



CATÓLICA PORTO
EDUCAÇÃO E PSICOLOGIA

QUALIDADE DE VIDA E ATIVIDADE: UM ESTUDO EM IDOSOS DE
VILA NOVA DE CERVEIRA

Dissertação apresentada à Universidade Católica Portuguesa para
obtenção do grau de Mestre em Psicologia

- Especialização em Psicologia Clínica e da Saúde -

Marco António Gil Fernandes

Trabalho efetuado sob a orientação de

Professor Doutor António Manuel Godinho da Fonseca

Porto, Julho de 2012

AGRADECIMENTOS

Em primeiro lugar, quero agradecer ao Professor Doutor António Fonseca pela sua orientação, conselhos, acompanhamento, incentivo e disponibilidade.

Agradeço igualmente à professora Carla Martins, pela sua solicitude e ajuda na parte do tratamento estatístico dos dados.

Para que o estudo realizado fosse possível, contei com a colaboração, que agradeço, da Direção da Unisénior de Vila Nova de Cerveira e da Direção do Centro Social Paroquial de Gondarém. Não posso também deixar de agradecer a colaboração individual de todos os participantes no estudo realizado.

Finalmente, o mais importante, um grande agradecimento à minha família. Aos meus pais, Primavera e Albérico, e sogros, Lucília e Fernando, especialmente à minha sogra, que nos permitiram ter o tempo e a disponibilidade para frequentar as aulas e para poder escrever a presente dissertação. Ao Afonso, à Miriam e ao César agradeço e peço desculpa pelo tempo da nossa companhia que este trabalho lhes subtraiu. À Liliana, agradeço todo o apoio, companhia e compreensão que teve para comigo ao longo do tempo que durou esta nossa “aventura”.

Resumo

Num tempo em que a população europeia, e a portuguesa em particular, está a envelhecer muito, é pertinente refletir sobre esse facto. O corrente ano foi proclamado *Ano Europeu do Envelhecimento Ativo e da Solidariedade Entre Gerações*. Pensando sobre o envelhecimento da população, fizemos uma análise sobre o trabalho existente sobre esta temática ao nível da Psicologia, enquadrando o nosso trabalho na perspetiva da Psicologia Desenvolvimental do Ciclo de Vida, desenvolvida por Paul Baltes e colaboradores. Esta defende que o desenvolvimento se estende a todo o ciclo de vida e que o indivíduo tem um papel ativo no seu processo de envelhecimento.

Objetivos: Partindo destes pressupostos teóricos quisemos avaliar a qualidade de vida percebida por idosos do concelho de Vila Nova de Cerveira, nosso local de residência e trabalho. Mais concretamente, procurámos perceber se o grau de atividade influencia de facto a qualidade de vida percebida pelos idosos.

Metodologia: Para efetuar o estudo apresentado neste trabalho constituímos uma amostra repartida em três grupos, com diferentes perfis de atividade: um mais ativo (alunos da Unisénior de V. N. de Cerveira), um intermédio (residentes em ambiente rural sem atividade/participação social) e um menos ativos (utentes do Serviço de Apoio Domiciliário do Centro Social Paroquial de Gondarém). Aos três grupos foi administrado o Instrumento de Avaliação de Qualidade de Vida (IAQdV), que se destina a avaliar a qualidade de vida percebida pelos sujeitos, incluindo cinco dimensões: saúde/doença, vida independente, relações sociais, sentidos e bem-estar psicológico.

Resultados: Após análise estatística dos resultados, comprovou-se a existência de diferenças significativas entre o grupo mais ativo, em relação a qualquer um dos outros dois grupos, que não apresentam diferenças significativas entre si. Estes resultados confirmam que uma maior atividade conduz a uma melhor perceção de qualidade de vida. A qualidade de vida percebida em geral foi boa, o que mostra a influência das experiências e expetativas individuais no sucesso do envelhecimento e na qualidade de vida percebida. Ficou ainda mostrada a utilidade para a qualidade de vida dos idosos de instituições como as Universidades Seniores e os Serviços de Apoio Domiciliário.

Palavras-chave: Envelhecimento, Psicologia do ciclo de vida, Atividade/participação social, Qualidade de Vida, IAQdV, Envelhecimento ativo

Abstract

In a moment when European population, and the Portuguese one in particular, is ageing a lot, it's necessary to think about this fact. The present year was proclaimed *European Year of Active Ageing and Intergenerational Help*. Thinking about population's ageing, we've made an analysis of the existing work about this theme in Psychology, including our work in the perspective of Life Cycle Psychology, developed by Paul Baltes and co-workers. It stands that development extends to the entire life cycle, and that the subject has an active role in his own ageing process.

Purposes: Having these theoretical assumptions we've wanted to evaluate perceived quality of life by elderly from Vila Nova de Cerveira, our place of work and residence. More specifically, we've tried to know if activity degree really influences elderly's perceived quality of life.

Methods: To make the study presented in this paper we've obtained a sample, divided in three groups, with different activity patterns: one more active (students from Unisénior of V. N. Cerveira), one intermediate (residents in rural areas without social activity/participation) and one less active (Centro Social Paroquial de Gondarém Home Support Service's clients). We've passed to the three groups the Assessment of Quality of Life (AQoL), an instrument which evaluates the perceived quality of life by the subjects, including five dimensions: health/illness, independent life, social relationships, senses and psychological well-being.

Results: After statistical analysis of the results, we've identified significant differences between the more active group and the other two groups, which have no significant differences between them. These results confirm that more activity leads to a better perception of quality of life. The overall perceived quality of life was good, what shows the influence of individual experience and expectations in the success of ageing and perceived quality of life. It has been shown as well the usefulness to improve elderly quality of life of institutions as Senior Universities and Home Support Services.

Keywords: Ageing, Life cycle psychology, Social activity/participation, Quality of life, AQoL, Active ageing

ÍNDICE

Índice de Tabelas	6
Siglas e Abreviaturas	6
Introdução	7

Parte I – Enquadramento Teórico

1. Evolução do estudo do envelhecimento	10
1.1 Idade e envelhecimento	13
2. Envelhecimento, qualidade de vida e saúde	15
2.1 Saúde/doença	16
2.2 Vida independente	18
2.3 Relações Sociais	19
2.4 Sentidos	21
2.5 Bem-estar psicológico	22

Parte II – Estudo sobre qualidade de vida e atividade

3. Objetivo, questão e hipótese do estudo	26
4. Metodologia	26
4.1 Amostra	26
4.2 Instrumento	30
4.3 Procedimentos de recolha e tratamento de dados	30
5. Resultados obtidos	31
6. Análise e discussão dos resultados	34
6.1 Análise dos resultados no IAQdV.....	34
6.2 Discussão dos resultados.....	38
7. Conclusões	42
8. Bibliografia	45
Anexos	49

ÍNDICE DE TABELAS

Tabela I – Caracterização socio-demográfica	28
Tabela II – Resultados na amostra global	31
Tabela III – Resultados no grupo do SAD	32
Tabela IV – Resultados no grupo nenhuma atividade/participação social	32
Tabela V – Resultados no grupo da Unisénior VNC	32
Tabela VI – Níveis de significância (<i>p</i>) nos testes estatísticos	33

SIGLAS E ABREVIATURAS

IAQdV – Instrumento de Avaliação da Qualidade de Vida

INE – Instituto Nacional de Estatística

IPSS – Instituições Particulares de Solidariedade Social

OMS – Organização Mundial de Saúde

SAD – Serviço de Apoio Domiciliário

Unisénior – Universidade Sénior de Vila Nova de Cerveira

INTRODUÇÃO

É sabido que a população dos países ocidentais tem vindo a envelhecer progressivamente nas últimas décadas. No caso de Portugal, esse envelhecimento tem sido notório e cada vez mais acentuado. De acordo com o INE (2011a), o atual índice de envelhecimento da população é de 129, ou seja, existem 129 cidadãos com 65 anos ou mais por cada 100 cidadãos com menos de 15 anos. Passou-se de 16,4% de pessoas com mais de 65 anos, em 2001, para os 19,1% registados nos Censos 2011. Nesta faixa etária encontram-se 21,3% do total de mulheres e 16,8% do total dos homens residentes em Portugal Continental. Esta diferença percentual é demonstrativa do aumento da percentagem de mulheres à medida que vamos avançando nos escalões etários, por comparação com o número de homens. Estes números levam a presumir um aumento da esperança média de vida, confirmada pelos dados do INE (2011b). Em 2004, a esperança média de vida em Portugal era de 77,69 anos e em 2010 era de 79,20 anos. Neste último ano, a esperança média de vida aumentou 0,32 anos (era de 78,88 anos em 2009). A conjugação deste aumento da esperança média de vida, associado a uma baixa taxa de natalidade, tem conduzido a um duplo envelhecimento da população. Tendo em conta que estes fenómenos já ocorrem há algumas décadas, tem vindo a ser dada cada vez mais importância à faixa etária após aos 65 anos, tida como aquela que marca o envelhecimento. No entanto, como afirma Pinto (2009), “o aumento da esperança de vida só constitui um progresso real da sociedade se não se acompanhar de uma diminuição da qualidade de vida” (Pinto, 2009, p.114).

Este crescente interesse pela temática do processo de envelhecimento, bem como o trabalho que desenvolvemos junto desta faixa etária, conduziram à realização do estudo apresentado no presente trabalho.

Inserido numa perspetiva teórica que defende que o desenvolvimento humano se estende ao longo de todo o seu ciclo de vida (psicologia desenvolvimental do ciclo de vida), desenvolvida por Paul Baltes e colaboradores a partir dos anos 80 do século passado, que explicitamos sumariamente no enquadramento teórico (Fonseca, 2008), centramo-nos mais concretamente na qualidade de vida percebida pelo idoso, enquanto indicador de um envelhecimento bem-sucedido. Considerando o idoso como um ator do seu próprio desenvolvimento, faz todo o sentido que a avaliação da qualidade de vida seja também aquela que é por si percebida. Uma vez que o envelhecimento é um processo muito caracterizado por massivas perdas, é difícil atingir o desiderato de uma velhice bem-sucedida (Fonseca, 2005b). Para se conseguir, é necessário recorrer à capacidade de resiliência e de adaptação que o ser humano mantém ao longo de toda a sua vida. Esta resiliência, no idoso, advém de um co-ajustamento permanente entre objetivos e recursos de ação

disponíveis (Fonseca, 2005b). Paúl, Fonseca, Martín & Amado (2005) referem que atualmente a preocupação central na área da gerontologia, no que aos idosos diz respeito, gira em torno dos conceitos de envelhecimento bem-sucedido e de envelhecimento ativo, que acabam por ser dois conceitos quase equivalentes, o primeiro de caráter mais científico e o segundo de caráter mais sócio-político. Para a OMS “envelhecimento ativo é o processo de otimização de oportunidades para a saúde, participação e segurança, de forma a melhorar a qualidade de vida à medida que a pessoa envelhece” (OMS, 2002, p.12). Também a União Europeia demonstra preocupação com esta situação, tendo mesmo implementado, no presente ano de 2012, o *Ano Europeu do Envelhecimento Ativo e da Solidariedade Entre Gerações* (Fernandes, 2012).

São também estes conceitos que estão em reflexão na elaboração do presente trabalho e do estudo nele apresentado, tomando como medida do envelhecimento bem-sucedido a qualidade de vida percebida. Desta forma, o estudo apresentado pretende analisar a influência do grau de atividade no nível de qualidade de vida percebida, em idosos do concelho de Vila Nova de Cerveira, comparando três grupos diferentes: idosos que frequentam a Universidade Sénior de Vila Nova de Cerveira, idosos que permanecem autonomamente em casa e idosos que beneficiam de um serviço formal de apoio domiciliário.

Para este estudo foi utilizado o *Instrumento de Avaliação da Qualidade de Vida* (IAQdV), de Fonseca, Paúl & Teles, aferido em 2007, que é a versão portuguesa do original australiano *The Assessment of Quality of Life* (AQoL), criado por Hawthorne, Richardson, Osborne & McNeil em 1997 (Fonseca *et al.*, 2007).

O presente trabalho é constituído por três momentos fundamentais. Num primeiro momento, será feita uma reflexão teórica sobre o estudo do envelhecimento e o estado da arte das variáveis envolvidas no IAQdV. Num segundo momento serão apresentados a caracterização dos grupos, os objetivos e hipóteses subjacentes ao estudo realizado, bem como os principais resultados obtidos. Num último momento serão analisados e discutidos esses mesmos resultados.

PARTE I

ENQUADRAMENTO TEÓRICO

1. EVOLUÇÃO DO ESTUDO DO ENVELHECIMENTO

Historicamente, a velhice era considerada como uma fase da vida em que apenas ocorria declínio e perda de capacidades, não fazendo parte do desenvolvimento pessoal, o que conduziu a que, durante décadas, não houvesse grande preocupação com o envelhecimento ou investigação sobre o mesmo (Fonseca, 2006).

No caso concreto da psicologia, inicialmente, apenas existia investigação no campo do desenvolvimento humano até ao final da adolescência. Vandenplas-Holper (1998, cit. *in* Fonseca, 2006) refere que isso se devia a que a infância e a adolescência constituem os períodos com mudanças mais espetaculares e nos quais é mais fácil recrutar participantes para os estudos. Apesar de existirem alguns trabalhos sobre a continuidade do desenvolvimento humano para além da adolescência (Fonseca, 2006), foi a partir da 2ª Guerra Mundial que se intensificou o interesse pela investigação do envelhecimento, devido ao aumento da esperança de vida e conseqüente envelhecimento da população.

Fonseca (2006) refere que, nos anos 50 e 60 do século passado, diversos autores chamaram a atenção para a necessidade de olhar para o envelhecimento de um ponto de vista dinâmico, independente das etapas de desenvolvimento anteriormente descritas. Assim, as situações de transição e adaptação, as alterações do funcionamento individual, as características psicossociais passaram a despertar a atenção dos investigadores. Este progressivo interesse das ciências sociais e humanas pelo processo de envelhecimento obedeceu a um duplo objetivo: por um lado, procurar conhecê-lo melhor; por outro lado, identificar as possibilidades de intervenção no processo. No caso concreto de Portugal, só existem trabalhos sobre esta fase da vida publicados a partir de finais dos anos 80 do século passado. Têm-se destacado, entre outros, os trabalhos de Fonseca, Lima, Novo e Paúl (Fonseca, 2006).

Birren foi um dos autores que mais cedo se interessou e destacou nos estudos nesta área. Nos anos 60, Birren considerava que o envelhecimento seria sobretudo caracterizado por um progressivo abrandamento da atividade do sistema nervoso (Fonseca, 2006).

Nos tempos mais recentes, ainda subsiste alguma discussão se o envelhecimento é ou não parte constituinte do desenvolvimento. Fontaine (2000) refere-se inicialmente ao envelhecimento como “o conjunto de processos (...) que o organismo sofre após a sua fase de desenvolvimento”, referindo igualmente que “envelhecimento e desenvolvimento são conjuntos de fenómenos dinâmicos que evocam transformações do organismo de natureza biológica ou psicológica”(Fontaine, 2000:introdução, p. *xiv*).

Com o decorrer dos anos, tem-se evoluído de uma perspetiva segundo a qual o desenvolvimento e o envelhecimento são duas fases distintas e sequenciais, para uma concepção que encara desenvolvimento e envelhecimento como duas faces da mesma

moeda (Fonseca, 2006). Birren & Schroots (1996, cit. *in* Fonseca, 2006) consideram o envelhecimento como a “contrapartida” do desenvolvimento. Com este termo, transmitem a noção de que estes dois processos são paralelos e relacionam-se entre si.

Embora seja muito difícil explicar os fenómenos implicados no desenvolvimento, é necessário, num primeiro momento, compreender a natureza do envelhecimento, para depois o poder explicar (Birren e Schroots, 1996, cit. *in* Fonseca, 2006). Fonseca (2006) considera que continuam por explicar aspetos como a delimitação do início do processo de envelhecimento ou as diferenças neste processo, entre géneros, devido à falta de quadros conceptuais fortes.

De qualquer forma, podemos enquadrar o presente trabalho dentro da perspetiva teórica da psicologia desenvolvimental do ciclo de vida. Desenvolvido a partir dos anos 80, por Paul Baltes e colaboradores, defende a existência de desenvolvimento ao longo de toda a vida do ser humano. Este modelo pretende englobar a compreensão do desenvolvimento intra e inter-individual. Fonseca (2008), refere que Baltes define alguns critérios sobre a natureza do desenvolvimento humano, entre os que se destacam a integração dos fenómenos centrais da vida e a interação dinâmica entre variáveis e processos. Os fenómenos centrais da vida podem ser entendidos a diversos níveis existenciais: biológico, psicológico, social, comunitário, cultural, histórico, ecológico, entre outros, que se relacionam e criam interdependências entre si, promovendo um desenvolvimento individual diferenciado. Fonseca (2005a) refere que esta realidade advém de três premissas fundamentais: o ser humano caracteriza-se por possuir um potencial de plasticidade, que ora incentiva, ora constrange a mudança; dessa plasticidade resulta um potencial de intervenção nos comportamentos e percursos desenvolvimentais, que age no indivíduo e no seu contexto físico e social; sendo o desenvolvimento essencialmente um fenómeno plástico, os indivíduos são atores e produtores do seu próprio desenvolvimento.

Baltes, em 1987 (cit. *in* Fonseca, 2008), ligou a natureza do desenvolvimento humano a três aspetos: existem mudanças intra e inter-individuais; estende-se ao longo de todo o ciclo de vida; nenhuma fase etária prevalece na regulação do desenvolvimento humano. Desta forma, de acordo com a psicologia desenvolvimental do ciclo de vida, o desenvolvimento ocorre em qualquer fase do ciclo de vida, sendo a mudança multidirecional, variável quanto ao seu início, direção, duração e finalidade. Dado o carácter multidirecional da mudança, com o passar dos anos, os indivíduos vão-se tornando cada vez mais diferenciados entre si. Entendendo a mudança como multidirecional, multidimensional e variável, resulta que o desenvolvimento se processa pela interação organismo-ambiente, através de uma relação entre ganhos e perdas desenvolvimentais. Desta forma, existem ganhos desenvolvimentais ao longo de todo o ciclo de vida do indivíduo, incluindo na velhice. O que sucede na fase do envelhecimento é que a relação

entre ganhos e perdas pende mais para o lado das perdas, sendo que na fase final da vida os ganhos advêm essencialmente da redução do impacto das perdas (Fonseca, 2008).

Para operacionalizar esta interação dinâmica entre ganhos e perdas, enquanto interpretação dos processos adaptativos associados em geral ao desenvolvimento e sobretudo no envelhecimento, Baltes & Baltes (1990, cit. *in* Fonseca, 2008) criaram o modelo SOC (Seleção, Otimização, Compensação):

- Seleção é o processo através do qual o idoso escolhe e focaliza a sua atenção e recursos, em experiências e domínios prioritários de ação, que lhe proporcionam satisfação e um sentido de controlo pessoal;

- Otimização é a decisão pessoal de se envolver em ações e comportamentos que enriquecem e aumentam os seus recursos, rentabilizando o percurso de vida escolhido;

- Compensação consiste na utilização de recursos externos ao indivíduo para o ajudar a atingir os seus objetivos.

Desta forma, a seleção está ligada a objetivos e/ou resultados, a otimização envolve a utilização de meios para os atingir e a compensação envolve respostas comportamentais para recuperar ou conservar o sucesso adaptativo. Este modelo permite uma maximização de ganhos e minimização de perdas. Embora adaptável a todas as idades, é mais utilizado pelos indivíduos mais idosos (Fonseca, 2008).

Baltes, Staudinger & Lindenberger (1999, cit. *in* Fonseca, 2008) referem igualmente que o ciclo de vida segue uma “arquitetura biocultural”, considerando o envelhecimento um processo biopsicossocial complexo, onde os fatores culturais e contextuais estão implicados nos mecanismos adaptativos. Segundo estes autores, o papel da biologia vai diminuindo ao longo da vida, aumentando o da cultura, que assume um papel regulador no funcionamento psicológico e social do indivíduo. Como, na fase final da vida, a cultura acompanha também a perda de plasticidade da parte biológica, esta “arquitetura biocultural” é inacabada. Baltes & Smith (2003, cit. *in* Fonseca, 2008) consideram que a 4ª idade (considerada a partir dos 80 anos) é particularmente vulnerável a esta incompletude frustrante. Desta forma, Fonseca (2008) refere que, em última análise, o desenvolvimento tem um carácter finito, pois nesta fase muito avançada da vida há uma acentuada diminuição do potencial de desenvolvimento. Paúl (2005) considera o envelhecimento um processo complexo, que engloba componente biológica e social, a que cada pessoa se ajusta do ponto de vista psicológico. Para o idoso, essa adaptação implica a compensação de perdas. Devido a essas perdas, existe nos idosos uma vulnerabilidade crescente, que pode ser compensada de forma bem-sucedida, otimizando o processo de envelhecimento (Paúl, 2005).

1.1 Idade e envelhecimento

Para além das teorias explicativas do processo de envelhecimento, outro tema que tem despertado a atenção é o debate entre diversos investigadores quanto à delimitação do processo de envelhecimento. A idade tem sido considerada desde sempre uma variável fundamental na caracterização do processo de envelhecimento. No entanto, definir uma idade cronológica concreta como marca do início do envelhecimento parece-nos bastante redutor e erróneo. As concepções baseadas na idade cronológica têm conduzido a uma série de preconceitos e estereótipos sobre a capacidade dos idosos, o que na literatura anglo-saxónica tem sido designado por *idadismo* (Fonseca, 2006). Marques (2011) refere que o *idadismo* engloba igualmente uma componente comportamental, que remete para atos efetivos de discriminação das pessoas idosas. Nelson (2002, cit. *in* Fonseca, 2006) refere que o *idadismo* começa muitas vezes em casa, através dos mais novos, estendendo-se a toda a sociedade, sendo que, hoje em dia, muito poucas culturas valorizam a experiência e o saber acumulado dos mais velhos.

Para além do *idadismo*, outro conceito associado às posições negativas face aos idosos é o de *gerontofobia*, ou medo do envelhecimento. Bunzel (1972, cit. *in* Fonseca, 2006) considera que esta atitude resulta de circunstâncias relativas à história pessoal, da tentativa de negar o próprio envelhecimento ou mesmo da ação da comunicação social. Também Bytheway (2000, cit. *in* Fonseca, 2006) considera que a *gerontofobia* tende a propagar-se, pois, cada vez mais pessoas não admitem ou querem envelhecer, temendo as imagens negativas que estão associadas ao envelhecimento. Para contrariar essas imagens, surgiu uma indústria de produtos e serviços para idosos que, muitas vezes, não têm em conta as especificidades associadas ao envelhecimento (McHugh, 2003, cit. *in* Fonseca, 2006). Novo (2003) refere que os dados científicos sobre o bem-estar psicológico na velhice não acompanham este otimismo, que tenta negar o envelhecimento e o sofrimento. Fonseca (2006) considera que são tão graves as manifestações inerentes ao *idadismo*, como as tentativas de criar uma ideia de “capacidade plena”, que pode tornar-se um novo estereótipo.

Por outra parte, a delimitação do envelhecimento em termos de idade biológica é extremamente difícil e não existe consensualidade à volta deste tema. Tradicionalmente, a passagem à reforma era considerada como o marco do início da velhice, sobretudo para o homem, sendo essa fronteira mais difícil de definir para as mulheres (Fonseca, 2006). Fonseca (2006) refere que diversos autores, entre os quais Papalia & Olds, Morn & Wethington ou Phillipson, atendendo à evolução da demografia, à variabilidade do momento do ciclo de vida onde ocorre a reforma, ou ainda aos diversos caminhos seguidos pelos indivíduos após a reforma, defendem ser necessária uma reconstrução da concepção do

envelhecimento, que deve ser concebido como um processo desenvolvimental, integrante do ciclo de vida individual.

Por isso, é de considerar que o conceito de idade pode ser muito mais abrangente que o da simples idade cronológica. Rendas (2001) faz a distinção entre “idade biológica” e “idade cronológica”, cuja distinção vai sendo mais notória à medida que aumenta a idade, mas para a qual ainda não há marcadores biológicos determinados. Birren & Cunningham (1985, cit. *in* Fonseca, 2006) diferenciam três categorias de idade: biológica, referente ao funcionamento dos sistemas vitais; psicológica, referente às capacidades psicológicas de adaptação à mudança; e idade sociocultural, referente aos papéis sociais e à cultura dos indivíduos. Por seu lado, Fernández-Ballesteros (2000) considera que a distinção entre idade psicológica e idade social conduz a limitações, pois ainda fica à mercê de alguns estereótipos como os acima mencionados. Por isso, esta autora introduziu a noção de idade funcional, tendo em conta o equilíbrio entre estabilidade e mudança, entre crescimento e declínio, que conduzem ao envelhecimento psicológico, onde há funções que diminuem a sua eficácia, outras que estabilizam e outras que crescem ao longo de todo o ciclo de vida. A idade funcional surge assim como um conjunto de indicadores que permitem compreender como criar condições para um envelhecimento satisfatório.

Para Fonseca (2006), o conceito de idade funcional é o ideal para ver o envelhecimento como algo do foro desenvolvimental, pois permite olhar para o envelhecimento como algo capaz de ser otimizado e permite contrariar a tendência para a desvalorização das pessoas idosas. Como já foi referido, a própria OMS implementou neste século o paradigma do envelhecimento ativo, como grande objetivo mundial no que se refere à população idosa (OMS, 2002). De um ponto de vista psicológico, a noção de envelhecimento bem-sucedido emerge assim como um conceito fundamental na avaliação do processo de envelhecimento. Fontaine (2000) aponta três fatores que podem contribuir para um envelhecimento bem-sucedido: o evitamento das doenças, o empenhamento social e o alto nível cognitivo e físico. Também Rowe & Khan (1998, cit. *in* Fonseca & Paúl, 2008) referem que “o envelhecimento bem-sucedido traduz a capacidade para manter três comportamentos ou características essenciais: (i) baixo risco de doença e de incapacidades relacionadas com a doença; (ii) funcionamento físico e mental elevado; (iii) envolvimento/compromisso ativo com a vida” (Fonseca & Paúl, 2008, p.30).

Para aquilatar sobre o sucesso no envelhecimento, a qualidade de vida percebida, apresenta-se como um indicador essencial. É este conceito que passaremos a explorar de seguida.

2. ENVELHECIMENTO, QUALIDADE DE VIDA E SAÚDE

A definição do conceito *qualidade de vida* é algo difícil de concretizar. Bond & Corner (2004) referem que existem dois tipos diferentes de definições: as definições dos especialistas e as definições laicas. Existem ainda diferenças entre as perspectivas individuais e sociais acerca da qualidade de vida, que se constitui como um conceito multidimensional, com limites mal estabelecidos. Desta forma, Bond & Corner (2004) identificam alguns domínios-chave na qualidade de vida: a satisfação subjetiva, fatores do meio físico e social, fatores socioeconómicos, fatores culturais, fatores do estado de saúde, fatores de personalidade e fatores de autonomia pessoal. Nobre (2009) refere que o conceito de qualidade de vida parece estar relacionado com as experiências de vida de cada pessoa. Castellón (2003, cit. in Fonseca, 2005b) afirma existirem diversas formas de concetualizar a qualidade de vida na velhice, nomeadamente: (i) em termos das condições de vida; (ii) em termos de satisfação pessoal com as condições de vida; (iii) combinando as condições de vida e a satisfação; (iv) combinando condições de vida e satisfação pessoal de acordo com os critérios do próprio sujeito. O WHOQOL Group, grupo de trabalho sobre a qualidade de vida criado sob a égide da OMS na década de 1990, definiu a qualidade de vida como “a perceção individual da sua posição na vida no contexto da cultura e sistema de valores nos quais se insere e em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações” (WHOQOL Group, 1994, cit. in Paúl, Fonseca, Martín & Amado, 2005, p.77-78).

A qualidade de vida está implicitamente ligada a um envelhecimento bem-sucedido, que Paúl, Fonseca, Martín & Amado (2005) afirmam ser, na sua versão mais básica, a autonomia física, psicológica e social dos idosos. Para estes autores o sucesso no envelhecimento depende da competência e empenho na vida. O conceito de envelhecimento ativo integra a influência da cultura e do género no processo de envelhecimento, onde se incluem ainda vários outros fatores, como sejam: fatores económicos, fatores relativos a serviços sociais e de saúde, fatores comportamentais, fatores pessoais, ambiente físico e fatores sociais. Os vários aspetos a ter em conta nestes fatores contribuem com pesos diferentes para a satisfação e qualidade de vida dos idosos, conforme os seus contextos (OMS, 2002). O indivíduo é, pois, um ator e responsável direto pela sua qualidade de vida, sobretudo em idades mais avançadas. De acordo com Fonseca, as teorias de envelhecimento bem-sucedido “vêem os indivíduos idosos como pró-ativos, regulando a sua qualidade de vida pela definição de objetivos e lutando para os atingir, servindo-se para tal de recursos que são úteis para a adaptação a mudanças relacionadas com a idade e envolvendo-se ativamente na preservação do seu bem-estar” (Fonseca, 2005b, p.288).

Fonseca (2008) refere que na fase mais avançada da vida, existem de uma forma geral mais perdas do que ganhos, pelo que se pode falar em vulnerabilidade dos idosos, assumindo a saúde um papel primordial nessa vulnerabilidade. Bond & Corner (2004) referem que a saúde é extremamente importante na percepção individual da qualidade de vida. Paúl (2005) afirma que a saúde, real ou percebida, é um aspeto fundamental para se perspetivar um envelhecimento ótimo, pois é ela a principal preocupação dos idosos. Fonseca & Paúl (2008) afirmam mesmo que se pode prever a qualidade de vida dos idosos pela sua saúde. Quando, do ponto de vista da saúde, não há sucesso no envelhecimento, surgem as patologias. Fontaine (2000) refere que as patologias mais frequentes nos idosos são: a depressão (com carácter mais psicológico) e as demências, especialmente tipo Alzheimer (de carácter mais fisiológico).

Neste trabalho centraremos a nossa análise nas seguintes dimensões que influenciam a qualidade de vida: saúde/doença, vida independente, relações sociais, sentidos e bem-estar psicológico, por serem aquelas que são diretamente medidas pelo instrumento a utilizar (IAQdV).

2.1. Saúde/Doença

Sendo a saúde uma das principais, ou mesmo a principal área de preocupação dos idosos, a presença ou ausência de doença assumem um papel fulcral na avaliação da qualidade de vida por parte do idoso. Fonseca (2008) refere que a doença é o principal fator de vulnerabilidade no idoso, pelo que se assume como uma variável determinante na satisfação de vida. Para Fonseca (2008), a saúde na idade avançada depende, em boa medida, do comportamento individual ao longo da vida. Vieira (2001), afirma que a saúde dos idosos está relacionada com os hábitos e a dieta adotada, desde jovens. Também neste sentido, Fontaine (2000) conclui que, a partir dos 65 anos, os fatores extrínsecos e os estilos de vida assumem um papel preponderante na saúde dos idosos. Bond & Corner (2004) referem que, para muitas pessoas, a doença se transforma numa barreira para um envelhecimento bem-sucedido. Estes autores consideram que a doença lembra a nossa mortalidade inevitável.

Fonseca (2006) refere que a variável saúde/doença assume tal importância que está na base da distinção clássica entre envelhecimento primário ou normal, e envelhecimento secundário ou patológico. Fonseca (2006) menciona que a doença acaba por mobilizar todas as capacidades de coping do idoso para a recuperação, limitando todas as suas outras atividades, podendo acabar em perda de autonomia e levando mesmo a diminuir o poder económico da pessoa.

Baltes & Smith (2003. cit. *in* Fonseca, 2006) referem que, apesar da evolução na medicina e gerontologia, há ainda várias doenças graves que atingem com muita

probabilidade os mais idosos, sobretudo na 4ª idade, que faz com que a sua qualidade de vida diminua de forma irreversível. Hoeman (2000, cit. *in* Martins, 2003) afirma que viver mais tempo aumenta em 80% a probabilidade de contrair uma ou mais doenças crónicas. Martins (2003) refere que as doenças mais comuns na velhice são a degenerativa (com particular incidência do Alzheimer) e a de multi-enfartes ou arteriopática.

Fonseca & Paúl (2008) referem que as repercussões de uma doença, ainda que não muito debilitante, são muito maiores nos idosos do que noutros grupos etários. Rosa (2001) confirma que na velhice aumentam as dificuldades do sistema imunitário, nomeadamente a capacidade de recuperação de stress hematológico e a diminuição de maturação de linfócitos T, devido a dificuldades ao nível do timo, o que torna o idoso mais vulnerável à doença. Contudo, este autor refere também que estas modificações da resposta imunitária poderão ser compensadas pela capacidade adaptativa da resposta imunoinflamatória em geral, o que afasta a ideia de uma inevitabilidade da doença na velhice. No entanto, é necessário ter em conta essa diminuição da capacidade imunológica com o envelhecimento, que pode favorecer o aparecimento de doenças do foro alergológico, às quais historicamente não se tem dado grande relevo na velhice (Bom, 2001). Outra dificuldade que também pode surgir a nível da doença é, de acordo com Marques (2011), o facto de existirem por vezes dificuldades na realização de um diagnóstico correto: por um lado, os idosos são pouco propensos a levantar dúvidas sobre a sua saúde; por outro lado, os profissionais de saúde podem, por vezes, atribuir à idade certos sintomas que deveriam ser passíveis de tratamento. Mais uma vez entram aqui consequências do dito idadismo, já anteriormente caracterizado.

Bond & Corner (2004) referem que uma das imagens negativas mais duradouras associadas ao envelhecimento é a da doença e incapacidade. Estes autores afirmam que a doença nos idosos é uma fonte de dor e sofrimento, que pode trazer perdas ao nível da independência e autonomia, na autoestima e dignidade, na mobilidade, na interação e participação social. No entanto, apesar de a doença e incapacidade aumentarem com a idade, esta experiência não é generalizada (Bond & Corner, 2004). Santos (2001) vai também de encontro a esta ideia, afirmando que apesar de o envelhecimento surgir habitualmente associado à doença e de muitas doenças aumentarem de facto de frequência com a idade, é possível envelhecer sem se estar doente. Para este autor, além da doença, também a morte não está diretamente ligada à idade. Paúl & Fonseca (2001) consideram que o continuum saúde-doença pode ser influenciado pelas características psicológicas do idoso, pelo estilo de vida e pelo seu contexto envolvente, que irão interferir com o seu estado de ânimo, em função da morbilidade da doença e dos recursos de coping disponíveis.

Uma variável que pode influenciar a prevenção e controlar a evolução de certas doenças é a prática de exercício físico regular. Veríssimo (2001) refere efeitos positivos da prática de exercício físico regular no aparecimento ou desenvolvimento de doenças, como aterosclerose, hipertensão arterial, cancro, diabetes e osteoporose. Rowe & Khan (1998, cit. *in* Fonseca & Paúl, 2008) insistem que, para além da prevenção da doença, é extremamente importante a promoção da saúde, como fator de favorecimento de um envelhecimento bem-sucedido. Fonseca & Paúl (2008) reafirmam a importância dos estilos de vida, antes e durante o envelhecimento e na sua influência sobre o bem-estar geral.

2.2 Vida Independente

A possibilidade de manter a sua autonomia e de poder realizar sozinho as atividades da vida diária é algo decisivo na percepção que o idoso tem de sua qualidade de vida. Martins (2003) refere que as incapacidades para realizar uma ou mais AVD's estão a aumentar. Estas atividades da vida diária podem ser definidas a diversos níveis. A OMS (1998, cit. *in* Oliveira, 2011) definiu três sub-dimensões: atividades básicas da vida diária (AVD), que são aquelas diretamente relacionadas com a sobrevivência; as atividades instrumentais da vida diária (AIVD), que englobam atividades mais complexas relacionadas com funções sociais básicas; as atividades avançadas da vida diária (AAVD), que incluem atividades sociais voluntárias, ocupacionais e recreativas. Dependendo da experiência e estilo de vida prévio da pessoa, a sua avaliação da autonomia pode depender dos diferentes níveis de atividade, sendo a capacidade funcional de cada pessoa avaliada sobretudo ao nível das AVD e AIVD (Oliveira, 2011).

Grazina & Oliveira (2001) referem que, no envelhecimento, existe uma combinação de fatores, entre os quais as perdas ao nível do Sistema Nervoso Central, que contribuem para o enfraquecimento ou perda funcional. Botelho (2001) refere que a avaliação da funcionalidade deve ser multidisciplinar, pois as alterações na mesma podem dizer respeito a alterações em órgãos ou sistemas, mudanças no estilo de vida ou condicionantes socioeconómicas, para além da variável saúde/doença. Lage (2005) acrescenta que o envelhecimento da população acarreta frequentemente problemas de dependência ou défice funcional, o que é obstáculo ao sucesso do envelhecimento e, conseqüentemente a uma boa qualidade de vida. Fonseca (2008) admite também que, com a idade, existe uma maior tendência para a vulnerabilidade e limitação, o que pode comprometer a otimização do desenvolvimento e diminuir a qualidade de vida. Também as maiores dificuldades de recuperação ao nível da doença, anteriormente mencionadas podem interferir severamente com a independência do idoso. Fonseca & Paúl (2008) dão o exemplo de que uma fratura do fémur, num idoso, poderá vir a determinar uma incapacitação definitiva, resultante da imobilização temporária subsequente à fratura.

De acordo com a perspectiva salutogénica de Antonovski (1987, cit. *in* Fonseca, 2008), a autonomia física, psicológica e social são os principais critérios de sucesso na velhice. Só com a garantia dessa autonomia, o idoso poderá ter uma vida independente satisfatória e a percepção de um envelhecimento bem-sucedido. Bond & Corner (2004) referem também que o controlo sobre os acontecimentos e as decisões do dia-a-dia se revela como um importante tema de conversa entre os idosos: a forma como esse controlo é obtido e mantido é fulcral na forma como os idosos se vêem. Botelho (2005) propõe que a avaliação da funcionalidade deve ser feita a partir dos componentes que permitem prever a capacidade dos idosos se manterem a viver de modo independente. Desta capacidade ou incapacidade funcional irá também depender a sua satisfação e qualidade de vida. Zimerman (2000, cit. *in* Nobre, 2009) refere que a casa assume para o idoso um papel muito relevante, pelo que manter uma vida independente será um fator determinante na qualidade de vida percebida. Paúl (2005) relaciona também os conceitos de competência e dependência nos idosos, referindo que o modelo SOC é utilizado pelos idosos para manterem o mais possível a sua competência do dia-a-dia, o que contribui para um envelhecimento mais bem-sucedido. A manutenção de uma vida independente é também condição para permitir aos idosos continuar durante mais tempo a realizar alguma atividade produtiva do ponto de vista social, o que, de acordo com Fontaine (2000), lhes permitirá continuar a sentirem-se úteis, elevando assim a sua qualidade de vida percebida. Fonseca (2006) analisa a competência da vida diária do ponto de vista do estudo BASE, de Baltes & Mayer (1999, cit. *in* Fonseca, 2006), que a descrevem como o conjunto de “competências para lidar com o dia-a-dia” e que podem ser divididas em duas modalidades: a competência básica, necessária à manutenção de uma vida independente; e a competência alargada, que se refere a atividades relacionadas com as preferências, motivações e interesses pessoais. Uma boa conjugação destas duas modalidades levará a uma melhor percepção de qualidade de vida. Veríssimo (2001) afirma que a atividade física regular tende a minorar a perda de capacidade funcional, pelo que pode contribuir para evitar a perda de autonomia e independência por parte da pessoa idosa, bem como a consequente degradação da qualidade de vida.

2.3 Relações Sociais

Para que um idoso perceba a sua vida como dotada de alguma qualidade é igualmente fundamental a existência de relações sociais, sejam elas pessoais ou institucionais. Fonseca (2006) menciona a importância da dimensão relacional para a promoção da saúde e, concomitantemente, da qualidade de vida dos idosos. Bond & Corner (2004) afirmam que, apesar de a solidão ou o isolamento social serem raramente mencionados pelos idosos nos estudos, estes dois aspetos são dois dos mais receados

pelas pessoas quando atingem a reforma. Analisando o acontecimento de vida “passagem à reforma”, também Fonseca (2011a) refere a influência das relações sociais na felicidade dos reformados e conseqüentemente, na sua qualidade de vida. A importância da família e das relações para a qualidade de vida tem sido genericamente reconhecido nos estudos sociais e gerontológicos (Bond & Corner, 2004). Estes autores afirmam que o facto de uma elevada percentagem de idosos assinalar as relações familiares como a área mais importante e uma das poucas coisas que dá qualidade à vida, reforça a teoria da importância das redes de apoio social. Bond & Corner (2004) também indicam a alteração que tem vindo a ser produzida ao nível das redes de relações sociais: anteriormente, as relações mais significativas eram com a família; atualmente, com o encurtamento e distanciamento entre famílias, as relações mais importantes são frequentemente com vizinhos e outros significativos para a pessoa. Do mesmo modo, Fonseca (2006) chama a atenção para as modificações que as redes sociais dos indivíduos sofrem ao longo da vida, causadas pela alteração de contextos ou por acontecimentos de vida significativos. Referindo-se ao caso concreto da reforma, que para muitos é um marco inicial do processo de envelhecimento, Fonseca (2011a) refere que as possíveis alterações ao nível das relações sociais são uma das principais preocupações dos indivíduos no momento da reforma.

Schlossberg (1981, cit. *in* Fonseca, 2005a) identifica como fundamentais para uma adaptação com êxito ao envelhecimento, os sistemas de suporte e de relação interpessoal de cada pessoa, analisados a três níveis: relações íntimas, família e relações de amizade. Paúl (2005) considera que “a existência de redes de apoio informal é um dado essencial para assegurar a autonomia, uma auto-avaliação positiva, uma maior saúde mental e satisfação de vida” (Paúl, 2005, p.37), o que diz bem do papel decisivo das relações sociais par a qualidade de vida individual. Tournier (1997, cit. *in* Fonseca, 2011b) refere a importância de fazer amigos e cultivar a amizade, ser ativo e aberto aos outros, como alguns dos fatores que podem contribuir para aumentar a resiliência no processo de envelhecimento. Manciaux (2003, cit. *in* Fonseca, 2011b) afirma que entre os vários caminhos possíveis da resiliência se encontram o reforço das ligações familiares e o aumento da vida relacional e associativa. Existe uma linha conceptual defendida, entre outros, por Eckenrode, que sugere que o apoio social (redes de apoio) atua simultaneamente como variável atenuante e preventiva do stress, minorando assim as conseqüências negativas de acontecimentos de vida stressantes (Fonseca, 2011b). Spar & La Rue (2005) defendem que os idosos, apesar de possuírem redes sociais pequenas, são muito ativos no interior dessas redes, mantendo contactos frequentes com os elementos da rede. Assim, estes autores defendem que se devem facilitar contactos plenos de sentido para aqueles idosos que não possuem uma rede social. Existem estudos que revelam que a importância das relações sociais se sobrepõe à da existência ou não de doença, um dos

fatores que levam ao *paradoxo da incapacidade*, que consiste no facto de muitos idosos considerarem ter uma boa qualidade de vida apesar de sofrerem de várias incapacidades. Albrecht & Devlieger (citados por Fonseca & Paúl, 2008) consideram que a percepção de uma boa qualidade de vida depende essencialmente do balanço entre corpo e mente e da manutenção de relações pessoais e sociais harmoniosas. Fonseca & Paúl (2008) acrescentam que alguns estudos indicam que pessoas que sofrem de doenças crónicas encontram, nesse facto, aspetos positivos, como a melhoria de aspetos da personalidade e das relações sociais; há pessoas que dizem ter atingido a felicidade por causa das incapacidades várias que sofrem. Novo (2003) considera que para a manutenção da integridade e conseqüente qualidade de vida, numa idade mais avançada, podem contribuir aspetos como uma redefinição da identidade e o estabelecimento de relações interpessoais significativas.

Dos resultados da investigação realizada no domínio das relações sociais, Fontaine (2000) retira três proposições: o isolamento é um fator de risco para a saúde; os apoios sociais podem ter efeitos positivos na saúde; não existe um apoio universal e eficaz para todos. Destas proposições resulta que as relações e redes de apoio social são fundamentais para a qualidade de vida para os idosos, mas devem ser adequadas a cada situação individual. Aquilo que para um idoso se revela como uma rede social ideal pode não satisfazer minimamente outro idoso, mesmo que, à primeira vista, a condição dos dois seja semelhante.

2.4 Sentidos

Uma das características inerentes ao processo de envelhecimento biológico e, por conseguinte, extensível a todos os indivíduos, são as alterações a nível perceptivo, embora, também neste caso, os estilos de vida prévios possam influenciar essas alterações. Grazina & Oliveira (2001) referem que as alterações provocadas pelo envelhecimento ao nível do Sistema Nervoso Central provocam, entre outras conseqüências, alterações sensoriais e da motilidade. Martins (2003) refere que as alterações ao nível do sistema nervoso e sensorial estão relacionadas com alterações estruturais na pele e nos tecidos subcutâneos. Spar & La Rue (2005) afirmam que a maior parte dos idosos sofre perda de acuidade visual e auditiva, bem como outras alterações perceptivas. Fontaine (2000) refere que, embora os idosos tenham pior desempenho do que os jovens ao nível sensorial, há algumas modalidades que resistem melhor que outras. Este autor refere que as três modalidades que sofrem um maior efeito da idade são o equilíbrio, a visão e a audição. O gosto e o olfacto quase não se alteram e o tacto altera-se moderadamente. As perturbações ao nível do equilíbrio são maiores a partir dos 70 anos, devido à rápida degenerescência das células responsáveis pela sua percepção. Isto aumenta o risco de quedas, com conseqüências graves ao nível da

qualidade de vida do idoso (Fontaine, 2000). Ao nível da audição, Fontaine (2000) refere que as dificuldades de audição (presbiacusia), originadas pela degenerescência do aparelho auditivo, nomeadamente alterações ao nível do ouvido interno (também envolvido na percepção do equilíbrio), são mais acentuadas nos homens do que nas mulheres. Rendas (2001) afirma que existe uma perda universal de capacidade de audição acima de determinada frequência. De acordo com Fontaine (2000), associados a estas dificuldades, surgem por vezes problemas ao nível da linguagem e comunicação, pois o idoso tenderá a viver num ambiente ruidoso, uma vez que terá tendência, por exemplo, a falar alto e pôr o som dos aparelhos muito alto. No que diz respeito à visão, Fontaine (2000) afirma que os efeitos da degeneração se sentem sobretudo a partir dos 60 anos: as modificações estruturais levam à existência de problemas para perceber objetos distantes, a profundidade, a ofuscação e as cores; as alterações retinianas provocam uma perda de visão fina dos pormenores e dificuldades na percepção das cores. Fontaine (2000) considera que estes problemas podem ter graves consequências a nível psicológico e social, diminuindo a percepção de qualidade de vida por parte do idoso. Heikkinen (2000, cit. *in* Fonseca, 2008) identifica a diminuição de capacidade percetiva como uma das “condições-limite” para a perda de qualidade de vida. Se não existirem problemas sérios nessas “condições-limite”, o idoso poderá ser capaz de manter uma qualidade de vida satisfatória.

2.5 Bem-Estar Psicológico

Como facilmente se depreende, para que qualquer pessoa, idosa ou não, classifique a sua vida como tendo qualidade, é necessário que exista bem-estar psicológico. Contudo, antes de mais, é necessário definir bem a que nos referimos quando falamos de bem-estar psicológico. Fonseca (2006) refere que o bem-estar psicológico sofre a influência do fator idade, isto é, tem um carácter desenvolvimental, enquanto o bem-estar subjetivo não está dependente da idade. Contudo, também refere que o envelhecimento não implica necessariamente uma redução de bem-estar psicológico. De acordo com Novo (2003), o constructo bem-estar subjetivo, que tem sido usado em diversos estudos, merece reservas, já que assenta muito no conceito de felicidade, que acaba por ser uma resposta fugaz, dependente de variáveis situacionais. O construto bem-estar psicológico, por sua vez, não está relacionado com variáveis situacionais, mas sim com o funcionamento psicológico em si mesmo. O conceito central que permite determinar o bem-estar psicológico, de acordo com autores como Novo, Pinguart & Sorensen, e Ryff e colaboradores, citados por Fonseca (2006) é assim o de um funcionamento psicológico positivo. Ryff e colaboradores (citados por Fonseca, 2006) desenvolveram um modelo multidimensional do bem-estar psicológico, durante os anos 80 e 90, segundo o qual o funcionamento psicológico positivo está

associado a seis dimensões fundamentais: autonomia; domínio do meio; relações positivas com os outros; objetivos na vida; crescimento pessoal; aceitação de si mesmo. Perante este modelo, Christopher (1999, cit. *in* Fonseca, 2006) considera que o mesmo tem dificuldades em ser universalmente aplicável, pois nas dimensões consideradas não entra em linha de conta o “eu cultural” do indivíduo. Para Christopher, esta conceção do bem-estar psicológico é mais facilmente aplicável na cultura ocidental, no seio da qual foi concebida e na qual nós nos encontramos. No início deste século, Pinquart & Stevenson (citados por Fonseca, 2006) realizaram uma meta-análise sobre as relações entre o bem-estar psicológico e diversas variáveis da vida corrente que têm sido mais estudadas ao longo dos anos: estatuto socioeconómico e educacional; redes sociais; competência; e saúde. Estas variáveis são consideradas como tendo diversos efeitos diretos e indiretos sobre o bem-estar psicológico. Numa perspetiva ecológica do bem-estar, Lawton (1983, cit. *in* Fonseca, 2006) distingue entre bem-estar interior e bem-estar exterior. Para este autor, o bem-estar psicológico, juntamente com a qualidade de vida, avaliam o bem-estar subjetivo, enquanto o meio ambiente objetivo e as competências comportamentais avaliam o bem-estar objetivo.

Fonseca (2006) considera que o bem-estar psicológico assume uma particular importância no caso dos idosos, uma vez que o envelhecimento comporta várias ameaças e porque a manutenção desse bem-estar é essencial a um envelhecimento bem-sucedido. No entanto, o bem-estar psicológico não depende só do funcionamento ou comportamento da pessoa na sua velhice. Fonseca (2011b) chama a atenção para a influência dos estilos de vida, antes e durante o envelhecimento, sobre o bem-estar psicológico.

Para a manutenção do bem-estar psicológico perante situações comprometidas, associadas ao processo de envelhecimento, como doenças ou perdas irreparáveis, é necessário que os idosos recorram às suas capacidades de coping. Rothermund & Brandstadter (cit. *in* Fonseca e Paúl, 2008) afirmam que os idosos recorrem a um processo de coping dual:

- coping assimilativo, pelo qual tentam compensar as perdas, ajustando melhor as situações aos objetivos, de forma a diminuir a diferença entre o estado atual e o desejado;
- coping acomodativo, pelo qual baixam os seus objetivos e padrões de exigência, por forma a manter o sentido de auto-eficácia e controlo sobre a sua vida.

Para estes autores, a partir dos 70 anos começa a imperar a estratégia de coping acomodativo. Por seu lado, Costa, Yang & McCrae (1998, cit. *in* Fonseca, 2011b) defendem que as pessoas se preparam para os acontecimentos normativos ao longo da sua vida, pelo que adotam os comportamentos mais adequados para que esses acontecimentos não representem risco acrescido para a sua saúde. Para estes autores, é perante acontecimentos inesperados que os idosos irão fazer esforços para regularizar a sua vida e atenuar o impacto desses acontecimentos. Fonseca (2008) refere que os idosos estão

constantemente perante situações de transição e de crise. Da sua capacidade de adaptação irá depender o seu bem-estar psicológico.

Em suma, existem vários fatores, intrínsecos e extrínsecos, que podem contribuir para o sucesso de cada indivíduo no seu processo de envelhecimento. De acordo com Lawton (citado por Fonseca, 2006), o que ele designa por uma *vida boa* resulta de uma conjugação positiva de quatro “setores da existência humana”: competência comportamental, qualidade de vida percebida, bem-estar psicológico e meio ambiente objetivo/externo. O presente trabalho aborda os mesmos conceitos, embora interligando-os de uma forma diferente. Partindo da qualidade de vida percebida como indicador de um envelhecimento bem-sucedido e do facto de a saúde percebida (Paúl, 2005) ser a principal preocupação dos idosos, avaliamos a qualidade de vida percebida por cada idoso através da sua situação perante os principais determinantes da perceção de saúde individual: saúde/doença, vida independente, relações sociais, sentidos e bem-estar psicológico.

PARTE II

ESTUDO SOBRE QUALIDADE DE VIDA E ATIVIDADE

3. OBJETIVO, QUESTÃO E HIPÓTESE DO ESTUDO

Objetivo

O estudo empírico aqui apresentado foi realizado com o objetivo primordial de avaliar a qualidade de vida em idosos do concelho de Vila Nova de Cerveira, divididos em três grupos com diferentes graus de atividade/participação social: um perfil mais ativo intelectual e socialmente; um perfil intermédio, mais ativo fisicamente; e um perfil menos ativo.

Questão de investigação

Com a recolha e análise de dados subsequente, pretendemos responder à seguinte questão de investigação: existem diferenças significativas na perceção de qualidade de vida entre idosos de Vila Nova de Cerveira, de acordo com o seu grau de atividade?

Hipótese de investigação

É de esperar que os idosos com um maior grau de atividade tenham uma melhor perceção de qualidade de vida.

4. METODOLOGIA

4.1 Amostra

A base de amostragem do presente estudo é o concelho de Vila Nova de Cerveira. A seleção da amostra foi condicionada pelos perfis de atividade anteriormente mencionados e pela facilidade de acesso aos grupos em questão. Para representar o grupo com maior índice de atividade intelectual e social foram avaliados alunos da Unisénior de Vila Nova de Cerveira. Para representar o grupo com atividade intermédia, foram avaliados idosos residentes nas freguesias de Gondarém, Loivo, Sopo e Vila Nova de Cerveira, que vivem no seu domicílio e que, não tendo participação social relevante, não têm necessidade de qualquer serviço de apoio social. Para representar o grupo com uma menor atividade, foram avaliados os utentes do Serviço de Apoio Domiciliário (SAD) do Centro Social Paroquial de Gondarém, que apoia idosos das freguesias de Gondarém, Loivo e Sopo.

O concelho de Vila Nova de Cerveira pertence ao distrito de Viana do Castelo. Situa-se na margem do rio Minho, tendo uma população de cerca de 10.000 habitantes.

A Unisénior de Vila Nova de Cerveira é uma Associação sem fins lucrativos, fundada em 2005, tendo como objetivos, entre outros: promover uma permanente atividade social, cultural e pedagógica dos associados; promover e realizar iniciativas de convívio e lazer; promover e realizar ações de âmbito social; e promover e estimular a participação dos

associados em atividades artísticas. Atualmente conta com cerca de 70 alunos, oriundos do concelho de Vila Nova de Cerveira e dos concelhos limítrofes, que podem frequentar as seguintes atividades/disciplinas: Informática, Pintura, Ioga, Arraiolos, Atelier de manualidades, Hidroginástica, Dança, Cavaquinho, Ginástica sénior, Fotografia, Instrumentos de corda e Culinária. Além destas atividades, possui ainda uma Tuna, exclusivamente constituída por alunos da Unisénior.

As freguesias de Gondarém, Loivo e Sopo são de cariz tradicionalmente rural. Embora na atualidade uma boa parte da sua população trabalhe na indústria, comércio e serviços, são freguesias de uma tradição sobretudo agrícola, pelo que os idosos que constituíram a amostra dedicaram as suas vidas sobretudo à agricultura e à construção civil. Alguns deles são antigos emigrantes, pois esta zona também foi marcada pela emigração, sobretudo para França, durante os anos 50 e 60.

O SAD do Centro Social Paroquial de Gondarém existe desde Outubro de 1997, tendo surgido a partir de uma já longa atividade de apoio social desenvolvida na paróquia, mesmo anterior à existência do Centro Social Paroquial. Possui atualmente um protocolo com o Centro Distrital do Instituto de Segurança Social, Instituto Público, para 30 utentes, mas presta neste momento o seu apoio a 38 utentes das freguesias de Gondarém, Loivo e Sopo.

A amostra é constituída por 60 pessoas. No caso específico dos alunos da Unisénior, uma vez que grande parte dos mesmos têm ainda menos de 65 anos, foi reduzido o limite de idade inicialmente previsto, de modo a permitir obter um número significativo de questionários válidos. Isto foi possível, pois o próprio IAQdV foi também validado com uma amostra constituída por pessoas a partir dos 60 anos de idade.

A amostra global tem uma média de idade de 72,86 anos, variando entre os 60 e os 95 anos. É composta por três quartos de pessoas do sexo feminino (75% contra 25%), sendo 55% dos sujeitos casados, 23% solteiros, 20% viúvos e 2% divorciados. O número de filhas varia entre zero e cinco e o número de filhos entre zero e quatro. Mais de metade (58%) dos inquiridos têm netos, mas apenas 20% têm bisnetos. A grande maioria da amostra tem pouca instrução, pois 80% dos sujeitos são analfabetos ou têm o primeiro ciclo e apenas 6,7% possuem formação superior. Cerca de 65% das pessoas têm rendimentos inferiores a um salário mínimo nacional (SMN), 17% têm entre um e dois SMN, 5% entre dois e três SMN e 13% têm rendimentos superiores a três SMN. A grande maioria dos sujeitos (82%) moram numa aldeia e os restantes 18% moram numa vila de província. No que respeita à companhia, 62% moram com o cônjuge e/ou filhos, 23% moram sozinhos e 15% noutra situação.

Apresentamos de seguida uma tabela com as características socio-demográficas discriminadas por cada um dos três grupos avaliados no estudo.

	SAD		Nenhuma		Uniséniór	
	N	%	N	%	N	%
Género						
Masculino	5	25	4	20	6	30
Feminino	15	75	16	80	14	70
Estado Civil						
Casado(a)	8	40	5	25	20	100
Viúvo(a)	5	25	7	35	0	0
Solteiro(a)	6	30	8	40	0	0
Divorciado(a)	1	5	0	0	0	0
Netos						
Sim	12	60	12	60	11	55
Não	8	40	8	40	9	45
Bisnetos						
Sim	6	30	4	20	2	10
Não	14	70	16	80	18	90
Escolaridade						
Analfabeto(a)	12	60	7	35	0	0
Ensino Primário	8	40	13	65	6	30
< 8 anos	0	0	0	0	3	15
> 9 anos s/ Superior	0	0	0	0	7	35
Superior	0	0	0	0	4	20
Rendimento Mensal						
< 1 SMN	18	90	16	80	5	25
Entre 1 e 2 SMN	2	10	4	20	4	20
Entre 2 e 3 SMN	0	0	0	0	3	15
> 3 SMN	0	0	0	0	8	40
Residência						
Aldeia	20	100	17	85	12	60
Vila da província	0	0	3	15	8	40
Com quem vive						
Cônjuge/ Filhos	10	50	7	35	20	100
Sozinho(a)	6	30	8	40	0	0
Outra situação	4	20	5	25	0	0

Tabela I – Caraterização socio-demográfica da amostra

O grupo constituído por utentes do SAD do Centro Social Paroquial de Gondarém apresenta uma média de idades de 77,4 anos, variando entre os 66 e os 95 anos. A maior parte (55%) não têm filhas, variando o número dos que têm entre uma e cinco filhas. Em relação aos filhos, 50% não têm e o número de filhos dos restantes varia entre um e quatro. Quase metade da amostra deste grupo teve profissões ligadas à agricultura (45%), enquanto 30% se dedicaram ao trabalho doméstico, 20% trabalhou na construção civil e 5% no comércio.

No grupo de pessoas que não se enquadram em nenhuma atividade/participação social, residindo em suas casas, a média de idades é de 75,27, variando entre os 65 e os 89 anos. Mais de metade (55%) não têm filhas e os restantes têm uma ou duas filhas, enquanto em relação aos filhos 65% não têm nenhum e os restantes 35% têm um. A nível profissional, 50% trabalhou na agricultura, 30% dedicaram-se à vida doméstica, 5% trabalhou como auxiliar de serviços e os restantes 15% na área da construção civil.

Por sua vez, o grupo constituído por alunos da Unisénior de Vila Nova de Cerveira apresenta uma média de idades consideravelmente mais baixa, de 64,4 anos, variando entre os 60 e os 73 anos, pois muitos dos alunos são aposentados ou reformados antecipadamente, pelo que chegaram à situação de reformados consideravelmente mais cedo. Pouco mais de um terço (35%) não têm filhas, variando aqueles que têm entre uma e três filhas, enquanto no que diz respeito a filhos, mantém-se a mesma percentagem que não têm nenhum (35%), mas os que têm variam entre um e dois filhos. Em relação à atividade profissional, existe um leque variado, onde predomina as carreiras de professor e funcionário público, mas também se encontram outras, como: costureira, bancário, marinha, doméstica e empregada de hotelaria.

Detendo-nos um pouco sobre esta caracterização da amostra, nota-se que distribuição por géneros se mantém mais ou menos constante ao nível dos três grupos, sendo qualquer deles constituído por cerca de três quartos de mulheres e apenas um quarto de homens.

No que se refere a discrepâncias, é de realçar a existência de diferenças significativas entre o grupo constituído por alunos da Unisénior de Vila Nova de Cerveira e os grupos de utentes do SAD do Centro Social Paroquial de Gondarém e de pessoas que vivem em casa sem nenhuma atividade/participação social em diversos aspetos. Podemos considerar, de forma genérica, que os alunos da Unisénior são mais novos, possuem um maior nível de escolaridade, exerceram profissões mais qualificadas e têm rendimentos superiores, em relação a qualquer um dos outros grupos considerados. Sendo a Unisénior uma Associação com apenas sete anos de existência e tendo em conta os objetivos que pretende atingir, já eram de esperar estas diferenças.

Por sua vez, entre os utentes do SAD e as pessoas que moram em casa sem receberem qualquer apoio social e sem participação social significativa, no grupo designado sem atividade/participação social, não existem diferenças socio-demográficas muito significativas; talvez de salientar apenas que os utentes do SAD são em média ligeiramente mais velhos, sendo as restantes características bastante similares entre os dois grupos.

4.2 Instrumento

O IAQdV, no original australiano *The Assessment of Quality of Life (AQoL)*, é um instrumento construído para responder a dois objetivos: por um lado, permitir a avaliação da qualidade de vida relacionada com a saúde; por outro lado, permitir avaliar, a nível psicométrico, o impacto de programas de intervenção na área da saúde (Fonseca et al., 2007). Construído originalmente nos anos 90 do século passado, em Melbourne, o IAQdV, obedecendo a estes dois objetivos, é um instrumento capaz de: "(i) cobrir, tanto quanto possível, o universo da qualidade de vida relacionada com a saúde; (ii) obedecer a parâmetros-padrão no que diz respeito a medições fiáveis e válidas; (iii) ser sensível a uma vasta gama de estados de saúde; (iv) ser utilizado como um instrumento psicométrico produzindo resultados de estados de saúde" (Fonseca et al., 2007, p. 4).

No estudo realizado, cujos resultados aqui são apresentados, o IAQdV foi utilizado apenas na sua vertente de avaliação da qualidade de vida relacionada com a saúde, de acordo com o objetivo pretendido pelo estudo.

Na sua versão portuguesa, o IAQdV pretende avaliar as cinco dimensões anteriormente analisadas (saúde/doença, vida independente, relações sociais, sentidos e bem-estar psicológico), através de 15 itens, tendo em cada um deles o inquirido que escolher, entre quatro opções de resposta, aquela que corresponde à sua situação à data da realização do inquérito. A aferição para a população portuguesa foi efetuada por Fonseca et al., durante o ano de 2007. O instrumento pode ser auto preenchido ou preenchido por um entrevistador. No que diz respeito à cotação, todos itens possuem as alternativas A, B, C e D, sendo cada resposta respetivamente cotada com 0, 1, 2 e 3 pontos. A avaliação da qualidade percebida por cada pessoa é inversamente proporcional à pontuação média obtida, quer em cada sub-escala, quer na escala global, ou seja, quanto mais próximo de zero estiver a média, melhor é a qualidade de vida percebida (Fonseca et al., 2007).

4.3 Procedimentos de recolha e tratamento de dados

Previamente à recolha de dados solicitamos autorização e colaboração, tanto à Direção do Centro Social Paroquial de Gondarém como à Direção da Unisénior de Vila Nova de Cerveira, que prontamente anuíram ao pedido. Além disso, cada um dos participantes no estudo deu o seu consentimento informado, por escrito. Os dados foram recolhidos entre os

meses de Fevereiro e Março de 2012. Para além do IAQdV foi ainda preenchida uma ficha de identificação pessoal, onde constam os dados pessoais de cada um dos participantes, o que nos permitiu realizar a caracterização da amostra. No caso dos utentes do SAD e do grupo de pessoas que vivem no domicílio os questionários e o IAQdV foram administrados por nós, através da realização de entrevistas individuais, cuja duração média terá rondado os 15 minutos, dado o nosso prévio conhecimento da grande maioria dos participantes. No caso dos alunos da Unisénior foram os próprios a preencher os questionários, com a colaboração da funcionária administrativa da Associação.

Os dados recolhidos foram tratados utilizando uma metodologia quantitativa, com o programa SPSS, versão 19.0, tendo sido criada uma base de dados onde constam os dados socio-demográficos e os resultados obtidos no IAQdV. Para testar a hipótese de investigação em estudo, foram realizadas sucessivas análises da variância (ANOVA's), comparando a variação de cada uma das dimensões avaliadas pelo instrumento, bem como a média final da qualidade de vida percebida, com o nível de atividade/participação social de cada um dos grupos da amostra. Tanto para as cinco dimensões avaliadas como para a qualidade de vida global (total do IAQdV), o valor considerado é a média ponderada em relação à pontuação obtida nos diversos itens, pelo que o valor da mesma varia entre 0 e 3. Neste procedimento, foram também realizados testes Post Hoc, nomeadamente o de Bonferroni, para verificar as diferenças significativas entre as diferentes combinações dos três perfis de atividade em análise no estudo.

5 RESULTADOS OBTIDOS

Nas tabelas seguintes encontram-se mencionadas as médias obtidas nas várias dimensões do IAQdV, bem como no total do instrumento, na amostra global e em cada um dos grupos estudados, separadamente.

Total da Amostra	Média	Desvio- padrão	Mínimo	Máximo
Idade	72,86	9,366	60	95
Saúde/Doença	1,28	0,79642	0	2,5
Vida Independente	0,43	0,74580	0	3
Relações Sociais	0,6333	0,58029	0	2
Sentidos	0,4867	0,31737	0	1
Bem-Estar Psicológico	1,0067	0,56540	0	2,67
Total do IAQdV	0,7107	0,38747	0,13	1,87

Tabela II – Resultados na amostra global

SAD	Média	Desvio- padrão	Mínimo	Máximo
Idade	77,4	8,438	66	95
Saúde/Doença	1,525	0,92445	0	2,5
Vida Independente	0,75	0,89956	0	3
Relações Socoais	0,9667	0,52871	0	2
Sentidos	0,65	0,31484	0	1
Bem-Estar Psicológico	1,2167	0,59506	0,33	2,67
Total	0,97	0,36545	0,47	1,87

Tabela III – Resultados no grupo do SAD

Nenhuma	Média	Desvio- padrão	Mínimo	Máximo
Idade	75,27	8,844	65	89
Saúde/Doença	1,2667	0,77613	0	2,5
Vida Independente	0,35	0,73679	0	2,75
Relações Sociais	0,7556	0,51125	0	1,33
Sentidos	0,4444	0,29991	0	1
Bem-Estar Psicológico	1,1333	0,45075	0,67	2
Total do IAQdV	0,93	0,27998	0,33	1,27

Tabela IV – Resultados no grupo nenhuma atividade/ participação social

Uniséniór	Média	Desvio- padrão	Mínimo	Máximo
Idade	64,4	4,453	60	73
Saúde/Doença	0,9667	0,51640	0	2
Vida Independente	0,0833	0,15430	0	0,5
Relações Sociais	0,0667	0,13801	0	0,33
Sentidos	0,3111	0,23458	0	0,67
Bem-Estar Psicológico	0,6	0,42164	0	1,33
Total do IAQdV	0,3467	0,16562	0,13	0,67

Tabela V – Resultados no grupo da Uniséniór VNC

Na dimensão saúde/doença, as médias variam entre os 0,9667 da Uniséniór e os 1,525 do SAD, com o grupo sem atividade/participação social a obter uma média de 1,2667 (tabelas III, IV e V), sendo a média global de 1,28 (tabela II), que se situa dentro dum valor médio, pois como já referimos, a média pode variar entre 0 e 3, em todas as dimensões medidas pelo instrumento.

Na dimensão vida independente, as médias variam entre os 0,0833 do grupo da Unisénior e os 0,75 do SAD, enquanto o outro grupo apresenta um valor médio de 0,35 (tabelas III, IV e V), sendo a média de global de 0,43 (tabela II), que se situa num nível bastante bom.

No que diz respeito à dimensão relações sociais, as médias variam entre os 0,0667 do grupo da Unisénior e os 0,9667 do grupo do SAD (tabelas III, IV e V), com o grupo sem atividade/participação social a ter 0,7556, sendo a média global de 0,6333 (tabela II), pelo que a qualidade desta dimensão também é bastante positiva.

No caso da dimensão sentidos, as médias vão desde os 0,3111 do grupo da Unisénior e os 0,65 do grupo do SAD (tabelas III, IV e V), enquanto a média no grupo sem atividade/participação social foi de 0,4444, sendo a média global de 0,4867 (tabela II), valor que também se situa num nível bom.

Em relação à dimensão bem-estar psicológico, as médias variam entre os 0,6 registado no grupo da Unisénior e os 1,2167 do grupo do SAD, passando pela média de 1,1333 obtida pelo grupo sem atividade/participação social (tabelas III, IV e V), sendo a média global de 1,0067 (tabela II), um valor pior que o registado nas dimensões anteriores, mas mesmo assim ainda razoável, tendo em conta que o pior possível é 3.

Finalmente, reportando-nos à qualidade de vida global percebida (Total do IAQdV) pela amostra em estudo, as médias variam entre os 0,3467 do grupo da Unisénior e os 0,97 do grupo SAD, muito próximos dos 0,93 do grupo sem nenhuma atividade/participação social (tabelas III, IV e V), sendo a média global da amostra de 0,7107 (tabela II), o que mostra uma boa qualidade de vida percebida pela totalidade da amostra em estudo.

De seguida, mostram-se os níveis de significância (p) obtidos através das análises da variância realizadas, incluindo os resultados obtidos nos testes Post Hoc, para as comparações entre grupos, combinados dois a dois. Usando um nível de confiança de 95%, considerámos como diferenças estatisticamente significativas aquelas em que o valor de p é inferior a 0,05, que estão marcadas a negrito.

	Saúde/ Doença	Vida Independente	Relações Sociais	Sentido s	Bem-Estar Psicológico	Total do IAQdV
Global	0,121	0,025	0,000	0,004	0,002	0,000
SAD – Nenhuma	1	0,309	0,509	0,127	1	0,059
SAD – Unisénior	0,123	0,024	0,000	0,004	0,003	0,000
Unisénior - Nenhuma	0,888	0,915	0,000	0,636	0,018	0,002

Tabela VI – Níveis de significância (p) nos testes estatísticos

Na dimensão saúde/doença, apesar de o grupo do SAD ter um valor médio superior e o da Uniséniór o menor dos três, não há diferenças estatisticamente significativas entre nenhum dos três grupos considerados.

No que respeita à dimensão vida independente, existe uma diferença estatisticamente significativa a nível global da amostra, sendo que ao nível dos grupos emparelhados apenas se verifica entre o SAD e a Uniséniór (tabela VI), sendo nos restantes pares maior a diferença entre SAD e sem atividade/participação social do que entre este grupo e a Uniséniór.

Na dimensão relações sociais, as diferenças são estatisticamente significativas ao nível global e também quer entre o grupo Uniséniór e o SAD e entre o grupo Uniséniór e aquele sem atividade/participação social (tabela VI); só não é estatisticamente significativa a diferença entre este último e o SAD.

Quanto à significância estatística das diferenças entre grupos na dimensão sentidos, existem diferenças significativas tanto no global, como entre os grupos Uniséniór- SAD, sendo outra vez nos restantes pares a diferença maior entre os grupos SAD- sem atividade/participação do que entre este e a Uniséniór (tabela VI), embora em nenhum dos casos seja estatisticamente significativa.

No que se refere à dimensão bem-estar psicológico, as diferenças são estatisticamente significativas no global, bem como entre SAD- Uniséniór e ainda entre este último grupo e aquele sem atividade/participação social (tabela VI). Apenas entre este grupo e o SAD não se apreciam diferenças significativas.

Por fim, no que se refere à qualidade de vida global (Total do IAQdV), as diferenças entre grupos são estatisticamente significativas no global, entre SAD- Uniséniór, entre Uniséniór- sem atividade/participação social e está muito próxima de ser significativa entre SAD- sem atividade/participação social, pois o valor de p obtido é de 0,059, ligeiramente superior aos 0,05, que constituem o limite máximo (tabela VI).

6 ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

6.1 Análise dos Resultados no IAQdV

Apesar de não existir um ponto de comparação direto entre o nosso estudo e outros realizados com o mesmo instrumento, quer pela sua pouca quantidade, quer pelos diferentes objetivos dos estudos em causa, podemos também comparar os nossos resultados com outros estudos realizados com outros instrumentos, dadas algumas semelhanças entre as dimensões por eles avaliadas. Num estudo em que foi utilizado o WHOQOL-Bref, Teixeira (2010), comparou a qualidade de vida entre idosos residentes em

meio urbano e em meio rural. Apesar de não haver uma correspondência exata entre os domínios avaliados pelo WHOQOL-Bref e as dimensões do IAQdV, há alguns pontos de contacto. O WHOQOL-Bref, aferido para a população portuguesa por Canavarro et al. (2007, cit. *in* Teixeira, 2010), avalia os domínios: qualidade de vida física, psicológica, social e ambiental, para além da avaliação de uma faceta geral. Desta forma, compararemos os domínios psicológico, social e faceta geral dos resultados do WHOQOL-Bref com as dimensões, bem-estar psicológico, relações sociais e qualidade de vida geral dos resultados do nosso estudo.

No que se refere a estudos com utilização do IAQdV, referiremos a comparação com a aferição portuguesa da escala (Fonseca et al., 2007) e com o estudo realizado por Nobre (2009) na freguesia de Paramos, pertencente ao distrito de Aveiro, situada na área metropolitana do Porto.

6.1.1 Resultados na Dimensão Saúde/Doença

Relativamente à aferição portuguesa do IAQdV (Fonseca et al., 2007), esta não contempla a variável da atividade/participação social, pelo que é difícil comparar os resultados obtidos com a mesma. De qualquer forma, podemos dizer que o valor médio da amostra se situa um pouco abaixo daquele que foi obtido na aferição (fazendo a média ponderada do mesmo situar-se-ia em 1,41), pelo que a nossa amostra tem uma percepção de qualidade de vida ligeiramente melhor nesta dimensão. Separando por grupos, o grupo SAD tem uma percepção um pouco pior que a população idosa geral, o grupo dos que não têm atividade/participação social tem uma percepção ligeiramente melhor e o grupo da Unisénior uma percepção bastante melhor. Já no que respeita à comparação com os valores obtidos por Nobre, em 2009, no estudo realizado numa freguesia da área metropolitana do Porto, com idosos residentes em casa ou a frequentar o Centro de Dia, a qualidade de vida percebida pela população do nosso estudo, tanto no geral como em cada um dos grupos considerados, no que se concerne à dimensão saúde/doença, é bem superior, pois as médias ponderadas dos seus grupos são, respetivamente, 2,5294 e 2,9445 (Nobre, 2009).

6.1.2 Resultados na Dimensão Vida Independente

Neste caso, a média ponderada da aferição portuguesa (Fonseca et al., 2007) seria de 0,33, pelo que no que respeita a esta dimensão, a percepção da amostra considerada é pior na sua generalidade. No entanto, separando por grupos, apenas os utentes do SAD têm uma percepção abaixo da população idosa geral, pois os restantes grupos situam-se ligeiramente (sem atividade/participação social) e mesmo muito acima (Unisénior) da percepção da população idosa geral. Nobre (2009), no estudo na zona metropolitana do Porto, obteve uma média de 2,2917 no grupo dos frequentadores do Centro de Dia e de

1,3382 no grupo de idosos que permanecem na residência, sendo estes dois valores reveladores de uma pior percepção da qualidade da vida independente, quando comparados com a população em causa no nosso estudo, ou com qualquer um dos grupos considerados no mesmo.

6.1.3 Resultados na Dimensão Relações Sociais

A média ponderada da população idosa geral na aferição portuguesa (Fonseca et al., 2007) foi de 0,3367, o que significa que a população idosa geral tem uma melhor percepção de qualidade de vida no que se refere às relações sociais. Nesta dimensão, tanto os utentes do SAD como aqueles sem atividade/participação social apresentam uma percepção pior, sendo que os alunos da Unisénior, por seu lado, apresentam uma percepção muito melhor em relação à população idosa em geral. No estudo efetuado por Nobre (2009), os valores médios foram de 2,0556 para os idosos em Centro de Dia e de 1,5882 para os idosos que permanecem na residência. Mais uma vez, estes valores são muito superiores ao do nosso estudo, em qualquer das situações consideradas, o que indica uma melhor percepção de qualidade de vida por parte da nossa população. Teixeira (2010) encontrou um valor médio de 60,61 no domínio relações sociais do WHOQOL-Bref na sua amostra, sendo a média na população urbana de 54,55 e na população rural de 66,67. Numa pontuação de 0 a 100, os valores do nosso estudo seriam de 67 para o grupo SAD, 76,5 para o grupo sem atividade/participação social, 97,7 para o grupo da Unisénior, sendo a média global de 78,8. Os resultados são um pouco superiores aos do estudo de Teixeira (2010), sobretudo no grupo da Unisénior. Os outros dois grupos situam-se dentro do espaço da distribuição normal do estudo de Teixeira (2010), no que se refere à população em meio rural.

6.1.4 Resultados na Dimensão Sentidos

Na aferição portuguesa do IAQdV (Fonseca et al., 2007), a média ponderada nesta dimensão seria 0,2842, pelo que, na dimensão dos sentidos a percepção de qualidade de vida é pior em relação à população idosa geral, tanto na amostra considerada, como em cada um dos três grupos considerados no nosso estudo. No estudo de Nobre (2009), a dimensão sentidos teve uma média de 1,3148 nos idosos em Centro de Dia e de 1,4117 nos idosos em sua residência, dois valores bem superiores aos de todos os grupos do nosso estudo, que indicam outra vez uma melhor percepção de qualidade de vida no que se refere aos sentidos, da nossa população em relação à de uma freguesia da área metropolitana do Porto.

6.1.5 Resultado na Dimensão Bem Estar Psicológico

Na aferição para a população idosa portuguesa (Fonseca et al., 2007), a média ponderada seria de 0,7033, valor que revela, também neste caso, que a população do nosso estudo tem uma percepção de qualidade de vida menor do que a da população idosa em geral, no que diz respeito à dimensão bem-estar psicológico. Também neste caso, o grupo dos alunos da Unisénior é exceção, pois apresenta uma percepção melhor que a generalidade da população idosa portuguesa. No que se refere à comparação com a população de uma freguesia da área metropolitana do Porto, estudada por Nobre (2009), esta obteve médias de 2,0556 no grupo do Centro de Dia e de 2,4117 nos que permanecem na residência, revelando de novo uma melhor qualidade de vida percebida, na dimensão bem-estar psicológico, por parte de qualquer um dos grupos da população por nós estudada. Por seu turno, utilizando o WHOQOL-Bref, Teixeira (2010), obteve no domínio psicológico médias de 65,34 na amostra global, com média de 77,65 para a população rural e de 53,03 para a população urbana. Transpondo os nossos resultados na dimensão bem-estar psicológico para uma escala de 0 a 100, teríamos um valor de 66,4 para a amostra global, sendo por grupos os valores de 59 para o grupo do SAD, de 62,15 para o grupo sem atividade/participação social e de 80 para o grupo da Unisénior. Nesta dimensão, os valores obtidos no nosso estudo situam-se, no que respeita à amostra global e aos grupos do SAD e sem atividade/participação social, a um nível similar ao do global da amostra de Teixeira (2010), enquanto o grupo da Unisénior se situa a um nível um pouco mais elevado, ligeiramente superior ao da população em meio rural do estudo de Teixeira (2010).

6.1.6 Resultados na Qualidade de Vida Global

Em relação à aferição portuguesa do IAQdV (Fonseca et al., 2007), cuja média ponderada seria de 0,544, nota-se que, no geral, a qualidade de vida percebida pela população que foi alvo deste estudo é inferior à qualidade de vida percebida pela população idosa em geral. Separando a amostra em função da variável índice de atividade, realça-se que tanto o grupo de utentes do SAD como o grupo de pessoas sem nenhuma atividade/participação social têm uma percepção da qualidade de vida inferior à da população idosa em geral, enquanto o grupo de alunos da Unisénior apresenta uma qualidade de vida percebida superior à da população idosa em geral. Por sua vez, Nobre (2009) obteve um valor médio de 2,0889 para os idosos em Centro de Dia e de 1,7765 para os residentes em casa, valores muito superiores aos por nós obtidos, o que revela que a qualidade de vida percebida pela totalidade da população em estudo e de cada grupo em separado é muito superior à da população da freguesia estudada por esta autora. No estudo realizado por Teixeira (2010), os valores obtidos na faceta global do WHOQOL-Bref foram de 59,66 para a amostra global, 50 para a população de meio urbano e 69,32 para a população de meio

rural. No caso do nosso estudo, transformando as médias da qualidade de vida global para uma escala de 0 a 100, teremos os valores de 76,25 para a amostra global, sendo o valor do grupo do SAD de 67,6, semelhante aos 67 do grupo sem atividade/participação social, enquanto o grupo da Unisénior obtém um valor de 88,4. Na qualidade de vida global, nota-se uma semelhança entre os valores dos grupos do SAD e sem atividade/participação social e o valor da população rural do estudo de Teixeira (2010), enquanto a média global da amostra é um pouco superior, porque o grupo da Unisénior apresenta um valor muito mais alto.

6.2 Discussão dos Resultados

Em relação à nossa questão de investigação, podemos afirmar que existem, de facto, diferenças significativas na qualidade de vida percebida por idosos de Vila Nova de Cerveira, de acordo com o seu grau de atividade. Essa diferença revela-se ao nível da qualidade de vida global, sobretudo entre os idosos que frequentam a Unisénior e os restantes dois grupos estudados. Entre o grupo dos utentes do SAD e os residentes em casa sem nenhuma atividade ou participação social relevante existe uma diferença não muito significativa. Em termos de perfis de atividade, o estudo realizado encontra então diferenças relevantes entre o perfil mais ativo e os dois restantes, confirmando desta forma a hipótese de estudo.

Estes resultados vêm de encontro ao paradigma da promoção do envelhecimento ativo (OMS, 2002), já que os idosos mais ativos apresentam uma melhor perceção de qualidade de vida. Bond & Corner (2004), citam os estudos realizados por Scambler e colaboradores, em 2002, onde o “manter-se ativo” foi visto como fator central para evitar a solidão e manter uma boa qualidade de vida. Para Bond & Corner (2004), a participação social ativa, quer formal, quer informal, é importante na promoção de qualidade de vida. Fonseca (2005b) destaca a importância do exercício físico e do treino das capacidades cognitivas na promoção da qualidade de vida. Os alunos da Unisénior de Vila Nova de Cerveira praticam tanto uma quanto a outra atividade, o que também contribuirá para os seus bons níveis de qualidade de vida percebida. No caso dos dois outros perfis de atividade estudados, embora haja alguma diferença em favor daqueles com um perfil de atividade intermédio (grupo sem atividade/participação social), quando comparados com os utentes do SAD (perfil de atividade inferior), essa diferença não é significativa. O Grupo de Investigação de Gerontologia sobre Qualidade de Vida identificou “quatro grandes eixos de análise da qualidade de vida na velhice: *i*) qualidade de vida e residência (institucionalização *versus* meio familiar); *ii*) qualidade de vida e exercício físico; *iii*) qualidade de vida e estilos de vida; *iv*) qualidade de vida e saúde” (Fonseca, 2005b, p.303). Se procedermos à análise

destes dois grupos segundo esses quatro eixos, reparamos que existem mais semelhanças do que diferenças entre eles: o contexto de residência é o mesmo; o estilo de vida é semelhante; a nível do exercício físico, a diferença que à partida existe é atenuada pela possibilidade que os utentes do SAD têm de fazer ginástica e piscina, 2 a 3 vezes por semana (através da colaboração entre as IPSS's e o município); apenas ao nível da saúde encontramos maiores diferenças, em prejuízo dos utentes do SAD. Esta sucinta análise pode contribuir para explicar a pouca relevância das diferenças existentes entre o grupo sem atividade/participação social e o grupo do SAD, justificando ainda o facto de as maiores diferenças entre os dois se situarem nas dimensões vida independente e sentidos.

Para além da questão de investigação propriamente dita, podemos ainda discutir os resultados obtidos sob outros pontos de vista. Desta forma, começamos por identificar as dimensões do IAQdV onde são encontradas diferenças mais significativas. No nosso estudo, as maiores diferenças situam-se ao nível das relações sociais e do bem-estar psicológico, seguidas dos sentidos e vida independente; na dimensão saúde/doença, as diferenças não são significativas. Esta ordem de importância de fatores não é a mesma da encontrada na aferição portuguesa da escala (Fonseca et al., 2007), que foi: vida independente > bem-estar psicológico > sentidos > saúde/doença > relações sociais. No entanto se analisarmos as diferenças entre os grupos SAD e sem atividade/participação social, cujas características são mais semelhantes entre si, a ordem de significância é: sentidos > vida independente > relações sociais > bem-estar psicológico = saúde/doença, uma estrutura que se aproxima mais da aferição portuguesa. Convém, contudo, referir que os níveis de significância do nosso estudo são obtidos de acordo com o grau de atividade/participação social, pelo que estão ligeiramente alterados os pressupostos em relação à análise realizada na aferição portuguesa.

Os resultados do nosso estudo parecem, desta forma, evidenciar a importância fundamental das relações sociais na perceção de qualidade de vida, o que vem de encontro ao defendido por vários autores, alguns dos quais já anteriormente referidos. Paúl (2005) refere que “a existência de redes sociais significativas é considerada como protetora da saúde mental dos indivíduos” (Paúl, 2005, p.37) e que essas redes de apoio informal são vitais para assegurar as condições para um envelhecimento ótimo, tais como: a autonomia, auto-avaliação positiva, maior saúde mental e satisfação de vida. As relações sociais dos alunos da Unisénior são de uma forma geral mais extensas, incluindo mais pessoas para além da família e vizinhos, que são os constituintes fundamentais das redes sociais dos outros dois grupos estudados. Por isso, os resultados obtidos são consonantes com o que defendem Bond & Corner (2004), que defendem a emergência desta rede social de amigos mais alargada como uma parte cada vez mais importante da idade adulta avançada, contribuindo para uma melhoria da qualidade de vida. Segundo estes autores, a maior

participação social deste grupo é fundamental para este aumento da rede social de apoio e, conseqüentemente, da qualidade de vida. A dimensão bem-estar psicológico revelou-se também com diferenças bastante significativas entre os diferentes grupos presentes no nosso estudo. Como já foi dito, Fonseca (2006) reflete sobre a importância do bem-estar psicológico no processo de envelhecimento e, concomitantemente, na qualidade de vida percebida. Lawton (cit. in Fonseca, 2006), com já mencionamos antes, define o que classifica como uma *vida boa*, compreendendo quatro “setores da existência humana”: competência comportamental, qualidade de vida percebida, bem-estar psicológico e meio ambiente objetivo/externo. Sendo estes fatores independentes, mas interativos, facilmente se conclui sobre a influência do bem-estar psicológico na qualidade de vida percebida. Se atendermos às dimensões definidas por Ryff e colaboradores (autonomia, domínio do meio, relações positivas com os outros, objetivos na vida, crescimento pessoal e aceitação de si mesmo), referidas por Fonseca (2006) e que aqui relembramos, seriam de prever resultados como aqueles que obtivemos no nosso estudo, com o grupo de alunos da Unisénior a destacar-se claramente dos dois restantes, pois apresenta indicadores mais favoráveis em várias dessas dimensões. Também era expectável a pouca diferenciação ao nível do bem-estar psicológico entre o grupo sem atividade/participação social e os utentes do SAD, uma vez que os indicadores dos dois grupos nas dimensões referidas são semelhantes.

Outro factor que consideramos de relevo é o facto de a generalidade dos resultados situarem os idosos do nosso estudo num patamar de qualidade de vida positivo, se considerarmos o valor de 1,5 (entre 0 e 3) como o valor que marca a separação entre positivo e negativo, pois a generalidade das médias obtidas são inferiores a esse valor. Atendendo às limitações pessoais de alguns dos participantes, sobretudo no SAD, aliadas às condições algo deficitárias do seu ambiente de vida, poder-se-iam esperar resultados bem inferiores ao nível da qualidade de vida percebida. Dos resultados obtidos podem discutir-se duas ideias fundamentais: em primeiro lugar, a relação existente entre a história de vida pessoal e a percepção de qualidade de vida no envelhecimento; em segundo lugar, a percepção de uma melhor qualidade de vida por parte de idosos que vivem em meio rural, quando comparados a idosos a residir em meio urbano.

Relativamente à primeira ideia, o carácter individualizado do processo de envelhecimento é uma das premissas fundamentais da psicologia desenvolvimental do ciclo de vida, como já anteriormente foi referido. Paúl & Fonseca (2001) defendem que as investigações em idosos devem resultar numa espécie de retratos datados de pessoas ou comunidades num momento determinado, que é precisamente por onde passa o presente estudo. Fonseca (2008) refere que a relação dinâmica entre os fatores biológicos, históricos e culturais e sua evolução ao longo do tempo são refletidas em cada indivíduo. Albrecht & Devlieger (citados por Fonseca & Paúl, 2008) consideram que este tipo de resultados se

deve ao que designam com *paradoxo da incapacidade*, segundo o qual, mais do que da capacidade ou funcionalidade, “a perceção de uma boa qualidade de vida depende sobretudo do balanço entre corpo e mente (focalizando a atenção naquilo que “eu posso”) e da manutenção de relações harmoniosas dentro dos contextos pessoais e sociais” (Fonseca & Paúl, 2008, p.33). Os resultados obtidos no nosso estudo são bastante concordantes com este ponto de vista. No caso dos idosos utentes do SAD e daqueles sem atividade/participação social, a sua história de vida sempre foi marcada por uma vida de bastantes dificuldades, com poucas comodidades pelo que, apesar das suas limitações e falta de condições, têm uma boa perceção de qualidade de vida pois, mesmo assim, têm mais possibilidades hoje em dia do que aquelas com que cresceram. Como referem Fonseca, Paúl, Martín & Amado (2005), estes idosos com maiores limitações podem assemelhar-se aos de uma aldeia do interior de Portugal, estudada por estes autores, em que os habitantes são caracterizados como idosos que não esperam muito da vida que lhes resta, rezando pela manutenção da sua saúde, transmitindo um sentimento de paz resignada. Brandstater (1989, cit. in Paúl, Fonseca Martín & Amado, 2005), com base no processo dual de coping que identifica (coping assimilativo e coping acomodativo), considera que os idosos se adaptam bem às suas dificuldades, o que se reflete numa boa qualidade de vida percebida. No mesmo sentido apontam Bond & Corner (2004), quando defendem que são as experiências vividas ao longo do ciclo de vida que são o principal determinante da qualidade de vida percebida. Os fatores económicos e sociais vão influenciando o modo como os diferentes acontecimentos de vida são experienciados por cada sujeito individualmente.

Em relação à segunda ideia acima identificada, a boa qualidade de vida percebida pela população do nosso estudo, sobretudo quando comparada com população urbana, corrobora a realidade encontrada noutros estudos, bem como algumas ideias teóricas subjacentes. Lawton (1989, cit. in Fonseca, 2005b) considera que o ambiente rural coloca uma menor pressão sobre os idosos do que o ambiente urbano: menos trânsito e confusão nas ruas, menos filas, menos roubos e agressões (o que aumenta o sentimento de segurança), menos poluição e maior estabilidade do meio social. Para além destes fatores, aos idosos em meio rural é ainda possível cuidar de animais ou de pequenas parcelas de terra, enquanto tal lhes for fisicamente possível. Por isso, os idosos terão uma maior congruência com o ambiente em que vivem, relativamente àqueles que habitam em meio urbano (Fonseca, 2005b). Os resultados obtidos pelo nosso estudo, bem como a sua comparação com os estudos de Nobre (2009) e de Teixeira (2010), antes referidos, parecem dar apoio a esta concepção. No entanto, a constatação deste facto não é unânime nem universal. Na aferição portuguesa do IAQdV (Fonseca et al., 2007), os autores encontraram diferenças significativas, sendo que os habitantes do Grande Porto/Lisboa e das aldeias se

distinguiram favoravelmente dos habitantes das cidades/vilas da província. Também existem estudos que não confirmam esta diferença entre a qualidade de vida de idosos a viver em meio rural, por comparação com os do meio urbano. Num estudo realizado com uma amostra de população em meio rural (Aldeia do Bispo - Sabugal) e outra de idosos em meio urbano (Bonfim – Porto), Paúl, Fonseca, Martín & Amado (2005) não encontraram diferenças significativas entre as duas populações ao nível da perceção de qualidade de vida. Os autores deste estudo referem que esses resultados apoiam os obtidos por Fernández-Ballesteros e colaboradores, em 2003, num estudo realizado em diversos países europeus, incluindo Portugal, em que foram encontradas poucas diferenças entre idosos rurais e urbanos (Paúl, Fonseca, Martín & Amado, 2005). Uma vez que o estudo por nós realizado não compreende qualquer população urbana, para nos poder servir de comparação, não é possível afirmar com clareza que o mesmo demonstre a melhor qualidade de vida da população rural, relativamente à população urbana. Apenas podemos afirmar, como anteriormente já fizemos, que, atendendo às suas circunstâncias de vida, os idosos incluídos neste estudo apresentam uma boa qualidade de vida.

7 CONCLUSÕES

Como dissemos na introdução deste trabalho, a população portuguesa está a envelhecer e a viver cada vez mais tempo. A qualidade com que esse tempo é vivido depende, em primeira instância, de cada sujeito individualmente, mas também de toda a sociedade onde se encontra inserido, desde os seus pares até ao poder político, passando pelos diversos tipos de instituições. Como refere Maria João Quintela, no prefácio do Manual de envelhecimento activo (Ribeiro & Paúl, 2011), este prolongar da vida tornou-se uma oportunidade para a saúde, participação e segurança, encarando as pessoas como atuantes na sua própria saúde. Desta oportunidade, surgem as reflexões sobre o envelhecimento ativo, como condição para um envelhecimento bem-sucedido. Mas a que se refere este ser ativo? Maria João Quintela refere, pertinentemente, que o ser ativo “já não se limita à prática de atividade física, mas envolve o estímulo cognitivo, a saúde mental, a interação com os outros, uma alimentação e comportamentos saudáveis” (Ribeiro & Paúl, 2011, Prefácio, p. *xiii*), entre outros fatores. Por isso, o primeiro passo tem de ser dado individualmente, deve ser cada pessoa a decidir o rumo do seu próprio processo de envelhecimento. Deste ponto de vista individual, Fonseca (2011a) considera que o sucesso no envelhecimento depende de dois processos essenciais, interrelacionados. Por um lado, da capacidade global de adaptação, procurando resultados e objetivos significativos, a cada momento e circunstância de vida. Por outro lado, da escolha de estilos de vida apropriados à manutenção da

integridade física e mental do indivíduo. Para Ribeiro & Paúl (2011), os conceitos-chave do paradigma do envelhecimento ativo são: autonomia, independência, expectativa de vida saudável e qualidade de vida. Será, desta forma, um envelhecimento que compreenda todos estes fatores que pode ser considerado um envelhecimento ativo, promotor de qualidade de vida individual. O estudo realizado, junto de idosos de Vila Nova de Cerveira, confirma que são os idosos que têm um maior grau de atividade e participação social que têm uma melhor percepção de qualidade de vida, que se situa inclusivamente acima da média.

Para além disso, como já foi referido diversas vezes ao longo do presente trabalho, essa construção pessoal do processo de envelhecimento e a qualidade de vida percebida durante o mesmo, também dependem em larga medida dos acontecimentos experienciados por cada um ao longo da vida, da forma como as mesmas foram assimiladas e das expectativas criadas por cada indivíduo para a sua velhice. Fonseca (2011a) refere que os padrões de atividade pré-reforma tendem a ser mantidos após a reforma. Esse facto permite explicar a boa qualidade de vida percebida pelos idosos residentes em zonas mais rurais do concelho de Vila Nova de Cerveira, que não assumem participação social relevante, ou mesmo por parte daqueles que, por limitações várias, necessitam de serviços de apoio social, nomeadamente, de apoio domiciliário, bem como as poucas diferenças encontradas entre estes dois grupos. Para essa boa percepção de qualidade de vida nestes grupos, as pessoas recorrem, em função dos seus acontecimentos de vida, a três processos básicos, identificados por Brandstater & Greve (1994, cit. *in* Fonseca, 2008): atividades instrumentais e compensatórias; mudanças e reajustamentos de objetivos e aspirações pessoais; e mecanismos de imunização. Estes processos permitem diminuir os efeitos nocivos de acontecimentos de vida negativos e/ou inesperados.

Para além da componente individual, este conceito de envelhecimento ativo requer ainda intervenções de carácter social e político, tanto a nível nacional, como a nível local. Fonseca (2011a) afirma que, para diminuir os efeitos das perdas desenvolvimentais, após a reforma, devem ser tomadas medidas de cariz pessoal, mas também de cariz sociopolítico e contextual. Ribeiro & Paúl (2011) definem três pilares básicos de ação, tendo em vista a promoção do envelhecimento ativo e qualidade de vida: a saúde, a segurança e a participação social, áreas nas quais a ação pode ser desenvolvida por qualquer setor da sociedade, público ou privado. Paúl & Fonseca (2001) consideram ser necessário aumentar e melhorar os serviços e cuidados prestados aos idosos. Este tipo de respostas deve ter sempre em conta e respeitar as diferenças culturais entre as populações. A OMS (2002) inclui o género e a cultura como fatores transversais a todos os que podem contribuir para um envelhecimento ativo. Assim sendo, consideramos que os serviços e respostas criados ou a criar, pensados para a promoção da qualidade de vida nos idosos, podem ser originados ou tipificados a nível global ou nacional, mas devem ser implementados de forma

diferente de local para local. Só assim poderão ser mais úteis e eficazes na consecução dos seus objetivos. No nosso estudo, consideramos que ficou provada a utilidade e eficácia dos dois serviços mencionados. A Unisénior de Vila Nova de Cerveira mostra ser uma boa instituição para promover o contacto, o convívio e a atividade física e cognitiva dos seus alunos, que demonstraram ter uma muito boa perceção de qualidade de vida. Por seu lado, o SAD mostrou também ser uma resposta útil e eficaz nos seus propósitos, uma vez que ajuda aqueles idosos que têm mais limitações a terem uma perceção de qualidade de vida semelhante à daqueles que, com menos limitações, vivem em suas casas sem participar ativamente na sociedade envolvente, cuidando apenas da sua horta e dos seus animais domésticos. O SAD tem a vantagem de permitir a estes idosos permanecer em sua casa (*ageing in place* – “envelhecer em casa”), o que contribui decisivamente para uma melhor perceção de qualidade de vida. Consideramos, desta forma, que as Universidades Sêniores e os Serviços de Apoio Domiciliário são duas respostas sociais de apoio à terceira idade que contribuem para a melhoria da qualidade de vida dos respetivos públicos-alvo.

Em jeito de conclusão, a nível local, podemos considerar que o concelho de Vila Nova de Cerveira apresenta um contexto adequado, com condições suficientes para proporcionar uma boa qualidade de vida aos seus idosos, sejam eles mais ou menos ativos, com poucas ou muitas limitações.

8 BIBLIOGRAFIA

Bom, A. M. T. (2001). Envelhecimento alergológico. In A. M. Pinto (Coord.). *Envelhecer vivendo*. Coimbra: Quarteto.

Bond, J. & Corner, L. (2004). *Quality of life and older people*. Berkshire: Open University Press.

Botelho, M. A. (2001). Avaliação da autonomia funcional em idosos. In A. M. Pinto (Coord.). *Envelhecer vivendo*. Coimbra: Quarteto.

Botelho, A. (2005). A funcionalidade dos idosos. In C. Paúl, & A. Fonseca (Eds.), *Envelhecer em Portugal* (pp. 111-136). Lisboa: Climepsi Editores.

Fernandes, J. M. (2012). *Agenda pela nossa terra 2012*. Lisboa: Terraimagem.

Fernández-Ballesteros, R. (2000). Gerontología social. Una introducción. In R. Fernández-Ballesteros (Dir.), *Gerontologia social*. Madrid: Pirámide.

Fonseca, A. M. (2005a), *Desenvolvimento Humano e Envelhecimento*, Lisboa, Climepsi Editores.

Fonseca, A. M. (2005b), O envelhecimento bem sucedido. In C. Paúl, & A. M. Fonseca (Eds), *Envelhecer em Portugal*. Lisboa: Climepsi Editores.

Fonseca, A. M., Paúl, C., Martín, I. & Amado, J. (2005). Condição psicossocial de idosos rurais numa aldeia do interior de Portugal.. In C. Paúl, & A. M. Fonseca (Eds), *Envelhecer em Portugal*. Lisboa: Climepsi Editores.

Fonseca, A. M. (2006). *O envelhecimento: uma abordagem psicológica*. Lisboa: Universidade Católica Editora.

Fonseca, A. M., Paúl, C., Teles, L., Martins, C., Nunes, V., & Caldas, A. C. (2007). *Instrumento de Avaliação da Qualidade de Vida (IAdQV): Estudo de Validação*. Texto não publicado.

Fonseca, A. M. (2008). Psicologia do envelhecimento e vulnerabilidade. In A. S. Carvalho (Coord.) *Bioética e vulnerabilidade*. Coimbra: Almedina.

Fonseca, A. M. & Paúl, C. (2008). Saúde e qualidade de vida ao envelhecer: perdas, ganhos e um paradoxo. In *Geriatrics & Gerontologia*. 2008, 2(1). 29-34.

Fonseca, A. M. (2011a). *Reforma e reformados*. Coimbra: Almedina.

Fonseca, A. M. (2011b). *Envelhecimento, saúde e bem-estar psicológico*. Manuscrito não publicado.

Fontaine, R. (2000). *Psicologia do Envelhecimento*. Lisboa: Climepsi Editores.

Grazina, M. M. M. & Oliveira, C. R. (2001). Aspectos bioquímicos do envelhecimento. In A. M. Pinto (Coord.). *Envelhecer vivendo*. Coimbra: Quarteto.

INE (Instituto Nacional de Estatística) (2011a). *Censos 2011 – resultados provisórios*. Lisboa: Instituto Nacional de Estatística

INE (Instituto Nacional de Estatística) (2011b, de 29 de Dezembro). Indicadores Sociais 2010. In *Destaque*. Lisboa: Instituto Nacional de Estatística

Lage, I. (2005). Cuidados familiares a idosos. In C. Paúl, & A. M. Fonseca (Eds), *Envelhecer em Portugal*. Lisboa: Climepsi Editores.

Marques, S. (2011). *Discriminação da terceira idade*. Lisboa: Fundação Francisco Manuel dos Santos.

Martins, R. M. L. (2003). Envelhecimento e saúde: um problema social emergente (em linha). *Millenium*, 27 (consultado em 21-01-2012)

Nobre, A. I. S. S. (2009). *Envelhecimento e qualidade de vida em idosos da freguesia de Paramos*. Dissertação de Mestrado em Psicologia da Educação e Orientação. Faculdade de Educação e Psicologia da Universidade Católica Portuguesa – Porto.

Novo, R. (2003). *Para além da eudaimonia. O bem-estar psicológico em mulheres na idade adulta avançada*. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.

Oliveira, C. M. S. (2011). *Perfis Psicogeriátricos dos idosos com apoio institucional no concelho de Pombal*. Dissertação de Mestrado em Gerontologia Social. Instituto Superior Bissaya Barreto da Fundação Bissaya Barreto.

OMS (Organização Mundial da Saúde) (2002), *Active ageing: A policy Framework*, Genebra, OMS.

Paúl, C. & Fonseca, A. M. (2001). *Psicossociologia da saúde*. Lisboa: Climepsi.

Paúl, C. (2005). A construção de um modelo de envelhecimento humano. In C.Paúl, & A. M. Fonseca (Eds), *Envelhecer em Portugal* (pp. 21-41). Lisboa, Climepsi Editores.

Paúl, C., Fonseca, A. M., Martín, I. & Amado, J. (2005). Satisfação e qualidade de vida em idosos portugueses. In C.Paúl, & A. M. Fonseca (Eds), *Envelhecer em Portugal*. Lisboa: Climepsi Editores.

Pinto, A. M. (2009). Porque envelhecemos?. In vários autores *O tempo de vida*. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.

Rendas, A. B. (2001). Adaptações normais e patológicas do organismo humano durante o envelhecimento – “idade biológica” versus “idade cronológica”. In A. M. Pinto (Coord.). *Envelhecer vivendo*. Coimbra: Quarteto.

Ribeiro, O. & Paúl, C. (2011). Envelhecimento activo. In Ribeiro, O & Paúl, C. (Coords.). *Manual de envelhecimento ativo*. Lisboa: Lidel

Rosa, M. S. (2001). Envelhecimento: ponto de vista imunológico. In A. M. Pinto (Coord.). *Envelhecer vivendo*. Coimbra: Quarteto.

Santos, A. A. (2001). A genética e o processo de envelhecimento. In A. M. Pinto (Coord.). *Envelhecer vivendo*. Coimbra: Quarteto.

Spar, J. E. & La Rue, A. (2005). *Guia prático Climepsi de psiquiatria geriátrica*. Lisboa: Climepsi.

Teixeira, L. M. F. (2010). *Solidão, depressão e qualidade de vida em idosos: um estudo avaliativo exploratório e implementação-piloto de um programa de intervenção*. Dissertação de Mestrado em Psicologia Clínica e da Saúde. Faculdade de Psicologia da Universidade de Lisboa.

Veríssimo, M. T. (2001). Exercício físico e envelhecimento. In A. M. Pinto (Coord.). *Envelhecer vivendo*. Coimbra: Quarteto.

Vieira, A. I. (2001). Nutrição e envelhecimento. In A. M. Pinto (Coord.). *Envelhecer vivendo*. Coimbra: Quarteto.

ANEXOS

CONSENTIMENTO INFORMADO



UNIVERSIDADE CATÓLICA PORTUGUESA

Consentimento

Declaro que fui informado(a) de todos os pormenores respeitantes ao instrumento de avaliação psicológica *Instrumento de Avaliação da Qualidade De Vida (IAQdV)* que me foi proposto por Marco António Gil Fernandes, no âmbito da Dissertação de Mestrado em Psicologia Clínica e da Saúde, da responsabilidade do próprio e da Faculdade de Educação e Psicologia da Universidade Católica Portuguesa. Fiquei ciente do tipo, duração e características do referido instrumento, bem como dos objectivos da sua realização. Foi-me também explicado que, no caso de serem encontrados resultados que indiciem estados de doença, essa informação ser-me-á prestada, bem como ao meu médico, se eu der consentimento.

A todos os dados obtidos fica assegurada a reserva e o sigilo decorrentes da obrigação de segredo profissional das pessoas que procedem à aplicação dos instrumentos. Garantem-me igualmente total anonimato dos dados a serem tratados. Sei que posso retirar-me do estudo em qualquer altura, sem apresentar justificações. Nestas condições, é de minha livre vontade que dou o meu consentimento à realização do instrumento de avaliação psicológica que me foi proposto.

Vila Nova de Cerveira, ____ / ____ / _____

(Assinatura)

FICHA DE IDENTIFICAÇÃO PESSOAL

Nome (opcional) _____

Género Feminino Masculino **Idade** _____ **Data Nascimento** __/__/____

Estado Civil Casado(a) União de facto Viúvo(a) Solteiro (a)
Divorciado(a) Outro

Filhos _____♀ _____♂ **Netos** Sim Não **Bisnetos** Sim Não †

Profissão _____ **Reformado(a)** Sim Não

Escolaridade Analfabeto Ensino Primário ≤ 8 anos escolaridade
≥ 9 anos escolaridade s/ Ensino Superior Ensino Superior

Rendimento Mensal (RM) com base no Salário Mínimo Nacional (SMN= 485 €)

Inferior ou igual ao salário mínimo nacional (RM ≤ 485 €)

Entre um e dois salários mínimos nacionais (=485 € < RM ≤ 970 €)

Entre dois A três salários mínimos nacionais (970 € < RM ≤ 1455 €)

Superior a três salários mínimos nacionais (RM > 1455 €)

Residência permanente Grande Porto/Lisboa Cidade grande
Cidade / Vila de província Aldeia

Com quem vive Cônjuge e/ou filhos Sozinho(a)
Outra situação

Institucionalizado(a) em Lar de Idosos Não Sim

Especifique: _____

Apoio Domiciliário Não Sim

Formal Especifique: _____ Informal Especifique: _____

Locais que frequenta Centro de Dia Centro de Convívio Universidade Sénior
Outros † Especifique? _____

Antecedentes Clínicos _____

Provas Administradas _____

Outros dados _____

Data de recolha de dados _____ / _____ / _____

O(a) técnico(a) responsável _____

INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DE VIDA (IAQdV)



UNIVERSIDADE CATÓLICA PORTUGUESA

Instrumento de Avaliação da Qualidade de Vida (IAQdV)

António M. Fonseca

Universidade Católica Portuguesa
Unidade de Investigação e Formação sobre Adultos e Idosos (UNIFAI)

Constança Paúl

Universidade do Porto
Unidade de Investigação e Formação sobre Adultos e Idosos (UNIFAI)

Lúisa Teles

Unidade de Investigação e Formação sobre Adultos e Idosos (UNIFAI)

O **IAQdV** é a versão portuguesa do ***The Assessment of Quality of Life (AQoL) Instrument***, da autoria de Graeme Hawthorne, Jeff Richardson, Richard Osborne e Helen McNeil. © Centre for Health Program Evaluation - Australia, 1997.

Projecto **Caracterização de Perfis de Envelhecimento na População Portuguesa Normal** financiado pela *Fundação Calouste Gulbenkian* no âmbito do Financiamento de Projectos de Investigação em Neurociências (Área do Envelhecimento).

INSTRUÇÕES

Por favor, em cada questão coloque um círculo à volta da alternativa (A. B. C. ou D.) que melhor descreve a sua situação ao longo do último mês.

DOENÇA

1 Em relação ao uso de medicamentos prescritos:

- A. Normalmente não tomo medicamentos.
- B. Tomo um ou dois medicamentos regularmente.
- C. Necessito de tomar três ou quatro medicamentos regularmente.
- D. Necessito de tomar cinco ou mais medicamentos regularmente.

2 Necessito de tratamento médico regular (por um médico ou outro profissional de saúde)?

- A. Não necessito de tratamento médico regular.
 - B. Às vezes vou ao médico, mas não necessito de tratamento médico regular.
 - C. Necessito de tratamento médico regular.
 - D. A minha vida depende de tratamento médico regular.
-

VIDA INDEPENDENTE

3 Até que ponto é que preciso de ajudas ortopédicas?

(Por exemplo, andarilho, cadeira de rodas, prótese, etc.)

- A. Não preciso de ajudas ortopédicas.
- B. Às vezes preciso de ajudas ortopédicas.
- C. Preciso regularmente de ajudas ortopédicas.
- D. Sou obrigado a usar ajudas ortopédicas.

4 Necessito de ajuda para cuidar de mim mesmo?

- A. Não necessito de ajuda nenhuma.
- B. Necessito às vezes de ajuda em tarefas de cuidados pessoais.
- C. Necessito de ajuda nas tarefas mais difíceis de cuidados pessoais.
- D. Necessito diariamente de ajuda na maior parte das tarefas de cuidados pessoais.

5 Quando realizo tarefas domésticas:

(Por exemplo, preparar refeições, arrumar roupas, fazer pequenos arranjos.)

- A. Não necessito de qualquer ajuda.
- B. Às vezes necessito de ajuda.
- C. Necessito de ajuda nas tarefas mais difíceis.
- D. Necessito de ajuda diária na maior parte ou em todas as tarefas.

6 Pensando sobre a forma como me movimento em casa e na rua:

- A. Movimento-me em casa e na rua sozinho(a) sem qualquer dificuldade.
- B. Tenho dificuldade em movimentar-me sozinho(a) tanto em casa como na rua.
- C. Não sou capaz de me movimentar na rua mas consigo movimentar-me em casa, embora com alguma dificuldade.
- D. Não sou capaz de me movimentar nem na rua nem em casa.

RELAÇÕES SOCIAIS

7 As minhas relações (com os meus amigos, companheiro(a) ou familiares) normalmente:

- A. São quase sempre muito próximas e afectivas.
- B. São às vezes próximas e afectivas.
- C. Só raramente são próximas e afectivas.
- D. Não mantenho qualquer relação próxima e afectiva.

8 Pensando sobre a minha relação com outras pessoas:

- A. Tenho amigos e nunca ou raramente me sinto só.
- B. Embora tenha amigos, por vezes sinto-me só.
- C. Tenho alguns amigos mas sinto-me muitas vezes só.
- D. Estou socialmente isolado e sinto-me só.

9 Pensando sobre a minha saúde e a minha relação com a família:

- A. A minha relação com a família não é afectada pela minha saúde.
 - B. Alguns aspectos da minha relação com a família são afectados por causa da minha saúde.
 - C. Muitos aspectos da minha relação com a família são afectados por causa da minha saúde.
 - D. Não consigo relacionar-me adequadamente com a minha família por causa da minha saúde.
-

SENTIDOS

10 Pensando sobre a minha visão, já incluindo o uso de óculos ou lentes de contacto quando necessários:

- A. Vejo normalmente.
- B. Tenho alguma dificuldade em focar objectos ou não os vejo nitidamente (*por exemplo, letra pequena, um jornal, objectos à distância*).
- C. Tenho muita dificuldade em ver; a minha visão está enevoada (*por exemplo, consigo ver só o suficiente para me desembaraçar*).
- D. Só vejo objectos como formas gerais ou sou cego (*por exemplo, necessito de um guia para me movimentar*).

11 Pensando sobre a minha audição, incluindo o uso de aparelho auditivo se necessário:

- A. Oiço normalmente.
- B. Tenho alguma dificuldade em ouvir ou não oiço com clareza (*por exemplo, peço às pessoas que falem mais alto, aumento o volume da TV ou do rádio*).
- C. Tenho dificuldade em ouvir com clareza (*por exemplo, por vezes não entendo o que foi dito, não costumo participar em conversas porque não consigo ouvir o que está a ser dito*).
- D. De facto, oiço muito mal (*por exemplo, não consigo entender pessoas a falar em voz alta e directamente para mim*).

12 Quando comunico com outros:

(*Por exemplo, falando, ouvindo, escrevendo ou utilizando sinais.*)

- A. Não tenho dificuldade em falar com outros ou em compreender o que me dizem.
- B. Tenho alguma dificuldade em me fazer entender por pessoas que não me conhecem, mas não tenho qualquer problema em compreender o que me dizem.
- C. Só me compreende quem me conhece bem; tenho muitos problemas em compreender o que me dizem.
- D. Não consigo comunicar adequadamente com outros.

BEM-ESTAR PSICOLÓGICO

13 Pensando sobre a forma como durmo:

- A. Sou capaz de dormir sem dificuldade a maior parte das vezes.
- B. O meu sono é interrompido algumas vezes mas, normalmente, consigo adormecer de novo sem dificuldade.
- C. O meu sono é interrompido a maior parte das noites mas, normalmente, consigo adormecer de novo sem dificuldade.
- D. Tenho problemas de sono (durmo apenas curtos períodos; permaneço acordado a maior parte da noite).

14 Pensando sobre a forma como me sinto em termos gerais:

- A. Não me sinto ansioso(a), preocupado(a) ou deprimido(a).
- B. Sinto-me ligeiramente ansioso(a), preocupado(a) ou deprimido(a).
- C. Sinto-me moderadamente ansioso(a), preocupado(a) ou deprimido(a).
- D. Sinto-me extremamente ansioso(a), preocupado(a) ou deprimido(a).

15 Quanta dor ou desconforto é que sinto?

- A. Nenhuma.
- B. Sinto dor moderada.
- C. Sinto dor severa.
- D. Sinto dor insuportável.

Fim

Obrigado pela sua colaboração