



UNIVERSIDADE CATÓLICA PORTUGUESA
CENTRO REGIONAL DE BRAGA
FACULDADE DE CIÊNCIAS SOCIAIS

Novos perfis de qualidade de vida após os 65 anos

II Ciclo de Estudos em Gerontologia Social Aplicada

Teresa Maria Mota Correia

Braga, 2014



UNIVERSIDADE CATÓLICA PORTUGUESA
CENTRO REGIONAL DE BRAGA
FACULDADE DE CIÊNCIAS SOCIAIS

Novos perfis de qualidade de vida após os 65 anos

II Ciclo de Estudos em Gerontologia Social Aplicada

Teresa Maria Mota Correia

Braga, 2014



DECLARAÇÃO DE HONRA

Entrega de dissertação ou relatório

Nome: Teresa Maria Mota Correia, número: 232612115 do II Ciclo de Estudos em Gerontologia Social Aplicada, declara por sua honra que o trabalho apresentado é de sua exclusiva autoria, é original, e todas as fontes utilizadas estão devidamente citadas e referenciadas, que tem conhecimento das normas e regulamentos em vigor¹ na Faculdade de Ciências Sociais e que tem consciência de que a prática voluntária de plágio, auto-plágio, cópia e permissão de cópia por outros constituem fraude académica.

Braga, 02/10/ 2014

(assinatura)

¹ Artigo 13º do Regulamento de Avaliação Fraude

1. A fraude em qualquer prova de avaliação implica uma classificação final de zero valores e impedirá o aluno de se apresentar a qualquer forma de avaliação na mesma unidade curricular na mesma época de exames em que a fraude ocorreu.
2. A ocorrência de fraude terá de ser comunicada, pelo docente responsável pela avaliação e respectivo vigilante, à Direcção da Faculdade com especificação das seguintes informações: tipo de prova de avaliação, data, nome e número do aluno em causa e descrição sumária da ocorrência anexando eventuais comprovativos da fraude.
3. A ocorrência destas fraudes será objecto de averbamento no processo do aluno.

AGRADECIMENTOS

Os meus agradecimentos:

Em primeiro lugar, para o Professor Doutor António Fonseca pela forma peculiar como orientou desde sempre este trabalho, assim como, conselhos, sabedoria, incentivos e disponibilidade.

Aos colegas de profissão pelos conselhos e motivação.

A todas as pessoas que aceitaram participar neste estudo, de modo a tornar possível a concretização real deste estudo. Quer diretamente, através do preenchimento do inquérito, quer aos colegas e amigos que proporcionaram o acesso às pessoas participantes do estudo.

Finalmente, à minha família, nomeadamente aos meus pais e irmãs pelo apoio, de modo a tornar possível a chegada, deste meu trabalho, a bom porto e finalmente, ao António Carvalho pelo apoio e paciência, na escuta das minhas descobertas ao longo do desenvolvimento da dissertação.

*«O idoso conserva suas faculdades se
mantiver vivos seus interesses.»*

Cícero

RESUMO

Vivemos numa época em que já não restam dúvidas de que as sociedades estão a envelhecer a grande velocidade. Por isso, haverá cada vez mais idosos e progressivamente, com idades mais avançadas. Daí o interesse em perceber quem são estes idosos e como vivem. O presente estudo desenvolveu-se com o objetivo de perceber se existe diferenças na perceção de qualidade de vida em idosos com e sem atividades regulares. A amostra foram 120 pessoas com mais de 65 anos, residentes no concelho de Guimarães. Os resultados obtidos revelaram diferenças entre os dois grupos, nomeadamente, que os idosos com atividade regular, fora de casa, apresentam melhor qualidade de vida percebida. Por isso, promover a qualidade de vida das pessoas idosas, implica motivá-las à participação regular em atividades nomeadamente, sociais, recreativas e lúdicas.

Palavras-Chaves: Envelhecimento, qualidade de vida, IAQdV, perfil do idoso

ABSTRACT

We live in an age when there is already no doubt that societies are aging at great speed. Therefore, there are more elderly people and these are reaching more advanced ages. This is why we were interested in understanding who these seniors are and how they live. The present study was developed with the objective of understanding if there are significant differences between the perception of life quality of the elders with and without regular activities. The sample was 120 people over 65 years old, living in Guimarães municipality. The results revealed variances between the two groups that showed that elders with regular activities outside their homes tend to perceive their life quality as better. For that reason, promoting life quality of the elderlies implies motivating them to regularly participate in social, recreational and ludic activities.

Key: Words: aging, life quality, IAQdV, the profile of old

ÍNDICE

Índice de gráficos e tabelas	pag. VIII
Siglas e Abreviaturas.....	pag. IX
Introdução.....	pag. 10
Parte I – Enquadramento teórico.....	pag. 16
1. O envelhecimento.....	pag. 17
1.1. O processo de envelhecimento.....	pag. 17
1.2. As dimensões psicológicas no processo de envelhecimento	pag. 18
1.2.1 Competência	pag. 19
1.2.2 Cognição	pag. 23
1.2.3 Personalidade	pag. 28
1.2.4 Satisfação de vida	pag. 30
1.2.5 Saúde/doença	pag. 32
1.2.6 Vida independente	pag. 37
1.2.7 Relações sociais	pag. 38
1.2.8 Sentidos.....	pag. 41
1.2.9 Bem-estar psicológico.....	pag. 42
2. Qualidade de Vida.....	pag. 46
2.1. Conceito de qualidade de vida	pag. 47
2.2. Qualidade de vida e pessoa idosa.....	pag. 48
2.3. Atividade como fator de qualidade de vida nos idosos.....	pag. 50
3. Perfil do idoso português no Século XXI	pag. 51

Parte II - Metodologia	pag. 54
1.1. Objetivo do estudo	pag. 55
1.2. Problema e questões de investigação	pag. 55
1.3. Tipo de estudo	pag. 55
1.4. Constituição da amostra	pag. 56
1.5. Instrumento de recolha de dados	pag. 60
1.6. Método de análise de dados	pag. 61
1.7. Resultados	pag. 61
1.8. Análise e discussão dos resultados.....	pag. 68
Referências Bibliográficas	pag. 77
Anexos	pag. 82

Índice de gráficos

Gráfico I - Estrutura etária da população residente, por sexo, 2001, 2011Pag.11

Índice de tabelas

Tabela I - Estrutura etária da população, 2001 e 2011pag. 10

Tabela II - Características etárias da amostra geral.....pag. 56

Tabela III - Dados da amostra sobre as idades de cada grupo pag. 57

Tabela IV - Características sociodemográficos da amostrapag. 58

Tabela V - Resultados da amostra global pag. 61

Tabela VI- Resultados por grupos.....pag. 62

Tabela VII- Níveis de significância.....pag. 63

Tabela VIII-Análise segundo o géneropag. 64

Tabela IX - Análise segundo o estado civilpag. 65

Tabela X – Análise segundo o rendimento pag.66

Tabela XI – Análise segundo habitação pag.67

Tabela XII – Análise segundo grau de escolaridade pag.68

SIGLAS E ABREVIATURAS

IAQdV – Instrumento de avaliação da Qualidade e Vida

INE – Instituto Nacional de Estatística

OMS – Organização Mundial de Saúde

SAD – Serviço de Apoio Domiciliário

INTRODUÇÃO

A partir do século XX, surge um novo paradigma na sociedade. Devido a vários fatores, assistimos ao aumento da esperança de vida. A evolução da ciência e a melhoria das condições sociais e económicas traduziram-se num aumento da esperança de vida e em novos desafios para a sociedade (Fonseca, 2006).

Este fenómeno do envelhecimento populacional verifica-se a nível mundial. A Organização Mundial de Saúde (OMS) prevê que em 2025 as pessoas com mais de 60 anos sejam 1,2 biliões da população geral.

Em Portugal, o envelhecimento populacional “é como um navio que se está a aproximar de um iceberg e não se consegue afastar”, afirma Anabela Delgado, coordenadora do Gabinete dos Censos do INE, para quem esta tendência de envelhecimento foi a mais “impressionante” nos resultados dos últimos censos. Podemos analisar esses dados na seguinte tabela:

Portugal	2001		2011	
	Nº	%	Nº	%
Estrutura Etária				
0-14 anos	1 656 602	16,0	1 572 329	14,9
15-24 anos	1 479 587	14,3	1 147 315	10,9
25-64 anos	5 526 435	53,4	5 832 470	55,2
65 ou mais anos	1 693 493	16,4	2 010 064	19,0

Tabela I

Estrutura etária da população, 2001 e 2011 (INE, 2011)

A pirâmide etária mostra, igualmente, que o grupo de população em território português com 70 ou mais anos de idade teve um crescimento de 26% em dez anos.

Numa década, a idade média da população aumentou três anos, sendo neste momento de 41,8 anos. Diminuiu, por outro lado, o número de indivíduos em idade ativa por cada idoso: passou de 4,1 em 2001 para 3,5 em 2011.

A estrutura etária da população acentuou os desequilíbrios já evidenciados na década passada. Diminuiu a base da pirâmide, correspondente à população mais jovem, e alargou-se o topo, com o crescimento da população mais idosa", salienta o INE. *Amanhã não vamos conseguir ter uma estrutura demográfica com mais vitalidade*", adverte Anabela Delgado, coordenadora do gabinete dos censos do INE.

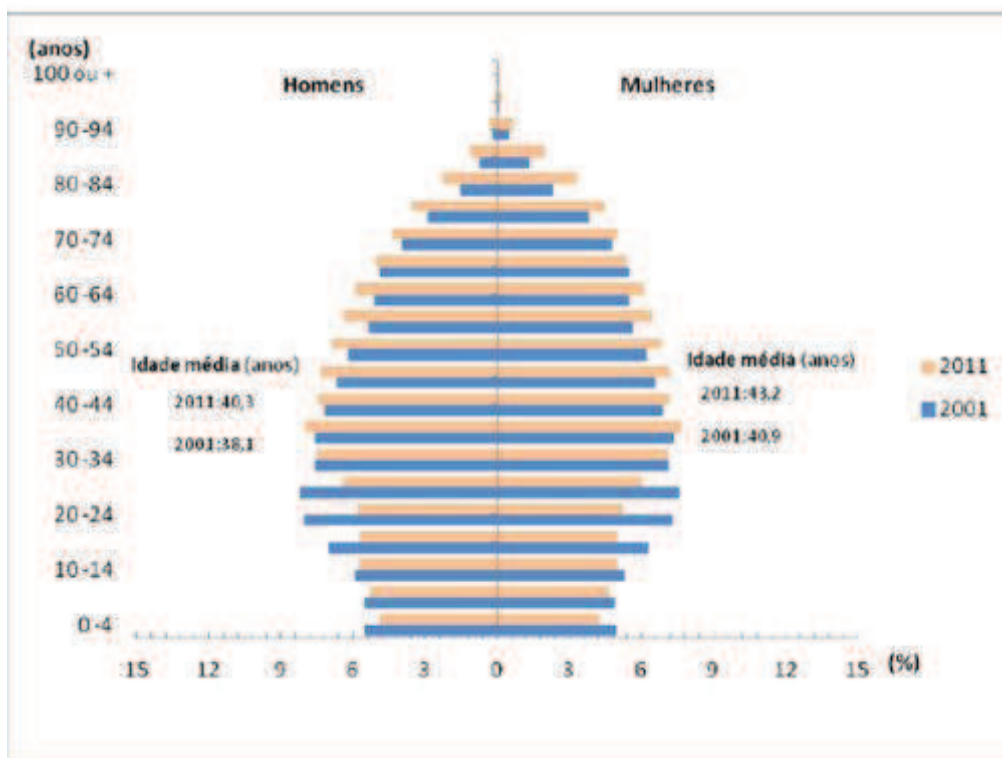


Gráfico I

Estrutura etária da população residente, por sexo, 2001 e 2011 (INE, 2011)

Os idosos são cada vez mais numerosos em todo o mundo e particularmente em Portugal, e com idades mais avançadas (INE, 2011). Segundos dados disponíveis a partir do Instituto Nacional de Estatística (INE), o atual índice de envelhecimento da população é de

129. Isto significa que existem 129 cidadãos com 65 anos ou mais por cada 100 cidadãos com menos de 15 anos. A percentagem de jovens recuou de 16 para 15% e a de idosos cresceu de 16% para 19% da população total, acentuando a tendência para o envelhecimento da população. Mais precisamente, a percentagem de pessoas com mais de 65 anos em 2001 era de 16,4, enquanto os censos de 2011 registaram uma percentagem de 19,1. Nesta faixa etária encontram-se 21,3% do total de mulheres e 16,8% do total dos homens residentes em Portugal Continental.

Encontramos 31% destes idosos na região Norte e aproximadamente 26% nas regiões Centro e Lisboa. No Alentejo a percentagem é de 9,1 e no Algarve encontram-se 4,4%. Nas regiões autónomas da Madeira e dos Açores encontramos, respetivamente, 2% e 1,6%.

Cerca de 60% da população idosa vive só (400 964) ou em companhia exclusiva de outros idosos (804 577). Relativamente a este aspeto, verificou-se um aumento de 28%, ou seja, de 942 594 em 2001 para 1 205 541 em 2011. As maiores percentagens de idosos a viverem sós encontram-se na região de Lisboa (22%), seguida do Alentejo (22%) e do Algarve (21%). Existem menos idosos a viverem sós nas regiões do Norte e dos Açores, ambas com 17%.

Foi abordado pela primeira vez, nos censos de 2011, o tratamento da temática da incapacidade. Este apontamento privilegia a funcionalidade e a incapacidade como o resultado de uma interação dinâmica entre a pessoa e os fatores contextuais. Na população com 65 ou mais anos, este indicador atinge os 50%, o que significa ter muita dificuldade, ou não conseguir realizar, pelo menos, uma de 6 atividades diárias (ver, ouvir, andar, memória/concentração, tomar banho/vestir-se, compreender/fazer-se entender).

Segundo os dados do Bareme Internet 2010 da Markttest, sobre o uso das redes sociais, verificou-se que mais de 2 000 000 de portugueses usam estes meios. Os mais idosos foram o grupo que mais aumentou o seu consumo destes sites, pois entre os indivíduos com idade

superior a 44 anos mais que triplicou o hábito de aceder a redes sociais. De facto, em 2009, registaram-se 1.7% de indivíduos com mais de 44 anos com estes hábitos de navegação, enquanto em 2010 verifica-se 5.4%.

Relativamente à escolaridade, os censos 2011 revelam que a população com 15 ou mais anos sem qualquer nível de escolaridade é de 934 129, que corresponde a cerca de 10% da população desse grupo etário. Em 2001 este indicador representava 18%. No Alentejo verifica-se a maior redução deste indicador, o qual recuou cerca de 11%.

A população idosa tem, normalmente, rendimentos inferiores aos da população ativa. A principal fonte de rendimento é a pensão de reformados. Em Portugal, a população com 65 e mais anos, de acordo com o Eurostat, apresentava, em 2009, uma taxa de risco de pobreza (condição considerada como abaixo de 60% do rendimento mediano) de 21,0% depois das transferências sociais, valor ligeiramente superior ao registado em 2008, de 20,1%, e bem acima da média comunitária (17,8%); conforme se vai avançando na idade, o agravamento do risco da pobreza é maior, apresentando a população de 75 e mais anos um risco de pobreza que atinge os 24,4%, sendo na UE apenas de 20,3%.

A população idosa torna-se um grupo de destaque. A comunidade científica começa a direccionar a sua atenção para este grupo e para o processo de envelhecimento. Cresce o interesse por esta temática e surgem inevitavelmente questões e inquietações.

Segundo a perspectiva teórica da psicologia do ciclo de vida de Paul Baltes e colaboradores (Fonseca, 2008), a velhice é mais uma etapa do desenvolvimento humano, o qual acontece ao longo de todo o ciclo da vida. Este tema será sumariamente desenvolvido no enquadramento teórico, mais concretamente a qualidade de vida percebida pelo idoso, enquanto ator do seu próprio desenvolvimento. Por isso, a avaliação da qualidade de vida será também aquela que é percebida pelo próprio idoso. Uma vez que o envelhecimento é frequentemente caracterizado por um processo onde as perdas são mais frequentes do que os

ganhos, torna-se um desafio afirmar que existe qualidade de vida nos idosos e que é possível uma velhice bem-sucedida (Fonseca, 2005). É possível verificar qualidade de vida no envelhecimento quando a pessoa idosa recorre à capacidade de resiliência e de adaptação às novas situações. Torna-se pertinente conhecer de que forma os idosos integram essas alterações, de modo a manter um envelhecimento com qualidade. No idoso, a capacidade de ser resiliente surge do ajustamento constante entre objetivos e recursos de ações disponíveis (Fonseca, 2005).

É neste âmbito que surge este estudo, centrado no conhecimento dos novos perfis de qualidade de vida para os idosos, mais concretamente, para a faixa etária após os 65 anos de idade.

Com este estudo pretendemos compreender os novos critérios de qualidade de vida para os idosos, com 65 ou mais anos. Como medida do envelhecimento bem-sucedido foi assumida a qualidade de vida percebida. Assim, este trabalho pretende analisar a influência da atividade, no nível de qualidade de vida percebida, em idosos com mais de 65 anos, do concelho de Guimarães. Assim, surge a questão: Quais os novos perfis de qualidade de vida, após os 65 anos? Torna-se pertinente estudar, para conhecer, que novos perfis de qualidade de vida as pessoas após os 65 anos valorizam, de modo a ter um envelhecimento bem-sucedido. Foram constituídos dois grupos de comparação: idosos com atividade regular semanalmente, empenhados em causas sociais (voluntariado, formação/ educação) e idosos sem atividade regular.

Utilizou-se, neste estudo, o Instrumento de Avaliação da Qualidade de Vida (IAQdV), de Fonseca, Paúl e Teles, aferido no ano de 2007, sendo a versão portuguesa do original australiano The Assessment of Quality of Life (AQoL), criado por Hawthorne, Richardson, Osborne e McNeil em 1997 (Fonseca *et al*, 2007).

O presente trabalho é constituído por dois momentos. Numa primeira parte poderemos encontrar uma abordagem teórica sobre o processo de envelhecimento, as dimensões psicológicas abordadas no IAQdV, entre outras, e o conceito de qualidade de vida associado ao envelhecimento. Numa segunda parte será apresentada a metodologia do estudo realizado, nomeadamente, as características dos grupos, os objetivos e hipóteses, e os resultados obtidos.

PARTE I - ENQUADRAMENTO TEÓRICO

1. O envelhecimento

1.1. O Processo de envelhecimento

O envelhecimento é um processo natural onde vão ocorrendo mudanças físicas, psicológicas e sociais. É um fenómeno que contempla três dimensões: a dimensão biológica, a dimensão psicológica e a dimensão social. O estudo do envelhecimento tem que considerar estas três áreas. Seria imprudente desvalorizar uma dimensão em favor de outra, pois todas são parte do processo. No entanto, sabemos que, ao longo da história, a dimensão biológica foi a mais referenciada, e por isso existia a ideia de qualidade de vida nos idosos associada a ausência de doenças. Ou seja, não haveria qualidade de vida quando um idoso sofre de uma doença prolongada ou quando já não possui todas as suas capacidades físicas e cognitivas. Desta forma, poderíamos afirmar que nunca existiria qualidade de vida nas pessoas idosas, uma vez que as perdas físicas e as doenças, nesta fase da vida, são inevitáveis. Mas será que efetivamente esta ideia prevalece? Não existirá qualidade de vida, nos idosos, pelo facto de terem algum problema físico, ou falta de saúde? E a nível social, de que forma interfere esta dimensão no envelhecimento com qualidade?

Hoje, existe uma nova perspectiva. O estudo científico efetuado, ao longo dos últimos anos, sobre a dimensão psicológica no desenvolvimento humano, contribuiu para salientar a importância desta dimensão e a sua influência no conceito de qualidade de vida nos idosos (Fonseca, 2006). Ou seja, quanto mais o indivíduo for resiliente diante de todas as adversidades da vida, melhor qualidade de vida terá. Então, surge a questão: O que é qualidade de vida, para as pessoas idosas?

O indivíduo vai sentindo, a partir de determinada idade, algumas perdas, a vários níveis. As capacidades físicas, psicológicas e sociais, estão diferentes, e por isso, tem que adaptar-se às novas situações, nomeadamente, ao facto de passarem de uma vida ativa de

trabalho/produktividade para o estatuto de reformados. Não existe um programa de orientação específico e ideal para receitar às pessoas, de forma a fazerem uma transição/ adaptação à vida de reformado com sucesso e garantir uma vida excelente. “Caberá sempre ao próprio reformado definir em larga medida a «vida de reformado» que pretende ter” (Fonseca, 2011, pag.94).

No campo da psicologia, o estudo sobre o desenvolvimento humano apenas incidia sobre as faixas etárias dos primeiros anos de vida até à adolescência. Segundo Vandenplas-Holper (1998, in Fonseca, 2006) apenas a infância e a adolescência constituíam etapas com alterações pertinentes, merecedoras de estudo. A partir da 2ª guerra mundial, aumenta a esperança média de vida, as pessoas vivem mais anos. A população começa a apresentar novas características, torna-se mais envelhecida e, como consequência, aumenta o interesse pelo estudo e investigação do envelhecimento.

Uns dos autores que se evidenciou no estudo do envelhecimento foi Birren. Nos anos 60, este autor referiu que o envelhecimento é um progressivo abrandamento da atividade do sistema nervoso (Fonseca, 2006). Para Fontaine (2000), o envelhecimento é um conjunto de processos que se evidenciam no organismo, após o seu desenvolvimento. Assim, a controvérsia entre envelhecimento e desenvolvimento ainda persiste nos dias de hoje, ou seja, se o envelhecimento é ou não parte do desenvolvimento. Atualmente, a opinião dos autores é mais unânime, no sentido de considerar o desenvolvimento e o envelhecimento como constituintes de uma mesma realidade (Fonseca, 2006).

1.2. As dimensões psicológicas no processo do envelhecimento

A partir dos estudos efetuados por Baltes e Smith (1999, in Fonseca, 2006) no âmbito do processo de envelhecimento, foram definidas três perspetivas de análise: as perspetivas biológicas e culturais, as perspetivas de ciclo de vida das mudanças relacionadas com a idade

e as perspectivas de comportamento e de funcionamento psicológico na velhice. As perspectivas biológicas e culturais patenteiam as alterações verificadas a nível físico. As perspectivas de ciclo de vida das mudanças relacionadas com a idade refletem o facto de o envelhecimento ser multidimensional e de ser necessário de definir constantemente novos objetivos. As perspectivas de comportamento e de funcionamento psicológico na velhice descrevem determinados comportamentos e funcionamentos psicológicos como a competência, a cognição, a personalidade e a satisfação de vida. Será sobre estas dimensões que o nosso trabalho se debruçará, de seguida, uma vez que influenciam e contribuem para um envelhecimento com maior ou menor qualidade de vida.

1.2.1. **Competência**

A competência é uma dimensão complexa de definir, uma vez que falar em competência implica falar de capacidade, atividade ou sucesso, segundo Paúl (2001). No contexto da psicologia dos idosos e do envelhecimento, a competência é definida como a «capacidade do indivíduo para realizar adequadamente aquelas atividades habitualmente consideradas como essenciais» (Fonseca, 2006 pag.87). Desta forma, competência torna-se sinónimo de autonomia, ou seja, dá-nos informação sobre a autonomia da pessoa na realização das suas tarefas diárias. Masterpasqua (1989, in Fonseca, 2006 pag.87) define competência como sendo a «capacidade individual para lidar com os desafios da vida». Neste caso, temos que considerar outras variáveis do âmbito cognitivo, emocional e social. Outros autores (Eisenberg & Fabes, 1992, in Fonseca, 2006) salientam a inteligência, a personalidade ou o estilo de coping quando se referem à competência social, como variáveis essenciais para a promoção de interações sociais e redes de suporte social. Como dimensão psicológica que contribui para a operacionalização do conceito de competência, outros autores apresentam três perspectivas: a perspectiva das capacidades/competências, a perspectiva da auto-eficácia

(referindo-se às capacidades pessoais) e a perspectiva do ajustamento adaptativo entre as capacidades e as exigências ambientais (Fonseca, 2006). Esta última perspectiva tem a sua importância neste trabalho, pois, destaca a competência como forma de resposta às exigências ambientais com que se pode deparar o indivíduo no seu dia-a-dia. O que implica uma adaptação contínua das competências individuais e às exigências ambientais. Quanto mais adequada e ajustada for essa adaptação, melhor harmonia existirá entre o indivíduo e o ambiente, contribuindo para o bem-estar psicológico do próprio indivíduo (Kahana, 1982; Lawton, 1982, in Fonseca, 2006). O *modelo ecológico de competência* proposto por Lawton (Lawton & Nahemow, 1973, in Fonseca, 2006) salienta a competência para a compreensão dos mecanismos individuais de adaptação ao longo do processo do envelhecimento. Através deste modelo o autor pretendeu compreender os aspetos da transação pessoa-ambiente. Este modelo foi renomeado para «modelo de adaptação capaz de prever resultados adaptativos (comportamentos e afetos) associados à interação entre uma pessoa, caracterizada em termos de uma determinada competência, e um ambiente, caracterizado em termos de um determinado nível de pressão» (Lawton 1999, in Fonseca, 2006 p.88). Esta «pressão», entendida como sendo as exigências provocadas pelo ambiente às capacidades físicas, psíquicas e sociais do indivíduo, assume uma forma tanto objetiva como subjetiva. A competência, por sua vez, está relacionada com as capacidades sensoriais e motoras, as funções cognitivas e as condições biológicas do indivíduo.

A competência comportamental, ou apenas a competência, é o resultado da relação entre as características e capacidades do indivíduo e as exigências do ambiente. Quanto maior for a congruência entre estas duas dimensões, ou seja, pessoa-ambiente, maior será o bem-estar psicológico da pessoa e a sua adaptação às alterações que se impõem à medida que envelhece. A incongruência pode ser o resultado da diminuição das capacidades do indivíduo,

do aumento das exigências do meio ou da combinação de ambos (Kahana, 1982; Lawton 1982, in Fonseca, 2006).

Assim, Lawton formula a «hipótese da docilidade ambiental» onde supõe que a influência do ambiente, no comportamento do indivíduo, está diretamente relacionada com a sua competência (Fonseca, 2006), ou seja, idosos saudáveis e contentes procurarão atividades e contactos ambientais mais ousados, enquanto idosos menos competentes, não se atreverão a circular e frequentar mais do que as proximidades das suas casas. Esta hipótese foi alvo de críticas que salientaram o facto de ela ser apenas válida para a população com médias e baixas competências, pois, para os idosos com elevada competência, o ambiente torna-se o local de recurso em vez de fator de controlo de comportamento (Lawton 1999, in Fonseca, 2006). Assim, Lawton formula uma segunda hipótese, designada por «hipótese da proactividade ambiental». Nesta hipótese, o autor refere que quanto mais competência tiver a pessoa, melhor capacidade terá para utilizar os recursos do ambiente como forma de satisfação das suas necessidades (Fonseca, 2006).

Uma especificidade da competência, que facilmente está comprometida nesta etapa do desenvolvimento humano, é a competência de vida diária. Segundo Schaie e Willis (1999 in Fonseca, 2006), a competência de vida diária é a capacidade da pessoa idosa para realizar, de modo eficiente, as tarefas do dia-a-dia. Atualmente definida por «competência para lidar com o dia-a-dia» (Baltes & Mayer, 1999, in Fonseca, 2006), esta competência divide-se em duas áreas: competência básica e competência alargada. A primeira refere-se à capacidade da pessoa idosa para manter uma vida independente sendo capaz de realizar tarefas básicas do dia-a-dia, como cozinhar, vestir-se, cuidar da sua higiene, assim como realizar atividades instrumentais da vida diária, ou seja, fazer compras, por exemplo. A competência alargada reporta-se à capacidade da pessoa para realizar atividades convencionadas pelas preferências

individuais, motivações e interesses. Nestas incluem-se as atividades de lazer (Fonseca, 2006).

Outro autor, Diehl (1998, in Fonseca, 2006), elabora um conceito de competência de vida diária de forma bastante particular. Relativamente à competência, distingue diferentes momentos: os «antecedentes» da competência, as «componentes», os «mecanismos» e finalmente os «resultados». Designa de «antecedentes» da competência, os fatores próprios do indivíduo, como a saúde e a cognição. As «componentes» da competência são os aspetos intra-individuais e os aspetos contextuais são os «mecanismos» que dizem respeito ao controlo e atribuições; por fim, os «resultados» da competência são, segundo, o bem-estar psicológico. Desta forma, a competência de vida diária, segundo Diehl, será a conjugação complexa destes diferentes «momentos», ou seja, a capacidade do indivíduo para realizar as atividades essenciais do dia-a-dia, implicando as suas próprias competências físicas, psicológicas e sociais.

Relativamente à avaliação da competência de vida diária, vários autores ([Baltes, 1993, in Fonseca, 2006] Schaie & Willis, 1999); afirmam tratar-se de uma questão problemática, pois, a competência não é estática mas evolui ao longo da vida. No entanto, para manter a competência, os idosos usam diferentes mecanismos em comparação com idades mais novas, de forma a manter os resultados pretendidos. Segundo Baltes e Carstensen (Baltes & Carstensen, in Fonseca, 2006), a dependência será um mecanismo de defesa para «evitar a solidão e exercer um controlo passivo sobre o ambiente» (Fonseca, 2006, p.95), uma forma de obter atenção e a companhia de outros. Mas a dependência não será apenas derivada de fatores psicológicos. O facto de o idoso ter menos capacidade para realizar as atividades básicas do dia-a-dia, designadas de atividades de vida diária (AVD) e atividades instrumentais de vida diária (AIVD) vai, segundo Heikkinen (2000, in Fonseca, 2006) contribuir, de forma significativa para a perda de qualidade de vida e para o aparecimento de sintomas depressivos.

Assim, consideramos a competência como a base para a manutenção da qualidade de vida nas pessoas idosas.

1.2.2. Cognição

A cognição é entendida como o conjunto dos processos mentais subjacentes ao comportamento, como sejam, o pensamento, o raciocínio, a linguagem, a resolução de problemas, a memória e todos os restantes procedimentos que nos permitem compreender o mundo que nos rodeia e interagir com ele. Estes processos acontecem de forma diferente nas crianças, nos adultos, e à medida que vamos envelhecemos. Falando de idosos, hoje, não podemos aceitar a ideia de que na velhice se verifica um declínio geral e irreversível das capacidades cognitivas (Fonseca, 2006). Nos idosos, existe uma forma diferente de pensamento e de resolução de problemas, mais do que afirmar que existe perda de capacidades cognitivas. No próprio grupo dos indivíduos idosos, verifica-se também diferenças, pois, se alguns apresentam as suas capacidades intactas, outros apresentam as suas capacidades mais comprometidas.

Denney (1982, in Fonseca, 2006) confirmou a existência de diferenças nas capacidades cognitivas dos adultos jovens e dos idosos. Apesar de se verificar alterações em todas as capacidades é curioso verificar que, nos testes de vocabulário e de informação, os resultados obtidos revelam uma certa estabilidade e até melhores resultados ao longo da vida, decaindo o seu bom desempenho apenas mais tardiamente. As capacidades relacionadas com as tarefas piagetianas e a resolução de problemas revelam declínios mais cedo. Estudos revelam que pessoas hoje com 70 anos revelam capacidades cognitivas igual a pessoas com 65 anos de idade, há 30 anos atrás (Baltes & Smith, 2003, in Fonseca, 2006). Os autores apresentam como razões para estes resultados fatores de ordem cultural, como estados de saúde mais cuidados, condições materiais mais favoráveis, um acesso mais acessível aos

instrumentos de literacia e sistemas educacionais ao longo da vida entre outros, que vão contribuir para o desenvolvimento das capacidades cognitivas dos idosos, até o estado físico e mental possibilitar.

A nível neuro-psicológico, Braun e Lalonde (1990, in Fonseca, 2006) defendem a existência de perfis de declínio cognitivo nas funções executivas e mnésicas que derivam da deterioração dos sistemas frontais e temporais do telencéfalo. Outro autor, Salthouse (1989, 1999, in Fonseca, 2006) defende que o declínio cognitivo é derivado das variações na taxa de propagação da informação. Hertzog (1989, in Fonseca, 2006), no mesmo âmbito da investigação, concluiu que os idosos, apresentam diferenças não tanto a nível dos conteúdos mas a nível da velocidade de resposta. Assim, o enfraquecimento cognitivo, verificado nos idosos, é a consequência da diminuição de eficiência da velocidade de processamento de informação do Sistema Nervoso Central.

As investigações de Baltes e Smith (1999, in Fonseca, 2006, p.101) concluem que existe «uma relação muito significativa entre o funcionamento sensorial e o funcionamento cognitivo»; à medida que empobrece o funcionamento sensorial diminui o funcionamento cognitivo (Fonseca, 2006). A visão e a audição têm maior influência no funcionamento cognitivo do que a história de vida do indivíduo, conforme revela o estudo BASE (Baltes & Mayer, 1999, in Fonseca, 2006). Este estudo revela ainda que, conforme já evidenciado, à 4ª idade corresponde uma diminuição global das capacidades cognitivas e do funcionamento psicológico. No entanto, as competências da linguagem podem permanecer estáveis. Ao envelhecimento não devemos associar apenas degradação e perda.

Sobre a aprendizagem, as investigações (Paúl & Fonseca, 2001; Zamarrón & Fernández-Ballesteros, 2002, in Fonseca, 2006) revelam que o tempo necessário para a aprendizagem de novas informações aumenta e as dificuldades de aprendizagem de conteúdos sem relação direta com os conhecimentos anteriormente adquiridos, também aumentam, nos

idosos. A memória a curto prazo pode sofrer uma decadência devido ao avanço da idade. Os idosos necessitam mais tempo para evocar a informação memorizada, em relação a adultos mais jovens. As variáveis que contribuem para o declínio cognitivo serão poucas e não totalmente conhecidas (Salthouse, 1998, 1999, in Fonseca, 2006).

O avanço da idade cronológica não é suficiente para explicar a diminuição das capacidades de tipo cognitivo. Poderão estar outros fatores associados como o comportamento, a saúde (Paúl & Fonseca, 2001) a educação e a posição social (Zamarrón & Fernández-Ballesteros, 2002 in Fonseca, 2006). Existem medidas compensatórias que podem contribuir para combater a evolução desfavorável de certas variáveis biológicas como a acuidade sensorial e a diminuição da velocidade de processamento de informação, como seja a prática de exercício físico e o treino das capacidades cognitivas (Fonseca, 2006).

Dos estudos efetuados por Clarkson-Smith e Hartley (Clarkson-Smith & Hartley, 1989, in Fonseca, 2006) conclui-se que a prática de exercício físico, realizado pelos idosos, contribui para a obtenção de resultados mais satisfatórios a nível do raciocínio, memória e tempo de reação. Para além dos efeitos positivos nas capacidades cognitivas, o exercício físico, tem outras vantagens. Os mesmos autores defendem a ideia de que uma vida sedentária vai contribuir para a perda de vigor físico que por si só, já é inerente ao processo de envelhecimento.

Outros autores, Rogers, Meyer e Mortel (Rogers, Meyer & Mortel, 1990, in Fonseca, 2006) também reforçam a ideia da importância da atividade física no desempenho cognitivo. Os estudos destes autores revelaram, um declínio acentuado na circulação sanguínea cerebral dos reformados inativos e em simultâneo, resultados menos satisfatórios em testes cognitivos.

Desta forma, fica reforçada a teoria de que a detereorização de algumas capacidades mentais, se devem mais à falta do seu uso do que propriamente à idade ou à doença (Kuhl, 1986, in Fonseca, 2006).

Para além da atividade física, a estimulação adequada das capacidades cognitivas vai contribuir para adiar o seu declínio, tornando-o mais suave e menos trágico, comparando com as capacidades não estimuladas (Denney, 1982, in Fonseca, 2006). Barreto, (1988, in Fonseca, 2006) a partir dos seus estudos, conclui que os idosos que são inativos, com mínimo de contactos durante o dia, ou sem envolvimento em tarefas que possam implicar responsabilidade e tomadas de decisões, estão em risco de deterioração mental, equiparados aos indivíduos afetados por doenças físicas como as cerebrovasculares. No entanto, salienta-se que os indivíduos idosos, para conseguir superar as suas dificuldades, procuram adaptar-se às novas situações usando estratégias de seleção, otimização e compensação. Estas estratégias são descritas por Baltes e Carstensen como “seletividade socio-emocional” (Baltes & Carstensen, 1999, in Fonseca, 2006). Isto significa que, os indivíduos em geral, distribuem os recursos cognitivos disponíveis pelas necessidades e objetivos de maior importância. No caso dos idosos, esses recursos são direcionados para a regulação das emoções (“Inteligência Emocional”), e não para aquisição de novos conhecimentos. Baltes e Carstensen explicam que pelo facto dos idosos considerarem que o tempo para eles já é mais limitado, os objetivos de vida a curto prazo são mais valorizados do que os objetivos a longo prazo. Aquisição de informação enquadra-se num objetivo a longo prazo (Baltes & Carstensen, 1999, in Fonseca, 2006). Assim, Baltes e Smith, (2003, in Fonseca, 2006) vão destacar a ideia de que a inteligência emocional é um aspeto positivo da atividade cognitiva dos idosos. Pois, afirmam que essa inteligência emocional representa dois tipos de capacidades: compreender as causas das emoções e desenvolver estratégias para evitar situações conflituosas ou minimizar o impacto negativo das consequências dessas mesmas situações.

A grande variabilidade verificada na população idosa, relativa ao processo de envelhecimento é, segundo os autores da psicologia desenvolvimental do ciclo de vida, (Baltes, 1987; Baltes, Staudinger & Lindenberger, 1999; Schaie, 1996; Veraheghen &

Salthouse, 1997, in Fonseca 2006), compreendida especialmente através dos contributos provenientes da dimensão cognitiva. Se, efetivamente, se verifica um determinado declínio no desempenho de funções cognitivas, mais propriamente ao nível da velocidade de processamento de informação e na resolução de tarefas com maior grau de complexidade e com informação nova, também se verifica que determinadas atividades relacionadas com as áreas profissionais, onde se realça a experiência da vida e o saber acumulado, os indivíduos idosos podem apresentar boa capacidade de realização, como se pode verificar na resolução de problemas (Lachman & Baltes, 1994, in Fonseca, 2006). Certos autores (Baltes, 1987, 1997 e Baltes, Staudinger & Lindenberger, 1999; e Salthouse, 1998, 1999, in Fonseca 2006) propõem que o envelhecimento seja entendido como um processo evolutivo ao longo da vida e como forma de explicação para o facto de existir resultados contraditórios nas diferentes capacidades, apresentam a seguinte bifurcação: a inteligência fluida ou mecânica a qual tem subjacente a aprendizagem, a memória, o raciocínio e as capacidades espaciais. Uma inteligência entendida como um processo básico de processamento de informação. E a inteligência cristalizada ou pragmática relativa aos conhecimentos académicos e às distintas aquisições do âmbito cultural. Esta inteligência é entendida como um produto de conhecimento cultural (Fonseca, 2006).

Sob o ponto de vista psicológico, outro tema de elevada importância, relacionado com a inteligência, prende-se com as ocorrências de mudanças estruturais, nas capacidades cognitivas, ao longo do desenvolvimento. A psicologia desenvolvimental do ciclo de vida, (Baltes & Lindenberger, 1997; Baltes, Staudinger & Lindenberger, 1999, in Fonseca 2006) defende que na fase inicial da vida humana, as mudanças nas estruturas das competências são no sentido da diferenciação. No final do ciclo de vida, o processo é no sentido inverso, ou seja, de «de-diferenciação». Deste modo, para Baltes e Smith, (2003, in Fonseca, 2006) nas fases de idades mais avançadas, designada de 4ª idade, os indivíduos têm tendência para

servir-se de mecanismos de funcionamento cognitivos mais pobres porque são mais homogêneos. Nas idades mais jovens os mecanismos usados são mais diferenciados ou seja, com um valor mais adaptativo, de alcance bastante superior.

1.2.3. Personalidade

A personalidade, um aspeto particular de cada indivíduo, é igualmente uma dimensão do funcionamento psicológico com probabilidade de apresentar variações intra-individuais à medida que envelhecemos. Zamarrón e Fernandez-Ballesteros, (2002, in Fonseca, 2006) falam do estereótipo mais frequente sobre a personalidade na velhice, onde a ideia predominante é que os idosos são teimosos, tristes, pessoas que aborrecem, mal-humorados, etc... Ou seja, com o envelhecimento a personalidade assume uma conotação negativa. Depois de vários estudos, as conclusões são diferentes quanto a este estereótipo.

Os primeiros estudos sobre a personalidade remontam aos anos 60, do século XX. Havighurst, Neugarten e Tobin (1968, in Fonseca, 2006) desenvolveram estudos sobre a personalidade em conjunto com outras variáveis, como os papéis sociais, os níveis de atividade e a satisfação de vida. Mas será a partir dos anos 80 que os estudos se intensificaram. Salienta-se dois modelos: o americano «NEO Personality Inventory» (Costa & McCrae, 1984, 1988; McCrae & Costa, 1990, in Fonseca, 2006) e o italiano «Big Five Questionnaire» (Caprara, 1995; Caprara, Barbaranelli, Borgoni & Perugini, 1993; Caprara, Caprara & Steca, 2003 in Fonseca, 2006). Estes autores caracterizam a personalidade através de cinco fatores: «neuroticismo», «extroversão», «abertura à experiência», «amabilidade» e «conscienciosidade».

No entanto, as questões mais pertinentes relativamente à personalidade nas pessoas idosas são referentes à sua maior ou menor estabilidade ao longo da vida e sobre a influência do processo de envelhecimento na personalidade. Existem várias teorias relativamente à

personalidade dos indivíduos, na velhice. Encontramos autores apologistas da mudança de personalidade, à medida que se avança na idade, como defendem os autores Havighurst, Neugarten e Tobin (1968, in Fonseca, 2006). O *Estudo sobre a vida de Kansas City* revelou existir mudanças de orientação da personalidade à medida que se envelhece, predominando os traços de passividade e maior introspeção (Fonseca, 2006). Posteriormente, Whitbourne (1987, in Fonseca, 2006), através dos seus estudos, concluiu que existe uma relação crítica entre personalidade e estratégias de coping. Os indivíduos terão preferência por estratégias de coping mais cognitivas ou emocionais, conforme as características da sua personalidade que permanecerão estáveis durante a vida.

Outros autores defendem a continuidade da personalidade ao longo da vida e suas características, como Hayslip e Panek (1989, in Fonseca, 2006). A principal diferença nestes estudos está na forma como foram realizados, ou seja, os primeiros desenvolveram os seus estudos através de planos transversais, enquanto os segundos adotaram estudos do tipo longitudinal. Lima (1999, in Fonseca, 2006) reforça a ideia da importância dos planos longitudinais nos estudos da personalidade, pois os resultados obtidos foram «bastantes consensuais a favor da continuidade e das características da personalidade, ao longo da idade adulta» (Lima, 1999, in Fonseca, 2006, p.119). Também Costa e McCrae, Caprara e colaboradores e ainda Schaie (Fonseca, 2006), confirmam a estabilidade da personalidade ao longo da vida, principalmente, acima dos 30 anos. Definem a personalidade como sendo um conjunto de traços persistentes e não fruto de adaptações apreendidas a partir das experiências vivenciadas. A mudança ao longo da vida será devido à maturação humana e não efeito da educação ou do confronto com o meio. Costa, Yang e McCrae (1998, in Fonseca, 2006) salientam a ideia de traços de personalidade como disposições endógenas, estáveis, herdadas e não tanto dependência do contexto social. Segundo estes autores, os traços de personalidade poderão ser ligeiramente influenciados pelas práticas educativas, pela aculturação numa

determinada época histórica ou da experiência de vida. No entanto, serão dramaticamente alterados devido a problemas de saúde, mais concretamente, do âmbito das doenças cerebrais e da deterioração mental, em geral. Estes autores vão igualmente salientar a importância de se conhecer os traços predominantes de personalidade, através de inventários de personalidade, para definir o autoconceito ou autoestima de uma pessoa. Afirmam ainda não existir diferenças significativas entre o grupo dos mais novos e o grupo dos idosos, conservando estes os seus traços. Independentemente da idade, conforme o perfil de cada personalidade, o indivíduo estará mais ou menos propenso a determinadas patologias a nível mental.

Caprara (1995, in Fonseca, 2006) desenvolveu igualmente estudos no âmbito da personalidade, mais concretamente, estudou a relação entre traços de personalidade e fatores que favoreçam um envelhecimento bem-sucedido. Deste estudo concluiu que um fator importante para a manutenção das capacidades cognitivas é um carácter de «abertura à experiência». Posteriormente, Caprara, Caprara e Steca (2003, in Fonseca, 2006) realizaram outros estudos neste âmbito da estabilidade/mudança da personalidade ao longo da vida. Relacionaram a idade com alguns traços de personalidade e concluíram que a estabilidade predominava, sobretudo no género feminino.

1.2.4. Satisfação de Vida

Outra dimensão com implicações no decorrer do envelhecimento é a satisfação de vida. Um tema com várias perspetivas e controvérsias no campo da psicologia. Desde a definição às razões que promovem a satisfação de vida, vários autores têm dedicado o seu trabalho a investigar a satisfação de vida nos idosos. Para Paúl (1992), a satisfação de vida é a «avaliação que as pessoas fazem da vida, refletindo a discrepância percebidas entre as aspirações e as realizações, referindo-se mais a um processo cognitivo do que afetivo» (Paúl, 1992, p 62). A autora ainda refere que estão inerentes conceitos multidimensionais, como

atitudes, traços de personalidade e afetos. Esta avaliação é normalmente realizada através de escalas, como a *Escala de Satisfação de Vida* (Neugarten, Havighurst & Tobin, 1961). Caspi e Elder (1986, in Fonseca 2006) sugerem que a satisfação de vida seja uma avaliação individual que traduza o resultado entre os objetivos definidos e as metas realmente alcançadas. Estes autores salientam que os objetivos alcançados são modelados pelas experiências do passado. Assim, a satisfação de vida está dependente dos recursos adotados ao longo da vida. Esses recursos deverão ser os mais ajustados possíveis entre a pessoa e as exigências dos acontecimentos da vida. Esses mecanismos ajustados são o contributo para a satisfação de vida na velhice.

Fry (1992, in Fonseca, 2006) propõe uma abordagem socio-ambiental, a qual sugere uma relação entre satisfação de vida na velhice, recursos pessoais e recursos sociais. Este autor propõe, à semelhança dos anteriores, uma relação congruente entre as necessidades das pessoas e o controlo sobre o ambiente, ou seja, uma abordagem socio-ambiental. De igual modo, Qualls (1992, in Fonseca, 2006) salienta que a satisfação de vida é o resultado da relação ajustada entre a pessoa e o ambiente e apela para o «síndrome de ruptura social» que consiste na ruptura dessa relação, ou seja, uma ruptura social afetando a satisfação de vida na velhice. Está subjacente a ideia de que o sentimento da perda da satisfação de vida pode ser devido à idade, enquanto fator de estratificação social.

Os estudos de Atchey (1992, in Fonseca, 2006) trouxeram uma ideia inovadora sobre a satisfação de vida nos idosos. Revelam que, após a meia-idade, pode existir um aumento da satisfação de vida, não sendo a reforma um acontecimento que intervenha de modo a diminuí-la.

Relativamente aos fatores que possam influenciar a satisfação de vida, Atchley (1992) defende que «não há evidências em como qualquer uma das mudanças associadas ao envelhecimento normal tenha um efeito negativo e uniforme» (Atchey, 1992, in Fonseca,

2006 p.146). No entanto, existem outros autores que sustentam uma opinião diferente. Os estudos efetuados por Paúl (1992) concluíram que o sentimento de solidão é o principal responsável pela satisfação de vida nos idosos e no bem-estar psicológico. É essencialmente a falta de objetivos que contribui para o sentimento de solidão. «Sem objetivos e vida para realização e muitos deles sem rigorosamente nada para fazer, com uma rotina o mais das vezes penosas e solitária, [os idosos] ou se sentiam acompanhados por algum Deus ou se sentiam irremediavelmente sós a cumprir um destino inexorável» (Paúl, 1992, in Fonseca, 2006. p.148). Outros fatores serão a manutenção das capacidades funcionais (Lawton, 1983, in Fonseca, 2006) e as relações familiares e sociais (Atchley, 1992, in Fonseca, 2006). Fonseca (2006) realizou um estudo em Portugal e concluiu que para garantir efetivamente a satisfação de vida após a reforma será «a manutenção de um sentido de continuidade de envolvimento na vida (...) [e] a aposta no estabelecimento de relações mais próximas com os outros e na realização de atividades que proporcionam bem-estar». (Fonseca, 2006, p.149)

Para além das dimensões anteriormente apresentadas, de seguida centraremos a nossa reflexão sobre as dimensões que influenciam a qualidade de vida nos idosos e que são diretamente avaliadas através do instrumento utilizado neste estudo (IAQdV), ou seja, a saúde/doença, a vida independente, as relações sociais, os sentidos e o bem-estar psicológico.

1.2.5. Saúde /doença

Quando abordamos as condições psicológicas do envelhecimento, encontramos outra dimensão que merece uma análise específica. Estamos a falar da saúde física ou mental. Segundo Whitbourne (1987, in Fonseca, 2006), a saúde física tem uma grande influência no bem-estar psicológico dos indivíduos idosos. Assim, conclui-se que muitas das representações sobre a velhice são o resultado da avaliação que os idosos, e todos os agentes envolvidos como os profissionais de saúde e a sociedade, em geral, fazem do estado de saúde, ao longo

do envelhecimento. A saúde é a principal preocupação dos idosos e uma dimensão bastante influente, pois o estado de ânimo, a competência e o nível de atividade estão sob a influência do estado real de saúde e sob a avaliação que os idosos fazem do seu estado de saúde (Flick, Fischer, Neuber, Schwartz & Walter, 2003, in Fonseca, 2006).

É agravável verificar que, devido ao contributo das ciências, as pessoas vivem mais anos e de forma saudável até cerca dos 75 anos (Lachman & Baltes, 1994, in Fonseca, 2006), mas não é tão consolador verificar que, pelo facto de a maioria chegar à 4ª idade (a partir dos 80 anos), tenham uma grande probabilidade de desenvolver doenças graves, como as designadas «doenças do século XXI», ou seja, Alzheimer, Parkinson e demências. Estas doenças interferem negativamente, e de forma irreversível, na qualidade de vida dessas pessoas (Baltes & Smith, 2003, in Fonseca, 2006). Então, a questão é encontrar a fórmula para que as pessoas vivam mais anos, mas com saúde. Através dos dados do «Inquérito Nacional de Saúde» realizado em 1995/6 pelo Ministério da Saúde (MS/DEPS, 1997, in Fonseca, 2006) comprova-se que, com o avançar da idade, verifica-se que as condições e queixas de saúde agravam-se progressivamente. Desta forma, torna-se pertinente promover mais do que um envelhecimento normal, mas antes, um envelhecimento saudável/ótimo. Ou seja, um envelhecimento saudável será sinónimo de envelhecer com saúde, com competência, de forma bem-sucedido, com elevado funcionamento cognitivo, assim como um elevado compromisso ativo com a vida (Fernández-Ballesteros, 2000; Rowe & Kahn, 1997, in Fonseca, 2006). Ter saúde não é condição *sine qua non* para alcançar a felicidade, no entanto, a falta dela ira causar vários contornos nada favoráveis, em qualquer pessoa, de qualquer idade. Mas, quando a população em questão são os idosos, a situação fica agravada. A falta de saúde provoca sofrimento, quer físico quer psicológico. Mobiliza as estratégias de coping para a recuperação, orienta toda a atividade e recursos para o problema e pode em certas situações, ser um fator que vai interferir e contribuir para uma diminuição do poder económico. A

pessoa com doença altera a sua rotina diária, pode ter perda de autonomia e as suas redes sociais também podem sofrer ruturas. A nível geral, verifica-se um desconforto e podem surgir medos da morte. Assim, a saúde torna-se um fator determinante para a satisfação de vida, sobretudo nos idosos (Fonseca, 2006).

Os autores vão definir vários paradigmas de forma a perceber como podem os idosos atingir um envelhecimento saudável, no mínimo normal. O paradigma «saúde comportamental» é um dos mais atuais e poderosos. Segundo Paúl e Fonseca (1999, in Fonseca, 2006), o comportamento individual é o responsável pelo desenvolvimento de doenças. Conforme o comportamento adotado pela pessoa assim terá ou não determinadas doenças. O regime alimentar, o exercício físico ou os comportamentos aditivos são apontados como sendo comportamentos a ter em conta. O paradigma de saúde comportamental tornar-se-á mais eficiente se a ele estiverem associadas experiências favoráveis ou desfavoráveis. Ou seja, os idosos, a partir das experiências acumuladas ao longo da vida, poderão reconhecer que, determinados comportamentos contribuem mais para um envelhecimento saudável do que outros (Fonseca, 2006).

Outro parâmetro favorável à promoção da saúde são as redes sociais. Mais especificamente, as redes sociais são consideradas como essenciais para a saúde mental dos indivíduos idosos (Barreto, 1984, 1988, Paúl, 1996, 2001, Novo, 2003, in Fonseca, 2006). Assim, segundo os estes autores, as redes sociais contribuem para a autonomia dos idosos, para o autoconceito positivo e para uma maior satisfação de vida. Aspetos estes favoráveis ao envelhecimento saudável (Fonseca, 2006).

Definir saúde, no âmbito do envelhecimento, é uma tarefa complexa, pois é mais do que simplesmente «ausência de doença» (Flick, Fischer, Neuber, Schwartz & Walter, 2003 in Fonseca, 2006). «A ênfase que deve ser colocada em aspetos como a autonomia, a independência ou a autodeterminação, mostra que a distinção entre saúde e doença não é

apenas uma questão de sintomas e de diagnóstico de doenças. Tal distinção está fortemente ligada ao modo e em que medida a pessoa idosa pode continuar a viver a sua vida no respetivo ambiente familiar ou se tem de o fazer num contexto institucional, por exemplo» (Flick, Fischer, Neuber, Schwartz & Walter, 2003, in Fonseca, 2006, p.130). Para estes autores, a saúde relacionada com o envelhecimento será melhor definida se avaliarmos a capacidade dos indivíduos para adaptar-se às novas situações e limitações, a autonomia e o controlo, assim como a atividade do indivíduo (Fonseca, 2006).

Existe uma grande variabilidade de trajetórias de saúde, tanto na idade adulta como na velhice. Esta variação pode ser explicada através dos efeitos biológicos, da personalidade, dos comportamentos e das ações do contexto (Paúl & Fonseca, 2001). Mas as situações de transição, que surgem ao longo da vida, como consequência do desenvolvimento da vida, também devem ser tidas em consideração. Por exemplo, alterações na vida conjugal, o nascimento de um filho ou a reforma, são momentos que influenciam o estado de saúde. No entanto, e apesar dos vários estudos (Bossé, Aldwin, Levenson & Workman-Daniels, 1991, in Fonseca, 2006), torna-se difícil chegar a conclusões específicas sobre o impacto da reforma no estado de saúde dos idosos. Da mesma forma, acontece com o impacto da saúde psicológica nos indivíduos. Uns afirmam que há uma diminuição de saúde psicológica com a idade, (Aldwin, Spiro III, Bossé & Levenson, 1989, in Fonseca, 2006) outros (Mroczeck & Kolarz, 1998, in Fonseca, 2006) um aumento.

Helin (2000, in Fonseca, 2006) através de estudos efetuados sobre os processos de compensação, concluiu que, numa situação de agravamento do estado de saúde, os indivíduos elaboram compensações. Essas podem ser novos objetivos, novas atividades, compensação técnica ou procura de ajuda junto de outros indivíduos. Estes mecanismos de compensação assumem a função de «reparar» perdas inevitáveis (Fonseca, 2006). Outros estudos confirmam esta capacidade de adaptação, superação durante a velhice, apesar do organismo

evidenciar alguns sinais de declínio. No fundo, poderemos concluir que estes mecanismos são a necessidade de manter o bem-estar e a satisfação de vida (Baltes & Smith, 2003, in Fonseca, 2006). A *teoria salutogénica do envelhecimento* de Antonovsky (1987, in Fonseca, 2006) explica quem e de que forma permanecer saudável perante uma situação de stress. Um elevado sentido de coerência permite ao indivíduo enfrentar os desafios da vida e manter a qualidade de vida. Desta forma, explica como certos indivíduos permanecem bem após uma situação de falta de saúde. Esta teoria enuncia o «sentido de coerência» que consiste na capacidade que o indivíduo tem para ultrapassar situações desagradáveis de origem psicossocial. Este pressuposto é composto por três dimensões: a «capacidade de lidar com os acontecimentos», a «atribuição de sentido» à vida no âmbito emocional e a «capacidade de compreensão». Brooks (1998, in Fonseca, 2006) sugeriu a hipótese de uma correlação entre o «sentido de coerência» e o envelhecimento bem-sucedido. Num primeiro momento, concluiu que o «sentido de coerência» está relacionado com três dimensões do envelhecimento bem-sucedido, mais concretamente, a satisfação de vida, a vida social e a saúde física. No entanto, este estudo apresentou limitações e as conclusões não foram assim tão lineares, como os vários estudos feitos, *a posteriori*, entre o «sentido de coerência» e o envelhecimento bem-sucedido (Coe, Romeis & Hall, 1998, in Fonseca, 2006). No entanto, verifica-se que os idosos que manifestam uma qualidade de vida superior têm um sentido de coerência elevado. No caso de um sentido de coerência baixo, está associada uma saúde pobre (Fonseca, 2006).

Para Bond e Corner (2004), doença e incapacidade são uma das imagens negativas mais duradouras associadas ao envelhecimento. Estes autores afirmam ainda que a doença nos idosos é uma fonte de dor e sofrimento, que pode trazer perdas ao nível da independência e autonomia, na autoestima e dignidade, na mobilidade, na interação e participação social. No entanto, apesar da doença e incapacidade aumentarem com a idade, esta experiência não é generalizada (Bond & Corner, 2004).

Apesar da falta de conclusão evidente sobre os fatores psicológicos que influenciam o estado de saúde, é dado adquirido para certos autores (Paúl e Fonseca, 2001) que existe uma forte ligação entre a mente e o corpo. Fonseca e Paúl (2008) concluem que a adoção de estilos de vida saudáveis antes e durante o envelhecimento são essenciais para o bem-estar geral.

1.2.6. Vida Independente

Algo muito importante na perceção da qualidade de vida no idoso é a possibilidade de poder realizar sozinho as suas atividades de vida diária (AVD's). Ao longo do envelhecimento (Martins, 2003). Estas atividades da vida diária estão definidas a diversos níveis. A OMS (1998, cit. *in* Oliveira, 2011) definiu três sub-dimensões: atividades básicas da vida diária (AVD), diretamente relacionadas com a sobrevivência; atividades instrumentais da vida diária (AIVD), mais complexas, relacionadas com funções sociais básicas; atividades avançadas da vida diária (AAVD), que envolvem atividades sociais voluntárias, ocupacionais e recreativas. A capacidade funcional de cada pessoa é avaliada sobretudo ao nível das AVD e AIVD, dependendo da experiência e estilo de vida prévio da pessoa. A avaliação da autonomia pode depender dos diferentes níveis de atividade (Oliveira, 2011).

Ao nível da doença, a recuperação e suas dificuldades podem interferir severamente com a independência do idoso. Fonseca e Paúl (2008) referem o exemplo de que uma fratura do fémur, num idoso, poderá vir a determinar uma definitiva incapacidade, pelo facto de exigir uma imobilização e, por isso, comprometer a sua independência.

O idoso poderá ter uma vida independente satisfatória e a perceção de um envelhecimento bem-sucedido, enquanto tiver garantia de uma certa autonomia. Bond e Corner (2004) relatam também que o controlo sobre os acontecimentos e as decisões do dia-a-dia revelam-se como um importante tema de conversa entre os idosos.

Paúl (2005) relaciona também os conceitos de competência analisados anteriormente e dependência nos idosos. Refere que o modelo SOC é utilizado pelos idosos para manterem o mais possível a sua competência do dia-a-dia, contribuindo assim para um envelhecimento bem-sucedido. O facto de manter uma vida independente é também condição para proporcionar aos idosos a possibilidade de realizar alguma atividade produtiva do ponto de vista social, o que, de acordo com Fontaine (2000), lhes permitirá continuar a sentirem-se úteis, elevando assim a sua qualidade de vida percebida

A atividade física regular, segundo Veríssimo (2001), tende a minorar a perda de capacidade funcional, pelo que pode contribuir para evitar a perda de autonomia e independência por parte da pessoa idosa, bem como a consequente degradação da qualidade de vida.

1.2.7. Relações sociais

As relações sociais são, segundo Fonseca (2006), outra dimensão fundamental para a promoção da saúde, e da qualidade de vida dos idosos. Segundo Bond e Corner (2004), a solidão ou o isolamento social foram raramente mencionados pelos idosos nos estudos, no entanto, estes dois aspetos são dois dos mais receados pelos idosos quando se confrontam com a reforma. No momento da reforma, acontecem alterações inevitáveis a nível das relações sociais. Essas possíveis alterações são uma das principais preocupações dos indivíduos, segundo Fonseca (2011a). As relações sociais foram igualmente mencionados por Fonseca (2011a) como fatores que influenciam a qualidade de vida. A importância da família e das relações tem sido genericamente reconhecida, nos estudos sociais e gerontológicos, como aspetos fundamentais para a qualidade de vida. Estudos revelam o facto de uma elevada percentagem de idosos assinalar as relações familiares como a área mais importante e uma das poucas coisas que dá qualidade à vida, reforçando, assim, a teoria da importância das redes de

apoio social (Bond & Corner, 2004). Indicam, igualmente, a alteração que tem vindo a ser produzida ao nível das redes de relações sociais: antes, as relações mais significativas eram com a família; atualmente, as relações mais importantes são frequentemente com vizinhos e outros significativos para a pessoa (Bond & Corner, 2004).

Fonseca (2006) salienta igualmente as modificações que as redes sociais dos indivíduos sofrem ao longo da vida, causadas pela alteração de contextos ou por acontecimentos de vida significativos. Schlossberg (1981, cit. In Fonseca, 2005) considera os sistemas de suporte e de relação interpessoal de cada pessoa como essenciais para uma adaptação com sucesso às alterações do envelhecimento. Este sistema de suporte pode ser considerado em três níveis: relações íntimas, família e relações de amizade. Paúl (2005) afirma que “a existência de redes de apoio informal é um dado essencial para assegurar a autonomia, uma autoavaliação positiva, uma maior saúde mental e satisfação de vida” (Paúl, 2005, p.37), reforçando assim o papel categórico das relações sociais para a qualidade de vida individual.

Tournier (1997, in Fonseca, 2011b) refere a importância de fazer amigos e cultivar a amizade, ser ativo e aberto aos outros, como alguns dos fatores que podem contribuir para aumentar a resiliência no processo de envelhecimento. Manciaux (2003, in Fonseca, 2011b) afirma que o reforço das ligações familiares e o aumento da vida relacional e associativa são um dos vários caminhos possíveis da resiliência. Existe uma linha conceptual defendida, entre outros, por Eckenrode, que sugere que o apoio social (redes de apoio) atua simultaneamente como variável atenuante e preventiva do stress, minorando assim as consequências negativas de acontecimentos de vida stressantes (Fonseca, 2011b).

Spar & La Rue (2005) defendem que os idosos, apesar de possuírem redes sociais mais reduzidas, são muito ativos no interior dessas redes e os contactos com os elementos da rede são frequentes. Por isso, estes autores defendem a ideia de que se deve proporcionar

contactos plenos de sentido para aqueles idosos que não possuem uma rede social. Existem estudos que patenteiam que a importância das relações sociais se sobrepõe à da existência ou não de doença, um dos fatores que levam ao *paradoxo da incapacidade*, que consiste no facto de muitos idosos considerarem ter uma boa qualidade de vida apesar de sofrerem de várias incapacidades. Segundo Albrecht & Devlieger (in Fonseca & Paúl, 2008) a percepção de uma boa qualidade de vida está essencialmente dependente do balanço entre corpo e mente e da manutenção de relações pessoais e sociais harmoniosas. Fonseca e Paúl (2008) confirmam que alguns estudos revelam que pessoas que sofrem de doenças crónicas podem encontrar, nesse facto, aspetos positivos, como a melhoria de aspetos da personalidade e das relações sociais; existem mesmo pessoas que dizem ter atingido a felicidade por causa das incapacidades várias que sofrem. Novo (2003) considera que aspetos como uma redefinição da identidade e o estabelecimento de relações interpessoais são significativas para a manutenção da integridade e conseqüente qualidade de vida, numa idade mais avançada. Dos resultados da investigação realizada no domínio das relações sociais, Fontaine (2000) concluiu três proposições: o isolamento é um fator de risco para a saúde; os apoios sociais podem ter efeitos positivos na saúde; não existe um apoio universal e eficaz para todos.

Assim, resulta que as relações e redes de apoio social são essenciais para a qualidade de vida para os idosos, no entanto, devem ser adequadas a cada situação individual. Aquilo que para um idoso se revela como uma rede social ideal pode não satisfazer minimamente outro idoso, mesmo que, à primeira vista, a condição dos dois seja semelhante. Deverá ter-se em conta o contexto em que viveu durante a maior parte da sua vida, que género de relações sociais considera importante para si, ou seja, ter em atenção a história de vida desse idoso.

1.2.8. Sentidos

A vertente biológica do envelhecimento é perceptível a todos. As alterações físicas vão-se evidenciando à medida que a idade avança. No entanto, também nesta área existem diferenças de indivíduo para indivíduo e os estilos de vida adotados pelas pessoas são, uma vez mais, factores que influenciam essas alterações. Por sua vez, as alterações físicas irão alterar o funcionamento dos órgãos sensoriais. Por exemplo, as alterações provocadas pelo envelhecimento ao nível do Sistema Nervoso Central provocam, entre outras consequências, alterações sensoriais e da motilidade, segundo Grazina e Oliveira (2001). Outro autor, Martins (2003), refere que as alterações ao nível do sistema nervoso e sensorial estão relacionadas com alterações estruturais na pele e nos tecidos subcutâneos. Em relação à audição e visão, Spar e La Rue (2005) afirmam que a maior parte dos idosos sofre perda de acuidade visual e auditiva, bem como outras alterações perceptivas. No entanto, apesar dos idosos apresentarem pior desempenho do que os jovens ao nível sensorial, Fontaine (2000) refere algumas modalidades que resistem melhor que outras. Segundo este autor, as três modalidades que sofrem um maior efeito da idade são o equilíbrio, a visão e a audição. O gosto e o olfacto quase não se alteram e o tacto altera-se moderadamente. A partir dos 70 anos verifica-se uma maior perturbação ao nível do equilíbrio, devido à rápida degenerescência das células responsáveis pela sua percepção. Daí o aumento do risco de quedas, com consequências graves ao nível da qualidade de vida do idoso (Fontaine, 2000). Relativamente à audição, Fontaine (2000) menciona que as dificuldades de audição originadas pela degenerescência do aparelho auditivo, nomeadamente alterações ao nível do ouvido interno (também envolvido na percepção do equilíbrio), são mais acentuadas nos homens do que nas mulheres. Segundo Rendas (2001), acima de determinada frequência existe uma perda universal de capacidade de audição generalizada para qualquer indivíduo. Para além deste aspeto, surgem por vezes problemas ao nível da linguagem e comunicação, segundo Fontaine (2000). Este autor refere

que o idoso tenderá a viver num ambiente ruidoso, uma vez que terá tendência, por exemplo, a falar alto e colocar o som dos aparelhos mais alto. Relativamente à visão, Fontaine (2000) refere que a partir dos 60 anos começam a sentir-se os efeitos da degradação. O sistema visual sofre alterações em cada um dos níveis de processamento de imagem. O cristalino endurece e perde flexibilidade, com conseqüente redução da capacidade de acomodação. Assim, começa-se a sentir dificuldade na focalização das imagens a curtas distância. Esta alteração, denominada de presbiopia, origina frequentemente o uso de óculos para auxiliar nas leituras (Feitosa, 2001). Tornam-se frequentes os problemas como o alcance de objetos distantes, a profundidade, a ofuscação e as cores; as alterações retinianas, por sua vez, provocam uma perda de visão fina dos pormenores (acuidade visual) e dificuldades na percepção das cores. Estes problemas físicos podem ter graves efeitos a nível psicológico e social, diminuindo a percepção de qualidade de vida por parte do idoso (Fontaine, 2000). Desta forma, a realização de tarefas de forma desejável e com sucesso torna-se uma dificuldade. A participação em eventos e atos sociais, assim como o convívio com os pares, podem ficar comprometidos. Os idosos podem evitar sair para não ter constrangimentos. Assim condicionam o seu bem-estar, a sua qualidade de vida e fomentam o isolamento. Heikkinen (2000, in Fonseca, 2008) identifica a diminuição de capacidade percetiva como uma das “condições-limite” para a perda de qualidade de vida. No entanto, se não existirem problemas graves nessas funções sensoriais, o idoso poderá ser capaz de manter uma qualidade de vida satisfatória.

1.2.9. Bem-estar psicológico

O bem-estar psicológico ao longo do processo de envelhecimento é, segundo Christopher (1999, in Fonseca, 2006), um conceito abrangente, sujeito ao contexto cultural e histórico onde o «eu» está relacionado a pressupostos de natureza individualista. O bem-estar psicológico, segundo Novo (2003, in Fonseca, 2006), tem como «objetivo fundamental a

operacionalização de dimensões do funcionamento psicológico positivo, dimensões derivadas (...) dos modelos de conceptualização do desenvolvimento adulto e de saúde mental». (Novo, 2003, in Fonseca, 2006, p.153) «O bem-estar psicológico será concebido como uma quantidade de funcionamento que não se constrói por referência ao próprio, mas por referência os outros e ao mundo, em que a própria descoberta só acontece na relação intersubjetiva, pelo que a esfera do relacionamento interpessoal deverá ser concebida como a matriz de base á construção da identidade pessoal e do bem-estar psicológico» (Novo, 2003, in Fonseca, 2006, p.154). Para a psicologia do desenvolvimento, segundo Pinquart & Sorensen (2000, in Fonseca, 2006) o bem-estar psicológico é uma avaliação positiva sobre a vida das pessoas associada a sentimentos positivos. No âmbito da gerontologia, estes autores sugerem que sejam avaliadas dimensões do âmbito cognitivo, como a autoestima, a satisfação de vida e o ânimo.

No entanto, para compreender de forma mais adequada o bem-estar psicológico no envelhecimento, é sugerido por Carol Ryff, no final da década de 80, (Ryff, 1989,a,b; Ryff & Essex, 1991; Ryff & Keyes, 1995, in Fonseca, 2006) um modelo de bem-estar psicológico. Este assenta em dois pressupostos: os estudos efetuados a nível da saúde mental (perturbações mentais) não possibilitam o conhecimento das causas e do funcionamento psicológico positivo e o segundo pressuposto está relacionado com o desconhecimento das características dos conceitos referentes ao bem-estar. O modelo de bem-estar psicológico de Ryff é um construto multidimensional. Inclui conceitos da psicologia do desenvolvimento humano e saúde mental, entre outros, e aspetos do funcionamento psicológico positivo. A convergência de todas estas áreas permitiu definir as seguintes seis dimensões do bem-estar psicológico: «autonomia», «domínio do meio», «relações positivas com os outros», «objetivos na vida», «crescimento pessoal» e «aceitação de si mesmo». Novo (2003, in Fonseca, 2006) «ao conceber o bem-estar numa perspetiva abrangente, como o resultado de um conjunto de

processos cognitivos, afetivos e emocionais, permite descrever amplas dimensões da vivência subjetiva: a relação da pessoa consigo próprio e com a sua vida no presente e no passado, a capacidade para definir e orientar a vida em função de objetivos significativos para si própria, a natureza e qualidade da relação com o meio intersubjetivo e social» (Novo, 2003, in Fonseca, 2006, p.157).

Assim, «a avaliação positiva e aceitação de si, um sentimento de contínuo desenvolvimento como pessoa, a crença de que a vida pessoal é importante e significativa, o estabelecimento de relações positivas com os outros, a capacidade para gerir a vida própria e as exigências externas com eficácia e um sentido de determinação face à realização de objetivos pessoais, constituem as vias de construção do Bem-Estar Psicológico e refletem, naturalmente, os sentimentos de satisfação e felicidade de cada um consigo próprio, com as suas condições de vida sociais, relacionais, com as realizações pessoais do passado e com as expectativas de futuro» (Novo, 2003, in Fonseca, 2006, p.158).

A partir das suas investigações, Ryff (1989 a, b, in Fonseca 2006) desenvolve uma escala psicométrica para avaliação do bem-estar psicológico considerando as seis dimensões anteriormente apresentadas: autonomia, domínio do meio, relações positivas com os outros, objetivos na vida, crescimento pessoal, e aceitação de si mesmo. Posteriormente, a autora aplicou a escala numa outra investigação pretendendo conhecer «como os adultos definem eles próprios o funcionamento positivo» (Ryff, 1989b, in Fonseca, 2006, p.161). A partir daí, concluiu que os idosos, em geral, não se sentiam infelizes com as suas vidas, e por isso também não manifestaram interesse em alterar os seus modos. Aspetos como a liberdade para tomar decisões sobre a própria vida e a manutenção de relações sociais foram também salientados como importantes para o bem-estar psicológico na velhice. De igual modo, a dimensão de cuidar de outros e manter um bom relacionamento com a família e os amigos foram aspetos salientados pelos idosos, como importantes.

Dos estudos efetuados na área do bem-estar psicológico no âmbito do processo de envelhecimento, a conclusão é que «na maioria dos casos, a velhice não é um tempo de acentuada infelicidade, insatisfação, baixa autoestima, ou ânimo pobre» (Ryff, 1989b in Fonseca, 2006, p.169). Esta conclusão foi confirmada por outros estudos, quer de natureza transversal (Connidis, 1989, in Fonseca, 2006), quer de natureza longitudinal (Markides & Lee, 1990, in Fonseca, 2006). Mais recentemente, a investigação efetuada por Pinquart & Sorensen, (2000, in Fonseca, 2006), concluiu que o estatuto socioeconómico e educacional contribui para o bem-estar psicológico, assim como as redes sociais e a competência. Sobre a falta de saúde, os autores afirmam que não é motivo para o declínio do bem-estar psicológico.

Em Portugal, Novo (2003, in Fonseca 2006) estudou o bem-estar psicológico, no contexto da personalidade, em mulheres de idades entre os 65 e os 75 anos, com residência em Lisboa. Conclui que as mulheres que demonstravam níveis satisfatórios de integração pessoal e interpessoal, apresentavam bem-estar psicológico global: «estas participantes apresentam uma definição e avaliação de si positivas, uma satisfação com a vida presente e com a do passado, capacidades de relacionamento interpessoal positivo e não manifestam sinais significativos de vulnerabilidades psicológica» (Novo, 2003, in Fonseca, 2006, p.174).

Para Paúl (1992, in Fonseca, 2006), o bem-estar psicológico não é menor na fase do envelhecimento, no entanto, propõe um estudo para perceber a variação nos idosos ou seja as suas causas. Para esta autora, este trabalho apenas será possível através de uma análise dos idosos nos seus diversos ambientes, «pessoa-ambiente». «O bem-estar dos idosos tem de facto a ver com atitudes, traços de personalidade, estados de humor e mais ainda com o ambiente em que os indivíduos se desenvolveram e vivem, numa combinação única, que é a sua história de vida» (Paúl, 1992, p. 65-66).

A visão ecológica do bem-estar psicológico no envelhecimento é assim a teoria sugerida por Lawton (1983, in Fonseca, 2006), que entende o bem-estar psicológico como

uma componente que compreende quatro «setores da existência humana»: competência comportamental, qualidade de vida percebida, bem-estar psicológico e meio ambiente objetivo/ externo. Posteriormente, acrescentou mais uma componente, a personalidade (Lawton, Kleban & diCarlo, 1984, in Fonseca, 2006). De todos os trabalhos desenvolvidos, este autor, chega à conclusão que «é difícil encontrar evidências empíricas que sustentem a existência de diferenças de idade na maioria dos padrões associados aos hipotéticos determinantes de bem-estar» (Lawton, 1983, in Fonseca, 2006, p.182). No entanto, para estes autores as dimensões «satisfação com a família» e a «satisfação com os amigos» devem ser consideradas importantes e determinantes para o bem-estar psicológico. Sobretudo as relações de amizade devem ser sustentadas durante o tempo da velhice, pois os estudos comprovam que contribuem para a redução de estados emocionais negativos, contribuindo assim para a promoção do bem-estar psicológico.

2. Qualidade de vida

Os autores Paúl, Fonseca, Martin e Amado (2005) são apologistas de que a qualidade de vida está implicitamente ligada a um envelhecimento bem-sucedido, que é, na sua versão mais básica, a autonomia física, psicológica e social dos idosos. Para estes autores, o sucesso no envelhecimento depende da competência e empenho na vida. A cultura e o género são vertentes que influenciam o conceito de envelhecimento ativo, assim como fatores económicos, fatores relativos a serviços sociais e de saúde, fatores comportamentais, fatores pessoais, ambiente físico e fatores sociais. Cada um destes fatores, oferece contributos diferentes na satisfação e qualidade de vida dos idosos, conforme os seus contextos (OMS, 2002). A pessoa é a principal responsável pela sua qualidade de vida, sobretudo em idades mais avançadas. Segundo Fonseca, as teorias de envelhecimento bem-sucedido “vêm os indivíduos idosos como pró-ativos, regulando a sua qualidade de vida pela definição de

objetivos e lutando para os atingir, servindo-se para tal de recursos que são úteis para a adaptação a mudanças relacionadas com a idade e envolvendo-se ativamente na preservação do seu bem-estar» (Fonseca, 2005b, p.288).

2.1. Conceito de qualidade de vida

Para melhor compreensão deste estudo torna-se imprescindível definir o conceito de qualidade de vida. Definir a qualidade de vida torna-se difícil e problemático, porque existem várias definições, conforme os contextos. É uma expressão bastante usada no âmbito acadêmico, assim como pelos cidadãos comuns. Conforme as perspectivas que se valorizam, assim se vai definindo qualidade de vida. Encontramos conceitos de qualidade de vida conforme os diferentes grupos etários e para diferentes contextos culturais, e ainda segundo o género.

É um termo objetivo e subjetivo, por isso, Bond e Corner (2004) salientam as definições dos especialistas e as definições dos populares.

O conceito de Qualidade de Vida surge em 1920 (Wood-Dauphine, 1999, in Pereira *et al*, 2011), no entanto, é no contexto médico, nos anos 30, que se verifica com maior ênfase o seu aparecimento. Bond e Corner (2004) referem que para existir qualidade de vida existem fatores como a satisfação subjetiva, o meio físico e social, fatores socioeconómicos, culturais, o próprio estado de saúde, assim como fatores de personalidade e autonomia pessoal que estão inerentes. Nobre (2009) menciona que o conceito de qualidade de vida parece estar relacionado com as experiências de vida de cada pessoa. Castellón (2003, in Fonseca, 2005b) afirma existirem diversas formas de concetualizar a qualidade de vida na velhice, nomeadamente: (i) em termos das condições de vida; (ii) em termos de satisfação pessoal com as condições de vida; (iii) combinando as condições de vida e a satisfação; (iv) combinando condições de vida e satisfação pessoal de acordo com os critérios do próprio sujeito. O

WHOQOL Group, grupo de trabalho sobre a qualidade de vida criado ao abrigo da OMS no ano de 1990, definiu a qualidade de vida como “a percepção individual da sua posição na vida no contexto da cultura e sistema de valores nos quais se insere e em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações” (WHOQOL Group, 1994, in Paúl, Fonseca, Martín & Amado, 2005, p.77-78). Qualidade de vida é um conceito amplo pois implica com vários aspetos como a saúde da pessoa, o seu estado psicológico, o nível de independência, as relações sociais, as crenças pessoais e o meio ambiente envolvente da pessoa (The WHOQOL Group, 1994).

Segundo a perspectiva da gerontologia social, os fatores e critérios que influenciam a qualidade de vida dos idosos são provavelmente os mesmos para os restantes indivíduos das outras faixas etárias. Ou seja, o fator idade não é critério para definir qualidade de vida. No entanto, na sociedade contemporânea, a experiência de ser uma pessoa idosa é determinada muito mais por fatores económicos e sociais do que pelas suas características biológicas ou individuais (Bond & Corner, 2004). O meio ambiente afeta a vida das pessoas e concretamente os idosos (Bond & Corner, 2004). As pessoas olham para o idoso e tratam-no como sendo uma pessoa velha, e a interação com ele será conforme essa imagem que criam sobre a pessoa idosa. As pessoas idosas são um grupo com características bastantes diferentes. Os contextos, as culturas, as histórias de vida são diferentes e, por isso, as pessoas idosas apresentam características individuais muito próprias (Bond & Corner, 2004).

2.2. Qualidade de vida e pessoa idosa

O caminho do envelhecimento é individual e único. Existem diferentes modos para o processo de envelhecimento se desenrolar de acordo com o contexto cultural de referência (a velhice tanto poderá constituir sinónimo de mais-valia e prestígio social como ser sinónimo de dependência e menos importância social), bem como de pessoa para pessoa relativamente a

diversos aspetos tidos geralmente como determinantes para a sua qualidade de vida: condições económicas, saúde física, redes sociais de pertença e de apoio, satisfação de necessidades psicológicas (Fonseca, 2005).

A qualidade de vida do idoso está relacionada com vários critérios de natureza biológica, psicológica e social. Alguns autores apontam como determinantes os seguintes indicadores de bem-estar na velhice: longevidade, produtividade, continuidade de papéis familiares e ocupacionais, e continuidade de relações informais com amigos (Santos *et al.*, 2002). É de notar que a qualidade de vida e a satisfação com a vida dos idosos varia na medida em que variam os fatores determinantes no envelhecimento bem-sucedido, como sejam: os serviços sociais e de saúde, caraterísticas comportamentais, meio físico, caraterísticas sociais e económicas (Paúl, 2005).

Mas o estilo de vida adotado pelas pessoas, a posição social, a idade ou o sexo, são outros fatores do qual vai depender a qualidade de vida dos idosos, segundo Fernández-Ballesteros (1998).

Segundo o estudo da Fundação MacArthur (1984-1998), existem três condições que poderão contribuir para um envelhecimento com qualidade, como seja: manter um baixo risco de doença (estilo de vida saudável), manter um funcionamento físico e mental elevado e manter um envolvimento ativo com a vida, ou seja, um compromisso (Fonseca, 2005).

Em Portugal, o envelhecimento bem ou mal sucedido é entendido segundo padrões de adaptação do idoso às suas atuais capacidade de funcionamento, no seu contexto de vida. Segundo Fonseca (2005), o conceito de envelhecimento «com qualidade de vida» apenas faz sentido se enquadrado numa perspetiva ecológica, tendo em conta o indivíduo no seu contexto socio-cultural, integrando a sua vida atual e passada e ponderando uma dinâmica de forças entre as pressões ambientais e as suas capacidades adaptativas.

Paúl, Fonseca et al (2003) verificaram que «a resignação com a vida e com o destino é um sentimento muito comum entre os portugueses, especialmente entre os idosos. Este sentimento, em conjunto com uma profunda atitude religiosa, define a imagem dos idosos que envelhecem com sucesso».

Existe um conjunto de fatores que são determinantes para vivenciar uma velhice bem-sucedida. Segundo Fontaine (2000), a saúde, a manutenção de um elevado nível de funcionamento cognitivo e físico e a manutenção da participação social são os aspetos que influenciam a qualidade de vida das pessoas idosas.

2.3. Atividade como fator de qualidade de vida nos idosos

Segundo Fernandez-Ballester (2002), existe uma forte relação entre a prática de atividade e a qualidade de vida na velhice. As atividades podem ser dentro de casa ou realizadas fora de casa. Neste estudo consideramos as atividades fora de casa como participação regular, com uma periodicidade, em âmbitos institucionais, como por exemplo o voluntariado. Este tipo de atividades pressupõe um nível de envolvimento maior, assim como, participação social (Cabral, 2013).

Segundo o estudo realizado sobre os processos de envelhecimento em Portugal (Cabral, 2013), os idosos que participam em atividade culturais, sociais, expressivas, físicas e instrumentais, ou seja, atividades fora de casa, apresentam efeitos relevantes na saúde e bem-estar (Cabral, 2013). No estudo referenciado, os autores definiram um perfil do idoso que mais frequenta atividades fora de casa. Assim, são as pessoas idosas mais novas, do género masculino, casados e com mais escolaridade os que realizam mais atividades.

Outros autores abordaram o tema dos idosos voluntários na sociedade. Concluíram que estes idosos são valorizados nesta função que desempenham na sociedade e, por isso, mantêm maiores níveis de satisfação e bem-estar. Existe uma relação entre a saúde do idoso e a prática

de voluntariado. Assim, a relação social inerente ao ato de fazer voluntariado vai aumentar as redes sociais o que, por sua vez, contribui para a saúde e melhor a qualidade de vida do idoso (Onyx & Warburton, 2003).

3. Perfil do idoso português, no século XXI

Vários autores portugueses, (Oliveira, Rosa, Pinto, Botelho, Morais, Veríssimo, 2010) realizaram um estudo para definir o perfil do envelhecimento da população portuguesa, de forma a determinar as prevalências de dependências de terceiros e caracterizar fatores funcionais e laboratoriais no envelhecimento humano. Desse estudo, os autores concluíram que os idosos mais novos, com idades compreendidas entre os 65 e os 74 anos de idade, apresentam percentagens menores de casos desfavoráveis de autonomia física e de avaliação cognitiva. Por outro lado, a partir dos 75 anos, verificaram mais indivíduos com dependências funcionais e maior isolamento social.

Relativamente ao género, as pessoas do sexo feminino apresentaram maior percentagem de casos desfavoráveis nos seguintes parâmetros: rede social, classe social, locomoção, quedas, saúde, estado emocional e avaliação cognitiva. Por isso, maior isolamento social. No entanto, as mulheres apresentaram melhores resultados a nível da autonomia instrumental. Não se verificaram diferenças significativas entre os géneros quanto à autonomia física. Os idosos masculinos apresentam mais possibilidade de serem dependentes funcionais, mais situações desfavoráveis quanto à atividade física e ao tabagismo ativo.

Da análise por regiões, verificaram que o Norte se destacou pelos resultados mais desfavoráveis quanto à rede social e à avaliação cognitiva. A região do Centro apresentou resultados menos favoráveis sobre classe social, locomoção, saúde e estado emocional. As quedas, autonomia instrumental, dependência funcional e isolamento social foram as áreas com resultados mais desfavoráveis registados na região do Alentejo, assim como dependência

funcional. As regiões de Lisboa e Vale do Tejo, e Algarve, apresentam hábitos de vida mais desfavoráveis. Relativamente à saúde, foi possível constatar uma saúde física desfavorável, mediante auto apreciação negativa e/ou presença de queixas de saúde, em 69% do total de inquiridos, sobretudo nos mais velhos, nas mulheres e na região do Centro. Da análise dos dados psicológicos, podemos constatar um estado emocional desfavorável, mediante auto apreciação negativa e/ou presença de queixas emocionais, em 44% do total, pior nos mais velhos, nas mulheres e na região Centro. Na avaliação cognitiva desfavorável, com teste cognitivo indicativo de demência, em 6% do total, pior nos mais velhos, nas mulheres e na região Norte. Os dados sociais permitiram constatar uma rede social desfavorável, refletindo isolamento social, em 13% do total, sendo pior nos mais velhos, nas mulheres e na região Norte; uma classe social desfavorável, avaliada pela escolaridade e pela principal profissão, em 78% do total, pior nos mais velhos, nas mulheres e na região Centro; hábitos de vida com atividade física desfavorável em 68% do total, sendo pior nos mais velhos; dependência de terceiros em atividades da vida diária em 21% do total, pior nos mais velhos, nos homens e na região do Alentejo. Com risco de dependência altamente associado ao sexo masculino e associado à idade avançada. Foi estimada como fronteira para o aparecimento de fatores de dependência funcional, idade superior a 70 anos. Assim, podemos concluir que a maior tendência de resultados desfavoráveis se concentrou consistentemente nos mais idosos do género feminino e sem uma distribuição marcada por qualquer região.

Os idosos do século XXI serão em maior número e mais velhos (porque vivem mais tempo). Serão pessoas com um maior poder económico, porque possuem mais rendimentos. Mais saudáveis e com maior nível de escolaridade, mais ativos tanto a nível profissional, como a nível cívico, pois mais conscientes dos direitos. Igualmente estarão mais disponíveis para usufruir da cultura e do lazer, segundo Machado (2003). Este autor, no entanto, refere que, em Portugal, o idoso hoje ainda não possui o perfil desenhado, pois é uma pessoa

caraterizada por um desfavorecimento social que se agrava à medida que a idade avança. Tem baixos níveis de escolaridade. Socialmente, o isolamento ainda é elevado e são pouco ativos profissionalmente, bem como na participação em atos culturais e atividades de lazer fora de casa (Machado, 2003). Apesar desta descrição, Machado (2003) defende que, ao longo do século XXI, este perfil do idoso em Portugal comportará alterações positivas.

PARTE II – METODOLOGIA

1.1. Objetivo do estudo

O estudo exploratório aqui apresentado foi realizado com o objetivo primordial de avaliar a qualidade de vida em idosos do concelho de Guimarães, divididos em dois grupos com diferentes graus de atividade/participação social: um perfil mais ativo intelectual e socialmente, ou seja, um grupo de pessoas que, de forma regular, semanalmente, têm uma ou mais atividades fora de casa e um outro perfil menos ativo, sem atividades regulares.

Assim, pretendeu-se perceber se existe diferenças na perceção de qualidade de vida nos idosos com e sem atividades regulares, uma vez que são vários os autores que defendem um estilo de vida ativo como mais saudável e mais adequado a uma melhor qualidade de vida e assim, definir um perfil de idoso com melhor perceção de qualidade de vida.

1.2. Problema e questões de investigação

O estudo aqui apresentado surgiu do interesse em conhecer melhor os perfis de qualidade de vida das pessoas idosas com mais de 65 anos de idade. É a partir desta idade que a maior parte das pessoas atravessa alterações significativas nas suas vidas. Falamos, nomeadamente, das alterações profissionais e sociais. Perceber a forma como os idosos contornam esta situação foi o ponto de partida para a questão: existem diferenças significativas na forma como os idosos concebem a qualidade de vida, conforme o seu grau de atividade? E a partir deste ponto, responder à questão: quais os novos perfis de qualidade de vida, após os 65 anos?

1.3. Tipo de estudo

Este estudo comparativo apresenta uma análise quantitativa. A metodologia quantitativa foi obtida através de itens de resposta fechada, permitindo conclusões objetivas e

de cariz numérico e ou percentual, que possibilitam apresentar conclusões estatisticamente analisadas.

1.4. Constituição da amostra

A amostra deste estudo é constituída por 120 idosos com 65 anos ou mais, e de ambos os sexos. Vivem todos no distrito de Braga, concelho de Guimarães, alguns em meio rural, outros em meio urbano. Todos os inquiridos encontravam-se em meio natural, ou seja, não viviam em instituições mas nas suas próprias casas.

O método de amostragem foi o não probabilístico, acidental. Foram entregues inquéritos a vários idosos visitados em domicílio. Foi previamente solicitado o consentimento informado, por escrito (anexo I). Desta recolha, resultou dois grupos: um grupo de pessoas com 65 anos ou mais que frequentavam atividades semanais, regulares, e outro conjunto constituído por pessoas com 65 anos ou mais, mas sem qualquer atividade semanal, regular, ou seja, apenas vivendo o dia-a-dia, nas suas casas, sem desenvolver atividades estruturadas fora das suas casas. Esta divisão surgiu a partir do preenchimento de um questionário elaborado para o efeito (anexo II). A amostra global tinha uma idade média de 75,03 anos, variando entre os 65 e os 92 anos e com um desvio padrão de 5,925, conforme a tabela II, que de seguida apresentamos.

Características etárias da Amostra	
Nº	120
Média de idade	75,03
Moda	75
Desvio – padrão	5,925
Mínimo	65
Máximo	92

Tabela II- Características etárias da amostra geral

A amostra é composta maioritariamente por pessoas do sexo feminino (70,8%). Dos inquiridos, 52,5% são casados, 29,2% viúvos, 9,2% solteiros, e 7,5% divorciados; 85% têm filhos e 77,7% têm netos. A maioria da amostra tem pouca instrução, pois 56,7% dos sujeitos têm o primeiro ciclo e 9,2% são analfabetos. Apenas 6,7% possuem formação superior. Cerca de 50,8% das pessoas têm rendimentos inferiores a um salário mínimo nacional (SMN), 21,7% têm entre um e dois SMN, 11,7% entre dois e três SMN e 15% têm rendimentos superiores a três SMN. A grande maioria dos sujeitos (77,5%) moram em meio urbano, 16% afirmaram morar nos arredores da cidade e 11% não responderam à questão. No que respeita à companhia, 48,3% moram com o cônjuge, 10,8% moram com os filhos, 33% moram sozinhos e 6,7% noutra situação.

Apresentamos de seguida as características sociodemográficas discriminadas por cada um dos dois grupos avaliados no estudo: as pessoas que frequentam uma atividade regular, semanalmente, e as pessoas que não frequentam quaisquer atividade.

Relativamente às idades, os grupos apresentam médias de idades compreendidas de 74,2 anos e 75,9 anos, no grupo com atividade e no grupo sem atividade, respetivamente, conforme se pode verificar na tabela III.

Grupos	Médias de idades	Nº	Desvio-padrão	Máximo	Mínimo
Com atividade	74,18	60	5,676	91	65
Sem atividade	75,87	60	6,094	92	65
Total	75,03	120	5,925	92	65

Tabela III- Dados da amostra sobre as idades de cada grupo

Na tabela IV, podemos analisar as diferentes características dos dois grupos.

		Grupo com atividade		Grupo sem atividade	
		N	%	N	%
Género					
	Masculino	19	31,7	16	26,7
	Feminino	41	68,3	44	73,3
Estado Civil					
	Casado	29	48,3	34	56,7
	Viúvo	17	28,3	18	30,0
	Solteiro	5	8,3	6	10,0
	divorciado	8	13,3	1	1,7
	outros	1	1,7	1	1,7
Escolaridade					
	Analfabeto	1	1,7	10	16,7
	1º ao 4º ano	23	38,3	45	75,0
	5º ao 9º ano	9	15,0	2	3,3
	10º ao 12º ano	9	15,0	1	1,7
	Ensino superior	8	13,3	0	0
	outro	10	16,7	2	3,3
Filhos					
	Sim	50	83,3	52	86,7
	Não	10	16,7	8	13,3
Netos					
	Sim	59	98,3	58	96,7
	s/resposta	1	1,7	2	3,3
Reformados					
	Sim	59	98,3	58	96,7
	s/resposta	1	1,7	2	3,3
Residência					
	Rural	8	13,3	8	13,3
	Urbano	49	81,7	44	73,3
	S/ resposta	3	5,0	8	13,3
Rendimentos					
	Menos que 485€	21	35,0	40	66,7
	Entre 485€ e 970€	9	15,0	17	28,3
	Entre 970€ e 1455€	11	18,3	3	5,0
	Mais que 1455€	18	30,0	0	0
	S/ resposta	1	1,7	0	0
Habitação					
	Sozinho	24	40,0	16	26,7
	Com o conjugue	26	43,3	32	53,3
	Com os filhos	6	10,0	7	11,7
	Com outros	4	6,7	4	6,7
	Sem resposta	0	0	1	1,7

Tabela IV – Caraterização sociodemográfica da amostra

O grupo constituído por pessoas com atividade apresenta uma média de idades de 74,2 anos, variando entre os 65 e os 91 anos. São todos reformados, à exceção de um indivíduo que não respondeu. São maioritariamente do género feminino (68,3%). A maior parte (48,3%) é casada e apenas 8,3% são solteiros. Relativamente à escolaridade frequentada por este grupo, grande parte possui o 1º ciclo, ou seja do 1º ao 4º anos. Não existe grande diferença de percentagem de pessoas que tenham frequentado os restantes graus de escolaridade. No entanto, 43,3% frequentaram para além do 2º ciclo. Neste grupo, 83,3% tiveram filhos e 75% netos. A maior parte destes indivíduos (81,7%) vivem em zonas urbanas e com o cônjuge (43,3%). Os restantes vivem sozinhos (40%) ou com os filhos e outros. Em relação aos rendimentos, este grupo apresenta 35% dos indivíduos com menos do valor do salário mínimo, enquanto 30% dos indivíduos referem ter rendimentos acima de três vezes o salário mínimo.

Por sua vez, o grupo constituído por pessoas que não frequentam atividades regulares na sociedade apresenta uma média de idades de 75,87 anos, variando entre os 65 e os 92 anos. São igualmente maioritariamente pessoas do género feminino (44%) e reformados (96,7%). Quase todos têm filhos (86,7%) e netos (80%). Relativamente à escolaridade, verifica-se que grande parte deste grupo frequentou o 1º Ciclo, antiga primária (75%); no entanto, também existe uma pequena percentagem de analfabetos (16,7%). Vivem mais de metade em zonas urbanas (73,3%), enquanto os restantes dividem-se equitativamente entre o meio rural e omissão à resposta. A maioria tem rendimentos inferiores ao salário mínimo; no entanto, 5% possuem rendimentos três vezes superiores ao salário mínimo. Mais de metade vive com o cônjuge (53,3%). Os restantes vivem sozinhos (26,7%) ou com os filhos (11,7%) ou com outros (6,7%). Uma pessoa não respondeu a esta questão.

No que se refere a discrepâncias entre os dois grupos, é de realçar a existência de diferenças significativas entre os graus de escolaridade e os rendimentos. As pessoas do grupo

que não frequentam atividades regularmente possuem uma maior percentagem de analfabetismo e nenhum caso de frequência de ensino superior, assim como menos rendimentos. Relativamente aos restantes parâmetros não se verificam diferenças significativas.

Em ambos os grupos o género feminino tem maior percentagem de participantes.

1.5. Instrumento de recolha de dados

O instrumento de colheita de dados para este estudo foi o IAQdV, Instrumento de avaliação da Qualidade de Vida, (anexo III) no original australiano *The Assesment of Quality of Life (AQoL)*. É um instrumento que pretende responder a dois objetivos, ou seja, permitir a avaliação da qualidade de vida relacionada com a saúde e possibilitar avaliar, a nível psicométrico, o impacto de programas de intervenção na área da saúde (Fonseca *et al.*, 2007). O teste original remonta aos anos 90 do século passado, em Melbourne. Assim, o IAQdV torna-se um instrumento capaz de: “(i) cobrir, tanto quanto possível, o universo da qualidade de vida relacionada com a saúde; (ii) obedecer a parâmetros-padrão no que diz respeito a medições fiáveis e válidas; (iii) ser sensível a uma vasta gama de estados de saúde; (iv) ser utilizado como um instrumento psicométrico produzindo resultados de estados de saúde” (Fonseca *et al.*, 2007, p. 4).

Na sua versão portuguesa, o IAQdV, através de 15 itens, pretende avaliar as seguintes cinco dimensões anteriormente analisadas: saúde/doença, vida independente, relações sociais, sentidos, e bem-estar psicológico. Cada pessoa inquirida escolheu, entre quatro opções de resposta, aquela que corresponde à sua situação à data da realização do inquérito. A aferição para a população portuguesa foi efetuada por Fonseca e colaboradores, durante o ano de 2007. O instrumento pode ser auto preenchido ou preenchido por um entrevistador. Relativamente à cotação, todos os itens possuem as alternativas A, B, C e D, sendo cada resposta

respetivamente cotada com 0, 1, 2 e 3 pontos. A avaliação da qualidade percebida por cada pessoa é inversamente proporcional à pontuação obtida, quer por sub-escala, quer na escala global, ou seja, quanto mais baixa a pontuação, melhor é avaliação da qualidade de vida percebida (Fonseca *et al.*, 2007).

1.6. Métodos de análise de dados

Para a análise de dados utilizou-se a versão 20 para Windows do Programa SPSS (Statistical Package for Social Sciences).

Os dados recolhidos foram tratados através da metodologia quantitativa, com o programa SPSS, versão 20, tendo sido criada uma base de dados onde constam os dados sociodemográficos, bem como os resultados obtidos através do IAdQV. Realizou-se análises de variância (ANOVA), comparando a variação de cada uma das dimensões avaliadas pelo instrumento, assim como a média final de cada uma dos grupos.

O valor considerado foi a média ponderada em relação à pontuação obtida nos diversos itens.

1.7. Resultados

Encontram-se mencionadas, nas seguintes tabelas, as médias obtidas nas várias dimensões do IAdQV, bem como o total das dimensões, tanto na amostra global, como em cada um dos dois grupos separadamente.

Dimensões	Média	Desvio-padrão	Mínimo	Máximo
Doença	3,33	1,677	0	6
Vida Independente	1,78	2,817	0	12
R. Sociais	1,07	1,442	0	7
Sentidos	1,38	1,473	0	7
Bem estar psicológico	3,48	2,376	0	9
Total do IAQdV	10,96	7,050	0	3

Tabela V -Resultados da amostra global

Atividade	Doença	V. Independente	RSociais	Sentidos	bepsicológico	Total	
Sim	Média	2,70	,93	,62	,83	2,48	7,40
	N	60	60	60	60	60	60
	Desvio-padrão	1,453	1,849	,940	1,060	2,236	5,308
Não	Média	3,97	2,63	1,52	1,93	4,47	14,52
	N	60	60	60	60	60	60
	Desvio-padrão	1,657	3,334	1,702	1,625	2,095	6,806

Tabela VI - Resultados por grupo

Na dimensão Saúde/Doença, as médias variam entre os 2,70 dos Sim (S) (com atividade) e os 3,97 dos Não (N) (sem atividade) (tabela VI), sendo a média global de 3,33 (tabela III). Na dimensão Vida Independente, as médias são 0,93 no grupo S e 2,63 no grupo N. A média global é 1,78. Relativamente à dimensão relações sociais as médias são 0,62 para o grupo com atividades e 1,52 para o grupo sem atividades. Esta dimensão apresenta um resultado estatisticamente significativo. Na dimensão Sentidos, verifica-se uma média de 0,83 para o grupo com atividade e uma média de 1,93 para os indivíduos sem atividades. e uma total de 1,38. Em relação à dimensão Bem-Estar Psicológico, as médias variam entre 2,48 registado no grupo com atividade e os 4,47 do grupo sem atividade, sendo a média global de 3,47.

Finalmente, a nível global (Total do IAdQV) a qualidade de vida percebida, dos grupos em estudo, apresenta uma média global de 7,40 no grupo com atividade e uma média de 14,52 no grupo sem atividade, ou seja, praticamente o dobro.

De seguida, apresentamos os níveis de significância (*t*) obtidos através das análises da variância realizadas através do *Teste T* (tabela VII). Com um nível de confiança de 95%, consideramos como diferenças estatisticamente significativas os valores *t* inferior a 0,05, neste caso sinalizados a cinza.

Dimensões	Saúde/ Doença	Vida Independente	Relações sociais	Sentidos	Bem-estar psicológico	Total
Níveis de significância	,924	,000	,000	,004	,416	,116

Tabela VII – Níveis de significância

Apesar de existirem diferenças de médias entre todas as dimensões avaliadas, nem todas as diferenças são estatisticamente significativas. Nas dimensões Saúde/Doença e Bem-Estar Psicológico, apesar do grupo com atividade ter um valor médio inferior ao grupo sem atividade, não existe diferença estatisticamente significativa entre os grupos.

Nas dimensões Vida Independente, Relações Sociais e Sentido existem diferenças estatisticamente significativas entre os dois grupos, embora menos relevante na dimensão Sentidos.

Relativamente à qualidade de vida global (Total do IAQdV), as diferenças entre os grupos não são estatisticamente significativas.

No grupo de pessoas com atividades encontramos, de facto, valores médios inferiores em relação ao do grupo sem atividades. Passamos, de seguida, a explorar os dados obtidos no próprio grupo de idosos que frequentam atividades regulares, de modo a perceber de forma mais específica estas diferenças. Assim, relativamente ao género, (tabela VIII) os dados obtidos revelam que o género masculino apresenta melhor perceção de qualidade de vida em quase todas as dimensões, menos na vida independente. Apesar destas diferenças, elas não são estatisticamente significativas.

Género		Doença	V. Independente	R. Sociais	Sentidos	B e psicológico	Total
Masculino	Médias	2,63	1,11	,58	,63	2,26	7,21
	Nº	19	19	19	19	19	19
	Desvio-padrão	1,461	2,447	,961	1,065	2,579	5,798
Feminino	Médias	2,73	,85	,63	,93	2,59	7,49
	Nº	41	41	41	41	41	41
	Desvio-padrão	1,467	1,526	,942	1,058	2,085	5,139
Total	Médias	2,70	,93	,62	,83	2,48	7,40
	Nº	60	60	60	60	60	60
	Desvio-padrão	1,453	1,849	,940	1,060	2,236	5,308

Tabela VIII – Análise segundo o género

Da análise ao estado civil das pessoas, (tabela IX) o grupo que revelou médias mais baixas em quase todas as dimensões, incluindo análise Total, foram os solteiros. Apenas na dimensão Saúde/Doença os resultados foram mais significativos no grupo dos viúvos. Na dimensão Sentidos os melhores resultados registaram-se no grupo dos casados. Assim, é considerada pelos solteiros a melhor qualidade de vida percebida a nível geral e nas dimensões: Vida Independente, Relações Sociais e Bem-estar Psicológico. Salientamos que, apesar destas diferenças de médias, não existem diferenças estatisticamente significativas.

Estado civil		doença	V Independente	R sociais	Sentidos	B e psicológico	Total
casado	Médias	2,66	,79	,62	,66	2,59	7,28
	Nº	29	29	29	29	29	29
	Desvio-padrão	1,587	1,719	,903	,897	2,180	4,682
viúvo	Médias	2,53	1,12	,88	,94	2,59	7,53
	Nº	17	17	17	17	17	17
	Desvio-padrão	1,505	1,691	1,219	1,298	1,970	5,636
solteiro	Médias	2,80	,20	,00	1,00	,80	4,80
	Nº	5	5	5	5	5	5
	Desvio-padrão	,837	,447	,000	,707	1,789	2,775
divorciado	Média	3,12	1,63	,50	1,25	3,13	9,63
	Nº	8	8	8	8	8	8
	Desvio-padrão	1,356	3,021	,535	1,282	3,091	7,782
outro	Média	3,00	,00	,00	,00	1,00	4,00
	Nº	1	1	1	1	1	1
	Desvio-padrão	.	.	.	.	.	.
Total	Média	2,70	,93	,62	,83	2,48	7,40
	Nº	60	60	60	60	60	60
	Desvio-padrão	1,453	1,849	,940	1,060	2,236	5,308

Tabela IX - Análise segundo o estado civil

Quanto aos rendimentos auferidos pelos grupos, as médias mais adequadas para uma melhor perceção de qualidade de vida percebida situa-se nas pessoas que têm um rendimento entre os 970€ e os 1455€. Apenas nas dimensões Relações Sociais e Bem-Estar Psicológico, verificamos melhores resultados nos grupos que têm rendimentos um pouco inferiores aos referidos anteriormente, ou seja, valores entre os 485€ e os 970€. No entanto, neste caso, à semelhança dos anteriores, as diferenças não são estatisticamente significativas (tabela X).

Rendimentos		Doença	V. Independente	R. Sociais	Sentidos	B e psicológico	Total
menos que 485€	Média	3,14	1,24	,81	1,00	3,57	9,33
	Nº	21	21	21	21	21	21
	Desvio-padrão	1,389	2,548	1,123	1,225	2,657	6,613
entre 485€ e 970€	Média	2,78	,78	,44	1,11	1,44	6,44
	Nº	9	9	9	9	9	9
	Desvio-padrão	1,787	1,394	1,014	1,269	1,424	4,978
entre 970€ e 1455€	Média	2,09	,45	,64	,55	2,09	5,82
	Nº	11	11	11	11	11	11
	Desvio-padrão	1,044	,688	,924	,934	2,119	3,545
mais que 1455€	Média	2,50	,89	,50	,67	1,83	6,39
	Nº	18	18	18	18	18	18
	Desvio-padrão	1,543	1,641	,707	,840	1,581	4,327
nr	Média	3,00	2,00	,00	1,00	5,00	11,00
	Nº	1	1	1	1	1	1
	Desvio-padrão	.	.	.	.	.	.
Total	Média	2,70	,93	,62	,83	2,48	7,40
	Nº	60	60	60	60	60	60
	Desvio-padrão	1,453	1,849	,940	1,060	2,236	5,308

Tabela X - Análise segundo o rendimento

Na categoria habitação (tabela XI), os resultados obtidos são mais favoráveis em todas as dimensões para pessoas que vivem acompanhadas, ou seja, que vivem com o cônjuge, que vivem com os filhos ou que vivem com outros membros. Apenas na dimensão Saúde/Doença encontramos resultados mais favoráveis no grupo de pessoas que vivem sozinhas. Novamente, estas diferenças de médias não são estatisticamente significativas.

Vive		Doença	V Independente	R Sociais	Sentidos	B e psicológico	Total
sozinho	Média	2,58	1,04	,63	1,00	2,42	7,63
	Nº	24	24	24	24	24	24
	Desvio-padrão	1,586	2,136	,970	1,063	2,501	6,473
com o conjugue	Média	2,65	,88	,58	,62	2,62	7,35
	Nº	26	26	26	26	26	26
	Desvio-padrão	1,413	1,796	,902	,941	2,210	4,621
com os filhos	Média	3,33	1,17	,50	1,33	3,50	8,33
	Nº	6	6	6	6	6	6
	Desvio-padrão	1,033	1,602	,837	1,506	1,049	4,926
outros	Média	2,75	,25	1,00	,50	,50	5,00
	Nº	4	4	4	4	4	4
	Desvio-padrão	1,708	,500	1,414	1,000	,577	2,160
Total	Média	2,70	,93	,62	,83	2,48	7,40
	Nº	60	60	60	60	60	60
	Desvio-padrão	1,453	1,849	,940	1,060	2,236	5,308

Tabela XI - Análise segundo habitação

Finalmente, quanto analisamos o grupo relativamente à categoria escolaridade (tabela XII), os resultados obtidos evidenciam que as pessoas com escolaridade entre o 5º ano e o 9º ano de escolaridade apresentam melhor qualidade de vida percebida, em todas as dimensões, incluindo na dimensão Total, à exceção da dimensão Relações Sociais.

Escolaridade		Doença	V. Independente	R. Sociais	Sentidos	B e psicológico	total
Analfabeto	Média	3,00	6,00	4,00	4,00	5,00	22,00
	Nº	1	1	1	1	1	1
	Desvio-padrão	.	.	.	.	.	.
1º ao 4º ano	Média	3,35	1,13	,65	1,13	2,96	8,83
	Nº	23	23	23	23	23	23
	Desvio-padrão	1,335	2,282	,935	1,217	2,477	5,936
5º ao 9º ano	Média	2,44	,78	,33	,56	2,33	6,44
	Nº	9	9	9	9	9	9
	Desvio-padrão	,882	,972	,707	,726	1,936	3,046
10º ao 12º ano	Média	1,00	,11	,67	,33	1,56	3,56
	Nº	9	9	9	9	9	9
	Desvio-padrão	,866	,333	1,000	,500	1,333	2,007
Ensino superior	Média	2,38	1,50	,25	1,00	1,75	6,88
	Nº	8	8	8	8	8	8
	Desvio-padrão	1,685	2,268	,707	1,069	1,832	5,566
outro	Média	3,20	,40	,70	,40	2,70	7,40
	Nº	10	10	10	10	10	10
	Desvio-padrão	1,229	,699	,675	,516	2,751	4,222
Total	Média	2,70	,93	,62	,83	2,48	7,40
	Nº	60	60	60	60	60	60
	Desvio-padrão	1,453	1,849	,940	1,060	2,236	5,308

Tabela XII - Análise segundo grau de escolaridade

As diferenças de médias encontradas nesta análise revelam diferenças de médias estatisticamente significativas nas dimensões saúde/Doença e Sentidos.

1.8 Análise e discussão dos resultados

De todas as dimensões avaliadas no IAQdV, a nível geral, no grupo dos 120 idosos que participaram no nosso estudo, a dimensão que teve resultados mais significativos foi Relações Sociais. Por outro lado, a dimensão que teve resultado menos significativos estatisticamente foi Bem-Estar Psicológico. Fazendo análise por grupos, no grupo com atividade encontramos resultados estatisticamente mais significativos na dimensão relações

sociais e menos significativos nos resultados obtidos na dimensão Bem-Estar Psicológico, seguido da dimensão saúde/Doença. No grupo sem atividade a dimensão Relações Sociais continua a ser a dimensão com resultado mais significativo e a dimensão bem-Estar Psicológico menos significativo.

Em relação à nossa questão de investigação, podemos afirmar que existem, de facto, diferenças significativas na qualidade de vida percebida nos idosos de Guimarães, de acordo com o seu grau de atividade. Ou seja, os idosos que frequentam alguma atividade regular ou estão integradas em grupos recreativos e culturais apresentam melhor qualidade de vida percebida. Essa diferença revela-se mais significativa ao nível das dimensões Vida Independente, Relações Sociais e Sentidos. Deste modo, em termos de perfis, o estudo realizado encontra diferenças evidentes entre o perfil mais ativo e o menos ativo, confirmando que os idosos que estão envolvidos e exerçam uma atividade regular semanalmente têm melhor qualidade de vida percebida.

Desta forma, os resultados obtidos neste estudo, vão ao encontro do paradigma da promoção do envelhecimento ativo (OMS, 2002), já que os idosos mais ativos apresentam uma melhor perceção de qualidade de vida. Os autores Bond e Corner (2004) citam os estudos realizados por Scambler e colaboradores, em 2002, onde o “manter-se ativo” foi visto como fator central para evitar a solidão e manter uma boa qualidade de vida. Para estes autores, a participação social ativa, quer formal, quer informal, é importante na promoção de qualidade de vida. Segundo Fonseca (2005b) a importância do exercício físico e do treino das capacidades cognitivas contribui bastante para a promoção da qualidade de vida. O Grupo de Investigação de Gerontologia sobre Qualidade de Vida identificou “quatro grandes eixos de análise da qualidade de vida na velhice: *a*) qualidade de vida e residência (institucionalização *versus* meio familiar); *b*) qualidade de vida e exercício físico; *c*) qualidade de vida e estilos de vida; *d*) qualidade de vida e saúde” (Fonseca, 2005b, p.303). Analisando no nosso estudo, o

grupo que tem uma atividade regular, a partir desses quatro eixos, verifica-se que existe bastantes semelhanças.

No entanto, podemos perceber, de forma mais específica as características do grupo com atividade e assim delinear o novo perfil de idosos, com melhor qualidade de vida percebida. Segundo os resultados obtidos, o perfil com melhores resultados tem as seguintes características: homens, solteiros ou viúvos, com rendimentos entre os 970€ e os 1455€, ou seja, mais que duas vezes o salário mínimo atual residentes no meio urbano mas não sozinhos, ou seja, vivem com alguém. Relativamente à escolaridade, os idosos com melhor qualidade de vida percebida tem entre o 5º e 9º ano de escolaridade e entre o 10º ano e o 12º ano. Comparando com o estudo de Oliveira, Rosa, Pinto, Botelho, Morais e Veríssimo, M., (2010), citado anteriormente, confirma-se que continua a ser o género masculino o que apresenta melhor qualidade de vida percebida.

Para além da questão de investigação deste estudo, propriamente dita, podemos ainda discutir os resultados obtidos a partir de outras perspetivas. Desta forma, começamos por identificar as dimensões do IAQdV onde são encontradas diferenças mais significativas. No nosso estudo, as maiores diferenças situam-se ao nível da Vida Independente, das Relações Sociais e Sentidos. Nas dimensões Saúde/Doença e Bem-Estar Psicológico as diferenças não são significativas. Esta ordem de importância de fatores não é a mesma da encontrada na aferição portuguesa da escala (Fonseca *et al.*, 2007), na qual verificou-se a seguinte ordem: vida independente > bem-estar psicológico > sentidos > saúde/doença > relações sociais. No entanto, convém referir que os níveis de significância do nosso estudo são obtidos de acordo com o grau de atividade/ participação social, enquanto na análise realizada na aferição portuguesa os pressupostos foram ligeiramente diferentes.

A dimensão Vida Independente revelou-se com diferenças significativas entre os grupos presentes no estudo. Como se pode verificar, são os idosos com atividade os que

apresentam melhor resultado na dimensão Vida Independente. O facto de os idosos poderem realizar sozinhas as suas atividades de vida diária vai contribuir para uma melhor qualidade de vida percebida (Martins, 2003). A vida independente permite manter o sentimento de que ainda são úteis, elevando assim a sua qualidade de vida percebida, conforme defende Fontaine (2000). De igual modo, Bond e Corner (2004) salientam a importância da vida independente para os idosos. No nosso estudo, confirma-se esta perspetiva de que a dimensão vida independente é relevante para a qualidade de vida percebida.

Os resultados obtidos no nosso estudo parecem, desta forma, evidenciar a importância fulcral das relações sociais na percepção de qualidade de vida, o que vem de encontro ao defendido por vários autores, alguns dos quais já anteriormente referidos. Paúl (2005) refere que “a existência de redes sociais significativas é considerada como protetora da saúde mental dos indivíduos” (Paúl, 2005, p.37) e que essas redes de apoio informal são vitais para assegurar as condições para um envelhecimento ótimo, tais como: a autonomia, autoavaliação positiva, maior saúde mental e satisfação de vida. O fato das pessoas saírem de casa e estarem integradas em atividades regulares, como o voluntariado ou associações recreativas vai beneficiar as relações sociais e promover novas relações, à entrada de novas pessoas nas suas redes sociais para além da família e vizinhos, os constituintes fundamentais das redes sociais. Por isso, os resultados obtidos são concordantes com Bond e Corner (2004), quando defendem que a emergência desta rede social de amigos mais alargada é uma parte cada vez mais importante da idade adulta avançada, contribuindo para uma melhoria da qualidade de vida. Segundo estes autores, a maior participação social deste grupo é fundamental para este aumento da rede social de apoio e, conseqüentemente, da qualidade de vida. Conforme já afirmamos anteriormente, os idosos que têm uma atividade e estão integrados em contextos diferentes, têm possibilidades de alargar as suas redes sociais.

Os resultados obtidos no nosso estudo ainda confirmam a relação do bom desempenho dos Sentidos com a perceção de qualidade de vida. A diminuição de capacidade percetiva é “condições-limite” para a perda de qualidade de vida (Heikkinen, 2000, in Fonseca, 2008). Assim verifica-se que, se não existirem problemas graves nas funções sensoriais, a pessoa idosa terá uma melhor qualidade de vida percebida.

Os resultados verificados na dimensão Bem-Estar Psicológico, refletem exatamente, «os sentimentos de satisfação e felicidade de cada um consigo próprio, com as suas condições de vida sociais, relacionais, com as realizações pessoais do passado e com as expetativas de futuro» (Novo, 2003, in Fonseca, 2006, p.158). Os idosos que fazem a escolha de ficar em casa, não criam expetativas elevadas para além do seu quotidiano.

Outro fator que consideramos de relevo é o facto de a generalidade dos resultados situarem os idosos do nosso estudo num patamar de qualidade de vida pouco positivo, se considerarmos o valor de 1,5 (entre 0 e 3) como o valor que marca a separação entre positivo e negativo, pois a generalidade das médias obtidas são superiores a esse valor. Se analisarmos as médias do grupo com atividade verificamos igualmente valores superiores a 1,5 à exceção das dimensões Vida Independente, Relações Sociais e Sentidos.

De acordo com certos autores “a perceção de uma boa qualidade de vida depende sobretudo do balanço entre corpo e mente (focalizando a atenção naquilo que “eu posso”) e da manutenção de relações harmoniosas dentro dos contextos pessoais e sociais” (Fonseca & Paúl, 2008, p.33). Esta relação, história de vida e perceção de qualidade de vida, foi abordada por Albrecht e Devlieger (citados por Fonseca & Paúl, 2008). Estes autores falam do *paradoxo da incapacidade* o qual explica que os idosos com limitações físicas, nem sempre são os que revelam menos qualidade de vida. Conforme referido, o processo de envelhecimento é individual, depende de cada pessoa e por isso assim, a perceção de qualidade de vida, na velhice, está relacionada com a história de vida de cada pessoa. De igual

modo, Bond e Corner (2004) partilham desta ideia quando defendem que são as experiências vividas ao longo do ciclo de vida que são o principal determinante da qualidade de vida percebida. Os resultados obtidos no nosso estudo revelam esta perspetiva: Os idosos que se resignam a ficar em casa, sem se envolver em atividade fora de casa e participações sociais, serão idosos com experiências de vida moderadas, sem por isso, esperar muito da vida, desenvolvendo cada vez mais limitações. Assim, não percebem melhor qualidade de vida (Fonseca, Paúl, Martín & Amado (2005). No entanto, outra perspetiva segundo Rothermund e Brandtstadter (2003, cit. in Fonseca, 2014), aponta para o processo dual de coping, ou seja, identifica coping assimilativo e coping acomodativo considerando que os idosos se adaptam bem às suas dificuldades, o que se reflete numa boa qualidade de vida percebida. No entanto, esta perspetiva está dependente, igualmente dos recursos externos como equipamentos e serviços disponíveis na sociedade. Assim, se explica os resultados da dimensão Bem Estar Psicológico. Os idosos não têm grandes expectativas, e por isso, os seus objetivos são facilmente atingidos, no quotidiano do dia-a-dia.

O processo de envelhecimento acontece, de forma singular em cada pessoa. Está dependente das condições físicas, biológicas e psicológicas de cada idoso. Mas também da história de vida de cada um, da forma como define os seus objetivos de vida e das representações que vai desenvolvendo sobre o seu envelhecimento. A história de cada idoso condiciona o seu envelhecimento.

Conforme mencionamos na introdução, a população idosa está a aumentar em número e os idosos vivem cada vez mais tempo. Por isso, intensificaram-se os estudos à volta do envelhecimento e neste caso, surge uma inquietação: perceber de que forma vivem os idosos, ou seja, apesar das limitações próprias do avanço da idade, existirá qualidade de vida na velhice e quais os fatores que podem contribuir para uma maior qualidade de vida. Em primeiro lugar, a qualidade de vida depende, de cada sujeito individualmente. Em segundo

lugar, toda a sociedade está inevitavelmente implicada. A sociedade onde estão inseridos os idosos, vai influenciar a forma de vida de cada um, através dos poderes políticos, as políticas sociais emergentes, os seus pares e toda a conjuntura socioeconómica de cada tempo. No prefácio do manual de envelhecimento ativo (Ribeiro & Paúl, 2011), Maria João Quintela, menciona que este prolongar da vida tornou-se uma oportunidade comercial para vários setores como a saúde, a participação e segurança. Acrescentamos que esta oportunidade hoje também chega às agências de turismo e outros setores comerciais pois, o poder económico encontra-se hoje na população idosa. Desta forma, surgem as inquietações sobre a qualidade de vida dos idosos, sabendo que nem todos vivenciam as mesmas situações e particularmente neste estudo, houve a preocupação de conhecer qual o perfil de idoso que apresenta melhor qualidade de vida. Ter uma vida com qualidade “já não se limita à prática de atividade física, mas envolve o estímulo cognitivo, a saúde mental, a interação com os outros, uma alimentação e comportamentos saudáveis, cuidados com a saúde oral, a prevenção de acidentes, a assunção de uma sexualidade saudável e o reconhecimento do direito ao afeto, à dignidade e ao respeito, ao combate aos fenómenos de maus tratos, de violência e de abuso, de isolamento e de solidão” (Ribeiro & Paúl, 2011, Prefácio, p. *xiii*). Daí que, é essencial que cada indivíduo tenha consciência de que o primeiro passo tem de ser dado individualmente, pelo próprio, ou seja, deve ser cada pessoa a decidir o rumo do seu próprio processo de envelhecimento. “Caberá sempre ao próprio reformado definir em larga medida a «vida de reformado» que pretende ter” (Fonseca, 2011). A sua forma de estar, de sentir e o meio em que vive, os recursos disponíveis quer físicos, psicológicos, sociais e ambientais vão contribuir para ter ou não qualidade de vida. Fonseca (2011a) considera que o sucesso no envelhecimento depende de dois processos essenciais, interrelacionados. Por um lado, da capacidade global de adaptação, procurando resultados e objetivos significativos, a cada momento e circunstância de vida. Por outro lado, da escolha de estilos de vida apropriados à

manutenção da integridade física e mental do indivíduo. Numa mesma linha de pensamento os autores Ribeiro & Paúl (2011), defendem que os conceitos-chave do paradigma do envelhecimento ativo são: autonomia, independência, expectativa de vida saudável e qualidade de vida. De igual modo a resiliência perante as vicissitudes da vida será outra dimensão para uma vida com melhor qualidade de vida, ou seja, a capacidade de enfrentar e adaptar-se às adversidades (Cowan, Cowan e Schulz, 1996). Desta forma, um envelhecimento ativo, promotor de qualidade de vida individual deverá ter todos estes fatores em conta.

O estudo realizado, junto de idosos do Concelho de Guimarães, confirma que são os idosos que têm um maior grau de atividade e participação social que têm uma melhor perceção de qualidade de vida. Em relação ao perfil do idoso com melhor qualidade de vida percebida, este estudo concluiu que são os homens, solteiros ou viúvos, possuem rendimentos entre os 970€ e os 1455€, ou seja, entre duas a três vezes o salário mínimo em vigor, residentes em meio urbano, vivem acompanhados e possuindo entre o 5º e o 12º anos de escolaridade.

Este estudo permite concluir que, conforme estudos efetuados anteriormente, as mulheres continuam a não contemplam o perfil de um envelhecimento com mais qualidade de vida. Elas ficam viúvas mais cedo, normalmente vivem mais tempo e por isso, sujeitas a doenças próprias de idades mais avançadas.

Poderíamos ter incluído neste estudo uma outra abordagem a nível do meio em que vivem os idosos, de modo a perceber se o meio rural ou urbano tem alguma influência na qualidade de vida dos idosos, assim como o facto de ter filhos ou netos. Poderá ser tema para um próximo estudo.

Em jeito de conclusão, a sociedade, nomeadamente as políticas sociais e as forças científicas, deverão proporcionar aos idosos a integração em meio recreativos e culturais, promovendo e apoiando as associações para que estes espaços sejam acessíveis à população

idosos, de modo a contribuir para o seu bem-estar geral, ou seja, «desenvolver uma cultura positiva e solidária» (Fonseca, 2014).

Podemos considerar que o concelho de Guimarães apresenta um contexto adequado, com algumas condições satisfatórias para proporcionar uma boa qualidade de vida aos seus idosos. Deverá cada pessoa, por seu lado, preparar o seu envelhecimento, tomar consciência de que o ciclo da vida comporta em si um aspeto finito. Por isso, a pessoa deve ser sensibilizada, educada e incentivada, desde cedo, muito antes da idade da reforma, a ter uma participação mais ativa na sociedade, de modo que quando o momento da reforma chegar, já tenha hábitos adquiridos, no sentido de ser ativo e resiliente perante as crescentes vulnerabilidades e limitações, próprias da 3ª e 4ª idade (Fonseca, 2014). Assim, terá um envelhecimento com maior qualidade de vida, de modo que, ser idoso não seja apenas limitações, nem impedimentos a uma vida com qualidade, mesmo que haja doenças e outros obstáculos.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Cabral, M. (2013). *Processo de envelhecimento em Portugal*. Lisboa: Fundação Manuel dos Santos.

Bond J. and Corner L. (2004). *Quality of life and older people*. Open Univesity Press.

Cowan, P. A., Cowan, C. P. & Schulz, M. S. (1996). *Thinking about risk and resilience in families*. Em E. M. Hetherington & E. A. Blechman (Eds.) *Stress, coping, and resilience in children and families* (pp. 01-38). New Jersey: Lawrence Erlbaum.

Feitosa, M. A. G. (2001). Envelhecimento sensorial: a pesquisa básica e implicações para a qualidade de vida. *Psychologica*, 28, 159-175.

Fernández-Ballesteros, R. (2002). *Gerontología social*. Una introducción. In R. Fernández-Ballesteros (Dir.). *Gerontologia social*. Madrid: Pirámide.

Fernandes, M. (2012). *Qualidade de vida e atividade: Um estudo em idosos de Vila Nova de Cerveira*. Dissertação de Mestrado, Faculdade de Educação e Psicologia - Universidade Católica do Porto, Portugal.

Fonseca A. (2005a). *Desenvolvimento humano e envelhecimento*. Lisboa: Climepsi.

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

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

Fonseca A. (2006). *O envelhecimento-uma abordagem psicológico*. Lisboa: Universidade Católica Editora.

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

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

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

Fonseca A. (2011). *Reformas e Reformados*. Coimbra: Almedina.

Fonseca A. (2014). *Envelhecimento, saúde e doença – Novos desafios para a prestação de cuidados a idosos*. Lisboa: Coisas de Ler.

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

Fortin, M. (1999). *O processo de investigação: da concepção à realização*. Loures: Lusociência.

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

Instituto Nacional de Estatística (2011), *Censos 2011*. Lisboa, acessado novembro 14, em www.ine.pt.

Machado, H. (2003). *Novo Paradigma da Relação Médico-doente, Ciência e Humanismo*, Lisboa Almedina

Martins, R. M. L. (2003). Envelhecimento e saúde: um problema social emergente. *Millenium*, 27.

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

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

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

Organização Mundial da Saúde (2002), *Active ageing: A policy Framework*, acessado maio 9, em www.who.es.

Onyx, J. & Warburton, J. (2003). Volunteering and Health among Older People: a review. *Australasian Journal on Ageing*, 22 (2), 65-69.

Paúl C. e Fonseca A. (2001). *Psicossociologia da saúde*. Lisboa: Climepsi.

Paúl C. e Fonseca A. (2005). *Envelhecer em Portugal*. Lisboa: Climepsi.

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

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

Paúl, M. C. (1992). Satisfação de vida em idosos. *Análise psicológica*. 68, 61-80.

Pereira, Renata et al. (2006), *Contribution of the physical, social, psychological and environment domains to overall quality of life of the elderly*, Universidade Federal de Viçosa, acessado outubro 9, 2013 em http://www.scielo.br/pdf/rprs/v28n1/en_v28n1a05.pdf.

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

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

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

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

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

Anexos

Anexo I



UNIVERSIDADE CATÓLICA PORTUGUESA

Consentimento

Declaro que fui informado(a) de todos os pormenores respeitantes aos instrumentos de avaliação psicológica *Instrumento de Avaliação da Qualidade De Vida (IAQdV)*, que me foi proposto por Teresa Maria Mota Correia, no âmbito da Dissertação de Mestrado em Gerontologia Social Aplicada, da responsabilidade da própria e da Faculdade de Ciências Sociais da Universidade Católica Portuguesa. Fiquei ciente do tipo, duração e características do referido instrumento, bem como dos objectivos da sua realização. Foi-me também explicado que, no caso de serem encontrados resultados que indiquem estados de doença, essa informação ser-me-á prestada, bem como ao meu médico, se eu der consentimento.

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

Guimarães, ____ / ____ / _____

(Assinatura)

Anexo II

Identificação: _____ Nº Código: _____

Nome (opcional): _____

Idade: _____ anos

Data de nascimento: ____/____/____

Que profissão exerceu: _____

A)Estado civil	
Casado	
União de facto	
Viúvo	
Solteiro	
Divorciado	
Outro	

B)Género:		
Masculino		Feminino

C)Filhos:		Quantos
Não		Sim

D)Escolaridade	
Analfabeto	
1º ao 4º ano	
5º ao 9ºano	
10º ao 12º ano	
Ensino Superior	
Outro	

E)Netos:		Quantos
Não		Sim

F)Reformado:		
Não		Sim

G)Residência em meio:		
Rural		Urbano

H)Rendimento Mensal	
Menos que 485€	
Entre 485€ e 970€	
Entre 970€ e 1455€	
Mais que 1455€	

I)Com quem vive		
Sozinho		
Com o conjugue		
Com o(s) filho(s)		
Outro	Qual?	

J) Atividades que frequenta regularmente fora de casa		
Nenhuma		
Voluntariado		
Universidade sénior		
Outras	Qual?	

Anexo III



UNIVERSIDADE CATÓLICA PORTUGUESA

Instrumento de Avaliação da Qualidade de Vida (IAQdV)

António M. Fonseca

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

Constança Paúl

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

Lúisa Teles

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

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

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

INSTRUÇÕES

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

DOENÇA

1 Em relação ao uso de medicamentos prescritos:

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

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

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

VIDA INDEPENDENTE

3 Até que ponto é que preciso de ajudas ortopédicas?

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

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

4 Necessito de ajuda para cuidar de mim mesmo?

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

5 Quando realizo tarefas domésticas:

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

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

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

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

RELAÇÕES SOCIAIS

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

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

8 Pensando sobre a minha relação com outras pessoas:

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

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

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

SENTIDOS

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

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

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

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

12 Quando comunico com outros:

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

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

BEM-ESTAR PSICOLÓGICO

13 Pensando sobre a forma como durmo:

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

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

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

15 Quanta dor ou desconforto é que sinto?

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

Fim

Obrigado pela sua colaboração