

FUNCIONALIDADE FAMILIAR E QUALIDADE DE VIDA DOS IDOSOS

ANA ISABEL NUNES PEREIRA DE AZEVEDO E ANDRADE ¹

ROSA MARIA LOPES MARTINS ¹

¹ Docente da Escola Superior de Saúde
e investigadora do Centro de Estudos em Educação, Tecnologias e Saúde (CI&DETS)
do Instituto Politécnico de Viseu – Portugal.
(e-mail: aandrade@essv.ipv.pt e romymartins@sapo.pt ou rmartins@essv.ipv.pt)

Resumo

O crescimento significativo do envelhecimento da população surge como tema de grande actualidade nas ciências sociais, relatando a literatura que o suporte familiar, a par do estado de saúde e do contexto situacional do idoso, constitui um pilar importante na promoção da Qualidade de Vida (QDV) dos idosos. Neste contexto, realizámos um estudo analítico correlacional, com a finalidade de avaliar a qualidade de vida dos idosos e analisar a influência das variáveis sócio-demográficas e de contexto familiar na qualidade de vida. **Objectivo:** Avaliar a qualidade de vida dos idosos e analisar a influência das variáveis sócio-demográficas e de contexto familiar com a variabilidade da qualidade de vida dos idosos. **Metodologia:** Estudo transversal realizado numa amostra de 210 idosos do concelho de Tondela, com idades compreendidas entre os 60 e os 95 anos ($M=72,91$; $Dp=6,095$); **Resultados:** A qualidade de vida é mais elevada nos idosos de menor idade ($r = -0,192$; $p = 0,005$) e com melhor funcionalidade familiar ($r = 0,297$; $p = 0,000$); **Conclusão:** Face às evidências apresentadas, inferimos que as variáveis estudadas, designadamente a idade e a funcionalidade familiar influenciam a QDV, impondo-se considerá-las quando se planeiam acções de promoção da Qualidade de Vida dos Idosos.

Palavras-chave: funcionalidade familiar, envelhecimento, família, qualidade de vida.

Abstract

The significant growth of population aging appears to be very timely topic in the social sciences, literature reporting that family support, along with the health status and situational context of the elderly is an important pillar in the promotion of Quality of Life (QOL) of the elderly. In this context, we conducted a correlational analytical study, in order to evaluate the Quality of Life of the elderly and examine the influence of socio-demographic variables and family background in Quality of Life. **Objective:** To evaluate the quality of life of the elderly and analyze the influence of socio-demographic variables and family background with the variability in quality of life of the elderly. **Methodology:** Cross-sectional study on a sample of 210 elderly in the county of Tondela, with ages between 60 and 95 years ($M = 72.91$, $SD = 6.095$); **Results:** Quality of life is higher in the elderly with lower age ($r = -0.192$, $p = 0.005$) and better family functioning ($r = 0.297$, $p = 0.000$); **Conclusion:** Given the investigative evidence presented, we infer that the studied variables, including age and family functioning influence QOL, being fundamental to consider them when planning actions to promote the Quality of Life of the Elderly.

Keywords: family functioning, aging, family, quality of life.

Introdução

O aumento da longevidade constitui um novo desafio para as sociedades, os pesquisadores, os gestores de saúde e para a própria população que envelhece em todo o mundo. Viver mais é um desejo e torna-se importante desde que se consiga agregar qualidade e significado aos anos adicionais de vida (Lima-Costa & Veras, 2003). Esta preocupação é encarada pelos investigadores como uma questão interessante e pertinente para os estudos a realizar sobre este fenómeno do envelhecimento, uma vez que as tendências demográficas apontam para a manutenção e até crescimento desta realidade.

A Organização das Nações Unidas (ONU) considera o período de 1975 a 2025 a “Era do Envelhecimento”. Esta Organização destaca ainda que, nos países em desenvolvimento, o envelhecimento populacional foi significativo e acelerado. No período de 1970 a 2000, o crescimento observado nestes países atingiu os 123%, enquanto nas nações desenvolvidas este crescimento foi de 54%.

Pimentel (2005), refere que, na década de 60 se acentua o envelhecimento demográfico em Portugal, com a guerra em África e os fluxos migratórios de jovens que saem e regressam mais tarde, já idosos. A partir da década de 80, o envelhecimento acentua-se com a redução da natalidade e também da mortalidade. Os idosos não cessaram de aumentar em valor absoluto e em importância relativa.

De acordo com os resultados das últimas projecções, Portugal poderá esperar um aumento da população até 2010, cerca de 10 626 milhares, havendo uma inversão na tendência de crescimento a partir desse ano, chegando a 9.302 milhares de indivíduos em 2050. Este decréscimo verifica-se mais na população em idade activa (dos 15 aos 64 anos) e na população dos 0 aos 14 anos, embora menos acentuado. Contrariamente, a população idosa com 65 e mais anos tem uma tendência para aumentar (INE, 2008). As previsões apontam para que Portugal, em 2050, seja o quarto país com maior percentagem de idosos a nível da União Europeia (INE, 2003).

A análise das tendências sociais na Europa revela que, no ano 2020, mais de um quarto da população será representada por pessoas de idade igual ou superior a 65 anos. Este constante envelhecimento da população, a que Portugal não está alheio, coloca novos desafios em termos sociais, económicos e sanitários e assume cada vez maior importância nas políticas de saúde (Videira, 2008).

Paralelamente a este fenómeno, também as famílias têm vindo a vindo a enfrentar um processo de profundas transformações ao longo dos séculos. Os factores económicos, sociais, políticos e culturais contribuíram de forma decisiva para as alterações na estrutura familiar. A família nuclear deixou de ser o modelo prevalente e actualmente existem inúmeras formas de organização familiar (Gomes *et al.*, 2002).

A Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE, 2002) descreve a família como o “conjunto de seres humanos considerados como unidade social ou todo colectivo composto de membros unidos por consanguinidade, afinidades emocionais ou relações legais, incluindo as pessoas significativas. A unidade social, constituída pela família como um todo, é vista como algo mais que os indivíduos e as suas relações legais, incluindo as pessoas significativas que constituem as partes do grupo”.

Independentemente da conceptualização adoptada, a família constitui um sistema social que desempenha funções importantes na sociedade, nomeadamente de natureza afectiva, educativa, de socialização e reprodutiva. Apesar das alterações sofridas ao longo das gerações, a função afectiva é uma dimensão que tem persistido ao longo dos tempos. Diversos autores defendem que a qualidade do ambiente afectivo é um factor determinante na atitude da família e na percepção que os seus elementos têm sobre a sua funcionalidade.

A funcionalidade familiar pode ser avaliada através de um instrumento designado por Apgar Familiar, que permite mensurar a satisfação de um membro da família relativamente à assistência que lhe é dispensada pelos restantes membros dessa família.

O modo como os membros da família interagem entre si e com os outros leva a que as famílias possam ser consideradas funcionais e disfuncionais.

Neste sentido e de acordo com a teoria geral dos sistemas, nada acontece isoladamente e qualquer coisa que afecte um dos componentes, afecta todos os outros, ou seja, qualquer alteração causa impacto sobre todos os outros membros desse sistema. Esta teoria adapta-se à perspectiva de funcionalidade familiar.

Segundo Quaresma (1996) *cit. in* Lage (2005), nos valores culturais dos portugueses encontra-se a família solidária com os mais velhos, embora se verifiquem, actualmente, mudanças na estrutura geracional das pessoas idosas.

A família constitui o principal sistema de suporte do idoso, apesar das dificuldades vivenciadas na contemporaneidade (Redante *et al.*, 2005), sendo as relações familiares as que os idosos vivem com mais intensidade, e sendo que a importância da estrutura familiar na sua vida é fundamental, tendo implicações no seu bem-estar e respectiva qualidade de vida (Costa, Coelho e Oliveira, 2007).

A família ao não ser capaz de responder às solicitações dos seus idosos opta por delegar este tipo de funções e por tal razão surgem as instituições vocacionadas para o acolhimento de idosos.

Apesar de ser inegável o importante papel que é atribuído às redes familiares, assistimos actualmente à progressiva substituição do papel familiar pelas chamadas redes sociais de apoio, nomeadamente as instituições para idosos, que representam um recurso importante para a qualidade de vida dos mais idosos (Martins, 2004).

Atentos às alterações deste contexto estabelecemos como objectivos: avaliar a qualidade de vida e a funcionalidade familiar dos idosos; Relacionar a influência das variáveis sócio-demográficas (idade, sexo, estado civil) e da variável de contexto familiar (funcionalidade familiar) com a variabilidade da qualidade de vida dos idosos.

Metodologia

Realizámos um estudo transversal, analítico e correlacional, utilizando uma metodologia do tipo quantitativo.

Constituímos uma amostra não probabilística por conveniência constituída por 210 idosos do concelho de Tondela, dos quais 39,05% do sexo masculino e 60,95% do sexo feminino, com idades compreendidas entre os 60 e 95 anos (M=72,91; DP=6,095).

Antes do preenchimento do questionário foram explicados ao idoso os objectivos do estudo e solicitada a sua colaboração. Foi garantido a todos os idosos o anonimato e a confidencialidade da informação obtida.

A recolha de dados teve como suporte um protocolo constituído por questionários e escalas elaboradas por outros investigadores, já traduzidas e testadas na população portuguesa:

Questionário de caracterização individual e situacional do idoso

A caracterização de natureza pessoal inclui informação sobre o sexo, a idade, o estado civil, a escolaridade, a situação económica, o tipo de reforma e a satisfação com o valor da reforma.

A caracterização situacional pretende avaliar as características situacionais do grupo de idosos onde se incluem as da habitação, com quem vive habitualmente, quem costuma visitá-lo, número de filhos e residência dos mesmos.

Grelha de avaliação da qualidade de vida (DGS, 1995)

A grelha de avaliação para cálculo do índice de qualidade de vida proposta e testada na população portuguesa pela Direcção Geral de Saúde (1995) foi a seleccionada para avaliar a qualidade de vida. É uma escala constituída por sete componentes básicos da vida adulta, nomeadamente:

- (1) Isolamento/comunicação afectiva e social;
- (2) Mobilidade;
- (3) Actividades da vida diária;
- (4) Actividade ocupacional;
- (5) Actividade lúdica;
- (6) Relação familiar;
- (7) Recursos económicos.

Cada um destes componentes é dividido em classes com pontuações que variam de zero (0) a oito (8) oscilando o índice de qualidade de vida entre uma pontuação mínima de 3 e uma pontuação máxima de 50 considerando-se existir qualidade de vida para valores iguais ou superiores a 23 pontos.

Escala de Apgar Familiar (funcionalidade familiar) de Smilkstein (1978) (Versão Portuguesa de Agostinho & Rebelo, 1988)

É uma escala elaborada por Smilkstein em 1978 (Smilkstein, Ashworth e Montano, 1982), sendo constituída por cinco questões que quantificam a percepção que o indivíduo inquirido tem do funcionamento da sua família. Esta escala permite caracterizar os componentes fundamentais da função familiar em:

- **Adaptação (*Adaptability*) intrafamiliar** – alude à utilização dos recursos, dentro e fora da família, para solução dos problemas que ameaçam o equilíbrio da mesma, durante uma crise;
- **Participação/comunicação (*Partnership*)** – referente à partilha da tomada de decisões e das responsabilidades pelos membros da família;
- **Crescimento/desenvolvimento (*Growth*)** – compreende a maturidade física, psíquica, emocional e realização conseguida pelos membros da família, através de um mútuo apoio e orientação;
- **Afecto (*Affection*)** – existência de relações de cuidados ou ternura entre os membros da família;
- **Resolução/dedicação ou decisão (*Resolve*)** – Reflete o compromisso tomado de dedicar tempo a outros membros da família, encorajando-os física e emocionalmente. O que implica também uma decisão na partilha de bens e espaço.

Cada questão permite três tipos de resposta: “QUASE SEMPRE”, “ALGUMAS VEZES” e “QUASE NUNCA”, sendo as cotações de 2, 1 e 0 pontos, respectivamente.

O resultado final da escala obtém-se pela soma das pontuações atribuídas a cada uma das questões e varia entre zero (0) e dez (10) pontos.

O total das pontuações permite classificar o tipo de relação familiar:

- De **7 a 10** pontos sugere uma família **altamente funcional**.
- De **4 a 6** pontos sugere uma família com **disfunção leve**.
- De **0 a 3** pontos sugere uma família com **disfunção severa**.

Neste questionário entendeu-se como família o(s) indivíduo(s) com quem a pessoa habitualmente vive. No caso de viver só, considera-se família todos aqueles com quem mantém laços afectivos mais intensos.

Embora a validade e credibilidade deste método já tenham sido estudadas, temos de ter presente que ele só avalia o grau de satisfação familiar que o indivíduo admite e verbaliza.

Resultados

Caracterização sócio-demográfica da amostra

Os idosos da nossa amostra pertencem ao grupo etário dos 72-77 anos (28,6%), sendo a maioria do sexo feminino (61,0%), com o estado civil de casados (59,5%), e possuem como escolaridade a instrução primária (45,2%).

A reforma que auferem tem um valor mensal estimado entre 200 - 350€ (51,9%) e é, para a maioria, por limite de idade (64,3%), sendo que manifestam insatisfação com o valor da reforma 73,3%.

Quadro 1 – Características gerais da amostra

Variáveis \ Sexo	Masculino		Feminino		TOTAL	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Grupo etário						
≤ 68 anos	21	25,6	34	26,6	55	26,2
69 – 71 anos	17	20,7	27	21,1	44	21,0
72 – 77 anos	29	35,4	31	24,2	60	28,6
≥ 78 anos	15	18,3	36	28,1	51	24,3
Estado civil						
Casado	64	78,0	61	47,7	125	59,5
Solteiro	1	1,2	15	11,7	16	7,6
Divorciado	5	6,1	2	1,6	7	3,3
Viúvo	12	14,6	50	39,1	62	29,5
Escolaridade						
Analfabeto	8	9,8	28	21,9	36	17,1
Ler e escrever	25	30,5	38	29,7	63	30,0
Instrução primária	44	53,7	51	39,8	95	45,2
Curso médio	4	4,9	7	5,5	11	5,2
Curso superior	1	1,2	4	3,1	5	2,4
Tipo de reforma						
Limite idade	64	78,0	71	55,5	135	64,3
Pensão social	14	17,1	29	22,7	43	20,5
Pensão cônjuge	2	2,4	11	8,6	13	6,2
Invalidez	1	1,2	8	6,3	9	4,3
P. social + P. cômj	-	0,0	2	1,6	2	1,0
Li. idade + P. cômj	1	1,2	4	3,1	5	2,4
Li. Idade + P. soc.	-	0,0	3	2,3	3	1,4
Total	82	100,0	128	100,0	210	100,0

O idoso vive habitualmente com o cônjuge/companheiro (59,5%). Quando vive sozinho, quem o visita são, maioritariamente, os filhos (20,5%). Têm 3 ou mais filhos (33,8%) e estes vivem na mesma localidade que os pais (53,3%).

Possui habitação própria (80,5%), vivendo numa Moradia/Vivenda (90,5%). Na sua maioria, este tipo de habitação tem electricidade (98,6%), água canalizada (84,4%) de origem pública (73%), WC (96,2%), esgotos (89,0%) e escadas (82,9%).

Quadro 2 – Caracterização das condições da habitação

Sexo Variáveis	Masculino		Feminino		TOTAL	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Tipo de Habitação						
Própria	71	86,6	98	76,6	169	80,5
Alugada	4	4,9	19	14,8	23	11,0
Cedida	7	8,5	11	8,6	18	8,6
Moradia/Vivenda	80	97,6	110	85,9	190	90,5
Andar	2	2,4	14	10,9	16	7,6
Quarto	-	0,0	4	3,1	4	1,9
Electricidade						
Sim	81	98,8	126	98,4	207	98,6
Não	1	1,2	2	1,6	3	1,4
Água canalizada						
Sim	72	87,8	106	82,8	178	84,8
Não	10	12,2	22	17,2	32	15,2
Origem da água						
Pública	55	76,4	75	70,8	130	73,0
Particular	13	18,1	25	23,6	38	21,3
Ambas	4	5,6	6	5,7	10	5,6
WC						
Sim	80	97,6	122	95,3	202	96,2
Não	2	2,4	6	4,7	8	3,8
Esgotos						
Sim	75	91,5	112	87,5	187	89,0
Não	7	8,5	16	12,5	23	11,0
Escadas						
Sim	73	89,0	101	78,9	174	82,9
Não	9	11,0	27	21,1	36	17,1

Caracterização da funcionalidade familiar da amostra

Na sua maioria, os idosos percebem que têm uma relação familiar que integra uma família altamente funcional (62,4%). Logo a seguir aparecem os que crêem ter uma relação familiar com disfunção leve (27,1%).

Quadro 3 – Tipo de relação familiar (funcionalidade familiar)

Relação familiar \ Sexo	Masculino		Feminino		Total	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Disfunção severa 0 a 3 pontos	7	8,5	15	11,7	22	10,5
Disfunção leve 4 a 6 pontos	23	28,0	34	26,6	57	27,1
Altamente funcional 7 a 10 pontos	52	63,4	79	61,7	131	62,4
Total	82	100,0	128	100,0	210	100,0

Estudo da qualidade de vida

Os valores variam entre o mínimo de 12 e o máximo de 50, aos quais corresponde um índice médio de 36,44 e um desvio padrão de 7,969.

De acordo com os valores da escala utilizada, a maioria dos idosos (92,9%) classificou-se como tendo qualidade de vida.

Quadro 4 – Classificação da Qualidade de Vida dos idosos

Qualidade de Vida \ Sexo	Masculino		Feminino		Total	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Sem qualidade de vida	4	4,9	11	8,6	15	7,1
Com qualidade de vida	78	95,1	117	91,4	195	92,9
Total	82	100,0	128	100,0	210	100,0

No que se refere aos componentes da escala, os idosos comunicam com o mundo exterior (63,8%); movimentam-se sem qualquer ajuda (86,2%); efectuem as actividades de vida diária sem ajuda (81,0%); referem ter uma actividade esporádica (41,4%); praticam actividades lúdicas como forma de dar resposta aos seus anseios (37,1%); afirmam que a relação familiar existente é com participação familiar (48,6%) e que os recursos económicos são suficientes para as necessidades básicas (74,8%).

Quadro 5 – Componentes básicos da Qualidade de Vida

Sexo Componentes QDV	Masculino		Feminino		TOTAL	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Isolam/Comunicação						
Sem comunicação	-	0,0	2	1,6	2	1,0
Comunicação/Domicílio	12	14,6	26	20,3	38	18,1
Comunicação envolvente habitacional	18	22,0	18	14,1	36	17,1
Comunicação mundo exterior	52	63,4	82	64,1	134	63,8
Mobilidade						
Sem mobilidade	-	0,0	2	1,6	2	1,0
Mobilidade ajuda outros	4	4,9	8	6,3	12	5,7
Mobilidade ajuda técnica	6	7,3	9	7,0	15	7,1
Mobilidade sem ajuda	72	87,8	109	85,2	181	86,2
Actividades da Vida Diária						
Sem actividades	4	4,9	12	9,4	16	7,6
Actividades com ajuda de outros	4	4,9	13	10,2	17	8,1
Actividades através de ajudas técnicas	3	3,7	4	3,1	7	3,3
Actividades sem ajuda	71	86,6	99	77,3	170	81,0
Actividade Ocupacional						
Sem actividade	17	20,7	17	13,3	34	16,2
Actividade esporádica	31	37,8	56	43,8	87	41,4
Actividade regular	33	40,2	53	41,4	86	41,0
Actividade ocupacional remunerada	1	1,2	2	1,6	3	1,4
Actividade Lúdica						
Sem actividade	20	24,4	41	32,0	61	29,0
Com participação familiar	26	31,7	45	35,2	71	33,8
Com actividade resposta anseios	36	43,9	42	32,8	78	37,1
Relação Familiar						
Sem relação familiar	3	3,7	8	6,3	11	5,2
Com participação familiar	37	45,1	65	50,8	102	48,6
Com integração familiar funcional	42	51,2	55	43,0	97	46,2
Recursos Económicos						
Insuficientes	9	11,0	21	16,4	30	14,3
Suficientes para as necessidades básicas	66	80,5	91	71,1	157	74,8
Para além das necessidades básicas	7	8,5	16	12,5	23	11,0

Discussão dos resultados

Neste estudo tivemos em conta as variáveis sócio-demográficas (idade, sexo, estado civil) e a variável de contexto familiar (funcionalidade familiar), pois os autores descrevem que estas variáveis poderão influenciar a qualidade de vida na população idosa.

Desta forma, pretendemos contribuir para a compreensão dos múltiplos factores que podem influir na qualidade de vida dos mais velhos.

Qualidade de vida e variáveis sócio-demográficas

Um primeiro ponto de discussão refere-se à influência da *idade* na percepção da qualidade de vida. A idade variou entre os 60 e 95 anos, sendo a média de idades de 72,91 anos, verificando-se uma maior representatividade no grupo dos 72-77anos (28,6%).

Os resultados demonstraram uma variação no sentido dos que tinham maior idade apresentarem uma percepção de qualidade de vida menos satisfatória, com diferenças estatisticamente significativas ($r=-0,192$; $p=0,005$)

Conforme se esperava, a idade influencia a qualidade de vida, sobretudo em relação aos grupos etários limite. Naturalmente os mais jovens sentem-se melhor e têm mais expectativas, enquanto que os de idade mais avançada poderão ter limitações de ordem física que os afectam.

Estes resultados estão em consonância com os obtidos por André *et al.*, 2005; Martins, Costa *et al.*, 2006; Martins, Albuquerque *et al.*, 2006; Madureira *et al.*, 2007; Martins *et al.*, 2007. Entendendo a idade como processo evolutivo da existência dos seres vivos, seria de esperar que à medida que a idade aumenta, as complicações crónicas tenderiam a ser mais graves e a influenciar negativamente a qualidade de vida.

Outro ponto de discussão relaciona-se com a influência do *sexo* na percepção da qualidade de vida, tendo-se verificado uma percepção da qualidade de vida menos satisfatória nas mulheres. Contudo, no nosso estudo não encontramos diferenças estatisticamente significativas ($z=-1,582$; $p=0,114$).

Os resultados deste estudo estão de acordo com outros autores, entre os quais Cunha *et al.*, 2006; Martins *et al.*, 2007; Silva (2007), ao referirem que as mulheres referem um impacto mais negativo do que os homens no nível da qualidade de vida relacionada com a saúde.

Por outro lado, pertencer ao sexo feminino determina o exercício de papéis sociais que conectam as mulheres ao mundo das relações e da inter-dependência. Por sua vez, uma maior conectividade é positivamente relacionada com a satisfação e com o

acesso a recursos sociais e inter-pessoais, que funcionam como mecanismos protectores, significando segundo Netto (2006) que têm melhor qualidade de vida.

Um último ponto de discussão relaciona-se com a influência do *estado civil* na percepção da qualidade de vida dos idosos. Na amostra em estudo, a maioria dos participantes eram casados (59,5 %), tendo-se verificado uma diferenciação no sentido destes apresentarem qualidade de vida satisfatória relativamente aos que não têm companheiro (solteiros e divorciados). Contudo, não se verificou uma diferença estatisticamente significativa. Pereira *et al.*, (2006) corroboram este resultado ao afirmarem que a situação conjugal não tem influência na qualidade de vida dos idosos.

O grupo dos indivíduos sem companheiro inclui uma percentagem significativa de viúvos 29,5% e apenas 3,3% são divorciados. Quando comparamos a percepção da qualidade de vida entre solteiros/viúvos/divorciados com os casados, conclui-se que os indivíduos casados apresentam melhor qualidade de vida do que os restantes ($z=-2,640$; $p=0,008$).

Estes resultados estão em consonância com os obtidos por Cunha *et al.*, 2007; Martins *et al.*, 2007.

Ribeiro *et al.* (2007) inferiu que os indivíduos sem companheiro têm melhor qualidade de vida.

No que concerne ao estado civil, Martins (2004) ao estudar idosos verificou que os divorciados e casados auferiam de melhor qualidade de vida do que os viúvos e solteiros.

Analogamente Worsley cit. por Cruz (2001) defende que a maioria das pessoas, quaisquer que sejam as suas opiniões sobre o amor, procuram um parceiro que lhe garanta estabilidade económica, social e pessoal, influenciando a percepção da felicidade.

Qualidade de vida e variável de contexto familiar

A uma maior funcionalidade familiar corresponde uma melhor qualidade de vida dos idosos ($r=0,297$; $p=0,000$). Os resultados do nosso estudo estão em consonância com a literatura e são corroborados por André *et al.*, 2005; Martins, Albuquerque *et al.*, 2006; Madureira *et al.*, 2007, quando opinam que as interações familiares, a coesão e organização no seio da família e um adequado apoio familiar interferem na qualidade de vida.

Várias investigações concluem que a funcionalidade familiar está intimamente relacionada com a qualidade de vida.

Conclusões

Das características sócio-demográficas, apenas a idade é que influencia a percepção da qualidade de vida, nomeadamente, quanto mais elevado é o grupo etário pior é a qualidade de vida dos idosos.

Quando se estudam pessoas com idades “mais avançadas” constata-se que as mesmas apresentam maiores problemas de saúde, perdas e deficiências a vários níveis, influenciando a sua qualidade de vida.

Martins (2004) refere que “quanto mais elevada for a idade, menor é o padrão de qualidade de vida”.

Leinonen *et al.* (2001) realizaram um estudo com idosos e inferiram que a saúde, a capacidade física e o desempenho funcional declinam com a idade. Inferiram ainda que os idosos mais velhos evidenciavam maior pontuação na escala aplicada, o que significa pior Qualidade de vida.

Estudos realizados revelaram que a ausência de saúde e a incapacidade aumentam com a idade. Concluíram ainda que a maioria das pessoas com mais de 65 anos tem pelo menos uma doença crónica, sendo frequente que tenha duas ou mais.

No que concerne à variável de contexto familiar, a funcionalidade familiar revelou-se preditora da qualidade de vida dos idosos, contribuindo para explicar 5,1% da sua variabilidade.

O APGAR familiar é um instrumento de avaliação destinado a reflectir a satisfação de cada membro, e os diferentes *scores* devem ser comparados para se avaliar a funcionalidade familiar (Rocha, Nascimento & Lima, 2002).

Viver mais tempo é uma ambição natural e continuamente se desenvolvem esforços para prolongar a vida humana. No entanto, torna-se fundamental oferecer não só anos de vida, mas também condições adequadas aos idosos para que estes possuam uma óptima qualidade de vida e de bem-estar (Martins, 2004).

Tanto a família como os profissionais de saúde evidenciam-se como as fontes determinantes para a qualidade de vida. Adicionalmente, os profissionais de saúde devem considerar formas de supervisionar a funcionalidade familiar.

Há anos, a Organização Mundial de Saúde propunha como objectivo aumentar a esperança de vida, hoje considera como desafio aumentar a expectativa de vida activa dos idosos, impondo-se dar a todos os idosos uma melhor qualidade de vida que passa por mantê-los activos (Arroteia e Cardoso, 2006).

Os resultados do estudo documentam que as variáveis estudadas devem ser consideradas quando se repensam respostas e políticas para idosos, de forma a aumentar a sua qualidade e satisfação com a vida.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Agostinho, M.; Rebelo, L. (1988). *Família: do conceito aos meios de comunicação*. Revista Portuguesa de Saúde Pública, 5 (32). Pp.18-21, Lisboa.
- André, Suzana et al. (2005). *Qualidade de vida do doente com diabetes tipo II*. Viseu: Escola Superior de Saúde. 6º Curso de Complemento de Formação em Enfermagem. (Texto não publicado, disponível na ESSV).
- Arroteia, J. & Cardoso, A. (2006). *O envelhecimento da população portuguesa: responsabilidade social e cidadania*. *Psychologica*, 42. Lisboa. Pp.9-24.
- Conselho Internacional de Enfermeiras (2002). *Classificação internacional para a prática de enfermagem CIPE/CNP: versão beta2*. Lisboa: IGIF.
- Costa, Alexandra; Coelho, Lúcia; Oliveira, Rosa (2007). *A Família perante o Doente Hospitalizado*. *Sinais Vitais*, 72. Coimbra. P p.33-34.
- Cunha, Madalena et al. (2006). *Qualidade de vida do adulto*. Viseu: Escola Superior de Saúde. 7º Curso de Licenciatura em Enfermagem. (Texto não publicado, disponível na ESSV).
- Cunha, Madalena et al. (2007). *Qualidade de vida dos diabéticos com alterações dos pés*. Viseu: Escola Superior de Saúde. 11º Curso de Licenciatura em Enfermagem. (Texto não publicado, disponível na ESSV).
- Cruz, E. B. L. (2001). *Estudo da relação entre a qualidade de vida relacionada com saúde e o bem estar psicológico: a satisfação com a vida e o apoio social*. Dissertação de Mestrado em Sócio-Psicologia da Saúde. Instituto Superior Miguel Torga.
- Direcção-Geral da Saúde (1995). *Estudo da qualidade de vida do idoso: aplicação de um instrumento de avaliação - Relatório*. Lisboa.
- Gomes, M. M. F. et al. (2002). *Concepções de um grupo de enfermeiras sobre família*. *Revista Fam. Saúde Desev*, 4 (1) Curitiba. Pp.60-67.
- Instituto Nacional de Estatística (2008). *Estatísticas Demográficas 2006*. Lisboa.
- Instituto Nacional de Estatística (2003). *Projeções de população residente em Portugal 2000-2050*. Lisboa.
- Lage, Isabel (2005). *Cuidados familiares a idosos*. In: Paúl, Constança; Fonseca, António M., *Envelhecer em Portugal*. Lisboa: Climepsi.
- Lage, Isabel (2005). *Saúde do Idoso: aproximação ao seu estado de saúde*. *Nursing*, 16 (195) p.7- 12, Lisboa.
- Leinonen, R. et al. (2001). *Predictors of decline in self-assessments of health among older people – a 5-year longitudinal study*. *Social Science and Medicine*, 52 (9), p.1329-1341.
- Lima-Costa, M. F.; Veras, R. (2003). *Saúde Pública e envelhecimento*. *Cadernos de Saúde Pública*, 19 (3) Rio de Janeiro. Pp.700-701.
- Madureira, António et al. (2007). *Qualidade de vida do prestador informal de cuidados à pessoa dependente*. Viseu: Escola Superior de Saúde. 9º Curso de Licenciatura em Enfermagem. (Texto não publicado, disponível na ESSV).
- Martins, Conceição; Costa, José et al. (2006). *Qualidade de vida e dor em doentes com úlceras varicosas nos membros inferiores*. Viseu: Escola Superior de Saúde. 6º Curso de Licenciatura em Enfermagem. (Texto não publicado, disponível na ESSV).
- Martins, Rosa; Albuquerque, Carlos et al. (2006). *Qualidade de vida do indivíduo com lesão medular traumática*. Viseu: Escola Superior de Saúde. 7º Curso de Licenciatura em Enfermagem. (Texto não publicado, disponível na ESSV).
- Martins, Rosa Maria Lopes (2004). *Qualidade de vida dos idosos da região de Viseu*. Dissertação de Doutoramento. Universidade da Extremadura.
- Martins, Rosa et al. (2007). *Qualidade de vida dos idosos*. Viseu: Escola Superior de Saúde. 1º Curso de Pós-licenciatura em Enfermagem de Reabilitação. (Texto não publicado, disponível na ESSV).
- Netto, Matheus Papaléo (2006). *O estudo da velhice no século XX: Histórico, Definição do Campo e Termos Básicos*. In: Freitas, Elizabete Viana et al. *Tratado de Geriatria e Gerontologia*. (2ªed.). Rio de Janeiro: Guanabara Koogan.

- Pereira, R. J. *et al* (2006). *Contribuição dos domínios físico, social, psicológico e ambiental para a qualidade de vida de idosos*. *Revista Psiquiatria*, 28 (1), Rio Grande do Sul. Porto Alegre. Pp.27-38.
- Pimentel, L.(2005). *O lugar do Idoso na Família*. (2ªed.). Coimbra: Quarteto Editora.
- Redante, D. *et al* (2005). *Cuidando o idoso e a família*. *Revista Fam. Saúde Desev.*, 7 (2). Curitiba. Pp.158-163.
- Ribeiro, Olivério *et al*. (2007). *Qualidade de Vida e dor lombar nos profissionais da construção civil*. Viseu: Escola Superior de Saúde. 9º Curso de Licenciatura em Enfermagem. (Texto não publicado, disponível na ESSV).
- Rocha, Semiramis Melani Melo; Nascimento, Lucila Castanheira; Lima, Regina Aparecida Garcia. (2002). *Enfermagem pediátrica e abordagem da família: subsídios para o ensino de graduação*. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 10 (5), Ribeirão Preto. Pp.709-714.
- Silva, Telma Pereira Vieira. (2007). *Qualidade de vida em idosos da cidade de Rio Verde-GO*. Dissertação de Mestrado. Universidade Brasília. [Consultado em 1 de Setembro de 2010]. Disponível em: http://repositorio.bce.unb.br/bitstream/10482/2011/1/Dissert_TelmaPereiraVieiraSilva2.pdf
- Smilkstein, G. (1978). *The Family APGAR: A proposal for family function test and its use by physicians*. *Journal of Family Practice*, 6(6). Pp.1231-1239.
- Smilkstein, G., Ashworth, C., & Montano, D. (1982).
- Vaz Serra (2002). *O stress na vida de todos os dias*. (2ªed.). Coimbra: Gráfica de Coimbra.
- Videira, Joana Elisa Gomes Castro (2008). *Ser idoso: o envelhecimento*. *Ecos da Enfermagem*, XXXVII. 265. Lisboa. Pp.19-20.

Recebido: 7 de Outubro de 2010.

Aceite: 27 de Novembro de 2010.