

# ENVELHECIMENTO. UM ESTUDO SOBRE QUALIDADE DE VIDA

AGEING. A STUDY ON QUALITY OF LIFE

ENVEJECIMIENTO. UN ESTUDIO SOBRE CALIDAD DE VIDA

Ermelinda Maria Bernardo Gonçalves Marques ([emarques@ipg.pt](mailto:emarques@ipg.pt))\*

## RESUMO:

O principal objetivo deste trabalho consistiu em conhecer a percepção dos idosos sobre a sua qualidade de vida, bem como identificar e analisar os fatores determinantes da mesma. Decorreu numa Extensão de Saúde do Centro do Saúde da Guarda – ULS da Guarda, tendo sido realizadas entrevistas a 55 idosos.

Os idosos tendem a perceber melhor qualidade de vida nas dimensões relativas à saúde mental, desempenho emocional e função social da Escala SF-36. Percecionaram menor qualidade de vida ao nível das dimensões do desempenho físico, vitalidade e dor corporal. Quanto à mudança de saúde, ou seja, a saúde atual comparativamente com o que acontecia há um ano, verificámos que a tendência foi no sentido de a considerar um pouco pior.

Relativamente aos fatores que podem influenciar a qualidade de vida, encontraram-se resultados estatisticamente significativos numa ou mais dimensões da Escala SF-36, relativamente ao género, idade, escolaridade, rendimento, necessidade de apoio, sofrer de doença, nível de independência, depressão e apoio social.

Palavras Chave: Envelhecimento, idosos, qualidade de vida

## ABSTRACT:

The main objective of this work is to get to know the elderly's perception about their quality of live, as well as identify and analyse the determining factors of this quality of lie. The study took place in an extension of the Centro de Saúde da Guarda (Health Center of Guarda) and 55 interviews were made to elderly people.

The elderly tend to identify a better quality of life in the mental health scope and emotional performance and social function in the SF-36 scale. They identify less quality of life in the physical performance, vitality and corporal pain. As far as change in health is concerned, which is to say, their current health

when compared to their health a year ago, we concluded that they consider it slightly worst.

The factors that can influence their quality of life are statistically registered in one or more dimensions of the scale SF-36, as far as genre, age, education, income support need, suffering from a disease, independence level, depression or social support are concerned.

**Key words:** Ageing, elderly people, quality of life.

## RESUMEN:

El principal objetivo de este trabajo consiste en conocer la percepción de las personas mayores acerca de su calidad de vida además de identificar y analizar los factores que determinan esa calidad de vida. Se ha realizado en una Extensión de Salud del Centro de Salud de Guarda-ULS de Guarda, habiendo realizado entrevistas a 55 personas mayores.

Las personas mayores tienden a percibir una mejor calidad de vida en las dimensiones relativas a salud mental, funcionamiento emocional y función social de la Escala SF-36. Tienen una peor percepción de la calidad de vida en las dimensiones de funcionamiento físico, vitalidad y dolor corporal. En cuanto a los cambios de salud, es decir, la salud actual comparada con la del último año, verificamos que la tendencia fue considerarla un poco peor.

En relación a los factores que pueden influir en la calidad de vida se han encontrado resultados estadísticamente significativos en una o más dimensiones de la Escala SF-36, relativos al género, edad, nivel educativo, rendimiento, necesidad de apoyo, padecimiento de dolencias, nivel de independencia, depresión y apoyo social.

**Palabras clave:** envejecimiento, personas mayores, calidad de vida

\* CESE em Enfermagem Comunitária pela Escola Superior de Enfermagem de Coimbra

Mestre em Saúde Pública pela Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra

Doutoranda em Psicopedagogia na Universidade Pontifícia de Salamanca

Professora Adjunta da Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico da Guarda

## 1. INTRODUÇÃO

O aumento do número de idosos é uma das manifestações da mudança do perfil demográfico a nível mundial e particularmente no cenário português, passando-se assim de uma dimensão meramente pessoal para uma dimensão social.

O fenómeno do envelhecimento é a resultante da transição demográfica, passando-se de um modelo demográfico de fecundidade e mortalidade elevados para um modelo em que ambos são baixos, originando o estreitamento da base da pirâmide de idades, com redução de efetivos populacionais jovens, acompanhado pelo alargamento do topo, com acréscimo de efetivos populacionais idosos (INE, 1999).

A melhoria das condições socioeconómicas das populações e dos acentuados progressos da medicina tem contribuído para um aumento significativo da esperança de vida, das pessoas idosas e também das mais idosas.

Os idosos formam um núcleo da população relevante, tornando-se uma exigência da vida atual o seu estudo, e mais concretamente da sua qualidade de vida. Pode envelhecer-se com qualidade de vida, contrariando uma ideia bastante comum que encara o envelhecimento como sinónimo de doença, de improdutividade, dependência, isolamento e desvalorização social.

A qualidade de vida, de acordo com o grupo de Qualidade de Vida da O.M.S. (1995) é uma perceção individual da posição na vida, no contexto do sistema cultural e de valores em que as pessoas vivem e relacionada com os seus objetivos, expectativas, normas e preocupações. É um conceito amplo, subjetivo, que inclui de forma complexa a saúde física da pessoa, o seu estado psicológico, o nível de independência, as relações sociais, as crenças e convicções pessoais e a sua relação com os aspetos importantes do meio ambiente.

Ferreira (1995) considera a qualidade de vida como a perceção única e pessoal de vida, marcada por muitos fatores inter-relacionados com a situação socioeconómica, o clima político, os fatores ambientais e habitacionais, a educação, o emprego, entre outros. O mesmo autor considera a qualidade de vida relacionada com a saúde como um subconjunto dos aspetos da qualidade de vida relacionados, na existência individual, com o domínio da saúde.

Assim, no concelho da Guarda, onde o fenómeno do

envelhecimento assume elevadas proporções, considera-se de grande interesse abordar esta temática, surgindo as seguintes questões: Qual a percepção dos idosos sobre a sua qualidade de vida e quais os fatores que interferem nessa qualidade de vida?

Compreendendo melhor os aspetos relacionados com a qualidade de vida do idoso pode desenvolver-se uma ação mais eficazmente, através da aplicação de medidas concretas e exequíveis que visem melhorar essa qualidade de vida.

## 2. OBJETIVOS E PROCESSO METODOLÓGICO DO ESTUDO

Este trabalho consistiu num estudo descritivo, analítico e transversal, com o qual se pretendeu avaliar a percepção dos idosos sobre a sua qualidade de vida, bem como analisar alguns fatores que influenciam essa qualidade de vida.

### 2.1. Objetivos do Estudo

Este estudo desenvolveu-se tendo como base os seguintes objetivos gerais:

- Conhecer a percepção dos idosos sobre a sua qualidade de vida;
- Identificar e analisar os fatores determinantes da qualidade de vida;
- Equacionar algumas medidas que possam contribuir para a melhoria da qualidade de vida dos idosos da comunidade em estudo, mediante os resultados encontrados.

### 2.2. População alvo e amostra de estudo

Para a realização deste estudo selecionou-se como unidade de análise o Concelho da Guarda dado ser uma região envelhecida e o facto da investigadora conhecer e residir no Concelho facilitou a recolha de dados. A população alvo é constituída pelos idosos das listas de utentes inscritos no Centro de Saúde da Guarda e/ou extensões de Saúde do mesmo, num total de 9 456 idosos.

Verificando-se que população alvo é de grande dimensão e

dada a dispersão geográfica deste concelho, optou-se, numa primeira fase, por estudar os idosos inscritos numa das 16 extensões de saúde do Centro de Saúde da Guarda – ULS da Guarda, a fim de atingir os objetivos traçados para esta investigação, utilizando como critério de exclusão: idosos com défice cognitivo (avaliado através do Mini Exame do Estado Mental). Recorreu-se assim, a uma amostra não probabilística por conveniência.

### 2.3. Variáveis em estudo

Para a concretização deste estudo foram definidas as seguintes variáveis:

- variável dependente: Perceção do idoso sobre a sua qualidade de vida;

- variáveis independentes: género, idade, estado civil, naturalidade, freguesia de residência, zona de residência, local onde vive, mudança de residência, coabitação, escolaridade, rendimento, bens de conforto, necessidade de apoio, serviços que mais utiliza, ocupação dos tempos livres, prática de exercício físico, prática de religião, idade da reforma, profissão/ocupação ao longo da vida, frequência de visitas familiares, sofrer de doença, nível de independência funcional/autonomia, funcionalidade familiar, apoio social funcional.

### 2.4. Instrumentos de recolha de dados

A recolha de dados foi efetuada através da aplicação de algumas escalas já traduzidas e testadas na população portuguesa e de um questionário elaborado especificamente para o estudo. Os instrumentos a utilizar tiveram em conta os objetivos do estudo, a bibliografia consultada e a amostra sobre a qual incide o estudo.

Foram utilizados diversos instrumentos, sendo os idosos entrevistados de forma individual e anónima. Os instrumentos foram aplicados com a sequência que a seguir se apresenta: Mini Exame do Estado Mental de Folstein *et al.* (1975), segundo adaptação portuguesa de Manuela Guerreiro *et al.* (1994); questionário elaborado especificamente para o estudo; escala de avaliação de atividades de vida diária (Índice de Katz); escala de Apgar Familiar de Smilkstein; Escala de avaliação do apoio social funcional (escala de Duke – UNC –

11); questionário do Estado de Saúde (SF-36), versão 2, o qual avalia a percepção dos idosos sobre a sua qualidade de vida relacionada com a saúde.

As entrevistas foram planeadas de acordo com a marcação de consultas médicas e de enfermagem na Extensão de Saúde, a realização de visitas domiciliárias e a disponibilidade dos idosos. O local da sua realização foi a Extensão de Saúde e, nalguns casos, o domicílio do idoso e o Centro de Dia. A recolha de dados foi efetuada durante os meses de Março/Abril de 2009, tendo sido realizadas 59 entrevistas. Dos idosos abordados para fazerem parte do estudo, apenas 1 recusou responder ao questionário, 4 foram excluídos por apresentarem défice cognitivo, obtendo-se no final uma amostra constituída por 55 idosos, o que corresponde a 20,2% dos idosos inscritos na Extensão de Saúde selecionada para o estudo.

### 3. RESULTADOS/DISCUSSÃO

Salientam-se, de seguida, alguns dos resultados obtidos com a realização deste trabalho.

A maioria dos idosos (63,6%) era do género feminino. É notório, quer a nível nacional, quer internacional, um valor mais elevado da esperança de vida à nascença no género feminino, corroborando o facto de neste grupo etário existir um número superior de mulheres. Neste âmbito, Kalache (2002) refere que devemos ter em conta a feminização da população idosa, já que o número de mulheres que atinge a velhice é duas vezes maior que o dos homens.

A idade dos idosos variou entre os 65 e os 94 anos de idade, sendo a idade média os 78 anos, situando-se a maioria (52,7%) no grupo etário dos 75 aos 85 anos. De acordo com a divisão da velhice em idades cronológicas, e segundo Paúl (1994) podemos dizer que os elementos da amostra estudada se integram, maioritariamente, no grupo dos Idosos (75-85 anos), sendo também significativo, apesar de apresentar o valor mais baixo (20,0%) o grupo dos Muito Idosos (com 85 ou mais anos). A melhoria das condições socioeconómicas das populações e dos acentuados progressos da medicina tem contribuído para um aumento significativo da esperança de vida, dos indivíduos idosos e também dos mais idosos, o que se reflete num sobreenvelhecimento da população.

Os indivíduos casados ocuparam a maior percentagem (60%),

embora o número de viúvos seja considerável (34,6%), o que também se verificou noutros estudos realizados em Portugal (Dinis, 2003; Paúl *et al*, 2005; Santos, 2007) e que está em consonância com as estatísticas demográficas.

A maioria dos idosos (90,9%) vive em casa própria, 9,1% vive em casa dos filhos. Em consonância com este resultado, verifica-se que, apenas uma pequena percentagem de idosos, mudou de residência (12,7%) e dos que mudaram de residência (7 idosos), 57,2% fizeram-no há um tempo que variava entre 6 e 14 anos. O principal motivo da mudança de residência foi o facto de o idoso estar doente (28,6%).

Quase metade dos idosos (49,1%) viviam com o cônjuge, seguidos de 21,8% que viviam sozinhos, o que nos poderá levar a concluir que, 70,9% dos elementos da amostra integra famílias só de idosos (considerando que os cônjuges dos elementos da amostra também serão idosos, o que não foi diretamente questionado neste estudo). Os restantes, integram famílias compostas por idosos e outros, com uma percentagem muito mais reduzida (29,1%).

Quanto à escolaridade, verificou-se que a maior percentagem (43,6%) foi ocupada pelos idosos que possuem o 1º Ciclo do Ensino Básico (4ª classe), seguindo-se o grupo dos analfabetos, ou seja, os idosos que não sabem ler, nem escrever (29,1%). De salientar que, o nível de instrução mais elevado foi o 2º Ciclo do Ensino Básico (Ciclo preparatório), o que se verificou apenas num idoso. De um modo geral, a população idosa portuguesa, detém baixos níveis de instrução, contudo, e apesar do baixo nível de instrução encontrado na amostra, se tivermos em conta a percentagem de idosos analfabetos, verifica-se que, estudos efetuados pelo INE (2003) revelam um panorama ainda pior, onde se identificou que 55,1% da população portuguesa, com 65 ou mais anos, não tinha qualquer nível de instrução.

Relativamente à fonte de rendimentos, constata-se que todos os idosos usufruíam de pensão, verificando-se que 23,6% da amostra possuem ainda outra fonte de rendimento (principalmente de atividades económicas, para 46,2%, seguindo-se, com o mesmo peso, as rendas, poupança reforma e agricultura, com uma representatividade de 15,4% cada). Neste contexto, verifica-se que 27,3% dos idosos em estudo, apresentam um rendimento mensal que se situa entre os 301 e os 450 euros, seguidos de 16,4% que tinham rendimentos entre 501 e 550 euros e de 14,5% cujo rendimento mensal era inferior a 250 euros. Numa análise geral destes valores, constata-se que 50,9% dos idosos

auferir de rendimentos mensais inferiores a 451 euros, o que reflete a situação da maioria dos idosos portugueses, os quais beneficiam de rendimentos baixos, constituindo o grupo etário que mais fortemente é atingido pela pobreza, apesar da melhoria verificada entre 1995 e 2005 (taxa de pobreza de 28% e 38%, em 2005 e 1995, respetivamente).

Esta situação poderá deixar o idoso numa situação de fragilidade financeira, o que, de certa forma, pode condicionar o seu modo de vida, a nível da alimentação, lazer, saúde, bens de conforto, bem como a sua qualidade de vida. Apesar disso, a maioria dos idosos em estudo (76,4%), considerou que o rendimento mensal que tinha era suficiente para as suas necessidades, o que, de certa forma, é compreensível, dado que estamos a falar de idosos de um meio rural, em que, muitos deles, ainda se dedicam à agricultura, ainda que seja apenas para consumo doméstico, o que diminui, acentuadamente as despesas com a alimentação. Por outro lado, algumas necessidades destes idosos serão diferentes de outros grupos etários face ao modo como foram educados e o grande espírito de poupança que foram cultivando ao longo das suas vidas, o que poderá, em parte, justificar os resultados obtidos e que se contrapõem aos do estudo realizado pelo INE em 1997, o qual evidenciou que a maioria dos idosos com 65 e mais anos se encontram insatisfeitos com a sua situação financeira (INE, 1999).

No que concerne aos bens de conforto, todos os idosos referiram ter televisão e frigorífico, a maioria (87,3%) tem máquina de lavar roupa (87,3%) e micro-ondas (58,2%). Verifica-se assim que a maioria possui os bens essenciais, no entanto se tivermos em conta os outros bens, as percentagens diminuem drasticamente, o que parece estar de acordo com o nível de rendimentos dos idosos, que na sua maioria são baixos, apesar dos mesmos os considerarem suficientes para suprir as suas necessidades.

A maioria dos idosos (60,0%) referiu necessitar de apoio, sendo este prestado, mais de 15 dias por mês, à maioria dos idosos (63,6%). A família é a principal prestadora de apoio ao idoso (57,6%), seguindo-se o Centro de Dia com 48,5%. Apenas 1 idoso referiu ter apoio de amigos/vizinhos. O estudo de Dinis (2003) revela também que a maioria dos idosos por ela estudados (66,1%) tinha, como principal suporte social, a família.

Os resultados deste trabalho reforçam a importância da família no apoio ao idoso, constituindo-se assim como principal fonte de suporte e sendo, emocionalmente, o mais estável. De acordo com



Antonucci e Akiyama (1987) citados por Molina (2008), o apoio precedente do sistema informal dado aos idosos é o principal preditor da manutenção dos mesmos na comunidade, podendo afirmar-se que as fontes de apoio mais importantes para os idosos são os familiares, amigos e vizinhos; muito mais que as fontes de apoio formal. Imaginário (2008) enfatiza este facto referindo que a contribuição da família é tão importante para o idoso que se defende a nível mundial que nenhuma instituição possa substituir a família na prestação de apoio ao idoso. A mesma autora refere que o apoio familiar é imprescindível ao equilíbrio biopsicossocial do idoso, uma vez que esta instituição tem como função favorecer um envelhecimento útil e participativo.

Quando a rede de suporte informal deixa de poder fazer face à situação do idoso, torna-se necessário encarar outras soluções e recorrer à rede de suporte formal, o que assume relevância no nosso estudo, uma vez que 48,5% dos idosos recebe apoio do Centro de Dia. Estas instituições são fundamentais no apoio ao idoso, quer nos casos dos que as frequentam, quer nos casos dos que recebem apoio domiciliário (como alimentação, higiene da casa e da roupa), contribuindo assim, juntamente com o apoio dos familiares, para a permanência dos idosos no domicílio.

Os serviços mais utilizados pelos idosos eram os cuidados médicos (74,5%), seguidos da alimentação (34,5%), da higiene da casa (32,7%) e da higiene da roupa (29,1%). É um facto bem conhecido que os idosos são grandes consumidores de cuidados médicos, o que é compreensível, uma vez que, à medida que a idade avança, aumenta a suscetibilidade para a morbilidade. Neste âmbito, a maioria dos idosos em estudo, concretamente 87,3%, referiu que sofria de alguma doença. As referidas com maior frequência foram as doenças do sistema osteomuscular e do tecido conjuntivo (45,8%), as doenças do aparelho circulatório (35,4%), as doenças endócrinas, nutricionais e metabólicas (29,2%), as doenças do aparelho digestivo (12,5%) e as do aparelho respiratório (10,4%). De acordo com Berger (1995), há determinadas patologias que se tornam mais frequentes nos idosos, sendo, a nível físico, as afeções osteoarticulares que mais limitam a capacidade funcional do idoso, o que está de acordo com os resultados deste estudo.

A maioria dos idosos ocupavam os tempos livres a ver televisão (81,8%) e a ir à igreja (81,8%), seguindo-se os trabalhos manuais (34,5%), ouvir rádio (25,5%) e a leitura (20,0%). Ocupar os tempos livres a ver televisão aparece também com maior percentagem nos estudos

de Mourata da Silva (2005), Santos (2007) entre outros. Verifica-se no nosso estudo uma grande percentagem de idoso que vai à igreja para ocupar os tempos livres, o que poderá justificar-se pelas características da amostra que referiu ser, na sua totalidade, praticante da religião católica (o que também está de acordo com a tradição do nosso país, onde a religião católica, historicamente, é a mais praticada) e onde as tradições religiosas são cultivadas e, particularmente por este grupo etário.

Em Portugal, existe um programa específico de Termalismos para os idosos. Apesar de assumir uma percentagem relativamente baixa, realçamos no nosso estudo o facto de 14,5% dos idosos frequentar termas, o que poderá estar relacionado com o tipo de patologia que foi mais referido pelos idosos (doenças do sistema osteomuscular), procurando assim neste serviço uma forma para “aliviar” a sintomatologia causada por esse tipo de patologias.

Como se constata, a maioria dos idosos (76,4%) referiu não praticar exercício físico e todos os que praticam, realizam caminhadas. De acordo com o INE (1999), em Portugal, apenas 2,4% dos idosos praticam exercício físico regular, o que foi largamente ultrapassado neste estudo. Neste sentido, Veríssimo (1999) refere que, aumentando a capacidade física, melhoram as funções cognitivas, como o tempo de reação a estímulos, a memória, a inteligência e a atenção, aconselhando o mesmo a que, se o idoso foi sempre sedentário, a caminhada, é a atividade física mais indicada. O mesmo autor, acrescenta que, ao minorar a perda de capacidade funcional e mental contribui para a prevenção de um dos maiores problemas do envelhecimento, que sendo consubstanciado na perda de autonomia e independência, representa uma das principais causas da degradação da qualidade de vida do idoso. Não obstante, no nosso estudo a prática de exercício físico não influencia a qualidade de vida do idoso ( $p > 0,05$  para todas as dimensões do questionário SF-36).

Quanto à idade da reforma, 49,1% dos idosos reformaram-se com 65 ou mais anos, seguidos de 39,9% que se reformaram com idades compreendidas entre 55 e 65 anos, constatando-se ainda que metade dos idosos se reformou com idade igual ou superior aos 63 anos. A profissão/ocupação exercida ao longo da vida pelos idosos foi agricultor e doméstica com a mesma percentagem (40% para cada uma delas), o que poderá ser reflexo das habilitações literárias dos mesmos e também das características da área geográfica estudada, que é rural e onde a agricultura era a principal fonte de rendimento da

população, agora idosa, e onde as mulheres, frequentemente assumiam os trabalhos domésticos.

Relativamente às visitas dos filhos/familiares durante o ano, 34,5% dos idosos era visitado pelos filhos e/ou outros familiares todos os dias, seguindo-se 23,6% que era visitado mais de uma vez por mês e com igual percentagem (12,7%) são visitados 1 vez por semana e mais de uma vez por semana. Apenas 1 idoso referiu não ter visitas.

No concerne ao nível de independência do idoso, verificámos, através da aplicação do Índice de Katz que os idosos são maioritariamente independentes (50,9%), em todas as atividades (comer, vestir, mobilidade, higiene corporal, tomar banho, controlo de esfíncteres). De acordo com Gallo *et al.* (2000), o nível de incapacidade no desempenho das AVD é preditor de uma maior mortalidade, verificando-se que a deterioração funcional começa por atingir a capacidade de andar, de tomar banho e de transferência de posição, o que também se verificou no nosso estudo (na atividade de caminhar, apenas 50,9% dos idosos referiram ser independentes, seguindo-se o tomar banho para 72,7% dos idosos). De seguida, diminuem as capacidades de se vestir, de cuidar da sua higiene diária e de se alimentar, embora possa existir uma grande variação individual. Trata-se pois, de atividades básicas que envolvem a habilidade do indivíduo para lidar com cuidados pessoais necessários para a vida em comunidade.

A avaliação da perceção que os idosos têm do funcionamento da sua família permitiu-nos constatar que 49,1% pertenciam a famílias com moderada disfunção, seguidos de 41,8% cujas famílias eram altamente funcionais e, com menor percentagem (9,1%) surgem as famílias com disfunção acentuada. Santos (2007) é de opinião que os vínculos familiares consistentes propiciam segurança e qualidade de vida ao idoso. Não obstante, no presente estudo, a perceção da qualidade de vida não se relaciona com a perceção que o idoso tem do funcionamento da sua família ( $p > 0,05$  para todas as dimensões do questionário SF-36).

Relativamente ao apoio social funcional constata-se que, para a maioria dos idosos, o apoio social percebido é normal, quer em termos globais (90,9%), quer em termos de apoio confidencial (87,3%) e de apoio afetivo (89,1%). Verifica-se assim que, os idosos da amostra em estudo manifestam receber apoio social adequado. Na verdade, sabemos que os idosos atribuem uma grande importância ao amparo e apoio que recebem da família, dos amigos, e de outros grupos sociais, e nesse sentido, poderemos considerar que quanto maior o apoio,

menor a probabilidade de ocorrer a institucionalização, com todas as vantagens que a permanência na comunidade traz para estes indivíduos. Neste sentido, e de acordo com Berger (1995), as pessoas idosas bem integradas no meio são capazes de adotar uma atitude psicossocial positiva, ou seja, reconhecer que fizeram bem aquilo que tinham a fazer, e de encarar com serenidade a proximidade do fim. Uma sociedade que dá apoio ao idoso, e na qual o mesmo é respeitado e ativo, terá um maior número de idosos e saudáveis.

Os resultados obtidos através da aplicação do questionário SF-36 permitiram-nos avaliar a percepção dos idosos sobre a sua qualidade de vida relacionada com a saúde, o que pode observar-se no quadro 1. Os idosos tendem a percecionar **melhor qualidade de vida** nas dimensões relativas à saúde mental, desempenho emocional e função social. Percecionaram **menor qualidade** de vida ao nível das dimensões do desempenho físico, vitalidade e dor corporal. Os resultados permitem-nos ainda constatar que os idosos tendem a percecionar a saúde atual um pouco pior, comparativamente com o que acontecia há um ano atrás.

**Quadro 1 - Distribuição dos idosos segundo a percepção da qualidade de vida**

| Dimensão          | $\bar{x}$ | Md    | s     | xmin  | xmáx   |
|-------------------|-----------|-------|-------|-------|--------|
| Função física     | 46.36     | 40.00 | 28.67 | 0.00  | 95.00  |
| Desempenho físico | 37.84     | 37.50 | 29.47 | 0.00  | 100.00 |
| Dor corporal      | 42.11     | 32.00 | 28.58 | 0.00  | 100.00 |
| Saúde geral       | 46.55     | 45.00 | 16.50 | 10.00 | 82.00  |
| Vitalidade        | 41.70     | 37.50 | 21.01 | 6.00  | 88.00  |
| Função social     | 55.91     | 50.00 | 26.34 | 13.00 | 100.00 |
| Desempenho        | 60.30     | 50.00 | 24.48 | 0.00  | 100.00 |
| Saúde mental      | 60.55     | 65.00 | 21.66 | 10.00 | 95.00  |
| Mudança de saúde* | 68.64     | 75.00 | 19.38 | 25.00 | 100.00 |

\* Não é considerado um conceito de saúde

Apresentam-se, de seguida, os resultados do estudo que desenvolvemos para investigar quais os fatores que podem influenciar a qualidade de vida do idoso.

Relativamente ao género, verificou-se que os idosos do género masculino tendem a percecionar melhor qualidade de vida ao nível de diversas dimensões (dor corporal:  $p=0.003$ , saúde geral:  $p=0.006$  ,

vitalidade:  $p=0.032$ , função social:  $p=0.036$ , desempenho emocional:  $p=0.013$  e saúde mental:  $p=0.005$ ). De facto, as mulheres têm uma esperança de vida à nascença superior à dos homens, no entanto, os homens podem esperar viver, em termos relativos e de um modo geral, mais tempo sem incapacidade física de longa duração (DGS, 2006) o que poderá justificar os resultados obtidos. Torna-se assim evidente que, as mulheres apesar de viverem mais tempo, tendem a apresentar pior qualidade de vida relativamente aos homens.

O estudo da correlação entre a idade dos idosos e a perceção da qualidade de vida permite constatar que apenas nas dimensões dor corporal e saúde mental as correlações com a idade não podem ser consideradas estatisticamente significativas ( $p>0.05$ ). Este facto verifica-se também em termos de mudança de saúde. Como nas restantes dimensões os coeficientes de correlação apresentam valores negativos, podemos afirmar que os idosos mais velhos tendem a percecionar pior qualidade de vida. Neste âmbito, Schalock e Verdugo (2003) referem que é habitual as pessoas idosas apresentarem uma saúde mais frágil, com doenças e perdas de diversos tipos, associadas ao envelhecimento, o que não os impede de atingir níveis aceitáveis de bem-estar físico, psicológico e social. Ao atingir esta etapa da vida, a debilidade física, a dependência, a perda de papéis, os estereótipos e preconceitos, ou seja, as inevitáveis perdas decorrentes do processo de envelhecimento, podem levar à diminuição da qualidade de vida dos idosos, surgindo então, a preocupação em transformar a longevidade do ser humano, cada vez mais aumentada, numa etapa significativa da vida (Paschoal, 2001).

O nível de escolaridade é uma das variáveis sociodemográficas com influência na qualidade de vida, o que também se constatou no nosso estudo. Os idosos com mais escolaridade tendem a percecionar melhor qualidade de vida nas dimensões: função física ( $p=0.025$ ), saúde geral ( $p=0.003$ ), vitalidade ( $p=0.020$ ) e função social ( $p=0.022$ ), do questionário SF-36. Verificamos ainda que estes idosos são os que revelam menor mudança de saúde para pior comparativamente com a situação existente há um ano atrás ( $p=0.016$ ). A este propósito, Fernandez-Ballesteros (2009) refere que, segundo a OMS (2001), as políticas a favor de um envelhecimento ativo devem ter em conta quatro tipos de componentes, entre as quais, a promoção dos fatores protetores do funcionamento cognitivo através de programas de alfabetização ao longo da vida, assim como programas de formação

contínua, o que contribuirá para a melhoria da qualidade de vida nesta etapa do ciclo vital.

Clark (1991), citado por Schalock e Verdugo (2003) refere que o aspeto mais destacado nas investigações sobre qualidade de vida do idoso é a autonomia e independência da pessoa em diferentes contextos, tendo a deterioração das capacidades funcionais um impacto muito negativo sobre muitos outros aspetos da vida. Na verdade, é a perda de independência que determina a maior necessidade de apoio e, em muitos casos, o afastamento do meio familiar e comunitário natural. O estudo da relação da percepção da qualidade de vida com o nível de independência do idoso permitiu-nos constatar que os mais independentes tendem a perceber melhor qualidade de vida. As correlações, apenas não apresentam resultados estatisticamente significativos nas dimensões dor corporal ( $p=0.068$ ), saúde mental ( $p=0.134$ ) e mudança de saúde ( $p=0.667$ ).

Assim, poderíamos dizer que, se por um lado é motivo de orgulho a conquista de mais anos à vida, na qual deveria corresponder, uma melhor qualidade de vida, por outro lado o prolongamento da vida e, conseqüentemente, do processo de envelhecimento, vai expondo também a pessoa a doenças crónicas, mentais e incapacitantes (Moniz, 2003). Segundo Fries (1989) citado por Cerrato e Fernandez de Troconiz (1997), pretende-se evitar que o prolongamento da vida se converta no prolongamento de um deficiente estado de saúde, caracterizado pelo padecimento de doenças crónicas e sofrimento, porque desta forma, a longevidade seria conseguida à custa de uma diminuição da qualidade de vida. A este propósito os resultados do nosso estudo revelam que a maioria dos idosos (87,3%) refere possuir alguma patologia, verificando-se que os idosos que não sofrem de doenças tendem a perceber melhor qualidade de vida, o que vem corroborar a ideia apresentada.

Uma das melhores formas de expressar o quanto é bom envelhecer, é mostrar o número total de pessoas idosas sem incapacidade, continuando, por isso, a viver com independência na comunidade, o que se tem vindo a constatar através do aumento da esperança de vida sem incapacidade aos 65 anos. Verifica-se, então, que algo de positivo está a acontecer e em parte isso deve-se às gerações que hoje estão a chegar à terceira idade e que tiveram um passado mais favorável, que foram melhor alimentados, que receberam melhores níveis educacionais e que se puderam proteger quanto às doenças não transmissíveis, porque tiveram acesso a tratamentos

medicamentosos resultantes dos progressos biotecnológicos (Kalache, 2002: 22).

Regra geral, quando o idoso se torna menos independente e/ou adoece, tende a solicitar ajuda. Os idosos em estudo, referiram, maioritariamente, necessitar de apoio, verificando-se que, os que tendem a perceber melhor qualidade de vida são os idosos que referem não necessitar de ajuda, o que é compreensível. São estatisticamente significativas as diferenças observadas nas dimensões: função física ( $p < 0.001$ ), desempenho físico ( $p < 0.001$ ), vitalidade ( $p < 0.001$ ), função social ( $p = 0.003$ ) e desempenho emocional ( $p = 0.002$ ).

Ao necessitar de apoio, é muito importante que o idoso sinta, perceção que tem esse apoio disponível e que pode contar com outras pessoas e/ou instituições para o ajudarem a ultrapassar as suas dificuldades, sejam elas de ordem física, psicológica, social e económica. Paúl *et al.* (2005), são de opinião que as redes de suporte social não aparecem significativamente associados à satisfação de vida dos idosos, no entanto, estão claramente associados à qualidade de vida. Fernandez-Ballesteros, Zamarrón e Maciá (1996), citados por Schalock e Verdugo, (2003) referem-se ao apoio social percebido, como uma das variáveis determinantes para a qualidade de vida do idoso. O idoso, ao tornar-se menos autónomo, requer ajuda de outras pessoas para continuar a viver sem problemas na sua própria casa. Assim, a falta de apoio familiar ou conjugal diminui a motivação para o idoso se auto cuidar e prejudica a sua saúde. Quando o apoio social natural não existe, o idoso necessita de apoio específico a fim de evitar a institucionalização, podendo afirmar-se que, quanto maior é o apoio social com que a pessoa conta, menor é a probabilidade de adoecer, pelo que, interessa por em prática programas de intervenção dirigidos tanto a famílias, como a grupos de autoajuda, vizinhos e voluntariado.

Cantera e Domingo (1998) acrescentam ainda que, as pessoas que se sentem sós são, quase sempre, aquelas que apresentam pior saúde, podendo dizer-se que a falta de apoio e o isolamento social constituem um dos aspetos mais negativos para a saúde física e mental dos idosos e conseqüentemente, para a sua qualidade de vida também. Por outro lado, a evidência indica que a qualidade do apoio recebido, subjetivamente avaliado pelo indivíduo, é o indicador mais claro relacionado com a satisfação vital, o bem-estar e a qualidade de vida, comparativamente com a quantidade de apoio recebido (Ward *et al.*, 1984; Antonucci e Jackson, 1990; Molina, 2002 citados por Molina,

2008), o que vem de encontro aos resultados obtidos no presente estudo (os idosos com maior apoio social percebido tendem a evidenciar melhor qualidade de vida).

As fontes de rendimentos, que como vimos, são, no geral, baixas para os idosos portugueses, e particularmente para os idosos do nosso estudo, são também um aspeto que habitualmente se relaciona com a qualidade de vida. Martins *et al.* (2007), citando Neri (1993) apontam para o facto dos recursos financeiros exercerem um efeito compensatório sobre as perdas do envelhecimento, o que denominou “efeito tampão”. Assim, se o idoso tiver recursos financeiros adequados, estes ajudam-no no acesso à saúde e ao lazer, assim como na sensação de autoeficácia, dando ao idoso a capacidade de compensar perdas inevitáveis da velhice. O estudo efetuado por Trentini (2004), vem corroborar esta ideia ao mostrar uma associação entre pior qualidade de vida e idosos pertencentes aos níveis sociais mais baixos nos domínios de relações sociais e meio ambiente. Na amostra por nós estudada, à semelhança de outros estudos, constatamos que os idosos que têm mais fontes de rendimento tendem a evidenciar melhor qualidade de vida, em todas as dimensões do questionário SF-36, revelando também que estes apresentam uma menor mudança de saúde para pior quando comparam a situação atual com a existente há um ano atrás. Os idosos que consideram que os rendimentos são suficientes para as suas necessidades são também aqueles que tendem a perceber melhor qualidade de vida, o que de certo modo, reforça os resultados anteriores.

#### 4. CONCLUSÕES E SUGESTÕES

Perante os resultados obtidos e sua discussão, podem retirar-se algumas conclusões e deixar algumas sugestões, que poderão ter reflexos positivos na qualidade de vida do idoso.

Tendo presente a relatividade dos dados e, apesar de alguns condicionalismos, os resultados obtidos são válidos para a população em estudo, não podendo contudo ser extrapolados para outras populações, destacando-se os seguintes aspetos:

– Os idosos percebem melhor qualidade de vida ao nível da saúde mental, seguindo-se o desempenho emocional e a função social. Perceberam menor qualidade ao nível do desempenho físico, seguindo-se a vitalidade e a dor corporal. Quanto à mudança de saúde,



ou seja, a saúde atual comparativamente com o que acontecia há um ano atrás, verificamos que a tendência foi no sentido de a considerar um pouco pior.

- Verificou-se que o género, idade, escolaridade, rendimento, necessidade de apoio, sofrer de doença, nível de independência e apoio social são os fatores que interferem na qualidade de vida dos idosos em estudo.

Conhecendo melhor a situação dos idosos, permite programar ações preventivas, identificar necessidades e estabelecer prioridades de atuação. Assim, de um melhor conhecimento desta realidade, poderá resultar a efetiva adequação dos cuidados a prestar aos idosos, bem como a consequente melhoria da sua qualidade de vida, devendo as decisões ser tomadas em função das necessidades identificadas.

Face aos resultados obtidos nesta investigação sugerimos que:

- todas as entidades envolvidas devem coordenar esforços;
- a família deve receber a ajuda necessária para continuar a cuidar dos seus idosos no domicílio;
- as redes de apoio formal devem continuar a desenvolver-se;
- os apoios económicos devem ser incrementados
- devem ser desenvolvidos programas específicos de alfabetização;
- deve ser aumentada a formação específica na área do idoso nas instituições de ensino da região, quer a nível do ensino superior, quer a nível do ensino profissional, para que os profissionais vocacionados para cuidar a pessoa idosa o façam com a melhor preparação possível, contribuindo para um envelhecimento com dignidade e com qualidade de vida.

## BIBLIOGRAFIA

- Berger, L. (1995); Aspectos biológicos do envelhecimento; in *Pessoas idosas: uma abordagem global*; L. Berger; D. Mailloux-Poirier; Lusodidacta; Loures; 123-155.
- Botelho, M. (2000); *Avaliação da autonomia funcional em idosos. Caracterização multidimensional em idosos utentes de um centro de saúde urbano*; Bial; Porto.
- Cantera, I.; Domingo, P. (1998). *Geriatría*. Rio de Janeiro. McGraw- Hill; Rio de Janeiro
- Cerrato, I.; Fernandez de Troconiz, M.(1997); La vejez com êxito. Pero por qué las personas mayores no se deprimen más?; *Intervención psicosocial*; vol. 6; nº 1; 53-75.
- Coutinho, A. *et al.* (2002); Qualidade de vida do idoso; *Sinais vitais*; n.º 43; 47-50.
- Dinis, C. (2003); Envelhecimento e qualidade de vida no concelho de Faro. In *Saúde Pública 6*; M. Cardoso, Edições Salvador Massano Cardoso; Coimbra; 67-105; ISBN 972-95795-4-7
- Direção-Geral da Saúde (2006); *Programa Nacional para a saúde das pessoas idosas*; DGS; Lisboa.
- Fernandes, P. (2000); *A depressão no idoso*; Quarteto; Coimbra;
- Fernandez-Ballesteros, R. (1997); Calidad de vida en la vejez: Condiciones Diferenciales; *Anuario de Psicología*; n.º 73; 89-104.
- Fernandez-Ballesteros, R. (2009); *Envejecimiento activo – contribuciones de la psicología*; Edições Pirâmide; Madrid.
- Fernandez-Ballesteros, R. (2000); *Gerontologia social*; Edições Pirâmide; Madrid.
- Fernandez-Ballesteros, R. et al (2007); *Qué es la psicología de la vejez*, Editorial Biblioteca Nueva; Madrid.
- Fernandez-Ballesteros, R.; Antón, A. (1993); Calidad de vida en la vejez; *Intervención psicosocial*, vol. II; n.º 5; 77-94.
- Ferreira, P. (1995); *A medição do estado de saúde. Criação da versão portuguesa do MOS SF-36*; Coimbra.
- Folstein, M. *et al.* ( 1975); Mini-mental State. A practical method for grading the cognitive state of patients for the clinical. *Journal Psychiatry. Res* 12 (1975), 181-198
- Gallo, J. *et al.* (2000); *Handbook of geriatric assessment*; Aspen Publishers; Mariland.
- Garrido, M. *et al.* (2003); "Calidad de vida en mayores de 65 años no institucionalizados de dos áreas sanitarias de Madrid"; *Atención Primaria*; vol. 32; n.º 5; 285-294.
- Guerreiro, M. *et al.* (1994); Adaptação à população portuguesa da tradução do "Mini Mental State Examination" (MMSE). *Resumo dos trabalhos apresentados na Reunião da Primavera da Sociedade Portuguesa de Neurologia*, Coimbra
- Imaginário, C. (2008); *O idoso dependente em contexto familiar. Uma análise da visão da família e do cuidador principal*; Formasau; Coimbra.
- Instituto Nacional de Estatística (2009); *Estatísticas demográficas 2007*; INE; Lisboa.
- Instituto Nacional de Estatística (1999); *Gerações mais idosas*; INE; Lisboa.
- Instituto Nacional de Estatística (2003); O envelhecimento em Portugal: Situação demográfica e socioeconómica recente das pessoas idosas. *Estudos Demográficos*, nº 33, 185-208. Lisboa.
- Kalache, A. (2002); *O envelhecimento da população: a saúde e novos desafios sociais*; Fundação Calouste Gulbenkian; Lisboa.
- Martin, I. *et al.* (2007); Políticas sociais para a terceira idade; in *As pessoas idosas. Contexto social e intervenção educativa*. A. Osorio; F. Pinto; Instituto Piaget; Lisboa; 131-179.
- Martins, C. *et al.* (2007); Avaliação da qualidade de vida subjetiva dos idosos: uma comparação entre os residentes em cidades rurais e urbanas"; *Estudos Interdisciplinares Envelhecimento*; vol. 11; 135-154.

- Mendizábal, M. (2008); Buenas prácticas para la mejora de la calidad de vida de personas mayores: ocio y animación sociocultural. *Actas de las IV Jornadas de Calidad de Vida en las Personas Mayores*, 11-13 de diciembre de 2008; UNED; Madrid.
- Ministério da Saúde (2004); *Plano Nacional de Saúde. Orientações estratégicas para 2004-2010*, Ministério da Saúde; Lisboa.
- Molina, R. (2008); *Ley de promoción de la autonomía personal y atención a las personas en situación de dependencia: modelo de toma de decisiones del servicio idóneo en personas mayores dependientes*; Editorial de la Universidad de Granada; Granada.
- Moniz, J.M.N. (2003)– *A enfermagem e a pessoa idosa. A prática de cuidados como experiência formativa*, Lusociência; Loures.
- Mourata da Silva, M. (2005); Sobreenvhecimento e qualidade de vida em Portugal. Estudo de caso (Salvaterra de Magos)"; in *Saúde Pública 7*, S. Cardoso; Edições Salvador Massano Cardoso; Coimbra; 205-226.
- Nunes, M. (2005); *Envelhecimento no feminino: um desafio para o novo milénio*; Comissão para Igualdade e para os Direitos das Mulheres; Lisboa.
- Paúl, M. et al. (2005); A satisfação e a qualidade de vida: um estudo em idosos portugueses; in *Envelhecer em Portugal, psicologia, saúde e prestação de cuidados*, M. Paúl; A. Fonseca; Climepsi; Lisboa.
- Paschoal, S. M. P.(2001); Qualidade de vida do idoso: elaboração de um instrumento que privilegia a sua opinião. *Dissertação de Mestrado em Medicina Preventiva apresentada à Faculdade de Medicina da Universidade de S. Paulo*, consultado em <http://www.propp.ufu.br>, 18-09-2009
- Santos, P. (2007); Determinantes da qualidade de vida do idoso: o caso da Cova da Beira. *Tese de mestrado em gestão de unidades de saúde apresentada à Universidade da Beira Interior*.
- Schalock, R.; Verdugo, M. (2003); *Calidad de vida – manual para profesionales de la educación, salud y servicios sociales*; Alianza Editorial, S.A.; Madrid.
- Trentini, C. (2004); Qualidade de vida em idosos. *Tese de doutoramento apresentada à Universidade Federal do Rio Grande do sul; Porto Alegre*, consultado em [www.scielo.br/scielo](http://www.scielo.br/scielo), 18-09-2008
- Triadó Tur, C. (2001); Cambio evolutivo, contextos y intervención psicoeducativa en la vejez; *Contextos educativos*; n.º 4; 119-133.
- Triadó Tur, C.; Villar, F. (2006); *Psicología de la vejez*, Alianza Editorial, S.A.; Madrid.
- Veríssimo, M. (1999); Exercício físico nos idosos; in *Manual Sinais vitais – o idoso: problemas e realidades*; Formasau; Coimbra.
- WHO (1995); The World Health Organization Quality of life Assessment – position paper from the World Health Organization. *Soc sci med*, pp. 1403-1409
- Yesavage, J. et al. (1983); Development and validation of a geriatric depression screening scale: a preliminary report; *J psychiat res*, 17 (1) pp. 37-49.