



UNIVERSIDADE CATÓLICA PORTUGUESA

**Auto-estima e Qualidade de Vida nas Mulheres
Idosas Institucionalizadas**

Dissertação apresentada à Universidade Católica Portuguesa para obtenção do grau de
Mestre em Psicologia Clínica e da Saúde

Por

Maria Inês Araújo Rodrigues



Faculdade de Filosofia de Braga

Novembro de 2011



UNIVERSIDADE CATÓLICA PORTUGUESA

**Auto-estima e Qualidade de Vida nas Mulheres
Idosas Institucionalizadas**

Dissertação apresentada à Universidade Católica Portuguesa para obtenção do grau de
Mestre em Psicologia Clínica e da Saúde

Por

Maria Inês Araújo Rodrigues

Sob Orientação da Professora Doutora Eleonora Costa



Faculdade de Filosofia de Braga

Novembro de 2011

Resumo

A inversão da pirâmide etária na segunda metade do século XX acarreta um novo fenómeno: o envelhecimento demográfico (Nazareth, 2009). Hoje, falar de envelhecimento é também falar da “feminização da velhice” (Carvalho, Brito, Nery, & Figueiredo, 2009), dada a crescente percentagem de mulheres na população idosa (INE, 2007). Neste sentido, a sociedade civil organiza-se de modo a criar respostas, entre elas, as instituições de terceira idade. Assim, nasce o interesse em avaliar a Qualidade de Vida e a Auto-estima das mulheres idosas das instituições de terceira idade. Trata-se de um estudo observacional, descritivo, correlacional e transversal onde foram aplicados os seguintes instrumentos: um Questionário Sócio-Demográfico; Escala de Auto-estima de Rosenberg (1965, Santos & Maia, 2003); um Questionário de Percepção de Qualidade de Vida – WHOQOL-BREF (Canavarro et al., 2006) e, por último, um Questionário de Percepção de Qualidade de Vida WHOQOL-OLD (OMS, 2005). Os principais resultados indicam que estas idosas apresentam uma qualidade de vida e uma auto-estima moderada, e podemos realçar a importância da auto-estima na qualidade de vida (ou vice-versa), pois quanto maior for a magnitude da correlação maior relevo assume esta importância. No final foram discutidas as limitações e as implicações dos resultados em termos de investigação futura e ideias para futuras investigações na população feminina idosa.

Palavras-chave: Auto-estima; Qualidade de Vida; Mulheres Idosas Institucionalizadas

Abstract

The inversion of the age pyramid in the second half of the twentieth century brings a new phenomenon: the demographic aging (Nazareth, 2009). Today, talking about aging is also talk about the "feminization of old age" (Carvalho, Brito, Nery, & Figueiredo, 2009), given the growing proportion of women in the elderly population (INE, 2007). In this sense, civil society organizes itself to create responses, including institutions for the elderly. Thus arises the interest in evaluating the Quality of Life and Self-Esteem of older women in the institutions for the elderly. This is an observational, descriptive, correlational and cross study where the following instruments were be applied: a Socio-Demographic Questionnaire; Self-Esteem Scale of Rosenberg (1965, Santos & Maia, 2003); a Perception of Quality of Life Questionnaire - WHOQOL-BREF (Canavarro et al., 2006); and, finally, a Perception of Quality of Life Questionnaire WHOQOL-OLD (WHO, 2005). The main results indicate that these elderly women have a moderate quality of life and self-esteem, and we can highlight the importance of self-esteem on the quality of life (or vice-versa), because the greater the magnitude of the correlation the greater emphasis this importance assumes. In the end the limitations were discussed and the implications of the results in terms of future research and ideas for future research in the elderly female population.

Keywords: Self-Esteem, Quality of Life; Institutionalized Elderly Women

Agradecimentos

Ao longo destes meses em que estive envolvida neste trabalho tive a oportunidade de contar com o apoio e incentivo de diversas pessoas que, directa ou indirectamente, contribuíram para a concretização do presente trabalho. Este não teria sido possível sem a colaboração e a boa vontade daqueles a que agora me refiro. A todos os meus sinceros agradecimentos.

À Doutora Eleonora Costa pela sábia orientação, pela disponibilidade, pelos preciosos apoios fornecidos, pela atenção e partilha de saber.

Aos Proprietários das Instituições pela total abertura em permitir a elaboração do estudo.

Às minhas colegas Cindy e Nídia.

Às idosas, que além do contributo, me deslumbraram com histórias de vida.

E, por último, não podia deixar de agradecer às pessoas que tornaram possível esta longa caminhada. Um eterno obrigada aos meus pais, Luís e Salomé, pelo esforço que fizeram para chegar onde cheguei, pela compreensão e encorajamento. Ao meu irmão Miguel, pelo exemplo que foi para mim. Ao meu avô João, por ser o meu amparo, mesmo não estando presente. Às minhas amigas, e ao José Miguel, pelo apoio e pela força constante.

Um muito obrigado!

ÍNDICE

Resumo

Abstract

Agradecimentos

Índice

Introdução Geral

PARTE I – ENQUADRAMENTO TEÓRICO

Capítulo I – O Envelhecimento	12
1.1. Conceptualização do envelhecimento	13
1.2. Envelhecimento Demográfico em Portugal	17
1.3. A Feminização da Velhice	20
1.4. A Institucionalização	23
1.5. A Institucionalização no Idoso	24
Capítulo II – Auto-estima	29
2.1. A Auto-estima	30
2.2. Auto-estima na Mulher Idosa	34
Capítulo III – Qualidade de Vida	40
3.1. O conceito de Qualidade de Vida	41
3.2. Qualidade de Vida no Idoso	47
3.2.1. Qualidade de Vida na Mulher Idosa	50

PARTE II – INVESTIGAÇÃO EMPÍRICA

Capítulo IV – Metodologia	56
4.1. Objectivos de Estudo	58
4.2. Variáveis Estudadas	58
4.3. População e Amostra	58
4.4. Apresentação dos Instrumentos de Avaliação	60
4.4.1. Questionário Sócio-Demográfico	60
4.4.2. Escala de Auto-Estima de Rosenberg (RSES)	60
4.4.3. Percepção de Qualidade de Vida WHOQOL-BREF	62

4.4.4. Percepção de Qualidade de Vida WHOQOL-OLD.....	64
4.5. Procedimento de Recolha de Dados	66
6.6. Procedimentos de Análise de Dados	67
 Capítulo V – Apresentação dos Resultados	 70
5.1. Caracterização Sócio - demográfica da amostra	72
5.2. Análise da Normalidade das Distribuições	73
5.3. Escala de Auto-Estima de Rosenberg	75
5.4. Percepção de Qualidade de Vida WHOQOL-BREF	79
5.5. Percepção de Qualidade de Vida WHOQOL-OLD	86
5.6. Comparação dos índices de qualidade de vida em função do nível de auto-estima	93
5.7. Correlações	94
5.7.1. Dimensões do WHOQOL-BREF	94
5.7.2. Dimensões do WHOQOL-OLD	96
5.7.3. RSES <i>versus</i> WHOQOL-BREF e RSES <i>versus</i> WHOQOL-OLD.....	98
 Capítulo VI – Discussão dos Resultados	 101
 Capítulo VII – Conclusão e Considerações Finais	 107
 Referências Bibliográficas	 111
 Anexos	 125
Anexo I – Instrumentos de Avaliação	126
Anexo II – Autorização de Recolha de Dados	136
Anexo III – Termo de Consentimento	137
Anexo IV – Tabela de Consistência Interna	138

INTRODUÇÃO GERAL

Introdução Geral

Na perspectiva do desenvolvimento humano, a velhice é a última etapa do ciclo vital. Nesta etapa, os idosos deparam-se com diversas mudanças que interferem no papel que desempenham na sociedade na qual estão inseridos. A capacidade de manter sua autonomia, independência, estabelecer e adaptar-se a novos papéis durante o processo de envelhecimento, influenciará fortemente a auto-estima e, conseqüentemente, a sua qualidade de vida (Timm, 2006).

Deste modo, a pesquisa no âmbito do envelhecimento tem, actualmente, grande pertinência em especial devido ao rápido crescimento desta população.

Dados do Instituto Nacional de Estatística (INE, 2007) mostram que o contínuo declínio da natalidade e o aumento da longevidade recaem na alteração da estrutura etária da população nacional, sendo notório o envelhecimento demográfico em Portugal. No entanto, segundo o mesmo, o fenómeno do envelhecimento afecta homens e mulheres de forma diferente, sendo mais evidente nas mulheres, devido às conseqüências das diferenças genéticas e sociais associadas. Este facto, segundo Spar e La Rue (1998) conduz à maior probabilidade das mulheres idosas viverem num lar para a terceira idade.

A presente pesquisa centra-se na avaliação da auto-estima e da qualidade de vida das idosas nestas instituições, pois a literatura tem demonstrado vários riscos associados à institucionalização.

Apesar de haver uma crescente consciencialização da sociedade para a preparação de um envelhecimento bem sucedido, ocorre em paralelo, a necessidade de mais estudos que procurem a compreensão dos níveis de qualidade de vida e de auto-estima nos indivíduos institucionalizados.

Assim, o presente estudo visa avaliar a Qualidade de Vida e a Auto-estima das mulheres idosas institucionalizadas. Espera-se que esta pesquisa, do ponto de vista teórico e empírico contribua para o estudo da auto-estima e qualidade de vida na mulher idosa institucionalizada.

Para facilitar a leitura do trabalho aqui apresentado *Qualidade de Vida e Auto-estima nas Mulheres Idosas Institucionalizadas*, esta dissertação divide-se em sete partes.

Inicialmente faz-se uma introdução justificando a importância da presente investigação. Em seguida, numa primeira parte apresenta-se uma fundamentação teórica, trazendo informações necessárias à compreensão do tema.

Assim, no primeiro capítulo desta primeira parte é apresentado um enquadramento teórico sobre a conceptualização do envelhecimento, o envelhecimento demográfico em Portugal, a feminização da velhice, e a institucionalização no idoso, tentando dar maior ênfase à institucionalização da mulher idosa. No que concerne ao segundo capítulo, procura-se descrever o conceito e as dimensões da qualidade de vida, assim como a qualidade de vida na mulher idosa. No último capítulo desta primeira parte, será abordado o conceito de auto-estima. Numa segunda parte são explicitados os objectivos da pesquisa, a metodologia utilizada, bem como, são descritos os instrumentos utilizados para a recolha de dados, os resultados encontrados, a discussão dos resultados da investigação, seguindo-se a conclusão do estudo.

PARTE I
ENQUADRAMENTO TEORICO

CAPÍTULO I – O ENVELHECIMENTO

1.1. Conceptualização do Envelhecimento

Birren (1999, cit. in Oliveira, 2008, p.470) considera que “o envelhecimento é uma das mais complexas séries de fenómenos que a ciência tem de enfrentar”, pelo que, o envelhecimento pode ser interpretado de diversas maneiras, pois para muitos “o envelhecimento é um processo recheado de enigmas e, provavelmente, dependente de diversificados factores” (Pinto, 2001, p. 8), tornando a sua definição difícil e muitas vezes evasiva.

No entanto, para alguns autores, o envelhecimento é um processo natural caracterizado pelo declínio de capacidades físicas e cognitivas, o qual ocorre ao longo da vida de qualquer ser humano (Berger et al., 1995; Cancela, 2007). O mesmo é corroborado por Franchi e Júnior (2005, cit. in Paulo, 2010), afirmando que se trata de um fenómeno biológico e psicológico, o qual se reflecte, não só nas perdas das funções orgânicas mas também, a nível familiar e social. Para estes autores, envelhecimento é um processo fisiológico aliado ao modo de vida passado, à genética, às modificações psico-emocionais e à perda de capacidades.

Para muitos autores (Baltes, 1987; Baltes & Baltes, 1990, cit. in Novo, 2003; Franchi & Júnior, 2005, cit. in Paulo 2010), o envelhecimento é um processo multidimensional e multi-direccional, na medida em que o desenvolvimento humano não é um processo homogéneo e unidireccional. Dependendo das condições e das experiências de vida, o envelhecimento pode adoptar diferentes formas e direcções (Fontaine, 2000; Novo, 2003; Fonseca, 2006; Paulo 2010; Sequeira, 2010). Ou seja, nos idosos os ganhos e as perdas são diferentes de pessoa para pessoa, de grupo para grupo, como afirma o gerontologista americano Howell (Beauvoir, 1970, cit. in Mendonça & Ingold, 2006, p. 40), o envelhecimento “não é uma ladeira que todos descem com a mesma velocidade, ela é uma sucessão de degraus irregulares onde alguns despencam mais depressa que outros”.

Daí que a OMS (2001) diferencie o conceito de envelhecimento como normal, na medida em que integra as mudanças biológicas que ocorrem devido à idade, e como processo particular influenciado pelo ambiente, estilo de vida e estado de saúde, em que a mudança pode estar associada, mas não é devida ao processo de envelhecimento.

Neste sentido, embora a difícil conceptualização, o envelhecimento é um processo normal, universal, gradual e irreversível de mudanças e alterações que ocorrem ao longo do tempo, intimamente ligado aos processos de diferenciação e crescimento,

influenciado por factores endógenos (como a componente genética) e exógenos (como o ambiente, estilo de vida, educação). Neste âmbito, surge a variabilidade inter e intra-individual, com evidência nos diferentes padrões de envelhecimento que justificam diferenças a nível biológico, psicológico e social entre diferentes indivíduos e entre funções do indivíduo (Reis, 1996, cit. in Vaz, 2009; Neto, 1997, cit. in Mendonça & Ingold, 2006; Fontaine, 2000; Novo, 2003; Fonseca 2006; Figueiredo, 2007; Paulo, 2010; Sequeira, 2010).

Filho (1998, cit. in Vaz, 2009) refere que muitos gerontologistas definem o envelhecimento como uma fase onde surgem modificações morfológicas, funcionais, bioquímicas e psicológicas, que causam a progressiva perda da capacidade de adaptação do indivíduo ao meio ambiente, tornando-o mais vulnerável e expondo-o a um maior número de doenças que normalmente levam à morte.

Para Spar e La Rue (1998) não existe uma idade específica, do ponto de vista médico e psíquico, para se ser “velho”, embora a Organização Mundial de Saúde (OMS) sugira que o idoso é todo o indivíduo com 65 e mais anos, independentemente do sexo e estado de saúde. Daí o conceito de envelhecimento estar subjacente a três factores essenciais (biológico, social e psicológico), os quais prescrevem a velhice (Fontaine, 2000; Cancela 2007; Oliveira, 2008; Sequeira, 2010), e que asseguram que os indivíduos, apesar da sua idade cronológica, possam se sentir mais velhos num factor e mais novos noutra (Spar & La Rue, 1998).

Assim, falamos em biológico no sentido de que com a idade aumentam as doenças, existem modificações físicas, diminuindo a capacidade de auto-regulação. Ou seja, segundo Jones e Rose (2005), a teoria biológica centra-se nos factores que causam o processo de senescência e no aumento do risco de morbilidade com a idade. Social, relacionado com a mudança de estatuto provocada pela passagem à reforma, já que, segundo Fernández-Ballesteros (2000, p.40, cit. in Fonseca, 2006), “a velhice começa com a reforma”, e com o papel que a sociedade onde estamos inseridos nos atribui. E psicológica, determinada por capacidades e competências comportamentais que o indivíduo possui para se adaptar às alterações do meio e pelas transformações das nossas actividades intelectuais e das nossas motivações (Schroots & Birren, 1980, cit. in Paúl & Fonseca, 2001; Fontaine, 2000; Fonseca, 2006; Oliveira, 2008).

Contudo, Fernández-Ballesteros (2000, cit. in Fonseca, 2006) no sentido de transpor a existência de uma idade psicológica e social sugeriu a noção de idade funcional, ou seja, um conjunto de indicadores (capacidade funcional, tempo de reacção, satisfação

com a vida, amplitude das redes sociais) que, para a autora, permitem compreender como criar condições para um envelhecimento satisfatório.

No seguimento desse raciocínio, Fontaine (2000) refere que se fala em envelhecimento como de um estado que qualificamos como terceira idade ou quarta idade. Não obstante, o envelhecimento não é um estado (Cancela, 2007), mas sim um processo de degradação progressiva e diferencial. Que afecta em tempos diferentes os indivíduos. (Robert, 1994, cit.in Oliveira, 2008; Fontaine, 2000; Oliveira, 2008; Vaz, 2009).

Vaz (2009), no que concerne ao modo como se envelhece, faz a distinção entre envelhecimento primário e envelhecimento secundário. O envelhecimento primário faz referência às mudanças inerentes ao processo de envelhecimento, por sua vez, o envelhecimento secundário, faz referência às mudanças causadas por doenças que são reversivas ou que não são causadas pela idade mas sim por uma co-variável desta (Vaz, 2009). Fonseca (2006) sugere ainda o envelhecimento terciário, referindo-se às mudanças que sucedem de forma precipitada na velhice, resultando na morte.

Aliado aos processos de envelhecimento primário e secundário, encontramos o termo senescência (Yates, 1996, cit. in Vaz, 2009), que pressupõe uma vulnerabilidade crescente, decorrendo uma maior probabilidade de morte.

No entanto, esta distinção não parece ser suficiente para uma conceptualização clara do envelhecimento (Birren & Schroots, 1996, cit. in Fonseca, 2006). Surgindo então o envelhecimento diferencial e ecológico de forma a colmatar esse facto. Assim, o processo de envelhecimento diferencial, altamente individualizado que, com o avanço da idade e a acumulação de experiências, aumenta as diferenças inter-individuais de base, o grau de ocorrência e a direcção da maior parte das funções, resultando num padrão de grande variabilidade com a idade. E ecológico, no sentido que as mudanças económicas, tecnológicas e sociais estão, também, inerentes ao processo de envelhecimento (Fonseca, 2006).

Outro conceito muito abordado é o conceito de envelhecimento activo que, segundo a OMS (2002), aplica-se quer no âmbito individual, como em grupos populacionais, e consiste no processo de optimização das oportunidades para a saúde, participação e segurança, no sentido de aumentar a qualidade de vida ao longo do processo de envelhecimento.

Também Lidz (1983, cit. in Oliveira, 2008) classifica o envelhecimento em três fases: a fase do idoso, sem grandes alterações psicossomáticas em que o idoso ainda se

sente válido; a fase da senescência, onde já existe alterações orgânicas e psicológicas; e a fase da senilidade, onde o idoso torna-se quase dependente na íntegra.

É claro que não é fácil definir envelhecimento, contudo, existem características frequentes nos idosos, como a diminuição da auto-estima, a dificuldade de adaptação a novos papéis e lugares bem como mudanças profundas e rápidas, a falta de motivação, diversos complexos (a nível da sexualidade, por exemplo), etc. (Richard & Mateev-Dirkx, 2004, cit. in Oliveira, 2008). Contudo algumas destas e outras características podem ser preconceitos ou estereótipos sociais – idadismo, agravando a imagem que o idoso tem de si (auto-imagem e auto-estima) (Oliveira, 2008).

Relativamente às causas do envelhecimento, para Pinto (2001) existem duas grandes teorias que as esclarecem: as Teorias Estocásticas e as Deterministas.

As Teorias Estocásticas defendem que o envelhecimento é uma consequência de lesões sucessivas, que vão conduzir ao desgaste e à morte, ou seja, casuais ou conjunturais. As Teorias Deterministas, por sua vez, defendem que o envelhecimento é uma consequência directa de um programa genético (Pinto, 2001). No entanto, Oliveira (2008) afirma que estas não explicam na íntegra o processo de envelhecimento, embora o considere biologicamente individualizado, explica que o tipo de vida que cada indivíduo leva tem também responsabilidade na causa do processo de envelhecimento. Assim, além dos factores intrínsecos, considera também os factores extrínsecos ou ambientais como já referido. Fontaine e Fonseca (2000; 2006) acrescentam ainda os factores socioeconómicos e profissionais.

De forma a comprovar que o envelhecimento não é apenas uma questão biológica, Fonseca (2006) salienta, com base em Fernandes (1997) e Lima e Viegas (1988), que o envelhecimento deve ser entendido como um conceito referido à forma como cada sociedade conceptualiza esta fase do ciclo de vida.

Em 1987, Rowe e Kahn (cit. in Pinto, 2001) consideravam a existência de três paradigmas diferentes de envelhecimento: envelhecimento bem sucedido, habitual e mal sucedido. Tal, é considerado por Pinto (2001), como uma padronização inovadora, dado que se baseia na capacidade de sobrevivência que depende, não só de parâmetros biológicos, mas também de factores cognitivos e sociais.

Muitos trabalhos sobre o envelhecimento incidem no envelhecimento bem-sucedido (Faber et al., 2001; Kane, 2003). Para Baltes e Baltes (1990, cit. in Faber et al., 2001) a definição mais abrangente de envelhecimento bem-sucedido trata-se de um processo de adaptação individual positiva às mudanças do envelhecimento. Tal pode acontecer,

segundo Kane (2003), mesmo com doenças crónicas ou limitações físicas, desde que estejam controladas e o idoso esteja adaptado ao seu ambiente.

1.2. Envelhecimento Demográfico em Portugal

O presente século, o século XXI, é considerado como o século dos idosos, dado que o envelhecimento é um facto observado na maioria dos países (Oliveira, 2008). Tornou-se, assim, frequente viver mais décadas, o que para Crews (2007) significa uma transição demográfica *major* como nunca antes visto.

Nazareth (2009) aponta que a partir da segunda metade do século XX, começou a emergir um novo facto nas sociedades desenvolvidas – o envelhecimento demográfico, ou seja, a percepção quantitativa que representa o aumento preocupante do número de idosos velhos. Segundo a OMS (2001), velho traduz-se nos indivíduos que já completaram 65 anos. E, para alguns autores, o envelhecimento é uma questão demográfica (Cancela, 2007; Oliveira, 2008)

Segundo um estudo elaborado pelo Serviço de Estudos sobre a População do Departamento de Estatísticas Censitárias e da População (2002), o envelhecimento demográfico define-se pelo aumento da percentagem de pessoas idosas na população total, em detrimento da população jovem, onde o mesmo é confirmado por Branco e Gonçalves (2000, cit. in Vaz, 2009).

Nazareth (2009) menciona ainda que, embora este fenómeno seja o resultado do decréscimo da taxa de natalidade e dos valores de taxas de mortalidade sempre inferiores às observadas na natalidade, existe no entanto um outro dado - as migrações, as quais produzem impactos estruturais importantes (INE, 2007). O mesmo é corroborado por Pinto e seus colaboradores (2001), que afirmam ainda, que este aspecto provoca um acelerar do envelhecimento demográfico. Considera Nazareth (2009), consolidado também por Oliveira (2008), um outro aspecto do envelhecimento demográfico relativo às diferenças de sexo, relacionado com a mortalidade masculina, existente em todas as idades, o que produz um intenso desequilíbrio entre os sexos sobretudo nos últimos grupos etários. Assim, numa população sujeita apenas a movimentos naturais, as mulheres idosas representam o dobro ou o triplo da população de idosos.

Devido à diminuição de nascimentos e longevidade, actualmente a esperança média de vida aumentou dos trinta até aos setenta e cinco anos nos países desenvolvidos (Vaz, 2009; Paulo, 2010). A OMS refere, também, que em 2000 a expectativa de vida rondava os 66 anos, pelo que em 2025 passará a 73 anos (Oliveira, 2008). Razão pela qual, a literatura alude que a população mundial envelhecida aumente subitamente nos anos que se seguem (Lindsay, 1995; OMS, 2008, cit. in Paulo, 2010).

No que concerne a nível mundial, Lindsay (1995, cit. in Paulo, 2010) refere que a população envelhecida regista uma propensão crescente. O mesmo é corroborado por Spar e La Rue (1998), que afirmam que o número de indivíduos envelhecidos em 1992 era cerca de 342 milhões a nível mundial e espera-se que em 2050 o número aumente para 2.5 biliões. Mais especificamente em Portugal, as mesmas autoras referem que, segundo o Conselho da Europa, haverá menos um milhão de pessoas nesse mesmo ano, com 2.5 idosos com mais de 65 anos para cada jovem com menos de 15 anos.

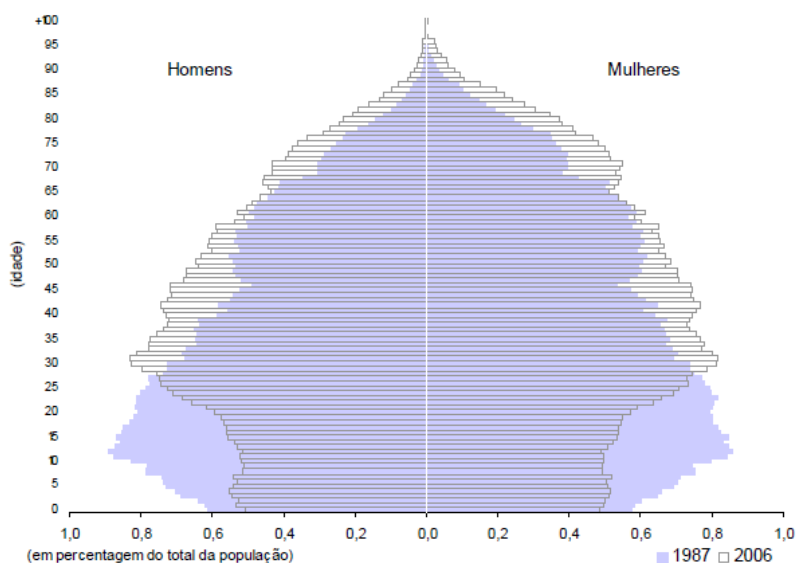
Assim, os idosos e todo o processo de envelhecimento atearam uma especial atenção a nível nacional (Prado & Lima, 2000, cit. in Paulo, 2010).

Ora, em Portugal, segundo o Instituto Nacional de Estatística (2005), a população jovem diminuiu ligeiramente entre 2003 (15.7%) e 2004 (15.6%). Em contrapartida, verificou-se um aumento da população idosa na população total, 17% em 2004, estimando-se 109 idosos por cada 100 jovens.

Em 2006, Portugal atingiu o valor mais reduzido do número médio de crianças nascidas vivas por mulher em idade fecunda, com 1.36 crianças por mulher em idade fecunda (INE, 2007).

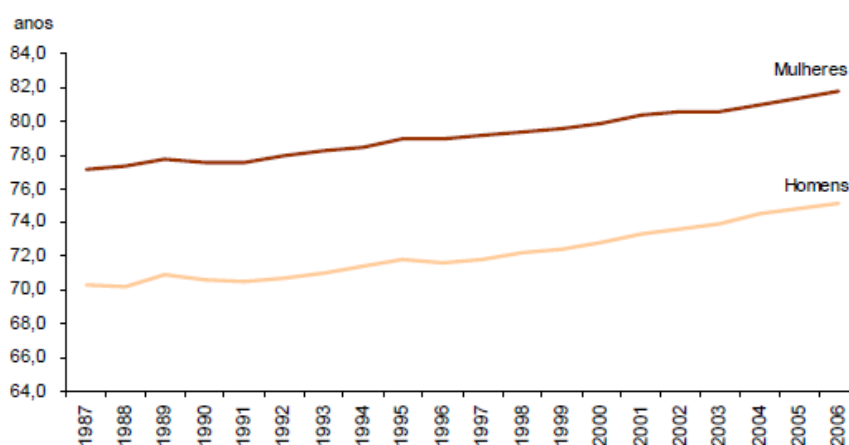
Como se pode observar na figura 1, o contínuo declínio da natalidade (estreitamento da base da pirâmide) e o aumento da longevidade (ampliação do topo da pirâmide) recaem na alteração da estrutura etária da população nacional, notório na sobreposição das pirâmides etárias. Assim, corroborando a ideia de Oliveira (2008), a tendência é o topo (velhice) transformar-se em base, até então ocupada pelos mais novos.

Figura 1: Pirâmides etárias, Portugal, 1987 e 2006 (INE, 2007).



Posto isto, é notório o envelhecimento demográfico em Portugal. Onde tal, é mais evidente nas mulheres, 19.2% sobre 14.7% nos homens. Este facto reflecte-se na maior longevidade das mulheres, sendo que desde 1987 o número de mulheres idosas é superior ao número de homens (Figura 2) (Salgado, 2002; INE, 2007).

Figura 2: Esperança média de vida à nascença (anos), por sexos, Portugal, 1987-2006 (INE, 2007).



Segundo o Instituto Nacional de Estatística (2002) a proporção de idosas ultrapassou a de jovens do mesmo sexo em meados da década de 90, enquanto entre os efectivos do sexo masculino a proporção de jovens ainda se mantém superior à de idosos. A superioridade numérica das mulheres, que é devida à maior esperança de vida (verifica-

se que as mulheres com 65 anos vivem em média mais três anos e meio do que os homens – os homens vivem mais 14.4 anos, e as mulheres 17.9 anos), aumenta, naturalmente, com o avançar da idade. Entre 1960 e 2001, a esperança média de vida aumentou cerca de 11 anos para os homens e cerca de 13 para as mulheres. Como consequência do aumento da mortalidade masculina atinge-se o século XXI com uma diferença de 7 anos, favorável às mulheres que podem viver em média 79.4 anos (contra os 72.4 dos homens). A diferença entre os sexos atenua-se à medida que se avança na idade, embora a vantagem do sexo feminino seja constante (INE, 2002).

Tal, pode levar a concluir que os problemas e mudanças que assistem o envelhecimento são maioritariamente femininos, sendo este o facto mais significativo quando se fala em velhice (Salgado, 2002).

1.3. A Feminização da Velhice

Ao falar em envelhecimento, é de realçar a crescente percentagem de mulheres na população idosa, por outras palavras, a “feminização da velhice”, facto que Carvalho e seus colaboradores (2009) consideram uma evidência.

Como observado anteriormente, o fenómeno do envelhecimento afecta de forma desigual homens e mulheres (INE, 2005). Verificando-se factos básicos que distinguem a mulher idosa do homem idoso e como tal afectam os processos de envelhecimento. Homens e mulheres envelhecem de forma diferente devido às consequências das diferenças genéticas associadas e devido a diferenças sociais (como o próprio género, raça, classe social, situação marital, cuidados prévios com a saúde, etc.), sendo, estas variáveis, determinantes para as diferenças de saúde e de longevidade.

Spar e La Rue (1998) corroboram o facto de existirem diferenças significativas entre sexos, principalmente no que concerne à longevidade, o que se reflecte no aumento do comprometimento por incapacidade funcional, de opções limitadas em relação a cuidados domiciliários e a uma maior probabilidade de viver num lar.

Não obstante, segundo Neri (2001), estudos epidemiológicos mostram que a maior longevidade das mulheres idosas significa mais risco do que vantagem, uma vez que a mulher é física e socialmente mais frágil do que os homens, pelo que a autora considera que a feminização da velhice é vista principalmente como um problema médico-social.

Por esta razão, é fundamental a compreensão do conceito de género. Tal, refere-se ao conjunto de atributos negativos ou positivos aplicados de forma diferenciada para homens e mulheres, desde o momento do seu nascimento, definindo as suas funções, papéis, ocupações e relações dentro da sociedade e entre eles mesmos (Carvalho et al. 2009). Já para Scott (1990, p.14, cit. in Filho, 2004), o género é “um elemento constitutivo de relações sociais fundadas sobre as diferenças percebidas entre os sexos, e o género é um primeiro modo de dar significado às relações de poder”.

Nos anos 70 e 80, a literatura feminista era atulhada sobre o conceito de género, accionando uma crítica dos processos sociais assentes em estereótipos que menosprezam a mulher e avultam a superioridade masculina em domínios socialmente mais valorizados, tais como a política, as ciências exactas, a administração e as finanças (Neri, 2001). Assim, podemos concluir que a diferença de género não se limita apenas às diferenças biológicas.

Durante muito tempo, foi consignada na legislação portuguesa a situação da subalternidade da mulher, em especial quanto à mulher casada (Joaquim & Galhardo, 2003). Assim, os idosos de hoje foram influenciados por um época onde o mundo público fazia parte do masculino por meio das relações de trabalho, sendo reservado ao feminino o mundo privado, caracterizado pelas actividades domésticas e o cuidado à família, sendo o homem provedor económico e a mulher provedora de afecto e cuidado (Rodrigues, 2009).

Partindo da premissa de Barret e Robbins (2008), “Nunca perguntar a idade a uma mulher”, este ditado espelha culturalmente as construções e suposições sobre a experiência das mulheres com o envelhecimento. Para Galhardo (2003), são as mulheres que normalmente aceitam com mais dificuldade a chegada do envelhecimento, entre elas existem as que o recusam pura e simplesmente, recorrendo a todo tipo de artifícios, as que se deprimem com ele, quando muito, se resignam, embora com tristeza e, finalmente, as que o aceitam com serenidade, como fase natural da vida, uma continuação do viver, que não muda a pessoa que a mulher é, embora possa alterar o seu aspecto. A menopausa, por exemplo, é um marco para as mulheres sinalizando, de certa forma, a chegada da velhice. Essa época coincide com a saída dos filhos de casa, levando à solidão e perda de sentido nas actividades à medida em que não terão mais de quem cuidar (Rodrigues, 2009). Adicionalmente, pesa para as mulheres idosas de hoje a problematização das relações de género vivenciadas no quotidiano das famílias e da

sociedade, considerando a importância dos valores e papéis determinados para homens e mulheres no seu contexto social e histórico (Carvalho et al., 2009).

Portanto, as mulheres que, na actualidade têm mais de sessenta anos, vivenciaram o patriarcado, ou seja, a dominação dos papéis masculinos e a exclusão da mulher às funções domésticas. Assim, as práticas femininas das idosas vinculam-se à percepção tradicional acerca da posição da mulher no mundo, na família e no trabalho (Carvalho et al., 2009).

No entanto, hoje em dia idosas de todas as classes sociais formam um segmento cada vez mais visível e diferenciado, que responde de modos variados às várias exigências da sociedade e do envelhecimento, num mundo crescentemente globalizado (Neri, 2001). Até porque existe uma forte mudança nos papéis e valores sociais estabelecidos para homens e mulheres na sociedade actual, principalmente, com o aumento da inserção feminina no mercado de trabalho, as novas descobertas, a explosão tecnológica e de comunicação. Contudo, Carvalho e seus colaboradores (2009) considera esta nova situação social uma realidade voltada para as mulheres mais jovens.

No entanto, as idosas, mesmo enfrentando todas estas desigualdades sociais, económicas e de género, uma boa parte deste contingente populacional consegue romper as barreiras da exclusão e da dominação masculina, construindo um novo estilo de vida a partir da participação em programas, movimentos sociais e religiosos e da aquisição de autonomia financeira conquistada pela benefício da aposentadoria, além de determinada liberdade de género decorrente da redução das tarefas domésticas (Carvalho et al., 2009).

Costa (1998) escreve que a mulher da terceira idade não comprometida psicologicamente é aquela que ainda vive e quer continuar vivendo a vida em toda a sua plenitude, usufruindo daquilo que ela ainda pode oferecer e para a qual ela pode responder. Percebe-se a mulher da terceira idade que não vive à sombra das perdas ou à sombra do que não pode mais atingir, em razão da idade, ainda tem, mesmo com medo, desejos de realização pessoal.

A verdade é que a mulher, por ser fruto de um contexto sociocultural, aprendeu a temer as perdas e os desfeitos da velhice (Mendonça & Ingold, 2006) estando numa posição de fragilidade e de vulnerabilidade (Salgado, 2002). Visto que apresentam um baixo nível de escolaridade, têm uma menor qualificação profissional para conseguir emprego, normalmente são viúvas e, portanto, chefes de família, e têm uma maior probabilidade de doenças de cuidado prolongado, deparando-se com situações de

dependência de familiares, amigos e/ ou sistemas formais de serviços, em comparação com os homens (Salgado, 2002).

Deste modo, e corroborando a afirmação de Mendonça e Ingold (2006) acima citada, as mulheres têm sido socializadas para temer a velhice, negando o próprio processo de envelhecimento. Sabe-se que, em sociedade, é melhor ser homem do que ser mulher, ser jovem do que ser velho, portanto ser mulher e ser velha é duplamente desvalorizado (Sánchez, 1998, cit. in Salgado, 2002).

Segundo Spar e La Rue (1998), a maior longevidade das mulheres conduz à maior probabilidade de viver num lar, facto corroborado pelo INE (2002) que afirma que, como resultado da feminização do envelhecimento, a proporção de idosos em instituições é mais elevada no sexo feminino.

1.4. A Institucionalização

De acordo com o dicionário de Língua Portuguesa (s/d), institucionalização é o “acto ou o efeito de institucionalizar”. E, de acordo com o mesmo, instituição é um organismo público ou privado, que visa atender uma determinada necessidade da sociedade. Assim, idoso institucionalizado será aquele que tem uma necessidade e que não está a ter resposta na sociedade e adapta-se à instituição.

Posto isto, falar em serviço social, neste caso, institucionalização, implica considerar o processo sócio-histórico que está na base da sua génese e trajectória (Martins, 2002). Assim, até finais do séc. XV, a assistência de necessidades em Portugal, era ministrada por ordens militares, religiosas, municípios, leprosas, confrarias, mercearias, hospitais e benfeitoria de reis, rainhas e pessoas da nobreza e do clero (Jacinto, 2010).

Com o terramoto de Lisboa em 1755, no séc. XVII, e com o intuito de fazer face às problemáticas sociais inerentes a este fenómeno, foi criada em 3 de Julho de 1780, no reinado de D. Maria I, a Casa Pia. Este foi o marco de viragem da assistência religiosa para a assistência social pública/ estatal em Portugal (Vaz, 2009), surgindo, a partir daqui, outras instituições direccionadas para diferentes populações, incluindo os idosos. No entanto, a referência aos idosos ainda era sinónimo de incapacidade material de subsistência e abrigo.

O ponto de viragem é dado com a Constituição de 1933, em que o Estado se interessa na promoção e desenvolvimento das instituições de solidariedade social, previdência, cooperação e mutualidade. Estas são criadas para suprir as necessidades da população nos casos de doença, desemprego, velhice entre outras.

Estas instituições, a par com o Estado, foram criando respostas às necessidades da população, nomeadamente a mais idosa. Mas é a partir do início da década de setenta, que para Fernandes (1997) as instituições são criadas tendo em vista a prevenção da dependência e a integração das pessoas idosas na comunidade. Actualmente, há dois tipos de serviços de apoio à velhice: os que têm como objectivo principal manter o idoso na sua residência (Centro de Dia, Apoio Domiciliário, Centro de Convívio e Centro de Noite) e os que permitem a institucionalização total (lares e residências) (Jacinto, 2010).

1.5. A Institucionalização no Idoso

A institucionalização do idoso dá-se quando este permanece entregue aos cuidados de uma instituição, que não a sua família, durante todo dia ou parte dele (Carta Social, 2006). Há autores que consideram que mais de 40% dos idosos irão permanecer numa residência para idosos (Murtaugh, Kemper & Spillman, 1990).

O aumento populacional de idosos e as modificações casuais na família são o factor do aumento da institucionalização dos idosos (Jacinto, 2010). Actualmente, a família, encarada como o “pilar” da sociedade, defronta-se com grandes dificuldades para o desempenho das funções tradicionais de educadora dos filhos e cuidadora dos mais idosos, levando a sociedade civil a organizar-se de modo a responder a determinadas funções que a família não consegue assumir (Paúl, 1997; Joaquim & Galhardo, 2003; Pereira, 2005).

É nesta tentativa de apoio à família que começa a surgir na sociedade civil novas respostas de apoio aos mais idosos. No entanto, a decisão sobre o recurso à institucionalização não é fácil para a família. Ora, se por um lado, a comunicação social difunde imagens dos lares como lugares degradantes; por outro lado, os julgamentos sociais, acerca de quem procura este apoio, criam sentimentos de culpabilização (Neto, 2002).

Contudo, Kane (1997, cit. in Born & Boechat, 2002), com base nos seus estudos, refere as várias razões que levam a família e/ou o idoso a tomar a decisão de institucionalização: a viuvez, a idade, o diagnóstico, doenças crónicas e múltiplas, estado mental, limitação nas actividades da vida diária (AVD's), o facto de morarem sós, ausência de suporte social, sexo feminino, a etnia e a pobreza. Para além disso, segundo Cardão (2009), a família não tem tempo ou capacidade para cuidar do idoso pelo elevado grau de dependência física e/ou mental, pode ocorrer a ausência de suporte familiar ou conflitos familiares que fragilizam o idoso e o levam à institucionalização. Vaz (2009) refere ainda que o isolamento, a falta de uma rede que facilite a integração social e familiar do idoso, que leva à perda de identidade, de auto-estima, liberdade, é também um motivo que leva à institucionalização. Já Paúl (2005), salienta os problemas de saúde e a falta de recursos económicos para a manutenção da casa como as causas da institucionalização.

Posto isto, é notória a diversidade de causas que levam à institucionalização, sendo, muitas vezes, a conjugação de muitas delas, e não uma isoladamente, que conduzem a esta escolha (Almeida, 2008).

Mesmo quando a institucionalização é escolha do idoso existem sentimentos de perda, pela saída do local onde sempre viveu e com o qual estabeleceu uma relação especial, pela perda e/ou ruptura com pessoas da sua rede social, pela alteração de rotinas estandardizadas. Contudo, tudo isto também pode gerar sentimentos de ganho, como a diminuição do medo nocturno, acompanhamento de cuidados, e para idosos muito isolados há um aumento da sua rede social (Paúl 1997; Holper, 2000; Sousa et al., 2004; Jacob 2007; Cardão: 2009).

Analisando as perspectivas do processo de institucionalização pelo idoso e da família, verifica-se uma visão dicotómica, desta nova realidade: desconfiança versus confiança. Para o idoso a entrada no meio institucional é ter de lidar com desconfiança e angústia proporcionada pelo sentimento de mudança; o confronto com esta nova vida proporciona o aparecimento de medos (Bayle, 2000, cit. in Cardão, 2009): de ser maltratado, do desrespeito pela integridade física e psicológica, do abandono familiar, dos novos colegas, dos funcionários e da perda de liberdade. A família, inversamente, aposta na possibilidade do seu idoso ter mais convívio, ser mais acompanhado ao nível dos cuidados básicos e da saúde (Cardão, 2009).

Obviamente que o idoso institucionalizado passará por uma fase de readaptação e de integração numa nova vida. Para Sousa e seus colaboradores (2004), esta fase está

concluída quando o idoso considera a instituição a sua casa. Com a continuidade da estadia no lar, este deve garantir autonomia, privacidade, direito de escolha, independência ao idoso e dignidade. Estes últimos requisitos têm gerado maior polémica na comunidade científica, pois referem que não são respeitados pela comunidade institucional, no geral, considerada para alguns autores como um “mundo à parte”. Isto é, aquele em que os idosos perdem o controlo das suas actividades diárias e horários, normalmente impostos: controlo na higiene, alimentação, limpeza e arrumação dos quartos, medicação; a uniformização de regras e normas (por exemplo, estar no quarto fora de horas de dormir, local de privacidade, onde não deve receber visitas a não ser que esteja doente ou dependente); a vida monótona e rotineira; o desinvestimento do cuidado com o corpo e auto-imagem; tratar o idoso como ser assexuado que promove a sua desumanização ou despersonalização (pouca privacidade) (Uhlenberg, 1997 cit. in Vaz 2009; Fernandes, 2002; Sousa et al., 2004; Cardão, 2009).

Estes comportamentos institucionais proporcionam perda de auto-estima, depressões, dependência excessiva, comportamento automático e perda de interesses pelo mundo exterior e, a conseqüente baixa qualidade de vida. No entanto, segundo Jacob (2001) existem opiniões controversas, considerando que a institucionalização pode ser útil para a auto-estima, porque aumenta oportunidades de interacção e papéis sociais adequados ao idoso.

Assim, de modo a minorar as conseqüências negativas da institucionalização, em 24 de Setembro de 1993, realizou-se na Holanda um encontro da Associação Europeia de Directores de Instituições de Idosos onde surgiu um documento denominado – Carta Europeia dos Direitos e Liberdade do Idoso Residente em Instituições, onde se definem algumas normas de funcionamento (Born & Boechat, 2002): promover e melhorar constantemente a qualidade de vida e minimizar as inevitáveis restrições acarretadas pela vida na instituição; manter a autonomia do idoso; favorecer a livre expressão da sua vontade e o desenvolvimento da sua capacidade; possibilitar liberdade de escolha; garantir um ambiente de aconchego na instituição como na sua própria casa; respeitar a privacidade; reconhecer o direito do idoso aos seus próprios pertences, independentemente da sua limitação; reconhecer o direito do idoso a assumir riscos pessoais e exercer responsabilidade conforme a sua escolha; respeitar a manutenção do seu papel social; garantir acesso ao melhor cuidado conforme o seu estado de saúde; proporcionar cuidado integral e não apenas médico.

Já em 1984 a Organização Mundial de Saúde (OMS), com o objectivo de proporcionar cuidados de qualidade ao idoso, estabeleceu seis objectivos para a sua prestação: contribuir para que o idoso morra tranquilo; dar suporte à família do idoso; manter a qualidade de vida; prevenir a perda de aptidões funcionais; proporcionar assistência de qualidade. Quintela (2001, cit. in Jacinto, 2010, p.82) refere mesmo que para que possamos ter idosos felizes “Todos os serviços ... que se regulam por ópticas institucionais têm que evoluir, face às novas realidades demográficas e sociais, numa atitude proactiva, produzindo cuidados e apoio competentes nesta matéria, com sentido realista dos constrangimentos ainda existentes, mas intransigentes na promoção da qualidade de vida das pessoas idosas”.

Posto isto, não podemos esquecer que, como resultado da feminização do envelhecimento demográfico, a proporção de idosos em instituições é mais elevada no sexo feminino (tal como se verifica nos EUA): 72.9% mulheres contra 44.3% dos homens, no total das convivências no ano de 2001. Esta proporção aumentava para três mulheres por cada membro do sexo masculino, considerando os muito idosos (com 85 ou mais anos) (Gonçalves, 2003).

Efectivamente, com a Revolução Industrial, assistiu-se à entrada da mulher no mercado de trabalho e a um aumento da independência do casal em relação às famílias de origem. No entanto, ainda são as mulheres idosas, que com alguma autonomia, prestam cuidados às suas famílias (Joaquim & Galhardo, 2003).

Normalmente, os homens com deficiência funcional ainda têm a mulher viva e disponível para prestar apoio social nas actividades de vida diária (AVD's) e actividades instrumentais da vida diária (AIVD), tendo elas, uma maior probabilidade de sofrer de viuvez, levando, muitas vezes, a consequências importantes para a qualidade de vida (Matthews, 1991, cit. in Maxwell et al., 1998). Posto isto, as mulheres idosas são mais propícias a viver num estado desactivado, sem um cônjuge para ajudá-las a viver autonomamente na comunidade. Embora, as crianças na família sejam uma fonte valiosa de apoio social, elas não têm recursos suficientes para lidar com o aparecimento de graves condições incapacitantes. Da mesma forma, o acesso a serviços comunitários formais não está disponível em quantidades suficientes, podendo ter um efeito generalizado sobre as taxas de institucionalização (Maxwell et al., 1998).

Surpreendentemente, a pesquisa contemporânea refere que pouco tem sido feito sobre a situação social e aspectos psicológicos da vida institucional, e muito menos se sabe sobre como estes aspectos se relacionam com o sexo (Maxwell et al., 1998).

Contudo, não obstante as características demográficas da população idosa, a maior parte dos residentes em instituições para idosos são mulheres. Em 1997, aproximadamente três quartos dos residentes eram mulheres, o mesmo é corroborado pelo *National Center for Health Statistics* (1997, cit in Sardinha, s.d.), onde refere que 75% dos indivíduos institucionalizados são mulheres. E estudos realizados em vários países comprovaram este facto (Kemper & Murtaugh, 1991; Young et al., 1994, cit. in Maxwell et al., 1998).

Existem diversos factores que contribuem para o aumento de institucionalização das mulheres, no entanto, Parker e seus colaboradores (1996, cit. in Maxwell et al., 1998) salientam as inter-relações entre as mudanças na saúde e mudanças na vida social, relações ao longo da vida, acompanhada pela elevada expectativa de vida entre as mulheres e consequentes limitações que poderão advir. Já Pereira (2008), acrescenta ainda que o facto de se tornarem viúvas mais cedo, apresentarem uma dificuldade acrescida para casar ou para voltar a casar após separação ou viuvez, além de menores níveis de instrução e reforma, são também importantes determinantes de institucionalização entre as mulheres.

A promoção de uma velhice bem sucedida passa, assim, pelo contexto físico e social em que os idosos estão inseridos (Paúl, 1997). A abordagem ambiental do comportamento é uma área recente da Psicologia, onde para além das variáveis psicológicas e sociais do indivíduo e do seu grupo de pertença, estão presentes as variáveis do meio físico, pelo que se torna essencial compreender o contexto ambiental dos idosos institucionalizados de modo a potenciar o bem-estar dos mesmos.

CAPÍTULO II – AUTO-ESTIMA

2.1. A Auto-estima

Segundo Fox (1998, cit in Coelho, 2004) o *self* é cada vez mais o elemento central do indivíduo. Neri (2001) refere que o *self* é um sistema composto por estruturas de conhecimento sobre si mesmo e um conjunto de funções cognitivas que integram activamente essas estruturas ao longo do tempo e ao longo de várias áreas do funcionamento pessoal. Ele permite interpretar experiências, iniciar comportamentos, gerir e regular emoções e experimentar senso de continuidade. Para Fox (1999, 2000, cit in Bernardo & Gaspar de Matos, 2003) o *self* é um complexo sistema de constructos.

William James, citado por Harter (1988, cit in Coelho, 2004), tem sido referido como o primeiro a analisar o auto-conceito de um ponto de vista psicológico, distinguindo três tipos de *self*: o *self* material, social e espiritual. O primeiro, o *self* material, trata-se de uma extensão do sujeito, ou seja, além do próprio sujeito e da família, trata-se dos bens materiais; o segundo, o *self* social, refere-se a tudo aquilo que a sociedade pensa do próprio sujeito; por último, o *self* espiritual, alude aos desejos e emoções individuais. Segundo o mesmo, é a partir da integração e da combinação destes que se constrói a forma como o indivíduo se vê a si próprio e determina a sua posição de sucesso ou de fracasso no seio da sociedade, facto que pode condicionar a formação da sua auto-estima.

Hattie (1992) refere que as actividades e os comportamentos dos outros são importantes para a construção do *self*. Se os comportamentos e actividades são favoráveis para com o sujeito então este irá por seu lado desenvolver atitudes positivas face a si próprio.

Não obstante, Vaz Serra (1986; 1988), para fazer referência ao *self*, considera o auto-conceito como o constructo mais abrangente, de modo que distingue o auto-conceito em auto-conceito real, ideal e aspirado. O auto-conceito real é o modo como a pessoa se avalia tal como é na realidade; o auto-conceito ideal representa aquilo que a pessoa gostaria de ser ou que acha que deveria ser; já o auto-conceito aspirado afigura aquilo que a pessoa deseja ser mas com uma perspectiva mais realista. O mesmo, considera ainda como constituintes do auto-conceito: a auto-estima, a auto-imagem, a auto-eficácia, a identidade, o auto-conceito real e o auto-conceito ideal. No entanto, Harter (1983, cit in Santos, 2008) considera a auto-estima como a componente auto-avaliativa do auto-conceito. A qual tem sido um dos constituintes mais importantes e com grande impacto na prática clínica (Vaz Serra, 1986; 1988), e onde vários autores

referem mesmo que é um dos constructos mais estudados na Psicologia, sendo alvo de várias investigações na área (Harter, 1983; Rosenberg, Schooler, Schoenbach & Rosenberg, 1995, cit in Santos & Maia, 2003).

Todavia, só nos últimos 25 anos, aproximadamente, assistiu-se a um renascimento da investigação ao nível do auto-conceito e da auto-estima. Estes constructos, tal como muitos outros, sofreram do efeito “de toda a gente saber o que são”, pelo que muitos investigadores não se sentiam incitados a fornecer qualquer definição teórica do que estavam a medir (Marsh & Hattie, 1996; Perry & Marsh, 2000, cit in Bernardo 2003).

Numa fase inicial da investigação da auto-estima e auto-conceito, os investigadores consideravam estes dois constructos como entidades unidimensionais (Fox, 1997, cit. in Carreiro, 2005). No caso particular da auto-estima, os investigadores avaliavam este conceito como uma medida global sem atender às diferentes percepções do *self* que o compõem (Mutrie & Biddle, 1995, cit. in Coelho 2004). Esta unidimensionalidade sugere que existe só um factor geral ou global, e que esse factor geral domina factores mais específicos e que os diversos factores não poderiam ser adequadamente diferenciados (Marsh, 1997, cit. in Carreiro, 2005).

Contudo, esta perspectiva é considerada teoricamente limitada na avaliação da auto-estima, uma vez que não permite investigar todos os mecanismos subjacentes às mudanças da mesma, pois não contempla o facto de cada indivíduo ter sentimentos distintos sobre si próprio, em diferentes aspectos da sua vida, e que essa contribuição pode fazer variar a sua auto-estima global (Faustino, 1994; Ferreira, 1997, cit. in Bernardo & Gaspar de Matos, 2003). Em suma, parece não existir suporte para a perspectiva unidimensional do auto-conceito e da auto-estima.

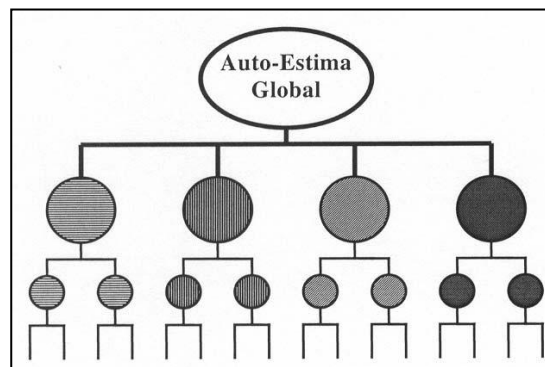
As conclusões de vários estudos (Fox, 1988; Fox & Corbin, 1989; Harter, 1988, 1996; Marsh et al., 1994; Marsh & Redmayne, 1994; Willis & Campbell, 1992; cit. in Coelho, 2004) levaram a que na investigação passassem a ser utilizados modelos multidimensionais. Segundo Fox (1997), esta fase na investigação da auto-estima inicia-se com a operacionalização dos modelos multidimensionais, surgindo o modelo multidimensional de factores independentes e não correlacionados, este é um modelo que requer que todos os factores sejam absolutamente não correlacionados.

Assim, Fox (1988, 1990) e Fox e Corbin (1989, cit. in Carreiro, 2005) sugerem um modelo hierárquico multidimensional da auto-estima (figura 1), ditando que as auto-avaliações em domínios específicos estão de algum modo agregadas para formar a auto-

estima global, na qual Pelham e Swann (1989) identificam três componentes: (1) tendência para experimentar estados afectivos positivos e negativos; (2) as concepções específicas de si mesmo, das suas forças e debilidades; (3) a forma como as pessoas “interiorizam” as suas auto-imagens, ou seja, a convicção sobre a importância relativa das “auto-imagens” positivas de si mesmo perante as negativas, e a discrepância entre as “auto-imagens” reais e ideais de si próprio.

Posto isto, este modelo sustenta que, como observado na figura 1, existe um nível global de auto-estima relativamente estável e alto no cume, que é o resultado de percepções avaliativas em vários domínios da vida, como sejam o académico, o social, o emocional ou o corporal. Cada domínio considerado representa os efeitos combinados de percepções de um nível inferior de hierarquia, pelo que, à medida que se desce na hierarquia, a estabilidade diminui e as facetas tornam-se cada vez mais fraccionadas e específicas de uma dada situação. Deste modo, a multidimensionalidade deste modelo implica que as facetas da auto-estima, apesar de inter-relacionadas, possam ser medidas como constructos separados (Carreiro, 2005).

Figura 1: Modelo Hierárquico da Estrutura da auto-estima (Bernardo, 2003 *in* Fox, 1988)



Grande parte dos estudos no âmbito do auto-conceito e da auto-estima abstêm-se de fornecer uma definição clara e precisa que os identifique como constructos diferenciados (Marsh & Hattie, 1996 cit. in Bernardo, 2003; Marsh, 1997).

Contudo, Rosenberg (1985) parece distinguir a auto-estima do auto-conceito, conferindo à auto-estima uma característica avaliadora do processo formador das cognições, afectos e comportamentos.

Para Vaz Serra (1988), o auto-conceito é um conceito mais abrangente relativo à auto-descrição de um indivíduo, pelo que está relacionado com a percepção que o

mesmo tem de si próprio, isto é, refere-se à imagem multifacetada que um indivíduo tem de si mesmo, enquanto a auto-estima é entendida como o processo avaliativo que o indivíduo faz das suas qualidades ou dos seus desempenhos. É, portanto, o constituinte efectivo do auto-conceito, em que o indivíduo faz julgamentos de si próprio, associando à sua identidade sentimentos valorativos do "bom" e do "mau".

Já segundo Carapeta, Ramires e Viana (2001), o auto-conceito é a ideia que cada sujeito forma acerca de si próprio, das suas capacidades, atitudes e valores nas diferentes esferas existenciais: física, social e moral, o que, segundo Hattie (1992), vai-se modificando e consolidando no decorrer do desenvolvimento do indivíduo. Enquanto Baumeister, Campbell, Krueger e Vohs (2003) consideram a auto-estima como a dimensão avaliativa do auto-conhecimento, relativa portanto à forma como uma pessoa se auto-avalia, ou seja, diz respeito à avaliação ou ao modo como o indivíduo se sente acerca da sua imagem. Neste sentido, a auto-estima pode ser usada para se referir à auto-avaliação de um indivíduo como um todo (auto-estima global) ou pode ser discutida em relação à avaliação do *self* em determinada e particular dimensão ou domínio (Bernardo & Gaspar de Matos, 2003).

Já Santos e Maia (2003) diferenciam estes dois constructos na medida em que consideram que o auto-conceito é constituído pelas diferentes percepções que os indivíduos desenvolvem sobre as suas características pessoais, enquanto a auto-estima consiste na avaliação positiva ou negativa que os indivíduos fazem dessas suas características. Mosquera e Stobäus (2006) referem ainda que a auto-estima não é estática, dado que, de acordo com os acontecimentos sociais, emocionais e psicossomáticos, ela pode variar.

Well e Marwell (1976, cit in Albuquerque, s/d) consideram na auto-estima duas subdivisões. Na primeira, a auto-estima assenta num sentido de competência, ligada à eficácia e aos processos de atribuições e comparações sociais. Na segunda, a auto-estima está mais virada para a virtude, representadora do valor pessoal, com normas e valores do comportamento pessoal e interpessoal.

Assim sendo, Fontaine e Weiss (1991; 1987, cit in Coelho, 2004) relatam que a auto-estima influencia o modo como os indivíduos estão motivados, persistem, adquirem e atingem os níveis de sucesso desejados nas mais diversas áreas de actividade.

Para Mosquera (1983), a auto-estima é o quanto gostamos de nós mesmos, do quanto nos amamos e nos apreciamos, é um processo em contínua actualização na nossa

interacção em grupo, ou seja, é uma inter-influência constante que nos leva a entender a nós mesmos e a entender os outros, do modo mais real possível (Leite, Paúl, & Sequeiros, 2006).

De Groot (1992) refere ainda que a auto-estima pode aumentar pelo envolvimento em várias áreas e pela satisfação nas mesmas, como nos relacionamentos, na educação, no trabalho, no desporto, nos interesses pessoais e na aparência. Segundo o mesmo, as pessoas com uma elevada auto-estima tende a experimentar uma sensação de controlo sobre a direcção da sua vida e sentem-se satisfeitas e realizadas na maioria das áreas da sua vida.

Do mesmo modo Overholser e seus colaboradores (1995, cit in Connor, Poyrazli, Ferrer-Wreder & Grahame, 2004) referem que a auto-estima pode ser importante no modo como se pensa, sente e responde a eventos stressantes da vida.

Assim, a vida monótona e rotineira que as instituições muitas vezes proporcionam (Vaz, 2009) pode ser um determinante de sentimentos de não realização, da falta de perspectivas, de inutilidade, interferindo na auto-estima (Ferraz & Peixoto, 1997) e, segundo uma investigação levada a cabo por Santos e Maia (2003), são as mulheres que evidenciam níveis mais baixos de auto-estima.

2.2. Auto-estima na Mulher Idosa

A relação entre o envelhecimento e a auto-estima é cercada de controvérsias. Por um lado, a literatura gerontológica afirma que a velhice quando associada a fragilidade, em termos físicos e psicológicos, afecta a auto-estima do idoso (Reichel & Gallo, 2001, cit in Prochnau & Pastório, s/d), por outro lado, defende que este constructo é decorrente de determinadas etapas e situações ao longo da vida, e afirma que a história do indivíduo influencia a auto-estima do mesmo, a qual é estável e permanente durante o ciclo vital (Branden, 1999; Replod, 2001, cit in Prochnau & Pastório, s/d). Uma das razões para a falta de consenso é a escassez de estudos realizados em amostras que incluem população distinta da população adolescente (Trzesniewski, Donnellan & Robins, 2003).

Os investigadores há muito se debatem se a auto-estima varia com a idade. Numa revisão da literatura, Wylie (1979, cit in Orth, Robins & Trzesniewski, 2010)

concluiu que a auto-estima não aumenta ou diminui em qualquer ponto do ciclo de vida. Embora, posteriormente, alguns pesquisadores tenham posto em causa as conclusões de Wylie (por exemplo, O'Malley & Bachman, 1983; Demo, 1992; Twenge & Campbell, 2001; Robins & Trzesniewski, 2005).

Já os autores Davis (1997), Fox (1997) e Hasse (2000) afirmam mesmo que com o processo de envelhecimento existe uma diminuição da auto-estima. (cit. in Benedetti, Petroski & Gonçalves, 2003).

Não obstante, existe uma série de razões teóricas para esperar que haja mudanças da auto-estima no desenvolvimento de jovens adultos até à velhice. Embora seja improvável haver grandes mudanças na auto-estima ao longo do tempo, a mudança pode ocorrer em resposta a transições importantes ou grandes acontecimentos de vida (Trzesniewski, Robins, Roberts, & Caspi, 2004, cit in Orth et al., 2010). Uma grande transição é a passagem da meia-idade para a velhice, que envolve altos níveis de instabilidade, resultantes de mudanças nos papéis (ninho vazio, aposentadoria, competências de trabalho obsoleto), as relações (morte do cônjuge, diminuição de apoio social), e funcionamento físico (declínio da saúde, perda de memória, mobilidade reduzida), bem como uma queda no *status* socioeconómico (Baltes & Mayer, 1999). Essas mudanças são susceptíveis de contribuir para um declínio normativo na auto-estima.

Em contraste, a meia-idade é um tempo de trabalho altamente estável, familiares e relacionamentos, caracterizado por picos de realização, domínio e controle sobre si mesmo e sobre o ambiente (Erikson, 1968; Levinson, 1978, cit in Orth et al., 2010). Ao longo da vida adulta, os indivíduos ocupam cada vez mais posições de poder e estatuto, o que pode promover sentimentos de auto-estima (Dannefer, 1984). Em contrapartida, com as mudanças adjacentes à velhice, espera-se um declínio da auto-estima nesta fase. Contudo, várias teorias do envelhecimento sugerem que indivíduos mais velhos podem manter a auto-estima e bem-estar, dado que estão “protegidos” contra os efeitos adversos das transições da vida por uma série de processos de *coping* (Brandtstadter & Greve, 1994; Baltes & Mayer, 1999).

O conjunto de estudos que discutiram as diferenças de idade na auto-estima durante a velhice tem produzido descobertas contraditórias. Alguns estudos transversais mostraram que jovens adultos tinham uma maior auto-estima do que os adultos mais velhos (Jaquish & Ripple, 1981; Ranzjin, Keeves, Luszcz, & Feather, 1998; Tiggemann & Lynch, 2001). Em contraste, Gove, Ortega e Style, (1989) descobriram que

indivíduos com 75 anos ou mais tinham uma auto-estima maior. Apenas dois estudos longitudinais examinaram a auto-estima na terceira idade. Um, com o objectivo de explorar as consequências psicológicas e sociais da reforma, não relatou mudanças ao longo de um período de 2 anos para os indivíduos com idades entre os 58 anos e os 64 anos (Reitzes, Mutran, e Fernandez, 1996), e outro numa amostra de idosos, entre os 65 anos e 75 anos, entrevistados 10 e 13 anos após o estudo inicial, revelou um declínio de auto-estima (Coleman, Ivani- Chalian & Robinson, 1993). Reflectindo esta falta de coerência, a revisão da literatura não admite se a auto-estima aumenta, diminui ou permanece estável na velhice (Demo, 1992; Brandtstadter & Greve, 1994).

Contudo, Kalish (1991) refere que é do senso comum pensar-se que a auto-estima deva diminuir à medida que chegam os últimos anos de vida, dado o *stress*, as perdas que vêm com o aumento da idade, a falta de consideração mostrada para com a velhice, dada a diminuição das capacidades físicas e muitas vezes cognitivas.

Em relação ao género, e ao contrário do que se observa em estudos relacionados com a idade, as pesquisas têm sido bastante consistentes, contudo, a maioria dos estudos não vão, igualmente, além de estudos na adolescência (Connor et al., 2004). Segundo estes autores, as pesquisas disponíveis mostram consistentemente que os homens tendem a ter uma maior auto-estima do que as mulheres, e que por isso é importante explorar as diferenças de género em relação à auto-estima.

Maehr e Nicholls (1980, cit in Connor et al., 2004) sugerem que algumas diferenças de género na auto-estima podem ser devidas a um viés de resposta, em que as mulheres são mais modestas em auto-relato que os homens.

As mulheres enfrentam inúmeros eventos e transições de papéis ao longo da vida, incluindo a entrada no mercado de trabalho, em simultâneo com a maternidade, mais tarde com o papel de avó, todavia, o mais penetrante e potencialmente perturbador deles é a perda de um cônjuge ou parceiro (Bradsher, 2001; Holmes & Rahe, 1967; Lopata, 1996, cit. in Archibald, 2010). Walters e Charles (1997, cit in Archibald, 2010) descobriram que a transição para a viuvez está associada a uma diminuição da auto-estima das mulheres como resultado da baixa eficácia emocional. Esta acarreta diversas perdas e mudanças para as mulheres, entre as quais uma perda de *status*, que conseguiram através da associação com seus cônjuges, uma perda ou mudança na sua estabilidade económica, na vida social, na identidade, e na saúde física e mental (Archibald, 2010).

Pinquart e Sorensen (2001, cit in Salgado, 2002) num estudo feito com idosos, sobre as diferenças de auto-conceito e bem-estar psicológico, descobriram que, pelo facto de as mulheres apresentarem maior probabilidade de enviuar, do maior número de doenças e da consequente dependência, fruem de uma auto-estima mais baixa que os homens.

Tal é explicado com base em cinco fundamentos que reflectem, segundo os mesmos autores, uma menor auto-estima:

- (1) A desigualdade de recursos de saúde (alta taxa de morbilidade, necessidade de maior cuidado da saúde na velhice);
- (2) Maior probabilidade de enviuar antes do homem (nos Estados Unidos essa possibilidade é três vezes maior para a mulher);
- (3) A mulher idosa tem, em média, menos recursos materiais do que o homem (história de trabalho instável, menor aposentadoria e maior pobreza);
- (4) As mulheres idosas demonstram mais sentimentos negativos do que os homens;
- (5) Por último, na medida em que aumenta a idade, a mulher é considerada menos atractiva, logo desvalorizada (enquanto que o homem ganha prestígio com a idade).

A mulher defronta-se então com uma aposentadoria de rendimento mínimo ou nulo, escassos recursos económicos, viuvez, afastamento dos filhos, cuidado de familiares dependentes (Salgado, 2002), interferindo na visão que tem de si própria, diminuindo a sua auto-estima, e, consequentemente, a qualidade de vida (Fraquelli, 2008). Enfrenta ainda sentimentos de inutilidade provocados pelos mitos e estereótipos existentes na sociedade, pois hoje em dia exige-se da mulher ser jovem, bonita e produtiva para participar e contribuir para a sociedade, pelo que se reflecte na “não-aceitação da velhice”, na negação da sua sexualidade e numa baixa auto-estima (Sanford & Donovan, 1984; Salgado, 2002). Muitos idosos rejeitam o próprio envelhecimento em virtude da imagem que fazem de si mesmos, desenvolvendo sentimentos de auto-desvalorização e, claro está, numa baixa auto-estima (Chaim, Izzo & Sera, 2009).

Neste seguimento, Santos e Maia (2003) referem que as influências ou factores culturais de hoje, que valoriza imagens idealizadas de beleza física, em particular a das mulheres, poderá encontrar-se na base das diferenças de género para a auto-estima. Para de Groot (1992), receber a aprovação dos outros é importante para manter e melhorar auto-estima ao longo da vida, e são as mulheres que mais procuram essa aprovação.

Mosquera (1983) relata que ao perguntarmos a uma pessoa reflexiva que tipos de experiências puseram em risco a sua auto-estima, provavelmente descreverá algo em que tenha fracassado ou comentários muito negativos dos outros. (Leite, Paúl, & Sequeiros, 2006). Em contrapartida, Branden (1999, cit in Prochnau s/d) refere que a auto-estima não é influenciada pelos outros, uma vez que apesar de as pessoas lhe dizerem que ela está errada (por exemplo, em se sentir sozinha, etc), ainda assim não há modificação desse sentimento interno.

Antonucci e Jackson (1983, cit in Forthofer, Janz, Dodge & Clark, 2001) sugerem mesmo que a auto-estima pode ser de extrema importância para a saúde das mulheres. Assim, uma auto-estima saudável é essencial para a capacidade de agir de maneira activa e optimista em relação à vida nos seus diversos aspectos (Prochnau s/d).

Para Leite e seus colaboradores (2006), ter uma auto-estima positiva significa ter segurança e confiança em si mesmo, procurar a felicidade, reconhecer as nossas qualidades sem vaidades, não se considerar superior e nem inferior aos outros, saber admitir limitações e aspectos menos favoráveis da personalidade, ser aberto e compreensivo, ser capaz de superar os fracassos com categoria, saber estabelecer relações sociais saudáveis, ser crítico e construtivo, e, principalmente, ser coerente e consequente consigo mesmo e com os outros.

Posto isto, Benedetti (1999) verificou uma diminuição da auto-estima dos idosos institucionalizados, ou seja, uma percepção negativa de velhice, relacionada às perdas físicas, funcionais, sociais e psicológicas com o envelhecimento (Meurer, Benedetti, Mazo, 2009).

Ora, os idosos ao ingressarem em instituições de terceira idade começam a apresentar limitações intelectuais e físicas que se tornam evidentes na realização das actividades da vida diária, sendo que o ócio, a falta de terapia ocupacional, a indisposição física e o desinteresse, colaboram ainda mais para estas limitações, levando muitas vezes à invalidez e ao profundo abatimento moral, surgindo assim as doenças crónico-degenerativas associadas a outras patologias, que podem ser responsáveis pela perda progressiva de autonomia e consequentemente da auto-estima (Born, 1996, cit in Benedetti, Petroski & Gonçalves, 2003).

Assim, de modo a combater este facto e para que se possa resgatar a auto-estima dos idosos institucionalizados, principalmente nas mulheres, dado que é um grupo de maior risco, é necessário retomar a cidadania, participando de grupos de discussão, trabalho voluntário, actividades físicas de maneira geral, fazendo sentirem-se úteis para

a sociedade e ocupando o seu tempo livre. Nas instituições, a participação dos idosos em grupos fora da instituição é inexistente, dificultando ainda mais o resgate da auto-estima. Pequenas falas ou carinhos de terceiros são muito importantes e gratificante para os idosos institucionalizados. A auto-estima positiva indica bem-estar, saúde mental e ajustamento emocional, possuindo uma implicação directa na satisfação com a vida e, claro está, na qualidade de vida (Benedetti, Petroski & Gonçalves, 2003).

Segundo Ng, Tam, Man, Cheng e Chiu (2003), auto-estima é um indicador da qualidade de vida subjectiva, devido à sua estreita relação com a competência comportamental de uma pessoa positiva, com a auto-experiência e com o senso de auto-realização.

Coelho (2004) considera que a importância atribuída à auto-estima parece derivar do facto de ser uma variável importante para explicar muitas outras variáveis psicológicas, e Neri (2001), salienta a estreita relação com o bem-estar psicológico e a qualidade de vida percebida, incluindo na velhice.

CAPÍTULO III – QUALIDADE DE VIDA

3.1. O conceito de Qualidade de Vida

A expressão *Qualidade de Vida* é, apesar de um constructo moderno, uma preocupação antiga, tanto quanto a civilização (Belasco & Sesso, 2006, cit in Páscoa, 2008; Fiedler, 2008). Desde Platão e Aristóteles até o Renascimento a preocupação sobre as condições de vida das pessoas era exímia. No entanto, o termo qualidade de vida apareceu apenas em 1920 num livro sobre economia e bem-estar material, no qual reflectia o apoio do governo para com os mais desfavorecidos. Porém, só após a 2ª Guerra Mundial este conceito se tornou mais frequente, sendo associado a riqueza material, liberdade pessoal, satisfação e o bem-estar emocional, físico e social. Todavia, somente na década de 60 o relatório da Comissão dos Objectivos Nacionais do Presidente Eisenhower incluiu o conceito de Qualidade de Vida, relacionando-o com a educação, crescimento individual e económico, saúde e bem-estar (Almeida, 2008; Jacinto, 2010). Sousa e colaboradores (2003) referem ainda que, em meados do século XX, este conceito era usado como sinónimo de satisfação com a vida, auto-estima, bem-estar, felicidade, saúde, valor e significado, habilidade de cuidar de si, independência funcional e o direito de “gozar” a vida. Deste modo, o conceito foi-se ampliando e, conseqüentemente, foi-se tornando mais subjectivo (Almeida, 2008).

Não obstante, como refere Pais-Ribeiro (2009), qualidade de vida é ainda um conceito a ser clarificado, aceite e integrado, sendo difícil restringir a uma única definição, principalmente na área da saúde. Corroborando este facto, Gil e seus colaboradores (1994, cit in Leal, 2008), nas suas pesquisas concluíram a falta de clareza e de consistência deste conceito.

Verifica-se, assim, uma grande dificuldade em definir qualidade de vida, razão pela qual se irá reflectir nas diferentes abordagens consideradas pelos autores.

Para Fernández-Ballesteros Zamarrón e Maciá (1997), qualidade de vida é, de facto, um conceito de grande importância actual, contudo, de difícil definição e que pode ser compreendido de várias formas, as quais, são todas possíveis. Assim, confrontar-nos-emos com diversas definições.

Já em 2005, Arnaldo Ribeiro (cit in Leal, 2008, p.4) aponta que o termo qualidade de vida emergiu “como conceito de condições de vida no trabalho, como um conjunto de aspectos de bem-estar, saúde e segurança física, mental e social, capacidade de desempenhar actividades com segurança e com máximo aproveitamento possível da energia de cada trabalhador (produtividade)”.

Pacheco (2007, p.2) afirma que *Qualidade de Vida* é um “conceito integrador do bem-estar em termos físicos, mentais e sociais, percebido por cada sujeito”. Corroborando esta ideia, Moreira (2001, cit in Fiedler, 2008, p.2) declara que “a expressão qualidade de vida assume aos olhos de cada observador os contornos da sua sensibilidade, cultura, meios económicos e frustrações”.

Paralelamente, Paschoal (2006, p.80) refere que este conceito “está submetido a múltiplos pontos de vista e que tem variado de época para época, de país para país, de cultura para cultura, de classe social para classe social e, até mesmo, de indivíduo para indivíduo. Mais que isso, varia para um mesmo indivíduo, conforme o decorrer do tempo e como função de estados emocionais e da ocorrência de eventos quotidianos, sócio históricos e ecológicos”.

Já Calman (1984) defende que a qualidade de vida provém do hiato entre as expectativas de cada indivíduo e as suas experiências de vida, no sentido em que quanto menor for o intervalo entre as expectativas e a realidade, melhor será a qualidade de vida.

Martins (2006, p. 30) considera que “o conceito de qualidade de vida evolui do cuidado pessoal com a saúde e boa forma física, para se converter numa preocupação com a higiene e saúde pública, estender-se aos direitos humanos, laborais e dos cidadãos, à capacidade de acesso a bens materiais e finalmente converteu-se numa preocupação da vida quotidiana e social dos indivíduos, incluindo a saúde”.

Dada esta dificuldade numa definição deste constructo a Organização Mundial de Saúde (OMS) concebeu uma definição transcultural. Deste modo, qualidade de vida “consiste na percepção individual da posição pessoal na vida, no contexto do sistema cultural em que as pessoas vivem e relacionada com os seus objectivos, expectativas, normas e preocupações. É um conceito amplo, subjectivo, que inclui de forma complexa a saúde física da pessoa, o seu estado psicológico, o nível de independência, as relações sociais, as crenças e convicções pessoais e a sua relação com os aspectos importantes do meio ambiente” (Direcção Geral da Saúde – Programa Nacional para a Saúde das Pessoas Idosas, 2004, p.6). No entanto, Leal (2008, p. 18) afirma que esta definição deveria ser revista, definindo qualidade de vida como o “resultado da soma do meio ambiente físico, social, cultural, espiritual e económico onde o indivíduo está inserido; dos estilos de vida que este adopta; das suas acções e da sua reflexão sobre si, sobre os outros e sobre o meio ambiente que o rodeia. É também a soma das expectativas positivas em relação ao futuro.”

Vecchia e seus colaboradores (2005, cit in Jacinto, 2010) acrescentam ainda que o conceito se relaciona com a auto-estima, bem-estar pessoal, auto-cuidado, satisfação com o emprego e/ou actividades diárias e o ambiente de inserção.

No relatório das Nações Unidas num Programa de Desenvolvimento (PNUD) (Dinis, 1997, cit in Sardinha, s/d) *qualidade de vida* é apontada como a capacidade humana para fazer pleno uso das potencialidades económicas, sociais, culturais e políticas, usando o desenvolvimento equilibrado da sociedade, com respeito pelo direito universal à saúde.

Para Siqueira (2009), este é um conceito dinâmico, que visa ser o mais completo possível, contudo, dada a complexidade inerente ao conceito de qualidade de vida, alguns autores atribuem características a este conceito, originando, assim, diferentes definições decorrentes da importância dada a cada uma dessas características (Fleck et al., 2008).

Assim, e tal como Fernández-Ballesteros refere (1998, cit in Paúl & Fonseca, 2005, p.57), a principal característica da qualidade de vida é a referida multidimensionalidade, isto é, “à semelhança da própria vida, a qualidade de vida tem muitos ingredientes”. O mesmo refere Taveira (1999, p.99), onde considera qualidade de vida como “um conceito multidimensional de bem-estar físico, mental e social percebido por cada indivíduo ou grupo de indivíduos, envolvendo conceitos de vida como a saúde, o trabalho, a família, o estado emocional da pessoa, o nível socioeconómico, entre outros”.

Já Pais-Ribeiro (2009, p.32), para além da multidimensionalidade, distingue as seguintes características: “é uma variável baseada na percepção pessoal; varia com o tempo; é subjectiva (*soft*), ou seja, baseia-se em aspectos imateriais”, que inclui a percepção da qualidade de vida em geral, e inclui indicadores tais como o bem-estar social e emocional, a felicidade e a satisfação com a vida (Fernández-Ballesteros et al., 1997; Ilic, Milic & Arandelovic, 2010).

Todavia, a subjectividade também apresenta limitações. Tendem a ser instáveis, pois o que hoje é boa qualidade de vida pode não sê-lo amanhã, da mesma maneira que as pessoas mudam, o modo como avaliam a sua qualidade de vida também muda (Paschoal, 2004). Contudo, apesar de subjectiva, a qualidade de vida apresenta também padrões mais objectivos, que inclui medidas do rendimento, emprego, residência, educação, e outras medidas relacionadas com as circunstâncias de vida e ambientais (Caballo, 2006; Ilic et al., 2010).

Na mesma linha, o WHOQOL Group, em 1994, refere para além da subjectividade, que revela a perspectiva do indivíduo em relação à sua própria vida e só assim se pode considerar a realidade; e da multidimensionalidade, dado que a qualidade de vida engloba diversas dimensões; refere outro aspecto essencial, a presença de dimensões positivas e negativas, pois para uma qualidade de vida ser positiva é necessário que alguns factores estejam presentes (como, por exemplo, a mobilidade) e ausentes (como por exemplo a dor) na vida da pessoa (WHOQOL-Group, 1995; Pais-Ribeiro, 2005; Fleck et al., 2008).

É a partir da pirâmide de Maslow (figura 1), da hierarquia das necessidades, que esta inerente a referida subjectividade, pois a organização das motivações depende de factores individuais, dos grupos em que o indivíduo se integra e das suas experiências (Santos & Monteiro, 2000). No entanto, todas as necessidades têm em comum o desejo de fazer corresponder a realidade da vida a determinadas expectativas pessoais que, mais uma vez, se baseiam em determinadas necessidades inerentes à condição do ser humano (Calman, 1984; Santos & Monteiro, 2000).

Figura 1: Pirâmide de necessidades de Maslow (adaptado de Santos & Monteiro, 2000).



Apesar desta diversidade de definições é notório que, como observado e corroborado por Fleck e seus colaboradores (2008), a literatura é consensual no que concerne à multidimensionalidade do conceito, ou seja, quanto às dimensões inerentes a este conceito. Assim, é de destacar as seguintes dimensões: a dimensão biológica, a dimensão cultural, a dimensão social, dimensão ambiental, dimensão económica e, por último, a dimensão psicológica (Fleck, et al., 2008; Leal, 2008).

Posto isto, no que concerne à dimensão biológica, esta integra a percepção real do indivíduo da sua doença física, a sua capacidade ou não de actividade (Fleck et al., 2008; Leal, 2008).

Quanto à dimensão cultural, esta está ligada aos hábitos e valores transmitidos na infância, consoante o meio cultural onde se está inserido, que irá influenciar a personalidade e o estilo de vida de cada um (Leal, 2008). Aqui, Walter (1992, cit in Leal, 2008) refere que há uma ligação entre qualidade de vida e os meios de comunicação, nomeadamente a publicidade, dado que, são estes que mostram o que julgam ser essencial para uma qualidade de vida.

Já a dimensão social está associada à participação ou restrição da participação na sociedade. Relativamente à dimensão ambiental, esta é traduzida pela presença e disponibilidade de elementos facilitadores ou pela presença de barreiras (Fleck et al., 2008).

A dimensão económica, apesar de não haver consenso acerca do conceito nesta perspectiva, refere-se ao suporte financeiro e aos bens materiais necessários para a subsistência condigna que cada indivíduo possui, bem como aos sentimentos que a eles se encontram associados (Leal, 2008).

Quanto à dimensão psicológica, a qualidade de vida irá depender da personalidade de cada um e, tal como para as outras perspectivas, defini-la é uma tarefa complexa dada a falta de unanimidade sobre o seu significado e à utilização de diferentes termos, que embora não definam qualidade de vida sob perspectiva psicológica, apontam, para essa direcção, como é o caso de felicidade e satisfação com a vida, estado de ânimo. Aqui, qualidade de vida é ter respeito, é ter auto-estima, é saber ultrapassar as contrariedades da vida mantendo o equilíbrio mental, é saber aproveitar os momentos de felicidade, é saber manter relações sociais, é ter boas expectativas em relação ao futuro, é ajudar o próximo, é ser fiel a si próprio, é gostar da vida, é ser ético. Assim, qualidade de vida encontra-se dependente do indivíduo e da sua interacção com os outros e com a sociedade (Leal, 2008).

Paralelamente, e tendo em conta a dimensão biológica, o conceito de qualidade de vida aproxima-se da definição de saúde proposta pela Organização Mundial de Saúde, que define saúde em termos de bem-estar social, psicológico e físico, e não apenas ausência de doença, salientando a sua caracterização como dinâmica e mutável (Parreira, 2006), considerada por Ware (1991, cit in Pais-Ribeiro, 2005) como um dos indicadores para medir a qualidade de vida. No entanto, esta definição para Segre e Ferraz (1997, cit. in Leal, 2008) é adequada, considerando igualmente que saúde não é apenas ausência de doença, é também um estado de bem-estar físico, mental e social, apesar das adversidades da vida.

Não obstante, para Fleck e seus colaboradores (2008), é possível estabelecer uma relação entre saúde e qualidade de vida, dado que estes conceitos estão interligados apesar de não serem sinónimos, na medida em que ter saúde é um recurso para a qualidade de vida.

Existem modelos subjacentes ao conceito de qualidade de vida, entre os quais, Hunt (1997, cit in Fleck et al., 2008) salienta o modelo de satisfação das necessidades e o modelo cognitivo individual. No primeiro, segundo Fleck e colaboradores (2008, p.24), a qualidade de vida “está directamente relacionada à satisfação com os vários domínios da vida definidos como importantes pelo próprio indivíduo, pois a satisfação é subjectiva, ou seja, a satisfação varia de pessoa para pessoa conforme as suas expectativas, pelo que, este modelo vai de encontro à definição já descrita por Calman (1984), assim como à pirâmide das necessidades de Maslow. O segundo, o modelo cognitivo individual, defende que a qualidade de vida “é uma percepção idiossincrática e que, portanto, só pode ser medida individualmente” salientando a sua subjectividade (Fleck et al., 2008, p. 24). McKenna e Whalley (1998, cit in Fleck et al., 2008), por sua vez, salienta ainda o modelo funcionalista, este refere que o indivíduo deve ter um bom desempenho social, de modo a realizar os seus papéis sociais e funções que valoriza, sendo a saúde a dimensão mais importante, dado que afecta o desempenho social.

Posto isto, é possível afirmar que este conceito se insere na perspectiva do ser humano como “um sistema vivo e activo que se auto-organiza por diferenciação e integração de múltiplas facetas e se auto-regula nas variadas respostas com que se relaciona nos ambientes onde se afirma” (Parreira, 2006, p. 43).

É, pois, de notar, que o constructo qualidade de vida é muito vasto, abarcando uma enorme variedade de circunstâncias, é uma percepção global da vida pessoal para a qual contribuem inúmeros domínios e componentes.

3.2. Qualidade de Vida no Idoso

O envelhecimento a nível mundial acarreta mudanças profundas em todos os sectores da sociedade. Neste sentido, torna-se fundamental investigar sobre as condições que interferem no bem-estar e os factores associados à qualidade de vida dos idosos, com o intuito de responder às necessidades desta população (Fleck, Chachamovich & Trentini, 2003).

No entanto, segundo Almeida (2008), qualidade de vida parece não significar o mesmo para um jovem adulto ou para um idoso. Não obstante, para Fernandes (2002, cit in Jacinto, 2010) qualidade de vida parece ser um conceito inadaptado ao idoso, pois em torno da velhice há um conjunto de mitos, ou seja, representações simbólicas, que dificultam uma visão positiva da velhice, pelo que, qualidade de vida na velhice pode surgir quase como que uma ilusão.

No entanto, Castellón (2003) defende que a associação entre o envelhecimento e qualidade de vida é algo que adquire uma importância cada vez maior nas sociedades ocidentais contemporâneas.

É evidente que as pessoas idosas passam por um processo de envelhecimento que se reflecte na sua qualidade de vida, conduzindo a consequências como limitações físicas, reformas reduzidas, fim da actividade profissional, perda de papéis sociais, baixa auto-estima, solidão e o possível afastamento da sua casa (Rocha, Rodrigues, Coutinho & Monteiro, 2002, cit in Catita, 2008). Spidurso (2005) refere que existem onze factores que afectam a qualidade de vida do idoso, sendo elas: função emocional, função cognitiva, sensação de bem-estar, satisfação pessoal, condição financeira, actividade recreativa, função social, condição de saúde, energia e vitalidade, função física e função sexual.

Posto isto, a primeira tentativa de definir qualidade de vida na velhice partiu de Cícero (43 A.C.), que referiu que a velhice é marcada por uma alternância entre ganhos e perdas, assim como em todos os momentos da vida (Oliveira, 2008), tal como Erickson confirma na sua teoria do desenvolvimento humano. Esta teoria traduz-se em oito estágios cada um com ideias conflituais, onde a sua resolução significa a conquista desse estágio da vida. O período da vida adulta denomina-se de integridade do ego *versus* desespero, onde a pessoa pode evoluir para a integridade ou para o desespero, sendo que a integridade do ego é caracterizada por factores intrínsecos à velhice como a dignidade, prudência, sabedoria prática e aceitação do modo de viver, enquanto o

desespero seria provavelmente ansiedade face à antecipação da idade avançada, perda de autonomia e medo da morte (Araújo, 2005).

Erikson contribuiu claramente para a compreensão das transformações ocorridas na velhice, dado que esta é uma fase do balanço, se atingiu ou não os objectivos, e atribuição de significado à vida passada, de aceitação de si e do fim (Fontaine, 2000).

Oliveira (2008) afirma que, apesar dos problemas de saúde e da idade, a qualidade de vida nesta fase depende mais de características da personalidade e de influências de desenvolvimento ao longo da vida. Além disso, a ausência de relações sociais parece ter influência na diminuição da qualidade de vida, como comprova Paul (1992, cit in Fonseca, 2006) num estudo, onde se verificou que a solidão tem influência no bem-estar psicológico e na satisfação com a vida. Na mesma linha, Ramos (2001, p. 228) relata que “não obstante a saúde ser um factor importante, o que mais conta são as relações com os outros, o modo como usam o seu tempo e as emoções positivas que podem levá-las a aceitar o lado negativo da sua saúde”.

Fleck e colaboradores (2008) relatam que a qualidade de vida na velhice é ainda mais multidimensional, dado que existem diversas formas de se ser velho e diversos padrões de envelhecimento. Fontaine (2000) explica este facto dado que no envelhecimento existem dados objectivos, como a debilitação física, e dados subjectivos que representam a ideia que a pessoa faz do seu envelhecimento. Assim, a qualidade de vida na velhice irá depender dos processos de *coping*¹ que o idoso adopta de modo a permanecer independente, produtivo e socialmente activo o maior tempo possível (Lazarus, 1998, cit in Fonseca, 2005). Não obstante, Oliveira (2008) e Rabelo e Neri (2005, cit in Vivan, 2008) salientam os processos de enfrentamento assimilativo e acomodativo, o primeiro trata de uma tentativa de transformar situações tomadas como negativas em situações que se ajustam aos seus objectivos, no processo acomodativo, permite que os idosos reajustam os seus objectivos de acordo com a situação actual, adoptando padrões menos exigentes, mantendo uma auto-eficácia e controlo sobre a vida.

Neri (1999, p.10) refere que “a qualidade de vida na velhice implica a adopção de múltiplos critérios de natureza biológica, psicológica e sócioestrutural.” A mesma,

¹ Para Lazarus e Folkman (1984, cit in Vivan, 2008), *coping* é um conjunto de esforços, cognitivos e comportamentais, utilizado pelos indivíduos com o objectivo de lidar com demandas específicas, internas ou externas, que surgem em situações de stress.

propõe os seguintes critérios: longevidade, saúde biológica, saúde mental, satisfação, controlo cognitivo, competência social, produtividade, actividade, eficácia cognitiva, *status* social, rendimento, continuidade de papéis familiares e ocupacionais e continuidade de relações informais em grupos primários (principalmente rede de amigos).

Em 1983, Lawton, citado por Paschoal (2006), elaborou um modelo de qualidade de vida na velhice, onde a multiplicidade do fenómeno da velhice é representada em quatro dimensões inter-relacionadas: as condições ambientais, a competência comportamental, a qualidade de vida percebida e o bem-estar subjectivo.

Assim, as condições ambientais reflectem que se deve proporcionar ao idoso as condições adequadas à sua vida, de modo a desempenhar comportamentos biológicos e psicológicos adaptativos. Por sua vez, a competência comportamental traduz-se no desempenho que os indivíduos adoptam perante as diferentes situações com que se deparam, dependendo do seu potencial, das suas experiências e condições de vida, dos valores adquiridos e do desenvolvimento pessoal, ou seja, é a avaliação sócio-normativa da funcionalidade física, da saúde, da cognição, do comportamento social e do modo como ocupa o tempo. Já a qualidade de vida percebida é a avaliação que a pessoa faz da sua vida, consoante os valores, expectativas pessoais e sociais, ou seja, é a avaliação subjectiva que o indivíduo faz sobre o seu funcionamento em qualquer domínio das competências comportamentais. No que concerne ao bem-estar subjectivo, este traduz a satisfação global e específica da pessoa perante a vida, ou seja, é uma avaliação pessoal da relação das dimensões precedentes (Neri, 2001; Almeida, 2008).

Posto isto, qualidade de vida no idoso “é uma percepção global positiva da vida pessoal, para a qual contribuem vários domínios, tais como: educação, individualidade, saúde, bem-estar físico, material e social, relações pessoais, actividades cívicas e recreativas” (Coimbra & Brito, 1999, cit in Páscoa, 2008, p.38), ultrapassando, deste modo, a problemática da saúde (Paúl & Fonseca, 2005).

Sousa e seus colaboradores (2003) vão mais além, referindo que a qualidade de vida é uma questão de autonomia, e que a falta desta é uma consequência das alterações biológicas, assim como, das necessidades sociais.

Já Najman e Levine (1981, cit in Ferraz & Peixoto, 1997) explicam que uma forte crença religiosa está associada com sentimentos de maior satisfação geral, bem-estar e estabilidade. Segundo os autores há algumas evidências de que a estabilidade e a resignação podem produzir felicidade e um melhor nível de qualidade de vida.

Neri (2001) refere que a auto-estima, um dos mecanismos do *self* como já referido, tem estreita relação com o bem-estar psicológico e a qualidade de vida percebida na velhice, derivado principalmente do senso de continuidade e da manutenção dos seus mecanismos de auto-regulação.

No entanto, Paschoal (2006) denota que existem estereótipos relacionados com os idosos, podendo condicionar a sua qualidade de vida. Normalmente, o idoso é visto como uma pessoa chata, rabugenta, implicante, triste, demente, incômoda, conduzindo muitas vezes à negação da velhice, negligência das suas necessidades, vontades e desejos. Principalmente as mulheres, como corrobora Salgado (2002, p. 10), afirmando que estas enfrentam “sentimentos de inutilidade, provocados por todos os mitos e estereótipos existentes socialmente”, pois “as estruturas sociais exigem da mulher ser jovem, bonita e produtiva para participar e contribuir para a sociedade”.

3.2.1. Qualidade de Vida na Mulher Idosa

O estudo da qualidade de vida na velhice e a feminização da velhice têm chamado cada vez mais a atenção de estudiosos. Contudo, a literatura internacional sobre diferenças entre homens e mulheres idosos é ainda reduzida (Neri, 2001).

Neste sentido, Paschoal (2006), refere que “as mulheres idosas tendem a apresentar pior qualidade de vida do que os homens, porque em geral são mais velhas, mais doentes, mais isoladas, mais pobres e mais encarecidas por cuidados à casa e ao cônjuge do que os homens”.

O mesmo é corroborado por Sprangers e colaboradores (2000) que, num estudo, referem que o sexo feminino, a idade avançada, um baixo nível de escolaridade e não ter companheiro são alguns dos factores relacionados com baixos níveis de qualidade de vida.

Noutro estudo, Jakobson, Hallberg e Westergren (2004) relatam que as mulheres estão mais expostas aos problemas físicos e mentais, explicando assim a menor qualidade de vida no domínio psicológico.

Em contrapartida, num estudo realizado por Cieslak, Elsangedy, Krinski, Buzzachera, Vitorino, Vilela Júnior e Leite (2007), o domínio ambiental apresentou os piores resultados, pelo que sugerem a necessidade de intervenções de órgãos governamentais para a obtenção de uma melhoria nesta questão, dado que este domínio

refere-se a factores que não podem ser controlados individualmente. Contudo, no mesmo estudo, os resultados da qualidade de vida geral das mulheres idosas foram, no entanto, satisfatórios.

Outra investigação, elaborada por Barreto, Giatti e Kalache (2004) indica que as mulheres idosas apresentam desvantagens claras no que concerne à saúde, independência e mobilidade física quando comparadas com os homens, bem como, maior dependência. Os mesmos observaram, também, que, no que concerne à presença de doenças, as mulheres referem sofrer de mais doenças.

Assim, Kirchengast e Haslinge (2008) relatam que as mulheres idosas têm menor qualidade de vida, dado que elas apresentam estar mais dependentes de medicação, sentem-se significativamente menos seguras no dia-a-dia e estão menos satisfeitas consigo próprias.

Nesta linha de pensamento, Sánchez del Pino (2003) demonstra que a qualidade de vida subjectiva é mais elevada nos homens do que nas mulheres idosas, talvez porque, segundo o mesmo, o envelhecimento seja percebido pela mulher como mais negativo.

No entanto, Carvalho e Carvalho (2008), no seu estudo, referem que a actividade física visa um ganho ou uma melhoria cardiovascular e muscular, uma interacção social com outras idosas, uma nova visão de presente e futuro em relação as actividades de vida diária, e uma busca de lazer com prazer. Segundo os mesmos, estes factores alteram a percepção de qualidade de vida destas idosas pelo aumento da auto-estima, pelo aumento da capacidade muscular por meio da realização de actividades prazerosas, aumentando a capacidade de realização de actividades de vida diária (AVD), e alterando totalmente a visão de qualidade de vida e saúde enquanto praticantes destas actividades.

No geral, a literatura evidência algumas diferenças de género em vários domínios do funcionamento, as quais podem influenciar a qualidade de vida na velhice (Neri, 2001), em especial nas mulheres.

Assim, como anteriormente averiguado, é um facto que as mulheres vivem mais que os homens, esta é uma vantagem, segundo Neri (2001), relativamente à saúde e funcionalidade física, que pode ser parcialmente atribuída às diferenças em doenças que acometem uns e outros. Ou seja, a taxa de doenças letais é muito maior entre os homens idosos do que entre as mulheres idosas, entre as quais predominam as doenças não fatais mas incapacitantes e crónicas, entre elas artrite e hipertensão. Deste modo, as mulheres idosas exibem taxas de mortalidade mais baixas do que os homens.

As diferenças em saúde física manifestam-se, também, nas taxas de consumo de medicação, onde predomina o consumo nas mulheres, como referem Kirchengast e Haslinge (2008) no seu estudo, e como corrobora Neri (2001). Também, as mulheres mostram níveis mais elevados de incapacidade do que os homens. De modo geral, as avaliações sobre saúde física percebida pioram com a idade, mas as diferenças entre os sexos mantêm-se, ou seja, os homens têm uma saúde física percebida mais positiva do que as mulheres (Neri, 2001). Neste âmbito, Neri (2001) considera o género como o factor de risco mais importante do que idade, na medida em que as mulheres idosas têm uma maior predisposição para a fragilidade física, e quando estes acrescentam efeitos de variáveis sócio-demográficas, como a menor escolaridade, viver só, ter que cuidar, e precisar de cuidados, a qualidade de vida das mulheres tende a declinar.

No que concerne à saúde mental, a mesma autora menciona que, ao contrário do que parece, as doenças psiquiátricas são menores na velhice do que na meia-idade e na vida adulta, como a depressão, onde a prevalência é de três vezes mais baixa entre pessoas de 65 anos do que entre as pessoas de meia-idade e na vida adulta, e como é o caso da ansiedade, que diminui a partir dos 65 anos, em comparação com a meia-idade e com a vida adulta inicial. E, dado o facto de o género ser um grande factor de risco, as mulheres têm uma maior probabilidade de sofrer destes distúrbios do que os homens. Ao contrário do que ocorre com a maioria dos distúrbios psiquiátricos, as taxas de demência aumentam com a idade. Nas mulheres a prevalência de demência é mais alta do que nos homens, pelo que a autora explica que tal se deve à maior longevidade das mulheres e dos efeitos da menor escolaridade neste género.

No processo de envelhecimento normal, e apesar do género ser um factor de risco muito importante, a idade é também um factor de risco para o funcionamento intelectual geral de homens e mulheres idosos, especificamente para as capacidades e competências dependentes de factores sensoriais e psicomotores. Aqui, as mulheres estão sujeitas a um risco adicional, pois normalmente têm menos oportunidades educacionais e, a autora considera que a escolaridade actua como um factor protector para a velocidade do declínio normal e também do declínio patológico. Por sua vez, os homens, estão comparativamente mais favorecidos, pois existem evidências de que um casamento duradouro favorece a continuidade do seu funcionamento intelectual na velhice. Além disso, por razões históricas e culturais, os homens apresentam um nível ocupacional mais alto e uma maior complexidade do contexto de trabalho relativamente

às mulheres, factos que são preditores positivos da conservação do funcionamento intelectual.

Contudo, é possível que as mulheres idosas continuem a ser mais enérgicas e envolvidas socialmente do que os homens, por causa de factores sociais e de aprendizagem social. Dado que, Neri (2001) considera as mulheres de todas as idades menos agressivas, mais solidárias, mais sugestionáveis, mais envolvidas e mais relacionadas socialmente do que os homens. Estas características estão positivamente relacionadas com satisfação global com a vida e com satisfação relativa às relações sociais. Porém, na meia-idade e na velhice são as mulheres as mais afectadas pelas consequências negativas do prestar cuidados a pessoas da mesma idade ou mais velhas, geralmente o cônjuge, pais e sogros.

As mulheres idosas são afectadas negativamente nas suas possibilidades de envolvimento social devido à maior longevidade e do risco aumentado de dependência destas, pelo que tendem a sofrer mais de isolamento e solidão. Têm auto-imagem mais negativa, bem como uma visão da velhice e dos outros velhos mais negativa do que os homens idosos. As mulheres idosas que são doentes terminais são mais afectadas pelos efeitos da sua doença sobre os outros, enquanto os homens são mais afectados pela dependência, pela dor e pelos efeitos da doença sobre o exercício de papéis sociais (Neri, 2001).

PARTE II
INVESTIGAÇÃO EMPÍRICA

A parte empírica deste trabalho descreve a investigação realizada no sentido de avaliar a auto-estima e a percepção da qualidade de vida nas mulheres idosas institucionalizadas. Assim, no quarto capítulo será abordada a metodologia utilizada neste estudo e no quinto capítulo serão descritos os resultados obtidos, assim como a sua interpretação. A discussão dos resultados será apresentada no capítulo seis. Por último, no sétimo capítulo, procede-se a uma sumarização dos resultados, descrevem-se algumas limitações do estudo, fornecem-se sugestões para intervenções preventivas futuras e tiram-se conclusões do estudo efectuado.

CAPÍTULO IV – METODOLOGIA

Neste capítulo apresenta-se a metodologia utilizada na realização do presente estudo começando pelos objectivos da investigação. Posteriormente, apresentam-se as variáveis estudadas, o procedimento de recolha de dados, a população e amostra (especificando os critérios de selecção da amostra e sua descrição), os instrumentos de avaliação utilizados e os procedimentos estatísticos de análise dos dados.

Esta investigação foi realizada numa amostra portuguesa de mulheres idosas institucionalizadas no Lar da Santa Casa da Misericórdia de Vila Verde e de Amares, do distrito de Braga. É um estudo que pode ser enquadrado numa investigação do tipo observacional, dado que o investigador não participa nem intervém, criando somente procedimentos para descrever os acontecimentos que ocorrem naturalmente, quais os efeitos ou as relações dos acontecimentos com a variável e qual o efeito nos sujeitos em estudo (Pais Ribeiro, 2007). É ainda descritivo, pois proporciona informação sobre a população em estudo, do tipo transversal, pois estudou-se um único grupo representativo da população e os dados recolhidos num só momento (Pais Ribeiro, 2007). Sendo ainda do tipo correlacional, dado que se pretende relacionar duas variáveis, a qualidade de vida e a auto-estima, descrevendo as suas variações.

Trata-se, ainda, de um estudo de natureza quantitativa, dado que é um processo dedutivo pelo qual os dados numéricos proporcionam conhecimentos objectivos no que diz respeito à variável em estudo, e onde os dados numéricos, foram recolhidos por instrumentos que têm como característica comum serem reduzidos a um número que representa uma entidade abstracta (Pais Ribeiro, 2007).

4.1. Objectivos de estudo

O *objectivo geral* do estudo é a avaliação da auto-estima e da percepção da qualidade de vida numa amostra de idosas institucionalizadas no Lar da Santa Casa da Misericórdia de Vila Verde e de Amares, assim como, a relação entre estas variáveis.

O desenvolvimento desta investigação foi orientado pelos seguintes *objectivos específicos*:

- (1) Analisar a idade, o nível de escolaridade, o estado civil, o tempo de institucionalização, a última profissão exercida e o valor da reforma nos diferentes grupos etários (estabelecidos por Correia, 2003);
- (2) Analisar os níveis de auto-estima e de qualidade de vida nas mulheres idosas institucionalizadas nos diferentes grupos etários;
- (3) Analisar a relação entre a auto-estima e a qualidade de vida nas mulheres idosas institucionalizadas e entre as suas dimensões nos diferentes grupos etários.

4.2. Variáveis Estudadas

As variáveis do presente estudo foram seleccionadas com base na revisão da literatura e nos objectivos de investigação previamente mencionados. Tal como o próprio nome reflecte variável “é uma característica que varia, que se distribui por diferentes valores ou qualidades, ou que é de diferentes tipos, e é oposto a uma constante” (Pais Ribeiro, 2007, p.36).

No que concerne às variáveis, as variáveis em estudo são a auto-estima e a qualidade de vida da mulher idosa institucionalizada e respectivas dimensões.

Para este estudo foram também seleccionadas variáveis sócio - demográficas que se assumem como pertinentes para a caracterização da amostra: idade; estado civil; grau de instrução; última profissão exercida; valor de reforma e o tempo de institucionalização.

4.3. População e Amostra

Entende-se por amostra uma parte de uma determinada população para obter informações relativas às características dessa mesma população (Almeida & Freire, 2003; Pais Ribeiro, 2007).

Este processo, de definição da amostra, designa-se amostragem. Este requer determinados preceitos com vista a garantir a validade dos resultados e a possibilidade destes serem generalizados à população em estudo (Almeida & Freire, 2003). Pelo que é de notar dois tipos de amostras, as probabilísticas e as não probabilísticas. A primeira trata da probabilidade relativa de um qualquer elemento ser incluído na amostra ser conhecida, em contrapartida, a amostra não probabilística trata da probabilidade relativa de um qualquer elemento ser incluído na amostra ser desconhecida (Pais Ribeiro, 2007).

Posto isto, a amostra deste estudo é não probabilística do tipo accidental, dado que foram escolhidos os sujeitos que se mostraram interessados em participar.

Assim, a população alvo deste estudo foi constituída por 70 mulheres idosas seleccionadas nos Lares da Santa Casa da Misericórdia de Vila Verde e de Amares, com idades compreendidas entre os 65 e os 96 anos (81.7 ± 7.86). Estas foram convidadas a participar se estivessem interessadas.

Os estudos realizados nesta área permitem uma base objectiva de classificação da idade. Correia (2003) categoriza a fase do envelhecimento em três estágios: os idosos, dos 65-74 anos; os idosos mais velhos, dos 75 aos 84 anos e os muito velhos com 85 e mais anos. Assim, a divisão da amostra pelos estratos etários neste estudo foi estabelecida de acordo com Correia (2003).

Para serem elegíveis para o estudo, as mulheres idosas deveriam cumprir os seguintes critérios:

- (1) Estarem institucionalizadas nos respectivos lares;
- (2) Não apresentarem alterações neurológicas ou cognitivas impeditivas do preenchimento do questionário;
- (3) Após informação, aceitarem de forma voluntária participar no estudo;
- (4) Não serem remuneradas e;
- (5) Terem idade igual ou superior a 65 anos.

Tais critérios foram aplicados no procedimento de recrutamento. Assim, tendo em consideração os mesmos, foram recrutadas 70 mulheres idosas para participação nesta investigação. A participação foi voluntária sendo estas previamente informadas sobre a natureza e objectivos do presente estudo. Das 70 mulheres, não houve desistências havendo uma taxa de participação de 100%.

4.4. Instrumentos de Avaliação

As técnicas são um conjunto de processos que funcionando como instrumentos de trabalho permitem pesquisar, recolher e tratar informações para obter resultados (Bravo, 1988, cit. in Jacinto, 2010). Neste estudo utilizaram-se técnicas não documentais, mais precisamente o questionário, com questões fechadas e semi-abertas.

Tendo em consideração as variáveis em estudo, foram utilizados quatro instrumentos (Anexo I): o Questionário Sócio-Demográfico elaborado para o efeito, a escala de Auto-estima de Rosenberg (Rosenberg; Adaptado por 1965, Santos & Maia, 2003), o Questionário de Percepção de Qualidade de Vida – WHOQOL-BREF (Canavarro et al., 2006), e o Questionário de Percepção de Qualidade de Vida – WHOQOL-OLD (OMS, 2005).

Os instrumentos de avaliação utilizados são descritos em seguida.

4.4.1. Questionário Sócio - Demográfico

Este questionário foi elaborado para o efeito, que tem como objectivo proceder à recolha de dados relativos aos participantes, nomeadamente no que diz respeito à idade, estado civil, grau de instrução, última profissão exercida, valor de reforma e o tempo de institucionalização. Este questionário é composto por seis itens correspondentes a questões abertas e de escolha múltipla.

4.4.2. Escala de Auto-estima de Rosenberg (RSES)

A Escala de Auto-estima de Rosenberg (1965) foi originalmente desenvolvida por Morris Rosenberg (1965), para avaliar a auto-estima global, versão adaptada para a população portuguesa de Santos e Maia (2003). Trata-se de uma escala com ampla divulgação na pesquisa de Ciências Sociais.

Foi construída como uma Escala de Guttman, o que significa que os itens procuram representar um *continuum* de afirmações sobre o valor pessoal, desde afirmações típicas de sujeitos com baixa auto-estima a afirmações que decorrem de uma valorização elevada da auto-estima. A Escala de Guttman avalia a auto-estima através do preenchimento de dez itens, sendo este constructo entendido de forma unidimensional, ou seja, um *continuum* com extremos na baixa auto-estima e elevada auto-estima. A

escala de Guttman garante a unidimensionalidade através do estabelecimento de um padrão, que deve ser determinado antes da aceitação da escala. Ou seja, a adequação de cada item não está determinada antecipadamente pela sua relação com a pontuação total, mas através do seu padrão relacional com todos os itens da escala.

É uma escala do tipo Likert, com quatro alternativas de resposta e possui 10 itens em que a resposta é cotada de 1 a 4 entre “concordo fortemente” e “discordo fortemente”. Cinco dos itens correspondem a aspectos negativos e os restantes a aspectos positivos (Pais Ribeiro, 2007). Os itens são formulados na positiva ou negativa de forma alternada para que haja diminuição do enviesamento nas respostas.

Os *scores* variam entre 10 e 40, onde os valores mais altos reflectem uma auto-estima elevada, deste modo, as pessoas consideram-se pessoas de valor, orgulham-se do que são, sem se sentir, necessariamente, superiores aos outros. Em contrapartida, os valores mais baixos reflectem uma baixa auto-estima, onde as pessoas sentem-se desvalorizadas, insatisfeitas e sentem falta de respeito dos outros (Santos & Maia, 2003).

Este é um instrumento de medida breve, global e unidimensional da auto-estima, aplicado a pessoas de qualquer idade (Pais Ribeiro, 2007).

Pelo facto de ser uma escala breve, com linguagem acessível e o estudo original de validação ter um resultado positivo, a escala de auto-estima de Rosenberg tornou-se num modelo a seguir na avaliação da auto-estima (Blascovich & Tomaka, 1991; Chiu, 1988; Keith & Bracken, 1996, cit. in Santos & Maia, 2003).

As características psicométricas da escala de auto-estima mostraram-se bastante satisfatórias (Santos, 2008; Santos & Maia, 2003). A consistência interna, ou *alpha* de Cronbach, alternou entre .77 e .88 e a estabilidade temporal em curtos períodos de tempo variou entre .82 e .85 (Blascovich & Tomaka, 1991, cit. in Santos, 2008). No que concerne à validade verificou-se uma correlação significativa com outros instrumentos e metodologias de avaliação da auto-estima em investigações realizadas com esta escala (Addeo et al., 1994; Byrne, 1983; Demo, 1985; Francis & Wilcox, 1995; Griffiths et al., 1999; Hagborg, 1996; McCurdy & Kelly, 1997; O'Brien, 1985; Silber & Tippet, 1965; Simpson & Boyle, 1975, cit. in Santos & Maia, 2003) e diversas variáveis de natureza psicológica, como a depressão (Fleming & Courtney, 1984, cit. in Santos, 2008), a satisfação com a vida (Diener & Diener, 1995; Diener, Emmons, Larsen & Griffin, 1985, cit. in Santos, 2008) ou desordens alimentares (Griffiths et al., 1997, cit. in Santos, 2008).

Características Psicométricas na Amostra em Estudo

Para se proceder a avaliação das qualidades psicométricas da Escala de Auto-Estima de Rosenberg (RSES) nesta amostra foi utilizada uma versão portuguesa adaptada de Santos e Maia (2003). Esta versão é constituída pelos 10 itens da escala original, com o mesmo método de cotação numa escala de quatro pontos, onde a cotação varia entre 4 (concordo fortemente), 3 (concordo), 2 (discordo) e 1 (discordo fortemente). Os itens são respondidos numa escala tipo *Likert* variando de discordo fortemente (1) a concordo fortemente (4).

Fidelidade

No sentido de avaliar a consistência interna da escala foi calculado o alfa de Cronbach, para o total da escala, tal como efectuado pelo autor da escala original. No Anexo IV é apresentado o coeficiente de consistência interna de Cronbach da RSES para o total da escala (RSES - Total).

O coeficiente de fidelidade para a RSES - Total é de .89, revelando uma boa consistência interna desta escala. O valor obtido é elevado e semelhante ao encontrado noutros estudos (Blascovich & Tomaka, 1991, cit. in Santos & Maia, 2003; leque de alfa de Cronbach variando de .77 a .88 para a consistência interna).

4.4.3. Percepção de Qualidade de Vida – WHOQOL-BREF

Trata-se de uma versão abreviada do instrumento WHOQOL-100, desenvolvido pelo grupo de Qualidade de Vida da Organização Mundial da Saúde, validada para a população portuguesa por Canavarro e colaboradores (2006). É composto por 26 questões dispostas em quatro domínios (Quadro 1). O instrumento abrange ainda um aspecto sobre a qualidade de vida geral. As questões que abrange são do tipo Likert de 5 pontos e encontram-se formuladas por dimensões positivas como negativas. O presente instrumento permite avaliar a qualidade de vida de indivíduos adultos com ou sem qualquer tipo de patologia.

Quadro 1: Domínios do questionário WHOQOL-BREF (Canavarro et al., 2006)

DOMÍNIOS	NÚMERO DAS QUESTÕES
Domínio 1- Físico	3, 4, 10, 15, 16, 17 e 18
Domínio 2 - Psicológico	5, 6, 7, 11, 19 e 26
Domínio 3 - Relações Sociais	20, 21 e 22
Domínio 4 - Meio Ambiente	8, 9, 12, 13, 14, 23, 24 e 25

As características psicométricas deste instrumento mostraram que a consistência interna, através do alfa de Cronbach, é aceitável, com um valor de .92. Este valor, quando se retira cada item, varia entre .91 a .92, mostrando a importância de cada item para o desempenho do instrumento (Canavarro, 2007). É de salientar, segundo Canavarro (2007), que a auto-estima correlaciona-se de forma significativa com o domínio das relações sociais. Quanto à estabilidade temporal verificou-se que os valores de correlação teste-reteste para os quatro domínios são aceitáveis ou bons, variando entre .65 e .85. Relativamente à validade, verifica-se que todas as correlações entre os quatro domínios são estatisticamente significativas, assim como, em relação à faceta de qualidade de vida em geral. Constatou-se, também, uma correlação significativa com outros instrumentos, como é o caso do *Beck Depression Inventory* (BDI; Beck, Ward, Mendelson, Mock & Erbaugh, 1961; Versão Portuguesa: Vaz Serra & Pio Abreu, 1973a; Vaz Serra & Pio Abreu, 1973b, cit. in Canavarro, 2007) e pelo *Brief Symptom Inventory* (Derogatis, 1982; Versão Portuguesa: Canavarro, 1999), quando se utiliza, respectivamente, a sua pontuação global e o índice geral de sintomas.

Características Psicométricas na Amostra em Estudo

Para se proceder a avaliação das qualidades psicométricas do WHOQOL – BREF nesta amostra foi utilizada uma versão portuguesa adaptada de Canavarro e colaboradores (2006). Esta versão é constituída pelos 26 itens da escala original, com o mesmo método de cotação numa escala tipo *Likert* de cinco pontos.

Fidelidade

No sentido de avaliar a consistência interna da escala foi calculado o alfa de Cronbach, para o total da escala, tal como efectuado pelo autor da escala original. No Anexo IV é apresentado o coeficiente de consistência interna de Cronbach da

WHOQOL-BREF para o total da escala (WHOQOL-BREF- Total), assim como para o total de cada dimensão.

O coeficiente de fidelidade para o WHOQOL-BREF - Total é de .93, revelando uma consistência interna muito boa. O valor obtido é elevado e semelhante ao encontrado no estudo de Canavarro (2007: com um valor de .92 para a consistência interna). Quanto às suas dimensões, o coeficiente de fidelidade para o Domínio Físico – Total é de .84, revelando uma consistência interna boa, tal como acontece no Domínio Psicológico – Total, onde o coeficiente de fidelidade é de .89. Já no Domínio Relações Sociais – Total e no Domínio Ambiente – Total o coeficiente de fidelidade é de .78 e .76, respectivamente, revelando uma consistência interna razoável. No que concerne à ao Domínio Qualidade de Vida Geral – Total o coeficiente de fidelidade foi de .56, revelando assim uma consistência interna inaceitável.

4.4.4. Percepção de Qualidade de Vida – WHOQOL-OLD

A investigação sobre as condições que permitem uma boa qualidade de vida na velhice, bem como as variações que a idade comporta, é de grande importância científica e social (Fleck, Chachamovich & Trentini, 2003), daí a importância do WHOQOL-OLD. Trata-se de um instrumento desenvolvido pelo WHOQOL-OLD, o qual desenvolveu e testou a avaliação da qualidade de vida para pessoas mais velhas. Este novo instrumento tem como objectivo “oferecer um conjunto de itens adicionais para a avaliação da qualidade de vida em idosos, gerados a partir de uma metodologia transcultural que permita comparações fidedignas das medições em diferentes contextos culturais” (Fleck et al., 2008, p. 90). Este consiste em 24 questões distribuídas por seis domínios (Quadro 2) com resposta do tipo *Likert* de 1 a 5. Cada um possui 4 itens, portanto, para todos os domínios o *score* dos valores possíveis pode oscilar de 4 a 20, desde que todos os itens de um domínio tenham sido preenchidos. Os *scores* destes domínios ou os valores das 24 questões podem ser combinados para produzir um *score* geral para a qualidade de vida em adultos idosos, denotado como o *score* total do WHOQOL-OLD.

Quadro 2: Domínios do questionário WHOQOL-OLD (OMS, 2005)

DOMÍNIOS	NÚMERO DAS QUESTÕES
Domínio 1 - Funcionamento do sensório (FS)	1, 2, 10 e 20
Domínio 2 – Autonomia (AUT)	3, 4, 5 e 11
Domínio 3 - Actividades passadas, presentes e futuras (PPF)	12, 13, 15 e 19
Domínio 4 - Participação social (PSO)	14, 16, 17 e 18
Domínio 5 - Morte e morrer (MEM)	6, 7, 8 e 9
Domínio 6 – Intimidade (INT)	21, 22, 23 e 24

O instrumento não possui um ponto de corte, contudo quanto mais alto for o *score*, melhor é a qualidade de vida. Segundo o coordenador do projecto WHOQOL, Dr. Marcelo Pio de Almeida Fleck, o questionário WHOQOL-OLD deve ser aplicado juntamente com o questionário WHOQOL-BREF (Fleck et al., 2008).

O WHOQOL-OLD pode ser utilizado em vários estudos, incluindo avaliações transculturais, pesquisas epidemiológicas, monitorização da condição de saúde, desenvolvimento e avaliação de serviços de saúde e estudos de intervenções clínicas nos quais as avaliações de QV sejam cruciais (Fleck et al., 2008).

Os resultados encontrados num estudo (Fraquelli, 2008) através da análise estatística dos domínios do Questionário WHOQOL-OLD, foram significativos em dois domínios quando relacionados com as variáveis sócio-demográficas. O domínio *Actividades Passadas, Presentes e Futuras* teve relação com o género dos participantes e o domínio *Funcionamento do Sensório* teve relação com o estado civil da amostra.

A grande maioria dos idosos investigados no mesmo estudo apresentou um resultado significativo nos *scores* dos questionários de avaliação de qualidade de vida. No WHOQOL-OLD este *score* foi de $67,0 \pm 10,3$.

As características psicométricas deste instrumento mostraram que a consistência interna, através do alfa de *Cronbach*, é aceitável. Quanto à estabilidade temporal verificou-se que os valores de correlação teste-reteste para os seis domínios são aceitáveis ou bons. Relativamente à validade, verifica-se que todas as correlações entre os seis domínios são estatisticamente significativas.

Características Psicométricas na Amostra em Estudo

Para se proceder a avaliação das qualidades psicométricas do WHOQOL – OLD nesta amostra foi utilizada uma versão portuguesa adaptada de Fleck e colaboradores (2008). Esta versão é constituída pelos 24 itens da escala original distribuída por seis domínios, com o mesmo método de cotação numa escala tipo *Likert* de quatro pontos.

Fidelidade

No sentido de avaliar a consistência interna da escala foi calculado o alfa de Cronbach, para o total da escala, tal como efectuado pelo autor da escala original. No Anexo IV é apresentado o coeficiente de consistência interna de Cronbach da WHOQOL-OLD para o total da escala (WHOQOL-OLD- Total), assim como para o total de cada dimensão.

O coeficiente de fidelidade para o WHOQOL-OLD - Total é de .91, revelando uma consistência interna muito boa. Quanto às suas dimensões, o coeficiente de fidelidade para o Domínio Funcionamento do Sensório – Total é de .91, revelando uma consistência interna muito boa, tal como acontece no Domínio Morte e Morrer – Total, onde o coeficiente de fidelidade é de .90, e no Domínio Intimidade – Total, onde o coeficiente de fidelidade é de .92. Já no Domínio Autonomia – Total o coeficiente de fidelidade é de .69, revelando uma consistência interna fraca. No que concerne ao Domínio Actividades Passadas, Presentes e Futuras – Total o coeficiente de fidelidade é de .78, revelando uma consistência interna razoável. Por último no Domínio Participação Social – Total o coeficiente de fidelidade foi de .87, revelando assim uma consistência interna boa.

4.5. Procedimento de Recolha de Dados

A amostra do presente estudo foi constituída por 70 mulheres com idades compreendidas entre os 65 e os 96 anos, que frequentavam o Lar da Santa Casa da Misericórdia de Vila Verde e de Amares.

Para iniciar a recolha de dados foi efectuado um protocolo de parceria (Anexo II). A este pedido foi anexado uma breve descrição do projecto de investigação, as suas diferentes fases e o nome da orientadora e da investigadora envolvidas neste estudo.

Após a validação do protocolo foi estabelecido contacto com a equipa técnica do Lar da Santa Casa da Misericórdia de Vila Verde e de Amares, onde foi apresentado o projecto de investigação, tal como os critérios de inclusão das mulheres no estudo, com o objectivo de referenciarem as possíveis participantes para integrar neste projecto.

A participação das mulheres idosas foi voluntária. Os questionários foram administrados individualmente pela investigadora nos respectivos Lares, procurando-se assegurar a compreensão das questões, motivação para responder e clarificar qualquer inconsistência nas respostas. Neste contacto inicial, a idade era um critério de exclusão e por esta razão se a mulher tivesse idade inferior a 65 anos não podia participar. Em seguida, caso este critério fosse aplicável, era solicitada para colaborar neste estudo e, em privado, eram colocados um conjunto de questões relacionadas com os critérios de inclusão estabelecidos. Caso um destes critérios estivesse presente e existisse vontade de participar, o estudo era explicado detalhadamente com as suas finalidades. Adicionalmente, foi salientado a todas as mulheres que a sua participação era voluntária e gratuita e que era garantida a confidencialidade dos dados pessoais fornecidos.

Numa fase posterior as participantes foram encaminhadas para um local adequado e isolado de modo a não influenciar as respostas e atendendo à necessidade de prevenir possíveis desistências, será importante nesta fase explicar a todas as participantes a sua participação e continuidade no estudo, pelo que será fornecido um documento relativo ao consentimento informado (Anexo III), assinado em duas vias ficando um na posse do pesquisador e outro do participante, e transmitido novamente aos participantes que todos os dados serão confidenciais Assim, após assinarem o consentimento informado e concedidos todos os esclarecimentos, foram convidadas a preencher os questionários individualmente. A administração dos questionários foi feita em hetero-relato, ou seja, as questões eram lidas pela investigadora e as respostas registadas no questionário.

4.6. Procedimento da Análise de Dados

Todos os cálculos foram efectuados no SPSS 19.0. O nível de significância estatístico adoptado foi de 5% ($p \leq 0,05$). Todavia, a existência de valores de significância superiores a 5% e iguais ou inferiores a 10%, foram considerados marginalmente significativos ($0,05 < p \leq 0,10$).

A análise exploratória de dados incidu sobre a frequência absoluta (n) e frequência relativa (%), para as variáveis qualitativas, e sobre a média (M), o desvio-padrão (DP), valores mínimo (Mín) e máximo (Máx) para as variáveis quantitativas. A dispersão, para além da informação produzida pelo desvio-padrão, foi ainda, apreciada pelo coeficiente de variação $[(DP/M)*100]^2$.

O estudo da normalidade das distribuições foi realizado pelo teste de Shapiro-Wilk ($n < 50$). No caso de uma variável apresentar distribuição não-normal, foi determinado o quociente da assimetria e da curtose pelos respectivos erros padrão. Se o resultado deste quociente estiver compreendido no intervalo $]-1,96; 1,96[$, a variável será tratada como tendo distribuição normal ou suficientemente próxima da normal para ser tratada como tal.

Nas variáveis quantitativas, a comparação simultânea entre os três grupos etários (65-74, 75-84 e 85 e mais anos) quanto aos domínios do questionário de qualidade de vida [*World Health Organization Quality of Life* (WHOQOL-BREF e WHOQOL-OLD)] e a pontuação obtida no questionário de auto-estima global [*Rosenberg Self-Esteem Scale* (RSES)], foi realizada pela Análise Variância simples (*one-way ANOVA*). Na existência de diferenças estatisticamente significativas, utilizou-se o *post-hoc* de Bonferroni.

Relativamente à totalidade da amostra, a comparação entre os grupos com média auto-estima *versus* elevada auto-estima, quanto à qualidade de vida (WHOQOL- BREF e WHOQOL- OLD), foi efectuada pelo teste *t* de medidas independentes.

A homogeneidade das variâncias foi verificada pelo teste de Levene *statistics* (se $p > 0,05$ as variâncias são homogéneas; se $p < 0,05$ as variâncias são não-homogéneas).

Nas variáveis do tipo ordinal, a comparação simultânea entre os três grupos foi realizada pela ANOVA de Kruskal-Wallis. Na existência de diferenças estatisticamente significativas, utilizou-se o *post-hoc* de Bonferroni.

O estudo da correlação entre os domínios do WHOQOL (BREF e OLD) foi efectuada pelo coeficiente de correlação produto-momento de Pearson. A interpretação da magnitude da correlação foi efectuada pelo intervalo de correlação de Pestana & Gageiro (2005)³.

² $CV \leq 15 \Rightarrow$ fraca dispersão; $15 < CV \leq 30 \Rightarrow$ dispersão média; $CV > 30 \Rightarrow$ elevada dispersão

³ Pestana & Gageiro (2005): $\leq 0,19$ Muito Fraca; 0,20 a 0,39 Fraca; 0,40 a 0,69 Moderada; 0,70 a 0,89 Forte; 0,90 a 1,0 Muito Forte

A verificação da existência de relações de dependência, que podem ou não ser relações de causalidade, entre duas variáveis qualitativas (grupo *versus* opção de resposta em cada item dos questionários), foi efectuada pelo teste de independência do qui-quadrado de Pearson (χ^2), por intermédio do procedimento *crosstabs*. O teste do qui-quadrado pressupõe que nenhuma célula da tabela tenha frequência esperada inferior a 1 e que não mais do que 20% das células tenham frequência esperada inferior a 5 unidades. Ou seja, pretende-se que todas as células tenham frequência esperada superior a 1 e que 80% das células tenham frequência esperada superior a 5 unidades. Sempre que este pressuposto não foi garantido, analisou-se a relação entre as variáveis por recurso aos resíduos ajustados estandardizados, os quais informam sobre quais as células que têm comportamento significativamente diferente do esperado. Assim, o teste do qui-quadrado para as células que violaram o pressuposto obteve-se pela soma do quadrado dos seus resíduos estandardizados. Nos casos em que não foi possível a aplicação rigorosa do teste, recorreu-se ao teste do qui-quadrado com simulação de Monte Carlo, com um nível de confiança de 99%.

A consistência interna foi avaliada pelo α -Cronbach (Anexo IV).

CAPÍTULO V – APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS

Os resultados que vamos apresentar em seguida dizem respeito às análises estatísticas dos dados recolhidos e estão organizados de forma a dar resposta às questões de investigação que orientaram este estudo.

Neste capítulo apresenta-se uma descrição dos resultados e a sua interpretação será efectuada num capítulo posterior dedicado à discussão dos mesmos.

5.1. Caracterização Sócio - demográfica da amostra

A amostra deste estudo é constituída por 70 mulheres idosas institucionalizadas num lar para terceira idade, das quais 14 pertencem ao grupo etário mais jovem (65-74 anos), 31 delas pertencem ao grupo etário intermédio (75-84anos), e 25 pertencem ao grupo etário de idade mais avançada (85 e + anos), com uma média de idades de 81.7 anos. Como verificado no Quadro 1, observa-se que em todos os grupos a maioria dos sujeitos está na situação conjugal de viuvez, ainda que, como seria de esperar, seja mais expressivo no grupo dos sujeitos de idade mais avançada, ou seja, no grupo etário dos “85 e + anos” ($n=15$, 60,0%) e menos evidente no grupo mais jovem, ou seja, no grupo etário dos “65-74 anos” ($n=6$, 42,9%). Também nos parece relevante o facto de uma considerável frequência de sujeitos, em todos os grupos, se manter na situação de solteira. Já a taxa de divórcios parece reduzir com o avançar da idade.

Ao nível das habilitações académicas, a maioria das mulheres de idade mais baixa (65-74 anos) possui a 4ª classe (actual 4º ano de escolaridade) ($n=5$, 35,7%), ao passo que nos restantes grupos a maioria dos sujeitos é classificada como analfabeta (75-84 anos: $n=13$, 41,9%; 85 e mais anos: $n=11$, 44,0%). De todo o modo, não é de desconsiderar também no grupo “65-74 anos” a elevada prevalência de analfabetismo (superior a 20%). De uma forma geral, a amostra do presente estudo revela um baixo grau de literacia.

Quanto à última profissão exercida, em todos os grupos predomina a agricultura e as actividades domésticas, sendo que a agricultura é mais prevalente nos grupos de idade mais avançada (85 e + anos) e as actividades domésticas no grupo de idade mais baixa (65-74 anos). Segundo o Instituto do Emprego e Formação Profissional (2001), no que se refere à Classificação Nacional de Profissões, a maioria dos sujeitos da amostra pertence ao grupo 7 “Operários, Artífices e Trabalhadores Similares”.

Relativamente ao valor actual de reforma, a maioria dos sujeitos dos grupos “65-74 anos” ($n=7$, 50,0%) e “85 e mais anos” ($n=12$, 48,0%) auferem “entre 300 e 400 euros), enquanto a maior parte dos sujeitos do grupo “75-84 anos” ($n=15$, 48,4%) auferem um valor inferior a 250 euros mensais. Da totalidade da amostra, apenas um sujeito auferem um valor superior a 600 euros.

Quadro 1 – Caracterização sócio-demográfica da amostra (N=70).

	65-74 anos		75-84 anos		85 e + anos		TOTAL	
	n	%	n	%	n	%	n	%
	14		31		25		70	
Estado civil								
Solteira	4	28,6	9	29,0	8	32,0	21	30,0
Casada	1	7,1	4	12,9	1	4,0	6	8,6
Divorciada	3	21,4	---	---	1	4,0	4	5,7
Viúva	6	42,9	18	58,1	15	60,0	39	55,7
Grau de instrução								
Analfabeta	3	21,4	13	41,9	11	44,0	27	38,6
Sabe ler e escrever	3	21,4	6	19,4	6	24,0	15	21,4
4ª classe	5	35,7	9	29,0	2	8,0	16	22,9
Ensino Básico (2º ciclo)	1	7,1	---	---	2	8,0	3	4,3
Não respondeu	2	14,3	3	9,7	4	16,0	9	12,9
Última profissão exercida								
Agricultora	3	21,4	15	48,4	12	48,0	30	42,9
Auxiliar administrativo	1	7,1	---	---	---	---	1	1,4
Comerciante	1	7,1	---	---	---	---	1	1,4
Doméstica	4	28,6	11	35,5	6	24,0	21	30,0
Empregada	---	---	---	---	1	4,0	1	1,4
Empregada balcão	---	---	1	3,2	---	---	1	1,4
Empregada de loja	---	---	---	---	1	4,0	1	1,4
Empregada de mesa	1	7,1	---	---	---	---	1	1,4
Empregada fabril	---	---	1	3,2	1	4,0	2	2,9
Empregada hoteleira	---	---	---	---	1	4,0	1	1,4
Empresária pastelaria	---	---	1	3,2	---	---	1	1,4
Enfermeira	1	7,1	---	---	---	---	1	1,4
Feirante	2	14,3	---	---	---	---	2	2,9
Funcionária de limpeza	1	7,1	---	---	---	---	1	1,4
Funcionária prisional	---	---	---	---	1	4,0	1	1,4
Func. produtos químicos	---	---	---	---	1	4,0	1	1,4
Jornaleira	---	---	1	3,2	---	---	1	1,4
Padeira	---	---	---	---	1	4,0	1	1,4
Tecedeira	---	---	1	3,2	---	---	1	1,4
Valor da reforma								
Inferior a 250 euros	3	21,4	15	48,4	6	24,0	24	34,3
Entre 250 e 300 euros	3	21,4	4	12,9	4	16,0	11	15,7
Entre 300 e 400 euros	7	50,0	8	25,8	12	48,0	27	38,6
Entre 400 e 500 euros	---	---	4	12,9	---	---	4	5,7
Entre 500 e 600 euros	1	7,1	---	---	2	8,0	3	4,3
Superior a 600 euros	---	---	---	---	1	4,0	1	1,4

5.2. Análise da Normalidade das Distribuições

Pelo quadro 2a, observa-se que as variáveis assinaladas com asterisco (*) registam distribuição não-normal ($p < 0,05$), pelo que serão analisadas, pelo recurso ao quociente da assimetria e da curtose pelos seus erros padrão, com o propósito de avaliar que tipo de influencia poderão ter no estudo inferencial.

Quadro 2a – Teste de Shapiro-Wilk na análise da normalidade das distribuições do RSES e dos domínios do WHOQOL-BREF e WHOQOL-OLD, em cada grupo da amostra (N=70)

	65-74 anos		75-84 anos		85 e + anos	
	W	p	W	p	W	p
+ RSES						
- Total RSES	0,927	0,279	0,951	0,169	0,983	0,942
+ WHOQOL-BREF						
- Domínio Físico	0,872	0,045*	0,931	0,047*	0,969	0,611
- Domínio Psicológico	0,976	0,949	0,942	0,093	0,955	0,320
- Domínio Relações Sociais	0,943	0,462	0,958	0,257	0,949	0,235
- Domínio Ambiente	0,923	0,244	0,970	0,522	0,953	0,288
- Qualidade de Vida Geral	0,930	0,302	0,908	0,011*	0,944	0,187
+ WHOQOL-OLD						
- Funcionamento do Sensório	0,900	0,114	0,961	0,308	0,965	0,514
- Autonomia	0,943	0,452	0,965	0,400	0,972	0,691
- Actividades Pass., Pres. e Fut.	0,955	0,646	0,972	0,581	0,929	0,081
- Participação Social	0,908	0,147	0,892	0,005*	0,951	0,267
- Morte e Morrer	0,958	0,688	0,930	0,043*	0,917	0,044*
- Intimidade	0,938	0,391	0,903	0,009*	0,952	0,281

* distribuição não-normal ($p < 0,05$).

Pelo quadro 2b, observa-se que as variáveis que, pelo teste de Shapiro-Wilk, registaram distribuição não-normal, nos três grupos da amostra, registam valores de quociente assimetria/*std error* e curtose/*std error* compreendidos no intervalo]-1,96; 1,96[, pelo que no estudo inferencial estas variáveis serão tratadas como tendo distribuição normal ou suficientemente próxima da normal para ser tratada como tal.

Quadro 2b – Quociente da assimetria e da curtose pelos seus erros padrão nas variáveis com distribuição não-normal, em cada grupo da amostra (N=70)

	65-74 anos		75-84 anos		85 e + anos	
	Assim/ <i>Std Error</i>	Curt/ <i>Std Error</i>	Assim/ <i>Std Error</i>	Curt/ <i>Std Error</i>	Assim/ <i>Std Error</i>	Curt/ <i>Std Error</i>
- Domínio Físico	-1,54	-0,29	1,00	-1,18	---	---
- Qualidade de Vida Geral	---	---	1,52	-0,59	---	---
- Participação Social	---	---	1,83	-0,22	---	---
- Morte e Morrer	---	---	0,27	-1,49	0,02	-1,31
- Intimidade	---	---	-1,19	-0,85	---	---

5.3. Escala de Auto-Estima de Rosenberg

A análise das respostas obtidas no questionário *Rosenberg Self-Esteem Scale* (Quadro 3) permite verificar que, em termos médios, a maior frequência (absoluta e relativa) de respostas, em todos os grupos, está concentrada na opção «Concordo», seguindo-se a opção «Discordo». Assim, em termos globais, os grupos registam a seguinte média percentual em cada opção de resposta do RSES:

- Opção «Concordo Fortemente»:
 - 65-74 anos: 10,0% (itens que mais contribuíram: 10, 1, 3)
 - 75-84 anos: 7,1% (itens que mais contribuíram: 3, 1, 4)
 - 85 e mais anos: 9,2% (itens que mais contribuíram: 1, 3, 10)

- Opção «Concordo»:
 - 65-74 anos: 43,6% (itens que mais contribuíram: 3, 7, 1, 5, 6)
 - 75-84 anos: 45,8% (itens que mais contribuíram: 7, 3, 1, 10, 6)
 - 85 e mais anos: 40,8% (itens que mais contribuíram: 3, 7, 1, 10, 6)

- Opção «Discordo»:
 - 65-74 anos: 37,9% (itens que mais contribuíram: 2, 8, 4, 9, 6)
 - 75-84 anos: 35,2% (itens que mais contribuíram: 8, 2, 9, 5, 4)
 - 85 e mais anos: 37,6% (itens que mais contribuíram: 2, 5, 8, 4, 9)

- Opção «Discordo Fortemente»:
 - 65-74 anos: 8,6% (itens que mais contribuíram: 9, 5, 2, 6)
 - 75-84 anos: 11,9% (itens que mais contribuíram: 9, 5, 6, 2)
 - 85 e mais anos: 12,4% (itens que mais contribuíram: 9, 6, 2)

Pelo teste do qui-quadrado, verifica-se que em todos os itens inexistem diferenças estatisticamente significativas ($p > 0,05$), o que indicia a relação de independência dos sujeitos dos três grupos face aos indicadores que avaliam a auto-estima.

Quadro 3 – Frequência absoluta (*n*) e relativa (%) de sujeitos de cada grupo da amostra, em cada opção de resposta para cada questão do questionário escala de avaliação global da auto-estima: *Roseberg Self-Esteem Scale* (RSES) (N=70).

Auto-estima global	65-74 anos				75-84 anos				85 e + anos				Qui-Quadrado	
	CF	C	D	DF	CF	C	D	DF	CF	C	D	DF	χ^2	<i>p</i>
1. Globalmente estou satisfeita comigo.	3 (21,4)	7 (50,0)	4 (28,6)	---	4 (12,9)	19 (61,3)	5 (16,1)	3 (9,7)	7 (28,0)	12 (48,0)	5 (20,0)	1 (4,0)	4,632	0,614
2. Por vezes penso que não sou bom/boa em nada.	---	3 (21,4)	9 (64,3)	2 (14,3)	---	9 (29,0)	18 (58,1)	4 (12,9)	---	3 (12,0)	16 (64,0)	6 (24,0)	3,054	0,568
3. Sinto que tenho algumas qualidades.	3 (21,4)	11 (78,6)	---	---	6 (19,4)	25 (80,6)	---	---	5 (20,0)	19 (76,0)	---	1 (4,0)	1,859	0,862
4. Sou capaz de fazer as coisas tão bem como a maioria das pessoas.	1 (7,1)	4 (28,6)	8 (57,1)	1 (7,1)	4 (12,9)	11 (35,5)	13 (41,9)	3 (9,7)	3 (12,0)	9 (36,0)	13 (52,0)	---	3,343	0,799
5. Sinto que não tenho muito de que me orgulhar.	---	7 (50,0)	4 (28,6)	3 (21,4)	---	10 (32,3)	14 (45,2)	7 (22,6)	---	6 (24,0)	16 (64,0)	3 (12,0)	5,216	0,268
6. Por vezes sinto-me, de facto, um/a inútil.	---	6 (42,9)	6 (42,9)	2 (14,3)	1 (3,2)	15 (48,4)	8 (25,8)	7 (22,6)	---	11 (44,0)	7 (28,0)	7 (28,0)	3,074	0,858
7. Sinto-me uma pessoa de valor, pelo menos tanto quanto a generalidade das pessoas.	2 (14,3)	11 (78,6)	1 (7,1)	---	3 (9,7)	27 (87,1)	1 (3,2)	---	3 (12,0)	18 (72,0)	4 (16,0)	---	3,265	0,538
8. Gostaria de ter mais respeito por mim próprio/a.	---	5 (35,7)	9 (64,3)	---	1 (3,2)	4 (12,9)	23 (74,2)	3 (9,7)	---	8 (32,0)	14 (56,0)	3 (12,0)	6,567	0,356
9. Bem vistas as coisas, inclino-me a sentir que sou um/a falhado/a.	---	2 (14,3)	8 (57,1)	4 (28,6)	---	4 (12,9)	18 (58,1)	9 (29,0)	---	4 (16,0)	13 (52,0)	8 (32,0)	0,243	0,989
10. Adopto uma atitude positiva para comigo.	5 (35,7)	5 (35,7)	4 (28,6)	---	3 (9,7)	18 (58,1)	9 (29,0)	1 (3,2)	5 (20,0)	12 (48,0)	6 (24,0)	2 (8,0)	6,186	0,427

CF – Concordo Fortemente

C – Concordo

D – Discordo

DF – Discordo Fortemente

Apesar do constructo da auto-estima ser entendido de forma unidimensional, se em função da pontuação obtida da auto-estima, considerarmos três grupos: baixa auto-estima (10 a 20 pontos), média auto-estima (21 a 30 pontos) e elevada auto-estima (31 a 40 pontos), observamos que apenas existe um sujeito, do grupo “85 e mais anos”, classificado com baixa auto-estima. Pelo quadro 4, verifica-se que nos três grupos a prevalência é a auto-estima média, ainda que mais dominante nas idades mais baixas (65-74 anos e 75-84 anos). O teste do qui-quadrado (χ^2) mostrou a inexistência de diferenças estatisticamente significativas ($p=0,749$), o que sugere a independência na relação entre os grupos da amostra e as formas de classificação da auto-estima.

Quadro 4 – Frequência absoluta (n) e relativa (%) e teste do qui-quadrado na relação entre os grupos da amostra, relativamente à classificação da auto-estima.

	65-74 anos		75-84 anos		85 e + anos		Qui-Quadrado	
	n	%	n	%	n	%	χ^2	p
Baixa auto-estima (10-20)	---	---	---	---	1	4,0	2,355	0,749
Média auto-estima (21-30)	10	71,4	22	71,0	15	60,0		
Elevada auto-estima (31-40)	4	28,6	9	29,0	9	36,0		

Pelo quadro 5, observam-se os valores de classificação média (*mean rank*) e o nível de significância pelo teste H Kruskal-Wallis, relativamente à comparação simultânea entre os três grupos da amostra quanto a cada um dos itens da escala de avaliação global da auto-estima de *Rosenberg*. Constatamos que não existem diferenças estatisticamente significativas entre os grupos ($p>0,05$), o que mostra a homogeneidade da amostra na forma como avalia a sua auto-estima.

Quadro 5 – *Mean rank* (classificação média) e teste *H Kruskal-Wallis* na comparação simultânea entre os três grupos da amostra relativamente a cada item da escala de avaliação global da auto-estima (*Rosenberg Self-Esteem Scale*).

	65-74	75-84	85 e +	Kruskal-Wallis	
	anos	anos	anos	χ^2	<i>p</i>
	<i>Mean rank</i>	<i>Mean rank</i>	<i>Mean rank</i>		
1. Globalmente estou satisfeita comigo.	35,36	37,73	32,82	0,977	0,614
2. Por vezes penso que não sou boa em nada.	34,71	32,13	40,12	2,866	0,239
3. Sinto que tenho algumas qualidades.	34,61	35,32	36,22	0,120	0,942
4. Sou capaz de fazer as coisas tão bem como a maioria das pessoas.	39,36	35,24	33,66	0,844	0,656
5. Sinto que não tenho muito de que me orgulhar.	31,29	36,61	36,48	0,890	0,641
6. Por vezes sinto-me, de facto, uma inútil.	35,29	33,97	37,52	0,489	0,783
7. Sinto-me uma pessoa de valor, pelo menos tanto quanto a generalidade das pessoas.	34,14	34,40	37,62	0,872	0,647
8. Gostaria de ter mais respeito por mim própria.	30,25	38,65	34,54	2,463	0,292
9. Bem vistas as coisas, inclino-me a sentir que sou uma falhada.	35,07	35,55	35,68	0,010	0,995
10. Adopto uma atitude positiva para comigo.	30,14	37,74	35,72	1,590	0,452

* Diferenças estatisticamente significativas ($p < 0,05$).

O questionário *Rosenberg Self-Esteem Scale* contém 10 itens divididos em orientação positiva (itens: 1, 3, 4, 7 e 10) e orientação negativa (itens: 2, 5, 6, 8 e 9). A pontuação total do RSES é estabelecida reorientando os itens, de forma a que todos sigam a mesma ordem pontual (1 a 4). Assim, pela *one-way ANOVA* (quadro 6), observamos que não existem diferenças estatisticamente significativas entre os grupos ($F=0,086$; $p=0,917$), dada a homogeneidade existente entre os sujeitos da amostra.

Em relação ao valor da auto-estima global, atendendo que o resultado obtido poderia variar entre 10 e 40 pontos, observamos que a pontuação média dos três grupos está mais próxima do limite superior do que do limite inferior, pelo que podemos concluir que, em termos médios, a amostra do presente estudo ($N=70$) possui uma auto-estima média/razoável (quadro 6).

Quadro 6 – Média, desvio-padrão, valores mínimo e máximo, relativamente à escala de avaliação global da auto-estima. *One-way* ANOVA na comparação inter-grupos.

	65-74 anos		75-84 anos		85 e + anos		ANOVA	
	M	DP	M	DP	M	DP	F	p
RSES Total	28,8 (22-37)	4,76	28,8 (21-38)	4,69	29,3 (20-40)	5,07	0,086	0,917

5.4. Percepção de Qualidade de Vida WHOQOL-BREF

Associado ao conceito de qualidade de vida está inerente a percepção que a pessoa tem em relação ao seu posicionamento na vida, no que concerne aos sistemas de valores adoptados pela sociedade, à cultura, aos objectivos, expectativas, padrões e preocupações. Nesta medida, as 26 questões que formam o WHOQOL-BREF, na avaliação da qualidade de vida, referem-se a três aspectos essenciais: subjectividade, multidimensionalidade e inclusão de domínios positivos e negativos. Assim, pela análise do quadro 7, constata-se que em todos os grupos a mais reduzida frequência de sujeitos se situa nas opções extremas «1» e «5», sendo que a maior frequência (absoluta e relativa) de respostas está concentrada nas opções «3» e «4» do WHOQOL-BREF⁴. Podemos também observar que por opção de resposta e em cada grupo amostral, os itens mais representativos, por ordem decrescente de importância, são:

- Opção 1:
 - 65-74 anos: itens 4, 15, 21, 25
 - 75-84 anos: itens 4, 3, 15, 22
 - 85 e mais anos: itens 4, 3, 15, 12

4

- Questões 1 e 15:
Opção 1- Muito Má; 2- Má; 3- Nem boa nem má; 4-Boa; 5- Muito boa
- Questões 2 e 16 a 25:
Opção 1- Muito insatisfeita; 2- Insatisfeita; 3-Nem satisfeita nem insatisfeita; 4- Satisfeita; 5- Muito satisfeita
- Questões 3 a 9:
Opção 1- Nada; 2- Pouco; 3- Nem muito nem pouco; 4- Muito; 5- MUITÍSSIMO
- Questões 10 a 14:
Opção 1- nada; 2- Pouco; 3- Moderadamente; 4- Bastante; 5- Completamente
- Questão 26:
Opção 1- Nunca; 2- Poucas vezes; 3- Algumas vezes; 4- Frequentemente; 5- Sempre

- Opção 2:
 - 65-74 anos: itens 12, 4, 25, 2, 7
 - 75-84 anos: itens 12, 18, 17, 10, 2, 15
 - 85 e mais anos: itens 12, 17, 18, 4, 15, 26

- Opção 3:
 - 65-74 anos: itens 21, 17, 18, 2, 10, 13, 24
 - 75-84 anos: itens 21, 5, 9, 6, 7, 10, 13
 - 85 e mais anos: itens 21, 2, 5, 6, 10, 11

- Opção 4:
 - 65-74 anos: itens 8, 23, 14, 19, 5, 11
 - 75-84 anos: itens 24, 23, 8, 20, 9, 14, 16, 1, 22
 - 85 e mais anos: itens 8, 23, 1, 9, 24, 7, 11, 19, 20, 22

- Opção 5:
 - 65-74 anos: itens 13, 24, 20, 22
 - 75-84 anos: itens 13, 24, 11
 - 85 e mais anos: itens 13, 24, 20

Podemos observar ainda que os itens com maior frequência em cada grupo, são:

- 65-74 anos:
 - . Item 12 “*Tem dinheiro suficiente para satisfazer as suas necessidades?*” (64,3%), na opção «Pouco»;
 - . Item 21 “*Até que ponto está satisfeita com a sua vida sexual?*” (64,3%), na opção «Nem Boa Nem Má».

- 75-84 anos:
 - . Item 21 “*Até que ponto está satisfeita com a sua vida sexual?*” (74,2%), na opção «Nem Boa Nem Má»;
 - . Item 24 “*Até que ponto está satisfeita com o acesso que tem aos serviços de saúde?*” (71,0%), na opção «Satisfeito»;

. Item 23 “*Até que ponto está satisfeita com as condições do lugar em que vive?*” (61,3%), na opção «Satisfeito».

- 85 e mais anos:

. Item 21 “*Até que ponto está satisfeita com a sua vida sexual?*” (64,0%), na opção «Nem Boa Nem Má»;

. Item 8 “*Em que medida se sente em segurança no seu dia-a-dia?*” (64,0%), na opção «Satisfeito».

Assim, na globalidade do WHOQOL-BREF, a média percentual obtida em cada opção de resposta, por cada grupo amostral, foi a seguinte:

	65-74 anos	75-84 anos	85 e mais anos
OPÇÃO 1	4,9%	5,5%	6,2%
OPÇÃO 2	23,9%	21,7%	25,8%
OPÇÃO 3	33,2%	32,3%	30,0%
OPÇÃO 4	28,8%	33,5%	31,1%
OPÇÃO 5	9,1%	7,1%	6,9%

Quadro 7 – Frequência absoluta (n) e relativa em cada item do questionário WHOQOL-BREF, para cada grupo da amostra (N=70).

	OPÇÃO1			OPÇÃO2			OPÇÃO3			OPÇÃO4			OPÇÃO5		
	65-74 anos	75-84 anos	85 e+ anos	65-74 anos	75-84 anos	85 e+ anos	65-74 anos	75-84 anos	85 e+ anos	65-74 anos	75-84 anos	85 e+ anos	65-74 anos	75-84 anos	85 e+ anos
Q1	1 (7,1)	Muito Má ---	---	3 (21,4)	Má 2 (6,5)	3 (12,0)	4 (28,6)	Nem Boa Nem Má 12 (38,7)	8 (32,0)	5 (35,7)	Boa 13 (41,9)	12 (48,0)	1 (7,1)	Muito Boa 4 (12,9)	2 (8,0)
Q2	1 (7,1)	Muito Insatisfeito 2 (6,5)	2 (8,0)	5 (35,7)	Insatisfeito 10 (32,3)	6 (24,0)	7 (50,0)	Nem Satisfeito Nem Insatisfeit. 9 (29,0)	11 (44,0)	1 (7,1)	Satisfeito 7 (22,6)	6 (24,0)	---	Muito Satisfeito 3 (9,7)	---
Q3	1 (7,1)	Nada 7 (22,6)	5 (20,0)	5 (35,7)	Pouco 6 (19,4)	5 (20,0)	3 (21,4)	Nem Muito Nem Pouco 5 (16,1)	5 (20,0)	4 (28,6)	Muito 12 (38,7)	9 (36,0)	1 (7,1)	Muitíssimo 1 (3,2)	1 (4,0)
Q4	5 (35,7)	12 (38,7)	8 (32,0)	6 (42,9)	9 (29,0)	13 (52,0)	1 (7,1)	8 (25,8)	2 (8,0)	1 (7,1)	2 (6,5)	2 (8,0)	1 (7,1)	---	---
Q5	---	---	2 (8,0)	4 (28,6)	6 (19,4)	3 (12,0)	2 (14,3)	15 (48,4)	11 (44,0)	6 (42,9)	8 (25,8)	9 (36,0)	2 (14,3)	2 (6,5)	---
Q6	---	---	---	2 (14,3)	5 (16,1)	6 (24,0)	5 (35,7)	14 (45,2)	10 (40,0)	5 (35,7)	11 (35,5)	8 (32,0)	2 (14,3)	1 (3,2)	1 (4,0)
Q7	---	---	---	5 (35,7)	7 (22,6)	6 (24,0)	5 (35,7)	14 (45,2)	9 (36,0)	3 (21,4)	9 (29,0)	10 (40,0)	1 (7,1)	1 (3,2)	---
Q8	---	---	---	1 (7,1)	2 (6,5)	1 (4,0)	4 (28,6)	9 (29,0)	8 (32,0)	8 (57,1)	18 (58,1)	16 (64,0)	1 (7,1)	2 (6,5)	---
Q9	1 (7,1)	---	---	2 (14,3)	2 (6,5)	4 (16,0)	5 (35,7)	15 (48,4)	9 (36,0)	5 (35,7)	14 (45,2)	12 (48,0)	1 (7,1)	---	---
Q10	---	Nada 1 (3,2)	1 (4,0)	4 (28,6)	Pouco 11 (35,5)	8 (32,0)	7 (50,0)	Moderadamente 14 (45,2)	10 (40,0)	3 (21,4)	Bastante 4 (12,9)	6 (24,0)	---	Completamente 1 (3,2)	---
Q11	---	---	---	1 (7,1)	5 (16,1)	2 (8,0)	5 (35,7)	12 (38,7)	10 (40,0)	6 (42,9)	9 (29,0)	10 (40,0)	2 (14,3)	5 (16,1)	3 (12,0)
Q12	---	2 (6,5)	4 (16,0)	9 (64,3)	18 (58,1)	14 (56,0)	4 (28,6)	11 (35,5)	5 (20,0)	1 (7,1)	---	2 (8,0)	---	---	---
Q13	---	---	---	1 (7,1)	4 (12,9)	6 (24,0)	7 (50,0)	13 (41,9)	6 (24,0)	2 (14,3)	7 (22,6)	6 (24,0)	4 (28,6)	7 (22,6)	7 (28,0)
Q14	---	---	2 (8,0)	2 (14,3)	7 (22,6)	5 (20,0)	3 (21,4)	7 (22,6)	8 (32,0)	7 (50,0)	14 (45,2)	9 (36,0)	2 (14,3)	3 (9,7)	1 (4,0)
Q15	4 (28,6)	Muito Má 5 (16,1)	5 (20,0)	4 (28,6)	Má 10 (32,3)	10 (40,0)	1 (7,1)	Nem Boa Nem Má 6 (19,4)	7 (28,0)	5 (35,7)	Boa 5 (16,1)	1 (4,0)	---	Muito Boa 5 (16,1)	2 (8,0)
Q16	1 (7,1)	Muito Insatisfeito 3 (9,7)	3 (12,0)	3 (21,4)	Insatisfeito 6 (19,4)	5 (20,0)	5 (35,7)	Nem Satisfeito Nem Insatisfeit. 7 (22,6)	7 (28,0)	4 (28,6)	Satisfeito 14 (45,2)	8 (32,0)	1 (7,1)	Muito Satisfeito 1 (3,2)	2 (8,0)
Q17	---	1 (3,2)	1 (4,0)	3 (21,4)	14 (45,2)	14 (56,0)	8 (57,1)	5 (16,1)	6 (24,0)	3 (21,4)	10 (32,3)	4 (16,0)	---	1 (3,2)	---
Q18	---	1 (3,2)	3 (12,0)	3 (21,4)	15 (48,4)	14 (56,0)	8 (57,1)	6 (19,4)	5 (20,0)	3 (21,4)	8 (25,8)	2 (8,0)	---	1 (3,2)	1 (4,0)
Q19	---	---	---	2 (14,3)	6 (19,4)	5 (20,0)	4 (28,6)	11 (35,5)	8 (32,0)	7 (50,0)	11 (35,5)	10 (40,0)	1 (7,1)	3 (9,7)	2 (8,0)
Q20	---	---	---	2 (14,3)	6 (19,4)	6 (24,0)	5 (35,7)	6 (19,4)	5 (20,0)	4 (28,6)	15 (48,4)	10 (40,0)	3 (21,4)	4 (12,9)	4 (16,0)
Q21	2 (14,3)	2 (6,5)	---	3 (21,4)	3 (9,7)	4 (16,0)	9 (64,3)	23 (74,2)	16 (64,0)	---	3 (9,7)	4 (16,0)	---	---	1 (4,0)
Q22	---	4 (12,9)	---	2 (14,3)	2 (6,5)	6 (24,0)	4 (28,6)	10 (32,3)	6 (24,0)	5 (35,7)	13 (41,9)	10 (40,0)	3 (21,4)	2 (6,5)	3 (12,0)
Q23	---	---	---	4 (28,6)	5 (16,1)	3 (12,0)	---	5 (16,1)	6 (24,0)	8 (57,1)	19 (61,3)	13 (52,0)	2 (14,3)	2 (6,5)	3 (12,0)
Q24	---	---	---	1 (7,1)	---	1 (4,0)	6 (42,9)	3 (9,7)	5 (20,0)	3 (21,4)	22 (71,0)	12 (48,0)	4 (28,6)	6 (19,4)	7 (28,0)
Q25	2 (14,3)	3 (9,7)	2 (8,0)	6 (42,9)	6 (19,4)	8 (32,0)	4 (28,6)	10 (32,3)	9 (36,0)	2 (14,3)	11 (35,5)	5 (20,0)	---	1 (3,2)	1 (4,0)
Q26	---	Nunca 1 (3,2)	2 (8,0)	4 (28,6)	Poucas Vezes 8 (25,8)	10 (40,0)	5 (35,7)	Algumas Vezes 10 (32,3)	3 (12,0)	4 (28,6)	Frequentemente 11 (35,5)	6 (24,0)	1 (7,1)	Sempre 1 (3,2)	4 (16,0)

Pelo teste *H* Kruskal-Wallis, na comparação item a item do questionário da qualidade de vida WHOQOL-BREF, entre os três grupos da amostra (Quadro 8), constata-se que apenas o item 18 “*Até que ponto está satisfeita com a sua capacidade de trabalho?*” regista diferenças estatisticamente significativas ($p=0,046$). Pelo *post-hoc* de Bonferroni, verificamos que as diferenças são observadas na comparação “65-74 anos” *versus* “85 e mais anos” ($p=0,004$), devido à classificação média mais elevada do grupo mais jovem, demonstrativo de uma maior satisfação com a capacidade de realizar trabalho.

Por sua vez, a comparação inter-grupos mostra a existência de diferenças marginalmente significativas no item 21 “*Até que ponto está satisfeita com a sua vida sexual?*” ($p=0,083$). O *post-hoc* de Bonferroni revelou que os grupos que mais se diferenciam são “65-74 anos” *versus* “85 e mais anos” ($p=0,01$), devido à classificação média mais elevada no grupo de idade mais avançada.

Nos restantes itens não são observadas diferenças estatisticamente significativas ($p>0,05$), dada a proximidade das classificações médias dos três grupos.

Quadro 8 – *Mean rank* (classificação média) e teste *H* Kruskal-Wallis na comparação inter-grupos, relativamente a cada item da escala de avaliação global da qualidade de vida (WHOQOL-BREF) (N=70).

WHOQOL-BREF	65-74 anos	75-84 anos	85 e + anos	Kruskal-Wallis	
	<i>Mean rank</i>	<i>Mean rank</i>	<i>Mean rank</i>	χ^2	<i>p</i>
1 - Como avalia a sua qualidade de vida?	29,50	37,66	36,18	1,815	0,404
2 - Até que ponto está satisfeita com a sua saúde?	30,25	37,31	36,20	1,329	0,515
3 - Em que medida as suas dores (físicas) a impedem de fazer o que precisa de fazer?	36,54	35,06	35,46	0,054	0,973
4 - Em que medida precisa de cuidados médicos para fazer a sua vida diária?	35,57	36,05	34,78	0,061	0,970
5 - Até que ponto gosta da vida?	40,14	34,63	33,98	1,034	0,596
6 - Em que medida sente que a sua vida tem sentido?	40,25	35,32	33,06	1,275	0,529
7 - Até que ponto se consegue concentrar?	32,29	35,76	36,98	0,548	0,760
8 - Em que medida se sente em segurança no seu dia-a-dia?	35,96	35,97	34,66	0,088	0,957
9 - Em que medida é saudável o seu ambiente físico?	33,71	36,35	35,44	0,194	0,908
10 - Tem energia suficiente para a sua vida diária?	38,00	33,92	36,06	0,479	0,787
11 - É capaz de aceitar a sua aparência física?	38,11	33,74	36,22	0,552	0,759
12 - Tem dinheiro suficiente para satisfazer as suas necessidades?	38,71	36,31	32,70	1,124	0,570
13 - Até que ponto tem fácil acesso às informações necessárias para organizar a sua vida diária?	36,68	35,10	35,34	0,066	0,968
14 - Em que medida tem oportunidade para realizar actividades de lazer?	41,21	36,79	30,70	2,924	0,232
15 - Como avalia a sua mobilidade (capacidade para se movimentar e deslocar por si própria)?	33,68	38,73	32,52	1,520	0,468
16 - Até que ponto está satisfeita com o seu sono?	34,64	36,56	34,66	0,166	0,921

Quadro 8 – Mean rank (classificação média) e teste *H* Kruskal-Wallis na comparação inter-grupos, relativamente a cada item da escala de avaliação global da qualidade de vida (WHOQOL-BREF) (N=70) (Cont.)

17 - Até que ponto está satisfeita com a sua capacidade para desempenhar as actividades do seu dia-a-dia?	41,50	37,05	30,22	3,503	0,174
18 - Até que ponto está satisfeita com a sua capacidade de trabalho?	43,96	37,15	28,72	6,149	0,046*
19 - Até que ponto está satisfeita consigo própria?	38,21	34,68	35,00	0,352	0,839
20 - Até que ponto está satisfeita com as suas relações pessoais?	35,89	35,97	34,70	0,067	0,967
21 - Até que ponto está satisfeita com a sua vida sexual?	27,14	36,03	39,52	4,984	0,083**
22 - Até que ponto está satisfeita com o apoio que recebe dos seus amigos?	39,93	33,47	35,54	1,070	0,586
23 - Até que ponto está satisfeita com as condições do lugar em que vive?	36,29	34,94	35,76	0,061	0,970
24 - Até que ponto está satisfeita com o acesso que tem aos serviços de saúde?	29,39	37,76	36,12	2,006	0,367
25 - Até que ponto está satisfeita com os transportes que utiliza?	27,71	39,71	34,64	3,704	0,157
26 - Com que frequência tem sentimentos negativos, tais como tristeza, desespero, ansiedade ou depressão?	36,71	36,27	33,86	0,278	0,870

* diferenças estatisticamente significativas ($p < 0,05$).

** diferenças marginalmente significativas ($p < 0,10$).

Pelo quadro 9, observa-se que a análise das dimensões do questionário WHOQOL-BREF revela a inexistência de diferenças estatisticamente significativas na comparação simultânea entre os três grupos da amostra ($p > 0,05$), o que é demonstrativo do predomínio da homogeneidade, i.e., da forma como os sujeitos idosos avaliam a sua qualidade de vida.

Com excepção da qualidade de vida ambiental, no grupo “75-84 anos”, que apresenta baixa dispersão ($CV < 15$), as restantes variáveis, em todos os grupos, registam média dispersão ($15 < CV \leq 30$). Com estes valores de dispersão, podemos afirmar que a amostra se distribui moderadamente em torno do valor médio. Assim, considerando o valor total, observamos que o valor médio em cada grupo é superior é de 59,5%, 59,6% e 58,4%, para os grupos “65-74 anos”, “75-84 anos” e “85 e mais anos”, respectivamente, revelando que as idosas da nossa amostra apresentam uma qualidade de vida razoável, ou seja, elas têm uma percepção razoável de si, dos outros e do mundo que as rodeia.

Quadro 9 – Média, desvio-padrão, valores mínimo e máximo e *one-way* ANOVA na comparação simultânea entre todos os grupos da amostra, relativamente às dimensões do WHOQOL-BREF.

WHOQOL-BREF	65-74 anos		75-84 anos		85 e + anos		One-Way ANOVA	
	M	DP	M	DP	M	DP	F	p
Dimensão 1 - Qualidade de Vida Física	21,5 (12-26)	4,57	21,6 (12-34)	6,01	20,4 (13-31)	4,52	0,391	0,678
Dimensão 2 - Qualidade de Vida Psicológica	19,9 (11-29)	4,81	19,3 (13-28)	4,13	19,3 (11-27)	4,58	0,112	0,895
Dimensão 3 - Qualidade de Vida nas Relações Sociais	9,7 (5-13)	2,46	9,7 (4-14)	2,30	10,0 (6-15)	2,35	0,129	0,879
Dimensão 4 - Qualidade de Vida Ambiental	26,3 (20-35)	4,98	27,0 (19-36)	3,62	26,2 (17-33)	4,50	0,287	0,751
Qualidade de Vida Geral/ Percepção Geral Saúde	5,7 (2-8)	1,59	6,6 (4-10)	1,63	6,4 (4-9)	1,38	1,541	0,222
WHOQOL-BREF: Total	77,4 (52-100)	14,36	77,5 (52-110)	13,71	75,9 (51-99)	12,55	0,115	0,891

M – Média

DP – Desvio-Padrão

5.5. Percepção de Qualidade de Vida WHOQOL-OLD

Pelo quadro 10, constata-se que em todos os grupos a mais reduzida frequência de sujeitos se situa nas opções extremas «1» e «5», sendo que a maior frequência (absoluta e relativa) de respostas está concentrada, de forma relativamente equilibrada, nas opções «2», «3» e «4» do WHOQOL-OLD⁵.

Por opção de resposta e em cada grupo amostral, os itens mais representativos, por ordem decrescente de importância, são:

- Opção 1:
 - 65-74 anos: itens 2, 10
 - 75-84 anos: itens 10, 1, 2
 - 85 e mais anos: itens 19, 8, 6, 10
- Opção 2:
 - 65-74 anos: itens 4, 11, 17, 1, 10, 23
 - 75-84 anos: itens 11, 10, 12, 17, 16, 4
 - 85 e mais anos: itens 10, 11, 12, 17, 2, 4, 18
- Opção 3:
 - 65-74 anos: itens 19, 3, 11, 18
 - 75-84 anos: itens 19, 4

5

- Questões 1 a 9 e 21 a 24:

Opção 1- Nada; 2- Muito Pouco; 3- mais ou menos; 4- Bastante; 5- Extremamente

- Questões 10 a 14:

Opção 1- Nada; 2- Muito Pouco; 3- Médio; 4- Médio; 5- Completamente

- Questões 15 a 18:

Opção 1- Muito Insatisfeito; 2- Insatisfeito; 3- Nem Satisfeito Nem Insatisfeito; 4- Satisfeito; 5- Muito Satisfeito

- Questão 19:

Opção 1- Muito Infeliz; 2- Infeliz; 3- nem Feliz Nem Infeliz; 4- Feliz; 5- Muito feliz

- Questão 20:

Opção 1- Muito Ruim; 2- Ruim; 3- nem Ruim Nem Boa; 4- Boa; 5- Muito Boa

- 85 e mais anos: itens 19, 3, 12, 23, 24

- Opção 4:

- 65-74 anos: itens 5, 9, 15, 16

- 75-84 anos: itens 5, 9, 15, 3, 6, 21, 22, 13

- 85 e mais anos: itens 15, 5, 9, 13, 22

- Opção 5:

- 65-74 anos: itens 9

- 75-84 anos: itens 20

- 85 e mais anos: itens 5, 16, 20, 21

Assim, na globalidade do WHOQOL-OLD, a média percentual obtida em cada opção de resposta e em cada grupo, foi a seguinte:

	65-74 anos	75-84 anos	85 e mais anos
OPÇÃO 1	7,1%	6,3%	8,0%
OPÇÃO 2	28,6%	29,4%	28,3%
OPÇÃO 3	25,9%	25,8%	29,8%
OPÇÃO 4	26,5%	32,0%	28,5%
OPÇÃO 5	9,2%	3,0%	2,0%

Os itens com maior frequência em cada grupo são:

- 65-74 anos:

. Item 4 “*Até que ponto você sente que controla o seu futuro?*” (57,1%), na opção «Muito Pouco»;

. Item 19 “*Quão feliz você está com as coisas que você pode esperar daqui para frente?*” (57,1%), na opção «Nem Feliz Nem Infeliz».

- 75-84 anos:

. Item 11 “*Até que ponto você consegue fazer as coisas que gostaria de fazer?*” (77,4%), na opção «Muito Pouco»;

. Item 5 “*O quanto você sente que as pessoas ao seu redor respeitam a sua liberdade?*” e 9 “*O quanto você teme sofrer dor antes de morrer?*” (74,2%), na opção «Bastante»;

. Item 15 “*Quão satisfeita você está com aquilo que alcançou na sua vida?*” (67,7%), na opção «Satisfeito»;

. Item 10 “*Até que ponto o funcionamento dos seus sentidos (por exemplo, audição, visão, paladar, olfato, tato) afeta a sua capacidade de interagir com outras pessoas?*” e 12 “*Até que ponto você está satisfeita com as suas oportunidades para continuar alcançando outras realizações na sua vida?*” (61,3%), na opção «Muito Pouco e o item 19 “*Quão feliz você está com as coisas que você pode esperar daqui para frente?*” (61,3%), na opção «Nem Feliz Nem Infeliz».

- 85 e mais anos:

. Item 15 “*Quão satisfeita você está com aquilo que alcançou na sua vida?*” (76,0%), na opção «Satisfeito»;

. Item 5 “*O quanto você sente que as pessoas ao seu redor respeitam a sua liberdade?*” (64,0%), na opção «Bastante»;

. Item 10 “*Até que ponto o funcionamento dos seus sentidos (por exemplo, audição, visão, paladar, olfato, tato) afeta a sua capacidade de interagir com outras pessoas?*” (64,0%), na opção «Muito Pouco».

Quadro 10 – Frequência absoluta (n) e relativa em cada item do questionário WHOQOL-OLD, para cada grupo da amostra (N= 70).

	OPÇÃO1			OPÇÃO2			OPÇÃO3			OPÇÃO4			OPÇÃO5		
	65-74 anos	75-84 anos	85 e + anos	65-74 anos	75-84 anos	85 e + anos	65-74 anos	75-84 anos	85 e + anos	65-74 anos	75-84 anos	85 e + anos	65-74 anos	75-84 anos	85 e + anos
	Nada			Muito Pouco			Mais ou Menos			Bastante			Extremamente		
Q1	2 (14,3)	6 (19,4)	3 (12,0)	6 (42,9)	11 (35,5)	8 (32,0)	3 (21,4)	8 (25,8)	9 (36,0)	3 (21,4)	5 (16,1)	5 (20,0)	---	1 (3,2)	---
Q2	4 (28,6)	6 (19,4)	4 (16,0)	5 (35,7)	12 (38,7)	11 (44,0)	2 (14,3)	7 (22,6)	6 (24,0)	3 (21,4)	6 (19,4)	4 (16,0)	---	---	---
Q3	---	---	---	---	4 (12,9)	2 (8,0)	6 (42,9)	8 (25,8)	12 (48,0)	5 (35,7)	17 (54,8)	11 (44,0)	3 (21,4)	2 (6,5)	---
Q4	1 (7,1)	---	---	8 (57,1)	13 (41,9)	11 (44,0)	2 (14,3)	14 (45,2)	9 (36,0)	3 (21,4)	4 (12,9)	5 (20,0)	---	---	---
Q5	---	---	---	1 (7,1)	1 (3,2)	2 (8,0)	4 (28,6)	4 (12,9)	5 (20,0)	7 (50,0)	23 (74,2)	16 (64,0)	2 (14,3)	3 (9,7)	2 (8,0)
Q6	2 (14,3)	4 (12,9)	5 (20,0)	4 (28,6)	8 (25,8)	8 (32,0)	1 (7,1)	4 (12,9)	5 (20,0)	5 (35,7)	15 (48,4)	7 (28,0)	2 (14,3)	---	---
Q7	2 (14,3)	4 (12,9)	4 (16,0)	5 (35,7)	10 (32,3)	9 (36,0)	2 (14,3)	5 (16,1)	5 (20,0)	3 (21,4)	11 (35,5)	7 (28,0)	2 (14,3)	1 (3,2)	---
Q8	1 (7,1)	5 (16,1)	6 (24,0)	3 (21,4)	6 (19,4)	7 (28,0)	5 (35,7)	7 (22,6)	5 (20,0)	2 (14,3)	12 (38,7)	7 (28,0)	3 (21,4)	1 (3,2)	---
Q9	1 (7,1)	---	---	---	---	4 (16,0)	2 (14,3)	5 (16,1)	7 (28,0)	6 (42,9)	23 (74,2)	13 (52,0)	5 (35,7)	3 (9,7)	1 (4,0)
	Nada			Muito Pouco			Médio			Muito			Completamente		
Q10	4 (28,6)	8 (25,8)	5 (20,0)	6 (42,9)	19 (61,3)	15 (60,0)	1 (7,1)	3 (9,7)	2 (8,0)	3 (21,4)	1 (3,2)	2 (8,0)	---	---	1 (4,0)
Q11	---	---	3 (12,0)	7 (50,0)	24 (77,4)	14 (56,0)	6 (42,9)	6 (19,4)	7 (28,0)	1 (7,1)	---	1 (4,0)	---	1 (3,2)	---
Q12	1 (7,1)	1 (3,2)	1 (4,0)	5 (35,7)	19 (61,3)	12 (48,0)	5 (35,7)	9 (29,0)	10 (40,0)	3 (21,4)	2 (6,5)	2 (8,0)	---	---	---
Q13	---	---	1 (4,0)	3 (21,4)	5 (16,1)	3 (12,0)	4 (28,6)	12 (38,7)	7 (28,0)	4 (28,6)	13 (0)	13 (52,0)	3 (21,4)	1 (3,2)	1 (4,0)
Q14	1 (7,1)	1 (3,2)	1 (4,0)	1 (7,1)	1 (3,2)	1 (4,0)	1 (7,1)	1 (3,2)	1 (4,0)	1 (7,1)	1 (3,2)	1 (4,0)	1 (7,1)	1 (3,2)	1 (4,0)
	Muito Insatisfeito			Insatisfeito			Nem Satisfeito Nem Insatisfeit.			Satisfeito			Muito Satisfeito		
Q15	---	---	---	1 (7,1)	1 (3,2)	1 (4,0)	5 (35,7)	9 (29,0)	5 (20,0)	6 (42,9)	21 (67,7)	19 (76,0)	2 (14,3)	---	---
Q16	---	---	2 (8,0)	5 (35,7)	14 (45,2)	6 (24,0)	3 (21,4)	8 (25,8)	9 (36,0)	6 (42,9)	8 (25,8)	6 (24,0)	---	1 (3,2)	2 (8,0)
Q17	---	---	2 (8,0)	7 (50,0)	17 (54,8)	12 (48,0)	4 (28,6)	6 (19,4)	9 (36,0)	3 (21,4)	7 (22,6)	2 (8,0)	---	1 (3,2)	---
Q18	1 (7,1)	1 (3,2)	2 (8,0)	4 (28,6)	9 (29,0)	11 (44,0)	6 (42,9)	13 (41,9)	8 (32,0)	3 (21,4)	7 (22,6)	4 (16,0)	---	1 (3,2)	---
	Muito Infeliz			Infeliz			Nem Feliz Nem Infeliz			Feliz			Muito Feliz		
Q19	---	1 (3,2)	7 (28,0)	4 (28,6)	9 (29,0)	---	8 (57,1)	19 (61,3)	14 (56,0)	2 (14,3)	2 (6,5)	4 (16,0)	---	---	---
	Muito Ruim			Ruim			Nem Ruim Nem Boa			Boa			Muito Boa		
Q20	1 (7,1)	---	---	3 (21,4)	7 (22,6)	5 (20,0)	4 (28,6)	8 (25,8)	9 (36,0)	4 (28,6)	11 (35,5)	9 (36,0)	2 (14,3)	5 (16,1)	2 (8,0)
	Nada			Muito Pouco			Mais ou Menos			Bastante			Extremamente		
Q21	---	1 (3,2)	---	2 (14,3)	7 (22,6)	5 (20,0)	5 (35,7)	9 (29,0)	9 (36,0)	5 (35,7)	14 (45,2)	9 (36,0)	2 (14,3)	---	2 (8,0)
Q22	---	2 (6,5)	---	5 (35,7)	3 (9,7)	7 (28,0)	2 (14,3)	12 (38,7)	6 (24,0)	5 (35,7)	14 (45,2)	12 (48,0)	2 (14,3)	---	---
Q23	1 (7,1)	4 (12,9)	1 (4,0)	6 (42,9)	9 (29,0)	8 (32,0)	3 (21,4)	7 (22,6)	10 (40,0)	3 (21,4)	11 (35,5)	6 (24,0)	1 (7,1)	---	---
Q24	2 (14,3)	3 (9,7)	1 (4,0)	5 (35,7)	10 (32,3)	8 (32,0)	3 (21,4)	8 (25,8)	10 (40,0)	3 (21,4)	10 (32,3)	6 (24,0)	1 (7,1)	---	---

Pelo teste *H* Kruskal-Wallis, na comparação item a item do questionário WHOQOL-OLD, entre todos os grupos da amostra (Quadro 11), constata-se que apenas o item 9 “*O quanto você teme sofrer dor antes de morrer?*”, regista diferença estatisticamente significativa ($p=0,020$). Pelo *post-hoc* de Bonferroni, verificamos que estas diferenças ocorrem na comparação entre os grupos “65-74 anos” *versus* “85 e mais anos” ($p=0,011$) e entre os grupos “75-84 anos” *versus* “85 e mais anos” ($p=0,005$), motivadas pelas classificações médias (*mean rank*) mais elevadas do grupo de sujeitos de idade mais reduzida, ou seja, podemos verificar que são as idosas do grupo etário de idade mais avançada que menos temem sofrer antes de morrer, em comparação com grupos etários mais novos.

Nos restantes itens não são observadas diferenças estatisticamente significativas ($p>0,05$), dada a proximidade das classificações médias dos três grupos.

Quadro 11 – *Mean rank* (classificação média) e teste *H* Kruskal-Wallis na comparação inter-grupos, relativamente a cada item da escala de avaliação global da qualidade de vida (WHOQOL-OLD).

WHOQOL-OLD	65-74	75-84	85 e +	Kruskal-Wallis	
	anos	anos	anos	χ^2	<i>p</i>
	<i>Mean rank</i>	<i>Mean rank</i>	<i>Mean rank</i>		
1. Até que ponto as perdas nos seus sentidos (por exemplo, audição, visão, paladar, olfacto, tacto), afectam a sua vida diária?	34,61	34,10	37,74	0,518	0,772
2. Até que ponto a perda de, por exemplo, audição, visão, paladar, olfacto, tato, afeta a sua capacidade de participar em actividades?	33,18	36,16	35,98	0,251	0,882
3. Quanta liberdade você tem de tomar as suas próprias decisões?	40,43	36,74	31,20	2,434	0,296
4. Até que ponto você sente que controla o seu futuro?	30,46	36,44	37,16	1,275	0,529
5. O quanto você sente que as pessoas ao seu redor respeitam a sua liberdade?	33,14	38,03	33,68	1,224	0,542
6. Quão preocupada você está com a maneira pela qual irá morrer?	39,18	37,65	30,78	2,352	0,309
7. O quanto você tem medo de não poder controlar a sua morte?	36,68	36,95	33,04	0,616	0,735
8. O quanto você tem medo de morrer?	40,75	37,26	30,38	2,915	0,233
9. O quanto você teme sofrer dor antes de morrer?	42,79	38,45	27,76	7,834	0,020*
10. Até que ponto o funcionamento dos seus sentidos (por exemplo, audição, visão, paladar, olfacto, tato) afeta a sua capacidade de interagir com outras pessoas?	37,21	33,31	37,26	0,810	0,667
11. Até que ponto você consegue fazer as coisas que gostaria de fazer?	42,75	33,61	33,78	3,110	0,211
12. Até que ponto você está satisfeita com as suas oportunidades para continuar alcançando outras realizações na sua vida?	40,57	32,52	36,36	1,921	0,383
13. O quanto você sente que recebeu o reconhecimento que merece na sua vida?	37,36	33,79	36,58	0,460	0,794

Quadro 11 – *Mean rank* (classificação média) e teste *H* Kruskal-Wallis na comparação inter-grupos, relativamente a cada item da escala de avaliação global da qualidade de vida (WHOQOL-OLD) (Cont.)

14. Até que ponto você sente que tem o suficiente para fazer em cada dia?	37,86	34,11	35,90	0,404	0,817
15. Quão satisfeita você está com aquilo que alcançou na sua vida?	34,21	34,66	37,26	0,424	0,809
16. Quão satisfeita você está com a maneira com a qual você usa o seu tempo?	38,04	33,52	36,54	0,636	0,728
17. Quão satisfeita você está com o seu nível de atividade?	37,57	37,13	32,32	1,137	0,566
18. Quão satisfeita você está com as oportunidades que você tem para participar em atividades da comunidade?	36,29	38,85	30,90	2,394	0,302
19. Quão feliz você está com as coisas que você pode esperar daqui para frente?	36,79	33,40	37,38	0,773	0,680
20. Como você avaliaria o funcionamento dos seus sentidos (por exemplo, audição, visão, paladar, olfato, tato)?	33,29	37,21	34,62	0,468	0,791
21. Até que ponto você tem um sentimento de companheirismo na sua vida?	39,39	33,50	35,80	0,915	0,633
22. Até que ponto você sente amor na sua vida?	36,36	35,65	34,84	0,060	0,971
23. Até que ponto você tem oportunidades para amar?	34,18	35,71	35,98	0,083	0,959
24. Até que ponto você tem oportunidades para ser amada?	33,36	35,82	36,30	0,220	0,896

* diferenças estatisticamente significativas ($p < 0,05$).

Pelo quadro 12, observa-se que a análise das dimensões do questionário WHOQOL-OLD revela inexistência de diferenças estatisticamente significativas na comparação inter-grupos ($p > 0,05$), o que é demonstrativo do predomínio da homogeneidade quanto à auto-avaliação da qualidade de vida.

Com exceção da dimensão «Morte e Morrer» que regista, em todos os grupos, elevada dispersão ($CV \geq 30$) e das dimensões «Funcionamento do Sensório» no grupo mais jovem e «Intimidade» nos grupos “65-74 anos” e “75-84” anos que registam elevada dispersão, nas restantes variáveis e em todos os grupos, a avaliação do coeficiente de variação permite afirmar que a dispersão é considerada média ($15 < CV \leq 30$). Assim, considerando o valor total, observamos que o valor médio em cada grupo é de 61,8%, 61,4% e 62,1%, para os grupos “65-74 anos”, “75-84 anos” e “85 e mais anos”, respectivamente, o que revela a presença de uma moderada qualidade de vida das idosas da amostra, ou seja, as idosas desta amostra apresentam uma percepção moderada acerca do funcionamento do sensório, da sua autonomia, das suas actividades passadas, presentes e futuras, acerca da sua participação social, acerca da morte e do morrer e sobre a sua intimidade.

Quadro 12 – Média, desvio-padrão, valores mínimo e máximo e *one-way* ANOVA na comparação simultânea entre todos os grupos da amostra, relativamente às dimensões do WHOQOL-OLD.

WHOQOL-OLD	65-74 anos		75-84 anos		85 e + anos		One-Way ANOVA	
	M	DP	M	DP	M	DP	F	p
Funcionamento do Sensório	14,2 (7-20)	4,21	14,7 (8-20)	3,36	14,1 (7-20)	3,33	0,170	0,844
Autonomia	12,6 (9-17)	2,21	12,5 (8-18)	2,10	12,1 (8-16)	2,06	0,319	0,728
Actividades Passadas, Presentes e Futuras	12,7 (8-18)	2,81	12,1 (7-16)	2,07	12,5 (8-16)	2,24	0,487	0,617
Participação Social	11,5 (8-16)	2,85	11,3 (8-19)	2,93	10,8 (5-16)	3,10	0,290	0,749
Morte e Morrer	10,9 (4-20)	4,67	11,3 (5-17)	3,45	12,9 (7-19)	3,80	1,651	0,200
Intimidade	12,3 (7-20)	3,95	12,0 (4-16)	3,57	12,2 (6-17)	3,07	0,041	0,960
WHOQOL-OLD: Total	74,1 (56-109)	15,23	73,7 (56-103)	11,56	74,6 (52-99)	12,54	0,032	0,969

M – média

DP – desvio-padrão

5.6. Comparação dos índices de qualidade de vida em função do nível de auto-estima

Pelo quadro 13, relativamente à comparação entre os sujeitos da amostra classificados com média auto-estima *versus* elevada auto-estima, quanto aos domínios do WHOQOL-BREF e do WHOQOL-OLD, observa-se que apenas a variável “Funcionamento do Sensório” regista a inexistência de diferenças estatisticamente significativas ($p=0,317$). Nas restantes variáveis estão registadas diferenças estatisticamente significativas ($p<0,05$) em qualquer dos domínios, devido ao valor médio mais elevado dos sujeitos com elevada auto-estima, o que é revelador da importância da auto-estima na melhoria da qualidade de vida das mulheres idosas. De notar que apenas foram formados dois grupos de auto-estima, dada a existência de apenas um sujeito ($n=1$) com pontuação inferior a 20 pontos (i.e., baixa auto-estima).

Quadro 13 – Média, desvio-padrão, valores mínimo e máximo, e teste *t* de medidas independentes na comparação entre os sujeitos classificados com média auto-estima (21-30 pontos) e elevada auto-estima (31-40 pontos), na totalidade da amostra, relativamente às dimensões do questionário de qualidade de vida (WHOQOL-BREF e WHOQOL-OLD) (N=70).

	Média Auto-estima (<i>n</i> =47)		Elevada Auto- Estima (<i>n</i> =22)		Teste <i>t</i> de medidas independentes		
	M	DP	M	DP	<i>t</i>	gl	<i>p</i>
+ WHOQOL-BREF							
- Qualidade de Vida Física	19,1 (12-26)	3,89	25,9 (17-34)	4,48	-6,412	67	<0,001*
- Qualidade de Vida Psicológica	17,4 (11-24)	3,17	24,1 (19-29)	2,62	-8,642	67	<0,001*
- Qualidade de Vida nas Relações Sociais	8,8 (4-13)	2,03	11,9 (10-15)	1,27	-7,687	61,20 2	<0,001*
- Qualidade de Vida Ambiental	24,9 (17-34)	3,63	30,1 (25-36)	3,00	-5,920	67	<0,001*
- Qualidade de Vida Geral	5,7 (2-9)	1,26	7,6 (5-10)	1,33	-5,714	67	<0,001*
-WHOQOL-BREF: total	70,2 (51-85)	8,72	92,0 77-110)	7,73	-10,019	67	<0,001*
+ WHOQOL-OLD							
- Funcionamento do Sensório	14,1 (7-20)	3,52	15,0 (7-20)	3,51	-1,008	67	0,317

Quadro 13 – Média, desvio-padrão, valores mínimo e máximo, e teste *t* de medidas independentes na comparação entre os sujeitos classificados com média auto-estima (21-30 pontos) e elevada auto-estima (31-40 pontos), na totalidade da amostra, relativamente às dimensões do questionário de qualidade de vida (WHOQOL-BREF e WHOQOL-OLD) (N=70) (Cont.)

- Autonomia	11,7 (8-15)	1,86	13,8 (11-18)	1,79	-4,449	67	<0,001*
-Activ. Passadas, Presentes e Futuras	11,3 (7-14)	1,83	14,6 (12-18)	1,29	-8,644	56,29	<0,001*
- Participação Social	10,0 (5-15)	2,12	13,8 (8-19)	2,64	-6,302	67	<0,001*
- Morte e Morrer	10,8 (4-18)	3,43	14,1 (4-20)	3,81	-3,652	67	0,001
- Intimidade	10,9 (4-16)	3,13	14,9 (9-20)	2,33	-5,415	67	<0,001*
-WHOQOL-OLD: total	68,8 (52-92)	9,43	86,3 (73-109)	9,43	-7,177	67	<0,001*

5.7. Correlações

5.7.1. Dimensões do WHOQOL-BREF

Pelos quadros 14a e 14b, relativamente às correlações entre os domínios do WHOQOL-BREF, para cada grupo, bem como para o total da amostra, constatamos que todas as correlações têm orientação positiva, o que significa que ao aumento de uma variável corresponde o aumento da outra. Em todos os grupos, de uma forma relativamente equilibrada, a frequência de correlações é mais expressiva na classificação de moderada ($0,40 \leq r \leq 0,69$) e forte ($0,70 \leq r \leq 0,89$). De todos, apenas o grupo “85 e mais anos” regista correlação muito fraca ($r \leq 0,19$) ($k=1$) e fraca ($0,20 \leq r \leq 0,39$) ($k=1$). Em todos os grupos, a maior parte das correlações entre os domínios do WHOQOL-BREF são estatisticamente significativas, o que sugere que a estimação do resultado é “verdadeiro”, no sentido de que seja o que realmente possa ocorrer na população, em idêntica magnitude.

A mais elevada intensidade, em todos os grupos, é registada entre cada domínio e o total do questionário de qualidade de vida. No grupo “65-74 anos” as correlações muito fortes ocorrem entre D2 *versus* Total ($r=0,92$) e D4 *versus* Total ($r=0,94$); no grupo “75-84 anos”, verifica-se entre D1 *versus* Total ($r=0,94$); no grupo “85 e mais

anos”, entre D2 *versus* Total ($r=0,92$). Já quando consideramos a amostra na sua globalidade, não se verificam correlações muito fortes.

Quadro 14a – Matriz de correlações (correlação de Pearson) entre as dimensões do WHOQOL-BREF, nas idades 65-74 anos e 75-84 anos (N=70).

	D1	D2	D3	D4	QVG	TOTAL
D1		0,56*	0,36	0,54*	0,77**	0,76**
D2	0,70**		0,59*	0,85**	0,66*	0,91**
D3	0,57**	0,62**		0,77**	0,47*	0,75**
D4	0,74**	0,46**	0,47**		0,63*	0,94**
QVG	0,78**	0,76**	0,47**	0,52**		0,77**
TOTAL	0,94**	0,84**	0,73**	0,81**	0,78**	

* $p<0,005$

** $p<0,001$

	Correlações 65-74 anos
	Correlações 75-84 anos

Quadro 14b – Matriz de correlações (correlação de Pearson) entre as dimensões do WHOQOL-BREF, nas idades 85 e mais anos e total da amostra (N=70).

	D1	D2	D3	D4	QVG	TOTAL
D1		0,46	0,05	0,36	0,71**	0,67**
D2	0,58**		0,72**	0,70**	0,73**	0,92**
D3	0,35**	0,65**		0,54**	0,40*	0,66**
D4	0,55**	0,65**	0,56**		0,48*	0,84**
QVG	0,73**	0,69**	0,43**	0,52**		0,77**
TOTAL	0,82**	0,88**	0,70**	0,84**	0,76**	

* $p<0,005$

** $p<0,001$

	Correlações 85 e mais anos
	Correlações total da amostra

- D1 – dimensão 1: qualidade de vida física
- D2 – dimensão 2: qualidade de vida psicológica
- D3 – dimensão 3: qualidade de vida nas relações sociais
- D4 – dimensão 4: qualidade de vida ambiental
- QVG – qualidade de vida geral/percepção geral de saúde
- Total – total do questionário de qualidade de vida (WHOQOL-BREF)

5.7.2. Dimensões do WHOQOL-OLD

Pelos quadros 15a e 15b, relativamente às correlações entre os domínios do WHOQOL-OLD, para cada grupo, bem como para o total da amostra, constatamos que a maioria das correlações tem orientação positiva, o que significa que ao aumento de uma variável corresponde o aumento da outra. As correlações negativas registam-se no grupo “75-84 anos” entre Funcionamento do Sensório *versus* Morte e Morrer ($r=-0,12$) e no grupo “85 e mais anos” entre Funcionamento do Sensório *versus* Actividades Passadas, Presentes e Futuras ($r=-0,04$) e entre Funcionamento do Sensório *versus* Intimidade ($r=-0,25$). Em todos os grupos, de uma forma relativamente equilibrada, a frequência de correlações é mais expressiva na classificação de moderada ($0,40 \leq r \leq 0,69$) e forte ($0,70 \leq r \leq 0,89$). No grupo “75-84 anos” verifica-se ainda um conjunto significativo de correlações de fraca magnitude ($0,20 \leq r \leq 0,39$). De todos, apenas o grupo “65-74 anos” não regista correlações muito fracas. Em todos os grupos, com especial relevo no grupo “85 e mais anos” e no total da amostra, a maior parte das correlações entre os domínios do WHOQOL-OLD são estatisticamente significativas, o que sugere que a estimação do resultado é “verdadeiro”, no sentido de que seja o que realmente possa ocorrer na população, em idêntica magnitude.

A mais elevada intensidade, em todos os grupos, é registada entre cada domínio e o total do questionário de qualidade de vida (WHOQOL-OLD). No grupo “65-74 anos” as correlações muito fortes ocorrem entre PSO *versus* PPF ($r=0,85$), PPF *versus* Total ($r=0,84$), AUT *versus* Total ($r=0,84$), INT *versus* Total ($r=0,83$) e PPF *versus* INT ($r=0,83$); no grupo “75-84 anos”, verifica-se entre PPF *versus* Total ($r=0,85$); no grupo “85 e mais anos”, entre PSO *versus* Total ($r=0,90$), FSO *versus* Total ($r=0,84$), AUT

versus Total ($r=0,84$), PPF versus Total ($r=0,83$) e MEM versus Total ($r=0,83$). Já quando consideramos a amostra na sua globalidade, as correlações de mais elevada magnitude verificam-se entre PPF versus Total ($r=0,84$) e PSO versus Total ($r=0,80$).

Quadro 15a – Matriz de correlações (correlação de Pearson) entre as dimensões do WHOQOL-OLD, nas idades 65-74 anos e 75-84 anos (N=70).

	FSO	AUT	PPF	PSO	MEM	INT	TOTAL
FSO		0,52	0,20	0,28	0,20	0,47	0,62
AUT	0,28		0,72**	0,64*	0,40	0,68**	0,84**
PPF	0,35	0,56**		0,85**	0,40	0,83**	0,84**
PSO	0,18	0,70**	0,57**		0,34	0,64*	0,78**
MEM	-0,12	0,28	0,40*	0,41*		0,23	0,62*
INT	0,33	0,40*	0,66**	0,27	0,13		0,83**
TOTAL	0,52**	0,75**	0,85**	0,74**	0,53**	0,70**	

* $p < 0,005$

** $p < 0,001$

	Correlações 65-74 anos
	Correlações 75-84 anos

Quadro 15b – Matriz de correlações (correlação de Pearson) entre as dimensões do WHOQOL-OLD, nas idades 85 e mais anos e total da amostra (N=70).

	FSO	AUT	PPF	PSO	MEM	INT	TOTAL
FSO		0,33	-0,04	0,05	0,14	-0,25	0,84**
AUT	0,36**		0,54**	0,67**	0,69**	0,47*	0,84**
PPF	0,17	0,58**		0,77**	0,62**	0,79**	0,83**
PSO	0,16	0,68**	0,69**		0,74**	0,68**	0,90**
MEM	0,05	0,42**	0,47**	0,48**		0,33	0,83**
INT	0,19	0,48**	0,74**	0,48**	0,21		0,66**
TOTAL	0,47**	0,79**	0,84**	0,80**	0,65**	0,72**	

* $p < 0,005$

** $p < 0,001$

	Correlações 85 e mais anos
	Correlações total da amostra

FSO – funcionamento do sensório

AUT – autonomia

PPF – Actividades passada, presentes e futuras

PSO – participação social

MEM – morte e morrer

INT – intimidade

Total – total do questionário de qualidade de vida (WHOQOL-OLD)

5.7.3. RSES *versus* WHOQOL-BREF e RSES *versus* WHOQOL-OLD

Pelo quadro 16, referente à correlação entre a pontuação obtida no RSES e cada um dos domínios do WHOQOL-BREF e WHOQOL-OLD, bem como com os respectivos valores totais, observamos que, com excepção da correlação RSES *versus* FSO, no grupo “85 e mais anos” com um sentido negativo ($r=-0,20$), ainda que de fraca magnitude, todas as correlações são positivas. Para além disso, todas as correlações com os domínios do WHOQOL-BREF são estatisticamente significativas.

Assim, de uma forma geral, as correlações positivas observadas entre o RSES e os domínios do WHOQOL (BREF e OLD), mostram a importância da auto-estima na qualidade de vida (ou vice-versa), sendo que quanto mais elevada for a magnitude da correlação maior relevo assume esta importância. Paralelamente, observa-se um número considerável de correlações com significância estatística ($p<0,05$) (com o WHOQOL-BREF, são 100%; com o WHOQOL-OLD, são 82%), o que parece indicar que tais correlações, obtidas com uma amostra, são susceptíveis de ocorrerem na população, em magnitude semelhante.

Relativamente ao WHOQOL-BREF, a RSES apresenta um conjunto de correlações mais significativas com a dimensão 2 “qualidade de vida psicológica”. De todos, o grupo “65-74 anos” é o que apresenta valores mais elevados de correlação. De todas as correlações, a mais expressiva ocorre entre RSES *versus* Total ($r=0,94$), no grupo “65-74 anos”; opostamente, a correlação de valor mais baixo verifica-se entre RSES *versus* qualidade de vida ambiental ($r=0,38$), no grupo “75-84 anos”.

Quanto ao WHOQOL-OLD, a RSES regista um maior número de correlações fortes ($0,70 \leq r \leq 0,89$) no grupo “65-74 anos”, ao passo que com os restantes grupos a maior parte das correlações são de intensidade moderada ($0,40 \leq r \leq 0,69$). Este dado revela uma relação estatística mais significativa entre a auto-estima e a qualidade de vida nos idosos mais jovens. Ainda assim, a maioria das correlações, em todos os grupos, são estatisticamente significativas ($p < 0,05$).

Quadro 16 – Matriz de correlações (correlação de Pearson) entre o RSES com as dimensões do WHOQOL-BREF e do WHOQOL-OLD, em todos os grupos, bem como no total da amostra (N=70).

	RSES												
	WHOQOL-BREF						WHOQOL-OLD						
	D1	D2	D3	D4	QVG	WHOQOL-BREF	FSO	AUT	PPF	PSO	MEM	INT	WHOQOL-OLD
65-74 anos	0,62*	0,91**	0,74**	0,89**	0,60*	0,94**	0,39	0,59*	0,83**	0,85**	0,33	0,73**	0,80**
75-84 anos	0,64**	0,86**	0,61**	0,38*	0,70**	0,74**	0,21	0,54**	0,51**	0,55**	0,42*	0,47**	0,66**
85 e mais	0,44*	0,88**	0,78**	0,58**	0,57**	0,83**	-0,20	0,50*	0,74**	0,67**	0,61**	0,62**	0,66**
TOTAL	0,55**	0,88**	0,70**	0,56**	0,62**	0,81**	0,10	0,53**	0,67**	0,64**	0,47**	0,57**	0,69**

RSES - *Rosenberg Self-Esteem Scale*

D1 – dimensão 1: qualidade de vida física

D2 – dimensão 2: qualidade de vida psicológica

D3 – dimensão 3: qualidade de vida nas relações sociais

D4 – dimensão 4: qualidade de vida ambiental

QVG – qualidade de vida geral/percepção geral de saúde

WHOQOL-BREF – Total do questionário de qualidade de vida WHOQOL-BREF

FSO – funcionamento do sensório

AUT – autonomia

PPF – Actividades passada, presentes e futuras

PSO – participação social

MEM – morte e morrer

INT – intimidade

WHOQOL-OLD – Total do questionário de qualidade de vida WHOQOL-OLD

CAPÍTULO VI – DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Nesta fase da investigação pretende-se dar significado à análise dos dados, discutindo os principais resultados da investigação no sentido de ajudar a compreender melhor os resultados obtidos e o contributo da pesquisa em termos de investigação. Pretendemos também dar resposta aos objectivos do estudo.

Nível de escolaridade

Da análise dos estudos epidemiológicos realizados sabe-se que na população nacional as pessoas com 65 anos e mais apresentam baixa escolaridade, sendo a maioria analfabeta (55,1%) (INE, 2001). Nesta amostra verifica-se a mesma tendência, onde a maioria das idosas são analfabetas (38,6%), seguindo-se da 4ª classe (22,9%) que se enquadra na escolaridade mínima obrigatória em Portugal na época.

Idade

Tendo em conta a divisão da amostra pelos estratos etários que os idosos podem ser subdivididos, em 65 a 74 anos, 75 a 84 anos e 85 anos e mais (Correia, 2003), verificamos que a maior percentagem da nossa amostra se situa no grupo dos 75-84 anos, com 44,4% das pessoas idosas institucionalizadas. Se somarmos as percentagens dos dois últimos grupos etários constatamos que os idosos com idade superior a 75 anos representam 80,2% das pessoas idosas institucionalizadas. Estes dados estão de acordo com dados do Instituto de Segurança Social, citados pelo Sr. Secretário da Segurança Social em 05/05/2005, quando refere que 72% das pessoas idosas institucionalizadas têm 75 anos ou mais, o que revela que este tipo de instituições responderá no futuro, sobretudo, às necessidades da população pertencente à designada «quarta idade». O estudo de Martins (2004) apresenta resultados semelhantes, no qual as pessoas idosas institucionalizadas com idade superior a 75 anos representam 65,9%. Também a média de idades das inquiridas (81.7 ± 7.86) é similar a um estudo do INE (2009), que afirma que a idade dos idosos institucionalizados ronda os 80 anos e mais.

Estado civil

A viuvez é o estado civil com maior percentagem (55,7%), esta tendência vai de encontro à tendência nacional (INE, 2003), que regista uma grande taxa de viuvez nas mulheres idosas. Registando o estado civil de solteira a segunda maior percentagem (30,0%). Estes dados corroboram os obtidos noutra estudo (Martins, 2004), no qual as percentagens encontradas para estes dois estados civis representam 62,3% e 19,6%,

respectivamente. Podemos assim aferir que a viuvez pode ser um factor da decisão de institucionalização (Paúl, 2005), para diminuir a solidão e manter a assistência antes prestada pelos familiares.

Última profissão exercida

Quanto à última profissão exercida, predomina a agricultura (42.9%), tal pode ser explicado pelo facto de estas idosas serem provenientes de meios rurais, onde na época predominava a exploração agrícola familiar, o que pode também explicar a grande taxa de analfabetismo, espelhando certos aspectos socioculturais dominantes a nível do tecido social da época, sendo que grande parte das idosas inquiridas referiram ter abandonado a escola, ou até nem ter frequentado, para ir trabalhar no campo. Efectivamente, as expectativas que a sociedade colocava na mulher relacionavam-se, sobretudo, com o desempenho pleno e dedicado das tarefas inerentes à envolvimento doméstica. Em consequência, aspectos relacionados com a instrução/cultura e lazer não eram considerados prioritários (Almeida, 2008).

Valor da reforma

Os dados provisórios sobre o rendimento e condições de vida (2008, cit. in INE, 2009) indicam uma diminuição do risco de pobreza entre 2006 e 2007 de 4% na população idosa. Na população deste estudo verifica-se que a maioria tem rendimentos entre os 300 e 400 euros (38.6%), seguido de rendimentos inferior a 250 euros (34.3%). Contudo, é de notar que estes Lares têm um custo de 50% dos rendimentos dos idosos.

Tempo de institucionalização

As idosas mais jovens (65-74 anos) estão institucionalizadas em média há 4.8 anos, as idosas entre os 75-84 anos estão em média há 5.6 anos, enquanto as idosas com 85 e mais anos estão há cerca de 6.7 anos institucionalizadas. Entre outras idosas que já faleceram, verifica-se que o tempo de institucionalização é quase proporcional à antiguidade dos lares.

Após a discussão dos resultados dos dados sócio-demográficos, passamos à discussão do primeiro objectivo em estudo.

Níveis de auto-estima e de qualidade de vida nas mulheres idosas institucionalizadas

No que concerne à auto-estima foi possível verificar que não existem diferenças estatisticamente significativas entre os grupos ($F=0,086$; $p=0,917$), dada a homogeneidade existente entre os sujeitos da amostra. Assim, podemos concluir que, em termos médios, a amostra do presente estudo possui uma média/razoável auto-estima, ou seja, as idosas apesar de institucionalizadas apresentam uma auto-estima média. Alguns dos factores que podem traduzir este resultado podem basear-se no facto de as instituições em questão fomentarem diversas actividades de modo a combater a solidão, o ócio, aumentando assim, a rede social, a autonomia, contribuindo para uma melhor auto-estima. Tal é corroborado por resultados de vários estudos que avaliaram a auto-estima em idosos que praticam diversas actividades (Benedetti, Petroski, Gonçalves, 2003; Freitas, 2008; Meurer, Benedetti, Mazo, 2009). Consolidando este facto, Ribeiro e Ribeiro (2000) referem que a auto-estima parece estar relacionada com oportunidades de convívio, de descontração e que aumenta à medida que sociabilizamos com mais pessoas. Neri (2000, cit. in Fraquelli, 2008) defende mesmo que estas oportunidades podem influenciar positivamente nos níveis de auto-estima.

Mira (s/d), no seu estudo sobre a auto-estima em mulheres idosas institucionalizadas, verificou que a maioria das idosas sentem-se bem consigo mesmas, motivadas para participar em actividades propostas pela instituição, capazes de as realizar e com perspectivas futuras. As mesmas referem ainda que viver na instituição promove o bem-estar psicológico, sentem-se cuidadas, protegidas e respeitadas, onde as necessidades básicas, como alimentação, higiene, acompanhamento médico, lazer e realização pessoal são satisfeitas.

Assim sendo, este resultado contraria assim alguns dados epidemiológicos, como descrito no capítulo II, onde era referido que existia uma diminuição da auto-estima dos idosos institucionalizados, uma percepção negativa de velhice, relacionada às perdas físicas, funcionais, sociais e psicológicas com o envelhecimento (Benedetti, 1999).

Já na qualidade de vida, observada pelo WHOQOL-BREF e pelo WHOQOL-OLD, verifica-se que não existem diferenças estatisticamente significativas na comparação simultânea entre os três grupos da amostra ($p>0,05$), o que é demonstrativo do predomínio da homogeneidade, i.e., da forma como os sujeitos idosos avaliam a sua qualidade de vida.

Recorrendo à literatura verificamos que a idade interfere na percepção dos

idosos quanto à qualidade de vida (Heikinen, 2000, cit. in Sousa, Galante & Figueiredo, 2003). Num estudo longitudinal e qualitativo, o mesmo autor estudou idosos com 80 anos e, passados cinco anos voltou a inquiri-los, verificando uma alteração no discurso.

Martins (2004) e Paschoal (2006) apontam para o facto de as mulheres, quando comparadas com os homens, terem tendência a possuir pior qualidade de vida, por serem mais velhas, mais doentes, mais pobres e isoladas. No entanto, nesse mesmo estudo, Martins (2004) conclui que foram as pessoas idosas do sexo feminino que maioritariamente apresentaram uma vida com qualidade, o qual está em consonância com o nosso estudo, onde se verificou uma qualidade de vida razoável.

Relativamente ao WHOQOL-BREF, considerando o valor total, observamos que o valor médio em cada grupo é superior é de 59,5%, 59,6% e 58,4%, para os grupos “65-74 anos”, “75-84 anos” e “85 e mais anos”, respectivamente, o que revela a presença de uma razoável qualidade de vida dos sujeitos da amostra. Com excepção da qualidade de vida ambiental, no grupo “75-84 anos”, que apresenta baixa dispersão ($CV < 15$), as restantes variáveis, em todos os grupos, registam média dispersão ($15 < CV \leq 30$). Com estes valores de dispersão, podemos afirmar que a amostra se distribui moderadamente em torno do valor médio.

Não foi encontrado na literatura estudos a corroborar ou não a baixa dispersão no domínio ambiental, levando a concluir que o resultado encontrado é característica própria da amostra deste trabalho.

Quanto ao WHOQOL-OLD, considerando o valor total, observamos que o valor médio em cada grupo é superior é de 61,8%, 61,4% e 62,1%, para os grupos “65-74 anos”, “75-84 anos” e “85 e mais anos”, respectivamente, o que revela a presença de uma moderada qualidade de vida das idosas da amostra. Com excepção da dimensão «Morte e Morrer» que regista, em todos os grupos, elevada dispersão ($CV \geq 30$) e das dimensões «Funcionamento do Sensório» no grupo mais jovem e «Intimidade» nos grupos “65-74 anos” e “75-84” anos que registam elevada dispersão, nas restantes variáveis e em todos os grupos, a avaliação do coeficiente de variação permite afirmar que a dispersão é considerada média ($15 < CV \leq 30$).

No estudo realizado por Fraquelli (2008), verificou-se que, em relação aos domínios do WHOQOL-OLD, o género feminino apresentou uma elevada associação ao domínio “*Actividades Passadas, Presentes e Futuras*”. No presente estudo tal não se

verificou, ficando apenas pela dispersão média, pensa-se que seja pelo facto da nossa amostra ter o dobro da amostra da autora, ou seja, 70 idosas.

Ao comparar os índices de qualidade de vida em função do nível de auto-estima podemos verificar que apenas a variável “Funcionamento do Sensório” regista a inexistência de diferenças estatisticamente significativas ($p=0,317$). Nas restantes variáveis verificam-se diferenças estatisticamente significativas ($p<0,05$) em qualquer dos domínios, devido ao valor médio mais elevado dos sujeitos com elevada auto-estima, revelando a importância da auto-estima na melhoria da qualidade de vida das mulheres idosas.

Relação entre a auto-estima e a qualidade de vida nas mulheres idosas institucionalizadas e entre as suas dimensões

Relativamente às correlações entre os domínios do WHOQOL-BREF, para cada grupo, bem como para o total da amostra, constatamos que todas as correlações têm orientação positiva, o que significa que ao aumento de uma variável corresponde o aumento da outra. Em todos os grupos, a maior parte das correlações entre os domínios do WHOQOL-BREF são estatisticamente significativas e positivas, o que sugere que a estimação do resultado é “verdadeira”, no sentido de que seja o que realmente possa ocorrer na população, em idêntica magnitude. O mesmo se verifica entre os domínios do WHOQOL-OLD.

Já no que se refere às correlações observadas entre o RSES e cada um dos domínios do WHOQOL-BREF e WHOQOL-OLD, foram observadas correlações positivas entre todos os domínios. Assim, podemos afirmar a importância da auto-estima na qualidade de vida (ou vice-versa), sendo que quanto mais elevada for a magnitude da correlação maior relevo assume esta importância.

No estudo de Fraquelli (2008), em relação à auto-estima foi encontrado significância com os domínios *Físico*, *Psicológico*, *Meio-ambiente* e *questões 1 e 2* do WHOQOL-BREF. Nos domínios do WHOQOL-OLD a correlação estatística foi significativa com o domínio *Morte e Morrer* com a AE. No entanto, é de notar que não foi utilizado o mesmo instrumento de avaliação para a auto-estima.

CAPÍTULO VII – CONCLUSÃO E CONSIDERAÇÕES FINAIS

A associação entre os níveis de Qualidade de Vida e de Auto-Estima foi verificada. Concluindo-se que os níveis de Auto-Estima influenciam na mensuração da Qualidade de Vida.

Assim, podemos aferir que, com o aumento da idade, com a viuvez, os filhos criados e o surgimento de instituições capazes de promover o contacto de relações pessoais e a participação em algumas actividades, parece natural que as mulheres sintam melhorada a sua qualidade de vida e a sua auto-estima.

Até ao momento a literatura sugere que existem poucos estudos que investigam a associação da Qualidade de Vida e da Auto-Estima e do envelhecimento. Apenas um artigo, que discutia a associação da Auto-Estima, Auto-Imagem e Qualidade de Vida, foi encontrado tendo em conta as mulheres idosas. Em contrapartida, muitos estudos foram encontrados sobre a investigação da qualidade de vida nesta faixa etária, embora não diferenciando o género. No entanto, poucos aplicaram os instrumentos utilizados nesta pesquisa, uma explicação pode ser o facto do questionário WHOQOL-OLD ter validação recente e apenas para a população do Brasil.

O objectivo central deste estudo foi a avaliação da auto-estima e a percepção da qualidade de vida numa amostra de idosas institucionalizadas no Lar da Santa Casa da Misericórdia de Vila Verde e de Amares, assim como, a relação entre estas variáveis e seus domínios.

Embora possa ser esperado uma alteração na Qualidade de Vida e de Auto-Estima, inerente ao processo de envelhecimento, os resultados para a amostra estudada apresentam um nível moderado de Qualidade de Vida nas idosas em ambos os testes. E, perante os aspectos descritos anteriormente, como a desigualdade de recursos de saúde, a maior probabilidade de enviuvar antes do homem, o menor recurso material do que o homem, a presença de sentimentos negativos mais do que os homens, a maior probabilidade de institucionalização, etc., esperava-se que as idosas institucionalizadas apresentassem uma auto-estima negativa. No entanto, os resultados deste estudo apontaram para um nível moderado de Auto-Estima na amostra em estudo.

Além disso, através das correlações positivas observadas entre o RSES e cada um dos domínios do WHOQOL-BREF e WHOQOL-OLD, podemos afirmar a importância da auto-estima na qualidade de vida (e vice-versa), como confirma Neri (2001), referindo a estreita relação da auto-estima com a qualidade de vida percebida, incluindo na velhice.

A realização do presente estudo compreendeu uma tentativa de verificar a relação destas variáveis com a institucionalização. A comparação dos resultados aqui apresentados com os achados da literatura é limitada pelos poucos estudos que tentam abordar a associação destas variáveis na população feminina idosa.

Em função da relevância do estudo da Qualidade de Vida e da Auto-Estima nas idosas, sugerem-se outros estudos neste âmbito. Acredita-se que estes venham auxiliar os profissionais e a população de um modo geral no entendimento das peculiaridades do processo de envelhecimento, mais especificamente nas mulheres. Partindo das conclusões do nosso estudo, sentimos que o nosso modesto contributo passará por reflectir um pouco acerca delas, de modo a poder propiciar uma melhoria cada vez mais gradual nas condições ambientais das instituições e, conseqüentemente, na auto-estima e na qualidade de vida dos idosos institucionalizados.

De forma a melhor interpretar os resultados deste estudo, é importante considerar algumas limitações metodológicas associadas a este. Em primeiro lugar, o facto da amostra ser pequena (N=70), em segundo lugar, o facto da amostra circunscrever-se à população feminina de uma zona mínima do norte do país, dado que seria importante implementar este estudo noutras zonas do país.

Não obstante, surgiram algumas ideias para futuras investigações. Deixamos algumas sugestões para futuros estudos que associem estas variáveis à institucionalização:

- Realizar um estudo comparativo entre géneros, com o objectivo de verificar se os níveis de Auto-Estima e de Qualidade de Vida diferem ou não;
- Realizar um estudo comparativo, com a mesma metodologia, com idosas a residirem nas suas casas e idosas institucionalizadas;
- Incluir a variável espiritualidade/ religiosidade, dado que muitas idosas referiram que esta lhes transmitia um estado de paz, com o objectivo de verificar se esta variável se associa à qualidade de vida nas mulheres idosas.

Certamente mais sugestões poderiam ser dadas; esperamos, contudo, que algumas possam vir a ser devidamente implementadas.

Concluimos o nosso trabalho, na esperança de que a capacidade de ser feliz e de sonhar não deve desaparecer com a idade, nem com o facto de estarem

institucionalizados, pois a vida da pessoa idosa é limitada, no entanto, um ambiente adequado poderá ajudá-la a conviver com as alterações provocadas pelo envelhecer.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Almeida, L. S., & Freire, T. (2003). *Metodologia da Investigação em Psicologia e Educação*. (3ª Ed.) Braga: Psiquilíbrios Edições.
- Aroca, J. A. S., Hernandez, J. D. A., López, S. M. M., Souza, J. A., Varga, C., & Balas, D. (2010). A cor da velhice: a imagem do envelhecimento em mulheres idosas usuárias de centros comunitários da região de Múrcia, Espanha. *Em Extensão*, 9 (1), 55-71.
- Baltes, P. B., & Mayer, K. U. (1999). *The Berlin Aging Study: Aging from 70 to 100*. Cambridge, England: Cambridge University Press. Consultado em 12 de Junho de http://books.google.pt/books?id=Vr2JAzLVJpcC&pg=PA50&dq=Baltes,+P.+B.,+%26+Mayer,+K.+U.+%281999%29.+The+Berlin+Aging+Study:+Aging+from+70+to+100.+Cambridge,+England:+Cambridge+University+Press&hl=pt-PT&ei=DrIATqDEB4emhAern8myDQ&sa=X&oi=book_result&ct=result&resnum=1&ved=0CCoQ6AEwAA#v=onepage&q&f=false
- Barreto, S., Giatti, L., & Kalache, A. (2004). Gender inequalities in health among older Brazilian adults. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 16 (2), 110-117.
- Benedetti, T. B., Petroski, É. L., & Gonçalves, L. T. (2003). Exercícios físicos, auto-imagem e auto-estima em idosos asilados. *Revista Brasileira de Cineantropometria & Desempenho Humano*, 5 (2), 69-74.
- Bernardo, R. (2003). *Influência de um programa de Desporto Aventura na Auto-estima Global de Adolescentes em meio escolas*. Lisboa, Universidade Técnica de Lisboa.
- Bernardo, R., & Matos, M. (2003). Adaptação Portuguesa do Physical Self- Perception Profile for Children and Youth e do Perceived Importance Profile for Children and Youth. *Análise Psicológica*, 2 (XXI), pp127-144.
- Calman, K. C. (1984). Quality of life cancer patients na hypothesis. *Journal of Medical Ethics*, 10, 124-127.

- Canavarro, M. C., Simões, M. R., Vaz Serra, A., Pereira, M., Rijo, D., Quartilho, M. J., Gameiro, T. P., & Carona, C. (2007). Instrumento de avaliação da qualidade de vida da Organização Mundial de Saúde: WHOQOL-Bref. In M. Simões, C. Machado, M. Gonçalves, & L. Almeida (Eds.), *Avaliação psicológica: Instrumentos validados para a população portuguesa* (Vol. III, pp. 77-100). Coimbra: Quarteto Editora.
- Canavarro, M. C., Vaz Serra, A., Simões, M., Rijo, D., Pereira, M., Gameiro, S., Paredes, T. (2009). Development and general psychometric properties of the Portuguese from Portugal version of the World Health Organization quality of life assessment (WHOQOL-100). *International Journal of Behavioral Medicine*, 16(2), 116-124. doi:10.1007/s12529-008-9024-2 [Impact Factor: 1.437] <http://www.springerlink.com/content/b360n6m65815125g/>
- Cancela, D. M. G. (2007). O processo de envelhecimento. Consultado em 21 de Novembro de 2010 de <http://www.psicologia.com.pt/artigos/textos/TL0097.pdf>
- Carapeta, C., Ramires, A., & Viana, M. (2001). Auto-conceito e participação desportiva. *Análise Psicológica*, XIX, 51-58.
- Carvalho, C., Brito, C., Nery, I. & Figueiredo, M. (2009). Prevenção de Câncer de Mama em Mulheres Idosas: uma revisão. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 62 (4), pp. 579-582.
- Castellón, A. (2003). Calidad de vida en la atención al mayor. *Revista Multidisciplinar de Gerontologia*, 13 (3), 188-192.
- Catita, P. A. L. (2008). *As representações sociais dos enfermeiros do serviço de urgência face ao doente idoso*. Dissertação de Mestrado não-publicada, Universidade Aberta, Lisboa.
- Cieslak, F., Elsangedy, H. M., Krinski, K., Buzzachera, C. F., Vitorino, D. C., Vilela Júnior, G. B. & Leite, N. (2007). Estudo da qualidade de vida de mulheres idosas participantes do Programa da Universidade Aberta à Terceira Idade na cidade de

Ponta Grossa – PR. *Revista Digital* (113). Consultado em 21 de Novembro de 2011 de <http://www.efdeportes.com/efd113/estudo-da-qualidade-de-vida-de-mulheres-idosas.htm>

Chaim, J., Izzo, H., & Sera, C. T. N. (2009). Cuidar em saúde: Satisfação com a imagem corporal e autoestima de idosos. *O Mundo da Saúde*, 33 (2), 175-181.

Coleman, P. G., Ivani-Chalian, C., & Robinson, M. (1993). Self-esteem and its sources: Stability and change in later life. *Ageing and Society*, 13, 171–192.

Connor, J. M., Poyrazli, S., Ferrer-Wreder, L., & Grahame, K. M. (2004). The relation of age, gender, ethnicity, and risk behaviors to self-esteem among students in nonmainstream schools. Consultado em 10 de Junho de http://findarticles.com/p/articles/mi_m2248/is_155_39/ai_n9488734/?tag=mantle_s_kin;content

Correia, J. (2003). Introdução à Gerontologia. Lisboa. Universidade Aberta.

Costa, E. (2006). *Avaliação da eficácia relativa de duas intervenções psicoeducativas dirigidas à prevenção da SIDA e promoção da saúde em mulheres com risco para o VIH*. Braga: Universidade do Minho.

Crews, D. E. (2007). Senescence, aging and disease. *Journal Physiol. Anthropol*, 26, pp. 365-372.

Demo, D. H. (1992). The self-concept over time: Research issues and directions. *Annual Review of Sociology*, 18, 303-326.

Direcção-Geral da Saúde (2004). *Programa nacional para a saúde das pessoas idosas*. Lisboa: DGS.

Faber, M. (2001). Successful aging in the oldest old: Who can be characterized as a successful aged?. *Arch. Intern. Med.*, 161, pp. 2994-2700.

- Fernandes, A. J. (1995). *Métodos e Regras para Elaboração de Trabalhos Académicos e Científicos*. (2ª Ed.) Porto: Porto Editora.
- Fernandes, P. (2002). *A Depressão no Idoso* (2.ª ed.), Coimbra: Quarteto Editora.
- Fernández-Ballesteros, R., Zamarrón, M. D., & Maciá, A. (1997). *Calidad de vida en la vejez en distintos contextos*. Madrid: Inersio.
- Fiedler, P. T. (2008). *Avaliação da qualidade de vida do estudante de medicina e da influencia exercida pela formação académica*. Dissertação de Doutoramento, Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo.
- Figueiredo, D. (2007). *Cuidados familiares ao idoso dependente*. Lisboa: Climepsi.
- Fleck, M. P., Chachamovich, E. & Trentini, M. (2003). Projecto WHOQOL-OLD: Método e resultados de grupos focais no Brasil. *Revista Saúde Pública*, 37 (6), 793-799.
- Fleck, M. P., Souza, J. C. R. P., & Barros, N. H. S. (2008). A avaliação de qualidade de vida – guia para profissionais da saúde. *Revista de Psiquiatria do Rio Grande do Sul*, 30 (1), 89-90.
- Fonseca, A. M. (2005).
- Fonseca, A. M. (2006). *O Envelhecimento: uma abordagem psicológica*. (2ª Ed.) Lisboa: Universidade Católica Editora.
- Fontaine, R. (2000). *Psicologia do Envelhecimento*. (1ª Ed.) Lisboa: Climepsi Editores.
- Fraquelli, A. A. (2008). A Relação entre Auto-estima, Auto-imagem e Qualidade de Vida em idosos participantes de uma oficina de inclusão digital. Tese de Mestrado publicada. Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul.

- Freitas, C. (2008). Efeitos de um programa de hidroginástica na aptidão física, na coordenação motora, na auto-estima e na satisfação com a vida, em idosos utentes de centro de dia. Tese de Mestrado. Faculdade de Desporto: Universidade do Porto.
- Gove, W. R., Ortega, S. T., & Style, C. B. (1989). The maturational and role perspectives on aging and self through the adult years: An empirical evaluation. *American Journal of Sociology*, *94*, 1117–1145.
- Guéguen, N. (1999). *Manual de estatística para psicólogos*. (1ª Ed.) Lisboa: Climepsi Editores.
- Hattie, J. (1992). *Self-concept*. New Jersey: Laurence Erlbaum Associates.
- Ilic, I., Milic, I., & Arandelovic, M. (2010). Assessing Quality of Life: Current Approaches. *Acta Medica Medianae*, *49* (4).
- Instituto do Emprego e Formação Profissional (2001). *Classificação Nacional de Profissões*. Direcção de Serviços de Avaliação e Certificação. Núcleo de Informação e Documentação. Lisboa.
- Instituto Nacional de Estatística. (2002). *O envelhecimento em Portugal: Situação demográfica e socioeconómica recente das pessoas idosas*. Lisboa: Instituto Nacional de Estatística.
- Instituto Nacional de Estatística. (2005). *Destaque – Informação à comunicação social: Dia Internacional do Idoso*. Lisboa: Instituto Nacional de Estatística.
- Instituto Nacional de Estatística. (2005). Estimativas da população residente segundo grandes grupos etários e sexo em 31/12/2002. Consultado em 27 de Novembro de 2010 de www.ine.pt
- Instituto Nacional de Estatística. (2007). *Informação à comunicação social: Dia Mundial da População*. Lisboa: Instituto Nacional de Estatística.

Intervenção do Sr. Secretário de Estado da Segurança Social na sessão de abertura do *I Congresso em Avaliação e Intervenção em Gerontologia Social, Inovação e Futuro dos Lares de Idosos*, 2005 [On-line]. Disponível em <http://www.portugal.gov.pt>. Consultado em 4 de Setembro de 2011.

Jacinto, B. P. (2010). Qualidade de vida e espiritualidade do idoso institucionalizado. Tese de Mestrado. Universidade de Aveiro.

Jakobson, U., Hallberg, I., & Westergren, A. (2004). Overall and Health related quality of life among oldest old in pain. *Quality of Life Research*, 13 (1), 125-136. Consultado em 16 de Maio de 2011 de <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15058794>

Jaquish, G. A., & Ripple, R. E. (1981). Cognitive creative abilities and self-esteem across the adult life-span. *Human Development*, 24, 110– 119.

Jones, G. & Rose, D. (2005). The field of gerokinesiology. In Jones G. & Rose D. (Eds.), *Physical activity instruction of older adults* (pp. 11-21). Leeds: Human Kinetics.

Kane, R. (2003). The contribution of geriatric health services research to successful aging. *Ann. Intern. Med.*, 139, pp. 460-462.

Kirchengast, S. & Haslinger, B. (2008). Gender differences in health-related quality of life among healthy aged and old-aged austrian: Cross-sectional analysis. *Gender Medicine*, 5 (3), 270-278. Consultado em 16 de Maio de 2011 de <http://www.gendermedjournal.com/article/S1550-8579%2808%2900068-5/pdf>

Machado, T. S., & Fonseca, A. C., (2009). Desenvolvimento adaptativo em jovens portugueses: será significativa a relação com os pais? *INFAD Revista de Psicologia/International Journal of Developmental and Educational Psychology* 1 (3), 461-468.

- Martins, A. M. C. (2002). *Serviço Social Crítico em Tempos de Ditadura*. Comunicação apresentada no I Congresso Nacional de Serviço Social, Aveiro.
- Martins, R. M. L. (2004). *Qualidade de vida dos idosos da região de Viseu*. Tese de Doutoramento não-publicada. Universidade de Extremadura. Badajoz.
- Martins, T. (2006). *Acidente vascular cerebral: qualidade de vida e bem estar dos doentes e familiares cuidadores*. Coimbra: Formasau.
- Mendonça, A. M. L. & Ingold, M. (2006). *A Sexualidade da Mulher na Terceira Idade*. Ensaio e Ciência, vol. 10, n.º 3, pp. 201-213.
- Mosquera, J. J. M., & Stobäus, C. D. (2006). Auto-imagem, auto-estima e auto-realização: Qualidade de Vida na Universidade. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 7 (1), 83-88.
- Nazareth, J. M. (2009) – *Crescer e envelhecer: Constrangimentos e oportunidades do envelhecimento demográfico*. Lisboa: Editorial Presença.
- Neri, A. L. (1999). *Qualidade de Vida e Idade Madura*. (5ª Ed.) São Paulo: Papirus Editora. Consultado em 9 de Maio de 2011 de http://books.google.com.br/books?hl=pt-BR&lr=&id=t_iv78IH-AMC&oi=fnd&pg=PA5&dq=influencia+da+socializa%C3%A7%C3%A3o+na+cogni%C3%A7%C3%A3o+do+idoso&ots=SrHHCeJnpT&sig=vkF61AfkeC6U7X6raIw0_xOr6yM#v=onepage&q&f=false
- Neri, A. L. (2001). *Envelhecimento e Qualidade de Vida na Mulher*. 2º Congresso Paulista de Geriatria e Gerontologia. Brasil.
- Ng, J.Y.Y.a; Tam, S.F.; Man, D.W.K.; Cheng, L.C. & Chiu, S.W. (2003). Gender difference in self-esteem of Hong Kong Chinese with cardiac diseases. *International Journal of Rehabilitation Research*, 26, pp. 67 – 70.

- Novo, R. F. (2003). *Para além da Eudaimonia: O bem-estar psicológico em mulheres na idade adulta avançada*. Edição: Fundação Calouste Gulbenkian e Fundação para a Ciência e a Tecnologia.
- Nunes, L. N. V. (2009). Promoção do bem-estar subjectivo nos idosos através da intergeracionalidade. Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação: Universidade de Coimbra.
- O'Malley, P. M., & Bachman, J. G. (1983). Self-esteem: Change and stability between ages 13 and 23. *Developmental Psychology*, 19, 257–268.
- Oliveira, J. H. B. (2008). *Psicologia do Envelhecimento e do Idoso*. (3.^a ed.) Porto: Livpsic.
- Organização Mundial de Saúde (OMS). (2001). *Men, ageing and health*. Geneva: WHO.
- Organização Mundial de Saúde (OMS). (2002). *Active Ageing, a policy framework*. Madrid: WHO.
- Pacheco, A. (2007). Estilos de vida, qualidade de vida pessoal, motivação e sucesso académico: instrumentos de avaliação. *Psyc@w@re*, 1(2), 1-10.
- Pais-Ribeiro, J. L. (2005). *Introdução à psicologia da saúde*. Coimbra: Quarteto.
- Pais-Ribeiro, J. L. (2007). *Avaliação em Psicologia da Saúde: instrumentos publicados em Português*. (1.^a Ed.) Coimbra: Quarteto Editora.
- Pais-Ribeiro, J. L. (2007). *Metodologia de Investigação em psicologia e saúde*. Porto: Legis Editora.
- Pais-Ribeiro, J. L. (2009). A importância da qualidade de vida para a psicologia da saúde. In J. P. Cruz, S. N. de Jesus, & C. Nunes (Eds.) *Bem-estar e Qualidade de*

- Vida, 31-49. Alcochete: Textiverso. Disponível em <http://repositorio-aberto.up.pt/bitstream/10216/17785/2/57643.pdf> (Consultado em 08/05/2011).
- Parreira, A. (2006). *Gestão do Stress e da Qualidade de Vida: Um Guia para a Acção*. Lisboa: monitor.
- Paschoal, S. M. P. (2004). *Qualidade de vida do idoso: construção de um instrumento de avaliação através do método do impacto clínico*. Tese de Doutoramento. São Paulo: Faculdade de Medicina da Universidade.
- Paschoal, S. M. P. (2006). Qualidade de vida na velhice. In E. V. Freitas, L. Py, F. A. X. Cançado, J. Doll, & M. L. Gorzoni, *Tratado de geriatria e gerontologia* (2ª ed., pp.147-153). Rio de Janeiro: Guanabara Koogan.
- Páscoa, P. M. G. (2008). *A importância do envelhecimento activo na saúde do idoso*. Monografia de licenciatura. Porto: Universidade Fernando Pessoa.
- Paúl, C. (1997). *Lá Para o Fim da Vida. Idosos, Família e Meio Ambiente*. Coimbra: Almedina.
- Paúl, C. & Fonseca, A. M. (2001). *Psicossociologia da Saúde*. Lisboa: Climepsi.
- Paúl, C., & Fonseca, A.M. (2005). *Envelhecer em Portugal*. Lisboa: Climepsi.
- Paulo, R. (2010). *A actividade física na população idosa*. Tese de Mestrado publicada. Escola Superior de Educação, Instituto Politécnico de Castelo Branco.
- Pavan, F. J., Meneghel, S. N., & Junges, J. R. (2008). Mulheres enfrentando a institucionalização. *Caderno de Saúde Pública*, 24 (9), 2187-2190.
- Pelham, B.W., & Swann, W.B. (1989). From self- conceptions to self-worth: On the sources and structures of self-esteem. *Journal of Personality and Social Psychology*, 57, 672-680. Consultado em 27 de Maio de 2011 de <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/2795437>

- Pereira, A. (2006). *Guia Prático de Utilização de SPSS – análise de Dados para a Ciências Sociais e Psicologia*. (6ª Ed.) Lisboa: Edições Sílabo.
- Pestana, MH; Gageiro, JN (2005). *Análise de Dados para Ciências Sociais – a Complementaridade do SPSS*. Edições Sílabo, 4ª ed. Lisboa.
- Pinto, A. M. (Coord.) (2001). *Envelhecer Vivendo*. Coimbra: Quarteto Editora.
- Prochnau, N., & Pastório, W. F. (s/d). A auto-estima em idosos institucionalizados. Consultado em 19 de Novembro de 2010 de http://www.abrapso.org.br/siteprincipal/anexos/AnaisXIVENA/conteudo/pdf/trab_completo_181.pdf
- Ramos, H. V. (2001). Qualidade de vida e envelhecimento. In Archer, L., Biscaia, J., Osswald, W., & Renaud, M. (Coords.), *Novos desafios à bioética* (pp. 225-231). Porto Editora.
- Ranzjin, R., Keeves, J., Luszcz, M., & Feather, N. T. (1998). The role of self-perceived usefulness and competence in the self-esteem of elderly adults: Confirmatory factor analyses of the Bachman revision of Rosenberg's Self-Esteem Scale. *Journals of Gerontology: Psychological Sciences and Social Sciences*, 53, pp. 96-104.
- Reitzes, D. C., Mutran, E. J., & Fernandez, M. E. (1996). Does retirement hurt well-being? Factors influencing self-esteem and depression among retirees and workers. *The Gerontologist*, 36, 649–656.
- Rendimento e Condições de Vida 2008 (dados provisórios), *in* Destaque: informação à Comunicação Social, 15 de Julho de 2009. [Consultado no dia 08/09/2011]. Disponível em www.ine.pt

- Ribeiro, C., Ribeiro, J. (2000). Auto-estima e exercício físico em mulheres que tiveram o primeiro filho há menos de um ano: *Estudo comparativo. Actas do 3º Congresso nacional de Psicologia da Saúde*. Lisboa: ISPA
- Rodrigues, C. L., Duarte, Y. A. O. & Lebrão, M. L. (2009). Gênero, sexualidade e envelhecimento. *Saúde colectiva*, 30.
- Salgado, C. D. S. (2002). Mulher idosa: a feminização da velhice. *Estudos Interdisciplinares do envelhecimento*, 4, 7-19.
- Sánchez del Pino, A. (2003). Calidad de vida en la atención al mayor. *Revista Multidisciplinar de Gerontologia*, 13 (3), 188-192.
- Santos, M. R., & Monteiro, M. (2000). *Psicologia*. Porto: Porto Editora Lda.
- Santos, P. J. (2008). Validação da Rosenberg Self-esteem Scale numa amostra de estudantes do ensino superior. In Ana Paula Noronha, Carla Machado, Leandro Almeida, Miguel Gonçalves, Sara Martins & Vera Ramalho (Organizadores), *Avaliação Psicológica: Formas e contextos (Vol. XIII)* [CD-Rom]. Braga: Psiquilíbrios Edições.
- Santos, P. J. & Maia, J. (2003). Análise factorial confirmatória e validação preliminar de uma versão portuguesa da escala de auto-estima de Rosenberg. *Psicologia: Teoria, Investigação e Prática*, 2, 253-28.
- Sequeira, C. (2010). *Cuidar de Idosos com Dependência Física e Mental*. Lisboa: Edições Lidel.
- Serviço de estudos sobre a população do departamento de estatísticas censitárias e da população do INE. (2002). O Envelhecimento em Portugal: Situação demográfica e sócio-económica recente das pessoas idosas. Consultado em 23 de Novembro de 2010 de http://censos.ine.pt/xportal/xmain?xpid=CENSOS&xpgid=ine_censos_estudo_det

- Siqueira, P. C. M. (2009). Desafios para a melhora da qualidade de vida frente ao processo de envelhecimento humano. *Revista Digital – Buenos Aires*, 14, 131. Consultado em 9 de Maio de 2011 de <http://www.efdeportes.com/efd131/processo-de-envelhecimento-humano.htm>
- Sousa, L., Galante, H., & Figueiredo, D. (2003). Qualidade de vida e bem-estar dos idosos: um estudo exploratório na população portuguesa. *Revista de Saúde Pública*, 37, 364-371.
- Spar, J. E., & La Rue, A. (1998). *Guia de psiquiatria geriátrica*. (1ª Ed.) Lisboa: Climepsi Editores.
- Spidurso, W. W. (2005). *Dimensões físicas do envelhecimento*. São Paulo: Edições Manole.
- Taveira N. (1999). Qualidade de vida e doença respiratória crónica. *Revista Portuguesa de Pneumologia*, 1, 99-100.
- Tiggemann, M., & Lynch, J. E. (2001). Body image across the life span in adult women: The role of self-objectification. *Developmental Psychology*, 37, 243–253.
- Timm L. A. (2006). A qualidade de vida o idoso e sua relação com o locus de controle. [dissertação]. Porto Alegre (RS): Pontifícia Universidade Católica do Rio grande do Sul.
- Twenge, J. M., & Campbell, W. K. (2001). Age and birth cohort differences in self-esteem: A cross-temporal meta-analysis. *Personality and Social Psychology Review*, 5, 321–344.

Vaz, S. F. A. (2009). *A Depressão no Idoso Institucionalizado: Estudo em Idosos Residentes em Lares do Distrito de Bragança*. Tese de Mestrado publicada. Universidade do Porto: Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação.

Vaz Serra, A. (1986). A importância do auto-conceito. *Psiquiatria Clínica*, 7 (2), 57-66.

Vaz Serra, A. (1988). Atribuição e Auto-conceito. *Psychologica*, 1, 127-141.

ANEXOS

ANEXO I
INSTRUMENTOS DE AVALIAÇÃO
QUESTIONÁRIO SÓCIO-DEMOGRÁFICO

Agradecemos que responda às questões que se seguem com a máxima precisão e sinceridade. Não existem respostas certas ou erradas. As suas respostas são confidenciais, sendo apenas utilizadas pelo autor para fins de investigação.

Questionário n.º: _____

Idade: _____

Estado Civil:

- Solteira
- Casada
- Divorciada
- Viúva
- Outro

Grau de Instrução:

- Analfabeta
- Sabe ler e Escrever
- 4ª Classe
- Ciclo Preparatório
- Secundário
- Ensino Superior

Última profissão exercida: _____

Valor de Reforma: _____

Está Institucionalizada há quanto tempo? _____

ESCALA DE AUTO-ESTIMA DE ROSENBERG

Segue-se uma lista de afirmações que dizem respeito ao modo como se sente acerca de si próprio(a). À frente de cada uma delas assinale com uma cruz (X), na respectiva coluna, a resposta que mais se lhe adequa.

	Concordo fortemente	Concordo	Discordo	Discordo fortemente
1. Globalmente, estou satisfeito(a) comigo próprio(a).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Por vezes penso que não sou bom/boa em nada.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Sinto que tenho algumas qualidades.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Sou capaz de fazer as coisas tão bem como a maioria das pessoas.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Sinto que não tenho muito de que me orgulhar.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Por vezes sinto-me, de facto, um(a) inútil.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Sinto-me uma pessoa de valor, pelo menos tanto quanto a generalidade das pessoas.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Gostaria de ter mais respeito por mim próprio(a).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Bem vistas as coisas, inclino-me a sentir que sou um(a) falhado(a).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Adopto uma atitude positiva para comigo.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

WHOQOL-BREF



ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE



FACULDADE DE MEDICINA DA UNIVERSIDADE DE COIMBRA

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



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

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

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

Instruções

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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



WHOQOL-OLD

Instruções

ESTE INSTRUMENTO NAO DEVE SER APLICADO INDIVIDUALMENTE, MAS SIM EM CONJUNTO COM O INSTRUMENTO WHOQOL-BREF

Este questionário pergunta a respeito dos seus pensamentos, sentimentos e sobre certos aspectos de sua qualidade de vida, e aborda questões que podem ser importantes para você como membro mais velho da sociedade.

Por favor, responda todas as perguntas. Se você não está seguro a respeito de que resposta dar a uma pergunta, por favor escolha a que lhe parece mais apropriada. Esta pode ser muitas vezes a sua primeira resposta.

Por favor tenha em mente os seus valores, esperanças, prazeres e preocupações. Pedimos que pense na sua vida **nas duas últimas semanas**.

Por exemplo, pensando nas duas últimas semanas, uma pergunta poderia ser :

O quanto você se preocupa com o que o futuro poderá trazer?

Nada	Muito pouco	Mais ou menos	Bastante	Extremamente
1	2	3	4	5

Você deve circular o número que melhor reflete o quanto você se preocupou com o seu futuro durante as duas últimas semanas. Então você circularia o número 4 se você se preocupou com o futuro "Bastante", ou circularia o número 1 se não tivesse se preocupado "Nada" com o futuro. Por favor leia cada questão, pense no que sente e circule o número na escala que seja a melhor resposta para você para cada questão.

Muito obrigado(a) pela sua colaboração!

As seguintes questões perguntam sobre o **quanto** você tem tido certos sentimentos nas últimas duas semanas.

old_01 Até que ponto as perdas nos seus sentidos (por exemplo, audição, visão, paladar, olfato, tato), afetam a sua vida diária?

Nada	Muito pouco	Mais ou menos	Bastante	Extremamente
1	2	3	4	5

old_02 Até que ponto a perda de, por exemplo, audição, visão, paladar, olfato, tato, afeta a sua capacidade de participar em atividades?

Nada	Muito pouco	Mais ou menos	Bastante	Extremamente
1	2	3	4	5

old_03 Quanta liberdade você tem de tomar as suas próprias decisões?

Nada	Muito pouco	Mais ou menos	Bastante	Extremamente
1	2	3	4	5

old_04 Até que ponto você sente que controla o seu futuro?

Nada	Muito pouco	Mais ou menos	Bastante	Extremamente
1	2	3	4	5

old_05 O quanto você sente que as pessoas ao seu redor respeitam a sua liberdade?

Nada	Muito pouco	Mais ou menos	Bastante	Extremamente
1	2	3	4	5

old_06 Quão preocupado você está com a maneira pela qual irá morrer?

Nada	Muito pouco	Mais ou menos	Bastante	Extremamente
1	2	3	4	5

old_07 O quanto você tem medo de não poder controlar a sua morte?

Nada	Muito pouco	Mais ou menos	Bastante	Extremamente
1	2	3	4	5

old_08 O quanto você tem medo de morrer?

Nada	Muito pouco	Mais ou menos	Bastante	Extremamente
1	2	3	4	5

old_09 O quanto você teme sofrer dor antes de morrer?

Nada	Muito pouco	Mais ou menos	Bastante	Extremamente
1	2	3	4	5

As seguintes questões perguntam sobre **quão completamente** você fez ou se sentiu apto a fazer algumas coisas nas duas últimas semanas.

old_10 Até que ponto o funcionamento dos seus sentidos (por exemplo, audição, visão, paladar, olfato, tato) afeta a sua capacidade de interagir com outras pessoas?

Nada	Muito pouco	Médio	Muito	Completamente
1	2	3	4	5

old_11 Até que ponto você consegue fazer as coisas que gostaria de fazer?

Nada	Muito pouco	Médio	Muito	Completamente
1	2	3	4	5

old_12 Até que ponto você está satisfeito com as suas oportunidades para continuar alcançando outras realizações na sua vida?

Nada	Muito pouco	Médio	Muito	Completamente
1	2	3	4	5

old_13 O quanto você sente que recebeu o reconhecimento que merece na sua vida?

Nada	Muito pouco	Médio	Muito	Completamente
1	2	3	4	5

old_14 Até que ponto você sente que tem o suficiente para fazer em cada dia?

Nada	Muito pouco	Médio	Muito	Completamente
1	2	3	4	5

As seguintes questões pedem a você que diga o quanto você se sentiu **satisfeito, feliz ou bem** sobre vários aspectos de sua vida nas duas últimas semanas.

old_15 Quão satisfeito você está com aquilo que alcançou na sua vida?

Muito insatisfeito	Insatisfeito	Nem satisfeito nem insatisfeito	Satisfeito	Muito satisfeito
1	2	3	4	5

old_16 Quão satisfeito você está com a maneira com a qual você usa o seu tempo?

Muito insatisfeito	Insatisfeito	Nem satisfeito nem insatisfeito	Satisfeito	Muito satisfeito
1	2	3	4	5

old_17 Quão satisfeito você está com o seu nível de atividade?

Muito insatisfeito	Insatisfeito	Nem satisfeito nem insatisfeito	Satisfeito	Muito satisfeito
1	2	3	4	5

old_18 Quão satisfeito você está com as oportunidades que você tem para participar de atividades da comunidade?

Muito insatisfeito	Insatisfeito	Nem satisfeito nem insatisfeito	Satisfeito	Muito satisfeito
1	2	3	4	5

old_19 Quão feliz você está com as coisas que você pode esperar daqui para frente?

Muito infeliz	Infeliz	Nem feliz nem infeliz	Feliz	Muito feliz
1	2	3	4	5

old_20 Como você avaliaria o funcionamento dos seus sentidos (por exemplo, audição, visão, paladar, olfato, tato)?

Muito ruim	Ruim	Nem ruim nem boa	Boa	Muito boa
1	2	3	4	5

As seguintes questões se referem a qualquer **relacionamento íntimo** que você possa ter. Por favor, considere estas questões em relação a um companheiro ou uma pessoa próxima com a qual você pode compartilhar (dividir) sua intimidade mais do que com qualquer outra pessoa em sua vida.

old_21 Até que ponto você tem um sentimento de companheirismo em sua vida?

Nada	Muito pouco	Mais ou menos	Bastante	Extremamente
1	2	3	4	5

old_22 Até que ponto você sente amor em sua vida?

Nada	Muito pouco	Mais ou menos	Bastante	Extremamente
1	2	3	4	5

old_23 Até que ponto você tem oportunidades para amar?

Nada	Muito pouco	Médio	Muito	Completamente
1	2	3	4	5

old_24 Até que ponto você tem oportunidades para ser amado?

Nada	Muito pouco	Médio	Muito	Completamente
1	2	3	4	5

VOCÊ TEM ALGUM COMENTÁRIO SOBRE O QUESTIONÁRIO?

OBRIGADO(A) PELA SUA COLABORAÇÃO!

ANEXO II
AUTORIZAÇÃO DE RECOLHA DE DADOS

33

2011 0207

5

66

Proceder em conformidade
do requerimento de 02/02/2011
Exmo Sr. Provedor da
Santa Casa da Misericórdia de Amares

Maria Inês Araújo Rodrigues, aluna da Universidade Católica Portuguesa de Braga, encontrando-se neste momento a frequentar o Mestrado em Psicologia Clínica e da Saúde na Faculdade de Filosofia de Braga, vem por este meio solicitar a V. Ex^a autorização para a recolha de dados, tendo em vista a elaboração da dissertação "Qualidade de Vida e a Auto-estima nas Mulheres Idosas Institucionalizadas". A referida dissertação é orientada pela Prof^a Doutora Eleonora Cunha Veiga Costa, Prof^a Coordenadora do Mestrado em Psicologia Clínica e da Saúde da Universidade Católica de Braga.

Pede deferimento

Amares, 04 de Fevereiro de 2011

Maria Inês Araújo Rodrigues

Maria Inês Araújo Rodrigues

ANEXO III

TERMO DE CONSENTIMENTO

Sujeito nº _____

Convidamos a Senhora a participar na Tese de Mestrado “ **Qualidade de Vida e Auto-estima na Mulher Idosa Institucionalizada**” que será realizado no Lar da Santa Casa da Misericórdia de Vila Verde/Amares e pretende avaliar a qualidade de vida e a auto-estima das mulheres idosas em instituições com idade igual ou superior a 65 anos de idade, sob orientação da Doutora Eleonora Costa.

Para tanto, solicito que responda a quatro questionários: um questionário Sócio-Demográfico, dois questionários da Percepção de Qualidade de Vida e a uma Escala de Auto-Estima.

Os dados obtidos através destes instrumentos serão mantidos em sigilo.

O benefício será a contribuição pessoal para o desenvolvimento de um estudo científico e a determinação dos níveis de qualidade de vida e auto-estima das mulheres idosas institucionalizadas.

A sua participação nesse estudo é voluntária e se decidir não participar ou quiser desistir de continuar em qualquer momento, tem absoluta liberdade de o fazer. Na publicação dos resultados desta pesquisa, a sua identidade será mantida no mais rigoroso sigilo. Pelo que serão omissas todas as informações que permitam identificá-la.

Após ter recebido as informações acima mencionadas, **CONCORDO** com A minha participação nesta pesquisa.

Assinatura do participante

Pesquisadora

Data: ____/____/____

ANEXO IV

TABELA CONSISTÊNCIA INTERNA (α -Cronbach)

Tabela 2 – Alfa de Cronbach (α) na avaliação da consistência interna do RSES, WHOQOL-BREF e WHOQOL-OLD.

	<i>α-Cronbach</i>			
	65-74 anos	75-84 anos	85 e + anos	TOTAL (n=70)
+ RSES (k=10)	0,89 ^[4]	0,88 ^[4]	0,90 ^[5]	0,89 ^[4]
+ WHOQOL-BREF (k=26)	0,94 ^[5]	0,94 ^[5]	0,91 ^[5]	0,93 ^[5]
- Domínio Físico (k=7)	0,78 ^[3]	0,90 ^[5]	0,75 ^[3]	0,84 ^[4]
- Domínio Psicológico (k=6)	0,92 ^[5]	0,88 ^[4]	0,89 ^[4]	0,89 ^[4]
- Domínio Relações Sociais (k=3)	0,85 ^[4]	0,76 ^[3]	0,80 ^[4]	0,78 ^[3]
- Domínio Ambiente (k=8)	0,82 ^[4]	0,68 ^[2]	0,78 ^[3]	0,76 ^[3]
- Qualidade de Vida Geral (k=2)	0,59 ^[1]	0,58 ^[1]	0,44 ^[1]	0,56 ^[1]
+ WHOQOL-OLD (k=24)	0,93 ^[5]	0,90 ^[5]	0,92 ^[5]	0,91 ^[5]
- Funcionamento do Sensório (k=4)	0,96 ^[5]	0,89 ^[4]	0,90 ^[5]	0,91 ^[5]
- Autonomia (k=4)	0,62 ^[2]	0,76 ^[3]	0,68 ^[2]	0,69 ^[2]
- Atividades Passadas, Presentes e Futuras (k=4)	0,80 ^[4]	0,77 ^[3]	0,78 ^[3]	0,78 ^[3]
- Participação Social (k=4)	0,81 ^[4]	0,88 ^[4]	0,90 ^[5]	0,87 ^[4]
- Morte e Morrer (k=4)	0,93 ^[5]	0,85 ^[4]	0,92 ^[5]	0,90 ^[5]
- Intimidade (k=4)	0,92 ^[5]	0,94 ^[5]	0,91 ^[5]	0,92 ^[5]

RSES – auto-estima global (*Rosenberg Self-Esteem Scale*)

WHOQOL-BREF – qualidade de vida, versão breve (*World Health Organization Quality of Life*)

WHOQOL-OLD – qualidade de vida, versão idosos (*World Health Organization Quality of Life*)

^[1] α -Cronbach com consistência interna *inaceitável* ($\alpha < 0,60$)

^[2] α -Cronbach com consistência interna *fraca* ($0,60 \leq \alpha < 0,70$)

^[3] α -Cronbach com consistência interna *razoável* ($0,70 \leq \alpha < 0,80$)

^[4] α -Cronbach com consistência interna *boa* ($0,80 \leq \alpha < 0,90$)

^[5] α -Cronbach com consistência interna *muito boa* ($0,90 \leq \alpha \leq 1,0$)