mulheres.

Quanto ao tipo de residência, León-Salas e colaboradores (2013), concluíram que a qualidade de vida é superior se os adultos mais velhos com Alzheimer residirem na comunidade, consideram que isso se pode dever ao facto de que os adultos mais velhos

institucionalizados já se encontram num estágio mais avançado da doença e possuem uma maior dependência funcional.

O estado civil dos adultos mais velhos influencia a qualidade de vida dos mesmos. Num estudo de Samus e colaboradores (2005), com o objetivo de determinar de que forma as variáveis neuropsiquiátricas influenciam a qualidade e onde participaram 198 adultos mais velhos com Alzheimer, concluiu-se que ser viúvo era um preditor para uma melhor qualidade de vida, contrariamente a ser casado, divorciado ou solteiro.

Alguns estudos afirmam que quando a qualidade de vida dos adultos mais velhos é avaliada pelos cuidadores, a avaliação resultante é inferior a quando a mesma é realizada pelos próprios. Conde-Sala e os colaboradores (2009), obtiveram este resultado na sua investigação onde participaram 236 pacientes diagnosticados com a doença de Alzheimer e os respetivos cuidadores, com o objetivo de comparar a perceção do paciente e do cuidador acerca da qualidade de vida no decorrer da doença e compreender os fatores sociodemográficos e clínicos que influenciam a qualidade de vida. Os autores consideram que os resultados se podem dever ao facto de a doença e as suas alterações parecerem afetar de maneira mais significativa o cuidador do que o paciente.

### **3. Demências no adulto mais velho**

A demência caracteriza-se pela deterioração das funções cognitivas, físicas e comportamentais ocasionando limitações funcionais nas atividades de vida diária e sociais, podendo originar alterações na personalidade e na capacidade de autonomia (Landeiro et al., 2018; Moyle et al., 2007). É comum que os adultos mais velhos com demência apresentem dificuldades de atenção, comunicação tanto expressiva como recetiva, memória, funcionamento executivo, orientação temporal, tomada de decisão e funcionalidade diária (Moyle et al., 2007). Podem ser destacados alguns fatores que maximizam a possibilidade de desenvolver um quadro demencial, tais como, a depressão, défice de vitamina D e uma idade superior a 80 anos (Santos et al., 2021).

A demência apenas pode ser diagnosticada se existirem múltiplos défices cognitivos, ou seja, além de existirem défices na memória deve existir pelo menos um dos seguintes, afasia, apraxia, gnosia e problemas com o funcionamento executivo (Nunes, 2014).

Nos últimos anos a prevalência das demências nos adultos mais velhos tem aumentado substancialmente, em 2010 existiam cerca de 35,6 milhões de casos em todo mundo e especula-se que em 2030 possa atingir 65,7 milhões de pessoas (Jacqmin-Gadda et al., 2013). Relativamente ao panorama nacional, em 2019 existiam mais de 193 mil e 500 casos de demência (Alzheimer Europe, 2019).

### 3.1. Doença de Alzheimer

A doença de Alzheimer é uma patologia neurodegenerativa insidiosa, progressiva e degenerativa do sistema nervoso central, levando ao comprometimento de regiões cerebrais responsáveis pela cognição e provocando alterações no comportamento (Santana, 2005; Kang et al., 2014). A sua etiologia é, até aos dias de hoje, desconhecida, apenas se sabe que ocorre devido à acumulação de proteínas deformadas no sistema nervoso central, sendo elas proteínas tau com microtúbulos intracelulares e beta amiloide extracelular. Esta acumulação acaba por conduzir à neurodegeneração do hipocampo, do córtex cerebral e causar atrofia cerebral severa (Machado et al., 2020). As manifestações clínicas aparentam estar determinadas por alterações em alguns sistemas de neurotransmissão, tais como défices na atividade colinérgica a nível do neocórtex e do hipocampo (Santana, 2005).

Esta patologia pode ser de 3 tipos, a doença de Alzheimer familiar hereditária dominante que se caracteriza por uma mutação na proteína da amiloide, presenilina 1 ou genes presenilina 2, é pouco comum e representa menos de 1% dos casos, podendo-se manifestar aos 20 anos. A doença de Alzheimer de início precoce manifesta-se, geralmente, em pessoas com menos de 65 anos, e representa menos de 5% dos casos, e a doença de Alzheimer de início tardio, sendo esta a mais comum (DeTure & Dickson, 2019).

Alguns fatores de risco podem estar relacionados com o seu surgimento, sendo eles as doenças vasculares, como a hipertensão, a diabetes e a obesidade, assim como o colesterol cerebral e o metabolismo (Jana et al., 2015; Vally & Kathrada, 2019).

Os sintomas mais comuns evidenciados por esta doença são a perda da capacidade da memória, alterações na linguagem, perda da capacidade de julgamento, sensação de confusão, agitação, disforia, apatia, irritabilidade, comportamento motor disfuncional, delírios, alucinações, desinibição, depressão e distúrbios de sono (Ávila, 2003; Vital et al., 2010).

Com o desenrolar da doença é comum que os adultos mais velhos revelem um decréscimo da sua capacidade funcional levando a uma perda gradual da autonomia, acréscimo das dificuldades para realizar atividades de vida diária acabando por acarretar prejuízos no seu desempenho social, ocupacional e, inclusive na sua qualidade de vida (Santos & Borges, 2015; Stites et al., 2020).

Segundo a OMS (2015), 60% a 70% de todos os casos de demência no mundo são doença de Alzheimer, fazendo com que a mesma assuma um papel de destaque. Em Portugal estima-se que em 2018 estivessem diagnosticadas 140 mil pessoas com doença de Alzheimer e tenham ocorrido 7638 óbitos devido à mesma (Costa et al., 2021). Segundo a Alzheimer

Europe (2019), espera-se que em 2050 os casos de demência em Portugal mais que dupliquem.

### ***3.1.1. Fases da doença de alzheimer***

A literatura sugere que a evolução dos sintomas da doença de Alzheimer divide-se em três fases (leve, moderada e grave), baseando-se no grau de dependência do adulto mais velho e no nível de comprometimento cognitivo (Ely & Grave, 2009).

Numa fase inicial da doença evidenciam-se perdas na memória recente, desorientação no tempo e no espaço, dificuldades na tomada de decisões, falta de iniciativa e motivação, sintomas depressivos, agressividade, falta de interesse por atividades e passatempos que anteriormente gostava (Kojima et al., 2016).

No grau moderado da patologia observam-se principalmente dificuldades nas atividades quotidianas, tais como uma maior recorrência das falhas de memória, esquecimento de factos importantes e de nomes de pessoas que lhe são próximas, incapacidade para viver sozinho, cozinhar, tratar da casa, fazer compras, dependência para a higiene pessoal e autocuidado, problemas de fala, alterações comportamentais e alucinações (Bernard et al., 2016).

Numa fase mais grave verifica-se um decréscimo significativo na capacidade de memorização revelando incapacidade para registar informações, dificuldade ou até incapacidade total para recuperar informações antigas, disfagia, dificuldade em compreender o ambiente circundante e de se orientar dentro de casa, pode existir incontinência urinária e fecal e um aumento dos comportamentos inapropriados (Rieckmann et al., 2016). Existe um grande declínio na capacidade motora levando a que o adulto mais velho tenha dificuldades de locomoção, podendo ser necessário utilizar uma cadeira de rodas ou levando ao acamamento (Knopman et al., 2016).

### ***3.1.2. Diagnóstico na doença de alzheimer***

O diagnóstico da doença de Alzheimer baseia-se numa avaliação detalhada dos domínios cognitivos afetados e do comprometimento funcional do adulto mais velho (McKhann et al., 2011). Pode revelar-se necessário a realização de exames complementares de diagnóstico, principalmente em casos precoces e atípicos (Sevigny et al., 2016). O diagnóstico deve basear-se na entrevista de anamnese, na avaliação neuropsicológica, nos exames laboratoriais e nos exames de neuroimagem.

Na anamnese é pertinente existir um foco nas alterações cognitivas e neuropsiquiátricas mais comuns da doença de Alzheimer (Schilling et al., 2022). Já na avaliação neuropsicológica devem ser utilizados dois subtestes para cada um dos domínios

mais afetados pela doença, para conferir ao diagnóstico uma maior confiabilidade (Jak et al., 2009; Bondi, et al., 2014). Os exames laboratoriais podem ser pedidos para afastar causas secundárias que possam estar a contribuir para o declínio cognitivo. Por fim, a neuroimagem é de extrema importância para descartar lesões secundárias e para identificar padrões de atrofia cerebral característicos da doença de Alzheimer (Schilling et al., 2022).

### **3.1.3. Intervenção na doença de alzheimer**

A intervenção realizada nesta patologia não tem como objetivo a cura, uma vez que, a mesma ainda não foi descoberta, mas sim aliviar os sintomas e retardar o seu avanço.

Pode ser adotado um tratamento farmacológico com medicamentos inibidores da acetilcolinesterase com o objetivo de diminuir o processo de envelhecimento celular e retardar a evolução da doença, apesar de não retardarem a perda neuronal, melhoram significativamente os sintomas cognitivos. Para os sintomas comportamentais e psiquiátricos podem ser utilizados antidepressivos, neurolépticos e ansiolíticos (Carvalho et al., 2016).

Também pode ser realizada intervenção com recurso a algumas terapias como a cognitivo-comportamental, a ocupacional, a musicoterapia e a terapia artística (Madureira et al., 2018). No decorrer da intervenção cognitivo-comportamental podem ser desenvolvidas atividades de estimulação ou de reabilitação cognitiva, existindo evidências de que são muito úteis para retardar a progressão da doença e auxiliar o adulto mais velho na adaptação à sua nova condição de vida reduzindo deste modo a dependência e a consequente sobrecarga sobre o cuidador (Viola et al., 2011).

**3.1.3.1. Grau de funcionalidade.** Os estudos realizados sobre esta temática concluíram que as alterações na capacidade funcional ocorrem desde o início da doença, havendo um agravamento das mesmas com a evolução da gravidade da patologia (Haskel et al., 2017; Lenardt et al., 2011).

Relativamente à idade, Talmelli e os seus colaboradores (2010), realizaram uma investigação com a participação de 67 adultos mais velhos com diagnóstico de Alzheimer, tendo como objetivo analisar a influência do Alzheimer no desempenho das atividades de vida diária, com recurso ao Mini-Exame do Estado Mental e à Medida de Independência Funcional. Não foram encontradas correlações significativas entre a idade e o grau de funcionalidade, o que os autores consideram explicar-se pelo facto de a doença de Alzheimer por si só já provocar o declínio da funcionalidade, independentemente da idade. Tonholi e Oltramari (2017), num estudo realizado com 24 adultos mais velhos com Alzheimer, teve como objetivo constatar a prevalência, o desempenho cognitivo e a funcionalidade dos adultos mais velhos com a doença de Alzheimer a residir em Instituições de Longa

Permanência, obtiveram as mesmas conclusões do estudo mencionada anteriormente. Nesta investigação foram utilizados o Mini-Exame do Estado Mental e a Medida de Independência Funcional para avaliar os participantes. Os autores consideram que estes resultados se podem justificar porque o grau de funcionalidade é influenciado de forma mais acentuada por outros fatores como o nível de escolaridade ou as condições de saúde.

No que concerne ao nível de escolaridade, Talmelli e os seus colaboradores (2010), constataram que a escolaridade possui uma forte influência no grau de funcionalidade. Os autores consideram que estes resultados se devem ao facto de a escolaridade ser um fator protetor para o declínio cognitivo existindo, portanto, um menor comprometimento da capacidade funcional.

Em relação à influência do género, Sinforiani e colaboradores (2010) concluíram que o grau de funcionalidade era inferior no sexo feminino do que no sexo masculino. Estes resultados provieram de uma investigação realizada com 600 adultos mais velhos com Alzheimer, sendo que 214 eram homens e 386 mulheres, tiveram como objetivo identificar se existem diferenças de género na evolução da doença, no grau de autonomia e no desfecho da patologia. Os autores consideram que os resultados obtidos podem ser explicados pelo facto da população feminina da amostra viver na sua maioria sozinha, o que não acontecia com os homens, o que pode levar a uma redução mais rápida da autonomia, mas também devido a alguns fatores biológicos.

No que diz respeito ao nível socioeconómico, o mesmo estudo realizado por Talmelli e colaboradores (2010), refere que o mesmo não possui qualquer interferência com o grau de funcionalidade. Esta falta de relação não é explicada pelos investigadores.

Vários estudos afirmam que quanto maior é o grau de funcionalidade na doença de Alzheimer maior é a qualidade de vida percecionada pelos adultos mais velhos. Conde-Sala e os colaboradores (2009), num estudo com 236 adultos mais velhos com diagnóstico provável de Alzheimer segundo os critérios do DSM-IV e os cuidadores, concluíram que quando o grau de funcionalidade dos adultos mais velhos era considerado aceitável, a qualidade de vida era percecionada como mais satisfatória. Também, Barbe e colaboradores (2016) numa investigação com 123 pacientes com Alzheimer e com o objetivo de investigar os fatores que influenciam a qualidade de vida no decorrer da doença de Alzheimer, chegaram à mesma conclusão. Os investigadores consideram que esta descoberta se pode dever ao facto os adultos mais velhos possuírem uma melhor autoimagem quando são capazes de realizar as pequenas tarefas de vida diária.

Mahoney e Barthel (1965), referem que para o desenvolvimento do seu instrumento que permite avaliar as atividades básicas de vida diária, não se basearam em nenhum modelo teórico concreto para a escolha das atividades que deviam ser incluídas. Sabe-se, portanto que a escala foi desenvolvida de acordo com opiniões de fisioterapeutas, enfermeiros e médicos. Relativamente à escala de Lawton e Brody (1969), ainda não nos foi possível detetar o modelo teórico subjacente à mesma.

#### **4. Cuidadores formais e informais do adulto mais velho**

Para dar resposta às necessidades dos adultos mais velhos tem surgido novas formas de cuidado como é o caso dos cuidadores formais e informais.

Entende-se como cuidador formal todos os profissionais que prestam cuidados de saúde ou sociais no decorrer das suas funções laborais. Na generalidade a força de trabalho é feminina, prestando os seus serviços em hospitais e lares (Erol et al., 2015 cit in. Sobral, 2020).

Por outro lado, os cuidadores informais são, normalmente, pessoas próximas do adulto mais velho que prestam cuidados sem qualquer tipo de remuneração ou vínculo formal. Estes cuidadores assumem a responsabilidade de cuidar de forma espontânea, regular e solitária (Sobral, 2020).

O cuidador informal é normalmente uma pessoa da família que se pode encontrar sozinho a prestar cuidados, ou até pode prestar os cuidados com o apoio do resto da família e dos amigos, contudo é importante ter sempre consciência das suas próprias limitações. Razões de ordem física, prática ou financeira podem ser um impedimento para a prestação de cuidados à pessoa com demência, podendo ser possível articular com os cuidados ao domicílio que são prestados por várias instituições (Guimarães, 2014).

É reconhecido que o cuidador possui uma importante influência na evolução da patologia, nomeadamente na frequência e gravidade dos problemas comportamentais e na deterioração das capacidades funcionais. A sobrecarga dos cuidadores pode levar a que os adultos mais velhos tentem ajudar realizando tarefas para as quais não possuem total capacidade (Melo, 2005).

Cuidar de uma pessoa com diagnóstico de doença de Alzheimer é bem mais complexo e exigente do que cuidar de um adulto mais velho dependente com suas faculdades mentais intactas, visto que, à medida que a doença progride, aumenta também o grau de dependência, exigindo maior atenção do cuidador, envolvendo a convivência diária com agressividade, alterações de comportamento e de humor (Cardoso et al., 2015).

É comum que os cuidadores informais de adultos mais velhos com Alzheimer evidenciem consequências negativas decorrentes do trabalho realizado, mas são os cuidadores informais que revelam maior prevalência de psicopatologia devido ao ato de cuidar (Brigola et al., 2017). Por isso, é importante que os cuidadores possuam apoio profissional e um ambiente onde possam partilhar inseguranças e receios, para atenuar os efeitos adversos decorrentes do ato de cuidar (Martins et al., 2019).

## **5. Metodologia**

### **5.1. Método**

Na vertente metodológica, trata-se de um estudo quantitativo, correlacional e transversal, onde serão utilizadas medidas e métodos padronizados.

Uma investigação quantitativa caracteriza-se por ser um processo sistemático de recolha de dados observáveis e quantificáveis (Fortin et al., 2009). A recolha de dados tem como objetivo testar as hipóteses através da medição numérica e da análise estatística para o estabelecimento de padrões comportamentais (Hernández-Sampieri & Torres, 2018). Este estudo é correlacional, uma vez que pretende verificar a natureza (força e direção) das relações que existem entre as variáveis. Por fim, a natureza transversal da investigação deve-se, ao facto de que os questionários serão aplicados num momento pré-definido e existirá apenas uma aplicação que será realizada no momento presente (Fortin et al., 2009).

### **5.2. Objetivos do estudo**

Para o desenvolvimento do estudo foram delineados vários objetivos. Relativamente ao objetivo geral pretende-se estudar se a qualidade de vida e o grau de funcionalidade nos adultos mais velhos com Alzheimer se relaciona com o tipo de residência (pessoal ou institucional). Quanto aos objetivos específicos foram considerados os seguintes: conhecer a população em estudo relativamente à qualidade de vida, à funcionalidade e às variáveis sociodemográficas; analisar se a qualidade de vida varia em função do tipo de residência, a idade, o sexo, a escolaridade, o estado civil, a composição familiar e o nível socioeconómico; e verificar se a funcionalidade varia em função com o tipo de residência, a idade, o sexo, a escolaridade, o estado civil, a composição familiar e o nível socioeconómico.

### **5.3. Hipóteses do estudo e questão de investigação**

De acordo com a revisão bibliográfica realizada, foram delimitadas hipóteses, tendo em consideração as variáveis em análise.

**H1:** Existe uma relação entre a qualidade de vida e o grau de funcionalidade na doença de Alzheimer, sendo que quanto maior o grau de funcionalidade maior será a qualidade de vida (Barbe et al., 2016; Conde-Sala et al., 2009).

**H2:** A qualidade de vida altera-se quando a avaliação é realizada pelo adulto mais velho ou pelo seu cuidador (Conde-Sala et al., 2009).

**H3:** A qualidade de vida varia em função do tipo de residência, sendo que os adultos mais velhos institucionalizados possuem uma qualidade de vida menor do que os que residem em habitação própria (León-Salas et al., 2013).

**H4:** Existe uma relação entre a qualidade de vida e a idade (León-Salas et al., 2013).

**H5:** A qualidade de vida varia em função do sexo, sendo maior no sexo masculino (Lima et al., 2020).

**H6:** Existe uma relação entre a qualidade de vida e o grau de escolaridade, sendo mais elevada em adultos mais velhos com maior grau de escolaridade (Barbe et al., 2016; Lima et al., 2020).

**H7:** A qualidade de vida varia em função do estado civil, sendo que os adultos mais velhos viúvos apresentam maiores níveis de qualidade de vida (Samus et al., 2005).

**H8:** Não existe uma relação entre o grau de funcionalidade e a idade (Talmelli et al., 2010; Tonholi & Oltramari, 2017).

**H9:** O grau de funcionalidade varia em função do sexo, sendo que as mulheres apresentam uma menor funcionalidade (Sinforiani et al., 2010).

**H10:** O grau de funcionalidade varia em função da escolaridade, sendo que os adultos mais velhos com maior escolaridade apresentam maior nível de funcionalidade (Talmelli et al., 2010).

**H11:** O grau de funcionalidade não varia em função do nível socioeconómico (Talmelli et al., 2010).

Foram também delimitadas algumas questões de investigação:

**Q1:** O grau de funcionalidade dos adultos mais velhos varia em função do estado civil?

**Q2:** O grau de funcionalidade dos adultos mais velhos varia em função da composição familiar?

**Q3:** O grau de funcionalidade dos adultos mais velhos varia em função do tipo de residência?

**Q4:** A qualidade de vida dos adultos mais velhos varia em função da composição familiar?

**Q5:** A qualidade de vida dos adultos mais velhos varia em função do nível socioeconómico?

#### 5.4. Caracterização da amostra

Foi selecionada uma amostra através de um processo de amostragem não probabilística por conveniência. Esta amostragem não é representativa da população, por isso, não permite generalizações apenas permite a realização de inferências e introduz um viés de comunidade. Portanto, os resultados desta amostra apenas se aplicam a si mesmo (Fortin et al. 2009).

**Tabela 1**

*Descrição da amostra*

<i>Variável</i>	<i>Grupos</i>	<i>Frequência</i>	<i>Percentagem (%)</i>
Sexo	Feminino	56	76.7
	Masculino	17	23.3
Tipo de residência	Pessoal	36	49.3
	Institucional	37	50.7
Estado civil	Viúvo/a	58	79.5
	Casado/a	14	19.1
	Solteiro/a	1	1.4
Escolaridade	1º Ciclo	29	39.8
	2º Ciclo	7	9.6
	3º Ciclo	10	13.8
	Ensino Superior	6	8
	Sem escolaridade	21	28.8
Composição Familiar	Descendentes	42	57.5
	Sem retaguarda familiar	15	20.5
	Cônjuge	8	11
	Família afastada	2	2.8
	Cônjuge e descendentes	6	8.2
Idade	64-69	16	21.9
	70-79	23	31.4
	80-89	25	34.2
	90-97	9	12.5
Nível Socioeconómico	Médio	56	76.7
	Alto	17	23.3

A amostra é constituída por 73 adultos mais velhos com diagnóstico de doença de Alzheimer e os seus respetivos cuidadores, sendo que 50.7% residem em lares de acolhimento e 49.3% em habitação própria. Relativamente ao sexo, 76.7% são do género feminino e

23.3% do género masculino, com idades compreendidas entre os 65 e os 97 anos ( $M = 78.74$ ;  $DP = 9.083$ ). No que concerne ao estado civil, 79.5% estão viúvos, 19.1% encontram-se casados e 1.4% é solteiro. Relativamente à escolaridade constatou-se que 28.8% não possuem escolaridade, 39.8% possuem o 1º Ciclo, 9.6% possuem o 2º Ciclo, 13.8% detém o 3º Ciclo e, por fim, 8% possuem o Ensino Superior. Relativamente à composição familiar, 57.5% têm descendentes, 20.5% referem não possuir retaguarda familiar, 11% identificam o cônjuge, 8.2% consideram como retaguarda familiar o cônjuge e os descendentes e 2.8% apenas identificam apenas família afastada. Por fim, 76.7% possuem um nível socioeconómico médio e 23.3% um nível socioeconómico alto.

## **5.5. Instrumentos**

### **5.5.1. *Questionário sociodemográfico***

O questionário sociodemográfico (Anexo 2) é uma medida de autorrelato, construído pela equipa de investigação com o intuito de reunir informações relevantes para o estudo e para a caracterização da amostra. Será constituído por 7 questões que abordarão o tipo de residência (residência própria ou em instituição), o sexo, a idade, a escolaridade, o estado civil, a composição familiar e o nível socioeconómico.

### **5.5.2 *QdV-DA- Escala de avaliação da Qualidade de Vida na doença de Alzheimer***

*(Logsdon et al., 1999, versão adaptada por Bárrios et al., 2013).*

Este instrumento tem como objetivo avaliar a Qualidade de Vida dos pacientes com Alzheimer. É constituído por 13 itens cotados numa escala de Likert de 4 pontos (sendo as categorias possíveis “fraco”, “razoável”, “bom” e “excelente”). Aborda questões como saúde física, energia, humor, condições de vida, memória, família, casamento (ou relação afetiva preferencial), amizade, sentimento consigo próprio, capacidade de realizar tarefas em casa ou atividades lúdicas, capacidade económica e vida como um todo. É aplicado ao adulto mais velho com Alzheimer na fase inicial como uma entrevista, seguindo um guião pré-definido e ao seu cuidador principal em formato de questionário, sendo pedido ao mesmo que responda aos itens tendo em consideração a sua perceção sobre como o adulto mais velho se sente em relação à sua qualidade de vida (Logsdon et al, 1999).

O preenchimento é simples, sendo o tempo estimado de resposta entre 10 a 15 minutos para o adulto mais velhos e de 5 minutos para o seu cuidador. A cotação é obtida através do somatório de todos os itens sendo a pontuação mínima 13 e máxima 52. Podem ser analisadas as cotações individuais das escalas ou realizar-se uma classificação conjunta, sendo para isso efetuada uma ponderação de 2 para a escala do doente e de 1 para a escala do

cuidador. Em caso de não ser possível a aplicação ao doente pode ser aplicada apenas ao cuidador (Logsdon et al., 1999).

Esta escala apresenta uma consistência interna satisfatória com um valor de alfa de Cronbach de .9 para o adulto mais velho e de .86 para o cuidador (Bárrios et al., 2013). Nesta investigação foi obtido um valor de consistência interna muito satisfatório para ambas as versões da escala, com valores de alfa de Cronbach de .9 na versão do adulto mais velho e de .9 na versão do cuidador.

### **5.5.3. Escala de Lawton e Brody** (*Lawton & Brody, 1969, versão adaptada por Araújo et al., 2007b*).

Foi construída com o objetivo de avaliar a funcionalidade nas atividades instrumentais de vida diária. Avalia 8 atividades instrumentais da vida diária, sendo elas usar telefone, fazer compras, preparação da alimentação, lida da casa, lavagem da roupa, uso de transportes, preparar medicação e gerir o dinheiro. É constituída por 16 itens, cada item dispõe de 3, 4 ou 5 níveis de dependência, sendo cada uma pontuada de 1 a 3, 1 a 4 ou 1 a 5, correspondendo a maior pontuação a um maior grau de dependência. A pontuação varia de 8 a 30 pontos, com os seguintes pontos de corte 8 pontos- independente; 9 a 20 pontos moderadamente dependente; 20 pontos ou mais (Sequeira, 2007).

Este instrumento demonstra uma boa consistência interna revendo um alfa de Cronbach de .92 (Sequeira, 2007). Na presente investigação obteve-se uma consistência interna muito satisfatória com um valor de alfa de Cronbach de .9.

### **5.5.4. Índice de Barthel** (*Mahoney & Barthel, 1965, versão adaptada por Araújo et al., 2007a*).

Avalia o grau de independência dos adultos mais velhos na realização de 10 atividades básicas de vida, sendo elas comer, higiene pessoal, uso dos sanitários, tomar banho, vestir e despir, controlo de esfíncteres, deambular, transferência da cadeira para a cama, subir e descer escadas, sendo todas as questões de resposta fechada (Mahoney & Barthel, 1965).

Cada atividade dispõe de 2 a 4 níveis de dependência variando a cotação entre 0 e um valor máximo que pode variar entre 5, 10 ou 15 pontos. Assim sendo, o valor mínimo (0) indica dependência total do adulto mais velho numa dada atividade e o valor máximo indica independência total do adulto mais velho. Relativamente à cotação a mesma varia entre 0 a 100 pontos, sendo que quanto mais próximo de 100 for a pontuação do adulto mais velho maior o grau de independência (Araújo et al., 2007).

No que concerne à fidelidade este instrumento registou um valor de .96 de alfa de Cronbach, o que significa uma fidelidade elevada (Araújo et al., 2007). Nesta investigação o

alfa de Cronbach assume o valor de .9, o que revela uma consistência interna muito satisfatória.

Para esta investigação foram selecionados três instrumentos, com o intuito de analisar as variáveis principais em estudo, sendo elas a qualidade de vida e o grau de funcionalidade. Assim sendo, o instrumento Escala de Avaliação da Qualidade de Vida na Doença de Alzheimer debruça-se sobre a percepção que os adultos mais velhos detêm acerca da sua qualidade de vida e sobre a percepção que os cuidadores possuem acerca da qualidade de vida dos adultos mais velhos. Por outro lado, a Escala de Lawton e Brody acede ao grau de funcionalidade dos adultos mais velhos nas atividades instrumentais de vida diária, enquanto que o Índice de Barthel avalia a funcionalidade das atividades básicas de vida diária. Considerou-se pertinente para este estudo analisar a funcionalidade nos dois tipos de atividades de vida diária, para que se possam retirar conclusões mais abrangentes.

## **5.6. Procedimento**

Inicialmente, foi efetuada uma ampla pesquisa bibliográfica acerca do tema com o intuito de selecionar as variáveis principais e sociodemográficas do estudo. Todos os instrumentos foram escolhidos tendo em consideração as suas propriedades psicométricas e a forma com que abordavam as variáveis escolhidas. De seguida, foram demarcados os objetivos geral e específicos, as hipóteses e questões de investigação.

Para o desenvolvimento da investigação foi pedida autorização de utilização dos instrumentos pretendidos aos autores, tendo obtido resposta afirmativa. Foram redigidos os consentimentos informados (Anexo 3) para que os participantes participassem de forma livre e informada na investigação.

A recolha de dados foi realizada pela investigadora no decorrer do mês de janeiro e fevereiro presencialmente em algumas instituições de acolhimento residencial para adultos mais velhos e em residências de adultos mais velhos com diagnóstico de Alzheimer no Norte do país. Com o intuito de garantir a confidencialidade de todos os dados, a recolha foi sempre realizada em ambiente sereno e onde apenas se encontrava o participante e a investigadora, sendo que apenas se prosseguia com a recolha após a aceitação e assinatura do consentimento informado. Anteriormente solicitou-se no mês de dezembro às instituições autorização (Anexo 4) para que nos seja permitida a recolha de dados junto dos utentes das mesmas.

Após a recolha dos dados procedeu-se à análise estatística dos mesmos com recurso ao *IBM SPSS* versão 28, realizando-se posteriormente a redação e discussão dos resultados.

## 6. Resultados

Neste ponto serão apresentados os resultados relacionados com as variáveis principais sendo elas a qualidade de vida e o nível de funcionalidade na doença de Alzheimer, associando estas com as variáveis sociodemográficas presentes no estudo sendo estas, o tipo de residência, a idade, o sexo, a escolaridade, o estado civil, a composição familiar e o nível socioeconómico. Com recurso ao programa *IBM SPSS Statistics* versão 28 estas variáveis foram alvo da análise da normalidade de Shapiro-Wilk, de modo a perceber se a amostra seguia uma distribuição normal ( $p > .05$ ) ou não ( $p < .05$ ). Constatou-se que a todas as variáveis seguem uma distribuição normal com exceção da qualidade de vida (Anexo 5). Desta forma foram utilizados testes paramétricos como o *Teste t de Student* e a *ANOVA* de um fator e testes não paramétricos com o *Kruskal-Wallis*, o *U de Mann-Whitney* e o teste de correlação de *Spearman*.

A interpretação da intensidade da relação foi efetuada através dos critérios *d* de Cohen em que um coeficiente entre .10 e .29 tem baixa magnitude, um entre .30 e .49 tem magnitude moderada e um entre .50 e 1.0 tem uma magnitude elevada (Cohen, 1988, citado em Pallant, 2007).

### 6.1. Qualidade de vida e nível de funcionalidade na doença de Alzheimer

Foi utilizado o teste de *Kruskal-Wallis*, uma vez que a variável qualidade de vida, não segue uma curva normal e não se afigura possível a realização de uma correlação visto que, a variável grau de funcionalidade é do tipo nominal. Assim, há diferenças significativas entre a percepção da qualidade de vida e o grau de funcionalidade na doença de Alzheimer, tanto nas atividades básicas como nas atividades instrumentais de vida diária ( $\chi^2 = 27.192$ ,  $p = .001$ ;  $\chi^2 = 21.663$ ,  $p = .001$ ). Analisando o posto médio, podemos verificar que nas atividades básicas de vida diária a qualidade de vida é muito superior quando os adultos mais velhos são independentes (PM = 58.03) do que quando são totalmente dependentes (PM = 15.89). A mesma tendência se verifica nas atividades instrumentais de vida diária, a percepção da qualidade de vida vai diminuindo em função da perda de independência.

**Tabela 2***Relação entre a qualidade de vida e o grau de funcionalidade*

	Independente	Totalmente Dependente	Kruskal-Wallis		
	PM	PM	$\chi^2$	gl	p
Atividades Básicas de Vida Diária	58.03	15.89	27.192	3	.001*
Atividades Instrumentais de Vida Diária	61.00	29.92	21.663	2	.001*

\*p&lt;.05

Nota. PM = Posto Médio;  $\chi^2 = H$  de Kruskal-Wallis; gl = Graus de liberdade; p = significância estatística

### 6.2. Perceção da qualidade de vida do adulto mais velho e do seu cuidador

Foi utilizado o teste U de *Mann-Whitney*, para avaliar as diferenças entre a perceção da qualidade de vida do adulto mais velho e do seu cuidador, foram encontradas diferenças significativas entre a perceção da qualidade quando avaliada pelos adultos mais velhos (U = 472.000, p = .032) e quando avaliada pelos seus cuidadores (U = 326.000, p = .001). Tal como consta na tabela 3, foi possível observar que existe uma tendência para que o cuidador avalie de forma menos positiva a qualidade de vida do adulto mais velho quando este se encontra a residir numa instituição (OM = 27.81, OM = 31.76). No entanto, a tendência inverte-se quando o adulto mais velho reside em habitação própria (OM = 46.44, OM = 42.39).

**Tabela 3***Diferenças entre a perceção da qualidade de vida do adulto mais velho e do seu cuidador*

	Pessoal	Institucional	Mann-Whitney		
	OM	OM	U	Z	p
QoL-AD- versão adulto mais velho	42.39	31.76	472.000	-2.145	.032*
QoL-AD- versão cuidador	46.44	27.81	326.000	-3.760	.001*

\*p&lt;.05

Nota. OM = Ordem Média; U = U de Mann-Whitney; p = significância estatística

### 6.3. Qualidade de vida na doença de Alzheimer e as variáveis sociodemográficas

Foi utilizado o teste U de *Mann-Whitney* para avaliar se existe variação entre a qualidade de vida e o tipo de residência, sexo e nível socioeconómico. Relativamente ao tipo de residência, foram encontradas diferenças significativas entre a perceção da qualidade de vida dos adultos mais velhos que se encontram a residir em habitação própria e que se encontram institucionalizados (Z = -2.145, p = .032). Também é visível que os adultos mais velhos que

se encontram acolhidos numa estrutura residencial (OM = 31.76) percebem a sua qualidade de vida de forma inferior do que os que se encontram a residir em habitação própria (OM = 42.39).

No que concerne ao sexo, não foi encontrada evidência estatística que corrobora a premissa de que a qualidade de vida varia em função do género dos sujeitos ( $Z = -.928$ ,  $p = .353$ ). A qualidade de vida dos adultos mais velhos não varia em função do género, no entanto, o género feminino (OM = 38.27) possui valores superiores na avaliação da qualidade de vida em comparação com o género masculino (OM = 32.82).

No que se refere ao nível socioeconómico, foi possível constatar que não existe evidência estatística suficiente para concluir que o nível socioeconómico dos adultos mais velhos varia em função da sua qualidade de vida ( $Z = -.360$ ,  $p = .719$ ). O que significa que, a qualidade de vida não varia em função do nível socioeconómico dos adultos mais velhos. No entanto, pode-se concluir que os adultos mais velhos que se enquadram no nível socioeconómico médio (OM = 37.49) possuem uma percepção de qualidade de vida superior do que os que se situam no nível socioeconómico alto (OM = 35.38).

#### **Tabela 4**

*Diferenças entre a qualidade de vida do adulto mais velho e o tipo de residência, género e o nível socioeconómico*

		<i>Mann-Whitney</i>		
		OM	Z	p
Tipo de residência	Pessoal	42.39	-2.145	.032*
	Institucional	31.76		
Género	Feminino	38.27	-.928	.353
	Masculino	32.82		
Nível socioeconómico	Médio	37.49	-.360	.719
	Alto	35.38		

\* $p < .05$

Nota. OM = Ordem Média; U = U de Mann-Whitney; p = significância estatística

Para analisar a relação entre a qualidade de vida e a idade dos adultos mais velhos foi utilizado o teste de correlação de *Spearman*. Foi possível constatar que as duas variáveis possuem uma correlação negativa fraca ( $\rho = -.347$ ,  $p = .003$ ). Isto significa que quando a idade dos adultos mais velhos aumenta, a qualidade de vida tende a diminuir.

**Tabela 5***Relação entre a qualidade de vida e a idade*

	Spearman		
	rho	p	N
Idade	-.347	.003*	73

\*p&lt;.05

Nota.  $r_s$  = magnitude do coeficiente de Spearman;  $p$  = significância estatística

Com o intuito de analisar a existência de relação entre a qualidade de vida e as variáveis nível de escolaridade, estado civil e composição familiar, foi utilizado o teste de *Kruskal-Wallis*. Relativamente ao grau de escolaridade, não existe evidência estatística suficiente de que possui influência na qualidade de vida dos adultos mais velhos ( $\chi^2 = 8.713$ ,  $p = .069$ ). Ou seja, o nível de escolaridade não altera a percepção acerca da sua qualidade de vida que os adultos mais velhos possuem. No entanto, é possível observar que os adultos mais velhos com o 3º ciclo de escolaridade (PM = 50.59) possuem uma percepção da qualidade de vida superior aos restantes.

**Tabela 6***Diferenças entre a qualidade de vida e o grau de escolaridade, estado civil e a composição familiar*

		<i>Kruskal-Wallis</i>			
		PM	$\chi^2$	gl	p
Grau de escolaridade	Sem estudos	39.64	8.713	4	.069*
	1º ciclo	30.57			
	2º ciclo	29.00			
	3º ciclo	50.59			
	Ensino Superior	41.92			
Estado civil	Solteiro/a	9.50	2.153	2	.341*
	Casado/a	34.00			
	Viúvo/a	38.20			
Composição familiar	Cônjuge	48.00	9.799	4	.044
	Descendentes	35.00			
	Família alargada	38.32			
	Cônjuge e descendentes	15.33			
	Sem retaguarda familiar	42.57			

\*p&gt;.05

Nota. PM = Posto Médio;  $\chi^2$  = valor do teste de *Kruskal-Wallis*; gl = graus de liberdade;  $p$  = significância estatística

Quanto ao estado civil, foi possível verificar que não influencia a qualidade de vida dos adultos mais velhos ( $\chi^2 = 2.153$ ,  $p = .341$ ). Portanto, conclui-se que o estado civil que os adultos mais velhos possuem não detém influência sobre a sua percepção acerca da sua

qualidade de vida. Podemos observar mesmo assim que, os adultos mais velhos que se encontram viúvos possuem uma avaliação mais positiva da qualidade de vida (PM = 38.20) do que os restantes.

No que concerne à composição familiar, existe evidência estatística suficiente para concluir que detém influência sobre a qualidade de vida dos adultos mais velhos ( $\chi^2 = 9.799$ ,  $p = .044$ ). A percepção da qualidade de vida é superior nos adultos mais velhos que ainda possuem a companhia do cônjuge do que nos restantes (PM = 48.00).

#### 6.4. Grau de funcionalidade na doença de Alzheimer e variáveis sociodemográficas

Para analisar o efeito do sexo, do nível socioeconómico e do tipo de residência no grau de funcionalidade dos adultos mais velhos, foi utilizado o *teste t de Student*. No que concerne ao sexo, existe evidência estatística de que não existem diferenças tanto com as atividades básicas ( $t = -1.530$ ,  $p = .079$ ) como com as atividades instrumentais ( $t = -.505$ ,  $p = .275$ ). Isto significa que, o sexo não tem influência no grau de funcionalidade dos adultos mais velhos.

Relativamente ao nível socioeconómico, a evidência estatística mostra que se não se revelam diferenças entre as atividades básicas ( $t = -.012$ ,  $p = .704$ ) e as atividades instrumentais ( $t = .062$ ,  $p = .538$ ). Ou seja, o nível socioeconómico não tem qualquer efeito sobre o grau de funcionalidade dos adultos mais velhos.

Relativamente ao tipo de residência, existe evidência estatística suficiente de que não se verificam diferenças nas atividades básicas ( $t = 5.142$ ,  $p = .112$ ), mas existem diferenças nas atividades instrumentais ( $t = 325.225$ ,  $p = .001$ ). Assim sendo, os adultos mais velhos não são mais nem menos independentes nas atividades básicas de vida diária em função do seu tipo de residência. No entanto, os adultos mais velhos são mais independentes nas atividades instrumentais de vida diária quando residem em habitação própria do que quando se encontram institucionalizados.

**Tabela 7**

*Relação entre o grau de funcionalidade e o sexo, nível socioeconómico e tipo de residência*

		Teste t de student		
		T	gl	p
Género	ABVD	-1.530	72	.079
	AIVD	-.505	72	.275
Nível socioeconómico	ABVD	-.012	72	.704
	AIVD	.062	72	.538
Tipo de residência	ABVD	5.142	72	.112
	AIVD	6.404	72	.001*

\* $p < .05$

Nota.  $T$  = Valor do teste T de Student;  $gl$  = *graus de liberdade*;  $p$  = significância estatística; ABVD = atividades básicas de vida diária; AIVD = atividades instrumentais de vida diária

Foi utilizada uma ANOVA para verificar se existem diferenças entre o nível de funcionalidade e a escolaridade, o estado civil, a composição familiar e a idade. Com referência ao nível de escolaridade dos adultos mais velhos, existe evidência estatística suficiente para aferir que não existem diferenças entre as atividades instrumentais ( $F = 1.102$ ,  $p = .407$ ), nem nas atividades básicas ( $F = .170$ ,  $p = .953$ ). Recorrendo ao teste de comparações múltiplas de Gabriel, não foram encontradas diferenças significativas entre grupos no grau de funcionalidade. Assim sendo, conclui-se que os adultos mais velhos não são mais nem menos independentes em função do nível de escolaridade que possuem.

No que diz respeito ao estado civil, existe fundamento estatístico que possibilita afirmar que a existência de diferenças significativas com as atividades básicas ( $F = 3.897$ ,  $p = .025$ ), no entanto, o mesmo não se verifica nas atividades instrumentais ( $F = .392$ ,  $p = .677$ ). Recorrendo ao teste de comparações múltiplas de Gabriel, não foram encontradas diferenças significativas entre grupos no grau de funcionalidade. Assim sendo, conclui-se que nas atividades básicas de vida diária os adultos mais velhos que se encontram casados possuem um maior grau de dependência do que os que se encontram viúvos. Já nas atividades instrumentais de vida diária, não se encontram diferenças no grau de dependência entre os dois grupos.

Sobre a composição familiar, foi possível constatar que se verificam diferenças entre as atividades básicas ( $F = 4.774$ ,  $p = .002$ ), no entanto o mesmo não se verifica nas atividades instrumentais ( $F = 2.040$ ,  $p = .098$ ). Recorrendo ao teste de Gabriel, verificam-se diferenças estatisticamente significativas nas atividades básicas de vida diária entre o grupo que possui a família alargada e os que possuem o cônjuge e os descendentes como retaguarda familiar ( $DM = -1.714$ ;  $p = .001$ ) e o grupo que possui os descendentes como retaguarda e o que possui o cônjuge e os descendentes ( $DM = -1.200$ ,  $p = .010$ ). Conclui-se deste modo que, os adultos mais velhos que possuem os cônjuges e descendentes como família alargada possuem um grau de dependência superior aos restantes nas atividades de vida diária. Já os que possuem a família alargada apresentam um grau de independência superior aos restantes. Nas atividades instrumentais de vida diária, não existe evidência de que o tipo de retaguarda familiar influencie o grau de dependência ou independência dos adultos mais velhos.

**Tabela 8**

*Relação entre o grau de funcionalidade e o nível socioeconómico, estado civil, composição familiar e idade*

ANOVA			
		F	p
Nível de escolaridade	ABVD	1.012	.407
	AIVD	.170	.953
Estado Civil	ABVD	3.897	.025*
	AIVD	.392	.677
Composição familiar	ABVD	4.774	.002*
	AIVD	2.040	.098
Idade	ABVD	1.111	.371
	AIVD	.579	.940

\* $p < .05$

Nota.  $F$  = Valor do teste ANOVA;  $p$  = significância estatística; ABVD = atividades básicas de vida diária; AIVD = atividades instrumentais de vida diária

Quanto à idade, não se encontrou evidência estatística suficiente que comprove a existência de diferenças entre as variáveis, tanto nas atividades básicas ( $F = 1.111$ ,  $p = .371$ ) como nas atividades instrumentais ( $F = .579$ ,  $p = .940$ ). Recorrendo ao teste de comparações múltiplas de Gabriel, não foram encontradas diferenças significativas entre grupos no grau de funcionalidade. Optou-se pela realização de um teste ANOVA, porque a variável grau de funcionalidade impossibilitava a realização de uma correlação. Assim sendo, conclui-se que a idade não tem qualquer efeito no grau de funcionalidade dos adultos mais velhos, seja nas atividades básicas de vida diária ou nas atividades instrumentais de vida diária.

## 7. Discussão Dos Resultados

O objetivo desta investigação consistiu em estudar se a qualidade de vida e o grau de funcionalidade nos adultos mais velhos com Alzheimer são influenciados por um conjunto de variáveis sociodemográficas. Neste sentido, a discussão dos resultados encontra-se estruturada de acordo com as hipóteses estabelecidas no presente estudo.

Ao analisar se existe uma relação entre a qualidade de vida e o grau de funcionalidade dos adultos mais velhos com Alzheimer, os resultados demonstram que esta relação se verifica, na proporção em que, quanto maior o grau de funcionalidade dos adultos mais velhos, maior a percepção que possuem acerca da sua qualidade de vida. Deste modo a hipótese 1 “: Existe uma relação entre a qualidade de vida e o grau de funcionalidade na doença de Alzheimer, sendo que quanto maior o grau de funcionalidade maior será a qualidade de vida.” encontra-se totalmente validada. Este resultado vai de encontro ao

esperado, uma vez que, com o declínio da funcionalidade verifica-se nos adultos mais velhos uma perda de autonomia para todas as atividades, acabando por não conseguir realizar inclusive atividades geradoras de prazer e bem-estar, o que impacta diretamente a percepção da qualidade de vida.

A conclusão obtida está totalmente de acordo com a literatura, uma vez que, tanto Barbe e os seus colaboradores (2016) e Conde-Sala e os seus colaboradores (2009), concluíram que o grau de funcionalidade parece afetar a percepção de qualidade de vida dos adultos mais velhos. Assim, quanto maior o grau de funcionalidade, maior a percepção que os adultos mais velhos possuem acerca da sua qualidade de vida.

A segunda hipótese deste estudo, pretendia verificar se a percepção sobre a qualidade de vida do adulto mais velho se altera em função do avaliador, ou seja, se existem diferenças na percepção da qualidade de vida quando esta é avaliada pelo adulto mais velho e pelo seu cuidador. Os resultados confirmam a existência de diferenças na percepção da qualidade de vida em função do avaliador, validando assim a hipótese 2 “A percepção da qualidade de vida altera-se quando a avaliação é realizada pelo adulto mais velho ou pelo seu cuidador.”. Foi ainda possível verificar que, em meio institucional a tendência é para que a percepção acerca da qualidade de vida seja inferior quando avaliada pelo cuidador, enquanto que quando o adulto mais velho reside em habitação própria, a tendência inverte-se. A literatura está de acordo com esta tese, concordando que a percepção da qualidade de vida pode ser mais ou menos satisfatória em função do avaliador (Conde-Sala et al., 2009).

Estes resultados estão de acordo com o expectável, na medida em que, nas estruturas residenciais para idosos onde se efetuou a recolha de dados, os adultos mais velhos eram diariamente acompanhados em todas as atividades por um cuidador, levando a que o mesmo tenha percepção de todas as fragilidades do adulto mais velho. Por outro lado, os cuidadores dos adultos mais velhos que residiam em habitação própria apenas tinham contacto com os mesmos algumas horas por dia, não tendo assim, a percepção real acerca das dificuldades sentidas nas restantes alturas do dia.

No que se refere à hipótese 3 “A qualidade de vida varia em função do tipo de residência, sendo que os adultos mais velhos institucionalizados possuem uma qualidade de vida menor do que os que residem em habitação própria.” os dados encontrados confirmam-na totalmente. Assim sendo, a qualidade de vida é influenciada pelo tipo de residência dos adultos mais velhos, na medida em que, a qualidade de vida é superior quando residem em habitação própria do que quando se encontram institucionalizados. Isto pode ser explicado pelo facto de, quando são institucionalizados os adultos mais velhos perdem, na maioria das

vezes, contacto com o círculo de amizades, deixam para trás animais de estimação e rotinas/atividades que anteriormente realizavam, fazendo com que avaliem a sua qualidade de vida de forma mais negativa quando comparada com os que residem em habitação própria. Apesar de neste estudo não ter sido recolhida informação acerca do estágio da doença de Alzheimer em que se encontram os participantes, esta tendência pode ser explicada devido aos adultos mais velhos institucionalizados estarem a vivenciar uma fase mais avançada da doença, o que acarreta um maior prejuízo nas suas capacidades.

Estes achados estão de acordo com a literatura, que sugere uma influência do tipo de residência dos adultos mais velhos na sua qualidade de vida. Na medida em que, a qualidade de vida será inferior quando os adultos mais velhos se encontram institucionalizados, do que quando residem na comunidade. Os autores justificam estas conclusões pelo facto de os adultos mais velhos que se encontram institucionalizados já se encontrarem numa fase mais avançada da doença de Alzheimer (León-Salas et al., 2013).

Foram encontradas evidências estatísticas suficientes para se sustentar a premissa de que, a idade detém algum efeito sobre a qualidade de vida, na medida em que, com o aumento da idade observa-se um decréscimo na qualidade de vida. Desta forma, valida-se integralmente a hipótese 4 “Existe uma relação entre a qualidade de vida e a idade.”. Com o avançar da idade, pressupõe-se um maior desgaste físico e mental dos adultos mais velhos, o que acarreta inevitavelmente uma perceção menos positiva da sua qualidade de vida em comparação com os sujeitos mais jovens. Também, apesar de não ter sido recolhida informação acerca do estágio na doença de Alzheimer em que se encontravam os adultos mais velhos, pode entender-se que com o avançar da idade, a doença também se encontrará mais avançada, o que levará a que a qualidade de vida seja inferior devido aos sintomas inerentes. León-Salas e os seus colaboradores (2013), referiram uma relação entre a idade e a qualidade de vida, apesar de salientarem que a mesma era muito fraca, não sendo desse modo significativa. Neste estudo, a relação encontrada é fraca, mas estatisticamente significativa.

Relativamente à hipótese 5 “A qualidade de vida varia em função do sexo, sendo maior no sexo masculino.” os dados obtidos neste estudo não a validam. Apesar de não existir uma relação significativa, observa-se a tendência contrária à expressa na hipótese, ou seja, a qualidade de vida é superior no sexo feminino em comparação com o sexo masculino. As características da amostra podem explicar a inexistência de relação e a tendência assumida, uma vez que, apenas 23.3% dos participantes são do sexo masculino, uma vez que, nas investigações sobre o tema a discrepância entre ambos os sexos era muito inferior à registada neste estudo. Assim sendo, haveria a possibilidade de se obter um resultado diferente caso a

amostra fosse mais equilibrada nesta variável. Estes resultados não são congruentes com a literatura, na medida em que, no que diz respeito ao sexo, Lima e os seus colaboradores (2020) concluíram que a qualidade de vida é influenciada pelo sexo, sendo superior no sexo masculino do que no feminino.

Ao analisar a relação entre o nível de escolaridade e a qualidade de vida dos adultos mais velhos com Alzheimer, os resultados demonstram que não existe relação entre ambas as variáveis. No entanto, é possível verificar-se que os adultos mais velhos que possuem o 3.º ciclo uma perceção de qualidade de vida superior aos restantes níveis de escolaridade. Deste modo, não se encontra confirmada a hipótese 6 “Existe uma relação entre a qualidade de vida e o grau de escolaridade, sendo mais elevada em adultos mais velhos com maior grau de escolaridade”. Estes achados podem ser explicados por nenhum ciclo de estudos possuir um número representativo de participantes neste estudo, não sendo nenhum representado por um número superior a 30 participantes, podendo deste modo, existir algum viés no teste estatístico aplicado.

Assim sendo, estas conclusões não se encontram de acordo com a literatura, uma vez que, existe um consenso de que a qualidade de vida é superior nos adultos mais velhos que possuem níveis de escolaridade superior (Barbe et al., 2016; Lima et al., 2020).

Relativamente à hipótese 7 “A qualidade de vida varia em função do estado civil, sendo que os adultos mais velhos viúvos apresentam maiores níveis de qualidade de vida”, não se encontrou evidências que permitissem sustentá-la. No entanto, observa-se uma tendência para que os adultos mais velhos que se encontram viúvos possuam uma maior qualidade de vida. Estes resultados podem ser explicados pelo facto de a amostra ser constituída na sua maioria por adultos mais velhos viúvos (79.5%), enquanto que a representatividade de solteiros e casados é muito diminuta, o que pode levar a uma dificuldade na identificação de uma relação.

Deste modo, estes achados contrariam a literatura, uma vez que, Samus e os seus colaboradores (2005), verificaram que o estado civil influencia a qualidade de vida dos adultos mais velhos. Acrescentando ainda, que quando os mesmos se encontravam viúvos possuem uma qualidade de vida superior aos restantes.

Os resultados revelam que o grau de funcionalidade não é influenciado pela idade dos adultos mais velhos, portanto confirma a hipótese 8 “Não existe uma relação entre o grau de funcionalidade e a idade”. Estas conclusões podem ser explicadas tendo em consideração que, a doença de Alzheimer provoca um declínio no grau de funcionalidade dos adultos mais velhos independentemente da sua idade. Assim sendo, este estudo vai de encontro aos

achados existentes na literatura, uma vez que, todos os estudos afirmam que a idade não detém qualquer tipo de influência sobre o grau de funcionalidade dos adultos mais velhos (Talmelli et al., 2010; Tonholi & Oltramari, 2017).

As conclusões relativamente à influência do sexo no grau de funcionalidade dos adultos mais velhos são de que, não há qualquer tipo de influência, refutando assim a hipótese 9 “O grau de funcionalidade varia em função do género, sendo que as mulheres apresentam uma menor funcionalidade”. Estas conclusões podem ser contextualizadas na medida em que o sexo masculino possui uma representatividade muito reduzida nesta amostra (23.3%), o que pode enviesar os resultados obtidos no teste estatístico. Portanto, estes dados não são coincidentes com os encontrados na literatura, visto que Sanforiani e os seus colaboradores demonstraram que o sexo tem efeito sobre o grau de funcionalidade dos adultos mais velhos, apresentando o sexo masculino um maior grau de funcionalidade quando comparado com o sexo feminino.

No que se refere à hipótese 10 “O grau de funcionalidade varia em função da escolaridade, sendo que os adultos mais velhos com maior escolaridade apresentam maior nível de funcionalidade”, os dados obtidos não a validam. Na medida em que, se verificou que o grau de funcionalidade não se altera em função da escolaridade dos adultos mais velhos, não se observando nenhum ciclo de estudos que se destaque a este nível. Estes resultados não vão de encontro ao esperado, podendo ser explicados pela baixa representatividade de todos os ciclos de estudos, nenhum deles apresentando frequências superiores a 30. Assim sendo, estas conclusões não estão de acordo com a literatura, visto que Talmelli e os seus colaboradores (2010), constataram que o nível de escolaridade detém uma forte influência no grau de funcionalidade, uma vez que, é um fator de proteção para o declínio cognitivo.

Acerca da última hipótese definida para este estudo, “O grau de funcionalidade não varia em função do nível socioeconómico”, os achados deste estudo corroboram-na integralmente. Comprovou-se que, o nível socioeconómico dos adultos mais velhos não influenciava de forma alguma o seu desempenho nas atividades básicas e instrumentais de vida diária. Sendo assim, um resultado expectável, visto que, a capacidade económica em nada determinada a evolução da doença de Alzheimer, nem tão pouco, a capacidade funcional dos adultos mais velhos. Estes achados estão totalmente de acordo com a literatura, que nos sugere que o nível socioeconómico não exerce qualquer efeito sobre a capacidade funcional dos adultos mais velhos (Talmelli et al., 2010).

Relativamente à questão de investigação 1 “O grau de funcionalidade dos adultos mais velhos varia em função do estado civil?”, quando analisado se o grau de funcionalidade varia

em função do estado civil, constatou-se que o grau de funcionalidade nas atividades básicas de vida diária varia em função do estado civil dos adultos mais velhos, não se verificando essa influência no grau de funcionalidade nas atividades instrumentais de vida diária. Deste modo, concluiu-se que os adultos mais velhos que se encontram casados possuem um menor grau de funcionalidade do que os restantes.

Apurou-se que a composição familiar detém efeitos no grau de funcionalidade dos adultos mais velhos nas atividades básicas de vida diária, mas o mesmo efeito não se verifica no grau de funcionalidade nas atividades instrumentais de vida diária. Atribuindo assim, uma resposta parcialmente afirmativa à questão de investigação 2 “O grau de funcionalidade dos adultos mais velhos varia em função da composição familiar?”. Além do mais, constatou-se ainda que os adultos mais velhos que possuem os cônjuges e descendentes como família alargada possuem um grau de dependência superior aos restantes nas atividades básicas de vida diária. Já os que possuem a família alargada apresentam um grau de independência superior aos restantes.

Em relação à questão de investigação 3 “o grau de funcionalidade dos adultos mais velhos varia em função do tipo de residência?” Constatou-se que o grau de funcionalidade nas atividades básicas de vida diária não se altera em função do tipo de residência dos adultos mais velhos, mas verifica-se o contrário nas atividades instrumentais de vida diária. De salientar que, os adultos mais velhos que residem em habitação própria evidenciam-se com um grau de funcionalidade superior nas atividades instrumentais de vida diária do que os que se encontram institucionalizados. Estes resultados podem explicar-se pelo facto de quando ocorre a institucionalização, os adultos mais velhos deixam de exercer as atividades domésticas de manutenção da habitação, passando esse encargo para instituição, deste modo acaba por se verificar um declínio nas competências necessárias para o desempenho das tarefas, resultando num maior grau de dependência.

No que se refere à questão de investigação 4 “a qualidade de vida dos adultos mais velhos varia em função da composição familiar?” Verificou-se que a qualidade de vida dos adultos mais velhos varia em função da composição familiar. Sendo que, a qualidade de vida é superior nos adultos mais velhos que ainda possuem a companhia do cônjuge do que nos restantes. O que pode ser explicado pelo aumento do sentimento de solidão após a perda do cônjuge, visto que os adultos mais velhos perdem o companheiro de vida e muitas das vezes as visitas dos familiares são muito raras.

Relativamente à questão de investigação 5 “a qualidade de vida dos adultos mais velhos varia em função do nível socioeconómico?” Verificou-se que a qualidade de vida dos

adultos mais velhos não se altera em função do seu nível socioeconómico. De salientar, a importância reduzida que os adultos mais velhos atribuem ao fator socioeconómico para a definição da sua qualidade de vida, dando uma importância superior ao seu grau de funcionalidade e à presença regular dos familiares.

Em suma, foram encontradas diferenças significativas entre a qualidade de vida e o grau de funcionalidade na doença de Alzheimer. Também se verificaram entre a perceção da qualidade de vida quando avaliada pelo adulto mais velho ou pelo cuidador. Relativamente à qualidade de vida encontram-se relações com o tipo de residência, com a idade e com a composição familiar. No que concerne ao grau de funcionalidade apenas se verificaram relações com o nível socioeconómico, com o estado civil e a composição familiar, mas apenas nas atividades básicas de vida diária e com o tipo de residência nas atividades instrumentais de vida diária.

## **8. Conclusão**

As variáveis que influenciam a qualidade de vida e o grau de funcionalidade na doença de Alzheimer é um tema que deve ser abordado com maior frequência na população portuguesa. Isto porque, como Portugal apresenta uma trajetória de envelhecimento muito acentuada, com o decorrer dos anos esta doença tornar-se-á ainda mais prevalente do que é na atualidade. De salientar que, apesar da prevalência de doença de Alzheimer registada no nosso país, ainda é muito escassa a investigação acerca desta temática.

Os resultados obtidos no presente estudo permitem concluir que existe uma relação entre a qualidade de vida e o grau de funcionalidade na doença de Alzheimer. Além disso, permitem ainda concluir que, a qualidade de vida dos adultos mais velhos é influenciada pelo tipo de residência, pela idade e pela composição familiar. Já o grau de funcionalidade na doença de Alzheimer altera-se em função do nível socioeconómico, do estado civil e da composição familiar, quando nos referimos às atividades básicas de vida diária e do tipo de residência relativamente às atividades instrumentais de vida diária. Estes resultados manifestam-se relevantes, na medida em que é possível verificar os construtos que detêm influência na perceção da qualidade de vida e no declínio do grau de funcionalidade no decorrer da doença de Alzheimer.

Assim sendo, pode-se concluir que, a perceção da qualidade de vida é manifestamente superior quando os adultos mais velhos não se encontram institucionalizados. De ressaltar, que uma variável que se demonstrou como muito importante na influência que detém sobre a qualidade de vida e o grau de funcionalidade foi a composição familiar. Observando-se que, os adultos mais velhos que possuíam algum tipo de retaguarda familiar, pontuavam de modo

mais positivo nos dois construtos do que os que não possuíam apoio familiar. Este estudo proporcionou um aumento do acervo de conhecimento acerca das variáveis que determinam a qualidade de vida e do grau de funcionalidade na doença de Alzheimer nos adultos mais velhos da população portuguesa.

Podem ser ainda destacadas algumas limitações desta investigação, o facto de a amostra ser reduzida, tendo em consideração o número de casos registados de Alzheimer em Portugal pode interferir nos resultados obtidos, uma vez que, deste modo a amostra não pode ser generalizada para a população portuguesa. Além disso, os participantes são provenientes apenas de uma região do país, podendo os resultados apenas ser interpretados como os fatores que influenciam a qualidade de vida e o grau de funcionalidade nos adultos mais velhos desta região em específico, tendo em conta que os fatores podem variar em áreas distintas de Portugal.

De salientar que, a amostra é constituída por maioritariamente participantes do sexo feminino, os graus académicos possuíam pouca representatividade, sendo amostra muito dispersa entre os vários níveis de escolaridade e os indivíduos que se encontravam casados também era uma percentagem muito diminuta, havendo assim um potencial para que os resultados que envolvem estas variáveis estejam enviesados devido a esta tendência.

Nesta investigação não foi recolhida informação acerca da fase da doença de Alzheimer em que o adulto mais velho se encontrava, sendo que esta informação poderia ser de muito interesse. Na medida em que, as variáveis que influenciam a qualidade de vida e o grau de funcionalidade podem ser distintas numa fase inicial da doença ou na fase moderada.

Tendo em conta estas limitações, para investigações futuras sugere-se um aumento substancial da amostra, homogénea nas diferentes variáveis de estudo e, preferencialmente, com representatividade das várias regiões do país, para que desta forma os resultados possam ser generalizados, com maior segurança. No futuro seria pertinente abordar as diferentes variáveis que influenciam estes construtos nas várias fases de evolução da doença de Alzheimer. Também se demonstraria relevante, analisar as diferenças entre estes construtos entre estruturas residenciais para idosos que oferecem apenas os serviços básicos e aquelas que oferecem uma panóplia de serviços qualificados de bem-estar, além dos serviços básicos.

Revela-se muito relevante o estudo destes construtos e a doença de Alzheimer porque avizinhando-se ela como a doença do século, as famílias e profissionais devem estar munidos de toda a evidência científica possível para poderem, em consciência, tomar as decisões que proporcionarão um maior bem-estar aos seus adultos mais velhos. Além do mais, denota-se a falta de investigações acerca desta temática tanto na população portuguesa como a nível

mundial, estando os estudos realizados bastante datados, sendo imperativo que se renove o conhecimento científico nesta matéria.

## 9. Bibliografia

- Acarín, N., & Malagelada, A. (2018). *Alzheimer, Envelhecimento e Demência*. (1 ed.). 4 Estações Editora.
- Araújo, F., Ribeiro, J. L. P., Oliveira, A., & Pinto, C. (2007a). Validação do Índice de Barthel numa amostra de idosos não institucionalizados. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, 25(2), 59–66.
- Araújo, F., Ribeiro, J. L. P., Oliveira, A., Pinto, C., & Martins, T. (2007b). Validação da escala de Lawton e Brody numa amostra de idosos não institucionalizados. In. I. Leal, J. Pais-Ribeiro, I. Silva, & S. Marques (Eds.). *Actas do 7º congresso nacional de psicologia da saúde* (pp.217–220). ISPA
- Ávila, R. (2003). Resultados da reabilitação neuropsicológica em pacientes com doença de Alzheimer leve. *Revista de Psiquiatria Clínica*, 30(4), 139–146.  
<https://doi.org/10.1590/s0101-60832003000400004>
- Barbe, C., Morrone, I., Wolak-Thierry, A., Dramé, M., Jolly, D., Novella, J. L. & Mahmoudi, R. (2016). Impact of functional alterations on quality of life in patients with Alzheimer's disease. *Aging & Mental Health*, 21(5), 571–576.  
<https://doi.org/10.1080/13607863.2015.1132674>
- Bárrios, H., Verdelho, A., Narciso, S., Gonçalves-Pereira, M., Logsdon, R., & Mendonça, A. (2013). Quality of life in patients with cognitive impairment: validation of Quality of Life - Alzheimer's Disease scale in Portugal. *International Psychogeriatrics*, 25(7), 10851–096. <https://doi.org/10.1017/S1041610213000379>
- Beckert, M., Irigaray, T. Q., & Trentini, C. M. (2012). Qualidade de vida, cognição e desempenho nas funções executivas dos idosos. *Estudos de psicologia*, 29(2). 155–162. <https://doi.org/10.1590/S0103-166X2012000200001>
- Bernard, B. L., Bracey, L. E., Lane, K. A., Ferguson, D. Y., LaMantia, M. A., Gao, S., Miller, D. K., Callahan, C. M. (2016). Correlation between caregiver reports of physical function and performance-based measures in a cohort of older adults with alzheimer disease. *Alzheimer disease and associated disorders*, 30(2), 169–174.  
<https://doi.org/10.1097/WAD.0000000000000101>
- Bondi, M. W., Edmonds, E. C., Jak, A. J., Clark, L. R., Delano-Wood, L., McDonalds, C. R., Nation, D. A., Libon, D. J., Au, R., Galasko, D., Salmon, D. P., & Alzheimer's disease neuroimaging initiative. (2014). *Journal of Alzheimer's Disease*, 42(1), 275–289.  
<https://doi.org/10.3233/JAD-140276>

- Braga, I. B., Braga, E. B., Oliveira, M. C. A., & Guedes, J. D. (2015). A percepção do idoso sobre a saúde e qualidade de vida na terceira idade. *Revista de Psicologia*, 9(26), 211–222. <https://doi.org/10.14295/online.v9i26.338>
- Brigola, A. G., Luchesi, B. M., Rosseti, E. S., Mioshi, E., Inouye, K., & Pavarini, C. S. I. (2017). Health profile of family caregivers of the elderly and its association with variables of care: a rural study. *Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia*, 20(3), 409–420. <https://doi.org/10.1590/1981-22562017020.160202>
- Cancela, G. M. D. (2008). O processo de envelhecimento. *Psicologia.pt*, 3(1), 1–15.
- Cardoso, V. B., Almeida, J. L., Costa, C. D., Tebaldi, J. B., & Mattos, F. A. (2015). A doença de Alzheimer em idosos e as consequências para cuidadores domiciliares. *Memorialidades*, 12(23), 113-149.
- Carvalho, P. D. P., Magalhães, C. M. C., & Pedroso, J. S. (2016). Tratamentos não farmacológicos que melhoram a qualidade de vida de idosos com doença de Alzheimer: uma revisão sistemática. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, 65(4), 334–339. <https://doi.org/10.1590/0047-2085000000142>
- Conde-Sala, J. L., Garre-Olmo, J., Turró-Garriga, O., López-Pousa, S., & Vilalta-Franch, J. (2009). Factors related to perceived quality of life in patients with Alzheimer’s disease: the patient’s perception compared with that of caregivers. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 24(6), 585–594. <https://doi.org/10.1002/gps.2161>
- Costa, J., Borges, M., Encarnação, R., Firmino, H., Gonçalves-Pereira, M., Lindeza, P., Sampaio, F., Santana, I., Sousa, R., Taipa, R., Verdelho, A., & Silva-Miguel, L. (2021). Custo e carga da doença de Alzheimer nos idosos em Portugal. *Sinapse*, 21(4), 201–211. <https://doi.org/10.46531/sinapse/AO/210055/2021>
- China, L. D., Frank, M. I., Silva, B. J., Almeida, B. E., & Silva, L. B. T. (2021). Envelhecimento ativo e fatores associados. *Revista Kairós- Gerontologia*, 24(29), 141–156. <https://doi.org/10.23925/2176-901X.2021v24i0p141-156>
- DeTure, M. A., & Dickson, D. W. (2019). The neuropathological diagnosis of Alzheimer’s disease. *Molecular Neurodegeneration*, 14(1), 1–18. <https://doi.org/10.1186/s13024-019-0333-5>
- Ely, J. C., & Grave, M. (2009). Estratégias de intervenção fisioterapêutica em indivíduo portador de doença de Alzheimer. *Revista Brasileira de Ciências do Envelhecimento Humano*, 5(2), 123–131. <https://doi.org/10.5335/rbceh.2012.145>
- Europe, A. (2019). Dementia in europe yearbook 2019: estimating the prevalence of dementia in Europe. *Alzheimer Europe*. <https://www.alzheimer->

[europe.org/sites/default/files/alzheimer\\_europe\\_dementia\\_in\\_europe\\_yearbook\\_2019.pdf](https://europe.org/sites/default/files/alzheimer_europe_dementia_in_europe_yearbook_2019.pdf)

- Figueira, A. H., Figueira, A. J., Mello, D., & Dantas, M. H. E. (2008). Quality of life throughout ageing. *Acta Médica Lituânica*, 15(3), 169–172.
- Fonseca, P. G. G., Parcianello, K. M., Dias, C. F. C., & Zamberlan, C. (2013). Qualidade de vida na terceira idade: considerações da enfermagem. *Revista de Enfermagem da UFSM*, 3(1), 362–366. <https://doi.org/10.5902/217976926390>
- Forner, F. C., & Alves, C. F. (2019). Uma revisão de literatura sobre os fatores que contribuem para o envelhecimento ativo na atualidade. *Revista Universo Psi*, 1(1), 150–174.
- Fortin. M. Côté. L. & Filton. F. (2009). *Fundamentos e etapas do processo de investigação*. Lusodidact.
- Haskel, L. V. M., Bonini, S. J., Santos, C. S., Silva, N. F. C. W., Bueno, O. F. C., Bortolanza, Z. C. M., & Daniel, R. C. (2017). Funcionalidade na doença de Alzheimer leve, moderada e grave: um estudo transversal. *Acta Fisiátrica*, 24(2), 82–85. <https://doi.org/10.5935/0104-7795.20170016>
- Hernández-Sampieri, R., & Torres, C. P. M. (2018). *Metodología de la investigación- Las rutas cuantitativa, cualitativa y mixta*. (1 ed.). Mc Graw Hill Education,
- Instituto Nacional de Estatística. (2021). *Censos 2021*. Pordata. <https://www.pordata.pt/censos/resultados/populacao-portugal-361>
- Instituto Nacional de Estatística. (2022). *Censos 2021 Resultados definitivos– Portugal*. Instituto Nacional de Estatística.
- Inouye, K., Pedrazzani, E. S., & Pavarini, S. C. I. (2010). Influência da doença de Alzheimer na percepção de qualidade de vida do idoso. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 44(4), 1093–1099. <https://doi.org/10.1590/S0080-62342010000400034>
- Jacqmin-Gadda, H., Alperovitch, A., Montlahue, C., Commenges, D., Leffondre, K., Dufouil, C., Elbaz, A., Tzourio, C., Ménard, J., Dartigues, J., & Joly, P. (2013). 20-Year prevalence projections for dementia and impact of preventive policy about risk factors. *European Journal of Epidemiology*, 28(6), 493–502. <https://doi.org/10.1007/s10654-013-9818-7>
- Jana, P., Omar, S., Hana, T., Lydia, V., Petr, A., Jan, L., Anna, P., & Vladimir, J. (2015). Epidemiology and genetics of Alzheimer’s disease. *Alzheimer’s Disease & Parkinsonism*, 5(1). <https://doi.org/10.4172/2161-0460.1000176>

- Jak, A. J., Bondi, M.W., Delano-Wood, L., Wierenga, C., Corey-Bloom, J., Salmon, D. P., & Delis, D. C. (2009). Quantification of five neuropsychological approaches to defining mild cognitive impairment. *The American Journal of Geriatric Psychiatry*, *17*(5), 368–375. <https://doi.org/10.1097/JGP.0b013e31819431d5>
- Kang, H. S., Myung, W., Na, D. L., Kim, S. Y., Lee, J., Han, S., Choi, S. H., Kim, S. Y., Kim, S., & Kim, D. K. (2014). Factors associated with caregiver burden in patients with Alzheimer's disease. *Psychiatry Investigation*, *11*(2), 152–159. <https://doi.org/10.4306/pi.2014.11.2.152>
- Knopman, D. S., Jack, R. C., Wiste, H. J., Weigand, S. D., Vemuri, P., Lowe, V. J., Kantarci, K., Gunter, J. L., Senjem, M. L., Mielke, M. M., Machulda, M. M., Roberts, R. O., Boeve, B. F., Jones, D. T., & Petersen, R. C. (2016). Age and neurodegeneration imaging biomarkers in persons with Alzheimer disease dementia. *American Academy Of Neurology*, *87*(7), 691–698. <https://doi.org/10.1212/WNL.0000000000002979>
- Kojima, G., Taniguchi, Y., Iliffe, S., & Walters, K. (2016). Frailty as a Predictor of Alzheimer's Disease, Vascular Dementia, and all dementia among community-dwelling older people: a systematic review and meta-analysis. *Journal of the American Medical Directors Association*, *17*(10), 881–888. <https://doi.org/10.1016/j.jamda.2016.05.013>
- Landeiro, F., Walsh, K., Ghinai, I., Mughal, S., Nye, E., Wace, H., Roberts, N., Lecomte, P., Wittenberg, R., Wolstenholme, J., Handels, R., Roncancio-Diaz, E., Potashman, M. H., Tockhorn-Heidenreich, A., & Gray, A. M. (2018). Measuring quality of life of people with predementia and dementia and their caregivers: a systematic review protocol. *Geriatric Medicine*, *8*(3), 1–5. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2017-019082>
- Lawton, M. P. (1983). Environment and other determinants of well-being in older people. *The Gerontologist*, *23*(4), 349–357. <https://doi.org/10.1093/geront/23.4.349>
- Lawton, M. P., & Brody, E. M. (1969). Assessment of older people: self-maintaining and instrumental activities of daily living. *The Gerontologist*, *9*(3), 179–186. [https://doi.org/10.1093/geront/9.3\\_part\\_1.179](https://doi.org/10.1093/geront/9.3_part_1.179)
- Lenardt, H. M., Silva, C. S., Seima, D. M., Willig, H. M., & Fuchs, O. A. P. (2011). Desempenho das atividades de vida diária em idosos com Alzheimer. *Cogitare Enfermagem*, *16*(1), 13–21. <https://doi.org/10.5380%2Fce.v16i1.21106>
- León-Salas, B., Olazarán, J., Cruz-Orduna, I., Aguera-Ortiz, L., Dobato, L. J., Valentí-Soler, M., Muniz, R., Gonzalez-Salvador, T. M., & Martínez-Martín, P. (2013). Quality of

- life (QoL) in community-dwelling and institutionalized Alzheimer's disease (AD) patients. *Archives of Gerontology and Geriatrics*, 57(3), 257–262.  
<https://doi.org/10.1016/j.archger.2013.04.013>
- Lima, S., Sevilha, S., & Pereira, G. M. (2020). Quality of life in early-stage Alzheimer's disease: the moderator role of family variables and coping strategies from the patients' perspective. *Psychogeriatrics*, 20(5), 557–567. <https://doi.org/10.1111/psyg.12544>
- Logsdon, R. G., Gibbons, L. E., McCurry, S. M., & Teri, L. (1999). Quality of life in Alzheimer's disease: patient and caregiver reports. *Journal of Mental Health and Aging*, 5(1), 21–32. <https://doi.org/10.1037/t03352-000>
- Machado, A. P. R., Carvalho, I. O., & Sobrinho, H. M. R. (2020). Neuroinflamação na doença de Alzheimer. *Revista Brasileira Militar de Ciências*, 6(14), 30–38.  
<https://doi.org/10.36414/rbmc.v6i14.33>
- Madureira, B. G., Pereira, M. G., Avelino, P. R., Costa, H. S., & Menezes, K. K. P. (2018). Efeitos de programas de reabilitação multidisciplinar no tratamento de pacientes com doença de Alzheimer: uma revisão sistemática. *Cadernos Saúde Coletiva*, 26(2), 222–232. <https://doi.org/10.1590/1414-462X201800020446>
- Mahoney, F. L., & Barthel, D. W. (1965). Functional evaluation: The Barthel Index. *Maryland State Medical Journal*, 14, 56–61. <https://doi.org/10.1037/t02366-000>
- Martin, A. J., & Stockler, M. (1998). Quality of life assessment in health care research and practice. *Evaluation & the health professions*, 21(2), 141–156.  
<https://doi.org/10.1177/016327879802100202>
- Martins, G., Corrêa, L., Caparrol, A. J. S., Santos, P. T. A., Brugnera, L. M., & Gratão, A. C. M. (2019). Sociodemographic and health characteristics of formal and informal caregivers of elderly people with Alzheimer's Disease. *Escola Anna Nery*, 23(2).  
<https://doi.org/10.1590/2177-9465-ean-2018-0327>
- McKhann, G. M., Knopman, D. S., Chertkow, H., Hyman, B. T., Jack, C. R., Kawas, C. H., Klunk, W. E., Koroshetz, W. J., Manly, J. J., Mayeux, R., Mohs, R. C., Morris, J. C., Rossor, M. N., Scheltens, P., Carrillo M. C., Thies, B., Weintraub, S., & Phelps, C. H. (2011). The diagnosis of dementia due to Alzheimer's disease: Recommendations from the National Institute on Aging-Alzheimer's Association workgroups on diagnostic guidelines for Alzheimer's disease. *Alzheimer's & Dementia*, 7(3), 263–269. <https://doi.org/10.1016/j.jalz.2011.03.005>
- Melo, G. (2005). Apoio ao doente no domicílio. In A. Castro-Caldas., & A. Mendonça. (Eds.), *A doença de Alzheimer e outras demências em Portugal* (pp. 183–198). Lidel.

- Moyle, W., Mcallister, M., Venturato, L., & Adams, T. (2007). Quality of life and dementia: the voice of the person with dementia. *Dementia*, 6(2), 175–191.  
<https://doi.org/10.1177%2F1471301207080362>
- Nunes, B. (2014). *Alzheimer em 50 questões essenciais*. (1 ed). Lidel.
- Organização Mundial de Saúde. (2005). *Envelhecimento ativo: uma política de saúde*. (1 ed.). Organização Pan-Americana da Saúde.  
[https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/envelhecimento\\_ativo.pdf](https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/envelhecimento_ativo.pdf)
- Organização Mundial de Saúde. (2015). *Relatório mundial de envelhecimento e saúde*. Geneva. <https://sbgg.org.br/wp-content/uploads/2015/10/OMS-ENVELHECIMENTO-2015-port.pdf>
- Paúl, C., Fonseca, M. A., Martín, I., & Amado, J. (2005). Satisfação e qualidade de vida em idosos portugueses. In C. Paúl., & A. Fonseca. (Eds.), *Envelhecer em Portugal* (pp. 75–95). Climepsi Editores.
- Pucci, R. V., Silva, F. K., Damaceno, N. A., & Weiller, H. T. (2017). Integralidade da saúde do idoso na atenção primária à saúde: uma revisão integrativa. *Revista de APS*, 20(2), 263–272. <https://doi.org/10.34019%2F1809-8363.2017.v20.16016>
- Rieckmann, A., Dijk, K. R. A. V., Sperling, R. A., Johnson, K. A., Buckner, R. L., & Hedden, T. (2016). Accelerated decline in white matter integrity in clinically normal individuals at risk for Alzheimer's disease. *Neurobiology of Aging*, 42, 177–188.  
<https://doi.org/10.1016/j.neurobiolaging.2016.03.016>
- Santana, I. (2005). A doença de Alzheimer e outras demências- Diagnóstico diferencial. In A. Castro-Caldas., & A. Mendonça. (Eds.), *A doença de Alzheimer e outras demências em Portugal* (pp. 61–82). Lidel.
- Santos, C. S., Bueno, C. F. O., Wosh, J. A., & Bonini, J. S. (2021). Funcionalidade nas atividades instrumentais de vida diária em idosos com doença de Alzheimer. *DESAFIOS-Revista Interdisciplinar da Universidade Federal do Tocantins*, 8(3), 1–8.  
<https://doi.org/10.20873/uftv8-9074>
- Santos, M. D., & Borges, S. M. (2015). Percepção da funcionalidade nas fases leve e moderada da doença de Alzheimer: visão do paciente e seu cuidador. *Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia*, 18(2), 339–349. <https://doi.org/10.1590/1809-9823.2015.14154>
- Samus, Q. M., Rosenblatt, A., Steele, C., Baker, A., Harper, M., Brandt, J., Mayer, L., Rabins, P. V., & Lyketsos, C. G. (2005). The association of neuropsychiatric symptoms and

- environment with quality of life in assisted living residents with dementia. *The Gerontologist*, 45(1), 19–26. [https://doi.org/10.1093/geront/45.suppl\\_1.19](https://doi.org/10.1093/geront/45.suppl_1.19)
- Schilling, L. P., Balthazar, M. L. F., Radanovic, M., Forlenza, O. V., Silagi, M. L., Smid, J., Barbosa, B. J. A. P., Frota, N. A. F., Souza, L. C., Vale, F. A. C., Caramelli, P., Bertolucci, P. H. F., Chaves, M. L. F., Brucki, S. M. D., Damasceno, B. P., & Nitrini, R. (2022). Diagnóstico da doença de Alzheimer: recomendações do Departamento Científico de Neurologia Cognitiva e do Envelhecimento da Academia Brasileira de Neurologia. *Dementia & Neuropsychologia*, 16(3), 25–39. <https://doi.org/10.1590/1980-5764-DN-2022-S102PT>
- Sequeira, C. (2018). *Cuidar de idosos com dependência física e mental*. (2 ed.). Lidel.
- Sevigny, J., Chiao, P., Bussi re, T., Weinreb, P. H., Williams, L., Maier, M., Dunstan, R., Salloway, S., Chen, T., Ling, Y., O’Gorman, J., Qian, F., Arastu, M., Li, M., Chollate, S., Brennan, M. S., Quintero-Monzon, O., Scannevin, R. H., Arnold, H. M., ... Sandrock, A. (2016). The antibody aducanumab reduces A $\beta$  plaques in Alzheimer’s disease. *Nature*, 537(7618), 50–56. <https://doi.org/10.1038/nature19323>
- Silva, G. C., & Neto, J. L. C. (2019). Quality of life and functional capability of elderly Brazilian women. *Journal IOS Press content library*, 62(1), 97–106. <https://doi.org/10.3233 / WOR-182844>
- Sinforiani, E., Citterio, A., Zuchella, C., Bono, G., Corbetta, S., Merlo, P., & Mauri, M. (2010). Impact of gender differences on the outcome of Alzheimer’s Disease. *Dementia and Geriatrics Cognitive Disorders*, 30(2), 147–154. <https://doi.org/10.1159/000318842>
- Sivertsen, H., Bjorklof, G. H., Engedal, K., Selbaek, G., & Helvik, A. (2015). Depression and quality of life in older persons: a review. *Dementia Geriatric Cognitive Disorders*, 40(5), 311–339. <https://doi.org/10.1159/00043729>
- Sobral, M. (2020). Cuidadores da pessoa de idade avançada: da avaliação à intervenção. In Benavente, R. (Ed.), *Intervenção Psicológica em Gerontologia* (pp. 89–131). Pactor.
- Sousa, L., Galante, H., & Figueiredo, D. (2003). Qualidade de vida e bem-estar dos idosos: um estudo exploratório na população portuguesa. *Revista de Saúde Pública*, 37(3), 364–371. <https://doi.org/10.1590%2Fs0034-89102003000300016>
- Stites, D. S., Harkins, K., Rubright, D. J., & Karlawish, J. (2018). Relationships between cognitive complaints and quality of life in older adults with mild cognitive impairment, mild alzheimer’s disease dementia, and normal cognition. *Alzheimer*

*disease and associated disorders*, 32(4), 276–283.

<https://doi.org/10.1097/WAD.0000000000000262>

Talmelli, L. F. S., Gratão, A. C. M., Kusumota, L., Rodrigues, R. A. P. (2010). Nível de independência funcional e déficit cognitivo em idosos com doença de Alzheimer. *Revista da Escola de Enfermagem USP*, 44(4), 933–939.

<https://doi.org/10.1590/s0080-62342010000400011>

Tonholi, D. F., & Oltramari, G. (2017). Prevalência, desempenho cognitivo e funcionalidade de idosos com Doença de Alzheimer em instituições de longa permanência de Bento Gonçalves. *Pan American Journal of Aging Research*, 5(1), 23–29.

<http://doi.org/10.15448/2357-9641.2017.1.26051>

Vally, M., & Kathrada, F. (2019). Understanding Alzheimer disease. *South African Family Practices*, 61(2), 28–34. <https://doi.org/10.4102/safp.v61i2.4999>

Viola, L. F., Nunes, P. V., Yassuda, M. S., Aprahamian, I., Santos, F. S., Santos, G. D., Brum, P. S., Borges, S. M., Oliveira, A. M., Chaves, G. F. S., Ciasca, E. C., Ferreira, R. C. R., Paula, V. J. R., Takeda, O. H., Mirandez, R. M., Watari, R., Falcão, D. V. S., Cachioni, M., & Forlenza, O. V. (2011). Effects of a multidisciplinary cognitive rehabilitation program for patients with mild Alzheimer's disease. *Clinical Sciences*, 66(8), 1395–1400. <https://doi.org/10.1590/S1807-59322011000800015>

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

<https://doi.org/10.1590/S0047-20852010000100009>

# ANEXOS

**Anexo 1- Cronograma de atividades**

<b>Atividades</b>	<b>Datas</b>
Pesquisa Bibliográfica	24 de março de 2023 a 21 de abril de 2023
Entrega da tabela síntese da pesquisa	21 de abril
Escrita científica baseada na literatura encontrada	21 de abril de 2023 a 26 de maio de 2023
Entrega da 1º versão da parte teórica	26 de maio de 2023
Preparação do estudo empírico	26 de maio de 2023 a 9 de junho de 2023
Entrega 1º versão da parte empírica	9 de junho de 2023
Entrega final do pré-projeto de dissertação à orientadora	17 de julho de 2023
Apresentação do estudo às instituições	Dezembro de 2023
Recolha de dados	Janeiro de 2024 a março de 2024
Elaboração da base de dados	Abril de 2024
Análise estatística dos dados	2 de maio de 2024 a 17 de maio de 2024
Discussão dos resultados	17 de maio de 2024 a 29 de junho de 2024
Entrega final da dissertação	29 de junho de 2024

**Anexo 2- Questionário sociodemográfico**

**CATÓLICA**  
**FACULDADE DE FILOSOFIA E CIÊNCIAS SOCIAIS**

---

BRAGA

**Questionário Sociodemográfico**

Sexo: Masculino

Feminino

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

Escolaridade: \_\_\_\_\_

Estado civil: Solteiro(a)

Casado(a)

Divorciado(a)

Em União de Facto

Composição Familiar: \_\_\_\_\_

Nível Socioeconómico: \_\_\_\_\_

Tipo de residência: Institucional

Pessoal

### **Anexo 3- Consentimento Informado**

#### **Consentimento livre e informado**

Eu, Jéssica Sofia Barbosa Laranjo, aluna da Universidade Católica Portuguesa- Centro Regional de Braga, solicito a sua participação num estudo que estou a realizar no âmbito do 2º ano de Mestrado em Psicologia Clínica e da Saúde, intitulado “Qualidade de vida e funcionalidade na doença de Alzheimer: Estudo comparativo entre adultos mais velhos institucionalizados e não institucionalizados e dos seus cuidadores”. O principal objetivo deste estudo é analisar se a qualidade de vida e o grau de funcionalidade nos adultos mais velhos com Alzheimer se relaciona com o tipo de residência (pessoal ou institucional).

Para tal, serão aplicados: um questionário sociodemográfico, “Escala de Qualidade de Vida na Doença de Alzheimer” (Logsdon et al., 1999), “Índice de Barthel” (Mahoney & Barthel, 1965) e “Escala de Lawton e Brody” (Lawton & Brody, 1969). A aplicação dos questionários terá uma duração média de 20 minutos. Será garantida a confidencialidade da informação recolhida.

A sua participação é voluntária e tem total liberdade para recusar ou abandonar o estudo a qualquer momento. Não existe qualquer tipo de risco associado ao preenchimento dos questionários referidos.

.....

Declaro que aceito participar neste projeto de investigação. Fui informado(a) acerca da natureza do estudo, da participação voluntária e da confidencialidade dos dados recolhidos.

Data: \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2024

#### **Anexo 4- Autorização para recolha de dados nas instituições**

**Assunto:** Pedido de autorização para recolha de dados no âmbito da Dissertação de Mestrado

Exmo. Sr.

Eu, Jéssica Sofia Barbosa Laranjo, aluna da Universidade Católica Portuguesa- Centro Regional de Braga, encontro-me a realizar um estudo no âmbito do 2º ano de Mestrado de Psicologia Clínica e da Saúde, intitulado “Qualidade de vida e funcionalidade na doença de Alzheimer: Estudo comparativo entre adultos mais velhos institucionalizados e não institucionalizados e dos seus cuidadores”, sob orientação da Prof.<sup>a</sup> Doutora Ângela Azevedo.

O principal objetivo desta investigação é realizar um estudo onde se analisa se a qualidade de vida e o grau de funcionalidade nos adultos mais velhos com Alzheimer se relaciona com o tipo de residência (pessoal ou institucional). Para esse efeito, será utilizada uma pesquisa de carácter quantitativo, correlacional e transversal, utilizando os seguintes instrumentos: Questionário Sociodemográfico, “Escala de Qualidade de Vida na Doença de Alzheimer” (Logsdon et al., 1999), “Índice de Barthel” (Mahoney & Barthel, 1965) e “Escala de Lawton e Brody” (Lawton & Brody, 1969).

Venho por este meio solicitar a V. Ex<sup>a</sup> a permissão para a recolha de dados, que será realizada pelo investigador em dia e hora marcados, junto dos adultos mais velhos institucionalizados em lares de acolhimento e em valência de Centro de Dia, com idade superior a 65 anos com diagnóstico prévio de Alzheimer, bem como a funcionários dos mesmos.

Será salvaguardada a confidencialidade na recolha de dados, sendo a participação voluntária e dependente do consentimento informado dos inquiridos, recebendo os participantes informação sobre o objetivo da investigação e da confidencialidade dos seus dados. A análise de dados será posteriormente desenvolvida através do programa de tratamento estatístico SPSS.

Com os melhores cumprimentos,

Ponte de Lima, 10 de novembro de 2023

A Mestranda:

A Orientadora:

\_\_\_\_\_  
(Jéssica Sofia Barbosa Laranjo)

\_\_\_\_\_  
(Prof.<sup>a</sup> Doutora Ângela Azevedo)

.....  
Eu, \_\_\_\_\_, autorizo a recolha de dados conforme as informações descritas acima neste documento.

Assinatura: \_\_\_\_\_

**Anexo 5- Análise da normalidade das variáveis**

<b>Atividades Básicas de Vida Diária- Índice de Barthel</b>			
Assimetria	.502		
Curtose	-.454		
Kolmogrov-Smirnov	Estatística	gl	Sig
	.285	73	.001
<b>Atividades Instrumentais de Vida Diária- Índice de Lawton e Brody</b>			
Assimetria	-1.327		
Curtose	.640		
Kolmogrov-Smirnov	Estatística	gl	Sig
	.449	73	.001
<b>QoL- Versão adulto mais velho</b>			
Assimetria	.205		
Curtose	-.607		
Kolmogrov-Smirnov	Estatística	gl	Sig
	.087	73	.200
<b>QoL- Versão cuidador</b>			
Assimetria	.463		
Curtose	-.756		
Kolmogrov-Smirnov	Estatística	gl	Sig
	.116	73	.017
<b>Gênero</b>			
Assimetria	1.291		
Curtose	-.344		
Kolmogrov-Smirnov	Estatística	gl	Sig
	.475	73	.001
<b>Idade</b>			
Assimetria	.136		
Curtose	-1.186		
Kolmogrov-Smirnov	Estatística	gl	Sig
	.119	73	.013
<b>Escolaridade</b>			
Assimetria	.781		

Curtose	-.520		
Kolmogrov-Smirnov	Estatística	gl	Sig
	.291	73	.001
<b>Estado civil</b>			
Assimetria	-1.850		
Curtose	2.607		
Kolmogrov-Smirnov	Estatística	gl	Sig
	.482	73	.001
<b>Composição familiar</b>			
Assimetria	.516		
Curtose	-1.002		
Kolmogrov-Smirnov	Estatística	gl	Sig
	.263	73	.001
<b>Nível socioeconómico</b>			
Assimetria	1.291		
Curtose	-.344		
Kolmogrov-Smirnov	Estatística	gl	Sig
	.475	73	.001
<b>Tipo de residência</b>			
Assimetria	.028		
Curtose	-2.056		
Kolmogrov-Smirnov	Estatística	gl	Sig
	.343	73	.001