

Qualidade de Vida das Pessoas Idosas que Frequentam os Centros Comunitários do Funchal

DISSERTAÇÃO DE MESTRADO

Mara Figueira Nunes

MESTRADO EM GERONTOLOGIA - ESPECIALIDADE EM GERONTOLOGIA SOCIAL



UNIVERSIDADE da MADEIRA

A Nossa Universidade

www.uma.pt

Setembro | 2011

Os melhores RUMOS para os Cidadãos da Região



Qualidade de Vida das Pessoas Idosas que Frequentam os Centros Comunitários do Funchal

DISSERTAÇÃO DE MESTRADO

Mara Figueira Nunes

MESTRADO EM GERONTOLOGIA - ESPECIALIDADE EM GERONTOLOGIA SOCIAL

ORIENTAÇÃO

Isabel Maria Abreu Rodrigues Fragoeiro

CO-ORIENTAÇÃO

Luísa Vieira de Andrade dos Santos

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

APA – American Psychiatric Association

CMF – Câmara Municipal do Funchal

DGS – Direcção Geral de Saúde

DGSS – Direcção-Geral de Segurança Social

IMERSO – Instituto de Migraciones y Servicios Sociales

INE – Instituto Nacional de Estatística

ISCDE – International Standard Classification of Education

Me – Mediana

OMS – Organização Mundial de Saúde

ONU – Organização das Nações Unidas

RAM – Região Autónoma da Madeira

s – Desvio padrão

SRAS – Secretaria Regional dos Assuntos Sociais

WHO – World Health Organization

WHOQOL – World Health Organization Quality of Life Instrument

WHOQOL – Bref – World Health Organization's Quality of Life Instrument-Bref

\bar{X} – Média amostral

AGRADECIMENTOS

A elaboração deste estudo não seria possível sem o precioso apoio e colaboração de um conjunto de pessoas e entidades. Deste modo, gostaria de agradecer a todos aqueles que directa ou indirectamente ajudaram à sua concretização.

- Às Exmas. Sras. Professora Doutora Isabel Fragoeiro, orientadora deste trabalho e Mestre Luísa Santos, co-orientadora, pela transmissão de conhecimentos e pela mais-valia das suas sugestões, orientações e conselhos. Agradeço também as palavras de apoio, carinho e incentivo que foram fundamentais ao longo de todo este processo.

- Ao Exmº Sr. Presidente da Câmara Municipal do Funchal (CMF), Dr. Miguel Albuquerque e à Exm.ª Sr.ª Vereadora da CMF, Dr.ª Rubina Leal, pelo acolhimento, disponibilidade e interesse pela concretização do estudo, bem como a sua autorização nos centros comunitários.

- Aos responsáveis pelos centros comunitários do concelho do Funchal onde foi desenvolvido o estudo que prontamente, se dispuseram a colaborar, na facilitação do contacto e na intermediação com os idosos.

- Aos idosos que de forma voluntariosa colaboraram e compreenderam o contributo deste trabalho na melhoria do conhecimento no âmbito da qualidade de vida da sua faixa etária. Obrigada por me terem deixado entrar na vossa vida!

- À Professora Doutora Cristina Canavarro e restante equipa, pela autorização para utilização da escala WHOQOL-Bref e disponibilização do respectivo material.

- A todos os docentes que ao longo dos dois anos curriculares contribuíram com o seu saber e informações pertinentes para a realização de trabalhos de investigação.

- Aos meus pais, Luís e Conceição, pelo que sou e por todo o incentivo, encorajamento, carinho, paciência e apoio incondicional em todos os momentos.

- Ao Miguel, meu namorado, pelo tempo que não pude estar com ele e por toda a ajuda, compreensão, amizade, paciência, dedicação e sobretudo pela constante demonstração de amor.

- Ao Centro de Ciência e Tecnologia da Madeira pela concessão de uma Bolsa Individual de Formação para Dissertação.

- À Secretaria Regional dos Assuntos Sociais pela concessão de equiparação a bolseiro na modalidade de dispensa temporária parcial do exercício de funções.

- A todos aqueles que, de alguma forma, deram a sua colaboração, permitindo a concretização deste trabalho e incentivaram a minha vontade em contribuir para a melhoria da qualidade de vida das pessoas idosas.

Bem Hajam! A todos, os meus sinceros agradecimentos.

“Estamos todos a viver mais.

Esta é a oportunidade!

É necessário e urgente que a viver mais corresponda viver melhor.

Este é o desafio!”

(Direcção Geral da Segurança Social da Família e da Criança, 2004, p. 5)

RESUMO

O aumento da população idosa que tem acontecido nos últimos anos, conduziu ao surgimento de políticas sociais para proporcionar aos idosos bem-estar e qualidade de vida. Dessas medidas destacamos a criação de centros comunitários enquanto respostas sociais destinadas à população que no caso específico dos idosos, visam promover um envelhecimento activo e de qualidade.

Objectivo: Determinar o nível de qualidade de vida dos idosos que frequentam os centros comunitários do Funchal.

Método: Estudo realizado com uma amostra aleatória com 136 idosos. Seguiu-se uma linha de pesquisa quantitativa recorrendo-se à aplicação de um formulário cuja primeira parte destinou-se à recolha de dados sócio-demográficos e a segunda, à avaliação da qualidade de vida através do WHOQOL-Bref (escala de Qualidade de Vida da OMS, 1998, adaptada à população portuguesa por Canavarro *et al.*, 2006). O WHOQOL-Bref foi pontuado de acordo com sua sintaxe, tendo-se passado posteriormente ao tratamento dos dados através da análise estatística descritiva, inferencial e correlacional. Considerou-se para as análises um nível de significância de 0,05.

Resultados: A amostra foi preponderantemente feminina (86,0%), relativamente jovem e com pouca escolaridade. A maioria das pessoas idosas era viúva ou casada / vivia maritalmente, possuía rendimentos provenientes de pensões (94,1%), sendo uma percentagem elevada destes rendimentos inferior ao salário mínimo regional (66,3%). Os idosos apresentaram uma visão positiva da sua qualidade de vida, verificando-se melhor pontuação no domínio das relações sociais e pior no domínio físico. As variáveis sócio-demográficas, exceptuando a idade, demonstraram influência estatisticamente significativa nos quatro domínios. Estes, explicaram a qualidade de vida geral em 94,4%, sendo o maior contributo do domínio físico (31,6%).

Conclusão: Os idosos dos centros comunitários do Funchal avaliaram positivamente a sua qualidade de vida, particularmente no domínio social. Todavia, concluiu-se que a qualidade de vida é inferior à da população portuguesa em geral, situação que carece em estudos futuros, de alguma atenção. Novas investigações são necessárias considerando a importância de continuar a promover a qualidade de vida na velhice.

Palavras-chave: Centros comunitários, Envelhecimento, Envelhecimento Activo, Idoso, Qualidade de Vida.

ABSTRACT

The rapid increase in the aging population that has happened in recent years, led to the emergence of social politics to provide the elderly well-being and quality of life. These measures highlight the creation of community centers as social responses for the population in the specific case of the elderly, promote active aging and quality.

Aim: To determine the level of quality of life of older people who attend community centres in Funchal.

Method: The study was carried using a random sample of 136 elderly people. It followed the lines of quantitative research, using a questionnaire which first part was aimed at collecting socio-demographic data and the second, to evaluate the quality of life by WHOQOL-Bref (scale of Life Quality of WHO, 1998, adapted to the Portuguese population by Canavarro *et al.*, 2006). The WHOQOL-Bref was scored according to its syntax, and it was passed to the processing of data by descriptive statistics, inferential and correlational. It was considered for analysis a significance level of 0,05.

Results: The sample was predominantly female; relatively young and with a low level of education. Most were widowed or married / living with someone and had an income from pensions, with a high percentage of this income below the regional minimum wage. The elderly had a positive view of their quality of life, verifying best score in the field of social domain and worse in the physical. The socio-demographic variables, except age, demonstrated a statistically significant influence in the four domains. These explained 94,4% of the overall quality of life, with the largest contribution of the physical domain (31,6%).

Conclusions: The older people who attend community centres of Funchal positively evaluate their life quality, particularly in the social domain. However, we concluded that life quality of older people is lower than the portuguese people in general, a situation that, in future studies, needs some attention. Further investigations are necessary in view of its importance to continue promoting life quality in old age.

Keywords: Community centres, Aging, Active Aging, Elderly, Life Quality.

ÍNDICE

Introdução	17
Capítulo I – Revisão de Literatura	23
1) Envelhecimento	25
2) Envelhecimento Demográfico	29
3) Envelhecimento e Redes de Apoio Social	35
3.1) Redes de Apoio Informal	38
3.2) Redes de Apoio Formal	41
3.2.1) Os Centros Comunitários	43
4) Qualidade de Vida	46
4.1) Definição, Evolução e Avaliação do Conceito	46
4.2) Envelhecimento e Qualidade de Vida	55
4.3) Envelhecimento Activo Enquanto Factor Promotor da Qualidade de Vida	61
Capítulo II – Metodologia	65
1) Questões de Investigação	67
2) Tipo de Estudo	68
3) Objectivos	68
4) População e Amostra	69
5) Critérios de Inclusão	69
6) Instrumentos de Colheita de Dados	69
7) Variáveis	73
8) Procedimentos	74
9) Considerações Éticas	78
10) Tratamento de dados	79

Capítulo III – Apresentação e Análise de Dados	81
1) Caracterização Sócio-demográfica dos Idosos	83
2) Avaliação da Qualidade de Vida dos Idosos através do WHOQOL-Bref	87
Capítulo IV – Discussão dos Resultados	99
1) Discussão dos resultados da caracterização sócio-demográfica dos idosos	101
2) Discussão dos resultados da avaliação da qualidade de vida dos idosos através do WHOQOL-Bref	106
Capítulo V – Considerações Finais	129
1) Conclusões	131
2) Limitações do Estudo	134
3) Implicações na Prática e Sugestões para Futuros Estudos	135
Referências Bibliográficas	141

ANEXOS

ANEXO I – Fórmula utilizada para cálculo do tamanho da amostra

ANEXO II – Formulário utilizado para colheita de dados

ANEXO III – Pedido para utilização da escala WHOQOL-Bref

ANEXO IV – Pedido de autorização à Câmara Municipal para a realização do estudo

ANEXO V – Autorização para utilização da escala WHOQOL-Bref

ANEXO VI – Autorização da Câmara Municipal do Funchal para realização do estudo

ANEXO VII – Termo de Consentimento Livre e Informado

ANEXO VIII – Cronograma do desenvolvimento da investigação

ANEXO IX – Manual de Utilizador e Sintaxe do WHOQOL-Bref

ANEXO X – Verificação da normalidade da amostra

ÍNDICE DE TABELAS

Tabela 1 – Distribuição da amostra por género -----	83
Tabela 2 – Distribuição da amostra por grupo etário -----	84
Tabela 3 – Estatística descritiva da idade -----	84
Tabela 4 – Distribuição da amostra por estado civil -----	84
Tabela 5 – Distribuição da amostra por nível de instrução -----	85
Tabela 6 – Distribuição da amostra por coabitação -----	85
Tabela 7 – Distribuição da amostra por fonte de rendimentos -----	86
Tabela 8 – Distribuição da amostra por valor dos rendimentos mensais -----	86
Tabela 9 – Estatística descritiva da faceta geral de qualidade de vida -----	87
Tabela 10 – Avaliação dos idosos relativamente à qualidade de vida -----	88
Tabela 11 – Avaliação dos idosos relativamente à saúde -----	88
Tabela 12 – Estatística descritiva dos domínios da qualidade de vida -----	89
Tabela 13 – Coeficiente de correlação entre os diferentes domínios e a faceta geral de qualidade de vida -----	90
Tabela 14 – Análise de regressão linear entre os domínios e a faceta geral de qualidade de vida -----	91
Tabela 15 – Influência do género na qualidade de vida dos idosos -----	92
Tabela 16 – Influência da idade na qualidade de vida dos idosos -----	92
Tabela 17 – Influência do estado civil na qualidade de vida dos idosos -----	93
Tabela 18 – Influência do nível de instrução na qualidade de vida dos idosos -----	95
Tabela 19 – Influência da coabitação na qualidade de vida dos idosos -----	95
Tabela 20 – Influência da coabitação com familiares na qualidade de vida dos idosos ---	96
Tabela 21 – Influência dos rendimentos mensais na qualidade de vida dos idosos -----	97

INTRODUÇÃO

O envelhecimento da população é um fenómeno, que nos últimos tempos tem recebido particular destaque. Os progressos da ciência e da medicina em particular tornaram os idosos de hoje menos dependentes e mais aptos, constituindo estes também factores que contribuíram para o envelhecimento populacional.

Todavia, as sociedades revelam-se às vezes, pouco preparadas para enfrentar os desafios desta transição demográfica, pelo que necessitam de conjugar esforços para adaptar-se, desenvolver e implementar políticas de forma a controlar e minimizar os efeitos provocados por todas estas transformações.

Apesar do envelhecimento ser um processo inerente a todos os seres vivos, as necessidades, expectativas, sentimentos e desejos diferem de indivíduo para indivíduo. Independentemente de cada caso, a meta de todas as sociedades é procurar prolongar a vida dos seus cidadãos o maior número de anos possível pelo que, esses anos deverão ser sempre acompanhados de estímulos, desejos e projectos, que proporcionem aos idosos a manutenção de um estilo de vida activo e com qualidade.

Assim, torna-se cada vez mais pertinente encontrar formas de compatibilizar o envelhecimento com a qualidade de vida, para que os anos vividos sejam plenos de direito, dignidade e significado.

Sendo o envelhecimento populacional também uma realidade na Região Autónoma da Madeira (RAM) e uma vez que a procura das respostas direccionadas para esta faixa etária da população é cada vez maior, considera-se pertinente a realização de pesquisas e de estudos a este nível, pois poderão contribuir para a viabilização de novos recursos e a implementação de respostas inovadoras adequadas às características desta população, de forma a garantir o seu envolvimento activo com a vida, bem como a sua dignidade, respeito e os seus direitos de protecção e participação social.

É da percepção desta necessidade que surge a presente dissertação de mestrado. A escolha do tema emerge, por um lado, do sentimento de que a velhice não deverá

constituir o limite da existência humana, mas uma fase de enriquecimento, vivência de novas descobertas e possibilidades de participação na vida comunitária e da consciência de que é fundamental a promoção do bem-estar no processo de envelhecimento, pelo que os serviços de apoio aos idosos deverão corresponder às suas necessidades e solicitações, de forma a actuar como elementos facilitadores do seu envelhecimento activo e consequentemente da melhoria da sua qualidade de vida.

Por outro lado, prende-se com o interesse em determinar o nível de qualidade de vida dos idosos que frequentam os centros comunitários do Funchal, uma vez que é neste concelho que reside o maior número de idosos da Região. Segundo os Censos de 2001 viviam no Funchal, 14526 idosos, para 19052 residentes nos restantes 10 concelhos da RAM (Censos, 2002a). Certamente que sendo este o maior centro urbano da RAM, a problemática do envelhecimento assumirá neste concelho algumas particularidades, como seja o próprio envelhecimento urbano resultante da fixação das gerações mais novas nas periferias, fazendo com que hajam cada vez mais agregados familiares compostos apenas por pessoas idosas, daí o despertar do interesse em conhecer a qualidade de vida dos idosos residentes neste meio.

Já a escolha pelos centros comunitários, relaciona-se com o facto destas estruturas de apoio serem cada vez mais procuradas, sendo provavelmente aquelas que actualmente abrangem o maior número de idosos do concelho do Funchal.

Para além disso, com a realização deste projecto de investigação pretende-se ir ao encontro do Plano Gerontológico da RAM 2009-2013 – “Viver Mais, Viver Melhor”, recentemente apresentado pela Secretaria Regional dos Assuntos Sociais, [SRAS], (2009).

Este Plano é um “documento de orientação estratégica que, num quadro de referência ensaia a definição de objectivos estratégicos e horizontes temporais, bem como define medidas que vão influenciar a adequação de um conjunto de resposta às necessidades das pessoas idosas” (SRAS, 2009, p. 13). A sua grande finalidade é

“fomentar uma actuação intersectorial e multidisciplinar que promova a saúde, a segurança e a independência das pessoas com mais de 65 anos, para que possam viver mais e com melhor qualidade de vida” (SRAS, 2009, p. 74), pelo que se considera de extrema importância o desenvolvimento de um estudo nesta área.

Deste modo, pensa-se que determinando a qualidade de vida dos idosos que frequentam os centros comunitários do Funchal, poderá contribuir-se para o desenvolvimento de novas medidas interventivas (particularmente onde a qualidade de vida esteja mais afectada), para que a população em estudo possa, cada vez mais, usufruir de uma vida com qualidade.

A escassez de estudos no âmbito da qualidade de vida dos idosos na RAM e particularmente no Funchal, torna este trabalho de investigação ainda mais pertinente, uma vez que se trata de uma faixa etária com cada vez mais expressividade no referido concelho.

Não seria compreensível que, sendo o aumento da esperança de vida e da longevidade uma realidade actual, não fossem realizados estudos e repensadas novas políticas de intervenção para que o aumento do número de anos de vida seja acompanhado de maior qualidade.

Deste modo, a dissertação que se apresenta encontra-se estruturada em cinco capítulos distintos.

No capítulo I, faz-se uma abordagem teórica com o objectivo de enquadrar o estudo, sendo este capítulo composto por quatro pontos principais. Primeiramente, explora-se o tema do envelhecimento humano e as suas repercussões sócio-demográficas. De seguida, o conceito de envelhecimento associado às redes de apoio social, tanto informais, como formais, reportando-se aos centros comunitários enquanto reposta social de carácter formal. Posteriormente, analisa-se o conceito de qualidade de vida e faz-se a

ponte entre este e o envelhecimento humano. Finalmente, aborda-se o envelhecimento activo enquanto factor promotor da qualidade de vida.

O capítulo II é dedicado à metodologia do estudo e os capítulos III e IV, à apresentação, análise e discussão dos resultados.

A dissertação culmina com uma reflexão sobre o estudo desenvolvido em que são apresentadas as principais conclusões, limitações e algumas sugestões no sentido de reforçar as políticas sociais para esta faixa etária e promover a melhoria contínua da qualidade de vida dos idosos.

CAPÍTULO I
REVISÃO DE LITERATURA

A revisão teórica deste estudo, começa por abordar o fenómeno do envelhecimento e consequentemente, o envelhecimento demográfico, bem como as suas implicações nas sociedades, no âmbito da responsabilização pela criação de respostas de apoio adequadas à população desta faixa etária.

Neste contexto, explora-se o tema das redes formais e informais, no sentido em que estas redes de apoio assumem um papel fundamental na promoção do envelhecimento activo e na qualidade de vida dos idosos. Do mesmo modo, focam-se os centros comunitários enquanto resposta social, dado que estes constituem-se como estruturas de apoio que no âmbito das redes formais são cada vez mais procuradas e utilizadas pela população de idade avançada. Logicamente que este tema foi também abordado, tendo em conta o objectivo geral do estudo.

Numa última fase da revisão de literatura e atendendo a que a qualidade de vida constitui o objecto teórico desta investigação, faz-se uma retrospectiva do percurso histórico do referido conceito, apresentando a sua evolução, definição e avaliação nas perspectivas de diferentes autores, bem como a sua articulação com o envelhecimento humano. Este capítulo termina com uma abordagem ao envelhecimento activo enquanto factor promotor da qualidade de vida.

1) Envelhecimento

O conceito de envelhecimento não tem sido encarado sempre da mesma maneira ao longo dos séculos, pelo contrário, tem sofrido grandes alterações na forma de ser percebido e sentido, variando de acordo com as culturas e a diferente evolução das comunidades. Apesar disso, as suas etapas e efeitos na vida dos indivíduos, constituem motivo de preocupação nas sociedades desde as primeiras civilizações.

Porém, foi a partir do século XX, com os grandes progressos da população idosa, que as investigações relacionadas com este fenómeno ganharam maior expressão.

Segundo Vargas (1983), “o envelhecimento é um fenómeno biopsicossocial que atinge o homem e a sua existência em sociedade” (p.20). É um fenómeno universal, inerente à vida de cada ser humano e por isso, um processo inevitável que ocorre desde o nascimento até à morte, equivalente à fase final de um programa de desenvolvimento e diferenciação (Martins, 2003).

Para Figueiredo (2007), o envelhecimento é “um processo normal, universal, gradual e irreversível de mudanças e de transformações que ocorrem com a passagem do tempo” (p. 30). Deste modo, deve ser encarado como uma etapa natural do desenvolvimento, igual a qualquer outra (Silva, J., 2009).

Vieira (2003) acrescenta que o envelhecimento é um “fenómeno do processo de vida que, assim como a infância, a adolescência e a maturidade, é marcado por mudanças bio-psico-sociais específicas, associadas à passagem do tempo” (p. 52).

Este fenómeno traduz-se num processo de declínio das capacidades e funções, que ocorrem nos últimos anos de vida e que levam à diminuição da capacidade de adaptação e resposta aos factores de stress internos e externos, como sejam os aspectos emocionais e os recursos do meio ambiente, estando intimamente ligado aos processos de diferenciação e de crescimento, uma vez que nele se verifica a interacção de factores internos como o património genético, e externos, como o estilo de vida, a educação e o ambiente em que o indivíduo vive (Figueiredo, 2007).

Berger (1995) defende a existência de dois tipos de envelhecimento: o primário e o secundário. O primário refere-se ao processo de senescência normal, e o secundário, ao aparecimento, com a idade, de lesões patológicas, que se mantêm potencialmente reversíveis. “No envelhecimento primário (senescência), as qualidades necessárias à vida e

à sobrevivência modificam-se e são substituídas por outras. No envelhecimento secundário, a existência de lesões associadas às diferentes alterações normais, contribui para alterar ainda mais a capacidade de adaptação do indivíduo” (p. 126).

Silva, J. (2009) também distingue dois conceitos dentro do construto de envelhecimento, sendo estes a senescência e a senilidade. Na sua opinião, apesar do organismo da pessoa passar por um processo degenerativo próprio do envelhecimento, este facto por si só não é causador de problemas, uma vez que o indivíduo pode levar uma vida normal na velhice. A este processo, denomina de senescência. Já a senilidade trata do organismo envelhecido que ao estar submetido a situações de sobrecarga funcional prolongada, poderá não se conseguir adaptar e desenvolver um processo patológico agudo ou crónico.

A Direcção Geral de Saúde, [DGS], (2000) considera que o envelhecimento para alguns “é descrito como uma diminuição geral das capacidades; para outros, é considerado um período crescente de vulnerabilidade e de cada vez maior dependência. Outros ainda, veneram a velhice como o ponto mais alto da sabedoria, bom senso e serenidade” (p. 7).

O envelhecimento representa no fundo a passagem do tempo de vida e “não há dúvida que com o avançar da idade vão ocorrendo alterações estruturais e funcionais, que embora variem de um indivíduo para outro, são encontradas em todos os idosos e são próprias do processo de envelhecimento normal” (Pontes, 2002, p. 7).

Embora o processo de envelhecimento seja extremamente complexo e possa ser interpretado sob várias perspectivas, é consensual que esta passagem pelos anos, se caracteriza por modificações a vários níveis (biológico, psicológico, físico, social), todavia não se consegue precisar o período em que se poderá considerar um indivíduo idoso, uma vez que o envelhecimento atinge cada ser humano de forma diferente no que toca aos ritmos, intensidade, efeitos e reacções que provoca (Pimentel, 2001).

Esta questão remete-nos para o conceito de velhice, para o qual não existe unanimidade relativamente à sua definição. De facto, qualquer limite cronológico para definir as pessoas idosas é sempre arbitrário e dificilmente traduz a dimensão psicológica, física e biológica da evolução do ser humano, todavia, Cançado menciona que a Organização Mundial de Saúde (OMS), estabelece o limite cronológico de 65 anos para a o início da velhice (Cançado, 1994, citado por Silva, J., 2009).

Dependendo do percurso de vida de cada idoso, uns estarão mais envelhecidos e outros com a mesma idade, poderão aparentar mais novos (Berger, 1995). “Há pois um envelhecimento biológico, expresso pelas alterações estruturais e funcionais que ocorrem no organismo e que nem sempre é coincidente com o envelhecimento cronológico medido pelo calendário” (Ermida, 1999, p. 43).

Segundo Fonseca (1998), a verdade é que o envelhecimento está a tornar-se um fenómeno prolongado em toda a humanidade, com o levantamento de questões e problemas de grande magnitude. Sendo um processo dinâmico, que, inevitavelmente se vai construindo ao longo da vida, compreendê-lo “aceitá-lo, assumi-lo nas suas grandezas e misérias, viver com ele, é provavelmente a maior tarefa que o Homem enfrenta” (Costa, 1998, p. 50).

Deste modo, é importante cultivar uma perspectiva positiva do envelhecimento, de forma a contrariar a tendência de que a velhice é sinónimo de declínio, de um processo de degeneração que conduz à incapacidade, ao auto-conceito negativo e à baixa auto-estima (Imaginário, 2004).

“Envelhecer é simplesmente transitar para uma nova etapa da vida, que deve ser vivida da forma mais positiva, saudável e feliz” (Imaginário, 2004, p. 43).

Cabe ao idoso ser sábio e realizar uma retrospecção da sua vida, sabendo aceitar os aspectos negativos do passado, de forma a não cair na desilusão, desespero ou depressão,

valorizando o que de melhor aconteceu na sua vida e tentando da melhor forma, adaptar-se à nova realidade da velhice (Oliveira, 2005).

À sociedade, caberá certamente, apoiar os cidadãos idosos fomentando o seu envelhecimento activo, respeitá-los e colocar à margem os preconceitos e as atitudes negativistas ainda existentes em relação ao envelhecimento, uma vez que ao alterar a sua conduta, estará, de certa forma a prevenir a sua chegada a esta fase do ciclo vital.

2) Envelhecimento Demográfico

A abordagem às questões inerentes ao envelhecimento remete-nos, inevitavelmente, para o fenómeno do envelhecimento populacional, uma vez que representa uma realidade mundial da actualidade.

Numa perspectiva individual, o envelhecimento pode ser entendido como um processo resultante de alterações biológicas, psicológicas ou outras provocadas pela idade. Já num nível de análise macro, o envelhecimento demográfico é caracterizado pelo aumento progressivo da proporção da população idosa em detrimento da população jovem (Fernandes, 1997).

Muito embora actualmente constitua uma preocupação para a maioria dos especialistas em demografia, foi apenas a partir da segunda metade do séc. XX, que este fenómeno começou a ter maior importância por parte das sociedades dos países desenvolvidos (Nazareth, 1988).

A expressão “envelhecimento populacional” surge então pela primeira vez num dos discursos do demógrafo Alfred Sauvy, de nacionalidade francesa, aquando da sua chamada à atenção aos políticos para o decréscimo acelerado das taxas de natalidade e fecundidade

e para o rápido aumento da população com 60 e mais anos (Bourdelaís, 1997, citado por Madeira, 1999).

Este fenómeno é de tal forma importante tendo em conta as consequências que acarreta a cada país que o ano de 1999 foi proclamado pela Organização das Nações Unidas (ONU), como o Ano Internacional das Pessoas Idosas sob o tema “Uma Sociedade Para Todas as Idades” – Resolução 47/5 da Assembleia Geral das Nações Unidas (Comissão Nacional para o Ano Internacional das Pessoas Idosas, 1999), dando assim ênfase ao que já havia sido comprovado por diversos demógrafos no que concerne ao envelhecimento populacional.

Ao longo de vários anos, considerou-se que o motivo que conduzia ao envelhecimento demográfico seria essencialmente o aumento da esperança de vida. Todavia, Nazareth (1988), Wong e Moreira (2000), referem que não obstante a razão apontada anteriormente, a principal explicação para este fenómeno, assenta fundamentalmente na diminuição constante que se tem vindo a verificar ao nível da fecundidade, o que em termos concretos impossibilita a substituição de gerações, tendo por consequência o aumento do número de idosos.

Segundo Fernandes (1997), o fenómeno do envelhecimento resulta da transição demográfica, ou seja da passagem de um modelo demográfico de fecundidade e mortalidade elevados para um modelo em que estes fenómenos atingem níveis baixos, o que resulta no estreitamento da base da pirâmide de idades, através da redução de efectivos populacionais jovens e no alargamento do topo da pirâmide, com acréscimo de efectivos populacionais idosos.

Este duplo envelhecimento, na base e no topo da pirâmide de idades relaciona-se com o decréscimo da taxa de mortalidade que, por conseguinte aumenta a esperança de vida, dando origem ao aumento de pessoas idosas no topo da pirâmide; por outro lado, a

autora concorda com Nazareth (1988), Wong e Moreira (2000), ao afirmar que com a redução da taxa de fecundidade, baixa também o número de nascimentos, que tem como consequência a diminuição do número de jovens na base da pirâmide (Fernandes, 1997).

Naturalmente que o envelhecimento populacional não se desenvolve da mesma maneira nem ao mesmo ritmo em todos os países do mundo. O relatório *An Aging World: 2001 – Internacional Population Reports*, apresentado pelo *Department and Health and Human Services* refere que é nos países desenvolvidos que existe um maior número de idosos, todavia, o mais rápido crescimento deste grupo populacional acontece nos países subdesenvolvidos (Kinsella & Velkoff, 2001).

Ao nível europeu, o relatório *The social situation in the Europe Union 2007* refere que em 1960 havia cerca de 38 milhões de idosos com idade acima de 65 anos nos 27 países que constituem a Comissão Europeia, tendo passado no ano 2005 para 81 milhões, reforçando ainda que actualmente há um idoso para cada quatro pessoas em idade activa, sendo que em 2050, prevê-se que esta proporção passe a ser de um idoso para cada duas pessoas em idade activa, com as maiores proporções esperadas na Itália, Alemanha e Espanha (European Commission, 2007).

Deste modo, em 2050 prevê-se que a população idosa represente 36% da população total de Espanha, 35% de Itália, 34% da Bulgária e 33% da Grécia. A menor percentagem de idosos prevê-se que seja no Luxemburgo (22%), nos Países Baixos (24%) e na Dinamarca (24%) (European Commission, 2007).

Relativamente à população com 80 e mais anos, a Comissão Europeia prevê que o crescimento do número de pessoas nesta faixa etária triplique, passando de 4% em 2004 para mais de 11% em 2050 (European Commission, 2007).

Giddens (2004) reforça esta ideia ao referir que nos países desenvolvidos, em cada sete pessoas, uma tem idade superior a 75 anos, prevendo-se que esta percentagem passe a

ser de uma para quatro pessoas daqui a 30 anos. Salienta que está ainda a desenvolver-se um outro fenómeno que é o próprio envelhecimento dos idosos, uma vez que o número de idosos com 85 e mais anos, os chamados “velhos velhos”, está a crescer de uma forma mais rápida do que o número dos “velhos novos”, crescimento este que nos próximos 50 anos, poderá multiplicar-se por seis.

De acordo com a Eurocid (2008), entre os factores que justificam este envelhecimento populacional destacam-se a contracepção e por conseguinte a diminuição das taxas de natalidade, a maternidade cada vez mais tardia, as alterações dos estilos de vida, a prioridade das mulheres em relação à vida profissional e as alterações ao nível da composição dos agregados familiares, ou seja a queda de um modelo de família tradicional, o qual, face às exigências competitivas da economia de mercado, não tem disponibilidade para cobrir as necessidades dos seus ascendentes.

Em Portugal, até meados dos anos 60, os efeitos do envelhecimento populacional ainda não se faziam sentir. Porém, no final do século, a estrutura da população portuguesa apresentava já características de duplo envelhecimento e, muito embora este envelhecimento tenha sido um acontecimento mais recente, comparativamente aos outros países desenvolvidos, a verdade é que a sua evolução desencadeou-se mais rapidamente (Silva, J., 2009).

O fenómeno do envelhecimento demográfico no nosso país, traduziu-se num decréscimo da população jovem em cerca de 36% e um incremento de 140% da população idosa, entre 1960 e 2001. Em 1960, a proporção da população idosa representava 8% da população total passando para 16,4% em 2001 (Instituto Nacional de Estatística, [INE], 2003), número que representa um aumento extraordinariamente acentuado desta faixa populacional em relação ao ano 1960. Já em 2006, a população idosa representava 17,3% do total da população, face a 15,5% de população jovem (INE, 2007).

Segundo Rosa (1999):

em trinta anos a população portuguesa conheceu uma modificação profunda do seu perfil etário, que se traduz por uma alteração da configuração geral da pirâmide de idades, a qual perde a forma marcadamente triangular que apresentava em 1960, passando em 1991 a apresentar uma forma tipo urna (p. 9).

De acordo com o INE (2003), “as Projecções da População Residente em Portugal, no horizonte 2000-2050, revelam um envelhecimento contínuo da população, consequência do previsível aumento da esperança de vida, bem como, da manutenção dos níveis de fecundidade abaixo do limiar de substituição das gerações” (p. 1). A mesma fonte revela que até 2050, o índice de envelhecimento da população portuguesa situar-se-á nos 398 por cada 100 jovens, no cenário mais pessimista, quase quadruplicando assim o número de idosos.

A RAM não será excepção no que respeita a este fenómeno, visto que de acordo com a SRAS (2009):

até 2050, as previsões estatísticas permitem estimar que a população idosa será mais do dobro do que a actual. A percentagem deste grupo etário é neste momento inferior à dos jovens; no entanto em 2050, os idosos serão 57,44% da população total (p. 13).

Isto significa que nas próximas décadas a Região sofrerá profundas mudanças, devido ao envelhecimento progressivo da população, fruto da conjugação de dois factores, sendo estes, o aumento da esperança de vida e a diminuição da taxa de natalidade (SRAS, 2009).

Segundo Fonseca (1998), o aumento da longevidade deverá ser o maior triunfo dos cientistas contemporâneos, uma vez que da idade dos 44 anos (média de vida ainda há menos de um século), passou-se, para os 75 anos, num elevado número de países.

Obviamente que este aumento da esperança de vida está directamente relacionado com os progressos da ciência e da medicina em particular, pelo que ao longo dos próximos anos o envelhecimento populacional será um processo irreversível nos países industrializados (Fernandes, 1997).

Sem dúvida que este fenómeno acarreta consequências directas na estrutura social e económica de um país, obrigando à reflexão sobre assuntos com relevância crescente ao nível da política social no âmbito da população idosa, designadamente, a idade da reforma, os meios de subsistência, o financiamento das pensões, a solidariedade intergeracional, a sustentabilidade dos sistemas de segurança social e de saúde e a qualidade de vida da população idosa (INE, 2003).

De facto, o envelhecimento da população produz profundas consequências aos sistemas de protecção social, em particular sobre as pensões que têm tido como financiamento preponderante as contribuições da população activa (com tendência para uma redução) e sobre os sistemas de saúde. Sobre este assunto, Squire (2005) afirma que “o pressuposto é o de que uma população mais envelhecida irá ser um sorvedouro para os serviços sociais e de saúde, tornando-se um fardo económico crescente para os membros da sociedade mais jovens e economicamente mais activos” (p. 6).

Deste modo, e à medida que o fenómeno de envelhecimento se desenvolve, emerge a necessidade de se obterem novas informações demográficas, de forma a analisar-se o presente e projectar o futuro, no sentido de promover e desenvolver medidas interventivas capazes de controlar e minimizar os efeitos provocados pelas transformações demográficas nas sociedades, quer a nível económico quer social (Direcção Regional de Estudos e Planeamento, 2007).

Tendo em conta a sua evolução, o crescimento da população idosa deve assim ser encarado como um desafio que cada país e sociedade no seu conjunto, tem de saber

enfrentar, pelo que importa continuar a desenvolver estratégias para que estes cidadãos vivam com autonomia e integrados na família e na sociedade, com o aproveitamento de todas as suas capacidades, com garantia dos meios de subsistência, conforto, apoios e cuidados de saúde necessários. Como afirma Carrilho (1993): “os idosos de hoje vivem mais tempo, mas é preciso que o vivam com qualidade e sem exclusão social” (p. 76).

É um facto que viver mais é importante, mas mais importante que isso é dar-se significado e qualidade aos anos a mais que se vive. Neste sentido, a melhoria da qualidade de vida durante a velhice, constitui provavelmente um dos principais desafios do século XXI.

3) Envelhecimento e Redes de Apoio Social

À medida que o indivíduo segue o seu percurso de vida, passando pelos vários estádios (solteiro, casado, pai ou mãe, viúvo, entre outros) a família e as outras relações de amizade vão sofrendo alterações, daí que as redes de apoio social, bem como os membros que as compõem não tenham um carácter estático (Paúl, 2005). Todavia e independentemente do estágio vital em que o indivíduo se encontra, estas redes são essenciais à sua qualidade de vida.

A presença de relações sociais na vida do indivíduo é um factor fundamental, dado que contribui para a sua integração social ou, até mesmo para prevenir ou evitar situações de isolamento. Estas redes são cruciais, uma vez que necessitamos de amor e afecto durante toda a nossa vida (Glasser, 1961, citado por Silva, J., 2009). Quando perdemos a capacidade de preencher satisfatoriamente esta necessidade, sentimo-nos doentes (Glasser, 1961, citado por Silva, J., 2009).

Segundo Paúl (2005a), estas redes têm um papel protector para evitar o stresse no envelhecimento, a que designa por efeito de “almofada”, pois a sua existência amortece o stresse associado ao envelhecimento.

É também de extrema importância conhecer a distinção entre o tipo de pessoas envolvidas na rede de apoio (idoso – filhos, idoso – irmãos, idoso – amigos, entre outros), dado que naturalmente, o tipo de apoio associa-se, de forma única a cada relação (Paúl, 1991).

Nos idosos, é comum ocorrerem mudanças tanto ao nível da existência, como do funcionamento das redes de apoio. A questão principal é perceber se as referidas mudanças estão relacionadas com a perda de relações importantes, por exemplo, devido à morte de um ente querido ou até mesmo à diminuição das relações de pares, de irmãos, de amigos, ou com o funcionamento das próprias relações, dada a mudança nos papéis sociais ou mobilidade, que podem reduzir as oportunidades de interacção com os outros (Paúl, 1991).

Paúl (2005) afirma ainda que a presença de relações sociais constitui um factor protector da saúde mental dos idosos. Segundo a autora, estas redes estão claramente associadas à sua qualidade de vida. São redes fundamentais para que os idosos mantenham a sua autonomia, um auto-conceito positivo e uma maior satisfação com a vida, condições imprescindíveis para se alcançar um envelhecimento óptimo.

Naturalmente que qualquer pessoa ambiciona um envelhecimento com qualidade, em que a oportunidade de usufruir de um fim de vida digno, junto dos seus familiares e amigos mais próximos seja uma realidade. Se isto não for possível, os idosos esperam pelo menos, que a sociedade onde se inserem e para a qual deram um contributo ao longo da sua vida activa, lhes proporcione o suporte social adequado para colmatar as necessidades próprias desta fase da vida (Silva, J., 2009).

No que concerne a este aspecto, Paúl (1997) salienta que as redes de apoio social para os idosos podem dividir-se em dois grupos, sendo estes: as redes de apoio informal e as redes de apoio formal. Ambas prestam principalmente apoio psicológico (ligado ao bem-estar psicológico) e apoio instrumental (consiste na ajuda física prestada aos idosos, em situações de diminuição das suas capacidades funcionais e perda de autonomia física).

Segundo Mailloux-Poirier (1995), as redes de apoio informal traduzem-se essencialmente pelos familiares, amigos e vizinhos dos idosos e tal como afirma Paúl (1997), parecem desempenhar um papel fundamental no apoio a estes, particularmente no aspecto emocional e também na ajuda instrumental. Já as redes de apoio formal incluem os serviços estatais de segurança social e os organizados pelo poder local, criados com a finalidade de atender às necessidades dos idosos, sejam estas sócio-económicas, culturais, entre outras.

De acordo com Sequeira (2007), estas redes são fundamentais aos idosos, pois permitem-lhes reforçar ou ajudar a encontrar um projecto ou significado de vida. O apoio referido deverá então ser concedido por pessoas significativas para o idoso, em articulação com as instituições de saúde, sociais e comunitárias, nunca descurando as suas preferências individuais e colectivas, de modo a promover o seu bem-estar.

Paúl (1991) também concorda que o equilíbrio entre as redes de apoio formal e informal seria muitas vezes o desejável, porém a autora tem consciência de que isto nem sempre é fácil.

As relações sociais constituem-se assim, como válidos contributos para o bem-estar da população idosa, ajudando-a a enfrentar e recuperar das exigências e limitações inerentes ao processo de envelhecimento (Freire & Rabelo, 2004).

“Hoje, e cada vez mais, as reflexões sobre as solidariedades familiares, a entreaajuda, o suporte relacional e comunitário adquirem crescente importância”

(Pimentel, 2001, p. 28). Contudo, mais do que a existência de relações, é especialmente importante a sua qualidade, uma vez que a presença por si só de relações humanas, não é sinónimo de um envelhecimento de sucesso.

3.1) Redes de Apoio Informal

Conforme referido anteriormente as redes de apoio informal aos idosos traduzem-se na família, amigos e redes de vizinhança. Não obstante a importância no apoio à velhice por parte dos amigos e vizinhos, este ponto centrar-se-á na família, enquanto principal rede de apoio informal à população idosa, por se tratar de um “espaço privilegiado de construção social da realidade em que, através das relações entre os seus membros, os factos do quotidiano individual recebem o seu significado” (Mah, Gonçalves & Garcia, 1999).

Na perspectiva de Ribeiro (1992), é na família que o ciclo da vida se desenvolve naturalmente, pois “a família é o eixo da solidariedade entre gerações.... Base e elemento fundamental da sociedade, a família é o espaço privilegiado para o desenvolvimento da personalidade, da afectividade, do espírito de serviço e da entre-ajuda” (p. 22).

A família é “considerada o fundamento universal das sociedades, exercendo funções básicas, como sexual, reprodutiva, económica, educacional, política e salientando aqui o cuidado com os membros idosos e inválidos, que também é considerada uma função universal da família” (Silva, J., 2009, p. 116). É um espaço de aconchego, segurança e de recordações, logo, o lugar apetecível para viver em qualquer fase do desenvolvimento humano, particularmente na velhice.

Muito embora, a célula familiar continue a ser considerada como “a estrutura base da sociedade, que a reconhece como um local de aprendizagem, desenvolvimento,

solidariedade e transmissão de valores” (Instituto de Solidariedade e Segurança Social, 2004, p. 16), a partir da segunda metade da década de 60, começam a ocorrer transformações consideráveis no domínio da família, decorrentes das mudanças económicas, sociais e culturais que estão também subjacentes ao processo de envelhecimento das sociedades (Silva, J., 2009).

A partir desta altura, começa-se a assistir a um processo de nuclearização da família, que se traduz na passagem de um modelo familiar extenso que reunia três gerações ou ainda incluía redes de parentesco mais alargadas, para um modelo conjugal ou nuclear, onde no máximo estão presentes duas gerações. Começam então a surgir formas de famílias alternativas – famílias unipessoais, monoparentais, recompostas, casais sem filhos, entre outras), sendo que a dimensão dos agregados domésticos passa a ser cada vez mais reduzida (Perista, 1997).

Esta diminuição da composição dos agregados familiares, traduz-se não só numa maior restrição de recursos (tempo, financeiros, afectivos, entre outros) por parte da família para cuidar dos seus ascendentes, como na própria complexificação das competências inerentes aos papéis familiares, o que se repercute, necessariamente, nas relações entre os seus membros e nos cuidados a prestar aos idosos, conduzindo a uma fragilização da rede de apoio informal (SRAS, 2009).

Outro factor que limitou a disponibilidade para garantir o apoio aos familiares mais velhos (função tradicionalmente feminina) foi precisamente a crescente inserção das mulheres na vida activa. Este factor provocou ainda uma diminuição da fecundidade, pelo que o facto de se reduzir a renovação de gerações, faz com que os idosos deixem, ainda mais, de poder contar com o apoio da família, como acontecia no passado (Mah *et al.*, 1999).

Estas novas estruturas familiares bem como o seu processo de nuclearização que caracterizam a sociedade moderna, são marcadas por valores individualistas que por sua vez propiciam um afastamento e desresponsabilização por parte das famílias relativamente aos seus ascendentes idosos (Mah *et al.*, 1999).

A urbanização e a mobilidade geográfica reforçam este efeito, com cada vez mais filhos a viverem longe dos pais numa situação de afastamento geográfico (Mah *et al.*, 1999).

Todos os factores mencionados anteriormente estruturam novas situações familiares e estimulam a propensão ao isolamento e solidão por parte dos parentes idosos, ou seja, perante estes novos condicionalismos, vão-se progressivamente enfraquecendo os laços familiares devido à inexistência ou carência de afectos e apoios e consequentemente as redes de apoios informais (Pimentel, 2001).

Em suma, poderá dizer-se que embora o papel das redes informais no apoio aos idosos seja sobejamente conhecido, este, devido à evolução da sociedade, tem vindo a reduzir-se e a tornar-se cada vez mais difícil. Por este motivo, considera-se que “o problema maior da velhice está relacionado a um equilíbrio entre a necessidade e as exigências mínimas dos idosos e a capacidade assistencial disponível para atendê-las” (Silva, J., 2009, p. 117).

Neste sentido, o apoio à população idosa terá assim uma tendência acrescida para transitar da esfera familiar para a sociedade, sendo a vida quotidiana dos mais velhos cada vez mais determinada pelo respectivo acesso a certos serviços, proporcionados pelas redes de apoio formal.

3.2) Redes de Apoio Formal

O aumento do número de pessoas de idade avançada, a evolução da consagração dos direitos sociais, as transformações familiares e o impacto do processo de desenvolvimento na distribuição espacial da população têm constituído factores determinantes da implementação de redes de apoio formal dirigidas à população idosa (Vaz, 2001).

No período entre 1960 e a revolução de 25 de Abril de 1974, o envelhecimento da população contribuiu para várias alterações no sistema de políticas sociais vigente. A partir dessa data, o novo governo português promoveu as condições para a construção gradual de um sistema de segurança social, tendo sido constituído com base no pressuposto de um Estado protector, apresentando-se um novo sistema de segurança social que assentava no princípio da dignidade de cada indivíduo e nos seus direitos sociais (Fernandes, 1997).

A primeira medida que veio alterar as leis anteriores, foi a criação da pensão social para todos aqueles que tivessem mais de 65 anos ou fossem inválidos e que nunca tivessem estado abrangidos por qualquer regime de Providência Social. Outras medidas se seguiram, com a finalidade de continuar a inserir os idosos na sociedade, apesar de atingirem a idade da reforma. Entre estas podemos destacar o aumento das pensões em meio rural, a atribuição do 13º mês de pensão, a criação de pequenas unidades residenciais que permitiam o acolhimento de idosos sem suporte familiar e o complemento da pensão de velhice, sempre que o beneficiário tivesse o cônjuge a cargo (Fernandes, 1997).

A partir daqui, a preocupação com a realidade da população idosa e com as políticas de velhice acentuam-se, o que se denota com a revisão constitucional de 1982, que fomenta a necessidade de promover uma política para os idosos. A Constituição da República Portuguesa, no seu Artº 63 afirma que “todos têm direito à Segurança Social” e

no Artº 72 explicita que “as pessoas idosas têm direito à segurança económica e a condições de habitação e convívio familiar e comunitário que evitem e superem o isolamento ou marginalização social”; “a política de terceira idade engloba medidas de carácter económico, social e cultural tendentes a proporcionar às pessoas idosas oportunidades de realização pessoal, através de uma participação activa na vida da comunidade”.

As políticas sociais para a terceira idade tomaram então um novo sentido, nomeadamente com a criação de instituições e estruturas de apoio que permitam aos idosos a integração em todos os domínios da vida social, de modo a lutar contra a discriminação, exclusão e isolamento social (Vaz, 2001).

Políticas sociais para os idosos traduzem-se no “conjunto das intervenções públicas que estruturam, de forma explícita ou implícita, as relações entre a velhice e a sociedade” (Guillermard, citado por Fernandes, 1997, p. 139). As políticas sociais no âmbito dos idosos visam então melhorar a inserção social e redefinir o lugar da velhice na sociedade, de forma a promover a saudável convivência entre gerações e culturas e o aumento da qualidade de vida dos mais velhos.

Actualmente, as medidas de política social no âmbito da população idosa, enquadram-se, na sua maioria, nos programas de Acção Social desenvolvidos pela Segurança Social. As respostas que existem neste domínio traduzem-se essencialmente na oferta alargada de serviços e equipamentos, dos quais podemos destacar os Serviços de Ajuda Domiciliária, a Tele-assistência, os Centros de Convívio, os Centros de Dia, os Centros de Noite, as Residências e os Lares (SRAS, 2009).

Ainda no âmbito da Segurança Social existem diversas medidas de política social de apoio aos idosos que desempenham um papel de grande importância na sua qualidade de vida, nomeadamente, a pensão de velhice, pensão social, pensão de sobrevivência, o

complemento de pensão por cônjuge a cargo, complemento por dependência, complemento solidário para idosos, entre outros (Direcção-Geral da Segurança Social, [DGSS], 2009).

Para além destas respostas sociais dirigidas aos idosos, desenvolveram-se também medidas de política social no sentido de promover a participação deste grupo etário na vida social, cultural e de lazer, o que proporciona não só o enriquecimento cultural mas também o convívio com outros idosos e pessoas mais novas. Um exemplo dessas medidas foi a implementação de centros comunitários criados para servir a população em geral, onde se enquadram também os idosos.

Na realidade, as medidas adoptadas por parte dos responsáveis têm evoluído lentamente mas revelam uma preocupação de equilíbrio entre o quantitativo e o qualitativo visando a melhoria da qualidade de vida dos idosos (Vaz, 2001).

Independentemente das novas medidas que venham a ser tomadas futuramente, estas deverão ser sempre orientadas por objectivos que traduzam as expectativas e as necessidades do grupo alvo a que se destinam.

3.2.1) Os Centros Comunitários

As características actuais da sociedade apontam para a urgente criação de respostas sociais onde se desenvolvam acções integradas, globais e adaptadas às necessidades de cada comunidade. É da percepção e da consciência desta realidade que surgem os centros comunitários enquanto respostas sociais destinadas a pessoas, famílias e grupos sociais de determinada área geográfica (Bonfim, Saraiva, Curto, Abrantes & Ferreira, 2000).

Segundo a DGSS (2009), os centros comunitários constituem respostas sociais, desenvolvidas em equipamentos, onde se prestam serviços e realizam actividades que, de

uma forma articulada, tendem a constituir um pólo de animação com vista à prevenção de problemas sociais e à definição de um projecto de desenvolvimento local, colectivamente assumido.

A sua concepção “inscreve-se num modelo de resposta integrado, dinâmico e evolutivo assente nos seguintes pressupostos: Conhecimento global da realidade, Integração, Parceria e Co-responsabilização” (Bonfim *et al.*, 2000, p. 7). Com base nestes pressupostos são necessários três requisitos para o funcionamento de um centro comunitário, sendo estes a proximidade, a flexibilidade e a participação.

Estes centros têm como princípio fundamental a organização de respostas integradas, face às necessidades globais da população alvo, assumindo-se como agentes dinamizadores da participação das pessoas, das solidariedades locais e da promoção da cidadania (Bonfim *et al.*, 2000).

Os centros comunitários poderão “desempenhar um papel fundamental para a consolidação e criação de laços a nível local, do bairro, do grupo, e assim reforçar o «laço social» onde são vividas as relações e onde podem ser descobertas as soluções” (Bonfim *et al.*, 2000, p. 5).

Os centros comunitários têm como objectivo geral: “contribuir para a criação de condições que possibilitem aos indivíduos, o exercício pleno do seu direito de cidadania e apoiar as famílias no desempenho das suas funções e responsabilidades, reforçando a sua capacidade de integração e participação social” (Bonfim *et al.*, 2000, p. 10), sendo que os seus objectivos específicos são os seguintes:

- Constituir um pólo de animação gerador de dinâmicas locais;
- Fomentar a participação das pessoas, das famílias e dos grupos;
- Dinamizar e envolver os parceiros locais e fomentar a criação de novos recursos;
- Desenvolver actividades dinamizadoras da vida social e cultural da comunidade;

- Promover a inserção social de pessoas e grupos mais vulneráveis;
- Criar condições para responder às necessidades concretas da população;
- Gerar condições para a mudança (Bonfim *et al.*, 2000, p. 10).

Os centros comunitários deverão da melhor forma possível, corresponder às expectativas, necessidades e solicitações dos idosos, proporcionando um conjunto de actividades e experiências, de forma a actuar como meio facilitador do processo de envelhecimento activo e promover a melhoria da sua qualidade de vida (Bonfim *et al.*, 2000).

No concelho do Funchal sob alçada da respectiva Câmara Municipal, existe um centro comunitário, designado por Centro Comunitário do Funchal, no qual se encontra o maior número de idosos inscritos, uma vez que este equipamento social possui um leque de actividades direccionadas para idosos, podendo ser frequentado por pessoas de qualquer freguesia do concelho do Funchal.

De igual modo, existem outros sete centros comunitários, nomeadamente o Centro Comunitário de São Gonçalo, Palheiro Ferreiro, Quinta Josefina, Quinta Falcão, Cruzes e Ribeira Grande, que se encontram afectos às respectivas freguesias do concelho, onde se inserem. Estes encontram-se sob gestão da Sociohabitafunchal, E.M. – Empresa Municipal de Habitação, criada em Fevereiro de 2005 (CMF, 2008).

Estes centros comunitários visam essencialmente a promoção e manutenção da gestão social do parque habitacional da Câmara Municipal do Funchal; a promoção, construção e atribuição de habitação social e económica no concelho e o desenvolvimento de trabalho social e de comunidade. Trata-se de uma empresa pública, dotada de personalidade jurídica, com autonomia administrativa, financeira e patrimonial (CMF, 2008).

De acordo com informações prestadas pelos responsáveis dos oito centros comunitários supra mencionados, estavam inscritos nos referidos equipamentos, em Janeiro do ano corrente, 1138 idosos.

4) Qualidade de Vida

Perante as alterações demográficas existentes nos últimos tempos, não se pode questionar a importância de garantir às populações idosas uma esperança de vida alargada e com qualidade. Deste modo, passamos de seguida a analisar o termo “qualidade de vida”, na perspectiva de diversos autores, de acordo com o percurso histórico deste conceito.

4.1) Definição, Evolução e Avaliação do Conceito

O termo qualidade de vida é frequentemente utilizado na actualidade, quer na linguagem corrente, quer nos meios de comunicação e na literatura científica.

A partir de meados do século XX, termos como “felicidade”; “satisfação com a vida”; “bem-estar”; “prosperidade”; “liberdade de escolha”; “realização pessoal”, entre outros, passam a fazer parte da literatura associados ao debate sobre o significado do construto “qualidade de vida”, dificultando a sua delimitação científica (Canavarro *et al.*, 2006).

Como afirma Ribeiro (2009), este termo “faz parte da linguagem do homem comum, dos especialistas aos leigos, de gente culta ou inculta” (p. 31), porém, a investigação científica relacionada com este conceito começou a ter maior impacto nos finais do século XX, daí dizer-se que este é um conceito recente.

Ribeiro (2002) refere que esta expressão foi utilizada pela primeira vez por Pigou em 1920, num livro da sua autoria sobre economia e bem-estar. Nessa obra, Pigou discutia o suporte governamental para classes menos favorecidas e o impacto desse suporte nas suas vidas e sobre o Estado. Contudo, nessa época, esta expressão não teve grande repercussão, caindo no esquecimento até final da Segunda Grande Guerra.

Em 1960, através de um relatório da responsabilidade de Eisenhower, então Presidente dos Estados Unidos, designado por *Commission on National Goals* que visava a promoção da qualidade de vida da população americana, identificou-se um conjunto de indicadores sociais e ambientais sobre a qualidade de vida, dos quais faziam parte a educação, a saúde, o bem-estar, o crescimento económico e a individualidade (Ribeiro, 1998).

Em 1964, o termo qualidade de vida voltou a ser referido por Lyndon Johnson, sucessor de Eisenhower, num dos seus discursos, ao afirmar que os objectivos de um governo não deveriam ser avaliados pelo balanço financeiro do país mas através da qualidade de vida que proporcionam às pessoas, ou seja Lyndon considerava que só se poderia avaliar a qualidade de vida das pessoas de acordo com as suas opiniões (carácter subjectivo) em detrimento de aspectos objectivos (OMS, 1998; Canavarro *et al.*, 2006).

No final dos anos 60, a qualidade de vida começa a estar associada a outros significados, nomeadamente, a liberdade, o lazer, o afecto, o prazer, entre outros. O conceito passa então a representar a “vida boa”, para além dos bens materiais (Silva, J., 2009, p. 161).

Em meados da década de 70, Campbell, Converse e Rodgers num dos primeiros grandes estudos efectuados nesta matéria intitulado *The Quality of American Life*, tentam explicar as dificuldades inerentes ao conceito de qualidade de vida, admitindo-a como

“uma entidade vaga e etérea, algo sobre o qual muitas pessoas falam, mas ninguém sabe claramente o que significa” (Silva, J., 2009, p. 162).

Ribeiro (2005), ao analisar o trabalho de Campbell, Converse e Rodgers, que enfatizava essencialmente aquilo que os indivíduos sentem sobre a sua vida e não o que os profissionais (médicos, psicólogos, sociólogos, entre outros) conhecem sobre a vida dos indivíduos, chegou à conclusão que para conhecer a experiência de qualidade de vida de cada pessoa, será fundamental ir directamente ao encontro da própria para que seja ela a descrever como sente a sua vida.

Do mesmo modo, Silva, J. (2009) considera que a “essência da qualidade de vida baseia-se na experiência de vida de cada pessoa, e só a ela cabe julgá-la, de acordo com as suas preferências e valores” (p. 162).

O construto qualidade de vida difere então de acordo com a percepção de cada ser humano, assumindo assim uma conotação muito subjectiva (Santos, S., Santos, I., Fernandes & Henriques, 2002).

Paschoal (2000) concorda que o conceito de qualidade de vida varia consoante o indivíduo, porém reforça o facto dos países, épocas, estratos sociais, bem como o estado de espírito e humor de cada pessoa constituírem factores que também influenciam a definição deste construto.

Segundo Bowling (1995, citado por Silva, J., 2009), o conceito qualidade de vida, está patente em áreas muito distintas tais como as ciências da saúde, ciências sociais, literatura, direito, filosofia, psicologia, economia, entre outras, abrangendo de forma multidimensional todos os aspectos da vida de um ser humano.

Barbosa e Ribeiro (2000) vêem a qualidade de vida como “uma das dimensões da vida humana, desejada e perseguida por todos os indivíduos desde a infância até à velhice” (p. 149).

Com o passar dos anos, tem havido uma preocupação, por parte de vários autores, em definir o conceito de qualidade de vida, pelo que a utilização deste termo tem vindo a tornar-se mais frequente, nomeadamente no que concerne a questões de habitação, transportes, educação, trabalho, crescimento individual, esperança de vida, nível de escolaridade, capacidade física, interacção social, actividade intelectual, situação económica, estado emocional (Santos *et al.*, 2002).

A proliferação de definições no âmbito do conceito qualidade de vida demonstra, de certa forma, a sua importância e o interesse cada vez maior que os investigadores têm nesta matéria (Meneses, 2005).

Segundo Silva, J. (2009), os investigadores são unânimes ao afirmar que o conceito qualidade de vida é ambíguo e inconsistente, possui diversas definições constituídas por múltiplos factores objectivos e subjectivos que variam de indivíduo para indivíduo, sofrendo também influências de valores culturais, religiosos e étnicos.

A natureza abstracta deste construto explica o facto de existirem significados diferentes para cada pessoa do que no fundo será a qualidade de vida. É por este motivo que existem inúmeras definições para este conceito, existindo talvez uma por cada indivíduo (Paschoal, 2000).

Por se tratar de um tema de vasto interesse e curiosidade para muitos autores, tem a “particularidade de cada um lhe atribuir um sentido ou um valor, que varia de contexto para contexto” (Coimbra & Brito, 1999, p. 30), daí a dificuldade na sua definição.

De facto, a comunidade científica tem-se debruçado sobre este termo, todavia, apesar da sua extensiva utilização, não há unanimidade no seu verdadeiro significado, existindo uma grande ambiguidade conceitual e teórica na sua definição, o que poderá ser explicado pela diversidade de áreas que se interessam por este conceito. De qualquer

forma, embora exista alguma controvérsia nas suas diferentes abordagens, também se encontram aspectos em comum.

Um dos aspectos comuns encontrados na literatura ao nível das várias definições do construto qualidade de vida, é a questão da saúde, ao qual se relaciona o bem-estar, a satisfação e a felicidade (Vecchia, Ruiz, Bocchi & Corrente, 2005). Na opinião de Teixeira (2003), a saúde é entendida como “um nível que permite a presença de um equilíbrio fisiológico e psicológico que se manifesta por estado satisfatório de bem-estar” (p. 59).

Alguns autores relacionam o estado de saúde ao conceito de qualidade de vida utilizando-os geralmente de forma sobreposta. Outros autores consideram que a saúde e a qualidade de vida são termos substancialmente diferentes (Coimbra & Brito, 1999). Outros ainda “chegam mesmo à conclusão que a componente ou domínio saúde é aquela que apresenta maior correlação com o resultado total de qualidade de vida, ou seja, a saúde é talvez a componente ou domínio mais importante que a influência” (Coimbra & Brito, 1999, p. 30).

Porém, Coimbra e Brito (1999), referem que a qualidade de vida não pode depender apenas da saúde, dado que sendo o Homem um ser bio-psico-social, a qualidade da sua vida dependerá também de outros domínios nomeadamente o trabalho, a família, a ausência de problemas económicos, entre outros aspectos igualmente importantes.

Do mesmo modo, Silva, J. (2009) afirma que a qualidade de vida é um construto multifactorial, muito mais amplo do que meramente a presença ou ausência de saúde, uma vez que engloba aspectos relacionados à capacidade funcional, às funções fisiológicas, ao comportamento afectivo e emocional, às interacções sociais, ao trabalho e à situação financeira, centrados na avaliação subjectiva de cada pessoa.

A DGS (1995, citado por Coimbra & Brito, 1999) introduz um aspecto importante ao nível da satisfação das necessidades básicas dos indivíduos, pelo que define a qualidade de vida, como:

a percepção por parte dos indivíduos ou grupos, de que as suas necessidades são satisfeitas e não lhes são negadas oportunidades para alcançar um estado de felicidade e realização pessoal em busca de uma qualidade de existência acima da mera sobrevivência (p. 31).

Num contexto de grande relevância e ao mesmo tempo de falta de precisão conceptual do conceito de qualidade de vida, a OMS reuniu um grupo de peritos pertencentes a culturas diferentes – WHOQOL Group, com o objectivo de debater e tentar definir este conceito (Canavarro *et al.*, 2006; Fleck, 2006; Paredes *et al.*, 2008; Silva, J., 2009; Vaz Serra *et al.*, 2006).

O grupo considerou que embora não houvesse definição consensual de qualidade de vida, havia concordância considerável entre os investigadores acerca de algumas características do construto que são compartilhadas por diversas correntes de opinião: subjectividade, a sua definição deveria depender do ponto de vista do próprio indivíduo sobre o seu estado de saúde e sobre os aspectos gerais do seu contexto de vida; bipolaridade, presença de dimensões positivas e negativas e multidimensionalidade, a sua definição deveria abarcar diferentes aspectos ou dimensões (Canavarro *et al.*, 2006; Fleck, 2006; Paredes *et al.*, 2008; Silva, J., 2009; Vaz Serra *et al.*, 2006a).

Foi o desenvolvimento destes elementos que levou a OMS a definir qualidade de vida como a “percepção do indivíduo sobre a sua posição na vida, dentro do contexto dos sistemas de cultura e valores nos quais está inserido e em relação aos seus objectivos, expectativas, padrões e preocupações” (Canavarro *et al.*, 2006, p. 16). Este conceito é vasto, pelo que engloba uma perspectiva multidimensional, sendo influenciado de forma

complexa pela saúde física do indivíduo, estado psicológico, nível de independência, relações sociais, crenças pessoais e as suas relações com aspectos do ambiente em que vive (Fleck *et al.*, 2000).

Na perspectiva de Berlim e Fleck (2003), o conceito da OMS contempla a natureza subjectiva da qualidade de vida, pelo que referem que esta é uma experiência pessoal, interna, que está dependente dos factores externos, os quais são influenciados pelas primeiras experiências dos indivíduos.

Após a abordagem de diversos autores no âmbito da qualidade de vida, verifica-se uma evolução deste conceito ao longo do tempo, tornando-se a sua definição progressivamente mais complexa e multifacetada, contudo continua a haver uma grande dificuldade em defini-lo consensualmente.

Tendo em conta a subjectividade e versatilidade do conceito de qualidade de vida, Santos *et al.* (2002) consideram que uma boa qualidade de vida corresponde a um conjunto de condições para que a cada ser humano seja possível desenvolver ao máximo as suas competências e capacidades, trabalhando, produzindo, sentindo, vivendo, construindo ciência ou simplesmente existindo.

Em jeito de conclusão, pode-se dizer que a qualidade de vida é “um construto multifacetado que integra o comportamento individual e as capacidades cognitivas, o bem-estar emocional e físico que se manifestam na performance profissional e nos papéis sociais do indivíduo” (Meeberg, 1993, citado por Silva, J., 2009, p. 161). Trata-se de um termo complexo, vago, abstracto, multidimensional e controverso, que incorpora todos os aspectos da vida humana, pelo que compreende áreas muito diversificadas que contribuem para um todo (Silva, J., 2009).

Até ao momento não existe consenso no que respeita à aceitação de uma definição única para este construto, o que provavelmente estará relacionado com o facto de ser

“o termo de uso mais multidisciplinar da actualidade, o que resulta em definições multifacetadas” (Silva, J., 2009, p. 161), ou seja, a qualidade de vida, tal como a própria vida, é constituída por múltiplos ingredientes (Fernández-Ballesteros, 1998).

É todavia consensual que este termo “nada tem a ver com vida fácil ou com ausência de sofrimento e de luta. Pelo contrário, é a conquista, para o maior número possível de pessoas, de uma vida digna e com sentido” (Magalhães, 2001, p. 224).

Outra das preocupações dos investigadores no âmbito deste construto tem sido a definição de critérios que possibilitem a sua avaliação, porém, “pela sua subjectividade, complexidade e pluralidade de domínios ou componentes que nela interferem, torna-se como é óbvio, extremamente difícil avaliar a qualidade de vida” (Coimbra & Brito, 1999, p. 31).

Devido à reflexão e ao reconhecimento da natureza multifacetada no âmbito da qualidade de vida, os investigadores tendem a desenvolver cada vez mais modelos para a sua avaliação, assentes na combinação de diversos domínios. Berlim e Fleck (2003), afirmam que em revisão de literatura encontraram 159 instrumentos diferentes para avaliação da qualidade de vida.

Já Canavarro *et al.* (2006), referem que associada às diferentes definições do termo qualidade de vida e à sua grande abrangência, existem de facto muitos instrumentos de avaliação, porem a sua maioria não tem qualquer base científica.

Um dos instrumentos de apreciação da qualidade de vida criado com o objectivo de a avaliar, dentro de uma perspectiva genuinamente internacional, é da autoria do WHOQOL Group (grupo de peritos pertencentes a culturas diferentes) da OMS. Este grupo foi responsável pelo debate do conceito de qualidade de vida, o que veio posteriormente a resultar num instrumento com vista à sua avaliação que se designa por

WHOQOL – World Health Organization's Quality of Life Instrument (Canavarro *et al.*, 2006; Fleck, 2006).

O WHOQOL é um instrumento genérico, multidimensional e multicultural da qualidade de vida que tem por base uma definição deste conceito como um constructo subjectivo, multidimensional, com dimensões positivas e negativas (Fleck, Chachamovich & Trentinib, 2003; Fleck, 2006).

A sua primeira versão era composta por 100 itens – WHOQOL-100 que avaliavam seis domínios da qualidade de vida, designadamente o domínio físico, psicológico, nível de independência, relações sociais, meio ambiente e espiritualidade / crenças pessoais. Este instrumento reflecte a conceptualização da qualidade de vida tal como definida pela OMS (Canavarro *et al.*, 2006; Fleck, 2006; Fleck *et al.*, 1999; OMS, 1998; Paredes *et al.*, 2008).

Contudo, a necessidade de ser criado um instrumento de rápida aplicação para avaliar a qualidade de vida, com uma visão holística de saúde e numa perspectiva transcultural deu origem a uma versão abreviada – o WHOQOL-Bref (Fleck, 2006; Fleck *et al.*, 1999). Este instrumento foi elaborado de forma a manter-se o carácter conceptual e psicométrico do WHOQOL-100 (Fleck, 2006; Fleck *et al.*, 2000), e a preservar a essência subjectiva e multidimensional do conceito de qualidade de vida (Canavarro *et al.*, 2006; Fleck, 2006; Vaz Serra *et al.*, 2006).

O WHOQOL-Bref é um instrumento do qual constam 26 questões sendo duas de carácter geral sobre a qualidade de vida (faceta geral de qualidade de vida) e outras 24 representantes de cada uma das 24 facetas que compõem o WHOQOL-100. As 24 questões estão agrupadas em 4 domínios: Domínio I – Físico; Domínio II – Psicológico; Domínio III – Relações Sociais e Domínio IV – Meio Ambiente (Canavarro *et al.*, 2006; Fleck, 2006; OMS, 1998; Vaz Serra *et al.*, 2006).

Deste modo, o WHOQOL-Bref difere do WHOQOL-100, uma vez que neste último, cada uma das 24 facetas é avaliada a partir de 4 perguntas, enquanto no WHOQOL-Bref, cada faceta é avaliada por apenas uma pergunta.

Os dados que originaram o WHOQOL-Bref resultaram de um teste de campo desenvolvido por 20 centros em 18 países (Canavarro *et al.*, 2006; Fleck, 2006).

A adaptação deste instrumento para Português foi realizada por uma equipa de profissionais de saúde coordenada pela Professora Doutora Maria Cristina Canavarro, da Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade de Coimbra e pelo Professor Doutor Adriano Vaz Serra, da Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra (Canavarro *et al.*, 2006).

Deste modo, a equipa do Centro Português da WHOQOL, foi composta por docentes da Faculdade de Medicina, Psicologia e Ciências da Educação e Ciências e Tecnologias (Departamento de Antropologia) da Universidade de Coimbra, juntamente com alguns alunos de Mestrado e Doutoramento da referida Universidade (Canavarro *et al.*, 2006).

4.2) Envelhecimento e Qualidade de Vida

A promoção de um envelhecimento bem sucedido e activo é o objectivo da OMS, tornando-se este, um dos conceitos fundamentais no âmbito da Gerontologia, pelo que o bem-estar e qualidade de vida dos idosos são os indicadores essenciais de uma adaptação bem sucedida (Sequeira, 2007).

O aumento da esperança média de vida constitui uma das mais significativas conquistas da humanidade. Porém, diversos factores poderão ensombrar o bem-estar e a qualidade da última fase do percurso de vida (Fonseca, 1998).

Neste sentido e após a abordagem realizada à qualidade de vida no geral e à pluralidade de dimensões que poderão estar na base deste construto, será focada agora a qualidade de vida relativamente ao idoso.

A qualidade de vida traduz-se numa das dimensões da vida humana ambicionada por todos os indivíduos, desde o nascimento até morte (Hortelão, 2004), pelo que a associação entre o envelhecimento e a qualidade de vida vem adquirindo uma importância cada vez maior na nossa sociedade.

A investigação dos aspectos referentes à qualidade de vida da população idosa e das condições que possibilitam um envelhecimento bem sucedido tem suscitado, cada vez mais, a atenção de investigadores de várias áreas, particularmente dos “demógrafos, geriatras e gerontólogos sociais” (Silva, J., 2009, p. 163).

De facto, é cada vez maior o interesse pela caracterização dos factores que determinam uma boa qualidade de vida na velhice em vários domínios, bem como pela identificação das noções vigentes sobre o significado desse conceito entre os idosos (Silva, J., 2009).

Este interesse decorre por um lado da maior longevidade do ser humano, pelo que importa que os idosos desfrutem não apenas de uma maior esperança de vida, mas de uma boa qualidade de vida e por outro lado, pelo facto dos resultados das investigações poderem constituir uma mais-valia para a compreensão das necessidades dos idosos e consequentemente para a melhoria da intervenção (Freire, 2001, citado por Freire & Rabelo, 2004). Segundo Silva, J. (2009), “no âmbito da intervenção, aumenta a consciência de que é importante identificar e promover condições que permitam a ocorrência de uma velhice longa e saudável” (p. 163).

Tal como foi referido anteriormente, qualidade de vida é um conceito muito abrangente, que não desfruta de consenso até o momento, de qualquer forma sabemos que

existem múltiplos aspectos que a podem influenciar, nomeadamente a saúde, o nível sócio-económico, as relações familiares, os factores ambientais, o modo de vida, a auto-estima, entre outros. Todos estes aspectos poderão ter uma maior ou menor relevância, de acordo com a faixa etária em que o indivíduo se encontra.

De seguida faz-se referência a várias abordagens de diferentes autores sobre a qualidade de vida na velhice.

Para Ramos (2001), a qualidade de vida dos idosos depende de cinco aspectos, sendo estes, a saúde e capacidade funcional no que se refere às actividades da vida quotidiana; as relações interpessoais; a independência, no que concerne à capacidade de organizar o seu dia-a-dia e de escolher as actividades a realizar; a convicção da sua utilidade e a ausência de problemas económicos.

Já segundo Vieira (2004), o facto do idoso aceitar as mudanças próprias da idade, estabelecer relações sociais e familiares, ter autonomia e um efectivo suporte social, tentar prevenir doenças e manter um sentido de humor elevado, são factores essenciais à promoção do seu bem-estar geral e consequentemente, para a melhoria da sua qualidade de vida.

Para Hortelão (2004), a qualidade de vida dos idosos depende de três condições que são a ausência de doença, a existência de suporte social e o bom funcionamento físico e cognitivo.

Sequeira e Silva (2002) fazem referência ao meio ambiente onde se insere o idoso enquanto aspecto fundamental à sua qualidade de vida, pois entendem que “só a partir de uma análise transaccional da unidade ecológica pessoa/ambiente podemos compreender o Bem-Estar subjectivo de idosos que vivem em diferentes cenários, sendo que cada cenário ambiental dita de forma única a experiência do envelhecimento” (p. 506).

Paúl (2005a) considera ainda que a satisfação com a vida e a qualidade de vida dos idosos altera-se consoante variam os factores determinantes para um envelhecimento bem sucedido, que na sua opinião passam basicamente pelos serviços de saúde e sociais, características pessoais, comportamentais e sociais, meio físico e factores de ordem económica.

Ao analisarem-se as perspectivas dos diversos autores, conclui-se que há uma tendência para sobrevalorizar as questões relacionadas com a saúde, todavia, Ramos (2001) afirma que:

quando se investiga o modo como as pessoas avaliam a sua própria situação, em termos de aspectos positivos e negativos da sua vida quotidiana, constata-se que, não obstante a saúde ser um factor importante, o que mais conta são as relações com os outros, o modo como usam o seu tempo e as emoções positivas que podem levá-las a aceitar os lados negativos da sua saúde e a suportar os eventuais efeitos molestos dos tratamentos (p. 228).

Apesar dos autores terem diferentes abordagens no que respeita à qualidade de vida do ponto de vista gerontológico, verifica-se a existência de muitos aspectos comuns, sendo também consensual que a avaliação da qualidade de vida da população idosa é de grande importância, uma vez que possibilita o estudo e a implementação de alternativas de intervenção, que têm como objectivo primordial, a promoção do bem-estar desta população alvo (Santos *et al.*, 2002).

Sousa (2005) partilha desta opinião ao afirmar que “o envelhecimento populacional exige a caracterização da qualidade de vida e bem-estar dos idosos, do ponto de vista dos próprios, para que cada vez mais se dinamizem medidas adequadas a esta população” (p. 1).

Independentemente dos pontos de vista dos diversos autores referenciados, é necessário ter sempre presente que para perceber o envelhecimento e as questões inerentes à qualidade de vida dos idosos, dever-se-á proceder a uma abordagem multidisciplinar.

“Para se envelhecer com qualidade é preciso ser criativo, responder às pressões do ambiente mobilizando os recursos adequados, numa luta interna com o corpo e externa com a sociedade” (Hortelão, 2004, p. 122).

É também fundamental “ter sempre em mente que é a vontade de viver que dá qualidade de vida ao que se vive” (Cassou, 2001, p. 238) pelo que, o facto de manter uma atitude positiva, aceitando o que sofre e valorizando sobretudo aquilo de que ainda desfruta, faz a diferença na qualidade de vida do idoso (Ramos, 2001).

A qualidade de vida dos idosos não está somente dependente do passado, ainda que este tenha sido bastante positivo, depende principalmente do presente e de um horizonte de futuro mesmo que limitado (Hortelão, 2004).

A associação entre a qualidade de vida e o envelhecimento constitui então um aspecto que na nossa sociedade, adquire uma importância cada vez maior, pelo que este factor assume-se como um dos principais indicadores que se deve ter em atenção aquando da avaliação da condição de vida de um idoso (Castellón & Pino, 2003).

A avaliação da qualidade de vida dos idosos assume também elevada importância, uma vez que possibilita a implementação de novas alternativas de intervenção, tanto ao nível de programas comunitários, como de políticas sociais, tendo por objectivo a promoção do bem-estar do idoso (Santos *et al.*, 2002).

Sousa (2005) reforça estas ideias ao referir que “o envelhecimento populacional exige a caracterização da qualidade de vida e bem-estar dos idosos, do ponto de vista dos próprios, para que cada vez mais se dinamizem medidas adequadas a esta população” (p. 1).

Segundo Santos *et al.* (2002), a avaliação da qualidade de vida do idoso passa por diversos critérios, nomeadamente biológicos, psicológicos, socioculturais, uma vez que para as pessoas desta faixa etária existem uma série de indicadores dos quais se destacam a saúde física, mental, controlo cognitivo, independência, continuidade na representação de papéis familiares e de outras relações informais.

Segundo Paschoal (2002, citado por Silva, J., 2009), “como o envelhecimento é uma experiência heterogênea, cada indivíduo pautará sua vida de acordo com padrões, normas, expectativas, desejos, valores e princípios diferentes. Há, assim, necessidade de instrumentos multidimensionais, sensíveis à especificidade dessa população” (p. 168).

Neste âmbito, refere que existem relativamente poucos instrumentos específicos para a avaliação da qualidade de vida dos idosos. O autor faz referência a sete desses instrumentos, nomeadamente: “Life Satisfaction Index; Katz Index; Multilevel Assessment Instrument; Philadelphia Geriatric Center Morale Scale; OARS Multidimensional Functional Assessment Questionnaire; Memorial University of Newfoundland Scale of Happiness; Geriatric Quality of Life Questionnaire” (Paschoal, 2002, citado por Silva, J., 2009, p. 167).

Em nova revisão de literatura, Paschoal (2000) encontrou outros três instrumentos para avaliação da qualidade de vida de idosos, nomeadamente, The Memorial University of Newfoundland Scale of Happiness – MUNSH, The Comprehensive Older Person’s Evaluation – COPE e o Geriatric Quality of Life Questionnaire.

Em suma, poderá dizer-se que a avaliação da qualidade de vida dos idosos implica, o conhecimento e a compreensão dos aspectos que nela interferem, o que possibilitará a definição de um ou vários padrões de qualidade de vida para esta faixa etária da população, permitindo desenvolver medidas de intervenção preventivas e optimizadas de envelhecimento bem-sucedido (Paúl, Fonseca, Martin & Amado, 2005).

4.3) Envelhecimento Activo Enquanto Factor Promotor da Qualidade de Vida

Nos dias que correm, envelhecer com autonomia, independência e qualidade constitui um dos grandes desafios que se impõe às sociedades, uma vez que nos deparamos com um grupo cada vez maior de idosos fora do mercado de trabalho e com uma esperança média de vida que tende a aumentar.

“O envelhecimento não é um problema, mas uma parte natural do ciclo de vida, sendo desejável que constitua uma oportunidade para viver de forma saudável e autónoma o mais tempo possível” (DGS, 2004, p. 3). Para que o envelhecimento seja de qualidade, deverá ser acompanhado de oportunidades permanentes de saúde, segurança e participação social (Paúl, 2005a). Neste sentido, envelhecer activamente é uma alternativa possível e desejável à perspectiva de envelhecimento associado à incapacidade e dependência.

O “envelhecimento activo”, termo adoptado pela OMS no final dos anos 90, define-se como um processo de optimização de oportunidades para a saúde, participação e segurança, no sentido de aumentar a qualidade de vida durante o envelhecimento. O envelhecimento activo integra os vários domínios da vida pessoal e social, contrariando a tendência para uma visão redutora, direccionada unicamente para a vertente da empregabilidade (OMS, 2002).

Neste seguimento, a palavra “activo”, traduz-se na participação contínua nas questões sociais, culturais, económicas, espirituais e civis e não apenas na capacidade do indivíduo em permanecer fisicamente activo ou participar no mercado de trabalho. O envelhecimento activo visa assim, a promoção de uma vida saudável e de qualidade a todas as pessoas, inclusivamente as mais frágeis e dependentes (OMS, 2002).

O envelhecimento activo visa a promoção do prolongamento da vida através da participação activa dos idosos nos mais diversos domínios, cultural, político, social e

espiritual (Viegas & Gomes, 2007). Implica autonomia (controlo), independência (nas actividades básicas da vida diária e actividades instrumentais da vida diária), valorização de competências, aumento da qualidade de vida e da saúde e expectativa de vida saudável (Paúl, 2005a).

Em termos de conduta, envelhecer activamente representa optar por estilos de vida saudáveis, que incluam a manutenção de actividade física, participação em actividades de natureza social, económica, cultural, espiritual e / ou cívica, e, eventualmente, o prolongamento da actividade laboral, de acordo com interesses e capacidades do idoso (Botelho, 2005).

Dada a sua importância, o envelhecimento activo deve ser promovido tanto a nível individual, como colectivo. Ao ser fomentado, estaremos a contribuir para que tenhamos mais pessoas com uma melhor qualidade de vida, à medida que envelhecem (OMS, 2002).

Individualmente, o envelhecimento activo pode ser percebido como o conjunto de atitudes e acções que podemos adoptar, no sentido de prevenir ou adiar os contratempos relacionados com o processo de envelhecimento (Meireles, 2008).

As alterações físicas e intelectuais que surgem com o envelhecimento divergem de indivíduo para indivíduo e dependem de características genéticas e hábitos adoptados no percurso de vida. É fundamental realçar a alimentação saudável, a prática adequada de actividade física, cuidados a nível da hidratação, repouso e exposição moderada ao sol, nunca esquecendo as consultas médicas de rotina (Meireles, 2008).

Ao nível do bem-estar psíquico e intelectual, há também cuidados fundamentais a ter em atenção, nomeadamente, leituras regulares, participação activa na discussão de assuntos quotidianos, em jogos de estimulação cognitiva, em eventos de associativismo, manutenção de actividades de lazer (passeios, visitas, voluntariado...), entre outros (Meireles, 2008).

A abordagem do envelhecimento activo fundamenta-se no reconhecimento dos direitos humanos dos idosos e nos princípios de independência, participação, dignidade, assistência e auto-realização determinados pela ONU (OMS, 2002). Deste modo, deixa-se de ter um enfoque baseado nas necessidades dos idosos (que os considera como alvos passivos), passando-se a assumir uma abordagem baseada nos seus direitos. Abordagem esta, que apoia a responsabilidade dos mais velhos no exercício da sua participação activa em todos os aspectos da vida comunitária (OMS, 2002).

O envelhecimento activo é um processo que diz respeito a todos os indivíduos e uma tarefa que deverá acompanhar o percurso de vida de cada um (Paúl, 2005a). Porém, o investimento individual dos idosos e das suas famílias, carece obviamente de medidas que lhes permitam manterem-se saudáveis e activas (OMS, 2002).

Para tal, a sociedade deverá assumir a responsabilidade de desenvolver espaços e equipamentos sociais diversificados, seguros e acessíveis às pessoas idosas, de forma a garantir e fomentar a sua participação cívica (Paúl, 2005a).

De forma a responder a esta necessidade, têm surgido, nos últimos tempos, diversas respostas sociais para a população idosa, acompanhadas de uma nova ideologia de envelhecimento activo. As universidades séniores, o turismo sénior, a criação de equipamentos colectivos, são alguns dos exemplos que têm emergido no seguimento desta preocupação com os mais velhos.

Neste âmbito podemos realçar também os centros comunitários, uma vez que as actividades e respostas diversificadas existentes nestas estruturas de apoio formal são um exemplo claro de envelhecimento activo (Bonfim *et al.*, 2000).

Actualmente, apesar da situação do idoso estar ainda longe do ideal, já se tem vindo a instalar um novo olhar sobre a pessoa idosa, pelo que já se verificam alterações muito significativas ao nível da intervenção, das mentalidades e do suporte social para os

idosos. Os idosos começam a ser vistos sob outro prisma, passando a ser considerados como qualquer outra pessoa, digna de direitos, expectativas e ambições e não apenas como um ser humano frágil muitas das vezes, única e exclusivamente à espera da morte. Felizmente, a pessoa idosa é cada vez mais encarada como um ser humano que tem o direito de viver num ambiente saudável e envelhecer com qualidade.

As suas capacidades deverão assim continuar a ser reconhecidas e estimuladas, de forma a serem aproveitados os seus conhecimentos, vivências e experiência. O facto dos idosos continuarem a ter objectivos de vida, por mais simples que sejam, poderá conduzir a um bem-estar psicológico, permitindo a melhoria da sua qualidade de vida, com autonomia, participação e integração na família e sociedade (Ribeirinho, 2005).

Neste sentido, é necessário continuar a intervir prevenindo os problemas pessoais e sociais decorrentes do envelhecimento, estimulando os idosos e fomentando o envolvimento activo com a vida e o equilíbrio psico-afectivo, de forma a minimizar os problemas de saúde, diminuir a incapacidade funcional e aumentar a qualidade de vida desta faixa tão significativa da população.

CAPÍTULO II

METODOLOGIA

Ao longo deste capítulo faz-se uma descrição da metodologia utilizada nas diferentes etapas do estudo empírico. Deste modo, inicia-se com as questões de investigação, o tipo de estudo, os objectivos que norteiam a investigação, população e amostra, critérios de inclusão, instrumentos de colheita de dados, variáveis, procedimentos, considerações éticas e tratamento de dados.

1) Questões de Investigação

A qualidade de vida é um conceito vasto e complexo que requer uma análise pormenorizada de vários aspectos que lhe são inerentes. Com base nesta ideia e atendendo à problemática do envelhecimento formulou-se uma **questão de partida** que orientou este estudo: “Que nível de qualidade de vida possuem os idosos que frequentam os centros comunitários do concelho do Funchal?” Esta questão deu lugar a um conjunto de outras **questões de investigação**, nomeadamente:

- Qual a qualidade de vida dos idosos que frequentam os centros comunitários do Funchal?
- Quais as características da qualidade de vida dos idosos participantes no estudo, de acordo com os domínios: físico, psicológico, relações sociais e meio ambiente?
- Quais os domínios (físico, psicológico, relações sociais e meio ambiente) com maior influencia na qualidade de vida geral dos idosos que frequentam os centros comunitários do Funchal?
- Será que os factores sócio-demográficos (género, idade, estado civil, nível de instrução, coabitação e rendimentos mensais) interferem na qualidade de vida dos idosos que frequentam os centros comunitários do Funchal?

2) Tipo de Estudo

Trata-se de um estudo do tipo quantitativo, transversal, analítico (Fortin, 2000).

3) Objectivos

De acordo com a problemática em questão definiu-se um objectivo geral:

- Determinar o nível de qualidade de vida dos idosos que frequentam os centros comunitários do Funchal.

Tendo em conta o objectivo geral, delinearam-se os seguintes objectivos específicos:

- Conhecer o nível de qualidade de vida geral dos idosos que frequentam os centros comunitários do Funchal;
- Caracterizar a qualidade de vida dos idosos participantes no estudo, de acordo com os domínios: físico, psicológico, relações sociais e meio ambiente;
- Avaliar quais os domínios (físico, psicológico, relações sociais e meio ambiente) com maior influencia na qualidade de vida geral dos idosos que frequentam os centros comunitários do Funchal;
- Analisar as diferenças ao nível da qualidade de vida dos idosos que frequentam os centros comunitários do Funchal de acordo com o género, idade, estado civil, nível de instrução, coabitação e rendimentos auferidos mensalmente.

4) População e Amostra

A **População** desta investigação foi constituída por todos os idosos que frequentavam os centros comunitários do concelho do Funchal em Janeiro de 2011, no total de 1138 idosos. Destes, 890 eram do género feminino e 248, do género masculino.

O estudo foi realizado com uma **amostra** definida aleatoriamente, utilizando-se a técnica de amostragem probabilística (Ferreira & Carmo, 1998). A amostra foi extraída de uma base de dados onde constavam os nomes dos 1138 idosos, tendo-se utilizado o programa informático Excell, versão 2007, função *ALEATÓRIOENTRE* com codificação de todos os idosos.

A amostra em estudo foi constituída por 168 idosos. Este valor corresponde a 14,8% da população alvo e é representativo desta mesma população com um erro máximo de 7% para um grau de confiança de 95%, de acordo com as orientações para o cálculo de amostra de Gil (1999) (anexo I).

5) Critérios de Inclusão

Neste estudo foram incluídos todos os idosos que frequentavam os centros comunitários do Funchal em Janeiro de 2011; com idade igual ou superior a 65 anos; com capacidade para entender e responder às questões e que consentissem participar de forma voluntária no estudo.

6) Instrumentos de Colheita de Dados

A selecção dos instrumentos de colheita de dados obedeceu à sua especificidade e adequação aos objectivos do estudo.

Neste sentido, foi aplicado um formulário composto por duas partes (anexo II).

Numa primeira parte e com o objectivo de aferir os dados necessários à caracterização sócio-demográfica da amostra, procedeu-se à aplicação de um questionário que foi construído especificamente para este estudo, tendo por base variáveis sócio-demográficas, nomeadamente: idade, género, estado civil, nível de escolaridade, coabitação, fonte de rendimentos e valor dos rendimentos mensais fixos.

Posteriormente, para aferição da qualidade de vida dos idosos e após pesquisa de instrumentos validados para Portugal, que avaliassem esta variável, optou-se pelo instrumento de medida de Qualidade de Vida da OMS – WHOQOL-Bref (Escala da OMS, 1998, adaptada à população portuguesa por Canavarro *et al.*, 2006).

O WHOQOL-Bref trata-se da versão abreviada do WHOQOL-100 e destina-se à avaliação da qualidade de vida de acordo com a definição deste construto apresentada pela OMS.

Tanto o WHOQOL-100, como a sua versão abreviada apresentaram boas características psicométricas (Canavarro *et al.*, 2006; Vaz Serra *et al.*, 2006).

O WHOQOL-Bref é composto por 26 questões. Duas são de carácter geral, uma sobre a avaliação global da qualidade de vida e outra sobre a satisfação com a saúde. As duas juntas compõem a faceta geral de qualidade de vida (Canavarro *et al.*, 2006; Fleck, 2006; Vaz Serra *et al.*, 2006). As 24 restantes, representam cada um dos 24 itens que compõem o instrumento original, ou seja o WHOQOL-100. As 24 questões estão agrupadas em 4 domínios, sendo estes: Domínio I – Físico; Domínio II – Psicológico; Domínio III – Relações Sociais; Domínio IV – Meio Ambiente (Canavarro *et al.*, 2006; Fleck, 2006; OMS, 1998; Vaz Serra *et al.*, 2006). Este instrumento de avaliação preserva cada uma das 24 facetas do WHOQOL-100, pelo que mantém a abrangência do construto “qualidade de vida” (Canavarro *et al.*, 2006).

Segundo Vaz Serra *et al.* (2006), a sua versão abreviada mostra-se uma alternativa importante nas situações em que o instrumento original é difícil de se aplicar, nomeadamente quando o tempo é limitado, quando se trate de estudos de carácter epidemiológicos e/ou em que se utilizam mais do que um instrumento de avaliação, pois deverá sempre ter-se em conta a minimização do cansaço dos inquiridos.

De acordo com Vaz Serra *et al.* (2006), a versão abreviada do WHOQOL avaliada pelo alfa de Cronbach, apresenta bons valores de consistência interna nos 26 itens ($\alpha = 0,92$). Saliente-se que no presente estudo também se calculou o alfa de Cronbach através do programa estatístico Package Analyses Software (PASW), tendo-se verificado que $\alpha = 0,835$ em todas as questões, confirmando a boa consistência interna do instrumento.

O preenchimento do WHOQOL-Bref apenas exige que o indivíduo tenha capacidade para perceber as questões que o constituem, pelo que se trata de um instrumento de recolha de dados de auto-administração. Porém, em algumas situações, nomeadamente inexistência de escolaridade por parte dos participantes, limitações por razões de saúde, o preenchimento do instrumento poderá ser assistido ou até mesmo administrado pelo investigador. Nesta situação, o investigador deverá ler as instruções do instrumento, as suas questões, os descritores da escala de resposta, e assinalar posteriormente, a opção do participante (Paredes *et al.*, 2008; Pimentel, 2006).

Todas as questões do WHOQOL-Bref estão formuladas numa escala de resposta tipo Likert em que o voluntário indica a sua concordância ou discordância relativamente a cada afirmação, numa escala ordinal de intensidade (nada, pouco, nem muito nem pouco, muito, muitíssimo), de capacidade (nada, pouco, moderadamente, bastante, completamente), de frequência (nunca, poucas vezes, algumas vezes, frequentemente, sempre) e de avaliação (muito insatisfeito, insatisfeito, nem satisfeito nem insatisfeito,

satisfeito, muito satisfeito), pontuada de 1 a 5 (Canavarro *et al.*, 2006; Vaz Serra *et al.*, 2006).

O Centro de Avaliação da Qualidade de Vida para Português Europeu, decidiu transformar os resultados do WHOQOL-Bref numa escala de 0 a 100, à semelhança do instrumento original (Pedroso, Pilatti, Gutierrez, Santos & Picinin, 2011).

Neste sentido, cada domínio do WHOQOL-Bref é calculado através da média dos resultados das questões que o constituem. Posteriormente, a média é multiplicada por 100, para que os resultados dos domínios possam ser comparados com os do WHOQOL-100. A sua interpretação é feita de forma linear, pelo que, resultados mais elevados correspondem a uma melhor qualidade de vida. Os resultados deverão ser sempre analisados tendo em conta as pontuações obtidas nos 4 domínios do WHOQOL-Bref, não havendo uma pontuação total do instrumento. As indicações, sobre a faceta geral de qualidade de vida, são obtidas através dos resultados relativos à percepção geral de qualidade de vida e à percepção geral de saúde (Moreira, Silva & Canavarro, 2008).

Neste estudo, na utilização do WHOQOL-Bref para aferição da qualidade de vida, considerou-se, a literatura, que evidencia boa resposta do instrumento no âmbito da qualidade de vida, o desconhecimento de outro instrumento validado para a população portuguesa com características tão abrangentes e simples de aplicar e a necessidade de se utilizar um instrumento que satisfizesse os objectivos do estudo, não fosse complexo e não exigisse muito tempo na sua aplicação, para não se tornar cansativo, atendendo à população alvo.

7) Variáveis

Seguidamente apresentam-se as **variáveis de caracterização** seleccionadas para este estudo.

- **Idade** – (variável continua, operacionalizada em anos)
- **Género** – (variável nominal, operacionalizada em: Feminino; Masculino);
- **Estado Civil** – (variável nominal, operacionalizada em: Solteira (o); Casada (o); Viúva (o); Separada (o) / Divorciada (o); União de facto);
- **Nível de instrução** – (variável ordinal, operacionalizada em: Não sabe ler nem escrever; Sabe ler e escrever, sem possuir grau de ensino; Até 4 anos de escolaridade; 5 a 10 anos de escolaridade; 11 e mais anos de escolaridade; Bacharelato; Licenciatura; Mestrado; Doutoramento);
- **Coabitação** – (variável nominal, operacionalizada em: Só; Com cônjuge; Com cônjuge e filho (s); Com filhos; Com outros familiares; Outra Situação);
- **Fonte de rendimentos** – (variável nominal, operacionalizada em: Trabalho; Pensão; Apoio de outros; Outra Situação);
- **Valor dos rendimentos mensais fixos** – (variável ordinal, operacionalizada em: [Inferior a 200€]; [200 a 300€]; [300 a 484,50€]; [484,50€ a 500€]; [500€ a 1000€]; [1000€ a 2000€]; [Superior a 2000€].

A qualidade de vida será operacionalizada através da faceta geral de qualidade de vida e dos quatro domínios da escala WHOQOL-Bref descritos de seguida (Vaz Serra *et al.*, 2006):

Qualidade de Vida Geral: Avaliação da qualidade de vida; Satisfação com a saúde.

Domínio Físico: 1. Dor e desconforto; 2. Energia e fadiga; 3. Sono e repouso; 9. Mobilidade; 10. Actividades da vida diária; 11. Dependência de medicação ou de tratamentos; 12. Capacidade de trabalho.

Domínio Psicológico: 4. Sentimentos positivos; 5. Pensamento, aprendizagem, memória e concentração; 6. Auto-estima; 7. Imagem corporal e aparência; 8. Sentimentos negativos; 24. Espiritualidade / religião / crenças pessoais.

Domínio das Relações Sociais: 13. Relações pessoais; 14. Apoio social; 15. Actividade sexual.

Domínio do Ambiente: 16. Segurança física; 17. Ambiente no lar; 18. Recursos económicos; 19. Cuidados de saúde e sociais: disponibilidade e qualidade; 20. Oportunidades para adquirir novas informações e competências; 21. Participação e / ou oportunidades de recreio e lazer; 22. Ambiente físico (poluição, barulho, trânsito, clima); 23. Transporte.

8) Procedimentos

Esta dissertação começou a ser desenvolvida em Setembro de 2010.

Numa primeira fase, as técnicas utilizadas foram a pesquisa, recolha e a análise documental, com o objectivo de se fazer a ruptura com o senso comum e assegurar um estudo fundamentado.

Durante os meses de Setembro e Outubro de 2010 procedeu-se à pesquisa bibliográfica sobre o tema em estudo e conceitos relacionados, definição do tipo de estudo, objectivos, identificação das variáveis a investigar, elaboração do questionário para recolha de dados sócio-demográficos e selecção do instrumento para avaliação da qualidade de vida.

Em Novembro de 2010, formalizou-se via electrónica o pedido para utilização da escala WHOQOL-Bref à Professora Doutora Maria Cristina Canavarro (anexo III), tendo-se também enviado ofício ao Presidente da Câmara do Funchal, solicitando autorização para realização do estudo nos centros comunitários sob alçada da referida autarquia (anexo IV).

Em Janeiro de 2011 e após a obtenção das autorizações aos pedidos supra mencionados (anexos V e VI), contactou-se telefonicamente os responsáveis dos centros comunitários, com o objectivo de agendar reunião com cada um.

As reuniões tiveram lugar no início do mês de Janeiro. O conteúdo das mesmas teve como principal objectivo a apresentação pessoal e do projecto de investigação, objectivos e finalidade, de forma a aferir o número total de idosos que frequentava os centros comunitários naquela data.

Após obtenção das listagens das pessoas que frequentavam os centros comunitários e das respectivas idades (o que ocorreu durante o final do mês de Janeiro e Fevereiro de 2011), foi necessário seleccionar todas aquelas que tinham idade igual ou superior a 65 anos, para definição da população alvo.

Depois da referida selecção, efectuou-se uma base de dados, com codificação de todos os idosos, no programa Excell, versão 2007. Seguidamente foi definida a amostra aleatoriamente, através do referido programa informático (função *ALEATÓRIOENTRE*).

Após definição da amostra, foram contactados telefonicamente os responsáveis pelos centros comunitários de forma a definir a melhor estratégia para conseguir ir ao encontro dos idosos seleccionados para participarem do estudo. Ficou definido que o investigador iria ao encontro dos mesmos, no local onde habitualmente se encontravam a decorrer as actividades em que estavam inscritos.

Para aqueles idosos que não se conseguiram localizar da referida forma, foram estabelecidas listas com os respectivos nomes, datas e horas em que estes deveriam

comparecer nos centros comunitários a fim de serem entrevistados. Os contactos foram estabelecidos pelos responsáveis dos centros comunitários via telefónica, não ultrapassando as duas tentativas por idoso. Foi solicitado que durante o contacto telefónico fosse explicado ao idoso o objectivo e a finalidade do estudo, solicitando assim a sua comparência nas datas e horas previamente definidas. Os idosos com quem não foi possível estabelecer contacto telefónico, ficaram automaticamente excluídos do estudo.

De referir que ficou ainda acordado que os contactos telefónicos deveriam ser efectuados aos utentes com cerca de 2 dias de antecedência da data definida para aplicação do formulário, uma vez que se fossem estabelecidos na véspera, os idosos poderiam não ter disponibilidade para comparecer e pelo contrário, se fossem feitos com muitos dias de antecedência, poderiam esquecer-se.

A colheita de dados realizou-se durante o mês de Março de 2011 nos locais referidos anteriormente, à excepção de duas situações em que houve necessidade do investigador ir ao domicílio dos idosos devido a dificuldades de mobilidade dos mesmos na data definida para a sua entrevista. De referir que, numa das situações, o investigador foi acompanhado pelo responsável do centro comunitário que o idoso frequentava e na outra, foi acompanhado por uma filha do idoso que se dirigiu ao centro na hora agendada para entrevista.

No início de cada entrevista fez-se uma apresentação do investigador e do estudo em causa, objectivos, finalidade, destino dos dados e contribuição dos resultados. Esta breve introdução decorreu de uma forma geral de modo satisfatório, tendo contribuído para o esclarecimento de algumas dúvidas e para uma criação de empatia, o que facilitou a realização da mesma. Após esta explicação solicitou-se a colaboração do idoso, tendo-se garantido o anonimato e a confidencialidade dos dados.

A todos os idosos que aceitaram participar no estudo, foi solicitado que assinassem o “termo de consentimento livre e informado” (anexo VII). Todas as considerações éticas foram cumpridas.

A escala para avaliação da qualidade de vida – WHOQOL-bref é auto-aplicável, todavia, neste estudo, optou-se pela realização de entrevista directa aos participantes, pelo que a aplicação do formulário para recolha de dados foi da responsabilidade do investigador. Saliente-se que os motivos que conduziram a esta escolha prende-se com o facto de muitos idosos serem analfabetos, outros, ainda que com estudos, terem alguma dificuldade na leitura e outros não demonstrarem vontade para ler os questionários.

Para além disso, tentou-se sempre criar um ambiente o mais neutro possível, tendo-se recolhido os dados individualmente com cada participante, para que não houvesse interferência de variáveis estranhas ou falta de privacidade.

Uma vez que os idosos não frequentavam todos os mesmos centros comunitários, as entrevistas foram realizadas em diferentes locais, porém, foram sempre efectuadas em salas que em termos de recursos materiais dispunham de pelo menos uma mesa e duas cadeiras, de modo a que as condições físicas permitissem uma distância aceitável entre as duas pessoas e que se sentissem confortáveis.

Após terem sido colocadas as questões de carácter sócio-demográfico e de forma a aplicar correctamente o instrumento para avaliação da qualidade de vida (WHOQOL-Bref), o investigador leu as instruções, as questões e as respostas, tendo registado as opções seleccionadas pelos participantes.

Os formulários foram aplicados em apenas um encontro com cada idoso, sendo que cada entrevista teve a duração de cerca de trinta minutos.

Desde o início do estudo, efectuou-se a revisão de literatura que suportou esta investigação, nomeadamente, literatura, monografias, dissertações, revistas, artigos, periódicos e realizou-se pesquisa em motores de busca.

Os questionários para avaliação da qualidade de vida foram cotados de acordo com as indicações dos autores (Canavarro *et al.*, 2006). O registo, o tratamento e a análise dos dados recolhidos decorreu entre os meses de Abril e Julho de 2011.

O presente trabalho foi concluído em Setembro de 2011, conforme cronograma (anexo VIII). Na sua redacção cumpriu-se com as regras gerais de citação definidas pela *American Psychiatric Association* (2010), conforme regulamento específico do 2º ciclo do Mestrado em Gerontologia.

9) Considerações Éticas

O ponto de partida da atitude do investigador deste estudo, regeu-se pelo pressuposto de que a maneira de actuar relativamente às outras pessoas baseia-se no reconhecimento do seu valor pleno e no seu direito à decisão livre (Entidade Reguladora de Saúde, 2009).

Deste modo, construiu-se uma declaração, com o intuito de obter, de forma legal, o consentimento dos participantes do estudo – “Termo de Consentimento Livre e Informado”, no qual se encontrava explícita a natureza, os objectivos e a finalidade da investigação, bem como os procedimentos para a recolha de dados, salvaguardando-se deste modo, os interesses dos participantes e garantindo-se o respeito pela dignidade, direitos e liberdades da pessoa humana. Referiu-se também que poderia ser colocada qualquer questão sobre aspectos que os idosos considerassem relevantes, uma vez que todas as dúvidas seriam esclarecidas.

Explicou-se que a participação seria de livre escolha, tendo-se informado igualmente do direito à recusa em participar e do respeito à liberdade de desistência do estudo em qualquer momento, sem que isso acarretasse qualquer consequência. Garantiu-se a privacidade, o anonimato e a confidencialidade dos dados recolhidos.

Todos os voluntários foram informados do direito de acesso aos resultados após a conclusão da investigação, tendo sido fornecido as formas de contacto com o investigador, de modo a permitir o esclarecimento de dúvidas que pudessem surgir posteriormente.

Desta forma, facultaram-se todos os esclarecimentos para que os idosos estivessem em condições de tomar uma decisão livre e informada, considerando-se assim, que foram cumpridos os pressupostos éticos inerentes a uma investigação científica.

10) Tratamento de Dados

Os resultados recolhidos foram editados numa base especificamente criada para o efeito no programa estatístico Package Analyses Software (PASW), versão 18.

O procedimento de pontuação do WHOQOL-Bref foi efectuado informaticamente através do referido programa e de acordo com sua sintaxe (anexo IX). Após a referida pontuação, passou-se ao tratamento dos dados através da análise estatística descritiva, inferencial e correlacional.

Testou-se a normalidade da amostra em estudo através do teste estatístico de *Kolmogorov-Smirnov*^a (Pereira, 2006), tendo-se constatado que a amostra do estudo em causa não segue uma distribuição normal (anexo X), pelo que não se verificaram os pré-requisitos para se poderem utilizar testes paramétricos.

Entre as técnicas estatísticas utilizadas salientam-se as frequências absolutas (n) e relativas (%), a mediana (Me) e a média aritmética (\bar{x}), enquanto medidas de tendência central. Foram ainda utilizadas medidas de dispersão, nomeadamente, o desvio padrão (s), o valor mínimo (x_{\min}) e o valor máximo (x_{\max}). De salientar que embora se apresentem as tabelas com médias e medianas na análise estatística descritiva, no texto escrito, reportam-se sempre aos valores das medianas, pois, tendo em conta que a amostra deste

estudo não segue uma distribuição normal, a mediana assume-se como uma medida mais consistente.

Seguidamente investigou-se a existência de diferenças estatisticamente significativas nos resultados do WHOQOL-Bref (qualidade de vida geral e os quatro domínios) segundo as variáveis sócio-demográficas em estudo. Deste modo, e uma vez que não se tratava de uma amostra com distribuição normal, foram utilizados testes não paramétricos. Para avaliar a associação entre as variáveis, utilizou-se o coeficiente de correlação de *Spearman* (r) e para as diferenças de médias, o teste de *Mann-Whitney* (U) e o *Kruskall-Wallis* ($\chi^2_{KW}(3)$) (Pereira, 2006).

O coeficiente de correlação de *Spearman* (Pereira, 2006), foi também calculado entre os domínios (físico, ambiental, social e psicológico) e a qualidade de vida geral para se avaliar a intensidade e direcção da associação.

Posteriormente procedeu-se à análise de regressão linear simples para averiguar a contribuição de cada um dos domínios na qualidade de vida geral. Para tal, utilizou-se o procedimento *enter*. Saliente-se que as variáveis sócio-demográficas não entraram neste processo, uma vez que não houve diferenças estatisticamente significativas entre estas e a qualidade de vida geral.

Atendendo a que se trata de um estudo social, considerou-se, em todos os testes utilizados, o nível de significância de 0,05.

De salientar ainda que no capítulo referente à apresentação e análise de dados, foram apenas comparadas as categorias das variáveis com representação de pelo menos 10% da amostra do estudo. Quando isto não foi possível devido ao facto dessas categorias não apresentarem essa representatividade, estas foram agrupadas de forma a poderem ser trabalhadas.

CAPÍTULO III

APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DE DADOS

Neste capítulo, apresentam-se e analisam-se os dados obtidos em função dos objectivos propostos para este estudo. Em primeiro lugar, faz-se uma abordagem ao perfil sócio-demográfico dos idosos que fizeram parte da amostra do estudo e posteriormente apresentam-se os dados recolhidos no âmbito da qualidade de vida dos referidos idosos.

1) Caracterização sócio-demográfica da amostra

Os idosos que são objecto deste estudo foram seleccionados dos centros comunitários do Funchal através de uma amostra aleatória, totalizando 168 indivíduos, conforme referido anteriormente.

Contudo, destes idosos, 32 ficaram excluídos do estudo, por diversas razões, nomeadamente: 1 encontrava-se ausente da RAM na data que foi estabelecido contacto; 1 tinha falecido; 2 encontravam-se doentes; 1 tinha mudado de residência; 2 desistiram durante a aplicação do questionário; 3 recusaram participar, 5 não se conseguiram contactar mesmo após as duas tentativas e 17 não compareceram nos centros comunitários na data agendada para realização da entrevista, embora tenham sido informados telefonicamente. Neste sentido, a perda amostral foi de 19,1%, sendo que a amostra definitiva ficou reduzida a 136 idosos.

A sua caracterização sócio-demográfica pode ser observada nas Tabelas 1 a 8. No que respeita ao **género** (tabela 1), a amostra foi constituída por 86,0% de indivíduos do género feminino ($n = 117$) e 14,0% do género masculino ($n = 19$).

Tabela 1. Distribuição da amostra por género

Género	n	%
Feminino	117	86,0
Masculino	19	14,0
Total	136	100,0

Relativamente à **idade**, constata-se conforme é possível verificar na tabela 2 que 73,5% dos indivíduos encontravam-se na faixa etária entre os 65 e 74 anos ($n = 100$), 24,3% na faixa entre os 75 e os 84 anos ($n = 33$) e 2,2% dos indivíduos, na faixa etária dos 85 e mais anos ($n = 3$).

Tabela 2. Distribuição da amostra por grupo etário

Grupo Etário	n	%
[65 – 75[	100	73,5
[75 – 85[	33	24,3
[85 e + anos]	3	2,2
Total	136	100,0

Observa-se ainda, segundo a tabela 3, que o indivíduo mais velho tinha 88 anos, sendo a mediana das idades correspondente a 70,0 anos.

Tabela 3. Estatística descritiva da idade

Idade	N	\bar{x}	Me	s	x_{\min}	x_{\max}
Amostra Total	136	71,4	70,0	$\pm 5,3$	65,0	88,0

No que concerne ao **estado civil** (tabela 4) os dados indicam que 42,6% dos indivíduos eram viúvos ($n = 58$) e 39,7% casados ($n = 54$). Dos restantes indivíduos, 11,0% eram solteiros ($n = 15$), 3,7% separados ou divorciados ($n = 5$) e 2,9% viviam em união de facto ($n = 4$).

Tabela 4. Distribuição da amostra por estado civil

Estado Civil	n	%
Viúva (o)	58	42,6
Casada (o)	54	39,7
Solteira (o)	15	11,0
Separada (o) / Divorciada (o)	5	3,7
União de facto	4	2,9
Total	136	100,0

Relativamente ao **nível de instrução** (Tabela 5), observou-se que 61,8% dos indivíduos frequentou até 4 anos de escolaridade ($n = 84$) e 20,6% não sabiam ler nem escrever ($n = 28$).

Tabela 5. Distribuição da amostra por nível de instrução

Nível De Instrução	n	%
Não sabe ler nem escrever	28	20,6
Sabe ler e escrever, sem possuir grau de ensino	7	5,1
Até 4 anos de escolaridade	84	61,8
5 a 10 anos de escolaridade	12	8,8
Bacharelato	2	1,5
Licenciatura	3	2,2
Total	136	100,0

Quanto à **coabitação** (Tabela 6), verificou-se que, 32,4% dos indivíduos residia só ($n = 44$), 29,4% vivia apenas com o cônjuge ($n = 40$) e 13,2% dos indivíduos residiam com o cônjuge e filhos ($n = 18$). Apenas com filhos moravam 16,9% dos indivíduos ($n = 23$) e 8,1% residiam com outros familiares ($n = 11$).

Tabela 6. Distribuição da amostra por coabitação

Coabitação	n	%
Só	44	32,4
Com Cônjuge	40	29,4
Com Filho (s)	23	16,9
Com Cônjuge e Filho(s)	18	13,2
Com Outros Familiares	11	8,1
Total	136	100,0

No que respeita à **fonte de rendimentos** (Tabela 7), verificou-se que a maioria, ou seja 94,1% dos indivíduos eram reformados ($n = 128$), encontrando-se a usufruir das respectivas pensões de velhice e / ou de sobrevivência (no caso dos viúvos).

Tabela 7. Distribuição da amostra por fonte de rendimentos

Fonte De Rendimentos	n	%
Pensão	128	94,1
Trabalho	5	3,7
Apoio de outros	3	2,2
Total	136	100,0

Relativamente ao **valor dos rendimentos mensais** (Tabela 8), 34,6% dos indivíduos (n = 47) tinham rendimentos fixos situados entre os [300€ e 484,50€[. Seguidamente e com rendimentos situados entre os [200€ a 300€[, encontravam-se 24,3% dos indivíduos (n = 33).

Tabela 8. Distribuição da amostra por valor dos rendimentos mensais

Valor Dos Rendimentos Mensais	n	%
Inferior a 200€	10	7,4
[200€ a 300€[	33	24,3
[300€ a 484,50€[	47	34,6
[484,50 a 500€[	6	4,4
[500€ a 1000€[	24	17,6
[1000€ a 2000€[	9	6,6
Superior a 2000€	1	0,7
Não respondeu	6	4,4
Total	136	100,0

1) Avaliação da qualidade de vida dos idosos através do WHOQOL-Bref

Neste ponto do trabalho, apresentam-se os resultados obtidos através da aplicação da escala WHOQOL-Bref (Escala da OMS, 1998, adaptada à população portuguesa por Canavarro *et. al.*, 2006). De salientar que nesta parte do trabalho segue-se a ordem dos objectivos específicos propostos para este estudo.

2.1) Qualidade de vida geral dos idosos que frequentam os centros comunitários do Funchal

A tabela 9 mostra-nos a mediana obtida na faceta geral de qualidade de vida da escala de aferição da qualidade de vida da OMS – WHOQOL-Bref. Deste modo, a partir da análise da referida tabela, podemos constatar que o resultado da faceta geral de qualidade de vida foi $Me = 62,7$.

Tabela 9. Estatística descritiva da faceta geral de qualidade de vida

Indicadores da QV	N	\bar{x}	Me	s	x_{\min}	x_{\max}
Faceta Geral QV	136	63,6	62,7	$\pm 18,2$	0,0	100,0

Atendendo à importância dos itens avaliados na faceta geral de qualidade de vida (avaliação da qualidade de vida e satisfação com a saúde), considerou-se pertinente fazer uma análise de frequências para estes dois itens, que se apresenta nas tabelas 10 e 11.

Deste modo, através da tabela 10, constata-se que mais de metade da amostra em estudo, ou seja, 59,5% ($n = 81$), avaliou de forma positiva a sua qualidade de vida. Saliente-se ainda que 28,7% dos indivíduos ($n = 39$) colocou-se numa posição intermédia, afirmando que a sua qualidade de vida “não é boa, nem má”.

A qualidade de vida foi, porém, avaliada de forma negativa por 11,8% dos indivíduos em estudo ($n = 16$).

Tabela 10. Avaliação dos idosos relativamente à qualidade de vida

Avaliação Da Qualidade De Vida	n	%
Avaliação negativa da QV	16	11,8
QV nem boa, nem má	39	28,7
Avaliação positiva da AV	81	59,5
Total	36	100,0

Analisando a tabela 11, que se reporta a avaliação dos indivíduos relativamente à sua saúde, constata-se que a maioria destes, ou seja, 52,2% fez uma avaliação positiva da sua saúde ($n = 71$). Tal como na avaliação da qualidade de vida, há uma percentagem significativa de indivíduos (39,7%; $n = 54$), que “não se sentem satisfeitos, nem insatisfeitos” com a sua saúde.

Do total da amostra, houve também indivíduos que fizeram uma avaliação negativa da sua saúde (8,1%; $n = 11$).

Tabela 11. Avaliação dos idosos relativamente à saúde

Satisfação Com A Saúde	n	%
Avaliação negativa da saúde	11	8,1
Nem satisfeito, nem insatisfeito	54	39,7
Avaliação positiva da saúde	71	52,2
Total	136	100,0

2.2) Qualidade de vida dos idosos participantes no estudo, de acordo com os domínios: físico, psicológico, relações sociais e meio ambiente

Através da tabela 12 podemos observar as medianas obtidas nos quatro domínios da escala de aferição da qualidade de vida da OMS – WHOQOL-Bref. Deste modo, constata-se que o domínio em que os indivíduos apresentaram uma mediana mais elevada foi o das relações sociais (Me = 70,8), seguindo-se o domínio psicológico (Me = 66,7).

Pelo contrário, aquele em que os resultados demonstram uma mediana inferior foi o domínio físico (Me = 64,3) embora o domínio referente ao meio ambiente apresente também valores muito próximos deste (Me = 65,6).

Analisando os resultados das medianas alcançadas nos diferentes domínios, podemos ainda verificar que, não obstante os dois domínios referidos anteriormente terem valores inferiores ao domínio das relações sociais e ao domínio psicológico, os resultados no seu geral não são muito díspares, o que demonstra certa homogeneidade entre os aspectos analisados.

Tabela 12. Estatística descritiva dos domínios da qualidade de vida

Indicadores da QV	n	\bar{x}	Me	s	x_{\min}	x_{\max}
Domínio Físico	136	62,3	64,3	± 11,3	32,1	89,3
Domínio Psicológico	136	66,7	66,7	± 10,1	41,7	87,5
Relações Sociais	136	70,3	70,8	± 12,6	16,7	100,0
Meio Ambiente	136	63,1	65,6	± 11,2	28,1	90,6

2.3) Influência dos domínios (físico, psicológico, relações sociais e meio ambiente) na qualidade de vida geral dos idosos que frequentam os centros comunitários do Funchal

Verificou-se a correlação de *Spearman* entre os quatro domínios (físico, psicológico, relações sociais e ambiental) e a faceta geral de qualidade de vida. Através da análise da tabela 13, constata-se que todos os domínios se correlacionaram de forma altamente significativa com a faceta geral de qualidade de vida.

Tabela 13. Coeficiente de correlação entre os diferentes domínios e a faceta geral de qualidade de vida

Faceta Geral QV	Domínios							
	Físico		Psicológico		Rel. Sociais		Ambiente	
	r	p	r	p	r	p	r	p
	0,463	0,0001*	0,387	0,0001*	0,346	0,0001*	0,439	0,0001*

r = Coeficiente de correlação de *Spearman*; * Diferença estatística altamente significativa ($p < 0,001$).

De forma a determinar a contribuição de cada domínio na faceta geral de qualidade de vida, efectuou-se uma análise de regressão linear simples, tendo-se utilizado o método *enter*. As variáveis consideradas foram apenas os domínios, uma vez que não houve diferenças significativas entre a qualidade de vida geral e as variáveis sócio-demográficas.

Da análise da tabela 14, conclui-se que os quatros domínios (físico, psicológico, social e ambiental), juntos explicaram 94,4% da qualidade de vida geral.

O domínio que teve maior contribuição para a qualidade de vida geral foi o físico (31,6%), seguido do ambiental (28,7%), das relações sociais (17,9%) e finalmente o domínio psicológico (16,1%).

Tabela 14. Análise de regressão linear entre os domínios e a faceta geral de qualidade de vida

Domínios	Qualidade de vida geral em %*
	R^2 %
Físico	31,6
Psicológico	16,1
Relações Sociais	17,9
Ambiental	28,7
R^2 %	94,4

* Variável dependente.

2.4) Diferenças ao nível da qualidade de vida dos idosos que frequentam os centros comunitários do Funchal de acordo com o género, idade, estado civil, nível de instrução, coabitação e rendimentos auferidos mensalmente

Após os resultados alcançados nos indicadores de qualidade de vida da escala WHOQOL-Bref (faceta geral de qualidade de vida e os quatro domínios), investigou-se a existência de diferenças estatisticamente significativas entre estes e as variáveis sócio-demográficas, as quais passamos a analisar.

Através da tabela 15, constata-se que os indivíduos, de acordo com o género não apresentam diferenças estatisticamente significativas ao nível da faceta geral de qualidade de vida ($U = 1032,0$; $p = 0,612$), do domínio físico ($U = 897,5$; $p = 0,179$), psicológico ($U = 970,5$; $p = 0,376$) e ambiental ($U = 807,0$; $p = 0,054$).

Contudo, verificam-se diferenças estatísticas muito significativas ao nível do domínio das relações sociais ($U = 704,0$; $p = 0,008$), com os indivíduos do género masculino a apresentarem melhor média ($\bar{x} = 77,2$; $s \pm 10,0$), comparativamente aos do género feminino ($\bar{x} = 69,2$; $s \pm 12,6$).

Ainda na tabela 15, constata-se que em todos os domínios da escala WHOQOL-Bref, a qualidade de vida dos indivíduos do género masculino (MR= 79,8 no

domínio físico; MR = 76,0 no domínio psicológico; MR = 90,0 no domínio das relações sociais e MR = 84,5 no domínio ambiental) é superior à dos indivíduos do género feminino (MR= 66,7 no domínio físico; MR = 67,3 no domínio psicológico; MR = 65,0 no domínio das relações sociais e MR = 65,9 no domínio ambiental), embora as diferenças existentes não sejam estatisticamente significativas.

Tabela 15. Influência do género na qualidade de vida dos idosos

Indicadores da QV	Género	n	\bar{x}	Me	s	MR	U	Z	p
Faceta Geral QV	Masculino	19	62,5	62,5	$\pm 17,2$	64,3	1032,0	-1,351	0,612
	Feminino	117	63,8	62,5	$\pm 18,5$	69,2			
D. Físico	Masculino	19	65,0	67,9	$\pm 11,1$	79,8	897,5	-1,351	0,179
	Feminino	117	61,8	60,7	$\pm 11,3$	66,7			
D. Psicológico	Masculino	19	68,4	70,8	$\pm 11,0$	76,0	970,5	-0,893	0,376
	Feminino	117	66,4	66,7	$\pm 10,0$	67,3			
D. Rel. Sociais	Masculino	19	77,2	75,0	$\pm 10,0$	90,0	704,0	-2,629	0,008*
	Feminino	117	69,2	66,7	$\pm 12,6$	65,0			
D. Ambiente	Masculino	19	67,3	68,8	$\pm 10,6$	84,5	807,0	-1,922	0,054
	Feminino	117	62,5	62,5	$\pm 11,2$	65,9			

* Diferença estatística muito significativa ($p < 0,01$); MR = Mean Rank; U = Teste Mann-Whitney.

Mediante a análise da tabela 16, observa-se que não existe correlação entre a idade e a faceta geral de qualidade de vida ($p = 0,156$).

Constata-se ainda que, com o aumento da idade, diminui a qualidade de vida nos domínios físico ($r = - 0,058$), psicológico ($r = - 0,027$), das relações sociais ($r = - 0,093$) e ambiental ($r = - 0,021$), muito embora esta correlação não seja estatisticamente significativa.

Tabela 16. Influência da idade na qualidade de vida dos idosos

Idade	Indicadores da QV									
	Faceta Geral QV		Físico		Psicológico		Rel. Sociais		Ambiente	
	r	p	r	p	r	p	r	p	r	p
	0,122	0,156	- 0,058	0,500	- 0,027	0,752	- 0,093	0,281	- 0,021	0,810

r = Coeficiente de correlação de Spearman.

A tabela 17 representa a influência do estado civil na qualidade de vida dos indivíduos. O estado civil apresenta-se dividido em “viúvo”, “casado” e “solteiro”, por se tratarem dos 3 estados civis mais comuns na amostra em estudo (no seu conjunto representaram 93,4% dos indivíduos em estudo). De referir que não foram tidos em conta os estados civis “separada(o) / divorciada(o)” e a “união de facto”, pois tratavam-se de categorias que não eram representativas de pelo menos 10% da amostra em estudo.

Através da mesma tabela, constata-se que não houve diferenças estatisticamente significativas entre o estado civil e a faceta geral de qualidade de vida ($\chi^2_{KW}(3) = 5,054$; $p = 0,080$). O mesmo aconteceu relativamente ao domínio físico ($\chi^2_{KW}(3) = 0,091$; $p = 0,955$), psicológico ($\chi^2_{KW}(3) = 2,322$; $p = 0,313$) e ambiental ($\chi^2_{KW}(3) = 0,760$; $p = 0,684$).

Porém, verificam-se diferenças estatisticamente significativas ao nível do domínio das relações sociais ($\chi^2_{KW}(3) = 7,427$; $p = 0,024$). Essas diferenças ocorreram entre os indivíduos casados e os viúvos ($p = 0,02$), sendo que os casados apresentaram melhor média de qualidade de vida neste domínio ($\bar{x} = 73,5$; $s \pm 13,5$), comparativamente aos indivíduos viúvos ($\bar{x} = 68,9$; $s \pm 11,9$).

Tabela 17. Influência do estado civil na qualidade de vida dos idosos

Indicadores da QV	Estado Civil	n	\bar{x}	Me	s	MR	$\chi^2_{KW}(3)$	p
Faceta Geral QV	Viúvo	58	67,5	68,8	$\pm 17,4$	71,6	5,054	0,080
	Casado	54	61,8	62,5	$\pm 17,8$	58,6		
	Solteiro	15	57,5	62,5	$\pm 23,1$	53,8		
D. Físico	Viúvo	58	62,4	62,5	$\pm 11,5$	63,4	0,091	0,955
	Casado	54	62,8	64,3	$\pm 12,1$	62,1		
	Solteiro	15	61,9	64,3	$\pm 9,0$	63,4		
D. Psicológico	Viúvo	58	65,4	64,6	$\pm 11,6$	58,9	2,322	0,313
	Casado	54	68,6	68,8	$\pm 9,3$	69,4		
	Solteiro	15	67,5	66,7	$\pm 7,1$	64,5		
D. Rel. Sociais	Viúvo	58	68,9	66,7	$\pm 11,9$	55,5	7,427	0,024*
	Casado	54	73,5	75,0	$\pm 13,5$	73,8		
	Solteiro	15	71,1	66,7	$\pm 8,8$	61,7		
D. Ambiente	Viúvo	58	62,6	62,5	$\pm 11,0$	61,1	0,760	0,684
	Casado	54	63,6	63,6	$\pm 12,4$	65,7		
	Solteiro	15	65,2	65,6	$\pm 8,6$	69,0		

* Diferença estatisticamente significativa ($p < 0,05$); $\chi^2_{KW}(3)$ = Teste *Kruskal-Wallis*.

A tabela 18 representa a influência do nível de instrução na qualidade de vida dos indivíduos. O nível de instrução apresenta-se dividido em “indivíduos sem escolaridade”, onde se incluíram os que não sabem ler nem escrever e sabem ler e escrever, sem possuir grau de ensino; “indivíduos com ensino básico” e “indivíduos com escolaridade superior ao ensino básico”, em que se enquadraram aqueles que possuem 5 a 10 anos de escolaridade, bacharelato e licenciatura.

Analisando a referida tabela, conclui-se que não houve diferenças estatisticamente significativas entre o nível de escolaridade e a faceta geral de qualidade de vida ($\chi^2_{KW}(3) = 1,221$; $p = 0,543$), nem no domínio das relações sociais ($\chi^2_{KW}(3) = 4,012$; $p = 0,135$) e no ambiental ($\chi^2_{KW}(3) = 3,543$; $p = 0,170$).

Contudo, verifica-se a existência de diferenças estatisticamente muito significativas no domínio físico ($\chi^2_{KW}(3) = 12,740$; $p = 0,002$).

Essas diferenças ocorrem entre os indivíduos sem escolaridade e os indivíduos com ensino básico ($p = 0,0001$), sendo que os que possuem o ensino básico apresentaram melhor média de qualidade de vida no âmbito do domínio físico ($\bar{x} = 65,0$; $s \pm 9,6$), comparativamente com os indivíduos analfabetos ($\bar{x} = 56,5$; $s \pm 11,4$).

Já entre o domínio psicológico e o nível de instrução verifica-se a presença de diferenças estatisticamente significativas ($\chi^2_{KW}(3) = 6,528$; $p = 0,038$).

Essas diferenças ocorrem novamente entre os indivíduos sem escolaridade e os indivíduos com ensino básico ($p = 0,036$), sendo que os que possuem o ensino básico apresentaram melhor média de qualidade de vida ao nível do domínio psicológico ($\bar{x} = 67,9$; $s \pm 9,2$), comparativamente aos indivíduos sem quaisquer habilitações ($\bar{x} = 62,9$; $s \pm 9,9$).

Tabela 18. Influência do nível de instrução na qualidade de vida dos idosos

Indicadores da QV	Nível de Instrução	n	\bar{x}	Me	s	MR	$\chi^2_{KW} (3)$	p
Faceta Geral QV	Sem escolaridade	35	60,7	62,5	$\pm 18,5$	62,7	1,221	0,543
	Ensino Básico	84	65,6	62,5	$\pm 15,6$	71,2		
	> Ensino Básico	17	59,6	62,5	$\pm 27,4$	67,2		
D. Físico	Sem escolaridade	35	56,5	57,1	$\pm 11,4$	49,3	12,740	0,002*
	Ensino Básico	84	65,0	66,1	$\pm 9,6$	77,3		
	> Ensino Básico	17	60,7	57,1	$\pm 14,6$	64,8		
D. Psicológico	Sem escolaridade	35	62,9	62,5	$\pm 9,9$	54,0	6,528	0,038**
	Ensino Básico	84	67,9	66,7	$\pm 9,2$	73,1		
	> Ensino Básico	17	68,9	70,8	$\pm 13,0$	75,5		
D. Rel. Sociais	Sem escolaridade	35	66,2	66,7	$\pm 14,0$	58,3	4,012	0,135
	Ensino Básico	84	71,2	75,0	$\pm 11,9$	70,6		
	> Ensino Básico	17	74,5	75,0	$\pm 11,2$	79,0		
D. Ambiente	Sem escolaridade	35	59,0	62,5	$\pm 12,8$	57,9	3,543	0,170
	Ensino Básico	84	64,6	65,6	$\pm 9,3$	71,6		
	> Ensino Básico	17	64,7	65,6	$\pm 14,5$	75,0		

* Diferença estatística muito significativa ($p < 0,01$); ** Diferença estatisticamente significativa ($p < 0,05$); $\chi^2_{KW} (3)$ = Teste *Kruskal-Wallis*.

A tabela 19 representa a influência da coabitação na qualidade de vida dos indivíduos. A coabitação foi dividida em indivíduos que “vivem sós” e indivíduos que “vivem acompanhados”, onde se incluíram os que residem com cônjuge, com cônjuge e filhos, apenas com filhos ou com outros familiares. Pela sua análise, constata-se que não se verificam diferenças estatisticamente significativas entre a coabitação e a faceta geral de qualidade de vida, nem nos restantes domínios.

Tabela 19. Influência da coabitação na qualidade de vida dos idosos

Indicadores da QV	Coabitação	n	\bar{x}	Me	s	MR	U	Z	p
Faceta Geral QV	Só	44	65,9	68,8	$\pm 20,2$	74,9	1744,0	-1,337	0,182
	Acompanhado	92	62,5	62,5	$\pm 17,2$	65,5			
D. Físico	Só	44	64,4	64,3	$\pm 11,0$	73,2	1817,0	-0,968	0,335
	Acompanhado	92	61,7	60,7	$\pm 11,5$	66,3			
D. Psicológico	Só	44	66,9	66,7	$\pm 10,6$	67,6	1983,0	-0,190	0,851
	Acompanhado	92	66,6	66,7	$\pm 10,0$	69,0			
D. Rel. Sociais	Só	44	69,1	66,7	$\pm 12,7$	65,3	1883,5	-0,672	0,504
	Acompanhado	92	70,9	75,0	$\pm 12,6$	70,0			
D. Ambiente	Só	44	64,6	65,6	$\pm 11,0$	73,1	1821,0	-0,949	0,344
	Acompanhado	92	62,4	62,5	$\pm 11,3$	66,3			

MR = Mean Rank; U = Teste *Mann-Whitney*.

A tabela 20 reporta-se aos indivíduos que vivem acompanhados “com cônjuge”, “com cônjuge e filhos” ou “com filhos”. De referir que não se teve em conta os indivíduos que residiam “com outros familiares”, pois esta categoria não era representativa de pelo menos 10% da amostra em estudo ($n = 11$).

Da análise efectuada à referida tabela, conclui-se pela presença de diferenças estatisticamente significativas no domínio das relações sociais ($\chi^2_{KW}(3) = 8,876$; $p = 0,012$). Essas diferenças verificam-se entre os indivíduos que residem com cônjuge e aqueles que vivem com filhos ($p = 0,035$), sendo que os que residem com cônjuge apresentaram melhor média de qualidade de vida neste domínio ($\bar{x} = 74,0$; $s \pm 11,7$), comparativamente aos que residem com filhos ($\bar{x} = 65,6$; $s \pm 10,2$).

Concluiu-se ainda que não houve diferenças estatisticamente significativas entre a “coabitação com familiares” e a faceta geral de qualidade de vida ($\chi^2_{KW}(3) = 0,643$; $p = 0,725$), nem no domínio físico ($\chi^2_{KW}(3) = 1,271$; $p = 0,530$), psicológico ($\chi^2_{KW}(3) = 1,929$; $p = 0,381$) e ambiental ($\chi^2_{KW}(3) = 1,067$; $p = 0,586$).

Tabela 20. Influência da coabitação com familiares na qualidade de vida dos idosos

Indicadores da QV	Coabitação com familiares	n	\bar{x}	Me	s	MR	$\chi^2_{KW}(3)$	p
Faceta Geral QV	Com cônjuge	40	62,8	62,5	$\pm 18,7$	41,5	0,643	0,725
	Com cônjuge e filhos	18	61,1	62,5	$\pm 15,4$	37,4		
	Com filhos	23	63,0	62,5	$\pm 18,3$	43,0		
D. Físico	Com cônjuge	40	62,7	64,3	$\pm 12,3$	42,1	1,271	0,530
	Com cônjuge e filhos	18	63,3	66,1	$\pm 11,0$	44,3		
	Com filhos	23	60,7	60,7	$\pm 10,7$	36,6		
D. Psicológico	Com cônjuge	40	68,5	66,7	$\pm 9,1$	43,5	1,929	0,381
	Com cônjuge e filhos	18	67,8	70,8	$\pm 10,0$	42,6		
	Com filhos	23	64,7	62,5	$\pm 10,1$	35,3		
D. Rel. Sociais	Com cônjuge	40	74,0	75,0	$\pm 11,7$	46,4	8,876	0,012*
	Com cônjuge e filhos	18	71,8	75,0	$\pm 16,9$	44,2		
	Com filhos	23	65,6	66,7	$\pm 10,2$	29,2		
D. Ambiente	Com cônjuge	40	63,2	65,6	$\pm 12,3$	41,7	1,067	0,586
	Com cônjuge e filhos	18	64,1	67,2	$\pm 12,3$	44,4		
	Com filhos	23	60,9	62,5	$\pm 10,3$	37,1		

* Diferença estatisticamente significativa ($p < 0,05$); $\chi^2_{KW}(3) =$ Teste *Kruskal-Wallis*.

A tabela 21 representa a influência dos rendimentos mensais na qualidade de vida dos indivíduos. Os rendimentos mensais foram categorizados em “inferiores ao salário mínimo regional” ou “iguais ou superiores ao salário mínimo regional”.

Perante a análise da referida tabela, observa-se que os indivíduos não apresentam diferenças estatisticamente significativas ao nível da faceta geral de qualidade de vida ($U = 1476,0$; $p = 0,094$), nem do domínio físico ($U = 1542,5$; $p = 0,193$) e psicológico ($U = 1576,0$; $p = 0,256$).

Porém, verificam-se diferenças estatisticamente significativas ao nível do domínio das relações sociais ($U = 1422,0$; $p = 0,049$), com os indivíduos cujos rendimentos são iguais ou superiores ao salário mínimo regional a apresentarem melhor média de qualidade de vida ($\bar{x} = 74,0$; $s \pm 11,5$), comparativamente aos que usufruem de um rendimento mensal inferior ao valor do salário mínimo regional ($\bar{x} = 68,2$; $s \pm 12,7$).

Constata-se ainda a presença de diferenças muito significativas ao nível do domínio ambiental ($U = 1299,5$; $p = 0,010$), novamente com os indivíduos cujos rendimentos são mais elevados a apresentarem melhor média de qualidade de vida neste domínio ($\bar{x} = 66,9$; $s \pm 12,0$), quando comparados com aqueles cujos rendimentos mensais são inferiores ($\bar{x} = 61,3$; $s \pm 10,7$).

Tabela 21. Influência dos rendimentos mensais na qualidade de vida dos idosos

Indicadores da QV	Rendimentos Mensais	n	\bar{x}	Me	s	MR	U	Z	p
Faceta Geral QV	< salário mínimo regional	90	62,1	62,5	$\pm 16,5$	61,9	1476,0	-1,675	0,094
	\geq salário mínimo regional	40	66,3	75,0	$\pm 22,3$	73,6			
D. Físico	< salário mínimo regional	90	61,2	60,7	$\pm 10,7$	62,6	1542,5	-1,306	0,193
	\geq salário mínimo regional	40	63,9	66,2	$\pm 13,0$	71,9			
D. Psicológico	< salário mínimo regional	90	65,7	66,2	$\pm 9,6$	63,0	1576,0	-1,140	0,256
	\geq salário mínimo regional	40	68,3	68,8	$\pm 11,4$	71,1			
D. Rel. Sociais	< salário mínimo regional	90	68,2	66,7	$\pm 12,7$	61,3	1422,0	-1,962	0,049*
	\geq salário mínimo regional	40	74,0	75,0	$\pm 11,5$	75,0			
D. Ambiente	< salário mínimo regional	90	61,3	62,5	$\pm 10,7$	60,0	1299,5	-2,538	0,010**
	\geq salário mínimo regional	40	66,9	68,8	$\pm 12,0$	78,0			

* Diferença estatisticamente significativa ($p < 0,05$); ** Diferença estatisticamente muito significativa ($p < 0,01$); MR = Mean Rank; U = Teste Mann-Whitney.

CAPÍTULO IV

DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

No capítulo III, apresentaram-se e analisaram-se os dados obtidos a partir do formulário aplicado à amostra de idosos, quer do ponto de vista sócio-demográfico, quer da sua qualidade de vida, procurando salientar os aspectos mais relevantes. De acordo com os objectivos inicialmente propostos, discutem-se agora os resultados obtidos.

Deste modo, à semelhança do capítulo anterior, faz-se primeiramente a discussão dos resultados referentes à caracterização sócio-demográfica dos idosos, passando posteriormente aos resultados obtidos no âmbito da avaliação que os idosos fizeram da sua qualidade de vida.

Sempre que possível, confrontam-se os resultados deste estudo, com os resultados alcançados em estudos anteriormente realizados.

1) Discussão dos resultados da caracterização sócio-demográfica dos idosos

Este estudo permitiu traçar o perfil das pessoas idosas que frequentam os centros comunitários do concelho do Funchal. No que respeita ao **género**, observou-se que da amostra total de idosos, 86,0% eram do género feminino e apenas 14,0% do género masculino.

A proporção de pessoas do género feminino aumenta, quanto mais idoso for o segmento da população, dando lugar à “feminização da velhice”, fenómeno referenciado por vários autores (Instituto de Migraciones y Servicios Sociales, [IMSERSO], 2001; Teixeira, A., Nunes, Freitas, Gonçalves & Teixeira, S., 2010).

A amostra deste estudo segue a tendência, verificando-se, tal como referido, um predomínio de mulheres idosas relativamente aos homens da mesma faixa etária. Diversos estudos têm demonstrado este facto, tanto ao nível do nosso país (INE, 2003; Paúl *et al.*, 2005; Silva, S., 2009; Sousa, Galante & Figueiredo, 2003), como internacionalmente

(Braga, Casella, Campos & Paiva, 2011; Camarano, 2003; Joia & Ruiz, 2006; Rosa, Seabra & Santos, 2003).

Este estudo vai também ao encontro dos resultados dos Censos 2001 para a população da RAM, com idade igual ou superior a 65 anos, em que 62,5% era do género feminino e 37,5% do masculino (INE, 2002a). O Funchal não é alheio a este fenómeno, dado que na mesma altura, residiam neste concelho 65,7% de mulheres com idade igual ou superior a 65 anos, para 34,3% de homens (INE, 2002a).

Este aspecto está também associado à maior longevidade feminina, corroborada pelas estimativas do INE de 2008 – 2010 sobre os valores da esperança média de vida para este período, nos quais, as mulheres tinham à nascença uma esperança média de vida de 82,05 anos, sendo que para os homens a esperança de média de vida à nascença era de 76,14 anos, ou seja, praticamente menos 6 anos (INE, 2011).

Por outro lado, são as mulheres idosas, mais do que os homens, que costumam participar em actividades extra-domésticas, promovidas por organizações e movimentos e frequentar cursos, fazer viagens, entre outras actividades que não tiveram oportunidade de fazer no passado (Camarano, 2003).

No que concerne à **idade**, a maioria dos indivíduos (73,5%) situou-se entre a faixa etária dos 65 aos 74 anos, os chamados “idosos jovens” de acordo com a classificação de Fonseca, Paúl, Martín e Amado (2004). Da amostra total de idosos, 24,3% tinha idades compreendidas entre os 75 e os 84 e apenas 2,2% situavam-se na faixa etária dos 85 e mais anos, designados por “muito idosos” (Fonseca *et al.*, 2004). De um modo geral, podemos afirmar que a amostra deste estudo é essencialmente composta por idosos relativamente novos, muitos até poderão ter deixado a vida profissional recentemente e procurado os centros comunitários como forma de ocuparem os seus tempos livres.

Relativamente ao **estado civil**, esperava-se que houvesse um predomínio de pessoas idosas viúvas ou solteiras, porém, o estudo veio a demonstrar que não obstante a percentagem de pessoas viúvas ser de 42,6%, a mesma percentagem foi encontrada em idosos casados ou a viverem maritalmente.

A situação de viuvez de muitas das idosas não causa surpresa, tendo em conta a maior longevidade feminina anteriormente referenciada que acarreta a perda do cônjuge. No que toca à percentagem igualmente significativa de idosos casados ou a residirem em união de facto, a mesma poderá ser justificada, conforme já mencionado, pelo facto da amostra ser essencialmente constituída por “idosos jovens” (Fonseca *et al.*, 2004).

No que concerne à **escolaridade**, 61,8% de idosos possuem apenas o 1º ciclo do ensino básico e 25,7% são analfabetos, o que vem reforçar os resultados obtidos em outros estudos no país com esta faixa etária (INE, 2002b; Paúl *et al.*, 2005; Sousa *et al.*, 2003).

Estes resultados vão também no sentido dos encontrados por Fragoeiro (2008), num estudo desenvolvido no âmbito da saúde mental das pessoas idosas da RAM, em que 38,9% eram analfabetas. Gouveia (2008) no seu estudo de caracterização dos idosos na RAM, também concluiu pela baixa escolaridade destes, visto que 28,8% dos idosos eram analfabetos, 18,8% possuía o ensino básico incompleto e 43,8%, o ensino básico completo.

O analfabetismo e a baixa escolaridade são mencionados como um problema grave da sociedade portuguesa. De acordo com o inquérito ao emprego feito pelo INE em 2001, 55,1% da população idosa portuguesa não possuía qualquer nível de instrução, enquadrando-se no nível 0 do ISCED (categoria da *International Standard Classification of Education* utilizada pelas Nações Unidas), seguido de 37,0% no nível 1 (INE, 2002b). De salientar que o nível 0 corresponde à educação pré-escolar e à inexistência de escolaridade e o nível 1, integra o 1º e 2º ciclos do ensino básico (ONU, 1997).

Ainda segundo o INE, também a nível Regional, das 33578 pessoas com idade igual ou superior a 65 anos, 47,0% encontravam-se no nível 0 de escolaridade, o que corresponde a 16025 idosos analfabetos (INE, 2002a).

Efectivamente, os resultados obtidos a este nível, não causam surpresa, pois de certa forma reflectem o tecido social e a cultura portuguesa dos anos 30 e 40, em que muitas pessoas não tinham acesso à escolaridade, pelo contrário, o ensino era restrito a segmentos da sociedade específicos, nos quais a maior parte dos idosos em estudo não estavam integrados. No caso concreto das mulheres, o seu papel centrava-se sobretudo nas tarefas domésticas e no cuidado aos filhos ou a elementos mais velhos da família. Por consequência, não era dada prioridade à instrução escolar.

Ao nível da **coabitação**, concluiu-se que da amostra total de idosos, 67,6% vivem acompanhados e que os restantes 32,4% residem sós. Dos idosos que não vivem sós, 42,6% residem com o cônjuge, sendo que destes, 13,2% para além de residirem com o cônjuge também possuem filhos no agregado familiar. Resultados semelhantes foram encontrados por Sousa *et al.* (2003), no seu estudo exploratório com idosos portugueses no âmbito da qualidade de vida e bem-estar, em que 65,9% dos idosos moravam com a família e 21,2% viviam sós.

Segundo o inquérito ao emprego feito pelo INE em 2001, 81,0% dos indivíduos portugueses encontravam-se “inactivos”, estando a maioria em situação de reforma (INE, 2002b), à semelhança da amostra deste estudo em que 94,1% dos idosos eram pensionistas, sendo esta a sua principal **fonte de rendimentos**.

Fonseca *et al.* (2004), num estudo com idosos de uma aldeia do interior de Portugal, também concluíram que na sua generalidade os rendimentos eram oriundos de pensões de reforma.

De referir que os dados deste estudo estão em conformidade com os do censo 2001 na RAM, em que do total de pessoas com 65 e mais anos, ou seja 33578 idosos, 81,7% (27442 idosos) tinham a reforma como fonte de rendimento (INE, 2002a).

Relativamente ao **valor dos rendimentos mensais**, verificou-se que 34,6% dos idosos usufrui um valor de rendimentos que se situa entre os 300,00€ e os 484,50€, havendo uma percentagem igualmente significativa (31,7%) cujas pensões são inferiores a 300,00€. Deste modo, à semelhança do que se passa no resto do país (INE, 2002b), verifica-se que a amostra em estudo possui baixas pensões, uma vez que na sua maioria (66,3%) os idosos recebem um rendimento mensal inferior ao valor do salário mínimo regional (484,50€).

Fragoeiro (2008) no seu estudo realizado com a população idosa madeirense concluiu que 52,9% dos idosos percepcionavam o seu rendimento mensal como fraco e 36,0% como razoável, o que vem de certa forma, reforçar os dados encontrados neste estudo.

De salientar, que regra geral os idosos possuem baixos valores de rendimentos, não só porque os salários que usufruíram na vida activa foram igualmente de baixo valor, mas também porque muitos idosos trabalharam toda a sua vida sem terem feito descontos para a Segurança Social (Martins & Santos, 2008).

2) Discussão dos resultados da avaliação da qualidade de vida dos idosos através do WHOQOL-Bref

Neste ponto, segue-se a metodologia adoptada aquando da apresentação e análise de dados referentes à qualidade de vida dos idosos, mensurada através da escala WHOQOL-Bref. Deste modo, os resultados serão discutidos pela mesma sequência dos objectivos específicos em estudo.

2.1) Qualidade de vida geral dos idosos que frequentam os centros comunitários do Funchal

Um dos objectivos deste trabalho consistia em avaliar a qualidade de vida geral dos idosos que frequentam os centros comunitários do Funchal.

Devido ao desconhecimento de publicações no âmbito da qualidade de vida de idosos da RAM, os resultados obtidos neste estudo ao nível da faceta que avalia a qualidade de vida e a percepção geral de saúde, serão comparados com os resultados do grupo de controlo, provenientes da pesquisa de validação do WHOQOL-Bref em Portugal (Vaz Serra *et al.*, 2006). Relembre-se que resultados mais próximos de 100, significam melhor qualidade de vida (Canavarro *et al.*, 2006).

Da análise realizada aos dados obtidos constatou-se que o resultado da faceta que avalia a qualidade de vida e a percepção geral de saúde foi $Me = 64,29$; $\bar{x} = 63,60$; $s \pm 18,22$. Este valor, situa-se abaixo do valor encontrado por Vaz Serra *et al.* (2006) aquando da validação do WHOQOL-Bref ($\bar{x} = 71,51$; $s \pm 13,30$), o que indica que a população portuguesa em geral possui melhor qualidade de vida global, comparativamente aos idosos que frequentam os centros comunitários do Funchal.

Atendendo à importância dos itens avaliados na faceta geral de qualidade de vida do WHOQOL-Bref faz-se agora uma discussão individual, quer para os resultados obtidos para a percepção geral de saúde, quer para a avaliação da qualidade de vida.

No que concerne à “satisfação com a saúde” concluiu-se que a maioria dos idosos (52,2%) fez uma avaliação positiva da mesma, embora 39,7% se tivessem colocado numa posição intermédia, ao afirmar que não se sentem satisfeitos, nem insatisfeitos com a sua saúde. Mostraram-se insatisfeitos com a saúde 8,1% das pessoas idosas inquiridas.

De acordo com os resultados de um inquérito nacional de 2005 / 2006 sobre a auto-percepção do estado de saúde, da população geral residente na RAM, esta, na sua maioria (52,3%) considerou a sua saúde como sendo “muito boa” ou “boa”, para 37,3% que a definiram como “razoável” e 10,4% como “má” ou “muito má”. A nível nacional, os resultados foram semelhantes, pois maioritariamente (53,2%) das pessoas classificaram a sua saúde como sendo “muito boa” ou “boa”, para 32,8% que a consideraram como “razoável” e 14,1% como “má” ou “muito má” (SRAS, 2009).

Apesar do panorama a nível da população geral quer do continente, quer da RAM ser positivo, Paúl *et al.* (2005) referem que quando se trata dos idosos, há normalmente uma tendência para a sua insatisfação com a saúde, isto porque no estudo levado a cabo pelos referidos autores, sobre a satisfação e qualidade de vida em idosos portugueses, 58,0% da amostra investigada verbalizou insatisfação com a sua saúde.

Embora no presente estudo, muitos idosos tivessem efectivamente mencionado, ao longo das entrevistas, ter problemas de saúde (como por exemplo colesterol elevado, hipertensão, diabetes, entre outros) e estarem a fazer tratamentos através de medicação, considera-se que os resultados positivos ao nível da “satisfação com a saúde” poderão ser reflexo do convívio frequente dos idosos entre si, chegando à conclusão que uns têm os mesmos problemas que outros, e que inclusivamente, há sempre alguém em pior situação,

pelo que ao se sentirem menos sós no que concerne a esta partilha de problemas, é possível que apresentem uma visão mais positiva da sua própria saúde.

A este propósito, Ramos (2003) refere que um idoso pode ter vários problemas de saúde (ser hipertenso, diabético, doente cardíaco), porém, ao fazer um tratamento bem sucedido, se ele mantiver a sua autonomia, estiver integrado socialmente e sentir-se feliz, poderá considerar-se, uma pessoa saudável. Segundo o autor, a saúde das pessoas idosas é resultado do equilíbrio entre as várias dimensões da capacidade funcional, o que não implica necessariamente uma ausência de problemas em todas as dimensões.

Deste modo, embora a grande maioria das pessoas idosas seja portadora de pelo menos, uma doença crónica, isso não significa que estejam limitadas, pelo que podem, com os seus problemas de saúde controlados, fazer uma vida perfeitamente normal e sentirem-se satisfeitos (Ramos *et al.*, 1993, citados por Ramos, 2003).

Ao nível da avaliação da qualidade de vida, os resultados demonstram também que a maioria dos idosos (59,9%), fez uma avaliação positiva da mesma. Estes resultados vão ao encontro de uma investigação levada a cabo por Sousa *et al.* (2003), com idosos portugueses, que também concluiu pela avaliação positiva destes face à sua qualidade de vida. Porém, noutro estudo realizado por Paúl *et al.* (2005), houve uma tendência para uma avaliação menos positiva da qualidade de vida por parte dos idosos, isto porque apenas 27,0% mostrou satisfação com a qualidade de vida para 32,0% que a avaliaram negativamente.

A amostra do presente estudo apresenta vantagens a este nível, comparativamente com a investigação de Paúl *et al.* (2005). Em nosso entender, este resultado poderá ser reflexo de um passado destes idosos marcado por algumas dificuldades. É possível que muitos deles tenham começado a trabalhar muito novos, não tenham tido acesso à escolaridade ou se tiveram foi basicamente limitada ao 1º ciclo, tivessem realizado trabalhos muitas das vezes sem direitos sociais, em que os cuidados de saúde eram

limitados, as condições habitacionais extremamente precárias e a própria alimentação muitas vezes escassa.

Nesta fase da vida em que os filhos já estão criados, em que recebem as suas pensões de velhice (que embora na sua maioria de baixo valor, vão suportando as necessidades do dia-a-dia) e têm oportunidade de frequentar equipamentos sociais que promovem o seu bem-estar, é possível que os idosos estejam satisfeitos com a sua qualidade de vida, aceitando a sua situação actual de forma mais positiva, quando comparada com episódios menos bons que vivenciaram no passado.

Este facto poderá também ser explicado pela maioria destes idosos já se encontrar em situação de reforma. Se é certo que a passagem à reforma poderá não ser vivida de forma positiva por alguns idosos, também não será despropositado pensar-se que com o abandono da vida profissional, o idoso acaba por ter mais disponibilidade de ocupar o seu tempo com actividades que na vida activa lhe despertavam interesse (como por exemplo viajar, conviver, colaborar em causas sociais e humanitárias), porém, por falta de tempo, nunca conseguiu concretizá-las, tendo actualmente essa possibilidade (Fonseca, 2005).

Sobre este tema, Fonseca (2005) no seu estudo no âmbito dos aspectos psicológicos da passagem à reforma, concluiu que para alguns idosos a reforma constitui um “tempo em que se manda no relógio” ou um “tempo de alívio”, mas não necessariamente de descanso, pois muitos idosos entendem esta fase da vida como uma oportunidade para se dedicarem a outros interesses, explorarem novas oportunidades de desenvolvimento de si próprios, ou simplesmente terem mais tempo disponível para estar com a família e os amigos.

Além disso, os idosos que frequentam os centros comunitários do Funchal são normalmente incentivados a participarem em actividades grupais e de convívio, o que também poderá contribuir para estes resultados.

Ferraz e Peixoto (1997), num estudo realizado a idosos que frequentavam centros comunitários concluíram que estes associam a qualidade de vida à convivência social, à

participação em actividades de lazer, físicas e intelectuais, encontrando-se felizes por frequentarem os referidos equipamentos.

Segundo as autoras, o convívio social tem um papel preponderante na qualidade de vida dos idosos, uma vez que promove a sua integração social, fazendo com que se sintam úteis, amados, respeitados e activos (Ferraz & Peixoto, 1997).

A própria OMS propõe o termo “envelhecimento activo” enquanto processo de optimização de oportunidades para a saúde, participação e segurança, no sentido de aumentar a qualidade de vida durante o envelhecimento (OMS, 2002).

Um estudo realizado no âmbito da qualidade de vida de idosos residentes em Lisboa, concluiu que os idosos que vivem na comunidade têm maior facilidade em se envolver em actividades do dia-a-dia. Estas actividades contribuem para que os idosos se mantenham activos física e intelectualmente e constituem uma forma importante de fortalecerem o contacto com a sua rede social (Hortelão, 2004).

Pereira *et al.* (2006) também concluíram que a inserção do idoso a nível social minimiza os efeitos das mudanças resultantes do processo de envelhecimento na qualidade de vida, sendo que a existência de um bom relacionamento social é um dos principais factores que determinam a elevada satisfação com a qualidade de vida.

No caso concreto do nosso estudo destaca-se certamente o trabalho desenvolvido nos centros comunitários, pois estes visam essencialmente a promoção das relações sociais, do suporte social e da qualidade de vida dos seus utentes, com a finalidade de prevenir eventuais problemas sociais (DGSS, 2009).

Em suma, conclui-se pela satisfação por parte dos idosos quer ao nível da saúde, quer da sua qualidade de vida. A este respeito, Fonseca *et al.* (2004), concluíram no seu estudo que os idosos que se avaliam como tendo melhor saúde, são também os que apresentam melhor qualidade de vida.

2.2) Qualidade de vida dos idosos participantes no estudo, de acordo com os domínios: físico, psicológico, meio ambiente e relações sociais

Verificamos anteriormente que os idosos que frequentam os centros comunitários do Funchal avaliam de forma positiva a sua qualidade de vida, bem como a saúde. Seguidamente passamos à discussão dos resultados de cada domínio, de forma a responder ao segundo objectivo do estudo.

Da análise efectuada aos dados apresentados anteriormente constatou-se que o domínio que obteve mediana mais elevada foi o das relações sociais ($Me = 70,83$; $\bar{x} = 70,34$; $s \pm 12,58$). O domínio físico apresentou o valor mediano mais baixo ($Me = 64,29$; $\bar{x} = 62,26$; $s \pm 11,30$), quando comparado com os valores obtidos no domínio psicológico ($Me = 66,67$; $\bar{x} = 66,70$; $s \pm 10,12$) e ambiental ($Me = 65,63$; $\bar{x} = 63,14$; $s \pm 11,19$).

Ao comparar os resultados do presente estudo com os obtidos pelo grupo de controlo, provenientes da pesquisa de validação do WHOQOL-Bref em Portugal (Vaz Serra *et al.*, 2006), verifica-se que o domínio físico obteve a melhor pontuação ($\bar{x} = 77,49$; $s \pm 12,27$), seguido do psicológico ($\bar{x} = 72,38$; $s \pm 13,50$), depois o social ($\bar{x} = 70,42$; $s \pm 14,54$) e finalmente o ambiental ($\bar{x} = 64,89$; $s \pm 12,24$). Estes resultados indicam que a população portuguesa em geral possui melhor qualidade de vida nos quatro domínios da escala WHOQOL-Bref, comparativamente a amostra do presente estudo.

Todavia, os resultados deste estudo estão em conformidade com os obtidos por Silva, S. (2009) numa investigação sobre a qualidade de vida e bem-estar psicológico em idosos, no qual a pontuação média mais elevada foi no domínio das relações sociais ($\bar{x} = 68,4$; $s \pm 11,4$) e a mais baixa, no domínio físico ($\bar{x} = 49,4$; $s \pm 15,6$). Braga *et al.* (2011), no estudo sobre qualidade de vida de idosos numa região do Brasil

também obtiveram melhor pontuação para o domínio das relações sociais ($\bar{x} = 74,1$; $s \pm 16,7$).

Saliente-se que o domínio social avalia as relações pessoais, a actividade sexual e o suporte / apoio social (Vaz Serra *et al.*, 2006).

O resultado obtido neste domínio poderá estar relacionado com diferentes factores. Um deles, será talvez o facto dos idosos estarem inseridos em meios relativamente pequenos, em que todos se conhecem, frequentam a mesma paróquia, mercado, café, centro comunitário, pelo que são meios facilitadores dos contactos sociais com a comunidade, o que certamente contribui para o fortalecimento das redes de suporte e das suas relações sociais.

Vários estudos comprovam a melhoria da qualidade de vida em pessoas idosas que possuem uma boa rede de suporte social (Chachamovich, 2006; Pereira *et al.*, 2006).

Este será provavelmente um factor que contribui não só para a satisfação com a qualidade de vida, mas também para a saúde, pois considera-se que idosos com bom suporte social, quer seja familiar, quer de amizades, conseguem ultrapassar melhor os problemas de saúde físicos e psicológicos, com que se vão deparando. Vários autores referem que a existência de suporte social é o factor chave para um envelhecimento bem sucedido (Hortelão, 2004; Paúl *et al.*, 2005; Ramos, 2001).

Aliás, investigações demonstram que, apesar da saúde ser um factor fundamental na avaliação dos idosos relativamente à sua qualidade de vida, o mais importante são as relações com os outros (Ramos, 2001).

Bowling *et al.* (2003, citados por Paúl *et al.*, 2005), num estudo levado a cabo no Reino Unido, sobre a qualidade de vida de idosos residentes na comunidade, demonstraram que os factores mais importantes para esta faixa etária da população, eram ter boas relações com a família e com os amigos e papéis sociais como voluntariado e ocupação de tempos livres.

Chachamovich (2006) no seu estudo, também concluiu pela importância das redes sociais para a população idosa e pela influência positiva que estas possuem ao nível psíquico do idoso. Segundo o autor, redes sociais insatisfatórias contribuem para a má qualidade de vida e saúde.

Deste modo, no caso dos idosos em estudo e tendo em conta que a frequência dos centros comunitários, permite-lhes terem um quotidiano mais dinâmico, usufruir de uma série de actividades de interacção, criar e reforçar relações sociais, não surpreende, que o domínio psicológico, à semelhança do domínio das relações sociais, também tenha apresentado resultados satisfatórios.

De referir que este domínio avalia questões como o gosto pela vida, a satisfação pela imagem corporal e aparência, satisfação pessoal, entre outros (Vaz Serra *et al.*, 2006). Os resultados obtidos vão ao encontro da literatura, em que se salienta que o facto das pessoas idosas estarem em contacto com outras, poderá fazer com que a ajuda prestada ou recebida, influencie positivamente o seu bem-estar psicológico (Ramos, 2002, citado por Resende, Bones, Souza & Guimarães, 2006).

Paúl (2005) reforça ainda que a existência de relações sociais constitui um factor protector da saúde mental dos idosos, manutenção da autonomia, um auto-conceito positivo e uma maior satisfação com a vida. Na mesma linha Mailloux-Poirier (1995), refere que a proximidade com amigos, vizinhos e ambiente social contribui de forma positiva para a qualidade de vida psicológica do idoso.

O resultado obtido no domínio psicológico poderá ainda estar relacionado com o facto dos centros comunitários apostarem em actividades do interesse dos idosos, promovendo não só as suas relações sociais, mas também o seu bem-estar psicológico e consequentemente a sua qualidade de vida.

Saliente-se que em alguns centros comunitários do Funchal desenvolvem-se actividades de dança e ginástica de manutenção, sendo estas actividades benéficas ao

bem-estar psicológico, uma vez que melhoram a auto-estima, auto-imagem, a estética corporal (Meurer, Benedetti & Mazo, 2009), aspectos avaliados neste domínio.

O domínio ambiental foi o terceiro domínio melhor pontuado. Apesar disso, constatou-se que o seu valor médio foi satisfatório. Um estudo realizado por Neri (2004, citado por Kluthcovsky, A., Takayanagui, Santos, & Kluthcovsky, F., 2007), mostrou que a qualidade de vida das pessoas idosas é influenciada pela existência de condições ambientais favoráveis aos idosos. Resultados positivos neste domínio traduzem boa qualidade de vida (Sequeira & Silva, 2002; Neri, 2004, citado por Kluthcovsky, A., *et al.*, 2007).

Uma boa pontuação no domínio ambiental significa que os idosos sentem-se seguros e admitem viver num ambiente saudável, estando satisfeitos, tanto com o próprio lar, como com as oportunidades de informação, serviços de saúde e os transportes existentes na comunidade onde se inserem, uma vez que são estes os aspectos avaliados neste domínio (Vaz Serra *et al.*, 2006).

Muitos dos idosos em estudo, em mais novos, poderão ter pertencido a agregados familiares extensos, situação comum antigamente (Perista, 1997) e poderão ter vivido em condições de alguma precariedade habitacional. Hoje possivelmente têm melhores condições de vida e estão inseridos em agregados familiares mais pequenos, possuindo condições habitacionais mais favoráveis. O mesmo poderá acontecer ao nível da saúde e dos transportes que no passado poderão ter sido de difícil acesso para estes idosos.

Outra possível explicação para a influência deste domínio na qualidade de vida dos idosos em estudo, poderá estar relacionada com a segurança. De facto, é mais provável que um idoso que se sinta seguro nas suas deslocações aos centros comunitários, ao café, à igreja, à casa de familiares, amigos ou vizinhos, tenha uma percepção mais positiva da sua qualidade de vida, do que um idoso que por razões de insegurança não possa realizar estas

actividades (Pereira *et al.*, 2006). A insegurança poderá então constituir um factor de isolamento e solidão e consequentemente de má qualidade de vida.

A pior avaliação no âmbito dos domínios da qualidade de vida recai no domínio físico. Este resultado é corroborado pela literatura, pois é natural que há medida que se avança na idade, exista maior probabilidade de ocorrer um problema de saúde (Gallegos-Carrillo *et al.*, 2009). Paúl (2005) reforça esta ideia ao afirmar que para um idoso, com o passar dos anos, a repercussão de uma doença, mesmo não mortal nem particularmente debilitante, é com frequência maior do que no adulto jovem.

A amostra em estudo situa-se numa faixa etária da população, cuja mediana de idades é 70,0 anos, pelo que, muito embora os idosos possam não ter demonstrado insatisfação com a sua saúde a nível geral, uma vez que continuam autónomos e activos, é provável que já não se sintam com as mesmas capacidades e características físicas que tinham em mais novos, daí uma possível explicação para o resultado mais baixo ao nível do domínio físico comparativamente aos outros. Para além disso, é provável que estes idosos possam ter começado a trabalhar muito cedo e em trabalhos fisicamente desgastantes, pelo que é possível que com o avançar da idade o organismo se ressinta fisicamente.

Conforme verificado na literatura, com o próprio processo de envelhecimento, a capacidade física tem tendência a declinar, enquanto alguns problemas relacionados com a saúde vão progredindo (Figueiredo, 2007; Pimentel, 2001; Pontes, 2002), nomeadamente alterações do sono, alguma dor ou desconforto, a própria necessidade de ingerir medicação, questões abordadas ao nível do domínio físico (Vaz Serra *et al.*, 2006).

Por outro lado, também é provável que, muito embora certos centros comunitários do Funchal, desenvolvam acções para promoverem a prática de actividade física, poderão alguns dos idosos optar por frequentar as actividades que não exijam esforço, descurando assim o contributo desta prática na prevenção da sua resistência, flexibilidade,

coordenação, controlo motor, equilíbrio e consequentemente na sua capacidade funcional, autonomia e qualidade de vida (American College of Sports Medicine, 2005). Binotto, Borgatto e Farias (2010) corroboram esta hipótese ao referir que os níveis de actividade física tendem a diminuir com a idade, pelo que apenas uma minoria da população idosa assume esta prática regularmente.

É possível que também a entrada na reforma e a perda do papel social, se traduza num declínio da funcionalidade, o que poderá interferir na qualidade de vida física.

Deste modo e apesar de se verificar que o domínio físico foi o menos pontuado, pode dizer-se que as pessoas idosas que frequentam os centros comunitários do Funchal apresentaram resultados satisfatórios nos quatro domínios da qualidade de vida, se tivermos como ponto de referência o facto de todas as medianas e médias situarem-se acima dos 50%.

De uma forma geral, podemos afirmar que este estudo vai ao encontro do estudo realizado por Sousa *et al.* (2003), em que se concluiu que na sua grande maioria, os idosos portugueses revelam ter uma percepção positiva da sua qualidade de vida.

Supõe-se que estes resultados estejam relacionados com o trabalho realizado nos referidos centros comunitários, já que estes organismos visam essencialmente um estilo de vida activo e de qualidade. Contudo, estudos futuros seriam importantes para se avaliar a qualidade de vida de idosos antes e depois de frequentarem os centros comunitários e para perceber exactamente se é a frequência dos referidos equipamentos que contribui para a qualidade de vida dos idosos ou se são os idosos com melhor qualidade de vida que têm maior propensão para a frequência dos centros comunitários.

2.3) Influência dos domínios (físico, psicológico, relações sociais e meio ambiente) na qualidade de vida geral dos idosos que frequentam os centros comunitários do Funchal

Verificou-se e discutiu-se anteriormente a pontuação obtida pelo domínio físico, psicológico, social e ambiental, que compõem a escala WHOQOL-Bref. Seguidamente, discute-se a influência de cada um destes domínios na qualidade de vida geral dos idosos em estudo.

Conforme foi possível constatar, todos os domínios se correlacionaram de forma altamente significativa com a faceta geral de qualidade de vida, tendo-se concluído da análise efectuada à contribuição individual dos domínios, que aquele que mais contribuiu para a qualidade de vida geral foi o físico (31,6%), seguido do ambiental (28,7%), o social (17,9%) e finalmente, o psicológico (16,1%). Juntos explicaram 94,4% da qualidade de vida geral. A elevada contribuição dos domínios vem, de certa forma, confirmar a importância dos itens que os compõem e da sua influência para uma vida com qualidade. Este resultado era previsível atendendo a que a escala WHOQOL-Bref apresenta questões que obviamente foram pensadas e trabalhadas de acordo com a sua finalidade.

Pereira *et al.* (2006) também investigaram a contribuição individual dos domínios na qualidade de vida de idosos, tendo concluído pela maior contribuição do domínio físico (28,2%), seguido do ambiental (6,2%) e posteriormente o psicológico (1,3%). No estudo desenvolvido pelos referidos autores, o domínio social não teve contribuição estatisticamente significativa para a qualidade de vida geral.

Ao comparar os resultados do presente estudo com os obtidos pelo grupo de controlo, provenientes da pesquisa de validação do WHOQOL-Bref em Portugal (Vaz Serra *et al.*, 2006), verifica-se que o domínio físico foi também aquele que mais contribuiu para a qualidade de vida geral (52,2%).

Relembre-se que o domínio físico avalia aspectos como a mobilidade, energia e fadiga, capacidade para desempenhar actividades da vida quotidiana, entre outros (Vaz Serra *et al.*, 2006), pelo que a maior contribuição por parte deste domínio na qualidade de vida salienta certamente a importância da autonomia e capacidade funcional na qualidade de vida das pessoas idosas.

Ribeiro, Silva, Modena e Fonseca (2002), no seu estudo no âmbito da capacidade funcional e qualidade de vida de idosos, concluíram precisamente que a qualidade de vida na velhice, está relacionada sobretudo com a possibilidade dos idosos assumirem o desempenho das actividades básicas da vida diária, terem saúde e autonomia. A noção de funcionalidade relaciona-se assim, com a autonomia na execução das tarefas frequentes e necessárias aos indivíduos, como por exemplo os cuidados pessoais, de forma a assegurar a possibilidade de viverem sozinhos (Fillenbaum, 1996, citado por Botelho, 2005).

Ainda a este respeito, Ramos (2003) ressalta também que independentemente da pessoa idosa possuir um ou mais problemas de saúde, o importante na velhice é a autonomia, ou seja, a capacidade que ela tem para determinar e executar as tarefas do seu quotidiano. A manutenção da capacidade funcional e da autonomia na velhice, permite aos idosos a prevenção de incapacidades a nível físico e certamente uma vida com mais qualidade.

A este respeito, Paúl (2005) refere que apesar da saúde física não ser, por si só, condição de felicidade, a sua ausência traduz-se numa quebra do bem-estar e da qualidade de vida, pois a doença física focaliza toda a actividade e recursos nesse problema e pode, por consequência, fazer com que haja perda de poder económico, devido aos gastos com a saúde, alteração na vida diária do idoso, nas suas relações sociais, desconforto, e por vezes o medo da morte. Deste modo, é provável que uma perturbação ao nível do domínio físico, possa implicar um desequilíbrio no âmbito do domínio ambiental (por exemplo a nível económico), psicológico e das próprias relações sociais, daí a importância deste domínio.

Relativamente à contribuição do domínio ambiental na qualidade de vida dos idosos em estudo, convém relembrar que este domínio avalia questões como a segurança física e protecção, ambiente físico, recursos financeiros, oportunidades de adquirir novas informações e habilidades, oportunidades de recreação e lazer, ambiente no domicílio, cuidados de saúde e sociais e transportes (Vaz Serra *et al.*, 2006), pelo que a sua contribuição significativa revela possivelmente a importância do idoso estar inserido num ambiente tranquilo, seguro e protector, facilitador da sua autonomia, independência e consequentemente da sua qualidade de vida.

Aqui terão talvez um grande peso os rendimentos auferidos mensalmente pelos idosos. Efectivamente se o idoso tiver poucos recursos financeiros, é provável que tenha menos oportunidades de lazer, limitações no acesso à saúde, dificuldades na aquisição de bens necessários ao conforto do seu lar, aspectos estes fundamentais na avaliação ao nível do domínio ambiental.

Um outro factor considerado importante é o acesso aos cuidados de saúde, pois é provável que se esta necessidade não estiver satisfeita, poderá implicar também consequências negativas ao nível dos outros domínios.

No que concerne ao domínio das relações sociais e ao psicológico, concluímos que estes não contribuíram com uma percentagem muito elevada para a qualidade de vida dos idosos, quando comparados com o domínio físico e ambiental, embora se considere inquestionável a importância de ambos.

De facto e conforme já referido anteriormente, vários estudos apontam para a importância da capacidade da pessoa idosa interagir socialmente para a sua qualidade de vida social e psicológica (Carneiro, Falcone, Clark, Prette, Z. & Prette, A., 2007; Paúl, 2005a; Ramos, 2001), sendo sempre necessário ter em conta os contextos sociais e as alterações psicológicas a que as pessoas idosas estão sujeitas, de forma a minimizar os efeitos dessas mudanças na sua vida (Fleck *et al.*, 2003; IMSERSO, 2001).

É possível que estes dois domínios tenham tido menor contribuição do que o físico e o ambiental na qualidade de vida dos idosos em estudo, talvez porque estes consigam ultrapassar de forma positiva as alterações psicossociais do seu processo de envelhecimento.

De um modo geral, concluiu-se que este estudo explica em grande medida a variância da faceta geral de qualidade de vida, mostrando que os quatros domínios analisados têm uma forte influência na qualidade de vida dos idosos.

2.4) Diferenças ao nível da qualidade de vida dos idosos que frequentam os centros comunitários do Funchal de acordo com o género, idade, estado civil, nível de instrução, coabitação e rendimentos auferidos mensalmente

No presente estudo considerou-se pertinente analisar a influência das variáveis sócio-demográficas, nomeadamente, género, estado civil, nível de instrução, coabitação e rendimentos auferidos mensalmente, na qualidade de vida dos idosos.

Primeiramente, avaliou-se a influência do **género** na qualidade de vida das pessoas idosas, tendo-se chegado à conclusão que, de uma forma geral, os homens fazem uma avaliação da sua qualidade de vida mais positiva do que as mulheres, uma vez que nos diferentes domínios as médias referentes ao género masculino foram sempre superiores, comparativamente às médias do género feminino. Apesar disso, verificaram-se apenas diferenças estatísticas muito significativas ao nível do domínio das relações sociais.

As diferenças no âmbito da qualidade de vida em função do género já foram encontradas em diversos estudos, havendo uma tendência para uma melhor avaliação da qualidade de vida por parte dos homens. Vários autores também verificaram a existência de diferenças a este nível (Castellón & Pino, 2003; Fonseca *et al.*, 2006; Pereira *et al.*,

2006; Pereira *et al.*, 2009). Na sua opinião, isto acontece talvez porque a mulher entende o envelhecimento como um processo mais negativo face ao homem.

Vários factores poderão estar na origem deste facto. Avis *et al.* (2004, citados por Pereira *et al.*, 2006), concluíram que o esquecimento, a dificuldade em aceitar o envelhecimento e o sentimento de que as mulheres deixam de ser atraentes com o envelhecimento são aspectos associados à pior qualidade de vida do género feminino.

Também o facto da viuvez em Portugal afectar mais as mulheres idosas do que os homens, devido à sobremortalidade masculina (INE, 2002), poderá de certa maneira justificar o facto das idosas sentirem a sua qualidade de vida mais afectada que os homens. Até porque, quando a viuvez atinge os homens idosos, estes, em comparação com as mulheres, mais vulgarmente tendem a optar pela reconstituição familiar (INE, 2000), por isso, é possível que ao avaliarem as suas relações sociais o façam de forma mais positiva.

Da análise efectuada ao nível da **idade** com a qualidade de vida, verificou-se a existência de uma correlação negativa nos domínios físico, psicológico, das relações sociais e ambiental, o que significa que os idosos mais velhos possuem índices mais baixos de qualidade de vida ao nível destes domínios. Estes resultados vão ao encontro de outros estudos com idosos no âmbito da mesma temática (Fonseca *et al.*, 2004; Gallegos-Carrillo *et al.*, 2009).

Porém e ao contrário do que se esperava relativamente a esta variável, não se verificou uma correlação negativa com a faceta geral de qualidade de vida, pelo que, tal como referido anteriormente para os domínios, não é possível afirmar que idosos mais velhos têm menor qualidade de vida geral. Sobre este aspecto, Jakobsson *et al.* (2004, citados por Pereira *et al.*, 2009) referem que, apesar do aumento da idade ser um factor que contribui para o declínio da qualidade de vida nos vários domínios, nem todos os idosos ao

avaliarem a sua qualidade de vida o fazem de forma negativa, podendo assim explicar-se o resultado obtido para a faceta geral de qualidade de vida.

No nosso estudo constatou-se a presença de diferenças estatisticamente significativas ao nível do **estado civil** das pessoas idosas. Essas diferenças verificaram-se entre os idosos casados e viúvos, sendo que os primeiros apresentam melhor qualidade de vida no domínio das relações sociais.

Fonseca *et al.* (2004), concluíram no seu estudo que a qualidade de vida psicológica é influenciada pelo estado civil, com vantagem para os idosos casados. Efectivamente no presente estudo, os idosos casados também obtiveram melhor média ao nível do domínio psicológico ($\bar{x} = 68,6$; $s \pm 9,3$), comparativamente aos viúvos ($\bar{x} = 65,4$; $s \pm 11,6$) e aos solteiros ($\bar{x} = 67,5$; $s \pm 7,1$) muito embora estes resultados não tenham apresentado diferenças estatisticamente significativas.

Num outro estudo realizado com idosos, os autores concluíram não só pela presença de diferenças estatisticamente significativas entre o estado civil e a qualidade de vida psicológica, mas também física e ao nível das relações sociais, com vantagem para os idosos casados (Paúl *et al.*, 2005). Sobre este assunto, Paúl (2005a) reforça ainda que dos estudos que tem vindo a desenvolver com a população portuguesa, o estado civil tem se mostrado uma variável preditora de melhores resultados no envelhecimento e que a existência de ligações afectivas como o casamento, parece favorecer o envelhecimento bem sucedido.

Perante estes resultados, parece-nos que o falecimento do cônjuge ou do companheiro pode mudar completamente a vida de um idoso. É provável que com este acontecimento, a pessoa viúva (com tendência para as mulheres devido à sua maior esperança de vida) se sinta mais triste e veja reduzida a sua rede de amizades, havendo também maior tendência para o isolamento.

Sprangers *et al.* (2000, citados por Pereira *et al.*, 2006), também já haviam confirmado que baixos níveis de qualidade de vida deviam-se, entre outros factores, ao facto das pessoas idosas não terem companheiro.

Talvez os idosos casados se sintam mais satisfeitos neste domínio relativamente aos viúvos, porque para além do apoio social que têm com o cônjuge, e das relações pessoais que possam ter em comum, outra questão que é avaliada neste domínio tem a ver com a actividade sexual (Vaz Serra *et al.*, 2006), o que numa pessoa idosa viúva, muito embora a sua condição não impeça que a mesma possa sentir-se realizada a este nível, será mais difícil de assumir perante o investigador aquando da entrevista, atendendo ao seu estado civil.

Perante as hipóteses supramencionadas, faz sentido que a qualidade de vida de um idoso viúvo esteja mais afectada, particularmente no domínio das relações sociais, do que um idoso que viva com o cônjuge ou em união de facto.

Relativamente ao nível de **escolaridade**, estudos indicam que quanto mais habilitações, maior a qualidade de vida dos idosos, ou seja, o nível de habilitações literárias correlaciona-se positivamente com a qualidade de vida (Sprangers *et al.*, 2000, citados por Pereira *et al.*, 2006).

A este nível, Fonseca *et al.* (2004), no seu estudo desenvolvido com idosos de uma aldeia do interior de Portugal, também encontraram correlações positivas em dois domínios (social e psicológico), sendo que em ambos, a qualidade de vida revelou-se melhor para os idosos com nível de escolaridade mais elevado.

Já Paúl *et al.* (2005) ao estudar a satisfação e qualidade de vida em idosos portugueses concluíram que o nível de escolaridade relaciona-se com todos os domínios da qualidade de vida, exceptuando o das relações sociais.

No presente estudo verificou-se efectivamente que os idosos com escolaridade tiveram melhores médias ao nível da qualidade de vida e dos domínios em geral, quando comparadas com os idosos sem habilitações literárias, muito embora estes valores apenas tenham apresentado significância estatística para o domínio físico e social entre os idosos que possuem o ensino básico, comparativamente aos que não frequentaram a escola.

Uma possível explicação para que a média obtida no domínio físico para os idosos que frequentaram o 1º ciclo do ensino básico ($\bar{x} = 65,0$; $s \pm 9,6$) seja superior à média dos idosos analfabetos ($\bar{x} = 56,5$; $s \pm 11,4$), poderá estar relacionada com o facto de que pessoas com menos instrução poderão ter tido uma actividade profissional fisicamente mais desgastante, limitações no acesso às informações de saúde ou até mesmo dificuldades em entenderem as recomendações médicas para solução de algum problema físico que tenham tido.

Não será despropositado referir que idosos sem escolaridade, estiveram, na sua maioria, sujeitos a remunerações baixas, ao longo da vida activa, que por sua vez resultaram em pensões de valor reduzido, sendo este um factor que poderá contribuir para o acesso restrito a uma alimentação saudável, à falta de recursos para aquisição de medicação e consequentemente ao surgimento de alguma doença física.

A escolaridade apresentou também significância estatística ao nível do domínio psicológico, com vantagem para os idosos que possuem o ensino básico ($\bar{x} = 67,9$; $s \pm 9,2$), comparativamente aos que não frequentaram a escola ($\bar{x} = 62,9$; $s \pm 9,9$), talvez porque estes últimos possam sentir-se por vezes desgostosos ou insatisfeitos porque não tiveram capacidade ou até mesmo oportunidade de aprender. A resultados semelhantes chegaram Xavier, Ferraz, Marc, Escosteguy e Moriguchi (2003), quando verificaram que os idosos que não conseguiram estudar tinham a sua auto-estima afectada, o que punha em causa a qualidade de vida ao nível do domínio psicológico.

Relativamente aos idosos com escolaridade superior ao 1º ciclo (onde se incluíram os idosos com 5 a 10 anos de escolaridade, idosos com bacharelato e licenciatura) não houve diferenças estatisticamente significativas relativamente aos que apenas frequentaram até ao 4º ano de escolaridade. Talvez uma hipótese explicativa para este facto seja a existência de uma percentagem reduzida de idosos (12,5%) que efectivamente possuíam escolaridade superior ao 1º ciclo do ensino básico, não tendo sido possível detectar essas diferenças.

Segundo o INE (2000), os idosos que residem sós em Portugal, possuem de um modo geral, piores condições de vida do que a restante população. Por este motivo, esperava-se que ao nível da **coabitação**, os idosos que vivem acompanhados apresentassem melhor qualidade de vida do que os idosos que residem sós, contudo, o presente estudo não corroborou esta hipótese.

Já na análise efectuada aos idosos que vivem acompanhados (com cônjuge, com cônjuge e filhos ou apenas com filhos), concluiu-se pela presença de diferenças estatisticamente significativas no domínio das relações sociais entre os idosos que residem com cônjuge e aqueles que vivem com filhos, sendo que os que residem com cônjuge apresentaram melhor média de qualidade de vida neste domínio ($\bar{x} = 74,0$; $s \pm 11,7$), comparativamente aos que residem com filhos ($\bar{x} = 65,6$; $s \pm 10,2$).

Este aspecto poderá ser resultante da situação de viuvez de muitos idosos que obviamente nem sempre é fácil de ultrapassar. Para além disso, a perda do cônjuge, acarreta muitas vezes o enfraquecimento de relações sociais importantes para o idoso.

Sem o companheiro e a viverem apenas com os filhos (ainda que coabitantes), mas inseridos no mercado de trabalho, é possível que as pessoas idosas sintam a sua qualidade de vida afectada a este nível. Saliente-se que no desempenhar das suas funções profissionais, os filhos poderão não conseguir acompanhar os ascendentes no seu dia-a-dia,

estando este convívio (quando existe), restrito normalmente ao horário pós-laboral, o que faz com que os idosos se vejam numa situação de solidão e sintam afectadas as suas relações sociais. Talvez seja inclusivamente este um dos motivos que os faz recorrer aos centros comunitários como forma de ocupação.

Provavelmente se os idosos residissem com os cônjuges, ambos estariam numa condição de igualdade no que se refere à situação de reforma e disponibilidade, pelo que teriam mais oportunidades de lazer e de envelhecer activamente juntos, logo talvez houvesse maior qualidade de vida a este nível, do que estando um dos cônjuges a residir apenas com filhos.

Pelo contrário, este resultado poderá também ser fruto da envolvimento dos filhos em problemas sociais, como é o caso do desemprego ou até mesmo do alcoolismo e da toxicodependência. Poderão tratar-se de filhos dependentes economicamente do progenitor com quem coabitam, pelo que se o valor da pensão para o idoso já é limitado, quanto mais se o mesmo tiver que dividi-lo com o filho coabitante e sem rendimentos. Considerando esta hipótese como uma provável explicação deste resultado, é possível que os idosos com filhos no agregado familiar possuam pior qualidade de vida do que aqueles que apenas residem com o cônjuge.

O viver com os filhos poderá também estar associado a conflitos intergeracionais. O facto dos idosos já não terem capacidade de assumir todas as tarefas domésticas como o faziam no passado, poderá acarretar desentendimentos familiares, conduzindo à diminuição da auto-estima do idoso e fazendo com que estes avaliem de forma mais positiva a coabitação apenas com o cônjuge do que com os filhos. Estudos com vista a comparar idosos que coabitam com cônjuge e idosos que coabitam com filhos seriam interessantes para esclarecer estas hipóteses.

Vários autores constataram que os **rendimentos** interferem na qualidade de vida, sendo que uma boa situação económica encontra-se associada a uma melhor qualidade de vida (Jakobsson *et al.*, 2004, citados por Pereira *et al.*, 2009; Ramos, 2001).

Paúl *et al.* (2005) no seu estudo, também concluíram que o rendimento influencia a qualidade de vida em todos os seus domínios, com vantagem para os idosos com melhores rendimentos. De igual modo, Fonseca *et al.* (2004) chegaram à conclusão que os rendimentos interferem na qualidade de vida psicológica, relacional e ambiental.

Este estudo está de acordo com a literatura, uma vez que rendimentos mais elevados evidenciaram melhor qualidade de vida, ou seja os idosos com rendimentos mensais iguais ou superiores ao salário mínimo regional apresentaram melhor qualidade de vida geral, física, psicológica, social e ambiental, quando comparados com os resultados obtidos pelos idosos cujos rendimentos se situavam abaixo deste montante.

Apesar disto, estes valores apenas tiveram significância estatística para o domínio das relações sociais e ambiental entre os idosos cujos rendimentos mensais eram superiores ($\bar{x} = 74,0$; $s \pm 11,5$ no domínio social e $\bar{x} = 66,9$; $s \pm 12,0$ no ambiental), comparativamente aos que possuíam menores rendimentos ($\bar{x} = 68,2$; $s \pm 12,7$ no domínio social e $\bar{x} = 61,3$; $s \pm 10,7$ no ambiental).

Tal facto não surpreende se pensarmos que uma pessoa com menos rendimentos mensais estará certamente mais condicionada na sua vida social, do que outra com rendimentos mais elevados. Seguramente que um idoso com baixa pensão terá de canalizar os seus rendimentos para os bens essenciais como o caso da alimentação, medicamentos, despesas habitacionais e não terá tantas oportunidades de lazer para reforçar as suas relações sociais, nomeadamente, idas ao café, teatro, passeios, convívios, entre outros, pois estas actividades acabam por ter sempre algum custo acrescido.

O mesmo acontece em relação ao domínio ambiental. Atendendo a que este domínio avalia questões como ambiente físico, recursos financeiros, recreação e lazer,

ambiente no domicílio, cuidados de saúde, entre outros (Vaz Serra *et al.*, 2006), não admira que idosos com melhores rendimentos também possuam melhor qualidade de vida a este nível.

Se estiverem mais limitados em termos de rendimentos, poderão não possuir os recursos económicos necessários que lhes permitam ter acesso a bens materiais e de conforto para o lar, oportunidades permanentes de lazer ou até mesmo saúde privada, tendo que se restringir apenas às consultas dos centros de saúde. Relativamente a este ultimo aspecto, Lima-Costa, Barreto, Giatti, e Uchoa (2003), num estudo com pessoas de mais de 65 anos, concluiu que os idosos com menos rendimentos possuíam pior acesso a serviços de saúde.

Deste modo, poderá considerar-se que a falta ou escassez de rendimentos poderão interferir no acesso a bens necessários à melhor qualidade de vida ambiental do idoso.

Em suma, este estudo demonstrou que as variáveis sócio-demográficas não revelaram diferenças estatisticamente significativas para a qualidade de vida geral, porém mostraram a sua influência em todos os domínios da escala WHOQOL-Bref.

O nível de instrução revelou a sua influência no domínio físico e no psicológico, com os idosos que possuíam o ensino básico a obterem melhor qualidade de vida nestes domínios comparativamente aos idosos analfabetos.

O domínio das relações sociais demonstrou ser influenciado pelo género, estado civil, coabitação com familiares e rendimentos auferidos mensalmente, sendo que esta última variável também revelou influência no domínio ambiental com idosos que tinham melhores rendimentos a obterem melhor qualidade de vida neste domínio, comparativamente aqueles cujos valores dos rendimentos eram inferiores.

Relativamente à idade, podemos dizer que esta variável mostrou que os idosos mais velhos possuíam índices mais baixos de qualidade de vida ao nível dos quatro domínios.

CAPÍTULO V

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Chegando ao final deste estudo, apresentam-se agora as suas principais conclusões, tentando de seguida fazer uma reflexão sobre as limitações, implicações e sugestões para a prática, para que as pessoas idosas que frequentam os centros comunitários do Funchal possam, cada vez mais, usufruir de uma vida com qualidade.

1) Conclusões

O presente estudo procurou focar o envelhecimento humano e as questões inerentes a este processo no que toca à qualidade de vida. Ao longo do seu desenvolvimento, percebemos que o conceito em questão assume múltiplas definições, de acordo com a influência das diferentes linhas de pensamento.

Contudo e apesar das divergências encontradas, é consensual que a compreensão dos factores que possibilitam uma boa qualidade de vida aos idosos é imprescindível para o aperfeiçoamento e desenvolvimento de políticas preventivas e interventivas que conduzam ao envelhecimento bem-sucedido. Efectivamente, atendendo à maior esperança de vida alcançada, a atenção e o trabalho em prol das pessoas idosas deve ser cada vez mais incentivado, valorizado e qualificado.

De seguida e atendendo aos objectivos propostos inicialmente para este estudo, referem-se as principais conclusões:

- o presente estudo permitiu, do ponto de vista sócio-demográfico, fazer uma caracterização das pessoas idosas que frequentam os centros comunitários do Funchal, indicando um predomínio de pessoas do género feminino, situadas basicamente na faixa etária entre os 65 a 74 anos, ou seja, “idosos jovens” (Fonseca *et al.*, 2004), casadas ou

vivendo maritalmente e viúvas, com baixo nível de instrução e de rendimentos, provenientes das suas pensões de reforma ou sobrevivência.

- para mensuração da qualidade de vida utilizou-se a escala WHOQOL-Bref (Escala da OMS, 1998, adaptada à população portuguesa por Canavarro *et al.*, 2006) composta pela faceta geral e por quatro domínios (físico, psicológico, relações sociais e ambiental), destinada à avaliação da qualidade de vida de acordo com a definição deste construto apresentada pela OMS, tendo-se concluído que a sua aplicação constituiu uma mais-valia para a obtenção de dados sobre a qualidade de vida dos idosos em estudo, uma vez que reúne um conjunto de itens essenciais à qualidade de vida, num instrumento simples e de fácil aplicabilidade, o que é fundamental atendendo ao grupo alvo do estudo.

- o estudo demonstrou uma avaliação positiva, por parte da maioria dos idosos relativamente à sua qualidade de vida (59,5%), bem como à saúde (52,2%);

- revelou porém, que 11,8% das pessoas idosas avaliaram de forma negativa a sua qualidade de vida e que 28,7% colocaram-se numa posição neutra, considerando-a “nem boa, nem má”;

- no que concerne à saúde, 8,1% dos idosos avaliaram-na negativamente, havendo igualmente uma percentagem (39,7%) que referiu “não estar satisfeito nem insatisfeito” com esta questão;

- ao nível dos domínios, concluiu-se pela melhor pontuação no domínio das relações sociais, posteriormente no domínio psicológico e de seguida no ambiental;

- o domínio que se revelou mais afectado foi o domínio físico, tendo em conta a sua menor pontuação relativamente aos restantes;

- todos os domínios correlacionaram-se de forma altamente significativa com a faceta geral de qualidade de vida, tendo-se concluído que na sua totalidade os domínios explicaram a qualidade de vida geral em 94,4%;

- os domínios diferiram em relação às respectivas contribuições, sendo que o domínio físico foi o que mais explicou a qualidade de vida geral, salientando a importância da autonomia e capacidade funcional na qualidade de vida do idoso e a necessidade de se apostar em programas de intervenção com vista à melhoria da qualidade de vida a este nível, tendo em conta que foi o domínio com menor pontuação;

- as variáveis sócio-demográficas não influenciaram a faceta geral de qualidade de vida. Todavia, o género, estado civil, coabitação com familiares e os rendimentos auferidos mensalmente provaram a sua influência na qualidade de vida ao nível das relações sociais; o nível de instrução demonstrou influenciar a qualidade de vida física e psicológica; os rendimentos mensais para além da influência ao nível das relações sociais, revelaram-na também no domínio ambiental;

- conclui-se que as pessoas idosas que frequentam os centros comunitários do Funchal apresentam, de um modo geral, resultados positivos em relação à sua qualidade de vida. Por, estes resultados, quer a nível da faceta geral de qualidade de vida, quer dos domínios, são inferiores aos resultados do grupo de controlo, provenientes da pesquisa de validação do WHOQOL-Bref em Portugal.

No culminar deste trabalho, parece-nos que a participação em actividades promovidas pelos centros comunitários e a convivência com outras pessoas, ajudam os idosos a se inserirem socialmente e a vivenciarem o seu processo de envelhecimento de forma activa. Pensa-se que o apoio desta rede de suporte formal terá, para estes idosos extrema importância, não só pelo motivo referenciado anteriormente, mas particularmente

pela sua possível contribuição na saúde e qualidade de vida destes idosos, numa base praticamente diária, atendendo a que funcionam maioritariamente de segunda a sábado.

Todavia, em contrapartida, não será despropositado pensarmos que a própria percepção positiva da qualidade de vida, poderá ser um aspecto incentivador à sua participação activa nas referidas estruturas comunitárias.

Independentemente da hipótese mais correcta, estamos certos que defender a integração das pessoas idosas na sociedade de forma construtiva e participativa, é indispensável à sua qualidade de vida.

2) Limitações do Estudo

Os resultados obtidos neste estudo vão, de um modo geral, ao encontro da literatura consultada, porém devem ser consideradas como limitações:

- a natureza transversal do estudo, dado que, uma vez que o processo de envelhecimento ocorre ao longo do tempo, o desenvolvimento de um estudo longitudinal que controlasse um maior número de variáveis, teria certamente favorecido a compreensão de outros factores importantes para a qualidade de vida dos idosos. Porém, a opção por um estudo de carácter transversal deveu-se às limitações ao nível de tempo para a sua realização e à própria inexperiência no desenvolvimento deste tipo de trabalhos científicos;
- não serem conhecidas investigações publicadas sobre a mesma temática na RAM, inviabilizando a comparação de resultados.

Todavia, apesar das dificuldades e limitações referidas, considera-se que foram alcançados os objectivos inicialmente propostos para a realização desta investigação.

3) Implicações na Prática e Sugestões para Futuros Estudos

Chegando a este ponto do trabalho, sente-se a necessidade de lançar algumas ideias que se considera poderem contribuir para a melhoria contínua da qualidade de vida destes idosos. Estando conscientes de que algumas destas sugestões poderão não ser de fácil implementação, devido à conjuntura económica actual do país e neste caso específico, da RAM, contudo, outras dependerão, apenas, da vontade dos profissionais com responsabilidade na intervenção levada a cabo em cada centro comunitário.

Neste sentido e em conformidade com a realidade estudada, sugere-se:

- a divulgação destes resultados junto dos decisores políticos autárquicos e dos profissionais com competência nesta matéria, para que consigam delinear novas estratégias e implementar projectos de intervenção capazes de manter e melhorar a qualidade de vida destes idosos (particularmente no domínio físico em que a qualidade de vida se revelou mais afectada), atendendo ao número cada vez maior de idosos e à crescente solicitação para a frequência de centros comunitários por parte desta faixa etária;
- a divulgação destes resultados nos próprios centros comunitários, pois entende-se que este estudo traduz uma imagem positiva do envelhecimento pelo facto de termos encontrado idosos activos, independentes e participativos no meio onde se inserem, pelo que a sua divulgação, poderá fazer com que se repense o preconceito, ainda existente na nossa sociedade, em relação à visão negativa da velhice;
- que os centros comunitários não só enfatizem a vertente ocupacional do idoso, mas também, perante uma realidade de idosos plenamente capazes, promovam e incentivem ao voluntariado. Poderiam inclusivamente ser criados cursos destinados a jovens, aproveitando os conhecimentos, vivências e experiências dos idosos (exemplo:

artesanato, costura, entre outros). Deste modo, as capacidades destes idosos estariam a ser reconhecidas e estimuladas, promovendo assim, a sua autonomia, valorização e participação efectiva na sociedade, factores de grande relevância para a sua qualidade de vida;

- a ampliação do espaço físico de alguns centros comunitários, visto que na visita aos referidos equipamentos para realização das entrevistas, foi possível constatar que alguns possuem dimensões reduzidas que inviabilizam a realização de actividades importantes, nomeadamente a dança e a ginástica de manutenção;

- a promoção de actividades em parceria com serviços de saúde, ou seja com profissionais especializados, que fomentem a manutenção da actividade física e intelectual dos idosos;

- a estimulação da auto-estima dos idosos e interesse pelo próprio bem-estar, fornecendo informação pertinente ao desenvolvimento de estilos de vida saudáveis e a questões de prevenção para um envelhecimento bem sucedido;

- o incentivo à criação de associações de idosos, com vista à partilha e troca de experiências / problemas e reflexão conjunta para a sua resolução;

- o desenvolvimento de acções de sensibilização com vista à consciencialização dos familiares dos idosos para o seu potencial e para a importância do fortalecimento dos laços intergeracionais;

- a dinamização de acções de esclarecimento / informação aos idosos no sentido de conhecerem os seus direitos, nomeadamente a nível de protecção social (por exemplo requerimentos de complementos para as suas pensões);

- a contratação de recursos humanos especializados, como por exemplo, gerontólogos, pois estes profissionais centram a sua intervenção essencialmente na pessoa que envelhece, na promoção da sua autonomia e qualidade de vida.

Certamente que este estudo poderá ter outras implicações, desde que na intervenção esteja sempre presente o propósito de prevenir os problemas pessoais e sociais decorrentes do envelhecimento, estimulando os idosos e fomentando o envolvimento activo com a vida e o equilíbrio psico-afectivo, de forma a minimizar os efeitos negativos que possam eventualmente surgir do processo de envelhecimento.

Com o culminar deste trabalho, não se pode deixar de reforçar a importância inquestionável que o estudo da qualidade de vida assume nos nossos dias. Aliás, se pensarmos que a noção de qualidade de vida para nós, não é igual à dos nossos antepassados e certamente será diferente das futuras gerações, facilmente compreendemos a necessidade da investigação permanente sobre este tema.

Tratando-se possivelmente do primeiro estudo no âmbito da qualidade de vida das pessoas idosas que frequentam os centros comunitários do Funchal e constituindo-se estas, como as estruturas de apoio formal que actualmente abrangem o maior número de idosos independentes do concelho do Funchal, enfatiza-se a pertinência da continuidade da pesquisa, de forma a ampliar conhecimentos sobre a qualidade de vida nesta etapa do ciclo vital, pelo que aqui ficam algumas sugestões para futuros estudos, nomeadamente:

- alargar o estudo a pessoas idosas que frequentam outros centros comunitários na RAM, de forma a obtermos valores de comparação ao nível da qualidade de vida;
- reavaliar o grupo alvo deste estudo, para tentar conhecer quais os motivos que levaram alguns idosos a se colocarem numa posição neutra relativamente à sua qualidade

de vida e saúde e perceber se a opinião destes idosos se mantém, sofreu melhorias ou piorou;

- investigar o que está subjacente no que se refere aos idosos que avaliaram negativamente a sua qualidade de vida e saúde, de forma a repensar e promover medidas interventivas que possibilitem a melhoria destas questões;

- aprofundar o estudo nos domínios em que as pessoas idosas obtiveram valores mais baixos (físico e ambiental), uma vez que estes assumiram uma contribuição elevada na qualidade de vida geral dos idosos, realçando assim a sua importância. Acredita-se que estudando estes domínios, poderá encontrar-se dados que permitam orientar medidas de intervenção mais eficazes a este nível;

- proceder a uma análise qualitativa, que possibilite a compreensão dos factores que podem interferir na qualidade de vida dos idosos, do seu ponto de vista, uma vez que estes dados poderão contribuir para a definição de estratégias e caminhos que permitam a estes idosos, ainda que com o aparecimento de novas necessidades decorrentes do processo de envelhecimento, continuar a viver com qualidade;

- investigar se a contribuição dos domínios, físico, psicológico, social e ambiental para a qualidade de vida geral se mantém ao longo do tempo;

- perceber se o suporte social dos idosos é um dos principais factores que contribui para a sua qualidade de vida;

- comparar dois grupos de idosos com características homogéneas em que um grupo frequente um centro comunitário e outro que não frequente o referido equipamento, para compreender as diferenças que possam existir ao nível da qualidade de vida e respectivos domínios dos dois grupos de idosos;

- avaliar a qualidade de vida de pessoas idosas antes e depois de frequentarem os centros comunitários de forma a compreender se é a frequência dos referidos equipamentos que contribui para a qualidade de vida dos idosos ou se, pelo contrário, são os idosos com melhor percepção da própria qualidade de vida que mais facilmente recorrem e se inserem nos centros comunitários.

Com certeza que outras recomendações seriam igualmente válidas, porém, ainda que sendo este um modesto contributo, espera-se, que algumas das sugestões aqui deixadas possam vir a ser colocadas em prática futuramente.

É possível e desejável que os resultados desses trabalhos possam vir a contribuir para o aperfeiçoamento da intervenção desenvolvida pelos gerontólogos, ou outros profissionais que no seu dia-a-dia trabalham com idosos e na construção de novos modelos de prevenção e intervenção que abram caminhos para responder aos desafios que se colocam no quadro actual e futuro do necessário envelhecimento de qualidade.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- American College of Sports Medicine, [ACSM]. (2005). *ACSM's health-related physical fitness assessment manual*. (1st Edition). Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
- American Psychiatric Association, [APA]. (2010). *Publication manual of the American Psychological Association*. (6th Edition). Washington: APA.
- Barbosa, A. & Ribeiro, J. (2000). Qualidade de vida e depressão. In J. Ribeiro, I. Leal & M. Dias (Eds.). *Actas do 3º Congresso Regional de Psicologia da Saúde: Psicologia da saúde nas doenças crónicas* (pp. 149-156). Lisboa: Instituto Superior de Psicologia Aplicada.
- Berger, L. (1995). Aspectos biológicos do envelhecimento. In L. Berger & D. Mailloux-Poirier (Coords.). *Pessoas idosas – uma abordagem global* (pp. 123-155). Lisboa: Lusodidacta.
- Berlim, M. & Fleck, M. (2003, Outubro). Qualidade de vida: um novo conceito para a pesquisa e a prática em psiquiatria. *Revista Brasileira Psiquiatria*, 25 (4). 249-252.
- Binotto, M., Borgatto, A. & Farias, S. (2010). Nível de actividade física: questionário internacional de actividades físicas e tempo de prática em mulheres idosas. *Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia*, 13(3). 425-434. Disponível em <http://revista.unati.uerj.br/pdf/rbgg/v13n3/v13n3a09.pdf>.
- Bonfim, C., Saraiva, M., Curto, M., Abrantes, M. & Ferreira, S. (2000). *Centro Comunitário*. Lisboa: Direcção-Geral da Acção Social e Núcleo de Documentação Técnica e Divulgação. Disponível em <http://www.seg-social.pt/left.asp?01.15.02.07>.
- Botelho, A. (2005). A funcionalidade dos idosos. In C. Paúl & A. Fonseca (Coords.). *Envelhecer em Portugal: Psicologia, saúde e prestação de cuidados* (pp. 111-135). Lisboa: Climepsi.
- Braga, M., Casella, M., Campos, M. & Paiva, S. (2011, Janeiro / Março). Qualidade de vida medida pelo WHOQOL-Bref: estudo com idosos residentes em Juiz de Fora.

- Revista APS*, 14(1). 93-100. Disponível em <http://www.aps.ufjf.br/index.php/aps/article/view/965/450>.
- Camarano, A. (2003, Setembro / Dezembro). Mulher idosa: suporte familiar ou agente de mudança? *Estudos Avançados*, 17(49). 35-63. Disponível em http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-40142003000300004.
- Câmara Municipal do Funchal, [CMF], (2008). Sociohabitafuncal, E.M. – Empresa Municipal de Habitação. Disponível em <http://sociohabita.cm-funchal.pt/>.
- Canavarro, M., Vaz Serra, A., Pereira, M., Simões, M., Quintais, L., Quartilho, M, ... Paredes, T. (2006). Desenvolvimento do Instrumento de Avaliação da Qualidade de Vida da Organização Mundial de Saúde (WHOQOL-100) para Português de Portugal. *Psiquiatria Clínica*, 27(1). 15-23. Coimbra.
- Carneiro, R., Falcone, E., Clark, C., Prette, Z. & Prette, A. (2007). Qualidade de vida, apoio social e depressão em idosos: relação com habilidades sociais. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 20(2). 229-237. Disponível em <http://www.scielo.br/pdf/prc/v20n2/a08v20n2.pdf>.
- Carrilho, M. (1993). O Processo de envelhecimento em Portugal: Que perspectivas...? *Estudos Demográficos* nº 31. 75-98. Lisboa: Instituto Nacional de Estatística.
- Cassou, B. (2001). Medir a qualidade de vida numa idade avançada. *Servir*, 49(5). 237-238.
- Castellón, A. & Pino, S. (2003). Calidad de vida en la atención al mayor. *Revista Multidisciplinar de Gerontologia*, 13(3). 188-192. Disponível em http://www.nexusediciones.com/pdf/gero2003_3/g-13-3-007.pdf.
- Chachamovich, E. (2006). *Qualidade de vida em idosos: desenvolvimento e aplicação do módulo WHOQOL-OLD e teste de desempenho do instrumento WHOQOL-Bref em uma amostra de idosos brasileiros*. Dissertação de Mestrado apresentada ao

- Programa de Pós Graduação em Ciências Médicas: Psiquiatria. Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre. Disponível em <http://www.lume.ufrgs.br/bitstream/handle/10183/5779/000520088.pdf?sequence=1>.
- Coimbra, J. & Brito, I. (1999, Novembro). Qualidade de vida do Idoso. *Referência nº 3*. 29-35. Coimbra: Unidade de Investigação em Ciências da Saúde.
- Comissão Nacional para o Ano Internacional das Pessoas Idosas, [CNAIPI]. (1999). *Uma Sociedade Para todas as Idades*. Lisboa: CNAIPI.
- Constituição da República Portuguesa. 4ª Revisão. Disponível em <http://bo.io.gov.mo/bo/i/pt/crppt/crpp1t3.asp#Artigo%2072.º>.
- Costa, A. (1998). *Exclusões Sociais*. Lisboa: Gradiva.
- Direcção-Geral da Segurança Social. (2009). *Família e Comunidade – Respostas sociais*. Disponível em <http://www.seg-social.pt/left.asp?03.07>.
- Direcção Geral da Segurança Social da Família e da Criança. (2004, Dezembro). *Envelhecimento Activo: Uma Oportunidade e Um Desafio. Pretextos nº 17 – Envelhecer....* 4-5. Lisboa: Instituto da Segurança Social, I.P.
- Direcção Geral de Saúde, [DGS]. (2000). *Autocuidado na Saúde e na Doença. Guias para as pessoas Idosas, nº 1: Conservar-se em Forma em Idade Avançada*. (3ª Edição). Lisboa: Europress.
- Direcção Geral de Saúde, [DGS]. (2004). *Programa Nacional para a Saúde das Pessoas Idosas*. Lisboa: DGS.
- Direcção Regional de Estudos e Planeamento, [DREP]. (2007, Maio). *Folheto Informativo Quinzenal*, nº 96. Madeira: DREP.
- Ermida, J. (1999). Processo de envelhecimento. In M. Costa *et al.* *Manual de Sinais Vitais: O idoso problemas e realidades* (pp. 43-50). Coimbra: Formasau.
- Entidade Reguladora de Saúde, [ERS]. (2009). *Consentimento Informado – Relatório Final*. Porto: ERS.

- Eurocid – Previsões Demográficas para a União Europeia 2008-2060. Relatório Eurostat – Julho de 2008. Disponível em http://www.eurocid.pt/pls/wsd/wsdwcot0.detalhe?p_cot_id=4349&p_est_id=9830#relatorio.
- European Commission. (2005). *The social situation in the European Union 2007*. Disponível em http://epp.eurostat.ec.europa.eu/cache/ITY_OFFPUB/KE-AG-08-001/EN/KE-AG-08-001-EN.PDF.
- Figueiredo, D. (2007). *Cuidados Familiares ao Idoso Dependente*. Lisboa: Climepsi Editores.
- Fernandes, A. (1997). *Velhice e Sociedade*. Oeiras: Celta Editora.
- Fernández-Ballesteros, R. (1998). Quality of life: the differential conditions. *Psychology in Spain*, 2(1). 57-65. Disponível em <http://www.psychologyinspain.com/content/full/1998/7bis.htm>.
- Ferreira, M. & Carmo, H. (1998). *Metodologia da Investigação, Guia para Auto-Aprendizagem*. Lisboa: Universidade Aberta.
- Ferraz, A. & Peixoto, M. (1997, Agosto). Qualidade de vida na velhice: estudo em uma instituição pública de recreação para idoso. *Revista Escola de Enfermagem USP*, 31(2). 316-338. Disponível em <http://www.ee.usp.br/reeusp/upload/pdf/419.pdf>.
- Fleck, M., Louzada, S., Xavier, M., Chachamovich, E., Vieira, G., Santos, L. & Pinzon, V. (1999, Janeiro / Março). Aplicação da versão em português do instrumento de avaliação de qualidade de vida da Organização Mundial da Saúde (WHOQOL-100). *Revista de Saúde Pública*, 33(2). 198-205. Disponível em http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89101999000200012.
- Fleck, M., Louzada, S., Xavier, M., Chachamovich, E., Vieira, G., Santos, L. & Pinzon, V. (2000, Abril). Aplicação da versão em português do instrumento abreviado de

- avaliação da qualidade de vida "WHOQOL-Bref". *Revista de Saúde Pública*, 34 (2). 178-183. Disponível em <http://www.scielo.org/pdf/rsp/v34n2/1954.pdf>.
- Fleck, M., Chachamovich, E. & Trentinib, C. (2003, Abril). Projecto WHOQOL-Old: Método e resultados de grupos focais no Brasil. *Revista de Saúde Pública*, 37 (6). 793-799. Disponível em <http://www.scielo.org/pdf/rsp/v37n6/18024.pdf>.
- Fleck, M. (2006). O projecto WHOQOL: desenvolvimentos e aplicações. *Psiquiatria Clinica*, 27(1). 5-13.
- Fonseca, A. (1998). *Psiquiatria e Psicopatologia*. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.
- Fonseca, A. (2005). Aspectos psicológicos da passagem à reforma. In C. Paúl & A. Fonseca (Coords.). *Envelhecer em Portugal: Psicologia, saúde e prestação de cuidados* (pp. 45-73). Lisboa: Climepsi.
- Fonseca, A., Paúl, C., Martín, I. & Amado, J. (2004). Condição psicossocial de idosos rurais numa aldeia do interior de Portugal. In C. Paúl & A. Fonseca (Coords.). *Envelhecer em Portugal: Psicologia, saúde e prestação de cuidados* (pp. 97-108). Lisboa: Climepsi.
- Fortin, M. (2000). *O Processo de Investigação: da Concepção à Realização*. (2ª Edição). Loures: Lusociência.
- Fragoeiro, I. (2008). *A saúde mental das pessoas idosas na Região Autónoma da Madeira*. Dissertação de Doutoramento em Saúde Mental apresentada ao Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar da Universidade do Porto. Porto. Disponível em <http://digituma.uma.pt/bitstream/10400.13/88/1/TeseFragoeiro.pdf>.
- Freire, S. & Rabelo, D. (2004). Qualidade de vida e bem-estar subjectivo: Um estudo em asilos. *Actas do 5º Congresso Nacional de Psicologia da Saúde* (pp. 397-403). Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.
- Gallegos-Carrillo, K., Mudgal, J., Sánchez-García, S., Wagner, F., Gallo, J., Salmerón, J. & García-Peña, C. (2009, Janeiro / Fevereiro). Social networks and

- health-related quality of life: a population based study among older adults. *Salud Pública de México*, 51(1). 6-13. Disponível em http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0036-36342009000100004.
- Gil, A. (1999). *Métodos e técnicas de pesquisa social*. (5ª Edição). São Paulo: Atlas.
- Giddens, A. (2004). *Sociologia*. (4ª Edição). Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.
- Gouveia, B. (2008). Fundamentação ética da humanização dos cuidados ao utente idoso em ambulatório – Um estudo de caracterização dos idosos na Região Autónoma da Madeira. Dissertação apresentada à Universidade Católica Portuguesa. Braga.
- Hortelão, A. (2004). Envelhecimento e Qualidade de Vida. Estudo comparativo de idosos residentes na comunidade e idosos institucionalizados na região de Lisboa. *Servir*, 52(3). 119-131. Lisboa.
- Imaginário, D. (2004). *O idoso dependente em contexto familiar. Uma análise da visão da família e do cuidador principal*. Coimbra: Formasau.
- Instituto de Migraciones y Servicios Sociales. (2001). *Salud y envejecimiento un documento para el debate*. Madrid: Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales, Secretaría General de Asuntos Sociales e Instituto de Migraciones y Servicios Sociales. Disponível em http://www.redadultosmayores.com.ar/buscador/files/SALUD093_Edwards.pdf.
- Instituto de Solidariedade e Segurança Social. (2004, Março). O papel da família na população idosa e na população com deficiência, *Pretextos nº 15 – Ano Internacional da Família*. Lisboa: Instituto da Segurança Social, I.P.
- Instituto Nacional de Estatística, [INE]. (2000). *As gerações mais idosas. Um retrato no final do século*. Lisboa: INE.
- Instituto Nacional de Estatística, [INE]. (2002). *Censos 2001. Resultados Definitivos*. Lisboa: INE.

- Instituto Nacional de Estatística, [INE]. (2002a). Censos 2001. *Resultados Definitivos. Região Autónoma da Madeira*. Lisboa: INE.
- Instituto Nacional de Estatística, [INE]. (2002b). *O Envelhecimento em Portugal: Situação demográfica e socio-económica recente das pessoas idosas*. Lisboa: INE.
- Instituto Nacional de Estatística, [INE]. (2003). *Projeções de População Residente em Portugal 2000-2050*. Lisboa: INE.
- Instituto Nacional de Estatística, [INE]. (2007). *Envelhecimento da População portuguesa*. Lisboa: INE.
- Instituto Nacional de Estatística, [INE]. (2011). Tábuas de mortalidade para Portugal (2008 - 2010). Lisboa: INE.
- Joia, L. & Ruiz, T. (2006, Julho / Setembro). Inquérito populacional sobre o estilo e a qualidade de vida na terceira idade. *Revista Brasileira Médica, Farmacêutica e Comunitária*, 2(6). 114-130. Disponível em www.rbmfc.org.br/index.php/rbmfc/article/view/35.
- Kinsella, K. & Velkoff, V. (2001). U.S. Census Bureau, Series P95/01-1. *An Aging World: 2001*. Washington: U.S. Government Printing Office. Disponível em <http://www.census.gov/prod/2001pubs/p95-01-1.pdf>.
- Kluthcovsky, A., Takayanagui, A., Santos, C. & Kluthcovsky, F. (2007). Avaliação da qualidade de vida geral de agentes comunitários de saúde: a contribuição relativa das variáveis sociodemográficas e dos domínios da qualidade de vida. *Revista de Psiquiatria do Rio Grande do Sul*, 29(2). 176-183. Disponível em <http://www.revistapsiqrs.org.br/administracao/arquivos/29-02-09.pdf>.
- Lima-Costa, M., Barreto, S., Giatti, L. & Uchoa E. (2003, Maio / Junho). Desigualdade social e saúde entre idosos brasileiros: um estudo baseado na Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios. *Cadernos de Saúde Pública*, 19 (3). 745-757. Disponível em <http://www.scielo.br/pdf/csp/v19n3/15878.pdf>.

- Madeira, M. (1999). *Lares para idosos: dos discursos às práticas*. Dissertação de Mestrado apresentada à Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra. Coimbra.
- Mailloux-Poirier, D. (1995). Aspectos demográficos e epidemiológicos do envelhecimento. In L. Berger & D. Mailloux-Poirier (Coords.). *Pessoas idosas – uma abordagem global*, (pp. 87-98). Lisboa: Lusodidacta.
- Magalhães, V. (2001). Qualidade de Vida: Desafio e Ambiguidades. In Archer, L., Biscaia, J., Osswald, W. & Renaud, M. (Coords.). *Novos Desafios à Bioética* (pp. 222-224). Porto: Porto Editora.
- Mah, S., Gonçalves, A. & Garcia, O. (1999). Jovens e Idosos: Contextos, Interações e Redes de Suporte. *Intervenção Social nº 20 – Dossier Gerações e Idades da Vida*. 57-78. Lisboa: ISSSCoop – Cooperativa de Ensino Superior Intervenção Social.
- Martins, R. (2003, Abril). Envelhecimento e saúde: Um problema social emergente. *Revista Millenium nº 27*. Repositório Científico do Instituto Politécnico de Viseu. Disponível em <http://repositorio.ipv.pt/bitstream/10400.19/614/1/Envelhecimento%20e%20sa%C3%BAde.pdf>.
- Martins, R. & Santos, A. (2008, Novembro). Ser Idoso Hoje. *Revista Millenium nº 35*. 1-8. Repositório Científico do Instituto Politécnico de Viseu. Disponível em <http://www.ipv.pt/millenium/Millenium35/8.pdf>.
- Meireles, C. (2008). Envelhecimento activo da pessoa idosa. Artigo elaborado no âmbito da comemoração do Dia Internacional do Idoso. Disponível em http://www.saudepublica.web.pt/TrabCatarina/EnvelhecimentoActivoIdoso_CMeireles.htm.
- Meneses, R. (2005). Promoção da qualidade de vida de doentes crónicos: contributos no contexto das epilepsias focais. Porto: Universidade Fernando Pessoa.

- Meurer, S., Benedetti, T. & Mazo, G. (2009, Outubro / Dezembro). Aspectos da auto-imagem e auto-estima de idosos activos. *Motriz, Rio Claro*, 15(4). 788-796. Disponível em <http://www.periodicos.rc.biblioteca.unesp.br/index.php/motriz/article/view/2376/2581>.
- Moreira, H., Silva, S. & Canavarro, M. (2008). Qualidade de vida e ajustamento psicossocial da mulher com cancro da mama: do diagnóstico à sobrevivência. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 9(1). 165-184. Disponível em http://www.scielo.oces.mctes.pt/scielo.php?pid=S1645-00862008000100014&script=sci_arttext.
- Nazareth, J. (1988). O envelhecimento demográfico. *Psicologia*, 6(2), 135-146.
- Oliveira, J. (2005). *Psicologia do envelhecimento e do idoso*. Porto: Legis.
- Organização Mundial de Saúde, [OMS]. (1998). Versão em Português dos Instrumentos de Avaliação de Qualidade de Vida (WHOQOL). Divisão de saúde mental grupo WHOQOL. Brasil. Disponível em <http://www.ufrgs.br/Psiq/whoqol.html>.
- Organização Mundial de Saúde, [OMS]. (2002, Abril). *Active ageing: a policy framework. A contribution of the World Health Organization to the Second United Nations World Assembly on Ageing*. Madrid. Disponível em http://whqlibdoc.who.int/hq/2002/who_nmh_nph_02.8.pdf.
- Organização das Nações Unidas, [ONU]. (1997). *Clasificación Internacional Normalizada de la Educación*. Disponível em <http://www.uis.unesco.org/Library/Documents/isc97-es.pdf>.
- Paredes, T., Simões, M., Canavarro, M., Vaz Serra, A., Pereira, M., Quartilho, M, ... Carona, C. (2008). Impacto da doença crónica na qualidade de vida: Comparação entre indivíduos da população geral e doentes com tumor do aparelho locomotor.

- Psicologia, Saúde & Doenças*, 9 (1). 73-87. Disponível em <http://www.scielo.oces.mctes.pt/pdf/psd/v9n1/v9n1a07.pdf>.
- Paschoal, S. (2000). Qualidade de vida do idoso: Elaboração de um instrumento que privilegia sua opinião. Dissertação apresentada à Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo. São Paulo. Disponível em www.teses.usp.br/teses/disponiveis/5/5137/tde-09112001.../tdesergio.pdf.
- Paúl, C. (1991). *Percursos pela velhice: Uma perspectiva ecológica em psicogerontologia*. Porto: Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar.
- Paúl, C. (1997). *Lá para o fim da vida. Idosos, família e meio ambiente*. Coimbra: Almedina.
- Paúl, C. (2005). A construção de um modelo de envelhecimento humano. In C. Paúl & A. Fonseca (Coords.). *Envelhecer em Portugal: Psicologia, saúde e prestação de cuidados* (pp. 21-41). Lisboa: Climepsi.
- Paúl, C. (2005a). *Envelhecimento Activo e Redes de Suporte Social*. Porto: Departamento de Ciências do Comportamento. Disponível em <http://ler.letras.up.pt/uploads/ficheiros/3732.pdf>.
- Paúl, C., Fonseca, A., Martin, I., & Amado, J. (2005). Satisfação e qualidade de vida em idosos portugueses. In C. Paúl & A. Fonseca (Coords.). *Envelhecer em Portugal: Psicologia, saúde e prestação de cuidados* (pp. 75-95). Lisboa: Climepsi Editores.
- Pedroso, B., Pilatti, L., Gutierrez, G., Santos, C. & Picinin, C. (2011, Janeiro / Abril). Validação da sintaxe unificada para o cálculo dos escores dos instrumentos WHOQOL. *Revista da Faculdade de Educação Física da UNICAMP*, 9(1). 130-156.
- Pereira, A. (2006). *SPSS – Guia prático de utilização. Análise de dados para ciências sociais e psicologia*. Lisboa: Edições Sílabo.
- Pereira, R., Cotta, R., Franceschini, S., Ribeiro, R., Sampaio, R., Priore, S. & Cecon, P. (2006, Janeiro / Abril). Contribuição dos domínios físico, social, psicológico e

- ambiental para a qualidade de vida global de idosos. *Revista de Psiquiatria do Rio Grande do Sul*, 28(1). 27-38. Disponível em http://www.revistapsiqrs.org.br/administracao/arquivos/contribuicao_dominios_fisicos_28_01_06.pdf.
- Pereira, R., Cotta, R., Franceschini, S., Ribeiro, R., Sampaio, R., Priore, S. & Cecon, P. (2009, Junho). Influência de factores socio sanitários na qualidade de vida dos idosos de um município do Sudeste do Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva*, 16(6). 2907-2917. Disponível em <http://www.scielo.br/pdf/csc/v16n6/28.pdf>.
- Perista, H. (1997). *(Re) Inventar Solidariedades. O local como eixo dinamizador do apoio social às pessoas idosas*. Lisboa: CESIS.
- Pimentel, L. (2001). *O lugar do idoso na família*. Coimbra: Quarteto.
- Pimentel, F. (2006). *Qualidade de vida e oncologia*. Lisboa: Editora Almedina.
- Pontes, J. (2002). Envelhecimento: desafio na transição do século. In P. Netto *et al.* *Gerontologia: A velhice e o envelhecimento em visão globalizada* (pp. 3-12). São Paulo: Atheneu.
- Ramos, L. (2003). Fatores determinantes do envelhecimento saudável em idosos residentes em centro urbano: Projeto Epidoso, São Paulo. *Cadernos Saúde Pública*, 19(3). 793-798. Disponível em <http://www.scielo.br/pdf/csp/v19n3/15882.pdf>.
- Ramos, H. (2001). Qualidade de vida e envelhecimento. In Archer, L., Biscaia, J., Osswald, W. & Renaud, M. (Coords.). *Novos Desafios à Bioética* (pp. 225-231). Porto: Porto Editora.
- Resende, M., Bones, V., Souza, I. & Guimarães, N. (2006). *Rede de relações sociais e satisfação com a vida de adultos e idosos*. Centro Universitário do Triângulo, Uberlândia, Brasil. Disponível em <http://www.psicolatina.org/Cinco/rede.html>.
- Ribeirinho, C. (2005). Projecto de Vida – A vida continua a ter sentido, *I Jornada – Para um Envelhecimento Activo: Descobrir Novos Caminhos*, Fátima: CSP.

- Ribeiro, J. (1998). *Psicologia e Saúde*. Lisboa: Instituto Superior de Psicologia Aplicada.
- Ribeiro, J. (2002). Qualidade de vida e doença oncológica. In Dias, M. & Durat, E. *Territórios da psicologia oncológica* (pp. 75-97). Lisboa: Climepsi.
- Ribeiro, J. (2005). *Introdução à psicologia da saúde*. Coimbra: Quarteto.
- Ribeiro, J. (2009). A importância da qualidade de vida para a psicologia da saúde. In Cruz, S., Jesus, S. & Nunes, C. (Coords). *Bem Estar e Qualidade de Vida* (pp. 31-49). Alcochete: Textiverso. Disponível em <http://repositorio-aberto.up.pt/bitstream/10216/17785/2/57643.pdf>.
- Ribeiro, M. (1992). *As Pessoas Idosas e a Família – Solidariedade entre Gerações*. Conferência Europeia. Actas Madeira.
- Ribeiro, R., Silva, A., Modena, C. & Fonseca, M. (2002). Capacidade funcional e qualidade de vida de idosos. *Estudos interdisciplinares sobre o envelhecimento*, 4, 85-96. Disponível em <http://seer.ufrgs.br/RevEnvelhecer/article/view/4721/2646>.
- Rosa, M. (1999). *O envelhecimento da população portuguesa*. Lisboa: Público.
- Rosa, M., Seabra, H., & Santos, T. (2003). Contributo dos “Imigrantes” na demografia portuguesa: o papel das populações de nacionalidade estrangeira. Lisboa: Alto comissariado para a imigração e minorias étnicas. Disponível em <http://www.oi.acime.pt>.
- Santos, S., Santos, I., Fernandes, M. & Henriques, M. (2002). Qualidade de vida do idoso na comunidade. Aplicação da escala de Flanagan. *Revista Latino Americana de Enfermagem*, 10(6), 757-764. Disponível em <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v10n6/v10n6a2.pdf>.
- Secretaria Regional dos Assuntos Sociais. (2009). *Plano Gerontológico da RAM: Viver mais, Viver melhor*. Madeira: SRAS.
- Sequeira, A. & Silva, M. (2002). O bem-estar da pessoa idosa em meio rural. *Análise Psicológica*, 3(20), 505-516.

- Sequeira, C. (2007). *Cuidar de Idosos Dependentes: diagnósticos e intervenções*. (1ª Edição). Coimbra: Quarteto Editora.
- Silva, J. (Org.). (2009). *Saúde do Idoso e a Enfermagem: Processo de envelhecimento sob múltiplos aspectos*. (1ª Edição). São Paulo: Iátria.
- Silva, S. (2009). Qualidade de vida e bem-estar psicológico em idosos. Dissertação de mestrado apresentada à Faculdade de Ciências Humanas e Sociais. Porto. Disponível em <https://bdigital.ufp.pt/dspace/bitstream/10284/1092/3/sarasilva.pdf>.
- Sousa, L., Galante, H. & Figueiredo, D. (2003). Qualidade de vida e bem-estar dos idosos: um estudo exploratório na população portuguesa. *Revista de Saúde Pública*, 37(3). 364-71. Aveiro. Disponível em <http://www.scielo.br/pdf/rsp/v37n3/15866.pdf>.
- Sousa, L. (2005). *Impacto das Imagens da Velhice na qualidade de vida e bem-estar dos idosos*. Aveiro: Universidade de Aveiro.
- Squire, A. (2005). *Saúde e bem-estar para pessoas idosas: fundamentos básicos para a prática*. Loures: Lusociência.
- Teixeira, B. (2003). Formação para a gerontologia. O idoso institucionalizado. *Revista da Universidade Moderna do Porto* nº 6. 57-68. Porto.
- Teixeira, A., Nunes, M., Freitas, C., Gonçalves, K. & Teixeira, S. (2010, Janeiro / Março). Análise da qualidade de vida de idosos com sintoma de zumbido, *Arquivos Internacionais de Otorrinolaringologia*, 14(1). 54-59. Disponível em <http://www.arquivosdeorl.org.br/conteudo/pdfForl/14-01-07.pdf>.
- Vargas, H. (1983). *Psicologia do envelhecimento*. São Paulo: Byk-Prociennx.
- Vaz, M. (2001). O quotidiano do Idoso: esperança ou desesperanças?. *Intervenção Social* nº 23/24 – *Actas do Seminário Serviço Social: a Acção e os Saberes*. 193-216. Lisboa: ISSSCoop – Cooperativa de Ensino Superior Intervenção Social.
- Vaz Serra, A., Canavarro, M. C., Simões, M. R., Pereira, M., Gameiro, S., Quartilho, M, ... Paredes, T. (2006). Estudos psicométricos do instrumento de avaliação da

- Qualidade de Vida da Organização Mundial de Saúde (WHOQOL-Bref) para Português de Portugal. *Psiquiatria Clínica*, 27(1). 41-49.
- Vaz Serra, A., Canavarro, M. C., Simões, M. R., Pereira, M., Gameiro, S., Quartilho, M, ... Paredes, T. (2006a). Estudos psicométricos do instrumento de avaliação da Qualidade de Vida da Organização Mundial de Saúde (WHOQOL-100) para Português de Portugal. *Psiquiatria Clínica*, 27(1). 31-40.
- Vecchia, R., Ruiz, T., Bocchi, S. & Corrente, J. (2005, Setembro). Qualidade de vida na terceira idade. Um conceito subjectivo. *Revista Brasileira de Epidemiologia*, 8(3). 246-252. Disponível em http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-790X2005000300006&lng=en&nrm=iso&tlng=pt.
- Vieira, A. (2003). Qualidade de vida e suporte social dos idosos em ambiente institucional – contributos da bioética. Dissertação de mestrado em Bioética e Ética Médica apresentada à Faculdade de Medicina do Porto. Porto.
- Vieira, E. (2004). *Manual de gerontologia: um guia prático para profissionais, cuidadores e familiares*. Rio de Janeiro: Revinter.
- Viegas, S. & Gomes, C.(2007), *A Identidade na velhice*. Lisboa: Âmbar.
- Wong, L. & Moreira, M. (2000). Envelhecimento e desenvolvimento Humano: as transformações demográficas anunciadas na América Latina (1950-2050). *VI Reunión Nacional de Investigación Demográfica en México*. Disponível em <http://www.redadultosmayores.com.ar/buscador/files/BRASI014.pdf>.
- Xavier, F., Ferraz, M., Marc, N., Escosteguy, N. & Moriguchi, E. (2003). Elderly people's definition of quality of life. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 25(1). 31-39. Disponível em http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_pdf&pid=S151644462003000100007&lng=en&nrm=iso&tlng=en.

ANEXOS

ANEXO I

Fórmula utilizada para cálculo do tamanho da amostra

$$n = \frac{\sigma^2 \times p \times q \times N}{e^2(N - 1) + \sigma^2 \times p \times q}$$

Onde:

n : tamanho da amostra

σ : nível de confiança escolhido, expresso em número de desvio padrão

p : probabilidade de ocorrência do fenômeno

q : probabilidade de não ocorrência do fenômeno

N : N° elementos da população

e : Erro máximo (3% a 10%)

Gil, Antônio Carlos

Métodos e técnicas de pesquisa social / Antonio Carlos Gil. – 5. ed. – São Paulo : Atlas, 1999

ANEXO II

Formulário utilizado para colheita de dados

DADOS SÓCIO-DEMOGRÁFICOS

1. Idade _____ anos

2. Género (1) Feminino ☐ (2) Masculino ☐

3. Estado Civil

- (1) Solteira(o) ☐ (2) Casada(o) ☐ (3) Viúva (o) ☐
(4) Separada(o)/ Divorciada(o) ☐ (5) União de facto ☐

4. Nível de Instrução

- (1) Não sabe ler nem escrever ☐ (2) Sabe ler e escrever, sem possuir grau de ensino ☐
(3) Até 4 anos de escolaridade ☐ (4) 5 a 10 anos de escolaridade ☐
(5) Bacharelato ☐ (6) Licenciatura ☐
(7) Mestrado ☐ (8) Doutoramento ☐

5. Coabitação

- (1) Só ☐ (2) Com Cônjuge ☐
(3) Com Cônjuge e Filho(s) ☐ (4) Com Filho(s) ☐
(5) Com Outros Familiares ☐ (6) Outra Situação. Qual? _____

6. Fonte de rendimentos

- (1) Trabalho ☐ (2) Pensão ☐
(3) Apoio de outros ☐ (4) Outra Situação. Qual? _____

7. Valor dos rendimentos mensais fixos

- (1) Inferior a 200€ ☐ (2) [200€ a 300€] ☐
(3) [300€ a 484,50€] ☐ (4) [484,50 a 500€] ☐
(5) [500€ a 1000€] ☐ (6) [1000€ a 2000€] ☐
(7) Superior a 2000€ ☐

WHOQOL-BREF



ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE



FACULDADE DE MEDICINA DA UNIVERSIDADE DE COIMBRA

Coordenador: Prof. Doutor Adriano Vaz Serra (adriano@netvisao.pt)



FACULDADE DE PSICOLOGIA E DE CIÊNCIAS DA EDUCAÇÃO DA UNIVERSIDADE DE COIMBRA

Coordenadora: Prof. Doutora Maria Cristina Canavarro (mccanavarro@fpce.uc.pt)

	Equações para calcular a pontuação dos domínios	Resultados	Resultados transformados	
			4-20	0-100
Domínio 1	$(6-Q3) + (6-Q4) + Q10 + Q15 + Q16 + Q17 + Q18$ $\square + \square + \square + \square + \square + \square + \square$			
Domínio 2	$Q5 + Q6 + Q7 + Q11 + Q19 + (6-Q26)$ $\square + \square + \square + \square + \square + \square$			
Domínio 3	$Q20 + Q21 + Q22$ $\square + \square + \square$			
Domínio 4	$Q8 + Q9 + Q12 + Q13 + Q14 + Q23 + Q24 + Q25$ $\square + \square + \square + \square + \square + \square + \square + \square$			

Instruções

Este questionário procura conhecer a sua qualidade de vida, saúde, e outras áreas da sua vida.

Por favor, responda a todas as perguntas. Se não tiver a certeza da resposta a dar a uma pergunta, escolha a que lhe parecer mais apropriada. Esta pode muitas vezes ser a resposta que lhe vier primeiro à cabeça.

Por favor, tenha presente os seus padrões, expectativas, alegrias e preocupações. Pedimos-lhe que tenha em conta a sua vida nas **duas últimas semanas**.

Por exemplo, se pensar nestas duas últimas semanas, pode ter que responder à seguinte pergunta:

	Nada	Pouco	Moderadamente	Bastante	Completamente
Recebe das outras pessoas o tipo de apoio que necessita?	1	2	3	4	5

Deve pôr um círculo à volta do número que melhor descreve o apoio que recebeu das outras pessoas nas duas últimas semanas. Assim, marcaria o número 4 se tivesse recebido bastante apoio, ou o número 1 se não tivesse tido nenhum apoio dos outros nas duas últimas semanas.

Por favor leia cada pergunta, veja como se sente a respeito dela, e ponha um círculo à volta do número da escala para cada pergunta que lhe parece que dá a melhor resposta.

		Muito Má	Má	Nem Boa Nem Má	Boa	Muito Boa
1 (G1)	Como avalia a sua qualidade de vida?	1	2	3	4	5

		Muito Insatisfeito	Insatisfeito	Nem satisfeito nem insatisfeito	Satisfeito	Muito Satisfeito
2 (G4)	Até que ponto está satisfeito(a) com a sua saúde?	1	2	3	4	5

As perguntas seguintes são para ver até que ponto sentiu certas coisas nas duas últimas semanas.

		Nada	Pouco	Nem muito nem pouco	Muito	Muitíssimo
3 (F1.4)	Em que medida as suas dores (físicas) o(a) impedem de fazer o que precisa de fazer?	1	2	3	4	5
4 (F11.3)	Em que medida precisa de cuidados médicos para fazer a sua vida diária?	1	2	3	4	5
5 (F4.1)	Até que ponto gosta da vida?	1	2	3	4	5
6 (F24.2)	Em que medida sente que a sua vida tem sentido?	1	2	3	4	5
7 (F5.3)	Até que ponto se consegue concentrar?	1	2	3	4	5
8 (F16.1)	Em que medida se sente em segurança no seu dia-a-dia?	1	2	3	4	5
9 (F22.1)	Em que medida é saudável o seu ambiente físico?	1	2	3	4	5

As seguintes perguntas são para ver **até que ponto** experimentou ou foi capaz de fazer certas coisas nas duas últimas semanas.

		Nada	Pouco	Moderadamente	Bastante	Completamente
10 (F2.1)	Tem energia suficiente para a sua vida diária?	1	2	3	4	5
11 (F7.1)	É capaz de aceitar a sua aparência física?	1	2	3	4	5
12 (F18.1)	Tem dinheiro suficiente para satisfazer as suas necessidades?	1	2	3	4	5
13 (F20.1)	Até que ponto tem fácil acesso às informações necessárias para organizar a sua vida diária?	1	2	3	4	5
14 (F21.1)	Em que medida tem oportunidade para realizar actividades de lazer?	1	2	3	4	5

		Muito Má	Má	Nem boa nem má	Boa	Muito Boa
15 (F9.1)	Como avaliaria a sua mobilidade [capacidade para se movimentar e deslocar por si próprio(a)]?	1	2	3	4	5

As perguntas que se seguem destinam-se a avaliar se se sentiu **bem ou satisfeito(a)** em relação a vários aspectos da sua vida nas duas últimas semanas.

		Muito Insatisfeito	Insatisfeito	Nem satisfeito nem insatisfeito	Satisfeito	Muito Satisfeito
16 (F3.3)	Até que ponto está satisfeito(a) com o seu sono?	1	2	3	4	5
17 (F10.3)	Até que ponto está satisfeito(a) com a sua capacidade para desempenhar as actividades do seu dia-a-dia?	1	2	3	4	5
18 (F12.4)	Até que ponto está satisfeito(a) com a sua capacidade de trabalho?	1	2	3	4	5
19 (F6.3)	Até que ponto está satisfeito(a) consigo próprio(a)?	1	2	3	4	5
20 (F13.3)	Até que ponto está satisfeito(a) com as suas relações pessoais?	1	2	3	4	5
21 (F15.3)	Até que ponto está satisfeito(a) com a sua vida sexual?	1	2	3	4	5
22 (F14.4)	Até que ponto está satisfeito(a) com o apoio que recebe dos seus amigos?	1	2	3	4	5
23 (F17.3)	Até que ponto está satisfeito(a) com as condições do lugar em que vive?	1	2	3	4	5
24 (F19.3)	Até que ponto está satisfeito(a) com o acesso que tem aos serviços de saúde?	1	2	3	4	5
25 (F23.3)	Até que ponto está satisfeito(a) com os transportes que utiliza?	1	2	3	4	5

As perguntas que se seguem referem-se à **frequência** com que sentiu ou experimentou certas coisas nas duas últimas semanas.

		Nunca	Poucas vezes	Algumas vezes	Frequentemente	Sempre
26 (F8.1)	Com que frequência tem sentimentos negativos, tais como tristeza, desespero, ansiedade ou depressão?	1	2	3	4	5

WHOQOL-Bref (Escala da OMS, 1998, adaptada à população portuguesa pela Professora Doutora Maria Cristina Canavarro et. al., 2006).

ANEXO III

Pedido para utilização da escala WHOQOL-Bref

Pedido para utilização do WHOQOL-Bref

 Mara Nunes <fn.mara@gmail.com>

 4 de Novembro de 2010 17:52

Para: mcanavarro@fpce.uc.pt

[Responder](#) | [Responder a todos](#) | [Encaminhar](#) | [Imprimir](#) | [Eliminar](#) | [Mostrar original](#)

Boa tarde Exmª Sra Professora Doutora Maria Cristina Canavarro.

Chamo-me Mara Nunes e sou Licenciada em Serviço Social, estando actualmente a frequentar o 2º ano do Mestrado em Gerontologia, especialidade em Gerontologia Social na Universidade da Madeira.

Neste contexto, pretendo desenvolver a minha dissertação sob o tema "Envelhecimento e Qualidade de Vida. Contributos dos Centros Comunitários do Funchal".

Esta investigação terá como objectivo geral, determinar o nível de qualidade de vida dos idosos que frequentam as estruturas de apoio referidas e deverá estar concluída até ao final de Setembro de 2011.

Deste modo, gostaria de pedir-lhe permissão para utilização da escala WHOQOL – bref.

Em anexo envio o formulário que é necessário ao pedido para utilização da referida escala.

Desde já agradeço a sua colaboração.

Com os melhores cumprimentos,

Mara Nunes



Formulário WHOQOL - bref.doc

33K [Visualizar como HTML](#) [Scan e transferência](#)

ANEXO IV

Pedido de autorização à Câmara Municipal para a realização do estudo

Mara Figueira Nunes
Rua do Jardim Botânico nº 13
9060-135 Funchal
Telef: 963662015

Exmº Senhor Presidente da
Câmara Municipal do Funchal
Dr. Miguel Albuquerque
Praça do Município
9004-312 Funchal

Assunto: Pedido de Autorização para realização de estudo de investigação nos Centros Comunitários do Funchal

Eu, Mara Figueira Nunes, aluna do 2º ano do Mestrado em Gerontologia da Universidade da Madeira, venho por este meio solicitar a V. Exª autorização para realização de um estudo nos Centros Comunitários pertencentes a essa Autarquia.

Este pedido decorre da elaboração da dissertação de mestrado subordinada ao tema “Envelhecimento e Qualidade de Vida – Contributos dos Centros Comunitários do Funchal”, cujo objectivo principal é precisamente conhecer o nível de qualidade de vida dos idosos que frequentam essas estruturas de apoio.

Na realização desta investigação, todos os idosos serão informados dos objectivos e finalidades do estudo, destino dos dados e contribuição dos resultados. Serão também informados da garantia de sigilo das informações, do anonimato e do respeito à liberdade de desistência do estudo em qualquer momento. Após esta fase, aqueles que aceitarem participar no estudo, darão o seu consentimento informado escrito.

Para recolha dos dados necessários à investigação, será aplicado um formulário composto por duas partes. A primeira, tem em vista o registo dos dados sócio-demográficos necessários à caracterização da amostra de idosos participantes e a segunda, trata-se do instrumento de medida de Qualidade de Vida da Organização Mundial de Saúde (OMS) – WHOQOL-Bref. A aplicação do formulário será efectuada por mim, enquanto autora da referida investigação, através de entrevista a cada participante.

Sem outro assunto de momento, agradeço desde já a atenção dispensada.


Com os melhores cumprimentos,


(Mara Nunes)

ANEXO V

Autorização para utilização da escala WHOQOL-Bref

[WHOQOL-bref] Envio de material Caixa de entrada

 Sofia Gameiro <sgameiro@fpce.uc.pt>

 5 de Novembro de 2010 12:07

Para: Mara Nunes <fn.mara@gmail.com>

[Responder](#) | [Responder a todos](#) | [Encaminhar](#) | [Imprimir](#) | [Eliminar](#) | [Mostrar original](#)

Cara Dra. Mara Nunes,

Em anexo envio o material relativo ao WHOQOL-bref, nomeadamente:

- a versão para português de Portugal do instrumento WHOQOL-bref
- manual de aplicação e cotação
- sintaxe para utilização no pacote estatístico SPSS

Poderá encontrar outra informação relevante em

<http://www.fpce.uc.pt/saude/qv.htm>

<http://www.fpce.uc.pt/saude/whoqolbref.htm>

A equipa do Projecto de Validação do WHOQOL (100 e bref) para Português de Portugal agradecia se pudesse, após realização do trabalho/investigação a que se propõe, disponibilizar um resumo dos resultados obtidos.


Estou disponível para o esclarecimento de qualquer questão.

Grata, Sofia Gameiro.

--

Sofia Gameiro
sgameiro@fpce.uc.pt

Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação
Universidade de Coimbra
Rua do Colégio Novo, Apartado 6153
3001-802 COIMBRA
telf. 239 851450 / fax 239 851465

 **WHOQOL-BREF.zip**
207K Scan e transferência

ANEXO VI

Autorização da CMF para realização do estudo



CÂMARA MUNICIPAL DO FUNCHAL

GABINETE DA PRESIDÊNCIA

Exma. Senhora
Dra. Mara Figueira Nunes
Rua do Jardim Botânico, nº 13
9060 - 135 FUNCHAL

0401 - GAP
06.11.14

Assunto: Pedido de Autorização para realização de estudo de investigação nos Centros Comunitários do Funchal.

Na sequência da recepção do vosso ofício nesta Autarquia, relativamente ao assunto acima mencionado, informo V. Exa. que está autorizado a realização desta investigação, nos Centros Comunitários da Sociohabitafunchal e no Centro Comunitário do Funchal.

Com os melhores cumprimentos.

Paços do Concelho do Funchal, aos 14 de Dezembro de 2010

A Vereadora,
Por Delegação do Presidente da Câmara


Rubina Maria Branco Leal Vargas.

ANEXO VII

Termo de Consentimento Livre e Informado

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E INFORMADO

No âmbito do Curso do 1º Mestrado Internacional e Inter-universitário em Gerontologia a se realizar na Universidade da Madeira, está a ser desenvolvido um trabalho de investigação subordinado ao tema “Envelhecimento e Qualidade de Vida. Contributos dos Centros Comunitários do Funchal”.

Este estudo tem como objectivo determinar o nível de qualidade de vida dos idosos que frequentam os centros comunitários do Funchal, pois considera-se que determinando a qualidade de vida e identificando os factores que a influenciam poderá contribuir-se para o desenvolvimento de novas medidas interventivas para que a população em estudo possa, cada vez mais, usufruir de uma vida com qualidade.

Para isto, gostaríamos de contar com a sua colaboração durante alguns minutos para responder a um formulário tendo em conta a sua vida nas duas últimas semanas. Deste formulário constam perguntas de caracterização pessoal e outras relacionadas com a sua qualidade de vida, nomeadamente a sua saúde física, emocional, relação com amigos e familiares e com o seu meio-ambiente.

Gostaríamos de deixar claro que em qualquer momento desta pesquisa tem o direito de colocar questões relacionadas com a mesma, podendo de igual modo, em qualquer momento, abandonar o estudo. Garante-se que todas as informações prestadas por si são sigilosas, pelo que os dados que lhe dizem respeito serão guardados de forma confidencial e que nenhuma informação será comunicada, incluindo a sua identidade. Os dados recolhidos serão utilizados apenas para esta pesquisa e a divulgação das informações ocorrerá num conjunto, em simultâneo com as respostas de todos os outros participantes.

Pelo presente documento, consinto a minha participação plena no estudo acima referido.

Data: ____/____/2011

Nome: _____

Assinatura: _____

ANEXO VIII

Cronograma do desenvolvimento da investigação

[illegible]

ANEXO IX

Manual de Utilizador e Sintaxe do WHOQOL-Bref

Instrumento

WHOQOL-BREF

Manual do Utilizador e Sintaxe



SAÚDE MENTAL: PESQUISA E EVIDÊNCIA
DEPARTAMENTO DE SAÚDE MENTAL E DEPENDÊNCIA QUÍMICA
ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE
GENEVA

INFORMAÇÕES SOBRE A VERSÃO PORTUGUESA DO WHOQOL-100 PODEM SER OBTIDAS COM:

FACULDADE DE MEDICINA DA UNIVERSIDADE DE COIMBRA
Prof. Doutor Adriano Vaz Serra
Email: adrianovs@netvisao.pt

FACULDADE DE PSICOLOGIA E DE CIÊNCIAS DA EDUCAÇÃO DA UNIVERSIDADE DE COIMBRA
Profª, Doutora Maria Cristina Canavarro
Email: mccanavarro@netcabo.pt

PROCEDIMENTOS DE ADMINISTRAÇÃO DO WHOQOL-BREF

O WHOQOL-100 foi inicialmente desenvolvido como um *questionário de auto-resposta*. No entanto, em determinadas situações não é possível optar por esta metodologia. Neste sentido, os modos de administração do questionário são:

1. **Auto-administrado** – após a leitura das instruções, o respondente preenche o questionário sem qualquer ajuda;
2. **Assistido pelo entrevistador** – o entrevistador lê as instruções e explica o modo de preenchimento do questionário. É o respondente que lê as questões e assinala as respostas.
Nota: *nesta modalidade deve ser manifestada a disponibilidade para o esclarecimento de dúvidas.*
3. **Administrado pelo entrevistador** – o entrevistador lê as instruções, as questões, os descritores da escala de resposta e assinala no questionário a resposta dada pelo inquirido.

Modalidade de entrevista [No caso do doente não conseguir preencher]

De forma a uniformizar a administração do questionário e evitar influenciar as respostas do inquirido, as seguintes recomendações devem, rigorosamente, ser tidas em atenção:

1. A entrevista deve ser conduzida em privado, sem outros doentes, familiares ou amigos presentes. Nesta impossibilidade, deve-se assegurar que os outros não influenciam a resposta do inquirido;
2. O entrevistador deve ler as instruções, as questões e as escalas de resposta, mas não as deve alterar. As instruções podem ser explicadas numa linguagem mais simples. O mesmo **não** deve ser feito em relação às questões e aos descritores da escala de resposta. O entrevistador deve explicar ao respondente que as questões, escalas de resposta e respostas não devem ser discutidas durante a administração do WHOQOL¹. Se o respondente não conseguir responder a uma questão em vez de a repetir, deve-se atribuir uma **nota de 8** e passar à questão seguinte;
3. O entrevistador deve assegurar-se de que não influencia as respostas do inquirido. Mesmo as questões que parecem semelhantes, devem ser lidas na totalidade e classificadas de acordo com a escolha do respondente;
4. O período de referência de **duas semanas** deve ser enfatizado nas instruções sempre que aplicável;
5. Deve-se ter algum cuidado na explicação das instruções das questões de importância, para que o doente perceba essas questões como distintas das anteriores e não como uma repetição das mesmas.

¹ Se o respondente insistir, deve ser explicado que esses assuntos podem ser discutidos no final da passagem do questionário. De igual forma, quaisquer outras explicações devem ser feitas no final da administração.

PROCEDIMENTO DE PONTUAÇÃO DO WHOQOL-BREF SPSS

Primeiro, todas as pontuações precisam ser conferidas de que estejam no intervalo apropriado (entre 1 e 5).

Confira se todas as perguntas do questionário têm uma variação entre 1-5

Passos	Sintaxe de SPSS para executar dados conferidos, limpar e computar pontuações totais
Confira se todas as 26 perguntas do questionário têm uma variação de 1-5	RECODE Q1 Q2 Q3 Q4 Q5 Q6 Q7 Q8 Q9 Q10 Q11 Q12 Q13 Q14 Q15 Q16 Q17 Q18 Q19 Q20 Q21 Q22 Q23 Q24 Q25 Q26 (1=1) (2=2) (3=3) (4=4) (5=5) (ELSE=SYSMIS). (Este procedimento recodifica todos os dados fora da variação 1-5 para o sistema "missing".)

Os resultados dos domínios estão dispostos num sentido positivo, onde as pontuações mais altas representam melhor qualidade de vida. Algumas facetas (Dor e Desconforto, Sentimentos Negativos, Dependência de Medicação, Morte e Morrer) não estão formuladas num sentido positivo, donde para estas facetas as pontuações mais altas não significam melhor qualidade de vida. Estas facetas precisam ser recodificadas para que as pontuações altas reflectam melhor qualidade de vida. As instruções para o cálculo dos resultados estão expostas abaixo.

Inverta as perguntas formuladas negativamente

Inverta 3 questões formuladas negativamente	RECODE Q3 Q4 Q26 (1=5) (2=4) (3=3) (4=2) (5=1). (Isto transforma perguntas formuladas negativamente em perguntas formuladas positivamente.)
---	--

A média dos resultados das perguntas dentro de cada domínio é usada para calcular o resultado do domínio. A média dos resultados é então multiplicada por 100 para que os resultados dos domínios sejam comparáveis com os usados no WHOQOL-100. Neste sentido, os resultados variam entre 0 e 100.

Cálculo dos resultados dos domínios

WDG = Sum.2(Q1, Q2).

WD1 = Sum.7(Q3, Q4, Q10, Q15, Q16, Q17, Q18).

WD2 = Sum.6(Q5, Q6, Q7, Q11, Q19, Q26).

WD3 = Sum.3(Q20, Q21, Q22).

WD4 = Sum.8(Q8, Q9, Q12, Q13, Q14, Q23, Q24, Q25).

MDG = 4*(Mean(Q1, Q2)).

MD1 = 4*(Mean(Q3, Q4, Q10, Q15, Q16, Q17, Q18)).

MD2 = 4*(Mean(Q5, Q6, Q7, Q11, Q19, Q26)).

MD3 = 4*(Mean(Q20, Q21, Q22)).

MD4 = 4*(Mean(Q8, Q9, Q12, Q13, Q14, Q23, Q24, Q25)).

* Transformar os resultados das facetas e domínios do WHOQOL-BREF numa escala de 0 a 100

* Estes resultados transformados devem ser usados na interpretação dos dados quando comparados

* com outros instrumentos validados

TWDG = ((WDG - 2)/8)*100.

TWD1 = ((WD1 - 7)/28)*100.

TWD2 = ((WD2 - 6)/24)*100.

TWD3 = ((WD3 - 3)/12)*100.

TWD4 = ((WD4 - 8)/32)*100.

ANEXO X

Verificação da normalidade da amostra

Tests of Normality

	Kolmogorov-Smirnov ^a		
	Statistic	df	Sig.
QV Geral em %	,174	136	,000*
Domínio Físico em %	,109	136	,000*
Domínio Psicológico em %	,110	136	,000*
Domínio das Relações Sociais em %	,172	136	,000*
Domínio do Ambiente em %	,102	136	,001*

*Sig < 0,05, pelo que amostra não segue uma distribuição normal (Pereira, 2006)

