



Licenciatura em
Terapia da Fala

Tipo de Trabalho
Relatório de Investigação

Título do Trabalho
Qualidade de Vida relacionada com a Comunicação na Pessoa Idosa Institucionalizada

Elaborado por
Daniela Maria de Jesus Belela

Nº de estudante
200992082

Orientado por
Ana Paula Vital, Professor-Adjunto, Mestre

Barcarena, julho (mês) 2013 (ano)

QUALIDADE DE VIDA RELACIONADA COM A COMUNICAÇÃO NA PESSOA IDOSA INSTITUCIONALIZADA

Daniela Belela, 200992082

RESUMO

A comunicação é um fator essencial na promoção da qualidade de vida da pessoa idosa.

Objetivos: Descrever as atividades comunicativas dos idosos; Caracterizar a participação social dos idosos; Caracterizar o impacto da comunicação na qualidade de vida e Caracterizar o impacto da felicidade na qualidade de vida e na comunicação.

Método: Estudo exploratório-descritivo de caráter transversal. A amostra é não probabilística, por conveniência e com base em critérios de escolha intencional e é constituída por 12 idosos, 8 do género feminino e 4 do masculino, com média de idade de 85,75 anos (DP=8,10) e que residem e frequentam o centro de dia de um lar de terceira idade no Algarve. Para a recolha de dados foram utilizados sete instrumentos: Questionário Sociodemográfico (Belela e Vital, 2013, adaptado de Barcelos e Vital, 2009), *Mini-Mental State Examination* (Folstein e McHugh, 1975, traduzido por Guerreiro *et al.*, 1994) e Teste de Nomeação de Armstrong (Vital *et al.*, 1997), Checklist das Atividades Comunicativas – Communicative Activities Checklist (adaptado por Barcelos e Vital, 2009), Checklist das Atividades Sociais – Social Activities Checklist (adaptado por Barcelos e Vital, 2009), Escala de Felicidade (Dambrun *et al.*, 2012) e Escala de Qualidade de Vida na Comunicação (Paul *et al.*, 2004). **Resultados:** Os idosos realizam mais atividades comunicativas relacionadas com a fala e a audição diariamente tais como, falar com amigos (91,7%), falar num pequeno grupo de pessoas e ouvir a televisão (83,3%). Nas atividades sociais, os idosos realizam com mais frequência ver televisão (75%). Na felicidade duradoura, os participantes apresentaram como resultados mais elevados o nível regular de calma interior (66,7%), seguido de nível regular de paz interior (50%). Na felicidade hedónica-flutuante, 83,3% não concorda parcialmente “Muitas vezes passo da euforia à tristeza” e também não concordam parcialmente com ”Muitas vezes passo de nível bastante elevado de prazer para um nível baixo de prazer (83,3%). Na Escala de Qualidade de Vida na Comunicação, 83,3% referem gostar de si próprios e falam por si mesmos e 75% referem que as pessoas as compreendem quando falam e estão confiantes que conseguem comunicar. **Discussão/Conclusão:** De modo geral as pessoas idosas revelaram pouca participação nas atividades comunicativas e sociais, levando a um estilo de vida que os afasta de um envelhecimento ativo. Neste contexto revela-se

importante a Terapia da Fala no sentido de, de forma ajustada e centrada nas necessidades individuais estimular as pessoas idosas numa maior participação comunicativa e social, bem como na prevenção, deteção e tratamento precoce de alterações da comunicação, evitando assim que haja um impacto negativo na sua qualidade de vida.

Palavras-Chave: Comunicação; Idoso; Envelhecimento Ativo; Qualidade de Vida; Bem-Estar Subjetivo; Felicidade; Terapia da Fala.

ABSTRACT

Communication is an essential factor in promoting the quality of life of elderly people.

Objectives: describing the communicative activities of the elderly; characterizing the social participation of the elderly; Characterizing the communication impact on the quality of life and characterize the impact of happiness on quality of life and on communication. **Methods:** exploratory-describing study of crosscutting character. The sample is non-probabilistic, for convenience and based on criteria of intentional choice and consists of 12 elderly people that reside or attend the day care in a home for elderly in Algarve. For data collection, seven instruments were used: Sociodemographic questionnaire (Belela and Vital, 2013, adapted by Barcelos and Vital, 2009); *Mini-Mental State Examination* (Folstein and Mchugh, 1975, translated by Guerreiro *et al.*, 1994); Teste Nomeação de Armstrong (Vital *et al.*, 1997); Communicative Activities Checklist (adapted by Barcelos and Vital, 2009); Social Activities Checklist (adapted by Barcelos and Vital, 2009); Happiness Scale (Dambrun *et al.*, 2012); Quality of Communication Life Scale (Paul *et al.*, 2004). **Results:** the elderly performed more communicative activities related to daily speech and hearing like, talking with friends (91.7%), speaking in a small group of people (83.3%) and listening to television (83.3%). In social activities the elderly performed more regularly watching television (75%). In lasting happiness participants showed as higher results regular level of inner calm (66.7%), followed by inner peace (50%). In hedonic floating-happiness, 83.3% partially disagrees “Often I step from euphoria to sadness” and partially agree “On the same day, sometimes I may be happy and other times sad” (75%). On the Quality of Communication Life Scale, 83.3% refer to like themselves and speak for themselves and 75% report that other people understand them when they speak and are confident that they can communicate. **Discussion/Conclusion:** Generally the elderly have shown little interest in social and communicative activities leading to a lifestyle that takes them away from an active aging. In this context it is revealed the importance of

Speech Therapy, in the sense of an adjusted and focused on the individual needs to stimulate the elderly in a bigger communicative and social participation, as well as in preventing, detecting and early treatment of communication disorders, thus avoiding a negative impact on their quality of life.

Keywords: Communication; Elderly; Ative Aging; Quality of Life; Subjetive Well-Being; Happiness; Speech Therapy.

1. INTRODUÇÃO

O envelhecimento da população é uma realidade de amplitude a nível mundial. A Organização Mundial de Saúde (OMS) estima que em 2025 irão existir cerca de 1,2 biliões de pessoas com mais de 60 anos, sendo que as pessoas com 80 anos ou mais constituem o grupo etário de maior crescimento (OMS, 2001, citado por Sousa, Galante e Figueiredo, 2003).

A Organização das Nações Unidas (1985), citado por Santos, Ferrari e Giacheti (2008), estabeleceu os 65 anos como idade de transição dos indivíduos para o segmento idoso da população em países desenvolvidos. Para países em desenvolvimento, em que a esperança de vida é menor, idoso é a pessoa a partir dos 60 anos de idade.

Segundo Hayward e Zhang, 2001; WHO, 2000, citado por Pereira e Roncon (2010), o envelhecimento da população mundial é mais significativo nos países desenvolvidos ou industrializados. Esta realidade ocorre principalmente devido às baixas taxas de natalidade, ao declínio da mortalidade infantil, baseada no maior controlo das doenças infecciosas e pelo aumento da longevidade dos indivíduos. Portugal não é exceção a esta realidade (Sousa, Galante e Figueiredo, 2003). O aumento do envelhecimento da população portuguesa é um dos traços atualmente mais salientes. Durante décadas e sob o ponto de vista demográfico, assistiu-se em Portugal a elevadas taxas de natalidade e de mortalidade. Presentemente, o país enfrenta uma realidade diferente que, sendo comum à generalidade dos países europeus, só agora começa a ter um grande impacto social através de baixas taxas de natalidade e mortalidade, com um significativo aumento das pessoas idosas no total da população do país (Paúl e Fonseca, 2005).

Na última década, em Portugal acentuou-se o fosso entre jovens e idosos. A percentagem de jovens recuou de 16% em 2001 para 15% em 2011. Na população idosa verificou-se o inverso, tendo passado de 16% em 2001 para 19% em 2011. A população com 70 e mais anos representava 11% em 2001, passando a representar 14% em 2011 e por cada 100 jovens havia 128 idosos (INE, 2012).

O envelhecimento pode ser considerado como um conjunto de modificações fisiológicas, morfológicas, psicológicas e bioquímicas, que ocasiona uma gradual perda da capacidade de adaptação da pessoa ao meio ambiente, considerando-se assim um processo progressivo e dinâmico. O declínio das funções orgânicas apresentadas durante o envelhecimento tende a aumentar com o tempo, com um ritmo que varia não só de um órgão para outro, mas também entre pessoas idosas da mesma idade. Essas diferenças

manifestadas no processo de envelhecimento, devem-se às diferentes condições de vida e de trabalho a que estiveram submetidos os indivíduos idosos (Ferreira *et al.*, 2010).

Garcia e Mansur (2006) consideram que o envelhecimento traz alterações físicas, cognitivas, comportamentais e sociais, que atingem a posição social e o papel desempenhado pela pessoa, qualificando-a ou desqualificando-a para o seu exercício ou interferindo diretamente na sua autonomia e independência. Relativamente à linguagem, o declínio não é uniforme, pois alguns aspetos mantêm-se bem preservados enquanto em outros notam-se alterações.

Frequentemente, são traçadas pelos gerontologistas demarcações cronológicas melhoradas no grupo geral das pessoas que estão no processo de envelhecimento. Podem fazer-se comparações entre “velhos-jovens” e “velhos-velhos” (normalmente abaixo e acima dos 75 anos de idade) ou entre estes grupos e os “velhos-mais velhos” (normalmente com 85 anos ou mais). Embora estas diferenciações sejam também arbitrárias, elas podem ser proveitosas para identificar diferenças importantes nos níveis de funcionamento e ajudar a limitar as generalizações exageradas sobre as características dos adultos idosos. É também importante ter em consideração que as pessoas podem envelhecer mais rapidamente em certas dimensões do que noutras (por exemplo ser fisicamente “velho”, mas mais jovem social ou psicologicamente) (Spar e La Rue, 2005).

Segundo Paúl e Ribeiro (2012), alguns autores dizem que o envelhecimento é tudo o que acontece com o decorrer do tempo após se atingir a vida adulta e utilizam o termo senescência para mencionar a diminuição da capacidade funcional dos organismos. Nem todos assim o compreendem, pois alguns designam senescência como um estágio funcional das células.

Não se deve confundir envelhecimento com longevidade que, apesar de estarem relacionadas, têm diferentes significados. A longevidade é a duração da vida de um organismo e depende da evolução do envelhecimento, pois este impõe-lhe um limite mais cedo ou mais tarde. Se ele for mais célere, como acontece nas síndromes progeroides humanas, a longevidade diminui; se o envelhecimento for mais lento, a longevidade aumenta (Paúl e Ribeiro, 2012).

O aumento da longevidade é um dos aspetos que provoca alterações das famílias, modificando os relacionamentos e a dinâmica familiar, principalmente quando aparece a cargo uma pessoa idosa com limitações. Desde o final do século XX, o envelhecimento

passou a ser um problema social ao sistema de saúde e à segurança social, uma vez que a esperança de vida tem tendência a aumentar (Santos *et al.*, 2012).

Segundo Ribeiro e Paúl (2011), um dos principais receios ligados ao envelhecimento está relacionado com o funcionamento cognitivo e a diminuição da memória. O cérebro tal como o corpo tem de ser exercitado para poder continuar a funcionar e a sua prática contínua melhora o desempenho cognitivo e mantém a mente ativa. É muito importante apostar na prevenção e promover o envelhecimento ativo neste domínio. Apesar de existir um certo declínio cognitivo associado à idade, admite-se que este se deve, em parte, à falta de uso de tais capacidades. A frase conhecida e relativa ao funcionamento do cérebro “Use it or lose it” (use-o ou deixará de funcionar), é uma prova de que a mente tem necessidade, assim como o corpo, de ser usada e cuidada para continuar a funcionar devidamente.

As alterações que surgem durante a fase de processo de envelhecimento não são unicamente devidas à passagem do tempo, mas são também resultado de herança biológica. Cada indivíduo nasce e desenvolve-se numa família, rede social, localidade, geração e ambiente, recebendo assim, uma herança cultural. Todos estes fatores vão-se refletir nos estilos de vida do indivíduo, que por sua vez vão influenciar a maneira como se envelhece. Existem vários fatores que influenciam o funcionamento cognitivo: a visão e a audição (fatores biológicos) que podem degenerar-se com a idade. Certas dificuldades cognitivas podem, muitas vezes, ser consequência destes défices sensoriais (Ribeiro e Paúl, 2011). De todas as privações sensoriais que afetam o idoso, a perda auditiva pode ser uma das consequências mais frustrantes na incapacidade de se comunicar com os outros, provocando um grande impacto na sua vida psicossocial. A perda da audição provocada pelo envelhecimento é conhecida como presbiacusia (Russo, 1999). Pessoas idosas com presbiacusia têm uma diminuição da sensibilidade auditiva e uma diminuição da inteligibilidade da fala, o que compromete seriamente o seu processo de comunicação verbal. Frequentemente, respostas desapropriadas de indivíduos idosos presbiacúsicos dão uma imagem de senilidade, a qual pode não condizer com a realidade. A queixa usual destes indivíduos é a de ouvirem, mas não entenderem o que lhes é dito (Russo, 1988, citado por Russo, 1999). Os problemas visuais são muito comuns nos idosos e podem provocar a diminuição da capacidade de entender sinais de comunicação tais como, expressões faciais, movimentos labiais, dificuldade em reconhecer pessoas e dificuldades para ver televisão, ler e escrever (Cruice, Worrall e Hickson, 2005). A falta de visão e audição podem ser compensadas

com próteses, como por exemplo, óculos ou aparelhos de audição. As alterações neuronais (perda ou mau funcionamento dos neurónios) podem surgir no processo normal de envelhecimento e serem despoletadas também por doenças tais como, stress, AVC, ou comportamentos de risco como o abuso de drogas, álcool e tabagismo. A herança genética de cada um contribui para orientar a tendência e o comportamento para atividades mais motoras, artísticas ou intelectuais. As atividades que mais se usaram durante a vida serão aquelas que melhor se irão manter na velhice. Como fatores pessoais, o envelhecimento pode estar ligado a alguma dificuldade em manter a atenção, sendo por isso importante esforçar-se mais para a conseguir. Este esforço pode provocar dificuldades de manutenção nas tarefas e falta de interesse e desmotivação, resultando em piores desempenhos. A escolaridade também é importante no funcionamento cognitivo e na estrutura cerebral, dado que implica uso e empenho intelectual, funcionando como protetor do desgaste cognitivo. A história pessoal pode determinar quais as competências que se têm mais desenvolvidas, sendo estas as que mais usa ao longo da vida. Ter um estilo de vida fisicamente ativo e atividades como a jardinagem, dança, pintura e outras, possibilitam a manutenção de uma mente ativa. Participar em atividades sociais efetuadas pela comunidade, contribui para uma melhoria da memória e do humor. Ter uma atitude positiva perante a vida e o envelhecimento, contribui para um melhor desempenho de memória e de concentração (Ribeiro e Paúl, 2011).

Estar em contacto diário com pessoas mais idosas, constata-se que existem diferentes formas de envelhecer. O envelhecimento “satisfatório”, “bem-sucedido” ou “ativo” não depende unicamente de fatores como o património genético ou a sorte, depende de cada pessoa, das suas ações e responsabilidades (Ribeiro e Paúl, 2011).

A OMS, citado por Paúl, Ribeiro e Teixeira (2012), define envelhecimento ativo como o processo de otimização das oportunidades para a saúde, segurança e participação, em que o objetivo é melhorar a qualidade de vida durante o processo de envelhecimento das pessoas.

Durante muitos anos, o que prevalecia no envelhecimento saudável era um envelhecimento primário sem doenças graves (Paúl, Ribeiro e Teixeira, 2012). O modelo atual de envelhecimento ativo conforme indicado pela OMS depende de vários fatores designados de “determinantes”, os quais são de ordem pessoal (fatores genéticos, biológicos e psicológicos), comportamental (estilos de vida saudável e participação ativa no cuidado da própria saúde), económica (oportunidades de trabalho

digno, rendimentos, proteção social), do meio físico (moradias e vizinhança seguras e apropriadas, acesso a serviços de transporte, ar puro, água limpa e alimentos seguros), social (educação, alfabetização, apoio social) e ainda relativos aos serviços de saúde e sociais de que os indivíduos beneficiam (orientados para a prevenção de doenças e promoção da saúde, acessíveis e de qualidade (Paúl e Ribeiro, 2012).

De acordo com a OMS, citado por Paúl, Ribeiro e Teixeira (2012), no envelhecimento ativo existem os seguintes aspetos considerados principais: autonomia, que é a capacidade da percepção de controlar, enfrentar e tomar decisões pessoais no dia a dia, de acordo com as suas próprias preferências e regras; independência, que é a capacidade de realizar as funções relacionadas com a vida diária, de viver de uma maneira independente em comunidade sem/com pequena ajuda de outros; qualidade de vida, que é “a percepção do indivíduo da sua posição na vida, no contexto de cultura e sistema de valores nos quais se insere, e em relação às suas expectativas, objetivos, preocupações e padrões. É um amplo conceito que vai incorporando de uma forma complexa a saúde física da pessoa, nível de independência, estado psicológico, crenças e relações pessoais e a sua relação com características marcantes no ambiente”. A qualidade de vida da pessoa idosa é em grande parte determinada pela expectativa de ter uma vida com saúde e capacidade de manter a sua autonomia e independência (Paúl, Ribeiro e Teixeira, 2012).

Para a Organização Mundial de Saúde, a qualidade de vida associada ao envelhecimento é um “conceito amplo e subjetivo que inclui de forma complexa a saúde física do indivíduo, o seu estado psicológico, o nível de independência, as relações sociais, as crenças e convicções pessoais e a sua relação com aspetos importantes do meio ambiente” (WHO, 2002, citado por Paúl e Ribeiro, 2012).

Especialistas em qualidade de vida da OMS que realizaram um instrumento genérico de avaliação de qualidade de vida, em que usaram uma abordagem transcultural (The WHOQOL Group, 1995), consideram que, embora não haja concordância na definição de qualidade de vida, existe um certo consenso entre os pesquisadores no que diz respeito a algumas características do constructo (The WHOQOL Group, 1995, citado por Freitas *et al.*, 2006). Segundo esse documento, existem três principais características do constructo, partilhadas por diversas correntes de opinião: subjetividade, multidimensionalidade e bipolaridade (Freitas *et al.*, 2006).

Há cada vez mais consenso que o constructo é subjetivo. Não é subjetividade total, pois existem condições externas às pessoas, presentes nas condições de vida e trabalho e presentes no meio, que influenciam a avaliação que fazem da sua qualidade de vida. Quanto à dimensionalidade, os pesquisadores concordam que a qualidade de vida inclui as dimensões, física, psicológica, social e espiritual. Em relação à bipolaridade, considera-se que o constructo tem dimensões positivas e negativas que podem ser aplicadas a condições tão díspares como o desempenho de papéis sociais, autonomia, mobilidade, fadiga e dependência (Freitas *et al.*, 2006).

Uma das situações em que existe qualidade de vida na pessoa idosa é quando ela vive com a família. Quando isso não é possível, uma das opções de cuidados é o internamento em lares para a terceira idade. A institucionalização limita a realização dos projetos da pessoa idosa, uma vez que ela se encontra afastada da família, da casa e dos amigos (Guidetti e Pereira, 2008). Segundo Born (2002), citado por Guidetti e Pereira (2008), muitos idosos encaram este processo de institucionalização como um abandono pelos filhos, perda de liberdade, aproximação da morte, além da ansiedade quanto à maneira como os funcionários os tratam, entendida como perda da qualidade de vida na velhice.

De acordo com Victor *et al.*, (2000), citado por Sousa, Galante e Figueiredo (2003), os modelos de qualidade de vida vão desde a “satisfação com a vida” ou com o “bem-estar social”, ter dignidade pessoal, uma atitude positiva, independência, competências cognitivas e sociais.

A saúde continua a ser uma área extremamente importante na qualidade de vida, particularmente para as pessoas idosas. A introdução do conceito de qualidade de vida na área da saúde deveu-se à alteração do modelo de abordagem das questões da saúde, em que se passou de um destaque biomédico para um destaque mais holístico, biopsicossocial. As intervenções dos médicos deixaram de ser exclusivamente avaliadas do ponto de vista dos resultados, em termos de morbidade e mortalidade, passando a incorporar a melhoria do bem-estar geral, nomeadamente no que respeita às doenças crónicas (Paúl e Fonseca, 2005).

Lawton (1983), citado por Freitas *et al.*, (2006), construiu um modelo de qualidade de vida na velhice em que a multiplicidade de influências e aspetos intrínsecos ao fenómeno é representada em quatro dimensões interrelacionadas. A primeira, condições ambientais, é referente ao contexto ecológico, físico e ao construído pelo homem, que

influi na competência adaptativa (cognitiva, comportamental e emocional), isto é, o ambiente deve dar boas condições à vida dos indivíduos. A segunda, competência comportamental, exprime o desempenho das pessoas frente às diversas situações da sua vida, dependendo do potencial de cada um, das suas condições e experiências de vida, do desenvolvimento pessoal e dos valores agregados durante o curso da vida. A terceira, qualidade de vida percebida, espelha a avaliação da própria vida, influenciada pelos valores que a pessoa foi acumulando e pelas expectativas pessoais e sociais. De igual forma, o indivíduo avalia as condições do seu ambiente social e físico e a eficácia das suas ações nesse ambiente. A quarta, bem-estar subjetivo, representa satisfação com a própria vida, satisfação global e satisfação específica em relação a diversos aspetos da vida.

Para Galinha e Ribeiro (2005), o bem-estar subjetivo é uma dimensão positiva da saúde. É um conceito complexo que inclui uma dimensão cognitiva e uma dimensão afetiva e um campo de estudo que compreende outros grandes conceitos e domínios de estudo como são o Afeto Positivo, o Afeto Negativo e a Qualidade de Vida. É uma vasta categoria de fenómenos que abrange as respostas emocionais das pessoas, julgamentos globais da satisfação com a vida e domínios de satisfação.

Segundo Diener e Lucas (2000), citado por Siqueira e Padovam (2008), o bem-estar subjetivo é um conceito que requer autoavaliação, isto é, ele só pode ser observado e relatado pelo próprio indivíduo e não por indicadores externos definidos por terceiros (por exemplo, controlo de doenças, redução dos índices de criminalidade e violência, diminuição das taxas de desemprego ou de analfabetismo, entre outros).

De acordo com Lawton, Kleban e di Carlo (1984), citado por Pául e Fonseca (2005), o bem-estar subjetivo é constituído por quatro componentes que são o bem-estar psicológico, a competência comportamental, a qualidade de vida percebida e o ambiente objetivo.

Segundo Diener, Suh e Oishi (1997), citado por Siqueira e Padovam (2008), o bem-estar subjetivo integra um campo de estudos que visa compreender as avaliações que as pessoas fazem das suas vidas. Esse campo teve um crescimento acelerado na última década, em que os seus principais temas de pesquisa são a satisfação e felicidade. As referidas avaliações devem ser cognitivas (satisfações globais com a vida e com outros domínios específicos como, o casamento e o trabalho). A satisfação com a vida é o julgamento que o indivíduo faz sobre a sua própria vida (Keyes e cols., 2002 citado por

Siqueira e Padovam, 2008). Trata-se de um estado psicológico que tem forte relação com o bem-estar, mais do que avaliações objetivas da qualidade de vida pessoal (Neugarten, Havighurst e Tobin, 1961, citado por Siqueira e Padovam, 2008). A satisfação com a vida é ainda considerada como uma dimensão subjetiva de qualidade de vida, ao lado do bem-estar e da felicidade. Também as avaliações devem conter uma análise pessoal sobre a frequência com que se experimentam as emoções positivas e negativas. Para que seja descrito um nível de bem-estar subjetivo adequado, é essencial que o indivíduo tenha a percepção em manter um alto nível de satisfação com a vida, poucas experiências emocionais negativas e muitas experiências emocionais positivas (Siqueira e Padovam, 2008).

A dimensão emocional do bem-estar subjetivo tem uma relação forte com a visão hedônica de felicidade, uma vez que dá destaque aos aspetos afetivos da vida (Keyes, Shmotkin e Ryff, 2002, citado por Siqueira e Padovam, 2008).

Segundo Diener (2000); Seligman (2004), citado por Passareli e Silva (2007), o bem-estar subjetivo, também chamado de felicidade, pode ser nomeado de extroversão instável, em que o afeto positivo na felicidade parece estar relacionado à sociabilidade fácil, favorecendo uma interação agradável e natural com outras pessoas.

Para Seligman (2004), citado por Passareli e Silva (2007) os indivíduos felizes têm mais amigos, tanto amigos íntimos como casuais, permanecem casados por maior período e participam de mais atividades de grupo. Todos estes fatores indicam uma facilitação de contactos sociais.

Existem poucos estudos na literatura científica sobre pessoas felizes e investigações sobre pessoas muito felizes não existem (Diener e Seligman, 2002, citado por Passareli e Silva, 2007). Entretanto, nos últimos anos o estudo do bem-estar e felicidade tornou-se progressivamente um campo de grande importância.

O processo de envelhecimento evidencia-se nas alterações que sofre a relação do indivíduo com o meio ambiente no decorrer do tempo. Tanto um como outro se modificam e, no envelhecimento, essas alterações provocam desvantagem da pessoa idosa em relação às solicitações do mundo, o que vale também para as solicitações comunicativas (Netto, 2002).

A comunicação é a habilidade de receber ou emitir ao outro informações sobre os seus desejos, percepções, necessidades, conhecimento ou estado de espírito

independentemente dos fatores ambientais e pessoais. Esta pode ser intencional ou não intencional, pode envolver sinais convencionais ou não convencionais, pode tomar formas linguísticas ou não linguísticas e pode ocorrer de outros modos verbais (ASHA, 1992).

A comunicação pertence à integração social da pessoa, sendo essencial para a satisfação de necessidades básicas, a aquisição de novos conhecimentos e a compreensão e a expressão de ideias, o estabelecimento de relações interpessoais, emoções, sentimentos e informações nos diferentes contextos da vida diária. A comunicação exerce um papel fundamental na vida do indivíduo, beneficiando uma participação ativa nos seus mais diversos âmbitos. Comunicar envolve habilidades motoras, cognitivas, sensoriais e linguísticas. Tudo o que limite ou for restritivo à sua total funcionalidade, nele se reflete podendo ou não vir a se configurar até num *handicap* (Fernandes, Mendes e Navas, 2010).

O envelhecimento natural provoca diversas modificações nas habilidades de comunicação em razão das diferenças individuais resultantes da constituição genética, condições de saúde, história de vida, processos neurocognitivos e biológicos, ocupação/profissão e estruturas socioeconómicas e culturais (Fernandes, Mendes e Navas, 2010).

Segundo Rabadán (1998), citado por Santos, Ferrari e Giacheti (2008), a comunicação no idoso é determinada por um processo biológico, marcado pela deterioração, que é característica da última fase da vida e por um processo sociocultural como o afastamento do homem do sistema produtivo.

Na senescência existem diversas causas dos distúrbios da comunicação tais como, alterações funcionais dos órgãos fonoarticulatórios, dificuldade na manutenção da fonação equilibrada na fala encadeada, lentificação nos processos práticos oro-faciais e da fala, dificuldade no acesso aos sistemas de informação conceituais e perceptuais (linguísticos e não linguísticos), alterações da audição, entre outras. A vulnerabilidade das competências linguística e comunicativa à idade não é importante desde que o seu declínio não esteja ligado a intercorrências de saúde e cognitivas (Fernandes, Mendes e Navas, 2010).

As alterações do sistema músculo-esquelético resultam em barreiras indiretas para a comunicação, o que impossibilita a pessoa idosa de procurar oportunidades

comunicativas e limita a sua independência e participação em atividades que levariam ao enriquecimento de opiniões e informações (Netto, 2002).

A capacidade de comunicar de forma eficaz através da linguagem mantém-se estável durante a vida adulta. No entanto, as pessoas idosas têm maior dificuldade em compreender mensagens complexas ou longas e em recuperar e reproduzirem rapidamente nomes ou termos específicos. O discurso também tem tendência a ser mais repetitivo (Cancela, 2007). Segundo Bilton e Couto, s.d, citado por Freitas, 2006, ocorrem alterações na linguagem do idoso tais como, a dificuldade de nomeação, discurso redundante e com pouca informação, dificuldade na compreensão da sintaxe mais complexa e em reter informações. Rabadan e Juan, s.d, citado por Fernandes, Mendes e Navas, 2010, citaram que o conhecimento conceitual e o vocabulário passivo aumentam ou se mantêm e que geralmente não se verifica problemas de decisão lexical. Esses autores indicam que os idosos apresentam estabilidade no processamento automático de acesso lexical, mas têm dificuldades no acesso não automático, isto é, em encontrar a palavra correta para nomear um objeto ou uma pessoa. Pesquisas realizadas assinalam que a interação nível de escolaridade e idade parece ser um bom preditor de dificuldades de tarefa de nomeação e que a maior variação incide nos grupos mais idosos e nos de menor escolaridade (Fernandes, Mendes e Navas, 2010).

Uma vida ativa baseada na comunicação e no entretenimento pode impedir no idoso o aparecimento de doenças físicas e mentais, a depressão a carência emocional e afetiva (Guidetti e Pereira, 2008). Neste sentido, Moscovici (2004), citado por Guidetti e Pereira (2008) salienta que o homem como um ser de relações sociais, está em contínuo movimento. Estamos sempre em transformação, apesar de aparentemente nos mantermos iguais. Isto, porque o homem alimenta-se dos conteúdos que vêm do exterior e, como a nossa relação com esse exterior não para, estamos sempre em movimento, em processo de transformação.

Foi realizado um estudo na Austrália baseado em dois testes, The Communicative Activities Checklist (COMACT) (Cruice, 2001 in Worrall e Hickson, 2003) e Social Activities Checklist (SOCACT) (Cruice, 2001, in Worrall e Hickson, 2003), em que participaram 75 pessoas idosas saudáveis com uma média de 74 anos de idade. No teste COMACT, quatro atividades comunicativas foram comuns a todos os participantes, “falar com amigos”, “falar ao telefone”, “ouvir as notícias” e “ouvir e acompanhar uma conversa”. Uma proporção significativa da amostra ouvia rádio (80%) e via televisão (93%), principalmente para ouvir notícias (80%) e programas de desporto (37%). Outra

amostra significativa usava o telefone todos os dias (80%), focando a sua importância em se manter em contacto com os outros. A leitura constituiu uma das mais importantes atividades comunicativas para esta amostra. Diariamente 29% dos participantes liam revistas, 45% panfletos, 49% e-mails, 52% livros, 56% jornais e semanalmente 32% liam cartas e cartões, 33% faturas e contas e 36% instruções ou etiquetas. Semanalmente, 52% dos participantes escreviam listas de compras e mensalmente 29% escreviam cartas e cartões. Um terço da amostra foi envolvido em organizações de grupo nas suas comunidades. Semanalmente, 33% dos participantes falavam num grande grupo de pessoas e 49% ouviam e acompanhavam um grande grupo de pessoas a conversar; Mensalmente, 39% recebiam boletins informativos (Cruice, Worrall e Hickson, 2005).

No teste SOCACT e numa base semanal, uma amostra significativa dos participantes teve os seguintes resultados: 40% dos participantes participavam em atividades ao ar livre, 57% investiam nos passatempos, 65% faziam exercício ou praticavam desporto, 88% iam às compras, 92% liam e 96% viam televisão. Uma menor proporção de participantes, semanalmente brincavam ou ajudavam filhos/netos (28%), visitavam e/ou ajudavam amigos/familiares (32%) e iam a bares/café (33%). Oitenta e um por cento da amostra estava globalmente satisfeita com a participação nas atividades sociais, enquanto que 16% queria realizar mais. Os participantes que se mostraram satisfeitos com as suas atividades sociais, bem como aqueles que gostariam de realizar mais, não diferiam na idade, estado emocional, nível de escolaridade, nomeação, estado da visão ou audição (Cruice, Worrall e Hickson, 2005).

A American Speech-Language and Hearing Association (ASHA, 1988) considera que uma das principais responsabilidades da profissão de Terapeuta da Fala é a prevenção de alterações da comunicação. A identificação e tratamento das alterações da comunicação existentes, é o foco principal do Terapeuta da Fala. Entretanto, o Terapeuta da Fala deve direcionar a sua atenção para a prevenção, apesar de esta obrigar a grandes esforços para eliminar o surgimento de alterações da comunicação e promover a manutenção e desenvolvimento da comunicação ideal. Assim, deverá ser efetuada a prevenção primária que consiste na inibição ou eliminação do desenvolvimento de uma alteração da comunicação, modificando a suscetibilidade ou redução da exposição de pessoas suscetíveis. Na prevenção secundária, poderão ser efetuadas a deteção e o tratamento precoce de alterações de comunicação, podendo eliminar ou retardar o progresso da alteração, evitando assim complicações futuras. Na

prevenção terciária, deverá ocorrer a redução de uma deficiência para se tentar repor o funcionamento eficaz.

O Terapeuta da Fala tem um papel muito importante no desenvolvimento e na aplicação de estratégias de prevenção, efetuar mais investigação sobre as causas das alterações da comunicação e variáveis que influenciam o desenvolvimento e manutenção das capacidades comunicativas de maneira a promover práticas de bem-estar e saúde e relacionando-as com a prevenção (ASHA, 1988).

Worral e Hickson (2003) descrevem que é importante que a Terapia da Fala investigue a comunicação no envelhecimento, uma vez que está a aumentar o número de pessoas idosas na população. As alterações da comunicação têm uma grande prevalência na pessoa idosa e um impacto muito grande na sua qualidade de vida.

Os défices relacionados com o envelhecimento são caracterizados pela perda da funcionalidade. A mais descrita é a funcionalidade motora, mas a diminuição nos mecanismos de defesa natural do organismo e de adaptação ao ambiente, além da perda da reserva funcional, estende-se a outras esferas cognitivas como a linguagem. Os fatores ambientais não são decisivos para a perda da funcionalidade, no entanto influenciam e contribuem para as perdas. Os riscos de doenças que ocorrem com frequência no envelhecimento também interferem na capacidade funcional do indivíduo (Garcia e Mansur, 2006).

De acordo com Fillenbaum, 1986, citado por Paúl e Fonseca, 2005, a noção de capacidade funcional, ou funcionalidade, está relacionada com a autonomia na concretização de tarefas frequentes e necessárias a todos os indivíduos, como tarefas de adaptação ao meio em que se vive e de cuidados pessoais, que garantem a possibilidade de se viver sozinho no domicílio. A sua perturbação é o resultado de doenças (OMS, 1980, citado por Paúl e Fonseca, 2005).

A avaliação da funcionalidade tem como objetivos identificar perturbações funcionais, mentais, físicas e sociais e cooperar para a intervenção com vista à manutenção e/ou recuperação de capacidades (Paúl e Fonseca, 2005).

Com o intuito de classificar a funcionalidade, a incapacidade e a saúde surgiu a *Classificação Internacional de Funcionalidade – CIF*, que após alguns anos de desenvolvimento e com a participação de mais de 60 países, se tornou padrão em quase 200, após ter sido provada a sua independência do sexo e da idade dos indivíduos e a sua aplicabilidade transcultural. A CIF permite relacionar fatores pessoais, fatores

ambientais e condições de saúde, com alterações orgânicas e/ou funcionais e as suas consequências no grau de participação e atividade dos indivíduos (Pául e Fonseca, 2005).

O objetivo global da CIF (OMS, 2001) é proporcionar uma linguagem unificada e padronizada, assim como uma estrutura de trabalho para a descrição da saúde e de estados relacionados com a saúde. Desde o seu início, a CIF tem sido usada para uma ampla gama de propósitos tais como, uma ferramenta estatística (exemplo: na recolha de gravação de dados); uma ferramenta clínica (exemplo: avaliação e seus resultados); uma ferramenta de política social (exemplo: formulação de políticas e implementação); uma ferramenta educacional (exemplo: no currículo e design) e uma ferramenta de investigação (exemplo: para medir resultados, fatores ambientais ou a qualidade de vida). Os objetivos específicos da CIF podem ter a seguinte descrição: proporcionar uma base científica para a compreensão e o estudo dos determinantes da saúde e das condições com ela relacionadas, por exemplo, orientar o Terapeuta da Fala na prática clínica e no processo de investigação de modo a ampliar as áreas de conhecimento sobre os fatores pessoais, ambientais e participação de pessoas com alterações da comunicação e permitir a investigação da classificação da CIF e dos qualificadores importantes para a Terapia da Fala (Worrall e Hickson, 2008).

Como classificação, a CIF não determina um modelo de “processo” de funcionalidade e incapacidade. Entretanto, ela pode ser usada para descrever o processo facultando os meios para a descrição dos diferentes constructos e domínios. Ela permite, como processo evolutivo e interativo, fazer uma abordagem multidimensional da classificação da funcionalidade e da incapacidade e fornece as bases para os utilizadores que desejam criar modelos e estudar os diversos aspetos deste processo. Assim, a CIF pode ser vista como uma linguagem e os textos realizados com base nesta classificação dependem dos utilizadores, da sua orientação científica e da sua criatividade. A CIF é constituída por duas partes, cada uma com duas componentes: Parte 1: Funcionalidade e Incapacidade – a) Funções do Corpo e Estruturas do Corpo, b) Atividades e Participação; Parte 2: Fatores Contextuais – c) Fatores ambientais, d) Fatores Pessoais (OMS, 2004).

No presente estudo utilizou-se somente a componente Funcionalidade e Incapacidade – Funções do Corpo e Atividades e Participação dos idosos.

As componentes anteriormente descritas referentes à CIF, são importantes na participação de atividades comunicativas e sociais, bem como na prevenção e promoção do envelhecimento ativo.

A pertinência do presente estudo é sensibilizar as instituições centradas no apoio à terceira idade da importância da comunicação na população idosa, contribuindo assim para melhoria da sua qualidade de vida. É necessário que se realizem estudos acerca da população idosa para se perceber o impacto dos fatores inerentes a ela e como esses fatores influenciam a qualidade de vida.

Considerando que o contexto social influencia vários fatores do envelhecimento que possivelmente se relacionam com a comunicação e qualidade de vida, foi escolhida uma amostra de idosos residentes num lar de terceira idade no Algarve, que serviu de base para o presente estudo.

Para este estudo foi definida uma questão orientadora: “Qual a qualidade de vida associada à comunicação na pessoa idosa residente em instituição?” De forma a dar resposta à questão orientadora, foram estabelecidos quatro objetivos: descrever as atividades comunicativas dos idosos; caracterizar a participação social dos idosos; caracterizar o impacto da comunicação na qualidade de vida e caracterizar o impacto da felicidade na qualidade de vida e na comunicação.

2. MÉTODO

2.1. Tipo de Estudo

Este estudo é exploratório-descritivo de caráter transversal. É exploratório-descritivo, uma vez que o objetivo é descrever a importância que a comunicação exerce sobre a qualidade de vida da pessoa idosa. É de caráter transversal, uma vez que os dados foram recolhidos num único momento de contacto com cada participante.

2.2. Amostra

A amostra deste estudo é não probabilística, por conveniência e com base em critérios de escolha intencional.

Como critérios de inclusão, foram estabelecidas as seguintes características: residir num lar de terceira idade no Algarve, ter idade igual ou superior a 65 anos e ter o Português Europeu como língua materna. Como critérios de exclusão, não possuir doenças neurológicas, não ter perturbações ao nível da saúde mental e psiquiátrica (referidas

pela instituição) e não ter déficit cognitivo. Os critérios de controlo estabelecidos foram a audição, a visão, a mobilidade e a nomeação.

A amostra do estudo é constituída por 12 pessoas idosas residentes e que frequentam o centro de dia de um lar de terceira idade no Algarve, dos quais 8 (66,7%) são do sexo feminino e 4 (33,3%) do sexo masculino (Tabela 1). Apresentam em média 85,75 anos de idade (DP=8,10), tendo a pessoa mais velha 100 anos e a pessoa mais nova 74 anos.

São naturais da mesma freguesia (100%), têm o português europeu como língua materna (100%) e são viúvos(as) (91,7%). Na escolaridade, 41,7% têm a 4.^a classe e na profissão 25% foram empregadas domésticas de acordo com a Classificação Nacional das Profissões.

Tabela 1. Caracterização Sócio-Demográfica da amostra (n=12)

Variável	Resposta	F(%)	Média (DP)	Min – Máx	Moda
Género	Masculino	4 (33,3)	-	-	-
	Feminino	8 (66,7)	-	-	-
Idade	-	-	85,75 (8,10)	74 - 100	87
Estado Civil	Viúvo(a)	11 (91,7)	-	-	-
	Divorciado (a)	1 (8,3)	-	-	-
	Não Alfabetizado (a)	2 (16,7)	-	-	-
Escolaridade	Sabe ler/escrever mas não andou na escola	2 (16,7)	-	-	-
	1. ^a Classe	1 (8,3)	-	-	-
	2. ^a Classe	2 (16,7)	-	-	-
	4. ^a Classe	5 (41,7)	-	-	-
Profissão	5.2.3.0.05 – Vendedor de Mercado	1 (8,3)	-	-	-
	7.1.1.3.05 – Canteiro	1 (8,3)	-	-	-
	7.1.2.2.05 – Pedreiro	2 (16,7)	-	-	-
	9.1.3.1.05 – Empregada Doméstica	3 (25,0)	-	-	-
	9.2.1.1 – Trabalhadores Agrícolas	2 (16,7)	-	-	-
	5.1.2.3.20 – Empregado de Balcão	1 (8,3)	-	-	-
	7.4.3.6.90 – Outras Costureiras	1 (8,3)	-	-	-
	7.4.4.2.55 - Albardeiro	1 (8,3)	-	-	-

Nas condições de saúde (Tabela 2), a maioria da amostra apresenta audição alterada (58,3%; F=7), 50% (F=6) com perda auditiva moderada e 41,7% (F=5) não utilizam prótese auditiva; 83,3% (F=10) referiram ter a visão alterada, 75% (F=9) apresentaram perda visual moderada e 75% (F=10) usam óculos. Os idosos referiram ter ausência de dentes (83,3%; F=10) e 75% (F=9) usam prótese dentária. A maioria dos idosos disse não ter dificuldades na mastigação (91,7%; F=11) nem na deglutição, fala e alterações de voz (100%; F=12). Na mobilidade/locomoção, 66,7% (F=8) não têm dificuldades e apenas 33,3% (F=4) utilizam auxiliares. Nenhum dos participantes revelou ter alteração neurológica nem perturbação da saúde mental e/ou psiquiátrica (100%; F=12).

Tabela 2: Condição de Saúde da amostra

Variável		Resposta	Frequência (%)
Audição	n=12	Normal	5 (41,7)
		Alterada	7 (58,3)
Alteração da Audição	n=7	Perda Auditiva Ligeira	1 (8,3)
		Perda Auditiva Moderada	6 (50,0)
Prótese Auditiva	n=7	Não	5 (41,7)
		Sim	2 (16,7)
Visão	n=12	Normal	2 (16,7)
		Alterada	10 (83,3)
Alteração da Visão	n=10	Perda Visual Ligeira	1 (8,3)
		Perda Visual Moderada	9 (75,0)
Uso de Óculos	n=10	Não	1 (8,3)
		Sim	9 (75,0)
Ausência de Dentes	n=12	Não	2 (16,7)
		Sim	10 (83,3)
Prótese Dentária	n=10	Não	1 (8,3)
		Sim	9 (75,0)
Dificuldades na Mastigação	n=12	Não	11 (91,7)
		Sim	1 (8,3)
Dificuldades na Deglutição	n=12	Não	12 (100)
Dificuldades de Fala	n=12	Não	12 (100)
Alterações da Voz	n=12	Não	12 (100)
Limitações da Mobilidade/Locomoção	n=12	Não	8 (66,7)
		Sim	4 (33,3)
Uso de Auxiliares	n=4	Sim	4 (33,3)
Alteração Neurológica	n=12	Não	12 (100)
Perturbação da Saúde Mental e/ou Psiquiátrica	n=12	Não	12 (100)

Nos fatores ambientais (Tabela 3), 83,3% (F=10) dos participantes residem no lar e referiram que no seu interior passam mais tempo com amigos (50%; F=6). A maioria (33,3%; F=4) não passa o tempo fora do lar. No tipo de apoio, 83,3% (F=10) não têm e apenas 16,7% (F=2) realizam atividades dentro do lar (pintura), enquanto que 58,3% (F=9) não realizam qualquer tipo de atividade.

Tabela 3: Caracterização dos fatores ambientais da amostra

Variável			Frequência (%)
Com quem vive?	n=12	Sozinho(a)	2 (16,7)
		Lar/Residência	10 (83,3)
Com quem passa a maioria do tempo dentro do lar?	n=12	Amigos	6 (50,0)
		Colegas	3 (25,0)
		Sozinho(a)	3 (25,0)
Com quem passa a maioria do tempo fora do lar?	n=12	Filha	3 (25,0)
		Amigos	3 (25,0)
		Nora + Neto	1 (8,3)
		Família	1 (8,3)
		Não sai	4 (33,3)
Tem contacto com as crianças do jardim de infância?	n=12	Não	12 (100)
Recebe algum tipo de apoio?	n=12	Fisioterapia	2 (16,7)
		Não	10 (83,3)
Que atividades faz dentro do lar?	n=9	Pintura	2 (16,7)
		Não	7 (58,3)

A maioria dos participantes classificou o seu bem-estar como bom a muito bom, em que numa escala de 1 a 7, 33,3% (F=4) escolheram o número 5 e 25,0% (F=3) o número 6. Relativamente ao item qualidade de vida, a maioria dos participantes classificou-a

como suficiente a bom, em que numa escala de 1 a 7, 33,3% (F=4) escolheram o número 4 e 33,3% (F=4) o número 5.

Tabela 4: Classificação do bem-estar e da qualidade de vida (n=12)

Variável	Resposta	Frequência (%)
Numa escala de 1 a 7 como a pessoa classifica o seu bem-estar no momento	3	3 (25,0)
	4	2 (16,7)
	5	4 (33,3)
	6	3 (25,0)
Numa escala de 1 a 7 como a pessoa classifica a sua qualidade de vida no momento	3	3 (25,0)
	4	4 (33,3)
	5	4 (33,3)
	6	1 (8,3)

Inicialmente descreve-se o nível cognitivo da amostra através do MMSE (Tabela 5), em que esta obteve uma média de 25,50 (DP=2,64). No que diz respeito à moda, obteve-se o score de 22 (25,0%) e o score 28 (25,0%). Pode-se concluir que os idosos têm um estado cognitivo razoável, uma vez que a pontuação máxima do MMSE é de 30 valores e o mínimo esperado é de 22 valores. É de salientar que os 12 participantes corresponderam aos critérios de inclusão no MMSE.

Tabela 5: Caracterização do estado cognitivo (MMSE) da amostra (n=12)

Variável	Frequência (%)	Média (DP)	Min – Máx	Moda
MMSE	22	3 (25,0)	22 - 29	22
	23	1 (8,3)		
	25	1 (8,3)		
	26	2 (16,7)		
	27	1 (8,3)		
	28	3 (25,0)		
	29	1 (8,3)		
	(Pontuação)	-		

Os participantes nomearam as imagens (Tabela 6) corretamente em média 35,08 (DP=6,78) e 2,25 (DP=1,91) após ajuda semântica. Os tipos de erros mais frequentes foram: não responde (M=5,58; DP=4,68), parafasia semântica (M=3,73; DP=2,53), parafasia verbal (M=2,00; DP=0,00) e não reconheceu (M=2,00; DP=1,41). Não ocorreram erros de: parafasia fonémica, perseveração, neologismos, erros visuais por hiponímia, pausa anômica com resposta correta e pausa anômica sem resposta correta.

Tabela 6: Análise do tipo de erro de nomeação de imagem por confrontação visual – Teste de Nomeação de Armstrong

Tipo de erro	Média (DP)	Min – Máx
1. Número de respostas corretas sem Ajuda	35,08 (6,78)	24 – 43
2.1. Número de Respostas Corretas Após Ajuda Semântica	3,25 (1,91)	1 – 6
2.2. Número de Respostas Corretas Após Ajuda Fonológica	-	-
3.1. Parafasia Verbal	2,00 (0,00)	2 – 2
3.2. Parafasia Fonémica	-	-
3.3. Parafasia Semântica	3,73 (2,53)	1 – 10
4. Superordenação	1 (0)	1 – 1
5. Circunlóquio	2,00 (1,41)	1 – 4
6. Perseveração	-	-
7. Palavras debaixo da língua	1,33 (0,57)	1 – 2
8. Neologismos	-	-
9. Não reconheceu	2,00 (1,41)	1 – 3
10.1. Erros de ambiguidade visuo-semântica	1,83 (0,98)	1 – 3
10.2. Erros visuais por hiponímia	-	-
11. Não responde	5,58 (4,68)	1 – 14
12. Pausa anômica com resposta correta	-	-
13. Pausa anômica sem resposta correta	-	-
14. Autocorreção: aproximações	-	-

2.3. Instrumentos de recolha de dados

Para se proceder à recolha de dados, foram utilizados sete instrumentos.

O Questionário Sócio-Demográfico (Belela e Vital, 2013, adaptado de Barcelos e Vital, 2009) (Apêndice I) é constituído por questões que dizem respeito aos principais dados demográficos que se devem ter em conta na seleção e caracterização da amostra: género, idade, nacionalidade, freguesia onde reside, estado civil, escolaridade, profissão, língua materna, condições de saúde e fatores ambientais.

O *Mini-Mental State Examination* (MMSE) (Folstein e McHugh, 1975, traduzido por Guerreiro, Silva, Botelho, Leitão, Caldas e Garcia, 1994) (Anexo I) é um dos instrumentos mais utilizados no rastreio de declínio cognitivo em estudos epidemiológicos, bem como na avaliação global das funções cognitivas em ambiente clínico e de investigação. A pontuação é afetada por variáveis demográficas, diminuindo com a idade e com a menor escolaridade sem grande influência do género (Morgado *et al.*, 2009). Este teste é constituído por cinco partes: I – Orientação, II – Retenção, III – Atenção e Cálculo, IV – Evocação e V – Linguagem. Integra 30 tarefas com a atribuição de 1 ponto a cada. Foram determinados novos valores normativos após a adaptação de Morgado, Rocha, Maruta, Guerreiro e Martins (2009), em que se constata presença de défice cognitivo quando os idosos com escolaridade igual ou inferior a 2 anos obtêm uma pontuação inferior a 22, com escolaridade entre 3 a 6 anos obtêm pontuação inferior a 24 e com escolaridade igual ou superior a 7 anos obtêm

pontuação inferior a 27 (Morgado, *et al.*, 2009). O presente teste foi utilizado para avaliar o estado cognitivo dos idosos que participaram no estudo.

O Teste de Nomeação de Armstrong (TNA) (Armstrong, 1996, traduzido e adaptado por Vital, Bom, Rasquilha e Ferreira, 1997) (Anexo II) é uma tradução para o português europeu do Armstrong Naming Test. Tem como objetivo fornecer indicadores de diagnóstico para distinguir o idoso com afasia, do idoso com Doença de Alzheimer e da população idosa saudável através da nomeação de 50 imagens (Vital, Bom, Rasquilha e Ferreira, 1997). Durante a sua aplicação, solicita-se à pessoa que nomeie as imagens e, se necessário, é-lhe fornecida uma ajuda (Ferreira, 1998, citado por Vieira, 2012). Se a pessoa errar na nomeação da imagem, o examinador transcreve a resposta para análise e fornece uma ajuda semântica e se continuar a errar, o examinador fornece uma ajuda fonémica (Armstrong, 1996, citado por Vieira, 2012). As respostas corretas são cotadas com 1 ponto e as incorretas com 0 pontos. Todas as respostas são registadas na folha de registo, fazendo-se posteriormente a análise do tipo de resposta produzida pela pessoa e das ajudas fornecidas de acordo com a classificação do tipo de respostas de Armstrong (número de respostas corretas sem ajuda, número de respostas corretas após ajuda semântica e após ajuda fonémica, número de parafasias semânticas, superordenação, circunlóquio, perseveração, palavras debaixo da língua, parafasias fonémicas, neologismos, parafasias verbais, não reconhecimento, má perceção visual, ausência de resposta, outros tipos de erro e erros em palavras polissilábicas (Vieira, 2012). Neste estudo, a classificação do tipo de respostas utilizada foi de Coutinho, Martins, Ruivo, Silva e Vieira, 2012, adaptado de Budd *et al.*, 2010; Cardoso, 2010; Coutinho, 2005; Ortiz, 2005; Lopes de Sousa, s.d.: Nomeação Espontânea, Resposta com Ajuda Semântica, Resposta com Ajuda Fonémica, Parafasia Verbal, Parafasia Fonémica, Parafasia Semântica, Superordenação, Circunlóquio, Perseveração, Palavras Debaixo da Língua, Neologismo, Não reconhece, Má Perceção Visual (erros de ambiguidade visuo-semântica e erros visuais por hiponímia), Não Responde, Pausa Anómica com Resposta Correta, Pausa Anómica sem Resposta Correta e Autocorreção: aproximações (Vieira, 2012). O TNA foi utilizado para avaliar a capacidade de nomeação do idoso.

A Checklist das Atividades Comunicativas (COMACT) – Communicative Activities Checklist (Cruice, 2001 e Worrall e Hickson, 2003, adaptado por Barcelos e Vital, 2009) (Anexo III) consiste numa lista de 45 atividades comunicativas, envolvendo atividades relacionadas com fala, audição, leitura e escrita. Permite discriminar a comunicação que ocorre em diferentes contextos e com parceiros de comunicação

relacionados com as diferentes atividades da vida diária. A presente checklist é constituída por uma escala que corresponde: diariamente (6), semanalmente (5), quinzenalmente (4), mensalmente (3), raramente (2), nunca (1) e não respondo (9). Os participantes do estudo marcam a frequência com que realizam as atividades (Cruice, Worrall e Hickson, 2005).

A Checklist das Atividades Sociais (SOCACT) – Social Activities Checklist (Cruice, 2001 e Worrall e Hickson, 2003, adaptado por Barcelos e Vital, 2009) (Anexo IV) consiste numa lista de 20 itens que possibilita quantificar o envolvimento, a frequência e a satisfação dos participantes em atividades sociais. A presente checklist é constituída por uma escala que corresponde: diariamente (6), semanalmente (5), quinzenalmente (4), mensalmente (3), raramente (2), nunca (1) e não respondo (9). Os participantes do estudo marcam a frequência com que realizam as atividades sociais (Cruice, Worrall e Hickson, 2005).

A Escala de Felicidade (Dambrun *et al.*, 2012 tradução e adaptação ao português europeu por Vital, 2013) (Anexo V) encontra-se dividida em duas partes, a felicidade duradoura constituída por 16 itens e a felicidade hedónica-flutuante constituída por 10 itens. A presente escala tem como objetivo quantificar a felicidade subjetiva da pessoa idosa. É constituída por uma escala que varia entre o Muito baixo (1) e o Muito Elevado (7).

A Escala de Qualidade de Vida na Comunicação (Paul *et al.*, 2004, traduzido e adaptado por Vital, 2012) (Anexo VI) é uma tradução para o português europeu do Quality of Communication Life Scale. A presente escala permite avaliar vários aspetos da comunicação tais como: relações e vida social; interesses e lazer; autonomia e bem-estar; e educação e vida profissional. Permite também determinar o impacto que a comunicação tem na qualidade de vida (Paul *et al.*, 2004). É constituída por uma escala que varia entre 1 (Não); 1,5; 2; 2,5; 3; 3,5; 4; 4,5; 5 (Sim) (Paul *et al.*, 2004).

2.4. Procedimentos

O presente estudo passou por várias etapas: escolha de uma linha de investigação, pesquisa bibliográfica pertinente que serviu de base para a investigação, elaboração do projeto, realização do pedido de autorização (Apêndice II), do consentimento informado (Apêndice III), de uma ficha de caracterização sócio-demográfica e recolha de dados. É de salientar que o pedido de autorização, o consentimento informado, a

ficha de caracterização sócio-demográfica, bem como os restantes testes, foram sujeitos a pré-teste. Antes de se proceder ao trabalho de campo, foi enviada uma carta à direção do lar de terceira idade localizado no Algarve com o pedido de autorização para a sua efetivação. Após a obtenção da declaração da coordenação de curso necessária para dar início à investigação, em abril de 2013 iniciou-se o processo de trabalho de campo que passou por diversas etapas: contacto com os profissionais do lar que transmitiram quais os idosos que poderiam entrar no estudo; preenchimento individual da ficha de caracterização sócio-demográfica por meio de entrevista; aplicação do MMSE (Guerreiro *et al.*, 1994); aplicação do TNA (Vital *et al.*, 1997) (gravada em formato de áudio); aplicação do COMACT (adaptado por Barcelos, J. e Vital P., 2009 de Cruice, 2001 e Worrall e Hickson., 2003); aplicação do SOCACT (adaptado por Barcelos, J. e Vital P., 2009 de Cruice, 2001 e Worrall e Hickson., 2003); aplicação da Escalas de Felicidade (Dambrun *et al.*, 2012, tradução e adaptação ao Português Europeu Vital, P., 2013) e aplicação Escala de Qualidade de Vida na Comunicação (Traduzido e adaptado por Vital, P., 2012, de Paul *et al.*, 2004).

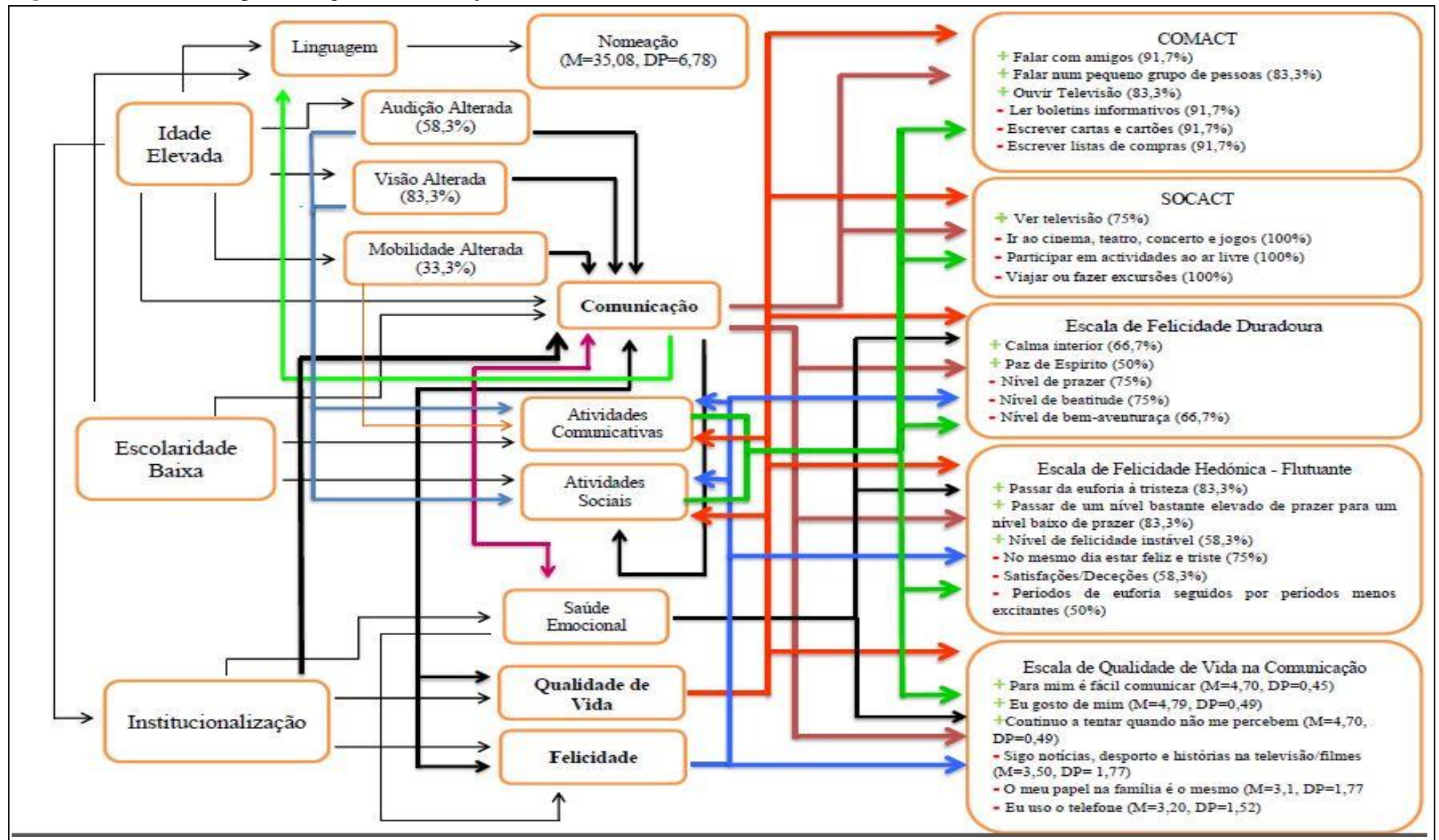
Os dados recolhidos foram organizados na base de dados e foi feito o tratamento estatístico utilizando o *Software Statistical Package for The Social Sciences* (SPSS) versão 20.0. Foi feita a análise estatística descritiva, com elementos de distribuição de frequência, medidas de tendência central e medidas de dispersão.

É de realçar que a informação recolhida serviu única e exclusivamente para investigação, tendo sido garantidos os termos de confidencialidade. O anonimato das pessoas que foram inquiridas foi estabelecido através de um código de identificação que apenas a investigadora teve acesso.

3. RESULTADOS

Os resultados obtidos vão ao encontro dos objetivos estabelecidos, dos conceitos principais do presente estudo (atividades comunicativas, atividades sociais, comunicação, qualidade de vida e felicidade), bem como dos aspetos inerentes à CIF.

Figura 1. Quadro Conceptual integrando a descrição da amostra



Nas atividades comunicativas (Tabela 7) (Apêndice IV), constatam-se as seguintes atividades comuns a todos os participantes: “Falar com amigos” (91,7%), “Falar num pequeno grupo de pessoas” (83,3%), “Ouvir televisão” (83,3%)”, “Rezar” (75%), “Ouvir notícias” (66,7%), “Ouvir e acompanhar uma conversa” (58,3%)” e “Falar para/com conhecidos” (50%).

Os participantes realizam diariamente atividades relacionadas com a fala e audição: falar com amigos (91,7%), falar num pequeno grupo de pessoas (83,3%), rezar (75%) e falar para/com conhecidos (50%), ouvir a televisão (83,3%), ouvir as notícias (66,7%), ouvir e acompanhar uma conversa (58,3%). Semanalmente, 50% da amostra ouve e acompanha um grupo de pessoas a conversar.

Verifica-se que existem várias atividades relacionadas com a fala, audição, leitura e escrita que a maioria ou mesmo a totalidade dos inquiridos não realiza: falar com o animal de estimação, ouvir um discurso e consultar a lista telefónica (100%), ler boletins informativos, escrever listas de compras e escrever um diário (91,7%), fazer apostas, ler panfletos, ler faturas e contas e ler o extrato bancário (83,3%), falar com comerciantes e falar sobre fotografias (75%), fazer o pedido de uma bebida (66,7%), ouvir rádio, ouvir o programa de desporto e ler cartas e cartões (58,3%).

É de referir que por um dos participantes não saber ler nem escrever, não foram efetuadas perguntas relacionadas com a leitura e escrita.

Nas atividades sociais (Tabela 8) (Apêndice V), verifica-se que somente na rúbrica ver televisão diariamente, há uma maioria de participantes (75%) que respondeu positivamente.

Existem atividades sociais em que a maioria ou a totalidade da amostra não realiza: ir ao cinema, teatro, concertos, jogos, participar em atividades ao ar livre, viajar ou fazer excursões, investir nos passatempos, ir a reuniões de organizações voluntárias ou de caridade social, ir a reuniões profissionais ou do sindicato, ir a aulas ou palestras e ir a eventos ou atividades políticas (100%), visitar exposições, museus bibliotecas (91,7%), jogar às cartas ou outros jogos de mesa (75%), brincar ou ajudar os filhos/netos (66,7%), ir às compras e ir a bares/cafés (58,3%), ir a restaurantes e fazer exercício ou praticar desporto (50%).

Na Tabela 9 (Apêndice V), satisfação e limitações relativamente às atividades sociais, verifica-se que 91,7% (F=11) da amostra está satisfeita com as atividades que realiza e apenas uma participante (8,3%) respondeu que gostaria de fazer costura e pintura. Na

questão “Há alguma coisa que o(a) limite na realização destas atividades sociais e recreativas?” 91,7% responderam não, enquanto 8,3% (F=1) respondeu sim em virtude de sofrer de artrite reumatoide nas mãos.

Na Tabela 10 (Apêndice VI), Felicidade Duradoura, os participantes apresentaram como resultados baixos negativos: nível regular de prazer e nível regular de beatitude (felicidade perfeita) (75%), nível regular de bem-aventurança (a felicidade parece completa); resultados baixos positivos: nível regular de mal-estar (66,7%) e nível regular de descontentamento (50%); resultados médios: nível regular de realização (50%); resultados elevados: nível regular de calma interior (66,7%) e nível regular de paz interior (50%).

Na Felicidade Hedónica-Flutuante (Tabela 11) (Apêndice VI) verifica-se os seguintes resultados: não concordam parcialmente 83,3% da amostra “Muitas vezes passo da euforia à tristeza” e “Muitas vezes passo de um nível bastante elevado de prazer para um nível baixo de prazer” e 50% “As fases de bem-estar sucedem a fases de mal estar (desconforto)”; Concordam parcialmente 75% dos participantes “No mesmo dia, às vezes posso estar feliz e às vezes triste”, 58,3% “Tive satisfações e também deceções” e 50% “Na minha vida eu conheço muitas vezes períodos de euforia, mas são quase sempre seguidos por períodos menos excitantes”.

Na tabela 12 (Apêndice VII), Qualidade de Vida na Comunicação, 58,3% da amostra respondeu “Hoje está a ser um dia médio”. A maioria dos inquiridos (83,3%) não saem de casa e fazem coisas e 66,7% não têm responsabilidades nas tarefas de casa (variável 1); na variável 4, 58,3% dos participantes responderam que as pessoas incluem-nos nas conversas e vêm as coisas engraçadas da vida; na variável 5 (sim), 83,3% referem gostar de si próprios e falam por si mesmos, 75% são compreendidas quando falam e estão confiantes que conseguem comunicar, 66,7% falam com pessoas, é fácil comunicarem, continuam a tentar quando as pessoas não as percebem e tomam as suas próprias decisões e 50% seguem notícias, desporto e histórias na televisão/filmes. No item “Em geral, a minha qualidade de vida é boa” e na escala de 1 a 5, 50% dos idosos colocaram a sua resposta no número 4. Na qualidade de vida relacionada com a comunicação (Tabela 13) (Apêndice VIII), a amostra obteve uma média de 61,95 (DP=7,45) e o número de itens mais pontuados foi 16 (83,3%).

4. DISCUSSÃO

A qualidade de vida e a comunicação na pessoa idosa institucionalizada são dois temas muito importantes a serem investigados, para se saber até que ponto a pessoa idosa está adequadamente contextualizada em ambientes ativos e estimulantes em termos de diversidade e de intensidade de comunicação.

Comunicar é essencial na vida do idoso, permitindo uma boa integração social, melhor qualidade de vida, satisfação de necessidades básicas, estabelecimento e manutenção de relações interpessoais, emoções e sentimentos. Fernandes, Mendes e Navas (2010), além de confirmarem o acima escrito, também realçam que tudo o que limite ou for restritivo à total funcionalidade da comunicação, pode ser um fator negativo para a pessoa idosa.

Os participantes do estudo apresentam uma idade elevada, sendo a média de 85,75 anos (DP=8,10). No envelhecimento, surgem alterações na linguagem, entre as quais a dificuldade de nomeação, conforme citado por Freitas (2006). Também a interação nível de escolaridade e idade, influencia negativamente as tarefas de nomeação e tem maior incidência nos mais idosos e nos de menor escolaridade, o que vai ao encontro do referido por Fernandes, Mendes e Navas (2010). Através do TNA, apesar da média dos participantes (M=35,08; DP=6,78) ter dado respostas corretas sem ajuda, verificou-se que ocorreram alguns erros na nomeação das imagens apresentadas.

A maioria dos participantes referiram ter uma audição alterada (58,3%; F=7), em que 50% (F=6) têm uma perda auditiva moderada, tendo apenas 16,7% (F=2) prótese auditiva. Esta realidade vai influenciar negativamente a comunicação com os outros como está descrito por Russo (1999). Seria importante que todos os idosos com perda auditiva tivessem a possibilidade de a compensar com próteses auditivas, evitando desta forma dificuldades de comunicação. No entanto, por as próteses terem um alto custo financeiro, limita a sua aquisição por parte de pessoas com baixo poder económico. Também apresentam uma visão alterada (83,3%; F=10), com perda visual moderada (75%; F=9), mas compensada com o uso de óculos. É importante que a perda de visão se encontre corrigida, uma vez de acordo com Cruice, Worrall e Hickson (2005) já referido no presente estudo, a perda de visão pode provocar dificuldades na comunicação, bem como limitações para ver televisão, ler e escrever. A audição e a visão são fatores que influenciam de forma significativa o funcionamento cognitivo. A

sua correção permite ao idoso continuar a exercitar o seu cérebro para este poder continuar a funcionar, como referem Ribeiro e Paúl (2011).

Na mobilidade/locomoção, 4 dos participantes (33,3%; F=4) responderam terem limitações, usando todos auxiliares de locomoção. As limitações de mobilidade/locomoção podem pôr em causa a prática de atividades comunicativas, tal como descreve Netto (2002).

A escolaridade revelada na amostra é reduzida, em que 41,7% (F=5) possuem a 4.^a classe, 16,7% (F=2) não andaram na escola mas sabem ler/escrever e 16,7% (F=2) não são alfabetizados. A escolaridade é importante na proteção do desgaste cognitivo bem como no seu funcionamento e estrutura cerebral, como é referido por Ribeiro e Paúl (2011). Também é importante para uma maior participação nas atividades comunicativas, mais propriamente na leitura e escrita e nas atividades sociais.

A pessoa idosa ao ser institucionalizada, vê os seus hábitos de vida alterarem-se de forma significativa. Se para muitos idosos, o facto de viverem sozinhos e sem quaisquer apoios de terceiros, a institucionalização é um fator positivo, uma vez que a sua qualidade de vida aumenta, para outros é negativa, dado que se afastam da família e da sua casa, tornando-os pessoas de certa forma emocionalmente menos felizes e com perda de qualidade de vida. Este facto negativo é confirmado por Guidetti e Pereira (2008), quando descrevem que muitos idosos encaram o processo de institucionalização como o abandono pelos filhos, aproximação da morte e perda de liberdade e entendem que perderam qualidade de vida. Os participantes foram questionados sobre qualidade de vida, tendo sido selecionada a resposta da pessoa identificada com o número 8 da amostra e que seguidamente se transcreve: *“Ora qualidade de vida era se eu tivesse na minha casa era outra coisa, mas assim... Como estava sozinha, os meus netos estão empregados, a minha nora está empregada, o meu filho morreu, eu tive de vir para o lar (Choro). Tenho medo de estar sozinha. Com o que eu via na televisão tinha medo de estar sozinha.”*

Todos os conceitos acima abordados como, comunicação, atividades comunicativas, atividades sociais, qualidade de vida e felicidade, foram avaliados em todos os instrumentos de recolha de dados utilizados no presente estudo, estando estes interrelacionados.

De forma a dar resposta ao primeiro objetivo “descrever as atividades comunicativas dos idosos”, verifica-se que os idosos realizam mais atividades relacionadas com a fala

(91,7% falar com amigos, 83,3% falar num pequeno grupo de pessoas e 75% rezar) e a audição (83,3% ouvir a televisão, 66,7% ouvir as notícias e 58,3% ouvir e acompanhar uma conversa) do que com a leitura em que somente 33,3% leem revistas e jornais e ninguém realiza atividades relacionadas com a escrita, uma vez que os idosos participantes referiam que não tinham a necessidade de escrever o que estava relacionado com os itens do COMACT. Comparando com o estudo efetuado na Austrália em contexto urbano e que se encontra no artigo escrito por Cruice, Worrall e Hickson (2005), verifica-se convergência no falar com amigos, ouvir notícias, ouvir a televisão e ouvir e acompanhar uma conversa. Na leitura e escrita, os resultados foram totalmente diferentes dos verificados no presente estudo, uma vez que a leitura constituiu uma das mais atividades comunicativas para a amostra do estudo de Cruice, Worrall e Hickson (2005) e na escrita, 52% escreviam semanalmente listas de compras.

No segundo objetivo “caracterizar a participação social dos idosos”, o ver televisão diariamente é que recebeu a maioria das respostas (75%). Semanalmente, 33,3% dos idosos dizem que fazem exercício ou praticam desporto. No estudo de Cruice, Worrall e Hickson (2005) ver televisão era uma atividade realizada semanalmente por 96% dos inquiridos e 65% faziam exercício ou praticavam desporto. As restantes atividades que constam na Tabela 8 tais como, visitar exposições, museus, bibliotecas, ir ao cinema, teatro, concerto e jogos, participar em atividades ao ar livre, viajar ou fazer excursões, investir nos passatempos e ir às compras, a maioria raramente ou nunca as realizam. Também é de realçar que somente 16,7% dos idosos diziam que liam diariamente e 8,3% semanalmente. Esta realidade pode estar relacionada com a média de idade elevada dos participantes ($M=85,75$; $DP=8,103$) e pelo contexto de institucionalização existente. Os resultados obtidos no presente estudo são muito diferentes dos alcançados no estudo de Cruice, Worrall e Hickson (2005), uma vez que semanalmente 40% dos participantes participavam em atividades ao ar livre, 57% investiam nos passatempos, 88% iam às compras e 92% liam. A maioria dos participantes (91,9%) referiram estarem satisfeitos com as atividades que realizam, enquanto um manifestou o interesse em realizar mais atividades, como costura e pintura, convergindo assim com Ribeiro e Paúl (2011) quando dizem que as atividades sócio-recreativas como jardinagem, pintura e outras, permitem a manutenção de uma mente ativa e estimulada.

No terceiro objetivo “caracterizar o impacto da comunicação na qualidade de vida”, o idoso realiza mais atividades relacionadas com as relações e vida social (“as pessoas compreendem-me quando eu falo” e “estou confiante que consigo comunicar” (75%);

“falar com pessoas”, “para mim é fácil comunicar” “eu continuo a tentar quando as pessoas não me percebem” (66,7%); autonomia e bem-estar (“eu gosto de mim” e “eu falo por mim” (83,3%) e “eu tomo as minhas próprias decisões (66,7%)”); interesses e lazer (“eu sigo notícias, desporto e histórias na televisão/filmes (50%)”. Estes aspetos estão todos relacionados com a comunicação, pertencendo esta à integração social da pessoa, conforme descrito por Fernando, Mendes e Navas (2010) e que têm impacto na qualidade de vida da pessoa idosa. Ao ter uma vida ativa baseada na comunicação e no entretenimento, pode impedir na pessoa idosa o aparecimento de doenças mentais e físicas, a depressão e a carência emocional e afetiva (Guidetti e Pereira, 2008).

No quarto objetivo “caracterizar o impacto da felicidade na qualidade de vida”, verifica-se que a maioria dos idosos referem que o seu nível de felicidade duradoura é baixo (nível regular de beatitude (felicidade perfeita) e nível regular de prazer (75%) e nível regular de bem-aventurança (a felicidade parece completa) (66,7%)). No entanto, responderam elevado (nível regular de calma interior (66,7%) e nível regular de paz interior (50%)).

Na felicidade hedónica-flutuante, a maioria dos idosos concordam parcialmente “na minha vida no mesmo dia, às vezes posso estar feliz e às vezes triste” (75%), “na minha vida eu tive satisfações e também grandes deceções” (58,3%) e “na minha vida eu conheço muitas vezes períodos de euforia mas são quase sempre seguidos por períodos menos excitantes” (50%). Contudo, a maioria não concorda parcialmente com “na minha vida eu muitas vezes passo da euforia à tristeza” e “na minha vida eu muitas vezes passo de um nível bastante elevado de prazer para um nível baixo de prazer” (83,3%) e “na minha vida o meu nível de felicidade é bastante instável, às vezes alto, às vezes baixo”, “na minha vida tenho alturas em que mudo/alterno de momentos de plenitude completa para momentos muito menos satisfatórios” (58,3%) e “na minha vida as fases de bem-estar sucedem a fases de mal-estar (desconforto)” (50%).

Os resultados obtidos quer na felicidade duradoura quer na felicidade hedónica-flutuante, podem estar relacionados com o facto das pessoas idosas referirem que com a perda do(a) companheiro(a) e alguns com a perda de filhos e de não estarem a viver no seu ambiente familiar, não se consideram felizes, indo ao encontro do que é citado por Siqueira e Padovam (2008) quando referem que a satisfação com a vida é o julgamento que o individuo faz com a sua própria vida. A satisfação com a vida é também considerada como uma dimensão subjetiva de qualidade de vida, ao lado do bem-estar e da felicidade. As avaliações devem conter uma análise pessoal sobre a frequência com

que experimentam as emoções positivas e negativas. Também referem que a dimensão emocional do bem-estar subjetivo guarda uma forte relação com a visão hedónica de felicidade, dado que dá destaque aos aspetos afetivos da vida.

5. CONCLUSÃO

A realização deste estudo teve como principal objetivo relacionar a qualidade de vida com a comunicação nos idosos institucionalizados num lar de terceira idade no Algarve, bem como identificar os fatores condicionantes às suas atividades comunicativas e sociais, possibilitando assim conhecer a sua realidade de vida. Trata-se de uma temática em que existem poucos estudos de investigação sobre a importância da Terapia da Fala no referido contexto.

Os residentes do referido lar são na sua grande maioria pessoas idosas com idades bastante avançadas e com limitações de saúde muito acentuadas.

Com os resultados obtidos, conclui-se que a idade elevada provoca alterações na audição (58,3%), visão (83,3%), mobilidade (33,3%) e linguagem mais propriamente na nomeação, o que limita a comunicação e participação em atividades sociais da amostra. A escolaridade baixa também tem impacto em certas atividades comunicativas e sociais tais como, ler e escrever, como foi comprovado por este estudo, uma vez que foram atividades raramente ou nunca realizadas pela amostra e a institucionalização também influencia a qualidade de vida e a felicidade dos idosos, pois trata-se de uma realidade diferente da que tinham antes de serem institucionalizados, levando a um estilo de vida que os afasta de um envelhecimento ativo. Para reverter esta situação, é premente consciencializar os responsáveis da instituição da importância da existência de uma equipa multidisciplinar, em que se inclui a Terapia da Fala, para assim estimular os idosos numa maior participação comunicativa e social, bem como na prevenção, deteção e tratamento precoce de alterações da comunicação. Esta teria um incremento positivo, uma vez que iria existir uma maior satisfação com a vida, bem-estar social, uma maior atitude positiva, mais competências cognitivas e sociais, independência e autonomia, por conseguinte uma maior qualidade de vida e melhor envelhecimento ativo.

É de salientar que a maioria dos idosos referiu com muita insistência que a ausência ou perda dos seus/suas companheiros(as), bem como o estar afastado da sua casa e da família, influenciava negativamente o seu estado de espírito e o grau de felicidade.

Assim, pode-se concluir que os idosos apresentam uma felicidade reduzida, induzindo assim a uma menor qualidade de vida. No entanto, é de referir a paz e calma interior manifestada pela maioria dos participantes.

O presente estudo apresentou algumas limitações tais como, o número da amostra ser muito pequeno (n=12); não ter existido uma avaliação da saúde mental de cada participante bem como da visão e da audição, uma vez que este último aspeto mostrou ter grande impacto na aplicação dos testes; falta de compreensão no que diz respeito à utilização das escalas aplicadas no COMACT, SOCACT e na Escala de Qualidade de Vida na Comunicação, o que poderá ter influenciado as respostas e dificuldade na compreensão das perguntas do teste de Escala de Felicidade, o que obrigava a investigadora reformular todas as perguntas de forma a torná-las entendíveis a cada participante.

Como futuros estudos, seria pertinente incrementar as investigações da importância da Terapia da Fala nesta área da comunicação e qualidade de vida dos idosos institucionalizados, bem como noutros contextos, para se alterar conscientemente os procedimentos existentes neste tipo de instituições, melhorando assim a qualidade de vida e comunicação dos seus residentes. As amostras deverão ser em número superior às do presente estudo, para que seja possível a obtenção de resultados mais fidedignos.

6. Referências

- ASHA (American Speech-Language and Hearing Association). (1988). *Prevention of Communication Disorder*. Estados Unidos: ASHA.
- ASHA (American Speech-Language and Hearing Association). (1992). *Guidelines for Meeting the Communication Needs Of Persons With Severe Disabilities*. Estados Unidos: ASHA.
- Barcelos, J. (2010). *Caracterização do perfil de comunicação da pessoa idosa da Ilha Terceira*. Monografia Final de Licenciatura. Barcarena: Universidade Atlântica.
- Cancela, D. (2007). *O processo de envelhecimento*. Trabalho realizado no Estágio de Complemento ao Diploma de Licenciatura em Psicologia pela Universidade Lusíada do Porto. Disponível *online* em: <http://www.psicologia.pt/artigos/textos/TL0097.pdf>. Último acesso em 14-06-2013.
- Cruice, M., Worrall, L. e Hickson, L. (2005). Personal factors, communication and vision predict social participation in older adults. *Advances in Speech–Language Pathology*, December 2005; 7(4): 220 – 232.
- Fernandes, F., Mendes, B. e Navas, A. (2010). *Tratado de Fonoaudiologia*. (2.^a ed.). São Paulo: Editora Roca.
- Ferreira, O., Maciel, S., Silva, A., Santos, W., Moreira, M. (2010). O envelhecimento ativo sob o olhar de idosos funcionalmente independentes. *Revista Escolar de Enfermagem*, 44(4): 1065-9.
- Freitas, E. *et al.* (2006). *Tratado de Geriatria e Gerontologia*. (2.^a ed.). Rio de Janeiro: Guanabara Koogan.
- Galinha, I e Ribeiro, P. (2005). *História e Evolução do Conceito de Bem-Estar Subjetivo*. *Psicologia, Saúde e Doenças*: 6(2), pp. 203-214.
- Garcia, F. e Mansur, L. (2006). *Habilidades funcionais de comunicação: idoso saudável*. *Ata Fisiatra*: 13(2), pp. 87-89.
- Guidetti, A. e Pereira, A. (2008). A Importância da Comunicação na Socialização dos Idosos. *Revista de Educação*; Vol. XI, 13, pp. 278-181.
- INE (2012). *Censos 2011 – Resultados Definitivos*. Lisboa: Instituto Nacional de Estatística.

- Morgado, J., Rocha, C., Maruta, C., Guerreiro, M. e Martins, I. (2009). *Novos Valores Normativos do Mini-Mental State Examination*. *In Sinapse – Sociedade Portuguesa de Neurologia*, **9**, n. 2. pp. 10–16.
- Netto, M. (2002). *Gerontologia. A velhice e o Envelhecimento em Visão Globalizada*. São Paulo: Editora Atheneu.
- Organização Mundial de Saúde. (2004). *Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde - CIF*. Lisboa: Direção-Geral da Saúde.
- Passareli, P. e Silva, J. (2007). *Psicologia positiva e o estudo do bem-estar subjetivo*. *Estudos de Psicologia*: 24(4), pp. 513-517.
- Paul, D., Frattali, C., Holland, A., Thompson, C., Caperton, C. e Slater, S. (2004). *Quality of Communication Life Scale: Manual*. American Speech-Language-Hearing Association.
- Paúl, C. e Fonseca, A. M. (2005). *Envelhecer em Portugal*. (1ª ed.). Lisboa: Climepsi Editores.
- Paúl, C., Ribeiro, O. e Teixeira, L. (2012). *Active Ageing: An Empirical Approach to the WHO Model*. *Current Gerontology and Geriatrics Research*: pp. 1-10.
- Paúl, C. e Ribeiro, O. (2012). *Manual de Gerontologia. Aspetos biocomportamentais, psicológicos e sociais do envelhecimento*. Lisboa: LIDEL.
- Pereira, M. e Roncon, J. (2010). *Relacionamento Familiar em Pessoas Idosas: Adaptação do Índice de Relações Familiares (IFR)*. *Psicologia, Saúde e Doenças*, 11(1), pp. 41-53.
- Ribeiro, O. e Paúl, C. (2011). *Manual de Envelhecimento Ativo*. Lisboa: LIDEL.
- Russo, I. (1999). *Intervenção Fonoaudiológica na Terceira Idade*. Rio de Janeiro: Revinter.
- Santos, C., Ferrari, C., Giacheti, C. (2008). *Perfil Funcional da Comunicação em Idosos Institucionalizados: Classificação Internacional da Funcionalidade Incapacidade e Saúde (CIF)*.
- Santos, E., Ferreira, J., Pocinho, R., Gaspar, J. e Ramalho, A. (2012). *Transição para a reforma/aposentação. Contributos para a adaptação*. Viseu: Psicossoma.

Siqueira, M. e Padovam, V. (2008). *Bases Teóricas de Bem-Estar Subjetivo, Bem-Estar Psicológico e Bem-Estar no Trabalho*. Psicologia: Teoria e Pesquisa. Vol. 24 n. 2, pp. 201-209.

Sousa, L., Galante, H. e Figueiredo, D. (2003). Qualidade de vida e bem-estar dos idosos: um estudo exploratório na população portuguesa. *Revista Saúde Pública*: 37(3), pp. 364-71.

Spar, J. e La Rue, A. (2005). *Guia Prático de Psiquiatria Geriátrica*. (1ª. ed.). Lisboa: Editora Climepsi.

Vieira, M. (2012). *Perfil de nomeação do idoso em processo de senescência em meio urbano: Contributo para a validação do Teste de Nomeação de Armstrong*. Monografia Final de Licenciatura. Barcarena: Universidade Atlântica.

Vital, P., Bom, R., Ferreira, I. e Rasquilha, I. (1997). *Teste de Nomeação de Armstrong*. Tradução e adaptação da versão escocesa de Armstrong (1996). *Armstrong Naming Test*. Trabalho não publicado. Alcabideche: Escola Superior de Saúde do Alcoitão.

Worrall, L., e Hickson, L. (2003). *Communication disability in aging: From prevention to intervention*. Clifton Park, NY: Thomson Delmar Learning.

Worrall, L. e Hickson, L. (2008). *The use of the ICF in speech-language pathology research: Towards a research agenda*. Estados Unidos: International Journal of Speech-Language Pathology.

APÊNDICES

APÊNDICE I

Questionário Sociodemográfico

1. Género: Masculino Feminino
2. Idade: _____
3. Naturalidade _____ 4. Freguesia onde reside _____
5. Estado Civil: Solteiro (a) Casado (a) Divorciado (a) Viúvo
6. Escolaridade:

- Não alfabetizado (a)
- Sabe ler / escrever mas não andou na escola
- 1.^a Classe
- 2.^a Classe
- 3.^a Classe
- 4.^a Classe
- Básico (5^o/6^o anos)
- Liceu (7^o/8^o/9^o anos)
- Secundário (10^o/11^o/12^o anos)
- Ensino Superior

7. Profissão _____

8. Língua Materna: Português Europeu Outra Qual? _____

9. Condição de Saúde

- 9.1. Alteração Neurológica (TCE, AVC, Demência, etc) Não Sim
- 9.2. Perturbação da Saúde Mental e/ou Psiquiátrica Não Sim
- 9.3. Visão Normal Não Sim Ligeira Moderada Grave
- Usa óculos? Não Sim
- 9.5. Audição Normal Não Sim Ligeira Moderada Grave
- Usa Prótese Auditiva? Não Sim

- 9.6. Ausência de Dentes Não Sim Prótese Dentária Não Sim
- 9.7. Dificuldades de Mastigação Não Sim
- 9.8. Dificuldades de Deglutição Não Sim
- 9.9. Alterações na Voz Não Sim
- 9.10. Dificuldades de Fala Não Sim
- 9.11. Limitações na mobilidade/locomoção Não Sim Uso de Auxiliares Não Sim

10. Fatores ambientais

10.1. (Se é residente da Santa Casa passe para a pergunta 10.2) Com quem vive?

- Sozinho (a)
- Cônjuge
- Filho (a)
- Neto (a)
- Outro Quem? _____

10.2. Com quem passa a maioria do tempo dentro do lar? _____

10.3. Com quem passa a maioria do tempo fora do lar? _____

10.4. Tem contacto com as crianças do jardim de infância? Não Sim Com que frequências? _____

10.5. Recebe algum tipo de apoio? Terapia da Fala Terapia Ocupacional Psicologia Enfermagem Fisioterapia Outro Qual? _____

10.6. Que atividades faz dentro do lar?

- Pintura
- Leitura
- Música
- Jardinagem
- Artesanato
- Outra Qual? _____

11. Para si, o que é o bem-estar?

11.1. Numa escala de 1 a 7 como classifica o seu bem-estar neste momento? _____

Muito baixo	1	2	3	4	5	6	7	Muito elevado
-------------	---	---	---	---	---	---	---	---------------

12. Para si, o que é a qualidade de vida?

12.1. Numa escala de 1 a 7 como classifica a sua qualidade de vida neste momento? _____

Muito baixo	1	2	3	4	5	6	7	Muito elevado
-------------	---	---	---	---	---	---	---	---------------

APÊNDICE II

Daniela Maria de Jesus Belela
Rua Manuel Viegas Jacinto, Lote 13
8150 – 177 São Brás de Alportel

XXXXXXXXXXXXXXXXXX

xxxxx, 22 de março de 2013

Exm^{os} Senhores,

Sou aluna do 4º ano do curso de Terapia da Fala na Universidade Atlântica. Estou a realizar um estudo científico cuja temática é a “Qualidade de Vida relacionada com a Comunicação na Pessoa Idosa Institucionalizada” sob orientação da Professora Paula Vital.

O estudo tem como objetivos a descrição das atividades comunicativas e participação social dos idosos, caracterização da comunicação na qualidade de vida e caracterização da felicidade na qualidade de vida e na comunicação. A sua pertinência é chamar a atenção da importância da comunicação na população idosa contribuindo assim para o aumento da sua qualidade de vida.

Para o efeito, solicito a V. autorização na recolha de dados de algumas pessoas com idades iguais ou superiores a 65 anos que residem ou frequentam a V. Instituição. Os referidos dados serão obtidos por meio de entrevistas individuais por mim efetuadas através dos seguintes protocolos: Questionário Sociodemográfico (Belela e Vital, 2013); Teste Mini-Mental State Examination (MMSE) (Folstein, *et al.*, 1975); Teste de Nomeação Armstrong (Armstrong, 1996); *Checklist* das Atividades Comunicativas (COMACT) (Cruice, 2001 e Worrall e Hickson, 2003); *Checklist* das Atividades Sociais (SOCACT) (Cruice, 2001 e Worrall e Hickson, 2003); Escala de Felicidade (Felicidade duradora e Felicidade hedónica-flutuante) (Dambrun *et al.*, 2012); Escala de Qualidade de Vida na Comunicação (Paul, *et al.*, 2004). A aplicação dos protocolos terá uma duração aproximada de 50 a 60 minutos, sendo necessária gravação áudio no Questionário Sociodemográfico e no Teste de Nomeação Armstrong.

A informação recolhida será objeto de confidencialidade, servindo única e exclusivamente para fins de investigação e o anonimato das pessoas inquiridas será garantido através da atribuição de um código a cada uma.

Informo que estou disponível para a realização de uma reunião para esclarecimento de quaisquer dúvidas.

Agradeço desde já a atenção dispensada,

Com os meus melhores cumprimentos,

Daniela Belela

APÊNDICE III

Consentimento Informado

Este estudo tem como objetivos descrever as suas atividades comunicativas e caracterizar a sua participação social relacionado com a qualidade de vida, sendo-lhe proposta a participação numa investigação, por meio de entrevista, através dos seguintes protocolos: Questionário Sociodemográfico (Belela e Vital, 2013); Teste Mini-Mental State Examination (MMSE) (Folstein, *et al.*, 1975); Teste de Nomeação Armstrong (Armstrong, 1996); *Checklist* das Atividades Comunicativas (COMACT) (Cruice, 2001 e Worrall e Hickson, 2003); *Checklist* das Atividades Sociais (SOCACT) (Cruice, 2001 e Worrall e Hickson, 2003); Escala de Felicidade (Felicidade duradora e Felicidade hedónica-flutuante) (Dambrun *et al.*, 2012); Escala de Qualidade de Vida na Comunicação (Paul, *et al.*, 2004). A aplicação dos protocolos terá uma duração aproximada de 50 a 60 minutos, sendo necessária gravação áudio no Questionário Sociodemográfico e no Teste de Nomeação Armstrong.

Os seus dados serão tratados com confidencialidade e garantindo o seu anonimato substituindo o seu nome por um código e usados apenas para fins de investigação.

A sua participação é voluntária, podendo, em qualquer altura recusar participar no referido estudo sem qualquer tipo de consequências, bastando para tal informar a investigadora.

Obrigada pela sua colaboração.

Eu _____ declaro para os devidos efeitos ter lido/ter-me sido lido, compreendido e ter ficado esclarecido sobre os objetivos e procedimentos do estudo “Qualidade de Vida relacionada com a Comunicação na Pessoa Idosa Institucionalizada”. Aceito participar neste estudo respondendo aos questionários a mim formulados por meio de entrevista com gravação áudio. A minha participação é voluntária, podendo, em qualquer altura recusar participar no referido estudo sem qualquer tipo de consequências, bastando para tal informar a Investigadora.

(Assinatura)

___/___/___

(Assinatura Investigadora)

___/___/___

Investigadora Daniela Belela: TLF: 964843546; e-mail: daniela_belela@hotmail.com
Orientadora-Professora Paula Vital: TLF: 214398285; e-mail: pvital@uatlantica.pt

“Qualidade de Vida relacionada com a Comunicação na Pessoa Idosa Institucionalizada”

Investigador: Daniela Belela

Orientador: Professora Paula Vital

Universidade Atlântica / Licenciatura em Terapia da Fala

Código

Declaro para os devidos efeitos ter lido/ter-me sido lido, compreendido e ter ficado esclarecido sobre os objetivos e procedimentos do estudo “Qualidade de Vida relacionada com a Comunicação na Pessoa Idosa Institucionalizada”. Aceito participar neste estudo respondendo aos questionários a mim formulados por meio de entrevista com gravação áudio. A minha participação é voluntária, podendo, em qualquer altura recusar participar no referido estudo sem qualquer tipo de consequências, bastando para tal informar a Investigadora.

(Assinatura)

___/___/___

(Assinatura Investigadora)

___/___/___

Investigadora Daniela Belela: TLF: 964843546; e-mail: daniela_belela@hotmail.com
Orientadora-Professora Paula Vital: TLF: 214398285; e-mail: pvital@uatlantica.pt

APÊNDICE IV

Tabela 7: Análise das Atividades Comunicativas

Com que frequência realiza estas atividades?		Diariamente	Semanalmente	Quinzenalmente	Mensalmente	Raramente	Nunca	Não
		F (%)	F (%)	F (%)	F (%)	F (%)	F (%)	Aplicável
		6	5	4	3	2	1	9
1. Falar com o cônjuge	n=12	-	-	-	-	-	-	12 (100)
2. Falar com a família	n=12	2 (16,7)	4 (33,3)	1 (8,3)	-	3 (25,0)	1 (8,3)	1 (8,3)
3. Falar com os amigos	n=12	11 (91,7)	-	-	1 (8,3)	-	-	-
4. Falar com os vizinhos	n=12	2 (16,7)	-	-	-	-	1 (8,3)	9 (75,0)
5. Falar com comerciantes	n=12	-	1 (8,3)	-	-	2 (16,7)	9 (75,0)	-
6. Falar com o animal de estimação	n=12	-	-	-	-	-	12 (100)	-
7. Falar ao telefone	n=12	2 (16,7)	1 (8,3)	2 (16,7)	3 (25,0)	2 (16,7)	2 (16,7)	-
8. Falar num pequeno grupo de pessoas	n=12	10 (83,3)	2 (16,7)	-	-	-	-	-
9. Falar num grande grupo de pessoas	n=12	3 (25,0)	5 (41,7)	1 (8,3)	2 (16,7)	1 (8,3)	-	-
10. Falar para/com conhecidos	n=12	6 (50,0)	3 (25,0)	1 (8,3)	-	2 (16,7)	-	-
11. Falar para/com desconhecidos	n=12	2 (16,7)	-	2 (16,7)	1 (8,3)	2 (16,7)	5 (41,7)	-
12. Falar sobre fotografias	n=12	-	-	-	-	3 (25,0)	9 (75,0)	-
13. Contar histórias e piadas	n=12	2 (16,7)	1 (8,3)	-	2 (16,7)	3 (25,0)	4 (33,3)	-
14. Fazer apostas	n=12	-	-	1 (8,3)	-	1 (8,3)	10 (83,3)	-
15. Fazer o pedido de uma bebida	n=12	2 (16,7)	1 (8,3)	1 (8,3)	-	-	8 (66,7)	-
16. Rezar	n=12	9 (75,0)	1 (8,3)	-	1 (8,3)	-	1 (8,3)	-
17. Ouvir rádio	n=12	-	2 (16,7)	2 (16,7)	-	1 (8,3)	7 (58,3)	-
18. Ouvir a televisão	n=12	10 (83,3)	2 (16,7)	-	-	-	-	-
19. Ouvir as notícias	n=12	8 (66,7)	1 (8,3)	-	-	-	3 (25,0)	-
20. Ouvir o programa de desporto	n=12	2 (16,7)	-	-	-	3 (25,0)	7 (58,3)	-
21. Ouvir e acompanhar uma conversa	n=12	7 (58,3)	4 (33,3)	1 (8,3)	-	-	-	-
22. Ouvir e acompanhar um grupo de pessoas a conversar	n=12	4 (33,3)	6 (50,0)	1 (8,3)	1 (8,3)	-	-	-
23. Ouvir um discurso	n=12	-	-	-	-	-	12 (100)	-
24. Ler cartas e cartões	n=12	-	-	-	2 (16,7)	2 (16,7)	7 (58,3)	1 (8,3)
25. Ler e-mails	n=12	-	-	-	-	-	11 (91,7)	1 (8,3)
26. Ler panfletos	n=12	-	-	-	-	1 (8,3)	10 (83,3)	1 (8,3)
27. Ler revistas	n=12	-	4 (33,3)	-	1 (8,3)	1 (8,3)	5 (41,7)	1 (8,3)
28. Ler jornais	n=12	1 (8,3)	4 (33,3)	1 (8,3)	-	2 (16,7)	3 (25,0)	1 (8,3)
29. Ler livros	n=12	-	2 (16,7)	-	1 (8,3)	1 (8,3)	7 (58,3)	1 (8,3)
30. Consultar a lista telefónica	n=12	-	-	-	-	-	12 (100)	-
31. Ler faturas e contas	n=12	-	-	-	1 (8,3)	-	10 (83,3)	1 (8,3)
32. Ler o extrato bancário	n=12	-	-	-	1 (8,3)	-	10 (83,3)	1 (8,3)

33. Ler boletins informativos	n=12	-	-	-	-	-	11 (91,7)	1 (8,3)
34. Fazer palavras cruzadas	n=12	-	-	-	-	-	11 (91,7)	1 (8,3)
35. Ler instruções ou etiquetas	n=11	-	-	-	-	-	10 (83,3)	1 (8,3)
36. Consultar o horário do autocarro ou do comboio	n=11	-	-	-	-	-	11 (91,7)	-
37. Consultar mapas ou indicações	n=12	-	-	-	-	-	11 (91,7)	1 (8,3)
38. Escrever cartas e cartões	n=12	-	-	-	-	-	11 (91,7)	1 (8,3)
39. Escrever histórias e artigos para o jornal	n=12	-	-	-	-	-	11 (91,7)	1 (8,3)
40. Escrever listas de compras	n=12	-	-	-	-	-	11 (91,7)	1 (8,3)
41. Escrever um diário	n=12	-	-	-	-	-	11 (91,7)	1 (8,3)
42. Passar cheques	n=12	-	-	-	-	-	12 (100)	-
43. Preencher questionários/formulários	n=12	-	-	-	-	-	12 (100)	-
44. Escrever mensagens	n=12	-	-	-	-	-	11 (91,7)	1 (8,3)
45. Fazer puzzles ou jogos de palavras	n=12	-	-	-	-	-	12 (100)	-

APÊNDICE V

Tabela 8: Atividades Sociais (n=12)

Com que frequência realiza estas atividades?	Diariamente	Semanalmente	Quinzenalmente	Mensalmente	Raramente	Nunca	Não Aplicável
	F (%)	F (%)	F (%)	F (%)	F (%)	F (%)	F (%)
	6	5	4	3	2	1	9
1. Visitar exposições, museus, bibliotecas	-	-	-	-	1 (8,3)	11 (91,7)	-
2. Ir ao cinema, teatro, concertos, jogos	-	-	-	-	-	12 (100)	-
3. Ir a restaurantes	-	-	-	2 (16,7)	4 (33,3)	6 (50,0)	-
4. Ir às compras	1 (8,3)	2 (16,7)	-	-	2 (16,7)	7 (58,3)	-
5. Ver televisão	9 (75,0)	2 (16,7)	-	-	-	1 (8,3)	-
6. Ler	2 (16,7)	1 (8,3)	-	2 (16,7)	4 (33,3)	2 (16,7)	1 (8,3)
7. Fazer exercício ou praticar desporto	2 (16,7)	4 (33,3)	-	-	-	6 (50,0)	-
8. Participar em atividades ao ar livre	-	-	-	-	-	12 (100)	-
9. Viajar ou fazer excursões	-	-	-	-	-	12 (100)	-
10. Jogar às cartas ou a outros jogos de mesa	2 (16,7)	-	-	1 (8,3)	-	9 (75,0)	-
11. Investir nos passatempos	-	-	-	-	-	12 (100)	-
12. Brincar ou ajudar os filhos/netos	-	2 (16,7)	-	-	1 (8,3)	8 (66,7)	1 (8,3)
13. Visitar e/ou ajudar amigos/familiares	-	1 (8,3)	3 (25,0)	1 (8,3)	2 (16,7)	4 (33,3)	1 (8,3)
14. Ir a festas familiares	-	-	-	-	6 (50,0)	5 (41,7)	1 (8,3)
15. Ir à igreja ou atividades religiosas da comunidade	-	2 (16,7)	1 (8,3)	2 (16,7)	2 (16,7)	5 (41,7)	-
16. Ir a reuniões de organizações voluntárias ou de caridade social	-	-	-	-	-	12 (100)	-
17. Ir a reuniões profissionais ou do sindicato	-	-	-	-	-	12 (100)	-
18. Ir a aulas ou palestras	-	-	-	-	-	12 (100)	-
19. Ir a bares/cafés	2 (16,7)	2 (16,7)	-	-	1 (8,3)	7 (58,3)	-
20. Ir a eventos ou atividades políticas	-	-	-	-	-	12 (100)	-

Tabela 9: Satisfação e limitações relativamente às atividades sociais.

Por favor, assinale apenas uma opção	Frequência (%)
Estou satisfeito(a) com as atividades que realizo	11 (91,7)
Gostaria de realizar mais actividades	1 (8,3)
Gostaria de realizar menos actividades	-
Há alguma coisa que o (a) limite na realização destas atividades sociais e recreativas?	
Não	11 (91,7)
Sim	1 (8,3)
Outros fatores que limitam a realização das atividades	1 (8,3)

APÊNDICE VI

Tabela 10: Felicidade Duradoura (n=12)

Variável	Muito Baixo F(%)	Baixo F(%)	Médio F(%)	Elevado F(%)	Muito Elevado F(%)
1. Na sua vida, qual é o seu nível regular de bem-estar geral?	-	3 (25,0)	5 (41,7)	4 (33,3)	-
2. Na sua vida, qual é o seu nível regular de felicidade?	1 (8,3)	4 (33,3)	2 (16,7)	5 (41,7)	-
3. Na sua vida, qual é o seu nível regular de prazer?	-	9 (75,0)	1 (8,3)	2 (16,7)	-
4. Na sua vida, qual é o seu nível regular de bem-aventurança (a felicidade parece completa)	2 (16,7)	8 (66,7)	2 (16,7)	-	-
5. Na sua vida, qual é o seu nível regular de tranquilidade (paz de espírito)	-	2 (16,7)	5 (41,7)	4 (33,3)	1 (8,3)
6. Na sua vida, qual é o seu nível regular de satisfação?	-	4 (33,3)	3 (25,0)	4 (33,3)	1 (8,3)
7. Na sua vida, qual é o seu nível regular de serenidade?	-	3 (25,0)	5 (41,7)	4 (33,3)	-
8. Na sua vida, qual é o seu nível regular de descontentamento	-	6 (50,0)	4 (33,3)	2 (16,7)	-
9. Na sua vida, qual é o seu nível regular de beatitude (felicidade perfeita)?	3 (25,0)	9 (75,0)	-	-	-
10. Na sua vida, qual é o seu nível regular de paz interior?	-	1 (8,3)	5 (41,7)	6 (50,0)	-
11. Na sua vida, qual é o seu nível regular de realização?	-	4 (33,3)	6 (50,0)	2 (16,7)	-
12. Na sua vida, qual é o seu nível regular de alegria?	-	3 (25,0)	5 (41,7)	4 (33,3)	-
13. Na sua vida, qual é o seu nível regular de mal-estar?	-	8 (66,7)	2 (16,7)	2 (16,7)	-
14. Na sua vida, qual é o seu nível regular de calma interior?	-	1 (8,3)	3 (25,0)	8 (66,7)	-
15. Na sua vida, qual é o seu nível regular de plenitude	-	5 (41,7)	4 (33,3)	3 (25,0)	-
16. Na sua vida, qual é o seu nível regular de infelicidade?	-	4 (33,3)	2 (16,7)	5 (41,7)	1 (8,3)

Tabela 11: Felicidade Hedónica-Flutuante (n=12)

Variável	Não concordo totalmente F(%)	Não concordo parcialmente F(%)	Indiferente F(%)	Concordo Parcialmente F(%)	Totalmente de acordo F(%)
1. Na minha vida eu tive satisfações e também grandes deceções	-	-	-	7 (58,3)	5 (41,7)
2. Na minha vida os períodos de prazer que eu conheci são sempre seguidos por períodos de descontentamento	1 (8,3)	5 (41,7)	4 (33,3)	1 (8,3)	1 (8,3)
3. Na minha vida o meu nível de serenidade é muito variável	1 (8,3)	5 (41,7)	4 (33,3)	1 (8,3)	1 (8,3)
4. Na minha vida eu conheço muitas vezes períodos de euforia, mas são quase sempre seguidos por períodos menos excitantes	-	3 (25,0)	3 (25,0)	6 (50,0)	-
5. Na minha vida eu muitas vezes passo da euforia à tristeza	-	10 (83,3)	-	2 (16,7)	-
6. Na minha vida as fases de bem-estar sucedem as fases de mal-estar (desconforto)	-	6 (50,0)	1 (8,3)	5 (41,7)	-
7. Na minha vida o meu nível de felicidade é bastante instável, às vezes alto, às vezes baixo	1 (8,3)	7 (58,3)	2 (16,7)	2 (16,7)	-
8. Na minha vida eu muitas vezes passo de um nível bastante elevado de prazer para um nível baixo de prazer	1 (8,3)	10 (83,3)	-	1 (8,3)	-
9. Na minha vida tenho alturas em que mudo/alterno de momentos de plenitude completa para momentos muito menos satisfatórios	1 (8,3)	7 (58,3)	1 (8,3)	4 (33,3)	-
10. Na minha vida no mesmo dia, às vezes posso estar feliz e às vezes triste	-	1 (8,3)	2 (16,7)	9 (75,0)	-
11. Hoje, numa escala de 1 (baixa) a 7 (elevada), a minha perceção de felicidade é...	-	5 (41,7)	5 (41,7)	2 (16,7)	-

APÊNDICE VII

Tabela 12: Qualidade de Vida na Comunicação

Variável		Nível de Resposta									Frequência F(%)
		Não 1 F (%)	1,5 F (%)	2 F (%)	2,5 F (%)	3 F (%)	3,5 F (%)	4 F (%)	4,5 F (%)	Sim 5 F (%)	
a. Hoje está a ser um dia...											
	Especialmente bom										5 (41,7%)
	Médio										7 (58,3%)
	Mau										-
1. Falar com pessoas	n=12	-	-	-	-	1 (8,3)	-	2 (16,7)	1 (8,3)	8 (66,7)	
2. Para mim é fácil comunicar	n=12	-	-	-	-	-	-	3 (25,0)	1 (8,3)	8 (66,7)	
3. O meu papel na família é o mesmo	n=12	4 (33,3)	-	-	1 (8,3)	1 (8,3)	1 (8,3)	-	1 (8,3)	4 (33,3)	
4. Eu gosto de mim	n=12	-	-	-	-	-	1 (8,3)	1 (8,3)	-	10 (83,3)	
5. Eu comunico de acordo com as necessidades do meu trabalho ou escola		-	-	-	-	-	-	-	-	-	
6. Eu contacto com a minha família e amigos	n=12	-	1 (8,3)	-	1 (8,3)	-	2 (16,7)	3 (25,0)	1 (8,3)	4 (33,3)	
7. As pessoas incluem-me nas conversas	n=12	-	-	1 (8,3)	-	1 (8,3)	1 (8,3)	7 (58,3)	1 (8,3)	1 (8,3)	
8. Eu sigo notícias, desporto e histórias na televisão/filmes	n=12	3 (25,0)	-	-	2 (16,7)	-	-	1 (8,3)	-	6 (50,0)	
9. Eu uso o telefone	n=12	2 (16,7)	-	3 (25,0)	-	-	1 (8,3)	3 (25,0)	-	3 (25,0)	
10. Eu vejo as coisas engraçadas da vida	n=12	-	-	-	1 (8,3)	1 (8,3)	3 (25,0)	7 (58,3)	-	-	
11. As pessoas compreendem-me quando eu falo	n=12	-	-	-	-	-	1 (8,3)	2 (16,7)	-	9 (75,0)	
12. Eu continuo a tentar quando as pessoas não me percebem	n=12	-	-	-	-	-	1 (8,3)	1 (8,3)	2 (16,7)	8 (66,7)	
13. Eu tomo as minhas próprias decisões	n=12	-	-	-	-	-	1 (8,3)	2 (16,7)	1 (8,3)	8 (66,7)	
14. Eu estou confiante que consigo comunicar	n=12	-	-	-	-	1 (8,3)	-	2 (16,7)	-	9 (75,0)	
15. Eu saio de casa e faço coisas	n=12	10 (83,3)	1 (8,3)	-	1 (8,3)	-	-	-	-	-	
16. Eu tenho responsabilidades nas tarefas de casa	n=11	8 (66,7)	-	-	1 (8,3)	-	-	1 (8,3)	-	1 (8,3)	
17. Eu falo por mim	n=12	-	-	-	-	1 (8,3)	-	1 (8,3)	-	10 (83,3)	
18. Em geral, a minha qualidade de vida é boa	n=12	-	-	-	1 (8,3)	2 (16,7)	2 (16,7)	6 (50,0)	-	1 (8,3)	

APÊNDICE VIII

Tabela 13: Qualidade de Vida na Comunicação

Variável		Frequência (%)	Média (DP)	Min - Máx
	53,00	1 (8,3)		
	54,50	1 (8,3)		
	55,50	1 (8,3)		
	57,00	2 (16,7)		
	58,50	1 (8,3)		
Total	60,00	1 (8,3)	61,95 (7,45)	53 - 74
	63,50	1 (8,3)		
	67,50	1 (8,3)		
	69,50	1 (8,3)		
	73,50	1 (8,3)		
	74,00	1 (8,3)		
Número de itens pontuados	14,00	1 (8,3)		
	15,00	1 (8,3)	15,75 (0,62)	14 - 16
	16,00	10 (83,3)		
	3,50	5 (41,7)		
	3,60	1 (8,3)		
	3,90	1 (8,3)		
Média Total	4,20	2 (16,7)	3,900 (0,43)	3,50 – 4,60
	4,30	1 (8,3)		
	4,50	1 (8,3)		
	4,60	1 (8,3)		

ANEXOS

ANEXO I

AVALIAÇÃO COGNITIVA

Mini-Mental State Examination - MMSE - Validado para a População Portuguesa

NOME: _____
 IDADE: _____ Anos DATA: _____ de _____ de _____

I. ORIENTAÇÃO "Vou fazer-lhe algumas perguntas. A maior parte delas são fáceis. Tente responder o melhor que for capaz."
 (Dar 1 ponto por cada resposta correcta.)

1. Em que ano estamos? _____
2. Em que mês estamos? _____
3. Em que dia do mês estamos? (Quantos são hoje?) _____
4. Em que estação do ano estamos? _____
5. Em que dia da semana estamos? (Que dia da semana é hoje?) _____
6. Em que País estamos? (Como se chama o nosso País?) _____
7. Em que Distrito vive? _____
8. Em que Terra vive? _____
9. Em que casa estamos? (Como se chama esta casa onde estamos?) _____
10. Em que andar estamos? _____ Nota: _____

II. RETENÇÃO "Vou dizer-lhe três palavras. Queria que as repetisse e que procurasse decorá-las porque dentro de alguns minutos vou pedir-lhe que me diga essas três palavras." As palavras são:

Pêra _____ Gato _____ Bola _____ Nota: _____

Repita as três palavras (Dar 1 ponto por cada resposta correcta.)

III. ATENÇÃO E CÁLCULO "Agora peço-lhe que me diga quantos são 30 menos 3 e que ao número encontrado volte a subtrair 3 até eu lhe dizer para parar." (Dar 1 ponto por cada resposta correcta. Parar ao fim de 5 respostas. Se fizer 1 erro na subtração, mas continuando a subtrair correctamente a partir do erro conta-se como um único erro.)

30 _____ 27 _____ 24 _____ 21 _____ 18 _____ 15 _____ Nota: _____

Se o sujeito não conseguir executar esta tarefa, faz-se em alternativa, uma outra: "Vou dizer-lhe uma palavra e queria que me dissesse essa palavra letra por letra mas ao contrário, isto é, do fim para o princípio."

A palavra é: P O R T A (Dar 1 ponto por cada letra correctamente repetida.)

A _____ T _____ R _____ O _____ P _____ Nota: _____

IV. EVOCAÇÃO (Só se efectua no caso do sujeito ter apreendido as três palavras referidas na prova da retenção.)

"Agora veja se me consegue dizer quais foram as três palavras que lhe pedi há pouco para repetir."

(Dar 1 ponto por cada resposta correcta.)

Pêra _____ Gato _____ Bola _____ Nota: _____

V. LINGUAGEM (Dar 1 ponto por cada resposta correcta.)

- a) Mostrar o relógio de pulso.
 "Como se chama isto?" _____ Nota: _____
- b) Mostrar o lápis.
 "Como se chama isto?" _____ Nota: _____
- c) Repetir a frase: "O rato rói a rolha". _____ Nota: _____

d) "Vou dar-lhe uma folha de papel. Quando eu lhe entregar o papel, pegue nele com a sua mão direita, dobre-o ao meio e coloque-o no chão." (Dar 1 ponto por cada etapa bem executada. A pontuação máxima é de 3 pontos.)

Pega no papel com a mão direita _____
 Dobra o papel ao meio _____
 Coloca o papel no chão _____ Nota: _____

e) "Leia e cumpra o que diz neste cartão."
 (Mostrar cartão com frase: "FECHER OS OLHOS". Se o sujeito for analfabeto o examinador deverá ler-lhe a frase.)
 (Dar 1 ponto por cada realização correcta.)

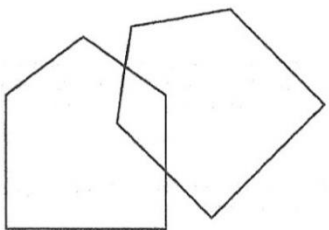
Fechou os olhos _____ Nota: _____

f) "Escreva uma frase." (A frase deve ter sujeito, verbo e ter sentido, para ser pontuada com 1 ponto. Erros gramaticais ou de troca de letra não contam como erros.)

Nota: _____

g) "Copie o desenho que lhe vou mostrar." (Mostrar desenho.)
 (Os 10 ângulos devem estar presentes e 2 deles devem estar interceptados para pontuar 1 ponto. Tremor e erros de rotação não são valorizados.)

Nota: _____

DESENHO	CÓPIA
	
Nota Total: _____	

Pontos de Corte
 (População Portuguesa)

Considera-se com Defeito Cognitivo:

- * Analfabetos ≤ 15
- * 1 a 11 anos de escolaridade ≤ 22
- * Com escolaridade superior a 11 anos ≤ 27

22 para 0 a 2 anos de literacia,
 24 para 3 a 6 anos de literacia e
 27 para 7 ou mais anos de literacia.

Folstein MF et al. "Mini-Mental State": A practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician. *Journal of Psychiatric Research*, 1975; 12: 189-98.
 Guerreiro M. Contributo da Neuropsicologia para o estudo das Demências. Dissertação de doutoramento. Faculdade de Medicina de Lisboa 1998.

ANEXO II

Teste de Nomeação Armstrong - Análise

Imagem	Correcto	Ajuda	Ajuda	Tipo de erro
		Semântica	Fonémica	
1. <u>L</u> ápis (Algo com que se escreve)				
2. <u>C</u> opo (Bebe-se com isso)				
3. <u>C</u> amisa (Os homens usam isto)				
4. <u>M</u> açã (É um fruto)				
5. <u>C</u> hapéu (Usa-se na cabeça)				
6. <u>A</u> nel (Para o seu dedo)				
7. <u>M</u> eia (Usa-se no pé)				
8. <u>S</u> andes (Pode-se comer ao lanche)				
9. <u>E</u> nvelope (Para pôr uma carta dentro)				
10. <u>B</u> anana (Comprido e amarelo)				
11. <u>E</u> strela (Brilha no céu)				
12. <u>C</u> ão (Ladra)				
13. <u>S</u> aia (As mulheres usam-na)				
14. <u>C</u> ebola (Faz chorar)				
15. <u>C</u> olete (Usa-se por baixo do casaco)				
16. <u>G</u> ato (Ronra)				
17. <u>C</u> achimbo (Põe-se tabaco dentro)				
18. <u>B</u> anco (Algo para se sentar)				
19. <u>P</u> eixe (Nada no mar)				

Teste de Nomeação de Armstrong - Análise

Imagem	Correcto	Ajuda Semântica	Ajuda Fonémica	Tipo de erro
20. <u>L</u> imão (É amargo)				
21. <u>M</u> artelo (Usa-se para bater no prego)				
22. <u>C</u> igarro (Fuma-se)				
23. <u>P</u> êra (É sumarento)				
24. <u>C</u> orrente (Feito de elos de metal)				
25. <u>E</u> scada (Sobe-se)				
26. <u>S</u> eta (Mostra a direcção)				
27. <u>P</u> rego (Bate-se com o martelo)				
28. <u>S</u> ino (Algo que badala)				
29. <u>B</u> orboleta (Insecto bonito que voa)				
30. <u>R</u> égua (Serve para medir)				
31. <u>C</u> avalo (Monta-se)				
32. <u>B</u> oneco de Neve (Crianças fazem-no com neve)				
33. <u>C</u> have de Fendas (os carpinteiros usam)				
34. <u>B</u> arril (Armazena cerveja)				
35. <u>C</u> oelho (Vive numa toca)				
36. <u>V</u> ela (É feita de cera)				
37. <u>T</u> orradeira (Põe-se pão lá dentro)				
38. <u>G</u> uitarra (Instrumento com cordas)				

Teste de Nomeação Armstrong - Análise

Imagem	Correcto	Ajuda Semântica	Ajuda Fonémica	Tipo de Erro
39. <u>T</u> ambor (Bate-se nisto com baquetas)				
40. <u>A</u> nanás (Fruto tropical)				
41. <u>C</u> ogumelo (Fungo que se come)				
42. <u>M</u> ocho (Ave nocturna)				
43. <u>C</u> oroa (A rainha usa isto)				
44. <u>E</u> lefante (Tem uma tromba)				
45. <u>C</u> amelo (Vive no deserto)				
46. <u>C</u> anguru (Tem uma bolsa)				
47. <u>T</u> renó (Para deslizar na neve)				
48. <u>S</u> apo (Coacha)				
49. <u>P</u> apagaio de papel (Voa com o vento)				
50. <u>C</u> obra (Sibila)				

Comentários:

ANEXO III

Atividades Comunicativas

COMACT - Communicative Activities Checklist

Diária/ 6	Semanal/ 5	Quinzenal/ 4	Mensal/ 3	Rara/ 2	Nunca 1	N/R 9
--------------	---------------	-----------------	--------------	------------	------------	----------

1) Falar com o cônjuge.	6	5	4	3	2	1	9
2) Falar com a família.	6	5	4	3	2	1	9
3) Falar com os amigos.	6	5	4	3	2	1	9
4) Falar com os vizinhos.	6	5	4	3	2	1	9
5) Falar com comerciantes.	6	5	4	3	2	1	9
6) Falar com o animal de estimação.	6	5	4	3	2	1	9
7) Falar ao telefone.	6	5	4	3	2	1	9
8) Falar num pequeno grupo de pessoas.	6	5	4	3	2	1	9
9) Falar num grande grupo de pessoas.	6	5	4	3	2	1	9
10) Falar para/com conhecidos.	6	5	4	3	2	1	9
11) Falar para/com desconhecidos.	6	5	4	3	2	1	9
12) Falar sobre fotografias.	6	5	4	3	2	1	9
13) Contar histórias e piadas.	6	5	4	3	2	1	9
14) Fazer apostas.	6	5	4	3	2	1	9
15) Fazer o pedido de uma bebida.	6	5	4	3	2	1	9
16) Rezar.	6	5	4	3	2	1	9
17) Ouvir rádio.	6	5	4	3	2	1	9
18) Ouvir a televisão.	6	5	4	3	2	1	9
19) Ouvir as notícias.	6	5	4	3	2	1	9
20) Ouvir o programa de desporto.	6	5	4	3	2	1	9
21) Ouvir e acompanhar uma conversa.	6	5	4	3	2	1	9
22) Ouvir e acompanhar um grupo de pessoas a conversar.	6	5	4	3	2	1	9
23) Ouvir um discurso.	6	5	4	3	2	1	9

1/2

Cruice (2001) e Worrall e Hickson (2003), adaptado por Barcelos e Vítal (2009)

Atividades Comunicativas

COMACT - Communicative Activities Checklist

Diária/ 6	Semanal/ 5	Quinzenal/ 4	Mensal/ 3	Rara/ 2	Nunca 1	N/R 9
24) Ler cartas ou cartões.	6	5	4	3	2	1 9
25) Ler e-mails.	6	5	4	3	2	1 9
26) Ler panfletos.	6	5	4	3	2	1 9
27) Ler revistas.	6	5	4	3	2	1 9
28) Ler jornais.	6	5	4	3	2	1 9
29) Ler livros.	6	5	4	3	2	1 9
30) Consultar a lista telefónica.	6	5	4	3	2	1 9
31) Ler faturas e contas.	6	5	4	3	2	1 9
32) Ler o extrato bancário.	6	5	4	3	2	1 9
33) Ler boletins informativos.	6	5	4	3	2	1 9
34) Fazer palavras cruzadas.	6	5	4	3	2	1 9
35) Ler instruções ou etiquetas.	6	5	4	3	2	1 9
36) Consultar o horário do autocarro ou do comboio.	6	5	4	3	2	1 9
37) Consultar mapas ou indicações.	6	5	4	3	2	1 9
38) Escrever cartas e cartões.	6	5	4	3	2	1 9
39) Escrever histórias e artigos para o jornal.	6	5	4	3	2	1 9
40) Escrever listas de compras.	6	5	4	3	2	1 9
41) Escrever um diário.	6	5	4	3	2	1 9
42) Passar cheques.	6	5	4	3	2	1 9
43) Preencher questionários/formulários.	6	5	4	3	2	1 9
44) Escrever mensagens.	6	5	4	3	2	1 9
45) Fazer puzzles ou jogos de palavras.	6	5	4	3	2	1 9

2/2

Cruice (2001) e Worrall e Hickson (2003), adaptado por Barcelos e Vítal (2009)

ANEXO IV

SOCACT - Social Activities Checklist

Diária/ 6	Semanal/ 5	Quinzenal/ 4	Mensal/ 3	Rara/ 2	Nunca 1	N/R 9
--------------	---------------	-----------------	--------------	------------	------------	----------

- | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1) Visitar exposições, museus, bibliotecas. | 6 | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 | 9 |
| 2) Ir ao cinema, teatro, concertos, jogos. | 6 | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 | 9 |
| 3) Ir a restaurantes. | 6 | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 | 9 |
| 4) Ir às compras. | 6 | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 | 9 |
| 5) Ver televisão. | 6 | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 | 9 |
| 6) Ler. | 6 | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 | 9 |
| 7) Fazer exercício ou praticar desporto. | 6 | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 | 9 |
| 8) Participar em atividades ao ar livre. | 6 | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 | 9 |
| 9) Viajar ou fazer excursões. | 6 | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 | 9 |
| 10) Jogar às cartas ou a outros jogos de mesa. | 6 | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 | 9 |
| 11) Investir nos passatempos. | 6 | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 | 9 |
| 12) Brincar ou ajudar os filhos/netos. | 6 | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 | 9 |
| 13) Visitar e/ou ajudar amigos/familiares. | 6 | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 | 9 |
| 14) Ir a festas familiares. | 6 | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 | 9 |
| 15) Ir à igreja ou atividades religiosas da comunidade. | 6 | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 | 9 |
| 16) Ir a reuniões de organizações voluntárias ou de caridade social. | 6 | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 | 9 |
| 17) Ir a reuniões profissionais ou do sindicato. | 6 | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 | 9 |
| 18) Ir a aulas ou palestras. | 6 | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 | 9 |
| 19) Ir a bares/cafés. | 6 | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 | 9 |
| 20) Ir a eventos ou atividades políticas. | 6 | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 | 9 |

Atividades Sociais

SOACT - Social Activities Checklist

Por favor, assinale apenas uma opção:

- Estou satisfeito(a) com as atividades que realizo.
- Gostaria de realizar mais atividades. Quais? _____
- Gostaria de realizar menos atividades. Quais? _____

Há alguma coisa que o (a) limite na realização destas atividades sociais e recreativas?

Não Sim

O quê?

- Dificuldade em articular as palavras;
- Diminuição da fluência da Fala;
- Alteração da voz;
- Dificuldade em ouvir;
- Dificuldade em ver;
- Dificuldade na locomoção (andar);
- Outra Qual? _____

ANEXO V

Escalas de Felicidade (Dambrun et al., 2012)

Por favor, responda usando a escala abaixo e colocando um círculo ○ no número que considera corresponder melhor à sua situação:

Muito baixo	1	2	3	4	5	6	7	Muito elevado
<i>Na sua vida, qual é o seu nível regular ...</i>								
...de bem-estar geral?.....	1	2	3	4	5	6	7	
...de felicidade?.....	1	2	3	4	5	6	7	
...de prazer ?.....	1	2	3	4	5	6	7	
...bem-aventurança (a felicidade parece completa).....	1	2	3	4	5	6	7	
...de tranquilidade (paz de espírito).....	1	2	3	4	5	6	7	
...de satisfação?.....	1	2	3	4	5	6	7	
...de serenidade?.....	1	2	3	4	5	6	7	
...de descontentamento.....	1	2	3	4	5	6	7	
...de beatitude (felicidade perfeita)?.....	1	2	3	4	5	6	7	
...de paz interior?.....	1	2	3	4	5	6	7	
...de realização?.....	1	2	3	4	5	6	7	
...de alegria?.....	1	2	3	4	5	6	7	
...de mal-estar?.....	1	2	3	4	5	6	7	
...de calma interior?.....	1	2	3	4	5	6	7	
...de plenitude?.....	1	2	3	4	5	6	7	
...de infelicidade.....	1	2	3	4	5	6	7	

Tradução e adaptação para Português europeu de Vital, A.P. (2013)

1/2

Escalas de Felicidade (Dambrun et al., 2012)

Por favor, responda usando a escala abaixo e colocando um círculo no número que considera corresponder melhor à sua situação:

Não concordo	1	2	3	4	5	6	7	Totalmente de acordo
--------------	---	---	---	---	---	---	---	----------------------

Na minha vida...

... eu tive satisfações e também grandes decepções	1	2	3	4	5	6	7
... os períodos de prazer que eu conheci são sempre seguidos por períodos de descontentamento	1	2	3	4	5	6	7
...o meu nível de serenidade é muito variável	1	2	3	4	5	6	7
...eu conheço muitas vezes períodos de euforia, mas são quase sempre seguidos por períodos menos excitantes	1	2	3	4	5	6	7
...eu muitas vezes passo da euforia à tristeza	1	2	3	4	5	6	7
...as fases de bem-estar sucedem as fases de mal-estar (desconforto)	1	2	3	4	5	6	7
...o meu nível de felicidade é bastante instável, às vezes alto, às vezes baixo	1	2	3	4	5	6	7
...eu muitas vezes passo de um nível bastante elevado de prazer para um nível baixo de prazer	1	2	3	4	5	6	7
...tenho alturas em que mudo/alterno de momentos de plenitude completa para momentos muito menos satisfatórios	1	2	3	4	5	6	7
... no mesmo dia, às vezes posso estar feliz e às vezes triste	1	2	3	4	5	6	7

Hoje, numa escala de 1 (baixa) a 7 (elevada), a minha perceção de Felicidade é...

1 2 3 4 5 6 7

ANEXOVI

ASHA – American Speech-Language-Hearing Association
Escala de Qualidade de Vida na Comunicação
Folha de Cotação

Nome do Cliente / Utente: _____

Nome do Entrevistador: _____

Data do Teste: _____

Local: _____

Hoje está a ser um dia Especialmente Bom Médio Especialmente Mau .

Recorde-se que a pontuação é de 5 (alta) e a mais fraca 1 (baixa).
 Caso o utente se posicionar entre dois pontos, deve ser assinalado como 0,5 (ex.: traço entre 4 e 5 = 4,5).
 Não Aplicável (NA), no caso das afirmações 5 e 16.

Item	Afirmação	Pontuação
1	Eu gosto de falar com pessoas.	_____
2	Para mim é fácil comunicar.	_____
3	O meu papel na família é o mesmo.	_____
4	Eu gosto de mim.	_____
5	Eu comunico de acordo com as necessidades do meu trabalho ou escola (por exemplo: teclar/escrever no computador, dar e seguir indicações, ler).	_____
6	Eu contacto com a minha família e amigos.	_____
7	As pessoas incluem-me nas conversas.	_____
8	Eu sigo notícias, desporto e histórias na televisão/filmes.	_____
9	Eu uso o telefone.	_____
10	Eu vejo as coisas engraçadas da vida.	_____
11	As pessoas compreendem-me quando eu falo.	_____
12	Eu continuo a tentar quando as pessoas não me percebem.	_____
13	Eu tomo as minhas próprias decisões.	_____
14	Eu estou confiante que consigo comunicar.	_____
15	Eu saio de casa e faço coisas (tais como: desporto, jantar, espetáculos, festas).	_____
16	Eu tenho responsabilidades nas tarefas de casa (tais como: compras, cozinhar, pequenas obras).	_____
17	Eu falo por mim.	_____

Total:	Nº de Itens Pontuados	Média total
_____	_____	_____

18 Em geral, a minha qualidade de vida é boa. _____

© ASHA (2004). Quality of Communication Life Scale.
 Tradução e adaptação para Português Europeu de Ana Paula Vital (2012), Universidade Atlântica.