

QUALIDADE DE VIDA E POBREZA NAS PESSOAS IDOSA

Maria Cristina Faria¹ (✉ mcfaria@ipbeja.pt) & Sara Carmo¹

¹ Escola Superior de Educação, Instituto Politécnico de Beja, Portugal

A qualidade de vida (QV) é um construto que nos remete para as dimensões do “sentir-se bem”, para os diferentes “modos de viver” e “saber viver” e para a harmonia dos níveis: físico, mental, social, cultural, ambiental e espiritual. De uma maneira geral é compreendida como sendo “a percepção do indivíduo de sua posição na vida” referenciando-se ao contexto da cultura e aos temas de valores nos quais ele vive em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações (Fleck, Xavier, Vieira, & Pinzon, 2000). De certa maneira o envelhecimento e o marco histórico da reforma (Fonseca, 2014) podem contribuir para a pobreza das pessoas mais velhas e conseqüentemente, para uma diminuição ou má qualidade de vida, pelo que se exige um maior conhecimento desta realidade, em particular, da portuguesa (Almeida, Capucha, Costa, Machado, & Reis, 1994; Alves, 2009; Castilho, 2010). O bem-estar e a qualidade de vida dos idosos em situação de pobreza é afetada duplamente, pois se o envelhecimento acarreta vulnerabilidade e desigualdade, a pobreza afeta o acesso do idoso a bens e serviços tendo um impacto ao nível da sua existência.

A questão da subjetividade da pobreza e a constatação de que não há um padrão de vivência homogéneo leva-nos a compreender a dificuldade que tem havido na operacionalização da sua definição. Podemos inferir que a sua representação é gerada pela atitude dos sujeitos, pelas suas experiências pessoais, vivências em sociedade, interpretações do que o sujeito vive e experimenta sobre a pobreza. Habitualmente os indicadores de pobreza têm em conta os rendimentos e por vezes esta é a base para a vivência de uma situação de pobreza (Bruto da Costa, Baptista, Perista, & Carrilho, 2008). A privação ou o não acesso de bens e serviços, afeta o ser humano na sua dimensão existencial, levando este a ser um problema

social onde as desigualdades permanecem sobretudo na população idosa, pois, estas inserem-se em condições de existência que não são homogêneas nem homogeneizáveis, dado que nem todas têm acesso aos mesmos patamares de direitos (Fernandes, 2015). Segundo o que afirma Labbens (1969, citado por Bruto da Costa et al., 2008), a diferença entre pobreza e desigualdade não se reduz aos rendimentos e à questão económica, mas sim no que concerne a todos os domínios da vida social, afetando a pessoa em aspetos como, as suas relações com os outros e a sua personalidade. De acordo com Fernandes (2015) na série de privações é preciso considerar a dimensão existencial do “ser pessoa” e as suas influências na perda de autoestima, na afetação das relações sociais do sujeito e na diminuição da participação das pessoas na vida das comunidades. Os impactos da pobreza afetam os idosos quer de uma forma objetiva, subjetiva e existencial, colocando-os enquanto grupo heterogêneo no cerne das vulnerabilidades, problemas e desigualdades sociais. Envelhecer pobre acarreta um pacote de circunstâncias evidenciadas pela falta de acesso a recursos e serviços básicos que são a garantia do bem-estar das pessoas idosas. Como refere Fernandes (2015) “o mundo é uma diversidade configurada por cenários de vivências desiguais das pessoas idosas” (Fernandes, 2015, p. 161).

A reforma implica uma mudança profunda na vida da população, enfraquecendo a rede social de apoio e o sentimento de pertença à comunidade, dado que se encontra associada à perda de estatuto social e conseqüentemente com o papel económico e profissionalmente ativo; perda de relacionamento social, perda de contacto com pessoas do quotidiano profissional e uma diminuição do contacto com os filhos e pela perda do cônjuge; sentimento de desvalorização pessoal; ausência de papéis ativos, o que leva a um discordância entre o sentimento da capacidade e competências; a institucionalização sem condições materiais e de integração social dignas (Machado & Roldão, 2010, citado por Fernandes, 2015). Segue que, a idade da reforma implica também o acesso a pensões que têm assim um efeito compensatório a fim de atenuar as perdas associadas ao envelhecimento e conferir uma sensação de segurança, permitindo o acesso à saúde, lazer, e a outros bens e serviços. No entanto, nem sempre estas situações se verificam observando-se que em “situação extrema de desigualdade” podemos encontrar as pessoas idosas pobres, que numa dimensão objetiva podem ver a sua situação

traduzida em baixas pensões e rendimentos escassos. Esta faixa da população é uma categoria social antiga e abundante em Portugal, efetivamente, são pessoas com um historial de descontos irregulares e tardios para o sistema de Segurança Social, que obtiveram baixas renumerações durante o percurso profissional e possuem condições de vida que refletem a insuficiência dos sistemas de proteção estatal (Fernandes, 2015; Machado & Roldão, 2010; citado por Fernandes, 2015). Estas questões que remetem para uma pobreza tradicional e duradoura nos mais velhos, mas também, existe uma franja da população idosa pobre que se encontra nesta situação porque tem a seu encargo a subsistência de filhos e netos, que devido a situações variadas como o desemprego não conseguem fazer face, sendo os idosos que “trabalham para sobreviver ou que ajudam os familiares mais jovens” (Fernandes, 2015, p. 160).

O envelhecimento expõe a pessoa a desigualdades sociais implicando a vivência da pobreza, pelo que vão inevitavelmente ocorrer privações de acesso a domínios fundamentais como o económico, onde se insere o acesso aos serviços de saúde, o acesso a cuidados médicos e à medicação (Bruto da Costa et al., 2008). Sendo esta uma questão de privação de acesso, representa uma situação de exclusão social a uma dimensão fulcral à pessoa idosa que necessita de cuidados de saúde (Bruto da Costa et al., 2008). Contudo não se pretende fazer uma análise pejorativa aos esforços que se têm realizado pela melhoria das condições de vida da pessoa idosa, tal se comprova com os esforços desenvolvidos em medidas e ações neste sentido. Segundo Carvalho (2013) a pobreza no envelhecimento tem vindo a diminuir, sendo que as políticas ativas têm dado um contributo eficiente nesta direção. Tendo as mesmas como objetivo melhorar as condições das respostas sociais para a pessoa idosa, como também aumentar os recursos financeiros dos mais pobres. Mas ressalta a autora, que estas políticas sofreram abalos com a atual austeridade proveniente da crise económica e financeira, o que no seu entender conduz a um recuo do Estado na proteção das populações mais fragilizadas, neutralizando muitas das medidas anteriormente tomadas (Carvalho, 2013).

A abordagem psicossocial do envelhecimento mostra-nos a existência de um problema social que é preciso resolver, remete-nos para a inadequação/ineficácia das respostas psicossociais comunitárias e equipamentos sociais contextualizadas, o que traz à superfície a urgência de dar respostas que tenham em conta as necessidades diferenciadas da

pessoa idosa no sentido positivo da dignidade da vida humana. Dado que os profissionais envolvidos neste processo têm um papel determinante na resolução dos problemas importa conhecer a sua visão sobre os idosos nestas circunstâncias. Por conseguinte, urge perceber a realidade das pessoas mais velhas que vivenciam uma situação de “pobreza “e identificar os contornos sociais e as respostas existentes. Este estudo teve como principal objetivo relacionar a qualidade de vida da pessoa idosa com a vivência de uma situação de pobreza e a exclusão social. Pretende-se conhecer a relação entre as temáticas a partir da perspectiva dos idosos e dos profissionais envolvidos, bem como entender a intervenção realizada ao nível da promoção da qualidade de vida dos idosos pobres de uma comunidade.

MÉTODO

O estudo realizado enquadra-se na definição de um estudo exploratório do tipo qualitativo e quantitativo, assente no procedimento de estudo de caso.

Participantes

Dado que se pretendia obter informação e conhecer uma determinada situação, que implica fatos específicos e não uma representatividade do universo da população (Marsiglia, s/d), a amostra foi recolhida por conveniência com recurso a métodos não probabilísticos. O total dos participantes correspondeu a nove pessoas, cinco pessoas idosas e quatro profissionais. Os idosos são utentes do Serviço de Apoio Domiciliário da Cáritas Diocesana de Beja e os profissionais são funcionários do Centro Distrital de Segurança Social, da Rede Europeia Anti Pobreza – Núcleo Distrital de Beja, da Cáritas Diocesana de Beja e do Centro Cultural e Recreativo do Bairro da Esperança; ou seja, órgãos de maior responsabilidade e intervenção social na cidade de Beja, que trabalham com a problemática da pobreza e/ou têm um papel de proximidade na comunidade com a população idosa. Foram selecionadas os idosos

autónomos, que se deslocassem à instituição com frequência e estivessem aptos para responder e, ainda, que vivenciavam uma situação de pobreza existencial ou material. Para a referência de ordem material e económica recorreu-se ao “limiar de pobreza”, onde segundo dados atualizados em outubro de 2016 pela Rede Europeia Anti Pobreza, corresponde à pessoa que auferir rendimento mensal igual ou inferior a 422€ mensais, cerca de 5059€ anuais.

Material

Para proceder à recolha de dados sobre pobreza e qualidade de vida em idosos foi aplicado aos idosos o Inventário de Avaliação da Qualidade de Vida em Adultos Idosos da Organização Mundial de Saúde (WHOQOL-OLD) (Vilar et al., 2009, cit por. Vilar, Sousa & Simões, 2015) e uma Entrevista Semiestruturada, para a qual foi construído um Guião. Para conhecer a perspetiva dos profissionais sobre a qualidade de vida de idosos em situação de pobreza foi aplicado uma Entrevista Semiestruturada, para a qual foi construído um Guião. A versão Portuguesa do WHOQOL-OLD é constituída por um total de 28 itens e 7 facetas, constituída cada uma por 4 itens. As respostas são do tipo Likert, de 1 a 5 pontos. Cada faceta corresponde a um tema: o Funcionamento Sensorial; a Autonomia; as Atividades passadas, presentes e futuras; a Participação social; Morte e morrer “; a Intimidade; e a Família/Vida familiar. No que concerne à interpretação, quer a nível da pontuação das facetas quer a nível total, uma pontuação mais elevada corresponde a uma melhor qualidade de vida. A consistência interna é considerada aceitável/ boa, com valores alpha de Cronbach de 0,89 para a pontuação total e a variar entre 0,72 e 0,88, para as facetas.

Procedimento

Neste estudo, foram tomadas as disposições necessárias para proteger os direitos e liberdade das pessoas que participaram tendo sido obtida a autorização formal das instituições. A amostragem foi não probabilística do tipo bola-de-neve. Os participantes foram informados sobre os objetivos da pesquisa, esclarecendo que as informações fornecidas seriam

mantidas em sigilo e que só seriam utilizadas para fins de investigação. Os instrumentos foram aplicados de forma individualizada pelo investigador. Para todos os dados obtidos através do questionário, recorreremos ao tratamento informático utilizando o programa SPSS 15 para a análise descritiva com a análise de médias e de frequências (*M*, *DP*) e a análise de conteúdo para as entrevistas.

RESULTADOS

No que concerne aos resultados verifica-se que a percepção dos participantes acerca da qualidade de vida, varia entre uma perspectiva geral e uma perspectiva pessoal. De forma geral entendem que o conceito assenta na questão do bem-estar, mas quando indagadas acerca do necessário para potenciar a qualidade de vida, surge uma visão congruente com as suas próprias necessidades e ao que sentem falta para o seu bem-estar. Assiste-se assim a uma analogia com a sua própria situação, sendo que os resultados demonstram o definido pela OMS (1993, cit. Silva, 2009). É assim referido enquanto impedimento à qualidade de vida, o suporte familiar e de amigos, a saúde e a falta de dinheiro, ou seja, uma visão mais geral do conceito. Quando indagados sobre se consideram ter qualidade de vida, as respostas estão associadas maioritariamente ao manter/perda das capacidades físicas e de saúde, ou seja, interpretaram o possuir qualidade de vida ao envelhecimento ativo e saudável em conformidade com os autores (OMS, 2015; Paúl, 2005). Acerca da pobreza, analisa-se no geral uma visão extrema da pobreza, alicerçada na questão material, na ausência de rendimentos, na falta de trabalho, bem como auferir ordenados e pensões baixas (Bruto da Costa, 1998). Ressaltando como causa da pobreza os fatores macro (Organização Internacional do Trabalho [OIT], 2003). No que concerne à interferência da pobreza sobre a qualidade de vida a totalidade das pessoas referem que há uma relação direta e de influência, visto que o possuir de baixos rendimentos não permite aceder a algo, impedindo o acesso de bens e serviços que suprimem as necessidades básicas e individuais. Bruto da Costa (2008) considera que a pobreza pode ser definida de várias formas e perspectivas, sendo que os

entrevistados demonstraram esta abrangência, apontando primeiro para a questão da pobreza material, onde a insuficiência econômica não permite a satisfação das necessidades, mas não descurando o impacto ao nível existencial, que afeta os aspectos da vida e da personalidade bem como com a sociedade em geral. Na aplicação da escala WHOQOL-OLD aos idosos obteve-se para o total da escala um valor máximo de 101 pontos e um mínimo de 82 pontos ($M=100$; $DP=15,17$) evidenciando percepção de qualidade de vida. Verifica-se consonância, em relação aos dados observados na aplicação do inventário WHOQOL-OLD, com os dados obtidos através da entrevista. Os participantes idosos que referiram possuir qualidade de vida, revelam ambos os valores mais elevados da escala, sendo que os entrevistados que referiram não possuir qualidade de vida apresentam valores inferiores. Em relação ao valor total das facetas, pode concluir-se que a Intimidade (a capacidade de ter relações pessoais e íntimas) apresenta um valor maior, contribuindo esta a faceta para uma maior qualidade de vida ($M=15,8$; $DP=2,4$). Para além desta, destacam-se as facetas Autonomia ($M=15,2$; $DP=2,64$) e Família/Vida familiar ($M=15,2$; $DP=3,19$), o que evidencia pela positiva a importância das relações/suporte familiares e da autonomia/independência para o bem-estar e implicitamente a sua qualidade de vida. Relativamente aos profissionais, estes centram a perspectiva acerca da qualidade de vida na pessoa, afirmando importância da satisfação das necessidades básicas e no manter das suas capacidades, de autonomia, de funcionalidade, de saúde e de projetar o futuro. Seguindo assim uma lógica de envelhecimento ativo, que pressupõem a autonomia e independência (Paúl, 2005) e um envelhecimento saudável que conjectura o maximizar da capacidade funcional, minimizando os problemas do envelhecimento e o acesso à saúde (OMS, 2015). Os profissionais observam, também, a existência de vários tipos de pobreza, mas apesar do facto, referem que há uma relação evidente com a carência de meios económicos, que se torna razão de privação a bens, serviços e recursos. As causas estão associadas à insuficiência/ausência ou gestão desequilibrada de meios financeiros, devido aos baixos salários e pensões. Ou seja, colocam o enfoque nos fatores macro e micro. (OIT, 2003). Afirmam a ligação entre a pobreza e a qualidade de vida, referindo que esta se traduz, enquanto situação material, numa situação de privação e incapacitação. Mas enaltecem a existência de outros fatores e situações, que associados à situação de

pobreza são também redutores ou não de qualidade de vida. Verifica-se que na maioria não existem medidas específicas para promover a qualidade de vida da população idosa em situação de pobreza, mas sim um conjunto de ações, respostas sociais e programas que ou atuam sobre as situações de pobreza ou atuam perante a questão do envelhecimento. É de consideração geral dos profissionais que as respostas existentes de atuação com esta faixa da população são insuficientes e inapropriadas, sendo que consideram necessárias mudanças estruturais e mudanças ao nível da intervenção.

DISCUSSÃO

O conceito de pobreza tem sido alvo de diversas definições, mas os autores estão em sintonia quanto ao fato de que esta representa na sua generalidade carência, privação e exclusão. A pobreza como uma situação de privação proveniente da falta de recursos afeta vários níveis essenciais à satisfação do indivíduo, traduzindo-se numa dimensão da exclusão social. Neste estudo optou-se pela definição de pobreza compreendida como uma situação de privação por falta de recursos, contudo, não se pretendeu reduzir o conceito a uma questão meramente financeira. Procurámos compreender a qualidade de vida de pessoas idosas que vivenciam uma situação de pobreza e identificar os contornos sociais e as respostas existentes perante esta situação. Através da análise dos dados obtidos, foi possível compreender a influência da pobreza sobre a qualidade de vida. Sobre a definição de pobreza na perspectiva dos participantes, tanto os idosos como os profissionais, consideram-na como sinónimo de privação e como estando relacionada a uma menor qualidade de vida, associando a esta lógica de causalidade, as necessidades e patamares que não são possíveis aceder devido a uma situação de pobreza. Com a realização do estudo deu-se a necessidade de criar um projeto de intervenção, denominado Serviço de Ação Local para a Pessoa Idosa, projeto SALPI, que visa colmatar a interferência da pobreza sobre a qualidade de vida da pessoa idosa, a necessidade de aumentar o conhecimento das pessoas acerca dos seus direitos, interferindo assim na

promoção e acesso da qualidade de vida, para além de colmatar as necessidades percecionadas pelos próprios participantes, que se relacionam maioritariamente com questões envolventes ao processo de envelhecimento.

REFERÊNCIAS

- Almeida, J., Capucha, L., Costa, A., Machado, F., & Reis, I. (1994). *Exclusão social: Factores e tipos de pobreza em Portugal*, Oeiras: Celta editora.
- Alves, N. (2009). *Novos factos sobre a pobreza em Portugal*. Boletim da Primavera, Banco de Portugal (pp. 125-154). Disponível em http://www.bportugal.pt/pt-PT/BdP%20Publicaes%20de%20Investigao/AB200902_p.pdf acedido em 1 novembro 2014.
- Bruto da Costa, A. (1998). *Exclusões Sociais*, Lisboa: Coleção Fundação Mário Soares Edição Gradiva Publicações, Lda.
- Bruto da Costa, A., Baptista, I., Perista, P., & Carrilho, P. (2008). *Um olhar sobre a pobreza, vulnerabilidade e exclusão social no Portugal contemporâneo*, Lisboa: Gradiva.
- Carvalho, M. I. (2013). *Serviço Social no Envelhecimento*. Lisboa: PACTOR. ISBN: 978-989-693-028-8
- Castilho, A. (2010). *Envelhecimento activo/envelhecimento saudável: Opinião dos idosos do concelho de viana do castelo*. Dissertação de Licenciatura, Faculdade de Ciências da Saúde – Universidade Fernando Pessoa, Portugal. Disponível em http://bdigital.ufp.pt/bitstream/10284/1498/1/Mono_Ana_Castilho.pdf acedido em 27 setembro 2016.
- Fernandes, A. (2015). *Pobreza e pessoas idosas: A dimensão subjetiva e existencial do fenómeno*. RIASE revista ibero-americana de saúde e envelhecimento, 1(2), 156-164. Disponível http://www.revistas.uevora.pt/index.php/saude_envelhecimento/article/view/59/83 acedido em 20 outubro 2016.
- Fonseca, A. (2014). *Promoção da qualidade de vida no idoso: A atenção, a memória e a audição*. Dissertação de mestrado, Escola Superior de Saúde de Coimbra e Escola de Educação de Coimbra – Instituto Politécnico de Coimbra, Portugal. Disponível em <https://comum.rcaap.pt/handle/10400.26/17019> acedido em 23 fevereiro 2017.

- Fleck, M., L., Xavier, M., C., Vieira, G., S., & Pinzon, V. (2000). Aplicação da versão em português do instrumento abreviado de avaliação da qualidade de vida WHOQOL-bref. *Revista de Saúde Pública*, 34(2),178-83. <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-89102000000200012>
- Marsiglia, R. (s/d). *Orientações básicas para a pesquisa*. Serviço Social e Saúde: Formação e Trabalho Profissional. Brasil: PUCSP/FCMSCSP.
- Organização Internacional do Trabalho (OIT). (2003). *A luta contra a pobreza e a exclusão social em Portugal. Experiências do programa nacional de luta contra a pobreza*. Genebra. Disponível: http://www.ilo.org/public/portugue/region/eurpro/lisbon/pdf/pub_luta.pdf acedido em 14 novembro 2014.
- Organização Mundial da Saúde (OMS). (2015). *Resumo. Relatório mundial de envelhecimento e saúde*. Organização Mundial da Saúde.
- Parceiros da Rede Social do Concelho de Beja. (2013). *Diagnóstico Social do Concelho de Beja 2013*. Disponível em http://www.cm-beja.pt/docs/PDFs/GDS/DS_2013.pdf acedido em 23 de novembro de 2014.
- Paúl, C. (2005). *Envelhecimento activo e redes de suporte social*. Sociologia, Revista da Faculdade de Letras do Porto, XXV, p. 275-287. Disponível em <http://www.redalyc.org/pdf/4265/426540419011.pdf> acedido em 4 novembro 2016.
- Silva, S. (2009). *Qualidade de vida e bem-estar psicológico em idosos*. Dissertação de Mestrado, Faculdade de Ciências Humanas e Sociais – Universidade Fernando Pessoa. Portugal. Disponível em <http://bdigital.ufp.pt/bitstream/10284/1092/1/sarasilva.pdf> acedido em 27 setembro 2016.
- Vilar, M., Sousa, L., & Simões, M. (2015). *WHOQOL-OLD. Inventário de avaliação da qualidade de vida em adultos idosos da organização mundial de saúde*. Manual Técnico. Laboratório de Avaliação Psicológica e Psicometria. Coimbra.