

Sara Marlene Batalha de Almeida Coelho

O que pensa o adulto sobre o que será para si ter qualidade de vida  
quando chegar à velhice

Universidade Fernando Pessoa

Faculdade Ciências da Saúde

Porto, 2013



Sara Marlene Batalha de Almeida Coelho

O que pensa o adulto sobre o que será para si ter qualidade de vida  
quando chegar à velhice

Universidade Fernando Pessoa

Faculdade Ciências da Saúde

Porto, 2013

Sara Marlene Batalha de Almeida Coelho

O que pensa o adulto sobre o que será para si ter qualidade de vida  
quando chegar à velhice

A Aluna,

---

Trabalho apresentado à Universidade Fernando  
Pessoa como parte dos requisitos para a  
obtenção do grau de *Mestre* na área de  
*Enfermagem Geriátrica e Gerontológica*.

Porto, 2013

O que pensa o adulto sobre o que será para si ter qualidade de vida quando chegar à velhice

Palavras tão soltas

Ideias ambíguas

Quase certezas

Meias verdades

Páginas rasgadas

Tempo cinzento

Bradycardia

Café morno

Manhã quente

Ter-te a meio tempo...

Preciso de me sentir completa

De acordar de manhã e sentir uma leve brisa que me traga paz de espírito

De viver a minha vida completamente

E se tiver de ser em êxtase de felicidade?

Em todos os momentos ao expoente máximo?

Sentir-me taquicárdica!

Quero certezas, respostas cheias de verdade, ideias claras, escrever a minha vida em páginas brancas, tudo de novo.

Quero sol ou chuva,

O cheiro a café

Um sorriso na cara

Uma paz constante

Um amor escaldante

Uma vida inteira.

*Sara Coelho, 11 de Fevereiro de 2012*

## **Sumário**

Numa fase em que o envelhecimento demográfico se verifica nos países desenvolvidos e em vias de desenvolvimento, nomeadamente em Portugal e, dado que, os artigos publicados a que se teve acesso se referem à percepção do idoso sobre a sua qualidade de vida e nunca à percepção que o adulto tem sobre o que será para si ter qualidade de vida na velhice, este estudo enforma uma análise aprofundada sobre esta ideia inicial.

Os objetivos desta investigação são, em relação aos fatores de qualidade de vida (saúde, família, amigos, dinheiro, segurança no dia-a-dia, possibilidade de realizar exercício físico apoiado por monitores, ter cuidados de enfermagem ao domicílio, frequentar uma universidade, viver num lar, viver na sua própria casa, ter um(a) companheiro(a), ter acesso livre a transportes públicos para sua própria deslocação, existirem espaços de diversão noturna para idosos, existirem espaços de ocupação dos tempos livres, ter satisfação a nível sexual, ter autonomia e independência para realizar as suas atividades de vida diárias), saber a) a importância que o adulto lhes atribui para a sua qualidade de vida quando estiver na velhice, b) se a idade atual dos adultos influencia a importância que atribui aos fatores de qualidade de vida quando estiver na velhice, c) se o género dos adultos influencia a importância que atribui aos fatores de qualidade de vida quando estiver na velhice, d) se o grau de escolaridade dos adultos influencia a importância que atribui aos fatores de qualidade de vida quando estiver na velhice, e) se a profissão/atividade dos adultos influencia a importância que atribui aos fatores de qualidade de vida quando estiver na velhice, f) se o meio onde o adulto viveu a maioria dos seus anos de vida, influencia a importância que atribui aos fatores de qualidade de vida quando estiver na velhice, g) se as ideias religiosas dos adultos influenciam a importância que o adulto atribui aos fatores de qualidade de vida quando estiver na velhice e h) se existem outros fatores aos quais o adulto atribua importância para a sua qualidade de vida quando estiver na velhice.

Desenvolveu-se, para tal, um estudo inserido no paradigma quantitativo, transversal e que comporta uma vertente descritiva-correlacional.

O que pensa o adulto sobre o que será para si ter qualidade de vida quando chegar à velhice

Os principais resultados obtidos apontam para a importância dos fatores integrantes de qualidade de vida na velhice mencionados imediatamente acima. Quando relacionadas as variáveis independentes com as variáveis dependentes observou-se que não existe relação entre a idade dos adultos e as variáveis dependentes, mas que há relação estatisticamente significativa entre i) o gênero e a variável dependente “*Ter satisfação a nível sexual*”, ii) a escolaridade e a “*Família*”, “*Frequentar uma universidade*”, “*Viver na sua própria casa*” e “*Ter um(a) companheiro(a)*”, iii) a profissão e “*Existirem espaços de ocupação de tempos livres*” e “*Ter satisfação a nível sexual*”, iv) o meio de proveniência e a “*Família*” e “*Ter um(a) companheiro(a)*”, v) o estado civil e “*Família*”, “*Segurança no dia-a-dia*” e “*Ter um(a) companheiro(a)*” e vi) religiosidade e “*Viver na sua própria casa*” e “*Ter um(s) companheiro(a)*”, sendo que são os indivíduos crentes praticantes os que dão mais importância a “*Viver na sua própria casa*” e “*Ter um(s) companheiro(a)*”. Além disso, os adultos salientaram aspetos definidores de qualidade de vida, relacionados com “*Saúde/Segurança na doença*”, “*Acessibilidade/ mobilidade*”, “*Condições habitacionais*”, “*Valores intergeracionais*”, “*Economia e finanças*”, “*Independência/ Segurança*” e “*Família*”.

## **Abstract**

In a phase in which ageing occurs in developed and to develop countries, especially in Portugal and, since the published articles that we had access to refer to the perception of the elderly on their quality of life and never perception that adults have on what will be for them to have quality of life in old age, this study shows a depth analysis on this initial idea.

The objectives of this research are, regarding factors of quality of life (health, family, friends, money, security, day-to-day ability to perform exercise supported by monitors, have nursing care at home, attending university, living in a home, live in their own home, have a partner, have free access to public transport for their own travel, nightlife spaces for seniors, spaces for leisure time, satisfaction in a sexual level, having autonomy and independence to carry out their activities of daily living): to know a) the importance that the adult give to their quality of life when elderly, b) whether the current age of adults influences the importance of quality factors of life when he reaches old age, c) knowing if the gender of adults influences the importance it attaches to the factors of quality of life when old age, d) whether the schooling of adults influences the importance it attaches to the quality factors life when old age, e) Whether the job occupation / adult activity influences the importance it attaches to the factors of quality of life when old age, f) if the environment where the adult has lived most of his lifetime, influences the importance it attaches to the factors of quality of life when old age, g) whether religious ideas of adults influence the importance of the adult attaches to the factors of quality of life when old age and h) if there are any other factors which the adult says that is important to their quality of life when they reach and elderly age.

A quantitative, transversal, which also covers descriptive-co relational, was developed.

The main results point to the importance of integration factors of quality of life in old age mentioned immediately above. When relating the independent variables and the dependent variables it showed that: there is no relationship between the age of adults and dependent variables, but that no statistically significant relationship between gender and the dependent variable i) "satisfaction Having a sexual level, ii) " education and

O que pensa o adulto sobre o que será para si ter qualidade de vida quando chegar à velhice

"Family", "Attending a university", "Living in your own home" and "Having a partner", and the profession iii) "There are leisure time spaces" and "satisfaction Having a sexual level, iv) " where they come from and "Family" and "Having a partner", v) marital status and "Family" , "Security in the during the day" and "Having a partner, and vi) religion and "Living in your own home" and "Having a partner", where individuals who are practicing believers, who give more importance to "live in their own home" and "Having a partner".

Aos meus pais,

Às minhas irmãs,

Às minhas sobrinhas.

## **Agradecimentos**

Ao Professor Doutor José Manuel dos Santos, pela orientação, disponibilidade, afincamento das suas sugestões e auxílio científico que me fizeram descobrir o caminho certo para a concretização deste objetivo.

Ao corpo docente do II Curso de Mestrado em Enfermagem Geriátrica e Gerontológica, pela partilha de saberes e experiências que contribuíram para a realização deste trabalho.

À Coordenação do II Curso de Mestrado em Enfermagem Geriátrica e Gerontológica, pela sua organização e condução.

Aos meus pais, pelo amor, carinho, apoio e incentivo incondicionais que sempre me ofereceram e que serviram de apoio em todas as decisões e indecisões da minha vida.

Às minhas irmãs, minhas amigas, pela motivação e carinho em todas as batalhas das nossas vidas.

Às minhas duas sobrinhas, Maria Miguel e Bárbara, as pequenas flores que fazem da minha vida um jardim.

O que pensa o adulto sobre o que será para si ter qualidade de vida quando chegar à velhice

## **Abreviaturas**

*cit. in* – citado em

*et al.* – entre outros

*Ibid.* - no mesmo lugar; é usado nas citações de um texto para referir uma fonte repetida do mesmo autor e da mesma obra.

**p.** – página

**pp.** – páginas

## **Siglas**

**DGS** – Direção Geral de Saúde

**INE** – Instituto Nacional de Estatística

**OCDE** - Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Económico

## **Símbolos**

**%** - por cento

## Índice

INTRODUÇÃO.....	17
I. FASE CONCEPTUAL.....	20
1.1 O Tema em Estudo .....	20
1.2 Problema de Investigação .....	20
1.3 Questões de Investigação.....	22
1.4 Objetivos da Investigação.....	23
1.5 Revisão da Literatura .....	23
i.v.i Envelhecimento – O conceito.....	24
i.v.ii Envelhecimento à escala mundial .....	28
i.v.iii Envelhecimento ativo e qualidade de vida .....	30
II. METODOLOGIA.....	39
1. Desenho de Investigação.....	39
1.1 Tipo de Estudo .....	39
1.3 População, processo de amostragem e amostra .....	41
1.4 Definição de Variáveis.....	42
1.5 Instrumento de Colheita de Dados.....	43
1.6 Tratamento e Apresentação de Dados .....	45
III. FASE EMPÍRICA .....	48
1. Apresentação e Análise dos Resultados.....	48
1.1 Caracterização da Amostra e Apresentação de Dados.....	48
1.2. Discussão dos Resultados .....	69
IV. CONCLUSÃO.....	88
Referências Bibliográficas.....	93
ANEXOS .....	100
ANEXO I – Instrumento de Colheita de Dados – Questionário	

## Índice de Tabelas

Tabela 1 – Distribuição da amostra segundo a idade.....	48
Tabela 2 – Distribuição da amostra segundo o género.....	49
Tabela 3 – Distribuição da amostra segundo o grau de escolaridade.....	49
Tabela 4 – Distribuição da amostra segundo a profissão.....	50
Tabela 5 – Distribuição da amostra de acordo com o meio de proveniência.....	50
Tabela 6 – Distribuição da amostra segundo o estado civil.....	51
Tabela 7 – Distribuição da amostra segundo as ideias religiosas.....	51
Tabela 8 – Distribuição da amostra segundo o item <i>saúde</i> .....	52
Tabela 9 – Distribuição da amostra segundo o item <i>família</i> .....	53
Tabela 10 – Distribuição da amostra segundo o item <i>amigos</i> .....	53
Tabela 11 – Distribuição da amostra segundo o item <i>dinheiro</i> .....	54
Tabela 12 – Distribuição da amostra segundo o item <i>segurança no dia- a-dia</i> .....	54
Tabela 13 – Distribuição da amostra segundo o item <i>possibilidade de realizar exercício físico apoiado por monitores</i> .....	55
Tabela 14 – Distribuição da amostra segundo o item <i>ter cuidados de enfermagem ao domicílio</i> .....	55
Tabela 15 – Distribuição da amostra segundo o item <i>frequentar uma universidade</i> .....	56
Tabela 16 – Distribuição da amostra segundo o item <i>viver num lar</i> .....	56

Tabela 17 – Distribuição da amostra segundo o item <i>viver na sua própria casa</i> .....	57
Tabela 18 – Distribuição da amostra segundo o item <i>ter um(a) companheiro(a)</i> .....	57
Tabela 19 – Distribuição da amostra segundo o item <i>ter acesso livre a transportes públicos para sua própria deslocação</i> .....	58
Tabela 20 – Distribuição da amostra segundo o item <i>existirem espaços de diversão noturna para idosos</i> .....	58
Tabela 21 – Distribuição da amostra segundo o item <i>existirem espaços de ocupação dos tempos livres</i> .....	59
Tabela 22 – Distribuição da amostra segundo o item <i>ter satisfação a nível sexual</i> .....	59
Tabela 23 – Distribuição da amostra segundo o item <i>ter autonomia e independência para realizar as atividades de vida diárias</i> .....	60
Tabela 24 – Correlação entre a única variável dependente significativa “ <i>Ter satisfação a nível sexual</i> ” e a variável independente “ <i>Género</i> ” aplicando o teste não paramétrico Mann-Whitney U.....	61
Tabela 25 – Correlação entre as variáveis dependentes significativas: “ <i>Família</i> ”, “ <i>Frequentar uma universidade</i> ”, “ <i>Viver na sua própria casa</i> ” e “ <i>Ter um(a) companheiro(a)</i> ” e a variável independente “ <i>Escolaridade</i> ” aplicando o teste não paramétrico Kruskal-Wallis H.....	62
Tabela 26 – Correlação entre as variáveis dependentes significativas: “ <i>Existirem espaços de ocupação de tempos livres</i> ”, “ <i>Ter satisfação a nível sexual</i> ” e a variável independente “ <i>Profissão</i> ” aplicando o teste não paramétrico Kruskal-Wallis H.....	63

Tabela 27 – Correlação entre as variáveis dependentes significativas: “Família” e “Ter um(a) companheiro(a)” e a variável independente “Meio de proveniência” aplicando o teste não paramétrico Mann- Whitney U.....	64
Tabela 28 – Correlação entre as variáveis dependentes significativas: “Família”, “Segurança no dia-a-dia” e “Ter um(a) companheiro(a)” e a variável independente “Estado civil” aplicando o teste não paramétrico Kruskal-Wallis H.....	65
Tabela 29 – Correlação entre as variáveis dependentes significativas: “Viver na sua própria casa” e “Ter um(a) companheiro(a)” e a variável independente “Religiosidade” aplicando o teste não paramétrico Kruskal-Wallis H.....	66
Tabela 30 - Análise de conteúdo das respostas à questão “três outros aspectos importantes para a sua qualidade de vida quando for idoso”.....	68

## INTRODUÇÃO

No âmbito do Mestrado em Enfermagem, área de Geriatria e Gerontologia, da Universidade Fernando Pessoa, insere-se a realização de uma Tese de Mestrado, a qual constitui a última etapa deste percurso, uma vez que o nível de formação académico se tem vindo a traduzir no desenvolvimento de uma prática profissional cada vez mais complexa, diferenciada e exigente.

E para que uma disciplina académica seja considerada como tal, torna-se fundamental a construção de uma sólida base de saberes, cuja existência só é complementada através da investigação.

Para Fortin (2003), a investigação científica é um processo sistemático que permite examinar fenómenos com vista a obter respostas para questões precisas que merecem uma investigação.

Como objetivos académicos, para além de servir como um momento de avaliação no decurso de toda esta etapa académica, deseja-se também aprofundar conhecimentos na área da enfermagem geriátrica e gerontológica e na área da investigação, sendo capaz de aplicar a metodologia científica.

A opção por esta investigação justificou-se, desde logo, pelo envelhecimento demográfico que se verifica nos países desenvolvidos e em vias de desenvolvimento, nomeadamente em Portugal e, dado que, os artigos publicados a que se teve acesso se referem à perceção do idoso sobre a sua qualidade de vida e nunca à perceção que o adulto tem sobre o que será para si ter qualidade de vida na velhice. Neste sentido, considerou-se interessante aprofundar o estudo.

Desta preocupação surgiu um problema que coordenou assim como questão de partida para este estudo e que foi o seguinte: *“O que pensa o adulto sobre o que será para si ter qualidade de vida quando chegar à velhice?”*.

Este estudo teve na sua base os seguintes objetivos de investigação: em relação aos fatores de qualidade de vida saúde, família, amigos, dinheiro, segurança no dia-a-dia, possibilidade de realizar exercício físico apoiado por monitores, ter cuidados de enfermagem ao domicílio, frequentar uma universidade, viver num lar, viver na sua própria casa, ter um(a) companheiro(a), ter acesso livre a transportes públicos para sua própria deslocação, existirem espaços de diversão noturna para idosos, existirem espaços de ocupação dos tempos livres, ter satisfação a nível sexual, ter autonomia e independência para realizar as suas atividades de vida diárias), saber a) a importância que o adulto lhes atribui para a sua qualidade de vida quando estiver na velhice, b) se a idade atual dos adultos influencia a importância que atribui aos fatores de qualidade de vida quando estiver na velhice, c) se o género dos adultos influencia a importância que atribui aos fatores de qualidade de vida quando estiver na velhice, d) se o grau de escolaridade dos adultos influencia a importância que atribui aos fatores de qualidade de vida quando estiver na velhice, e) se a profissão/atividade dos adultos influencia a importância que atribui aos fatores de qualidade de vida quando estiver na velhice, f) se o meio onde o adulto viveu a maioria dos seus anos de vida, influencia a importância que atribui aos fatores de qualidade de vida quando estiver na velhice, g) se as ideias religiosas dos adultos influenciam a importância que o adulto atribui aos fatores de qualidade de vida quando estiver na velhice e h) se existem outros fatores aos quais o adulto atribua importância para a sua qualidade de vida quando estiver na velhice.

A investigação desenvolvida enquadrou-se num tipo de estudo exploratório, quantitativo, transversal e que comporta uma vertente descritiva-correlacional (tendo sido, contudo, incluída uma questão aberta no instrumento de colheita de dados), realizado em meio natural. O processo de amostragem é não probabilístico e acidental. A população foi constituída por indivíduos com idades compreendidas entre os 41 e os 64 anos de idade e a amostra por sessenta indivíduos, que foram os que se disponibilizaram para participar no estudo no período definido para a recolha de dados que decorreu entre o dia 11 a 15 de Junho de 2013, nos locais de Bustelo – Águeda, São Mamede Infesta e Barcelos. O instrumento de colheita de dados utilizado neste trabalho de investigação é o questionário.

Os principais resultados obtidos apontam para a importância dos fatores integrantes de qualidade de vida na velhice mencionados imediatamente acima. Quando relacionadas as variáveis independentes com as variáveis dependentes observou-se que não existe relação entre a idade dos adultos e as variáveis dependentes, mas que há relação estatisticamente significativa entre i) o gênero e a variável dependente “*Ter satisfação a nível sexual*”, ii) a escolaridade e a “*Família*”, “*Frequentar uma universidade*”, “*Viver na sua própria casa*” e “*Ter um(a) companheiro(a)*”, iii) a profissão e “*Existirem espaços de ocupação de tempos livres*” e “*Ter satisfação a nível sexual*”, iv) o meio de proveniência e a “*Família*” e “*Ter um(a) companheiro(a)*”, v) o estado civil e “*Família*”, “*Segurança no dia-a-dia*” e “*Ter um(a) companheiro(a)*” e vi) religiosidade e “*Viver na sua própria casa*” e “*Ter um(s) companheiro(a)*”, sendo que são os indivíduos crentes praticantes os que dão mais importância a “*Viver na sua própria casa*” e “*Ter um(s) companheiro(a)*”.

Além disso, os adultos salientaram aspetos definidores de qualidade de vida, relacionados com “*Saúde/Segurança na doença*”, “*Acessibilidade/ mobilidade*”, “*Condições habitacionais*”, “*Valores intergeracionais*”, “*Economia e finanças*”, “*Independência/ Segurança*” e “*Família*”.

## **I. FASE CONCEPTUAL**

“...é verdadeiramente uma fase crucial, visto que a análise de uma situação problemática necessita de uma questão de investigação bem depurada” (Fortin, 2003, p. 39).

### **1. O Tema em estudo**

“Domínio delimitado do saber, no interior do qual será formulado um problema de investigação” (Fortin, 2003, p. 375).

Desta forma, o tema deste estudo é o seguinte: *O que pensa o adulto sobre o que será para si ter qualidade de vida quando chegar à velhice.*

### **2. Problema de Investigação**

“Enunciado formal do objetivo de uma investigação tomando a forma de uma afirmação que implica a possibilidade de uma investigação empírica que permite encontrar uma resposta” (Fortin, 2003, p. 374).

Um problema de investigação é, por isso, uma situação que necessita de uma solução, de um melhoramento ou de uma modificação (Adebo, 1974, *cit. in* Fortin, 2000), ou ainda, é um desvio entre a situação atual e a situação tal como deveria ser (Diers, 1979, *cit. in* Fortin, 2000). O problema apresenta o domínio, explica a sua importância, condensa os dados fatuais e as teorias existentes nesse domínio e justifica a escolha do estudo (*Ibid.*).

O envelhecimento demográfico que se verifica nos países desenvolvidos e em vias de desenvolvimento é uma realidade que todos têm de reconhecer e encarar. Efetivamente em Portugal, a situação não é muito diferente daquela que se verifica nos restantes países desenvolvidos e, embora o envelhecimento populacional tenha acontecido mais tardiamente, a sua evolução foi mais rápida. As previsões apontam para que Portugal, em 2050, seja o quarto país com maior percentagem de idosos a nível da União Europeia (Eurostat, 1991; Instituto Nacional de Estatística, 2003).

Segundo Paúl (1992), o aumento da esperança de vida que se tem vindo a verificar nem sempre é acompanhado por um aumento da qualidade da mesma, muito pelo contrário, tende mesmo a degradar-se com o processo de envelhecer, quer do ponto de vista sócio-económico, quer do ponto de vista psicológico. Com o envelhecimento, os idosos perdem autonomia, têm menos possibilidade de obter emprego e são rejeitados pela sociedade (exclusão social).

Os desafios face a esta realidade são muitos e exigem de todos um novo olhar devido ao seu impacto a nível social. Sendo a meta de todas as sociedades procurar prolongar a vida dos seus cidadãos, não seria coerente que não se procure também que a estes não estivesse associada a melhoria da sua qualidade de vida.

A escolha do tema “*O que pensa o adulto sobre o que será para si ter qualidade de vida quando chegar à velhice*”, prende-se precisamente com todos os factos descritos anteriormente e também, uma vez que, os artigos publicados a que se teve acesso se referem à perceção do idoso sobre a sua qualidade de vida e nunca à perceção que o adulto tem sobre o que será para si ter qualidade de vida na velhice.

É certo que, enquanto se enquadram na idade adulta, as pessoas fazem planos delineando assim um caminho na vida, planos esses que se concretizarão a curto e a longo prazo. Mas muitas vezes, todos esses planos não passam de meros sonhos, pedaços de um caminho que se desvanece das mãos sem se concretizarem.

No entanto, o ser humano é dotado de uma imaginação incrivelmente poderosa que lhe permite não desistir e, em vez disso, criar novos sonhos, perspetivando o futuro.

Pare-se um pouco e use-se algum do tempo para idealizar um futuro quando se atingir a velhice. Qual é a perspetiva nesse sentido, dada, por exemplo, a conjuntura atual do país, a todos os níveis (sejam eles económicos, sociais, relacionais, físicos, psicológicos, pessoais, etc.)?

### 3. Questões de Investigação

A questão de investigação é: “ Um enunciado interrogativo, escrito no presente que inclui habitualmente uma ou duas variáveis e a população a estudar” (Fortin, 2003, p. 101).

Surge a questão de partida para esta investigação: “O que pensa o adulto sobre o que será para si ter qualidade de vida quando chegar à velhice?”.

No entanto, emergem ainda outras questões subjacentes a esta, às quais se pretende dar resposta ao longo deste estudo e que são as seguintes: em relação aos fatores de qualidade de vida saúde, família, amigos, dinheiro, segurança no dia-a-dia, possibilidade de realizar exercício físico apoiado por monitores, ter cuidados de enfermagem ao domicílio, frequentar uma universidade, viver num lar, viver na sua própria casa, ter um(a) companheiro(a), ter acesso livre a transportes públicos para sua própria deslocação, existirem espaços de diversão noturna para idosos, existirem espaços de ocupação dos tempos livres, ter satisfação a nível sexual, ter autonomia e independência para realizar as suas atividades de vida diárias), saber a) qual a importância que o adulto lhes atribui para a sua qualidade de vida quando estiver na velhice?, se b) a idade atual dos adultos influencia a importância que atribui aos fatores de qualidade de vida quando estiver na velhice?, c) o género dos adultos influencia a importância que atribui aos fatores de qualidade de vida quando estiver na velhice?, d) o grau de escolaridade dos adultos influencia a importância que atribui aos fatores de qualidade de vida quando estiver na velhice?, e) a profissão/atividade dos adultos influencia a importância que atribui aos fatores de qualidade de vida quando estiver na velhice?, f) o meio onde o adulto viveu a maioria dos seus anos de vida, influencia a importância que atribui aos fatores de qualidade de vida quando estiver na velhice?, g) as ideias religiosas dos adultos influenciam a importância que o adulto atribui aos fatores de qualidade de vida quando estiver na velhice? e, h) existem outros fatores aos quais o adulto atribua importância para a sua qualidade de vida quando estiver na velhice?.

#### **4. Objetivos da Investigação**

Segundo Fortin (2003, p. 100), o objetivo da investigação é um enunciado declarativo que orienta a investigação segundo o nível dos conhecimentos estabelecidos no domínio da questão de investigação.

Este estudo teve na sua base os seguintes objetivos de investigação: em relação aos fatores de qualidade de vida saúde, família, amigos, dinheiro, segurança no dia-a-dia, possibilidade de realizar exercício físico apoiado por monitores, ter cuidados de enfermagem ao domicílio, frequentar uma universidade, viver num lar, viver na sua própria casa, ter um(a) companheiro(a), ter acesso livre a transportes públicos para sua própria deslocação, existirem espaços de diversão noturna para idosos, existirem espaços de ocupação dos tempos livres, ter satisfação a nível sexual, ter autonomia e independência para realizar as suas atividades de vida diárias), saber a) a importância que o adulto lhes atribui para a sua qualidade de vida quando estiver na velhice, b) se a idade atual dos adultos influencia a importância que atribui aos fatores de qualidade de vida quando estiver na velhice, c) se o género dos adultos influencia a importância que atribui aos fatores de qualidade de vida quando estiver na velhice, d) se o grau de escolaridade dos adultos influencia a importância que atribui aos fatores de qualidade de vida quando estiver na velhice, e) se a profissão/atividade dos adultos influencia a importância que atribui aos fatores de qualidade de vida quando estiver na velhice, f) se o meio onde o adulto viveu a maioria dos seus anos de vida, influencia a importância que atribui aos fatores de qualidade de vida quando estiver na velhice, g) se as ideias religiosas dos adultos influenciam a importância que o adulto atribui aos fatores de qualidade de vida quando estiver na velhice e h) se existem outros fatores aos quais o adulto atribua importância para a sua qualidade de vida quando estiver na velhice.

#### **5. Revisão da Literatura**

Para Fortin (1999, p.74):

“A revisão da literatura é um processo que consiste em fazer o inventário e o exame crítico do conjunto de publicações pertinentes sobre um domínio de investigação. No decurso desta revisão, o investigador aprecia, em cada um dos documentos examinados, os conceitos em estudo, as relações teóricas estabelecidas, os métodos utilizados e os resultados obtidos. A síntese e o resumo destes documentos fornecem ao investigador a matéria essencial à conceptualização da investigação.”

É, pois, um processo no qual o investigador elabora uma consulta crítica e reflexiva, de todo um conjunto de publicações pertinentes sobre um mesmo tema, em que o resumo desses documentos fornecem material essencial à conceptualização da investigação (Fortin, 2003).

Outro aspecto que torna a fundamentação teórica fundamental para o investigador é o facto desta se impor “ (...) em todo o processo de investigação, pois (...) deve também recorrer a ela aquando da interpretação dos resultados”, como refere Fortin (2003).

No exercício de seleção das áreas de interesse para a compreensão do problema em estudo, recorreu-se à pesquisa da literatura existente sobre a temática. Assim, expõe-se nesta parte do trabalho de forma estruturada, a apresentação formal da literatura científica relevante, colhida no âmbito da nossa pesquisa, sobre *O que pensa o adulto sobre o que será para si ter qualidade de vida quando chegar à velhice*.

### **5.1. Envelhecimento – O conceito**

Segundo o autor Costa (1999, p.43), “(...) envelhecer é um processo de diminuição orgânica e funcional não decorrente de acidente ou doença e que acontece, inevitavelmente, com o passar do tempo.”

Para Santos, *et al.* (2002):

“Um processo complexo cujo funcionamento não se conhece em pormenor, sendo justificado por diversas teorias e não menos pontos de vista, a maioria deles procedentes de aspetos particulares da velhice carecendo ainda de funcionamento lógico.”

Já para Netto, *et al.* (2001) o envelhecimento é:

“Um processo dinâmico e progressivo, no qual há modificações morfológicas, funcionais, bioquímicas e psicológicas que determinam perda da capacidade de adaptação do indivíduo ao meio ambiente, ocasionando maior vulnerabilidade e maior incidência de processos patológicos que terminam por levá-lo à morte.”

Para Giddens (1997), o processo de envelhecimento está associado a alterações relacionadas com a aparência e com as capacidades físicas e não tanto com a idade cronológica.

Na atualidade, o processo de envelhecer corresponde a uma transformação bio-psico-social, retirando prestígio aos indivíduos. O estereótipo social que é atribuído ao idoso tem uma compreensão crucial. Neste processo de vida existe interferências de vários fatores, como por exemplo: a deterioração progressiva das funções físicas e mentais, o declínio progressivo das faculdades e a transformação do meio familiar e da vida profissional que exercem influência no comportamento dos indivíduos (Tomaz, *et al.*, 2002, p. 26, 35).

Blanco (2006, p.1) confirma que é “uma diminuição progressiva da capacidade de reserva e na deterioração dos mecanismos de controlo que regulam a atividade funcional”.

De acordo com a classificação internacional para a prática de enfermagem (Conselho Internacional de Enfermeiros, CIPE, 2003), envelhecimento é um:

“Desenvolvimento humano com características específicas: Processo do desenvolvimento físico, normal e progressivo, durante a transição da idade adulta para a velhice; de acordo com a idade aproximada de estádios de desenvolvimento, é acompanhada pelo declínio dos processos corporais devido à diminuição da capacidade para regenerar as células, levando à perda de massa e coordenação musculares e de competências psicomotoras: perda de pêlos e pele fina e enrugada.”

Para Schroots e Birren (1980), o envelhecimento tem três componentes: a) o processo de envelhecimento biológico que resulta da vulnerabilidade crescente e de uma maior

probabilidade de morrer, a que se chama senescência, b) um envelhecimento social relativo aos papéis sociais, apropriado às expectativas da sociedade para este nível etário e c) o envelhecimento psicológico, definido pela autorregulação do indivíduo no campo de forças, pelo tomar decisões e opções, adaptando-se ao processo de senescência e envelhecimento.

O crescimento e o envelhecimento nunca são o produto exclusivo de um único conjunto de determinantes, mas a consequência da nossa base filogenética, a nossa hereditariedade única, o meio físico e social no qual estas predisposições genéticas se exprimem e, no caso do homem, ainda o efeito do pensamento e escolha (Birren e Cunningham, 1985).

De acordo com os autores acima referidos, envelhecer é o processo segundo o qual um organismo biológico, tal como o corpo humano, existe no tempo e muda fisicamente.

Deste processo, da senescência, resulta um aumento da vulnerabilidade e a probabilidade da morte (*cit. in Costa, 2002, p.37*). Trata-se, no dizer de Lessa (1982, *cit. in Costa, 2002, p.37*), de um processo comum a todos os seres vivos e que evoca um desenvolvimento contínuo, embora mais marcado durante as últimas fases da vida, culminando com a morte.

A outro nível, mas em ocorrência simultânea com o processo biológico, envelhecer é um processo experimental subjetivo, que pode definir-se como a autorregulação exercida através de decisões e escolhas para adaptação ao processo de senescência. São interrelacionáveis (Costa, 2002, p.37).

Uma terceira dimensão – a social – integra ainda o debate: qualquer experiência é modelada pela situação social em que as pessoas se encontram (*Ibid.*).

A velhice fará, pois, parte do destino biológico do homem. Embora não exista ainda uma fase fisiológica, psicológica ou social que permita marcar o seu início, o envelhecimento traduz-se por uma diminuição das capacidades de adaptação ao meio e

às agressões da vida. Nos seres humanos, segundo determinadas correntes, as diferenças do envelhecimento são, em parte, geneticamente determinadas, mas substancialmente influenciadas pela nutrição, estilos de vida e ambiente (*Ibid.*).

De acordo com o autor mencionado anteriormente, a idade não é o único fator que explica as dificuldades da pessoa que envelhece.

Paillat (1986, *cit. in* Costa, 2002, p.37) refere que não se pode continuar a considerar a velhice como um grupo homogéneo, dado que tal afirmação não tem qualquer significado nem científico, nem sociológico. Envelhecer é um processo dinâmico, habitualmente lento e progressivo, mas individual e variável, o que poderá justificar a tendência para denominar os idosos como “grupo heterogéneo”.

O envelhecimento como processo vivencial, interliga-se com a noção de pessoa “como categoria de pensamento produzida em todas as sociedades e que traduz um modelo de relações entre os membros dessa sociedade e, simultaneamente, a relação destes com o contexto social em que se inscrevem” (Lima e Vegas, 1988, p.150, *cit. in* Costa, 2002, p.37).

Envelhecer pode, por isso, ser simplesmente tornar-se velho ou tornar-se idoso, mostrar os sinais da passagem dos anos. A dinâmica subjacente a esta definição está no movimento de um estadió prévio para outro posterior e pode ser analisada em diferentes perspetivas (Costa, 2002, p.38).

Na perspetiva de Robert (1994), as mudanças que ocorrem durante o processo de envelhecimento são sentidas de modo particular por cada um. As adaptações podem acontecer de forma adequada, saudável ou patológica. Tudo depende da história anterior, da saúde física, do bem-estar, da situação socioeconómica e da vivência atual das modificações, das perdas e dos medos, ou seja, das alterações que o idoso sente ao nível físico, psíquico, cognitivo e relacional.

Em suma e citando Moniz (2003, p.50),

“O envelhecimento é um processo no qual intervêm várias componentes, (...) e não segue uma evolução linear para todas as pessoas. É um processo influenciado pelo contexto social e cultural em que a pessoa se insere e é vivido de forma variável por cada pessoa.”

## **5.2. Envelhecimento à escala mundial**

São inequívocos os dados reveladores de que a população mundial está a envelhecer. No entanto, este processo não se desenrola em todos os países do mundo da mesma forma, atingindo valores percentuais mais dramáticos nos chamados países desenvolvidos, apesar da existência de um maior número de idosos nos países em vias e desenvolvimento. As causas deste envelhecimento são consensuais entre os especialistas e instituições que se debruçam sobre estas temáticas e assentam sobretudo em três fatores: diminuição da fecundidade, evolução tecnológica com o conseqüente aumento a nível da esperança de vida e saldos migratórios (Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Económico (OCDE), 1998; Department of Economic and Social Affairs Population Division, 2001; Patrício & Carrilho, 2002; Nazareth, 1988).

Em Portugal, à semelhança de outros países na Europa, houve um aumento considerável da população idosa. Este facto deve-se principalmente à diminuição da taxa da natalidade nas últimas décadas, bem como ao aumento da esperança média de vida e ao aumento migratório da população. O número de idosos varia de região para região de modo desigual no país, existem zonas de grande assimetria a nível socioeconómico, sendo desta forma, a zona interior muito envelhecida e a zona litoral a menos envelhecida (Costa, *et al.*, 1999).

De acordo com o INE (2007), o envelhecimento demográfico não só se irá manter como ainda se irá agravar mesmo que exista uma alteração nas condições socioeconómicas. A percentagem relativa de homens e mulheres idosos será bastante significativa, isto estará intimamente relacionado com o baixo rendimento económico recebido pela população feminina idosa que, ao longo da vida, não teve as mesmas oportunidades no mundo do trabalho.

O fenómeno do duplo envelhecimento da população, caracterizado pelo aumento da população idosa e pela redução da população jovem, continua bem vincado nos resultados dos CENSOS 2011. Há 30 anos, em 1981, cerca de ¼ da população pertencia ao grupo etário mais jovem (0-14 anos), e apenas 11,4% estava incluída no grupo etário dos mais idosos (com 65 ou mais anos). Em 2011, Portugal apresenta cerca de 15% da população no grupo etário mais jovem (0-14 anos) e cerca de 19% da população tem 65 ou mais anos de idade.

Segundo dados recentes dos CENSOS (2011, p.11), entre 2001 e 2011 verificou-se uma redução da população jovem (0-14 anos de idade) e da população jovem em idade ativa (15-24 anos) de, respetivamente 5,1% e 22,5%. Em contrapartida, aumentou a população idosa (com 65 anos ou mais), cerca de 19,4%, bem como o grupo da população situada entre os 25-64 anos, que cresceu 5,3%.

O envelhecimento considera-se problemático uma vez que:

“(…) se desenvolve num contexto desfavorável em que, associado à diminuição da taxa de natalidade, à crescente instabilidade nos laços familiares, à indisponibilidade da família em dar um apoio efetivo aos seus idosos, à crise dos sistemas de proteção social, à crescente despersonalização das relações sociais, agravam as condições de vida das pessoas mais velhas, excluem-se dos setores produtivos da sociedade, remetendo-os para uma posição desfavorável na sociedade” (Pimentel, *cit. in* Moniz, 2003, p.141).

A realidade numérica que os idosos representam no conjunto da sociedade, e os meios e os recursos que são mobilizados, com a finalidade de proporcionarem o conjunto das condições adequadas a uma sociedade que respeita a vida como valor, impõe que se estudem formas e estratégias para melhorarem a qualidade de vida dos que envelhecem (Costa, 2002, p.35).

O Programa de Desenvolvimento das Nações Unidas (1990, p.10, *cit. in* Costa, 2002, p.27) define o seguinte:

O que pensa o adulto sobre o que será para si ter qualidade de vida quando chegar à velhice

“O desenvolvimento humano é um processo contínuo que leva à ampliação das possibilidades oferecidas a cada indivíduo (...) seja qual for o estudo de desenvolvimento (...) implica que se concretizem três condições essenciais: aumento da esperança de vida em boas condições de saúde; aquisição de saberes; e ter acesso aos recursos necessários para ter um nível de vida aceitável”.

De acordo com Benner (2005, *cit. in* Costa, 2002, p.27-8), a vulnerabilidade e dependência dos idosos determinam estratégias de intervenção profissional marcadas pela singularidade que, ora se centram na monotonia e na repetição dos atos suscetíveis de resolver a situação ocasional, ora escondem saberes que, por insuficientes observações sistemáticas, não têm sido explicitados, não se esclarecendo, assim, a dimensão formativa incluída na prática quotidiana dos cuidados, nem o papel desempenhado por outros atores operantes nos cuidados aos idosos, como contributo interativo e substantivo para a formação e saber geriátrico.

### **5.3. Envelhecimento ativo e qualidade de vida**

O processo de envelhecimento é diretamente proporcional ao aumento da longevidade. Uma vez que a esperança média de vida do homem tem vindo a aumentar progressivamente, o conceito de idoso tem também evoluído (Almeida, 2006).

Segundo o INE (2002), *“entende-se por pessoa idosa aquela com idade igual ou superior a 65 anos.”*

De acordo com Almeida (2008, *cit. in* Ferreira, 2011), alguns gerontólogos referem que, tendo em conta exclusivamente o fator idade, os idosos podem ser subdivididos nos seguintes três grandes agrupamentos: “Velho jovem” dos 65 aos 74 anos de idade; “Velho médio” dos 75 aos 84 anos de idade; “Velhos-velhos”- 85 anos de idade e mais.

De acordo com o mesmo fator (idade), outra agrupação será: “Idoso jovem” com idades entre os 65 e os 75 anos de idade; “Idoso” com idades entre os 75 anos 85 anos; “Idoso-idoso” com idades entre os 85 e os 100 anos, e “Idoso de elite” a partir dos 100 anos, segundo o autor Eliopoulus (2005, p.31).

No entanto, segundo Fernandes (2000, *cit. in* Moniz, 2003, p.49), “a idade é apenas um marcador da passagem do tempo e, enquanto variável explicativa do processo de envelhecimento (idade cronológica) não produz, em si mudanças (...)”.

As definições de envelhecimento e de idoso continuarão a evoluir com o conhecimento. Mas o que será sempre verdade é que a sua utilização implica relações com o tempo. “Envelhecer refere-se a mudanças regulares, que ocorrem em organismos geneticamente maduros, que vivem em condições ambientais específicas, à medida que a idade cronológica avança” (Birrer e Renner, 1985, p.4, *cit. in* Costa, 2002, p.38). Muitas alterações da idade são relativamente benignas, permitindo que a pessoa continue a funcionar, mantendo o seu lugar na sociedade. A idade cronológica é, frequentemente, avaliada por alterações na aparência e na capacidade de realização das atividades da vida quotidiana (Costa, 2002, p.38).

Segundo o autor acima referido, embora se envelheça cada vez mais tarde e grande número de idosos conserve durante muitos anos razoável estado de saúde e de vitalidade, os indivíduos deste grupo etário são, pela diminuição física, psíquica e social, mais vulneráveis à doença e à morte. Embora o envelhecimento individual seja um fenómeno normal, natural, é urgente fazer a combinação Envelhecimento – Saúde, conscientes de que o indivíduo é demasiado complexo para ser reduzido a um quadro de indicadores de saúde. Na verdade, à medida que a idade avança, a somatização aumenta, pondo por vezes, em causa o valor de um tratamento estritamente médico ou medicamentoso. A gerontologia tem do homem e do envelhecimento uma visão multidisciplinar; a passagem de uma visão multidisciplinar a uma abordagem interdisciplinar seria um benefício acrescido, não tanto por uma questão de método, mas por uma questão de estado de espírito, nomeadamente nas equipas de saúde (Costa, 2002, p.38).

A sua menor resistência aos fatores agressores de qualquer natureza, a sua reduzida capacidade de adaptação, a maior lentidão e dificuldade de reposição do equilíbrio alterado, a maior morbidade e mortalidade por causas fisiológicas são determinantes de um padrão próprio de doença na pessoa idosa. Este caracteriza-se fundamentalmente

pela patologia múltipla, complicações frequentes e graves, apresentação e expressão frustes ou atípicas, estreita relação com componentes sociais, cronicidade, incurabilidade e elevada mortalidade (*Ibid.*).

Segundo Lima-Costa e Veras, num estudo realizado Uberlândia, o aumento da longevidade é um novo desafio às sociedades, aos pesquisadores, aos gestores de saúde e à própria população que envelhece de todo o mundo. Viver mais é importante desde que se consiga agregar qualidade e significado aos anos adicionais de vida (*cit. in Silva, et al., 2006*).

“A promoção do envelhecimento ativo é um dos princípios estratégicos promovidos pela OMS para uma perspetiva de desenvolvimento social. Prevenir e minimizar o impacto das causas das principais doenças relacionadas com os estilos de vida é a grande prioridade para a intervenção da promoção da saúde. Tal exige que se consagre uma atenção particular a fatores como o consumo de álcool e tabaco, a dieta e a obesidade, a atividade física, o stress, bem como fatores de natureza socioeconómica como a violência nas múltiplas dimensões e tipologias, incluído a violência doméstica.” (Pinto, 2006, *cit. in Páscoa, 2008*).

A OMS define envelhecimento ativo como um processo de otimização de oportunidades para a saúde, a participação e a segurança, de modo a melhorar a qualidade de vida do idoso. Dessa forma, as pessoas poderiam dispor dos seus potenciais de bem-estar físico, social e mental durante o curso da vida e participarem da sociedade de acordo com as suas necessidades, vontades e capacidades (Organização Mundial de Saúde, 2002).

Sendo assim, “o envelhecimento ativo é considerado numa perspetiva de curso de vida, em que envelhecer não se inicia algures num ponto específico, como seria, por exemplo, a idade legal da reforma (de resto, volúvel em função das conjunturas económicas dos diferentes países em que está instituída), mas corresponde antes a um processo que se estende ao longo de toda a vida e em que a história individual se constrói progressivamente e se materializa em resultados profundamente heterogéneos e idiossincráticos. Cada momento, de todas as esferas de vida, contribui para uma adaptação mais ou menos favorável aos desafios do envelhecimento, num balanço de ganhos e perdas que se equilibram diferentemente em cada percurso individual” (Paúl, *et al., 2012*).

O modelo de envelhecimento ativo conforme preconizado pela OMS depende, assim, de uma diversidade de fatores designados de “determinantes”, os quais são de ordem pessoal (fatores biológicos, genéticos e psicológicos), comportamental (estilos de vida saudáveis e participação ativa no cuidado da própria saúde), económica (rendimentos, proteção social, oportunidades de trabalho digno), do meio físico (acessibilidade a serviços de transporte, moradias e vizinhança seguras e apropriadas, água limpa, ar puro e alimentos seguros), sociais (apoio social, educação e alfabetização, prevenção de violência e abuso), e ainda relativos aos serviços sociais e de saúde de que as pessoas beneficiam (orientados para a promoção da saúde e prevenção de doenças, acessíveis e de qualidade) (Paúl, *et al.*, 2012).

Segundo Almeida (2008), o envelhecimento ativo é o conjunto de atitudes e ações que se podem tomar no sentido de prevenir ou adiar as dificuldades que o envelhecimento inevitavelmente trás consigo. Este autor refere também que, durante muitos anos, a grande preocupação da investigação médica era a longevidade. O esforço dos cientistas organizava-se, e ainda se organiza, em torno do desejo de viver o maior número de anos possível. Hoje, para além da preocupação com a longevidade, há cada vez mais a preocupação com a qualidade de vida; e não se trata só da ausência de doenças físicas que causam mal-estar, mas sobretudo de qualidade de vida em termos de bem-estar psíquico. Refere ainda que se potencializa pelo envelhecimento ativo, o qual faculta uma idade avançada com qualidade, uma vez que o envelhecimento se inicia no momento em que se nasce.

O mesmo autor continua dizendo que, no envelhecimento, existem três aspetos que devemos ter em atenção: o biológico, intelectual e o emocional (*Ibid.*).

Senão vejamos: o envelhecimento **biológico** pode ser retardado, mas é inevitável. Se desde cedo se tiverem cuidados adequados e atenção aos sinais físicos, pode agir-se atempadamente no sentido de responder de forma eficaz aos desequilíbrios orgânicos, esperando ter uma velhice sem grandes complicações físicas; a nível **intelectual**, há a necessidade de estimular a mente com exercícios que sejam verdadeiros desafios para o próprio; a nível **emocional**, as motivações são importantes, pois sem uma motivação

adequada, as ações não acontecem de forma positiva. Qualquer um percebe a importância de ter cuidados com a alimentação, de praticar exercício físico, contudo, apenas alguns estão motivados para agir em conformidade com esse conhecimento (Almeida, 2008).

De um ponto de vista mais abrangente, a abordagem do envelhecimento ativo reconhece a importância dos direitos humanos das pessoas mais velhas e dos princípios de independência, participação, dignidade, assistência e autorrealização estabelecidos pela Organização das nações Unidas. Esta abordagem, emergindo de um posicionamento que enfatiza e apoia a responsabilidade das pessoas mais velhas no exercício da sua participação nos vários aspetos que caracterizam o seu dia-a-dia, requer ações ao nível de três pilares básicos estipulados pela OMS em 2005, que são: a saúde, a segurança e a participação social. Além destes, incluem-se nestas ações iniciativas de outros setores, como por exemplo, a habitação, o emprego, a educação, a solidariedade entre gerações ou o desenvolvimento rural e urbano (Paúl, *et al.*, 2012).

Assim, diz Berger & Poinier (1995, p.105):

“Um idoso deve manter-se ativo a fim de obter, na vida, a maior satisfação possível; manter a sua autoestima e conservar a sua saúde. A velhice bem-sucedida implica a descoberta de novos papéis na vida.”

O autor Pimentel (2004), defende que o conceito de qualidade de vida foi utilizado primeiramente por Aristóteles (384 aC e 322 aC) que escreveu:

“Quer a pessoa mais modesta ou mais refinada (...) entende vida boa ou estar bem como a mesma coisa que estar feliz. Mas o que é entendido como felicidade é discutível (...). Uns dizem uma coisa e a mesma pessoa diz coisas diferentes, quando está doente pensa, a saúde é felicidade, quando está pobre a felicidade é a riqueza” (*cit. in* Pimentel, 2004, p.13).

Assim, é possível dizer que para Aristóteles, a qualidade de vida estava diretamente relacionada com a arte de viver, ligada a sentimentos como a felicidade e a realização pessoal.

A DGS (2004) define qualidade de vida como:

“ (...) percepção individual da posição da vida, do sistema cultural e de valores em que as pessoas vivem e relacionada com os seus objetivos, expectativas, normas e preocupações. É um conceito subjetivo, que inclui de modo complexo a saúde física da pessoa, o seu estado psicológico, o nível de independência, as relações sociais, as crenças, convicções pessoais e a sua relação com os aspetos importantes do meio ambiente.”

Freitas, *et al.*, consideram que a qualidade de vida é: “(...) percepção do indivíduo acerca da sua posição na vida de acordo com o contexto cultural e sistema de valores com os quais convive em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações” (2002, p.81).

A qualidade de vida é um conceito de natureza abstrata, significa diferentes situações, ou seja, é multidimensional. O conceito de uma qualidade de vida razoável varia em função do tempo, assim, para Frisch (2002), este conceito refere-se a uma definição que inclui as ciências humanas e biológicas no sentido de valorizar parâmetros mais amplos do que o controlo de sintomas, diminuição da mortalidade e o aumento da expectativa de vida, associando-a a diversos referenciais teóricos que refletem conceitos como *satisfação com a vida, felicidade, existência com significado e bem-estar subjetivo*.

Harland (1972, *cit. in* Rodrigues, 2007) interpreta a qualidade de vida como o sinónimo de vida agradável, bem-estar social, de proteção e de progresso social, definindo-a como “a totalidade de bens, serviços, situações e estados que constituem a vida humana e que são necessários e desejados”.

A qualidade de vida advém da capacidade do indivíduo satisfazer as necessidades, tanto as inatas como as aprendidas, e uma qualidade de vida alta é alcançada quando isto acontece. Estas necessidades incluem aspetos do ambiente que podem ou não ser afetados pela saúde. Alguns aspetos amplamente valorizados pela espécie humana como ambiente seguro, habitação adequada, renda, direitos adquiridos, usualmente não são definidos como estatuto de saúde (Patrick, 2008).

Em termos muito simples, para Pacheco (2007, p.2), a qualidade de vida é um “conceito integrador do bem-estar em termos físicos, mentais e sociais percebidos por cada sujeito”.

Conforme Pais-Ribeiro (2009), existem dificuldades em apontar uma só definição de qualidade de vida pois é um conceito que ainda está a ser clarificado, aceite e integrado sobretudo na área da saúde.

Devido a esta dificuldade e à falta de consenso em relação à definição do termo qualidade de vida, a Organização Mundial de Saúde reuniu vários especialistas, tendo em vista a construção de uma definição do conceito que abrangesse todas as culturas, como afirmado por Fleck (2000, p.34).

Desta forma, após a reunião dos especialistas, a OMS apresentou a seguinte definição para a expressão *qualidade de vida*: “qualidade de vida consiste na percepção individual da posição pessoal na vida, no contexto da sua cultura e sistema de valores e em relação com os seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações” (Orley & WHOQOL Group, 1994, *cit. in* Fiedler, 2008, p.25).

Fernandes (1996) afirma que a qualidade de vida em gerontologia está relacionada com a forma que o indivíduo experiencia o seu envelhecimento e a sua velhice.

Segundo Veras e Camargo (*cit. in* Álvarez, *et al.*, 1998), para o idoso, a qualidade de vida subentende autonomia e independência para as suas atividades, sendo esta uma tarefa complexa que depende, unicamente, da conquista social.

A longevidade do ser humano tem vindo, como já referido, a aumentar sendo que, por um lado existe o desejo de viver cada vez mais, e por outro, o receio de viver dependente ou incapacitado. De facto, à medida que se envelhece, aumenta a probabilidade de doença e de prejuízos à funcionalidade física, psíquica e social. No entanto, se o indivíduo envelhecer com autonomia e independência, com boa saúde

física, desempenhando papéis sociais, permanecendo ativo e usufruindo de razão e significado pessoal, a qualidade de vida pode ser muito boa (Paschoal, 2002).

### **Sexualidade nos idosos *versus* qualidade de vida**

Uma dimensão importante da vida do indivíduo que, nesta perspetiva, condiciona o seu envelhecimento bem-sucedido e ativo, é a possibilidade de continuar a usufruir da sua sexualidade (Gomes, 2008, p.2).

É certo que o avanço da idade acarreta, forçosamente, modificações importantes que, naturalmente, afetarão a vida sexual (Neto, 2002). Diversas alterações do organismo humano irão influir no ciclo da resposta sexual (Gonçalves & Costa, 2004). Contudo, apesar de, até recentemente, se ter mantido uma convicção plena de que pelas cinquenta anos, perante a menopausa nas mulheres e a aparição progressiva da disfunção erétil nos homens, o declínio sexual seria obrigatório; e que, sem o objetivo da procriação, nesta fase, perdia toda a sua justificativa social (Vasconcellos *et al*, 2004), verifica-se que, depois dos sessenta e cinco anos, são numerosos aqueles que querem e que têm capacidades para desfrutar, ativa e satisfatoriamente, da sua sexualidade (Carvalheira, 2007).

Esta realidade deve-se ao facto de se ter criado um processo de envelhecimento que não tem a ver com as alterações biológicas (Gomes, 1987), mas com os papéis que a sociedade impõe ao ser humano, ao atingir uma certa idade (Confort, 1979, *cit. in* Gomes, 1987).

Apesar de estarmos a viver uma época sexualmente mais livre, existe ainda, frequentemente, um desconforto social na abordagem ao tema da sexualidade dos idosos (Gavião, 2000). Além disso existe, claramente, uma lacuna ao nível dos conhecimentos da população em geral, acerca das alterações da função sexual com o avançar da idade (Gomes, 2008, p.2). O conceito social que se promove é o de uma idade que priva o ser humano de viver uma sexualidade natural com prazer (Gomes, 2008, p.6).

Para desconcertar, é muito importante clarificar que a sexualidade não é só um mero e simples ato sexual, mas sim algo que implica também muita afetividade e que preenche e satisfaz inteiramente o ser humano (Gonçalves & Costa, 2004).

Assim, a vivência de uma sexualidade pode considerar-se um dos maiores desafios colocados aos idosos da nossa sociedade que não podem ser privados do direito de amar com liberdade e em segurança (Gomes, 2008, p.6).

Opondo-se às crenças que ainda vigoram na sociedade dos nossos dias, investigadores documentaram a continuidade do interesse pela atividade sexual por parte dos mais velhos. Segundo eles, as manifestações sexuais são muito diversificadas e com maior interesse pelo toque e outras formas de intimidade do que pelo intercurso sexual (Richardson, 2001).

## **II. METODOLOGIA**

A metodologia define-se como um conjunto de ações sistemáticas que vão desde o processo de amostragem, recolha de dados, até à sua análise, facilitando a orientação do investigador para os objetivos pretendidos. Desta forma, para Fortin (2003, p.372), a metodologia resume-se ao “ conjunto de métodos e atividades que guiam a elaboração do processo de investigação científica”.

### **1. Desenho de Investigação**

O desenho de investigação, para Fortin (2009, p. 214), é:

“ (...) um plano que permite responder às questões ou verificar hipóteses e que define um mecanismo de controlo, tendo por objetivo minimizar os riscos de erro.”

#### **1.1 Tipo de Estudo**

Uma investigação que procura conhecer uma dada realidade deve reger-se por um determinado método. Mais do que isso, ela deve ter a pretensão de que as conclusões dela emanadas sejam passíveis de transmitir uma realidade clara e objetiva, alicerçada em bases de cientificidade. Assim, mantenhamos presente que:

“...do processo de pesquisa científica fazem parte o conjunto de mecanismos teóricos, conceptuais, metodológicos e técnicos que desencadeiam a procura da resposta para a pergunta que foi formulada. Através da metodologia de pesquisa empírica a pergunta inicial começa a ser transformada em questões.” (Almeida, 1994, *cit. in* Fortin 2009).

A teoria assumiu, neste estudo, função de comando, uma vez que, a “(...) metodologia orienta o investigador de modo a que acione os métodos mais adequados a abordar a realidade social numa perspetiva crítica de controlo e investigação” (Almeida, 1995, *cit. in* Quivy e Campenhoudt, 2008). Assim, os procedimentos metodológicos exigiram,

desde o primeiro momento, uma capacidade de escolha fundamental para a prossecução dos diversos passos de pesquisa teórico-empírica, que melhor preenchessem os objetivos da investigação (*Ibid.*).

Este trabalho inseriu-se no paradigma quantitativo de interpretação da realidade em estudo, uma vez que, sem ser o interesse único, busca-se também a explicação para um comportamento social. Contudo, foi incluída uma questão aberta no instrumento de colheita de dados no sentido de permitir aos respondentes acrescentar aos itens que para eles operacionalizassem a qualidade de vida, mais alguns que considerassem importantes como sendo também definidores de qualidade de vida. A abordagem quantitativa pretende a quantificação das variáveis independentes. O motivo da escolha deve-se ao facto desta abordagem derivar de amostras relativamente grandes e se basear na observação de factos objetivos e de fenómenos que existem independentemente do investigador. Igualmente por se tratar de uma colheita de dados observáveis e quantificáveis. “Tem por finalidade contribuir para o desenvolvimento e validação dos conhecimentos e oferecer também a possibilidade de prever e controlar os acontecimentos” (Fortin, 2003, p.148).

O paradigma *quantitativo* tem como base epistemológica o positivismo e o funcionalismo. Quando este é utilizado, tem como objetivo fazer uma medição clara e objetiva dos eixos sociais, opiniões e atitudes individuais, através de uma análise empírica. A recolha de informação deve ser estruturada e sistemática e, a análise estatística em que se baseia, prevê a quantificação da realidade social, das relações causais e da sua intensidade. Podemos dizer que este paradigma corresponde à análise da dimensão estrutural da realidade social e os seus resultados “...devem buscar quantitativamente as leis gerais da conduta” (Cea D’Ancona, 1999, *cit. in* Quivy e Campenhoudt, 2008).

Desenvolveu-se, para tal, um estudo quantitativo descritivo-correlacional, porque se pretende generalizar os resultados de uma determinada população em estudo a partir de uma amostra, avaliando se existe ou não a relação entre as variáveis independentes e a variável dependente, não estabelecendo uma relação causa-efeito, através deste estudo é possível verificar a natureza (força e direção) das relações entre determinadas variáveis,

apoiando-se em trabalhos de investigação anteriores (Fortin, 1999); transversal, uma vez que é realizado num determinado momento do tempo e a realidade não é manipulada (Fortin, 2003) e, descritivo porque, “ (...) consiste em descrever simplesmente um fenómeno ou um conceito relativo a uma população, de maneira a estabelecer as características desta população ou de uma amostra desta” (Fortin, 2003, p.163).

O método de amostragem utilizado neste estudo foi a *Amostragem Não Probabilística*. Neste tipo de amostragem os elementos da população não gozam da mesma probabilidade de serem chamados a participar da amostra. Dentro da amostragem não probabilística utilizou-se o método da *Amostragem Acidental*. A Amostragem Acidental é constituída por sujeitos que são facilmente acessíveis e estão presentes num local determinado, num momento preciso. Os sujeitos são incluídos no estudo à medida que se apresentam e até a amostra atingir o tamanho desejado (Fortin, 2003, p.208).

## **1.2 Meio**

Para Fortin (2009, p. 217), o investigador necessita do meio onde vai decorrer o estudo e que justifique a sua escolha.

O meio é natural, uma vez que o estudo se desenvolveu num ambiente não controlado pelo investigador.

## **1.3 População, processo de amostragem e amostra**

Tendo presente que “(...) não basta saber que tipo de dados deverão ser recolhidos, é também preciso circunscrever o campo de análises empíricas no espaço, geográfico e social, e no tempo” (Quivy e Campenhoudt, 2008).

Segundo Fortin (2003, p.202) as definições de população e amostra são:

O que pensa o adulto sobre o que será para si ter qualidade de vida quando chegar à velhice

“A população compreende todos os elementos (pessoas, grupos, objetos) que partilham características comuns, as quais são definidas pelos critérios estabelecidos para o estudo (...) uma amostra é um subconjunto de uma população ou de um grupo de sujeitos que fazem parte da mesma população.”

A população foi constituída por indivíduos com idades compreendidas entre os 41 e os 64 anos de idade. Optou-se por esta operacionalização tendo em conta que os dados do INE apontam a idade adulta como entre os 25 e os 64 anos, e definindo-se então a metade superior desta classe. Tendo em consideração o processo de amostragem e o número de indivíduos que constituiu a amostra, ficou claro desde o início, que os dados a recolher diriam respeito exclusivamente aos indivíduos que participaram nos estudos, não sendo replicáveis para a população geral.

A amostragem é um procedimento que visa a escolha de elementos de uma população, para fazer parte da constituição da amostra. Segundo Fortin (2003, p.202), a amostragem é realizada de forma a “obter informações relacionadas com um fenómeno, e de tal forma que a população inteira que nos interessa esteja representada”.

O método de amostragem presente neste estudo é aleatório por conveniência ou acidental. Segundo Fortin (2003, p.208), “a amostra acidental é formada por sujeitos que são facilmente acessíveis e estão presentes num local determinado, num momento preciso (...)”.

A amostra ficou constituída por sessenta indivíduos, que foram os que se disponibilizaram para participar no estudo no período definido para a recolha de dados que decorreu entre o dia 11 a 15 de Junho de 2013, nos locais de Bustelo – Águeda, São Mamede Infesta e Barcelos.

#### **1.4 Definição de Variáveis**

“As variáveis são qualidades, propriedades ou características de objetos, de pessoas ou de situações que são estudadas numa investigação” (Fortin, 2003, p.36).

### Variável atributo:

Segundo Fortin (2003, p.37), “A escolha das variáveis atributo é determinada em função das necessidades do estudo”.

A variável atributo é a que se refere às características dos sujeitos num estudo. As variáveis atributo deste estudo foram a idade, o género, o grau de escolaridade, a profissão/atividade, o meio onde viveram (meio urbano ou meio rural), o estado civil e as suas ideias religiosas.

### Variáveis independentes:

Todas as variáveis de atributo atrás referidas foram também utilizadas como variáveis independentes (já que o investigador pretendeu verificar se alguma delas influenciava as variáveis dependentes).

### Variáveis dependentes:

As variáveis dependentes deste estudo foram: a saúde, família, amigos, dinheiro, segurança no dia-a-dia, possibilidade de realizar exercício físico apoiado por monitores, ter cuidados de enfermagem ao domicílio, ter um rendimento mensal garantido, frequentar uma universidade, viver num lar, viver na sua própria casa, ter um(a) companheiro(a), ter acesso livre a transportes públicos para sua própria deslocação, existirem espaços de diversão noturna para idosos, existirem espaços de ocupação dos tempos livres, ter satisfação a nível sexual, ter autonomia e independência para realizar as suas atividades de vida diárias.

## **1.5 Instrumento de Colheita de Dados**

Fortin (1999, p. 41) define o seguinte:

“A colheita de dados efetua-se segundo um plano pré-estabelecido. É a colheita sistemática de informações junto dos participantes, com a ajuda dos instrumentos de medida escolhidos. Nesta etapa, deve-se precisar a forma como se desenrola a colheita de dados, bem como as etapas preliminares que conduziram à obtenção das autorizações requeridas para efetuar o estudo no estabelecimento escolhido, se for caso disso.”

A mesma autora refere que, “a escolha do método de colheita de dados faz-se em função das variáveis e da sua operacionalização e depende igualmente da estratégia de análise estatística considerada” (Fortim, 1999, p. 239).

De acordo com o paradigma de investigação que norteia este estudo recorreremos ao método quantitativo de colheita de dados.

Assumiu-se como técnica principal o *Inquérito por Questionário* (Anexo 1). O inquérito por questionário tem a vantagem de recolher informação sobre todo um conjunto de comportamentos, permitindo realizar uma análise dos comportamentos, procurando conhecer a influência dos mesmos. Esta técnica possui determinadas desvantagens, tais como a superficialidade da informação obtida e a construção de perguntas fechadas pode conduzir a enviesamentos dos resultados bem como a uma desatualização da informação. É notório que de entre todas as técnicas de abordagem quantitativa, o inquérito por questionário é o modo mais adequado para realizar um diagnóstico sociográfico da população em estudo, assim como para caracterizar as suas opiniões sobre diversos assuntos.

Na construção do questionário, foram utilizados itens que exprimem a qualidade de vida expectável por parte dos indivíduos, de acordo com a pesquisa bibliográfica efetuada e resumida na parte deste trabalho correspondente a fase conceptual da investigação e, como avaliação dos mesmos, foi utilizada uma escala de *Likert*, adaptada, de importância (de “*Nada importante*” a “*Muito importante*”). A construção do inquérito foi feita tendo em conta os objetivos do trabalho, ou seja, dar resposta a estes de uma forma total e o mais completa possível).

Para Cunha (2007, p. 24):

“Uma escala tipo *Likert* é composta por um conjunto de frases (itens) em relação a cada uma das quais se pede ao sujeito que está a ser avaliado para manifestar o grau de concordância desde o *discordo totalmente* (nível 1), até ao *concordo totalmente* (nível 5, 7 ou 11). Mede-se a atitude do sujeito somando, ou calculando a média, do nível selecionado para cada item.”

No que diz respeito ao questionário deve-se, no entanto, referir que após se ter elaborado o instrumento em si, procedeu-se a uma fase de **pré-teste**. Nesta fase, e segundo Ghiglione e Matalon (1993), Richardson (1998) e Fortin (1999) (*cit. in* Quivy e Compenhoudt 2008), o instrumento de recolha de dados deve ser aplicado em sujeitos com as mesmas características da população alvo refletindo, portanto, a sua diversidade. O número de sujeitos deve variar, segundo os autores, entre dez e cinquenta, de forma a verificar a compreensão das questões colocadas. O pré-teste do questionário foi feito de forma a aperfeiçoar o questionário para que assim a sua administração e posterior análise fosse feita de uma forma mais simples. Este foi administrado a dez indivíduos. A sua administração foi útil para se aferir questões como a utilização de expressões, categorias de resposta, colocação de temas na estrutura do inquérito, duração da sua aplicação, entre outras. As conclusões obtidas com a aplicação do pré-teste apontaram para pequenos ajustes nas formulações das questões.

## **1.6 Tratamento e Apresentação de Dados**

A análise e tratamento estatístico dos dados recolhidos através das questões fechadas colocadas no Questionário, foi realizada com recurso ao software SPSS (*Statistical Package for Social Sciences*), um software concebido, essencialmente, para análises de cariz quantitativo, em ciências sociais, e que permite “...manipular rapidamente quantidades consideráveis de dados (...) e visualizar e estudar a ligação entre dezenas de variáveis ao mesmo tempo” (Quivy e Compenhoudt, 2008).

A apresentação dos dados está estruturada de acordo com a sustentação teórica desenvolvida nesta investigação.

Recorreu-se a uma forma de sistematização de informação, as tabelas.

Primeiramente traçou-se uma análise descritiva da população estudada, fazendo a caracterização dos resultados obtidos para cada uma das variáveis constantes do instrumento de recolha de dados. O recurso a gráficos e tabelas produzidos pelo software utilizado para análise – SPSS – revelaram-se uma eficaz forma de traçar um quadro global e conciso da amostra estudada.

Numa segunda fase, utilizaram-se algumas operações da estatística de inferência, ou seja, analisou-se os resultados do cruzamento de variáveis independentes com variáveis dependentes, procurando-se saber da existência ou não de relações estatisticamente significativas entre elas (testes de Mann-Whitney U e de Kruskal Wallis H).

## **2. Considerações éticas**

Segundo Fortin (1999, p.114) a ética é “ (...) o conjunto de permissões e de interdições que têm um enorme valor na vida dos indivíduos e nestes se inspiram para guiar a sua conduta”.

A ética constitui a avaliação crítica constituída pelos conjuntos de preconceitos e de leis. São estas que regem as ações e as atitudes (Fortin, 1999).

Portanto, considerando a ética, no seu sentido mais amplo, a ciência da moral e a arte de dirigir a conduta, é fundamental mencionar que esta está presente em todos os estudos de investigação, e que é importante ressaltar os direitos e as liberdades da pessoa. “Qualquer investigação efetuada junto de seres humanos levanta questões éticas e morais” (Fortin, 2000).

Assim, todos os participantes tiveram o direito de decidir livremente sobre a sua participação ou não na investigação. Nenhum meio foi utilizado para influenciar a sua decisão. Os dados colhidos terão apenas a finalidade proposta e não outra.

Pretendeu-se ser o menos invasivo possível, deixando ao critério dos participantes a extensão da informação a dar. O anonimato do sujeito e a confidencialidade dos dados foi assegurado.

Neste estudo, ao utilizarmos um questionário realizado de forma anónima como método de colheita de dados, os resultados serão apresentados de modo a que nenhum participante seja reconhecido.

Estes indivíduos têm direito, segundo os cinco princípios do código de ética da investigação para Fortin (1999): à **autodeterminação**, baseia-se no princípio ético do respeito pelas pessoas, segundo o qual, qualquer uma é capaz de decidir o seu próprio destino, desta forma, todos os sujeitos da amostra foram informados que o inquérito era facultativo, poderiam decidir livremente se queriam participar ou não na investigação; ao **anonimato** e à **confidencialidade**, os dados devem ser tratados de tal forma que nenhum dos respondentes, através da informação dada, seja reconhecido quer pelo investigador quer pelo leitor do relatório, o inquérito foi aplicado sem fazer referência a dados pessoais, os inquéritos não foram identificados, e os dados não foram divulgados sem autorização do participante; à **intimidade**, a pessoa apresenta liberdade de decidir sobre a informação que quer fornecer à investigação, neste estudo foi permitido ao interveniente decidir qual a informação íntima que pretendia revelar ao longo do inquérito; ao **tratamento justo e equitativo**, o indivíduo tem direito de ser informado sobre o fim e o objetivo da investigação, os indivíduos inqueridos foram informados da natureza deste estudo e todos os elementos tiveram um tratamento equitativo; e por fim, tem direito à **proteção contra o desconforto e prejuízo**, este direito corresponde às regras de proteção do participante do estudo contra inconvenientes que lhe possam fazer mal ou prejudicar, foi garantida a não discriminação do inquérito caso não pretendesse participar no estudo.

### III. FASE EMPÍRICA

#### 1. Apresentação e Análise dos Resultados

##### 1.1 Caracterização da Amostra e Apresentação de Dados

	<b>F</b>	<b>f</b>
<b>De 41 a 45 anos</b>	18	30,0 %
<b>De 46 a 50 anos</b>	19	31,7 %
<b>De 51 a 55 anos</b>	8	13,3 %
<b>De 56 a 60 anos</b>	11	18,3 %
<b>Mais de 60 anos</b>	4	6,7 %
<b>Total</b>	60	100,0 %

**Tabela 1** - Distribuição da amostra segundo a idade.

Para melhor visualização e entendimento das idades dos indivíduos que constituem a amostra que integra este estudo, estas foram agrupadas em classes, sendo que e através da análise da Tabela 1 construída para esse mesmo efeito, verifica-se o seguinte relativamente ao primeiro grupo, que vai desde os 41 aos 45 anos: este grupo representa uma percentagem de 30% na amostra (n=18); o segundo grupo dos 46 anos aos 50 anos de idade, representa 31,7% da amostra (n=19); já o terceiro grupo que assume idades entre os 51 anos e os 55 anos de idade, representa 13,3% da amostra (n=8); o quarto grupo que vai desde os 56 aos 60 anos de idade, representa 18,3% da amostra (n=11); e, por último, os indivíduos com mais de 60 neste estudo, representam 6,7% da amostra (n=4). A média é de 50 anos, a mediana de 49 anos, a moda de 42 anos, o desvio padrão de 6,5 anos, o valor mínimo de 41 e o máximo de 64 anos de idade.

O que pensa o adulto sobre o que será para si ter qualidade de vida quando chegar à velhice

	<b>F</b>	<b>f</b>
<b>Feminino</b>	38	63,3 %
<b>Masculino</b>	22	36,7 %
<b>Total</b>	60	100,0 %

**Tabela 2** - Distribuição da amostra segundo o gênero.

A Tabela 2 referente ao gênero, demonstra que 63,3% (n= 38) dos indivíduos da amostra são do sexo feminino e 36,7% (n=22) são do sexo masculino.

	<b>F</b>	<b>f</b>
<b>Sem escolaridade</b>	0	0
<b>Até ao 4º ano</b>	22	36,7 %
<b>Do 5º ao 9º ano</b>	21	35,0 %
<b>Do 10º ao 12º ano</b>	12	20,0 %
<b>Curso Superior</b>	5	8,3 %
<b>Total</b>	60	100,0 %

**Tabela 3** - Distribuição da amostra segundo o grau de escolaridade.

De acordo com a Tabela 3 verifica-se, segundo o grau de escolaridade, que não houve elementos da amostra sem qualquer grau de escolaridade; 36,7% (n=22) dos indivíduos estudaram até ao 4º ano; no entanto, 35% (n=21) indivíduos têm entre o 5º e o 9º ano de escolaridade; já 20% (n=12) indivíduos estudaram entre o 10º e o 12º ano de escolaridade; e 8,3% (n=5) indivíduos têm um curso superior.

O que pensa o adulto sobre o que será para si ter qualidade de vida quando chegar à velhice

	<b>F</b>	<b>f</b>
<b>Setor Primário</b>	0	0
<b>Setor Secundário</b>	10	16,7 %
<b>Setor Terciário</b>	39	65,0 %
<b>Desempregado</b>	1	1,6 %
<b>Doméstica</b>	10	16,7 %
<b>Total</b>	60	100,0 %

**Tabela 4** - Distribuição da amostra segundo a profissão.

Na Tabela 4, foram agrupadas as profissões segundo os setores primário, secundário e terciário e atividades como *doméstica* e a situação de *desempregado*. Nesta amostra não se verificaram profissões que se pudessem agrupar no setor primário. Já a percentagem de indivíduos que se incluem no setor secundário é 16,7% (n=10); 65% (n=39) indivíduos estão incluídos no setor terciário; 16,7% (n=10) domésticas e 1 desempregado que representa 1,6 %.

	<b>F</b>	<b>f</b>
<b>Meio Urbano</b>	21	35,0 %
<b>Meio Rural</b>	39	65,0 %
<b>Total</b>	60	100,0 %

**Tabela 5** - Distribuição da amostra de acordo com o meio de proveniência.

A tabela 5 demonstra claramente que, da amostra deste estudo, 35% (n=21) dos indivíduos vivem ou viveram a maioria dos seus anos de vida em meio urbano e, 65% (n=39) em meio rural.

	<b>F</b>	<b>f</b>
<b>Solteiro(a)</b>	4	6,6 %
<b>Casado(a) com registo</b>	45	75,0 %
<b>Casado(a) sem registo</b>	1	1,7 %
<b>Separado(a)</b>	1	1,7 %
<b>Divorciado(a)</b>	6	10,0 %
<b>Viúvo(a)</b>	3	5,0 %
<b>Total</b>	60	100,0 %

**Tabela 6** - Distribuição da amostra segundo o estado civil.

A tabela 6 permite observar o estado civil dos indivíduos que constituem a amostra deste estudo. Assim, 6,6% (n=4) dos indivíduos são solteiros; 75% (n=45) dos indivíduos eram casados com registo; apenas 1,7% (n=1) é casado sem registo; da mesma forma, apenas 1,7% (n=1) é separado; 10% (n=6) dos indivíduos são divorciados; e finalmente, 5% (n=3) dos indivíduos são viúvos.

	<b>F</b>	<b>f</b>
<b>Crente Praticante</b>	25	41,7 %
<b>Crente Não Praticante</b>	32	53,3 %
<b>Não Crente</b>	3	5,0 %
<b>Total</b>	60	100,0 %

**Tabela 7** - Distribuição da amostra segundo as ideias religiosas.

De acordo com a Tabela 7, referente às ideias religiosas, verifica-se que 41,7% (n=25) dos indivíduos são crentes praticantes; 53,3% (n=32) são crentes não praticantes; e 5% (n=3) não são crentes.

No seguimento do questionário utilizado neste estudo, foram colocados alguns itens numa tabela para que os indivíduos que o preencheram, pudessem avaliar a qualidade de vida expectável no momento da velhice, de acordo com a escala de Likert, em: “*Nada importante*”, “*Pouco importante*”, “*Importante*” e “*Muito importante*”.

Os itens são os seguintes: saúde, família, amigos, dinheiro, segurança no dia-a-dia, possibilidade de realizar exercício físico apoiado por monitores, ter cuidados de enfermagem ao domicílio, ter um rendimento mensal garantido, frequentar uma universidade, viver num lar, viver na sua própria casa, ter um(a) companheiro(a), ter acesso livre a transportes públicos para sua própria deslocação, existirem espaços de diversão noturna para idosos, existirem espaços de ocupação dos tempos livres, ter satisfação a nível sexual, ter autonomia e independência para realizar as suas atividades de vida diárias; estarão representados, abaixo, estatisticamente, em tabelas.

	<b>F</b>	<b>f</b>
<b>Nada importante</b>	0	0
<b>Pouco importante</b>	0	0
<b>Importante</b>	1	1,7 %
<b>Muito importante</b>	59	98,3 %
<b>Total</b>	60	100,0 %

**Tabela 8** - Distribuição da amostra segundo o item *saúde*.

Segundo a Tabela 8, não houve elementos da amostra que considerassem a saúde como “*Nada importante*” nem “*Pouco Importante*”; no entanto, 1 indivíduo (1,7%) considera “*Importante*” esse item como fator integrante de qualidade de vida na velhice; e a esmagadora maioria, 98,3% (n=59), consideram-no “*Muito importante*”.

O que pensa o adulto sobre o que será para si ter qualidade de vida quando chegar à velhice

	<b>F</b>	<b>f</b>
<b>Nada importante</b>	0	0
<b>Pouco importante</b>	0	0
<b>Importante</b>	6	10,0 %
<b>Muito importante</b>	54	90,0 %
<b>Total</b>	60	100,0 %

**Tabela 9** - Distribuição da amostra segundo o item *família*.

Na Tabela 9, não houve elementos da amostra que considerassem o ítem *família* como “*Nada importante*” nem “*Pouco importante*”; já 10% dos indivíduos (n=6) considera “*Importante*” esse item como fator integrante de qualidade de vida na velhice; e os restantes 90% (n=54) consideram-no “*Muito importante*”.

	<b>F</b>	<b>f</b>
<b>Nada importante</b>	0	0
<b>Pouco importante</b>	2	3,3 %
<b>Importante</b>	36	60,0 %
<b>Muito importante</b>	22	36,7 %
<b>Total</b>	60	100,0 %

**Tabela 10** - Distribuição da amostra segundo o item *amigos*.

A observação da Tabela 10 permite afirmar que não houve elementos da amostra que considerassem os amigos como sendo “*Nada importante*”; contudo, 3,3% dos indivíduos (n=2) considera “*Pouco importante*” esse item como fator integrante de qualidade de vida na velhice; a maioria dos indivíduos, ou seja, 60% (n=36), consideram-no “*Importante*”; e os restantes 36,7% (n=22), consideram-no “*Muito importante*”.

O que pensa o adulto sobre o que será para si ter qualidade de vida quando chegar à velhice

	<b>F</b>	<b>f</b>
<b>Nada importante</b>	0	0
<b>Pouco importante</b>	2	3,3 %
<b>Importante</b>	25	41,7 %
<b>Muito importante</b>	33	55,0 %
<b>Total</b>	60	100,0 %

**Tabela 11** - Distribuição da amostra segundo o item *dinheiro*.

De acordo com a Tabela 11, pode-se aferir o seguinte: não houve elementos da amostra que considerassem “*Nada importante*” o item *dinheiro*; mas, 3,3% (n=2) dos indivíduos consideram “*Pouco importante*” ter dinheiro como fator integrante de qualidade de vida na velhice; já 41,7% (n=25) consideram-no “*Importante*”; e 55% (n=33) consideram-no “*Muito importante*”.

	<b>F</b>	<b>f</b>
<b>Nada importante</b>	0	0
<b>Pouco importante</b>	0	0
<b>Importante</b>	8	13,3 %
<b>Muito importante</b>	52	86,7 %
<b>Total</b>	60	100,0 %

**Tabela 12** - Distribuição da amostra segundo o item *segurança no dia-a-dia*.

De acordo com a Tabela 12, observa-se que não houve elementos da amostra que considerassem como a “*Nada importante*” nem mesmo “*Pouco importante*” ter segurança no dia-a-dia; e somente 13,3% (n=8) dos indivíduos consideram “*importante*” este item como fator integrante de qualidade de vida na velhice; enquanto que a esmagadora maioria, 86,7% (n=52) consideram “*Muito importante*” este fator.

O que pensa o adulto sobre o que será para si ter qualidade de vida quando chegar à velhice

	<b>F</b>	<b>f</b>
<b>Nada importante</b>	1	1,7 %
<b>Pouco importante</b>	5	8,3 %
<b>Importante</b>	33	55,0 %
<b>Muito importante</b>	21	35,0 %
<b>Total</b>	60	100,0 %

**Tabela 13** - Distribuição da amostra segundo o item *possibilidade de realizar exercício físico apoiado por monitores*.

Na Tabela 13 observa-se o seguinte: 1,7% (n=1) dos indivíduos não considera de todo importante a possibilidade de realizar exercício físico apoiado por monitores como fator integrante de qualidade de vida quando chegar à velhice; 8,3% (n=5) dos indivíduos considera apenas “*Pouco importante*” este item; a maioria dos indivíduos que constituem a amostra, 55% (n=33) acha “*Importante*” este item; e 35% (n=21), “*Muito importante*”.

	<b>F</b>	<b>f</b>
<b>Nada importante</b>	0	0
<b>Pouco importante</b>	2	3,3 %
<b>Importante</b>	18	30,0 %
<b>Muito importante</b>	40	66,7 %
<b>Total</b>	60	100,0 %

**Tabela 14** - Distribuição da amostra segundo o item *ter cuidados de enfermagem ao domicílio*.

De acordo com a Tabela 14, observa-se que não houve elementos da amostra que considerassem como “*Nada importante*” o item *ter cuidados de enfermagem ao domicílio*; apenas 3,3% (n=2) consideram-no “*Pouco importante*” como fator

O que pensa o adulto sobre o que será para si ter qualidade de vida quando chegar à velhice

integrante de qualidade de vida quando chegar à velhice; 30% (n=18), “*Importante*”; e a maioria dos indivíduos, 66,7% (n=40), “*Muito importante*”.

	<b>F</b>	<b>f</b>
<b>Nada importante</b>	15	25,0 %
<b>Pouco importante</b>	26	43,3 %
<b>Importante</b>	17	28,3 %
<b>Muito importante</b>	2	3,4 %
<b>Total</b>	60	100,0 %

**Tabela 15** - Distribuição da amostra segundo o item *frequentar uma universidade*.

Segundo a Tabela 15, facilmente se percebe que 25% (n=15) dos indivíduos que constituem a amostra não consideram de todo importante o facto de vir a frequentar uma universidade como fator integrante de qualidade de vida quando chegarem à velhice; 43,3% (n=26) consideram-no “*Pouco importante*”; 28,3% (n=17) “*Importante*”; e, uma minoria, 3,4% (n=2), “*Muito importante*”.

	<b>F</b>	<b>f</b>
<b>Nada importante</b>	14	23,3 %
<b>Pouco importante</b>	17	28,3 %
<b>Importante</b>	23	38,4 %
<b>Muito importante</b>	6	10,0 %
<b>Total</b>	60	100,0 %

**Tabela 16** - Distribuição da amostra segundo o item *viver num lar*.

A Tabela 16 demonstra o seguinte: 23,3% (n=14) dos indivíduos não consideram de todo importante o facto de vir a viver num lar como fator integrante de qualidade de vida quando chegarem à velhice; 28,3% (n=17) consideram este fator como “*Pouco*

O que pensa o adulto sobre o que será para si ter qualidade de vida quando chegar à velhice

*importante*”; 38,4% (n=23) consideram “*Importante*”; e apenas 10% (n=6) “*Muito importante*”.

	<b>F</b>	<b>f</b>
<b>Nada importante</b>	0	0
<b>Pouco importante</b>	0	0
<b>Importante</b>	11	18,3 %
<b>Muito importante</b>	49	81,7 %
<b>Total</b>	60	100,0 %

**Tabela 17** - Distribuição da amostra segundo o item *viver na sua própria casa*.

Na Tabela 17 observa-se claramente que não houve elementos da amostra que considerassem como “*Nada importante*” nem “*Pouco importante*” o item *viver na sua própria casa*; no entanto, apenas 18,3% (n=11) dos indivíduos considera “*Importante*” este item como fator integrante de qualidade de vida quando chegarem à velhice; já 81,7% (n=49) consideram-no “*Muito importante*”.

	<b>F</b>	<b>f</b>
<b>Nada importante</b>	2	3,3 %
<b>Pouco importante</b>	6	10,0 %
<b>Importante</b>	19	31,7 %
<b>Muito importante</b>	33	55,0 %
<b>Total</b>	60	100,0 %

**Tabela 18** - Distribuição da amostra segundo o item *ter um(a) companheiro(a)*.

As opiniões dividem-se. Na Tabela 18 verifica-se que 3,3% (n=2) dos indivíduos, não considera de todo importante o facto de ter um(a) companheiro(a) como fator integrante de qualidade de vida quando chegarem à velhice; 10% (n=6) considera “*Pouco*

O que pensa o adulto sobre o que será para si ter qualidade de vida quando chegar à velhice

*importante*”; 31,7% (n=19) considera “*Importante*”; e, a maioria, 55% (n=33) considera “*Muito importante*”.

	<b>F</b>	<b>f</b>
<b>Nada importante</b>	0	0
<b>Pouco importante</b>	4	6,6 %
<b>Importante</b>	22	36,7 %
<b>Muito importante</b>	34	56,7 %
<b>Total</b>	60	100,0 %

**Tabela 19** - Distribuição da amostra segundo o item *ter acesso livre a transportes públicos para sua própria deslocação*.

De acordo com a Tabela 19, pode-se aferir que, nenhum elemento da amostra considerou como “*Nada importante*” o facto de ter acesso livre a transportes públicos para sua própria deslocação; já uma minoria da amostra, 6,6% (n=4), considera “*Pouco importante*” este item como fator integrante de qualidade de vida quando chegarem à velhice; enquanto que 36,7% (n=22) considera este facto como sendo “*Importante*”; e a maioria, 56,7% (n=34) como “*Muito importante*”.

	<b>F</b>	<b>f</b>
<b>Nada importante</b>	16	26,7 %
<b>Pouco importante</b>	16	26,7 %
<b>Importante</b>	20	33,3 %
<b>Muito importante</b>	8	13,3 %
<b>Total</b>	60	100,0 %

**Tabela 20** - Distribuição da amostra segundo o item *existirem espaços de diversão noturna para idosos*.

Uma vez mais, as opiniões dividem-se. De acordo com a Tabela 20, observa-se o seguinte relativamente ao facto de existirem espaços de diversão noturna para idosos como fator integrante de qualidade de vida quando chegarem à velhice: 26,7% (n=16) considera “*Nada importante*”; igualmente, 26,7% (n=16), “*Pouco importante*”; a maioria, mas só com 33,3% (n=20) “*Importante*”; e os restantes 13,3% (n=8) “*Muito importante*”.

	<b>F</b>	<b>f</b>
<b>Nada importante</b>	1	1,7 %
<b>Pouco importante</b>	8	13,3 %
<b>Importante</b>	27	45,0 %
<b>Muito importante</b>	24	40,0 %
<b>Total</b>	60	100,0 %

**Tabela 21** - Distribuição da amostra segundo o item *existirem espaços de ocupação dos tempos livres*.

A Tabela 21 acima representada mostra que: apenas 1,7% (n=1) considera “*Nada importante*” o facto de existirem espaços de ocupação dos tempos livres como fator integrante de qualidade de vida quando chegarem à velhice; 13,3% (n=8) considera “*Pouco importante*”; e quase em partes iguais, 45% (n=27) considera “*Importante*” e 40% (n=24) “*Muito importante*”.

	<b>F</b>	<b>f</b>
<b>Nada importante</b>	5	8,3 %
<b>Pouco importante</b>	14	23,3 %
<b>Importante</b>	25	41,7 %
<b>Muito importante</b>	16	26,7 %
<b>Total</b>	60	100,0 %

**Tabela 22** - Distribuição da amostra segundo o item *ter satisfação a nível sexual*.

A Tabela 22 demonstra que 8,3% (n=5) não considera de todo importante que ter satisfação a nível sexual seja um fator integrante de qualidade de vida na velhice; 23,3% (n=14) considera-o “*Pouco importante*”; já 41,7% (n=25) considera “*Importante*”; e 26,7% (n=16) “*Muito importante*”.

	<b>F</b>	<b>f</b>
<b>Nada importante</b>	0	0
<b>Pouco importante</b>	1	1,6 %
<b>Importante</b>	10	16,7 %
<b>Muito importante</b>	49	81,7 %
<b>Total</b>	60	100,0 %

**Tabela 23** - Distribuição da amostra segundo o item ter *autonomia e independência* para realizar as atividades de vida diárias.

Por fim, a Tabela 23 demonstra que nenhum elemento da amostra considerou o facto de ter autonomia e independência para realizar as suas atividades de vida diárias como “*Nada importante*”; apenas 1,6% (n=1) considera “*Pouco importante*” este item como fator integrante de qualidade de vida na velhice; 16,7% (n=10) considera “*Importante*”; e a esmagadora maioria, 81,7% (n=49) “*Muito importante*”.

De forma a perceber se havia relação entre as variáveis independentes (idade, género, escolaridade, profissão, estado civil e religiosidade) e as variáveis dependentes (saúde, família, amigos, dinheiro, segurança no dia-a-dia, possibilidade de realizar exercício físico apoiado por monitores, ter cuidados de enfermagem ao domicílio, ter um rendimento mensal garantido, frequentar uma universidade, viver num lar, viver na sua própria casa, ter um(a) companheiro(a), ter acesso livre a transportes públicos para sua própria deslocação, existirem espaços de diversão noturna para idosos, existirem espaços de ocupação dos tempos livres, ter satisfação a nível sexual, ter autonomia e independência para realizar as suas atividades de vida diárias), foram aplicados dois

O que pensa o adulto sobre o que será para si ter qualidade de vida quando chegar à velhice

testes não paramétricos, com recurso ao SPSS, o teste Mann-Whitney U e o teste Kruskal-Wallis H.

O teste Mann-Whitney U é a alternativa mais comum aos testes para amostras independentes. Pode utilizar-se este teste para aceitar a hipótese nula que afirma que as médias da população são as mesmas para os dois grupos (Pereira, A., 2006).

O teste de Kruskal-Wallis é uma alternativa ao teste Mann-Whitney U e é calculado de forma semelhante a este, com a diferença de que podem existir mais grupos. “Os dados têm de provir de amostras independentes de populações com a mesma forma, que não necessita de ser normal” (Pereira, A., 2006).

Em relação à variável independente “*Idade*”, todos os valores de prova obtidos para a idade são superiores a 5% pelo que se conclui que não existem diferenças estatisticamente significativas entre os valores médios tendo em conta as variáveis dependentes já mencionadas e, portanto, conclui-se que não existe relação entre a idade e as variáveis dependentes.

<b>Género</b>		
<b>Ter satisfação a nível sexual</b>	<b>Média</b>	<b>p</b>
Masculino	39,55	0,001
Feminino	25,26	

**Tabela 24** – Correlação entre a única variável dependente significativa “*Ter satisfação a nível sexual*” e a variável independente “*Género*” aplicando o teste não paramétrico Mann - Whitney U.

De acordo com os resultados da aplicação do teste *Mann Whitney*, verifica-se que existe relação estatisticamente significativa entre a variável independente “*Género*” e a variável dependente “*Ter satisfação a nível sexual*”, sendo que é o **género masculino** que dá mais importância a este fator (média = 39,55).

O que pensa o adulto sobre o que será para si ter qualidade de vida quando chegar à velhice

## Escolaridade

Família	Média	p
Até ao 4º ano	33,50	0,000
Do 5º ao 9º ano	32,07	
Do 10º ao 12º ano	31,00	
Curso Superior	9,50	

## Frequentar uma Universidade

Até ao 4º ano	26,36	0,028
Do 5º ao 9º ano	26,74	
Do 10º ao 12º ano	41,83	
Curso Superior	37,30	

## Viver na sua própria casa

Até ao 4º ano	34,64	0,000
Do 5º ao 9º ano	34,57	
Do 10º ao 12º ano	21,00	
Curso Superior	18,00	

## Ter um(a) companheiro(a)

Até ao 4º ano	37,52	0,040
Do 5º ao 9º ano	25,98	
Do 10º ao 12º ano	24,25	
Curso Superior	33,60	

**Tabela 25** – Correlação entre as variáveis dependentes significativas: “Família”, “Frequentar uma universidade”, “Viver na sua própria casa”, “Ter um(a) companheiro(a)”, e a variável independente “Escolaridade” aplicando o teste não paramétrico Kruskal-Wallis H.

De acordo com os resultados da aplicação do teste *Kruskal-Wallis*, verifica-se que existe relação estatisticamente significativa entre a variável independente “*Escolaridade*” e as variáveis dependentes “*Família*”, “*Frequentar uma universidade*”, “*Viver na sua própria casa*” e “*Ter um(a) companheiro(a)*”; sendo que são os indivíduos que estudaram **até ao 4º ano** que dão mais importância à “*Família*” (média = 33,50), são os indivíduos que estudaram **do 10º ao 12º ano** que dão mais importância a vir a “*Frequentar uma universidade*” na velhice (média = 41,83), são os indivíduos que estudaram **até ao 4º ano** que dão mais importância a “*Viver na sua própria casa*” (média = 34,64) e, são igualmente os indivíduos que estudaram **até ao 4º ano** que dão mais importância ao facto de vir a “*Ter um(a) companheiro(a)*” (média = 37,52) na velhice.

### Profissão

Existirem espaços de ocupação de tempos livres	Média	p
Setor primário	0	0,021
Setor secundário	34,00	
Setor terciário	32,65	
Doméstica	16,80	
Desempregado	48,50	
Ter satisfação a nível sexual		
Setor primário	0	0,010
Setor secundário	27,45	
Setor terciário	34,32	
Doméstica	16,45	
Desempregado	52,50	

**Tabela 26** – Correlação entre as variáveis dependentes significativas: “*Existirem espaços de ocupação de tempos livres*”, “*Ter satisfação a nível sexual*” e a variável independente “*Profissão*” aplicando o teste não paramétrico *Kruskal-Wallis H*.

O que pensa o adulto sobre o que será para si ter qualidade de vida quando chegar à velhice

De acordo com os resultados da aplicação do teste *Kruskal-Wallis H*, verifica-se que existe relação estatisticamente significativa entre a variável independente “*Profissão*” e as variáveis dependentes “*Existirem espaços de ocupação de tempos livres*” e “*Ter satisfação a nível sexual*”, sendo que são os indivíduos que estão **desempregados** os que mais importância dão ao facto de “*Existirem espaços de ocupação de tempos livres*” e “*Ter satisfação a nível sexual*” (médias = 48,50 e 52,50, respetivamente).

<b>Meio de proveniência</b>		
<b>Família</b>	<b>Média</b>	<b>p</b>
Meio urbano	26,36	0,009
Meio rural	32,73	

  

<b>Ter um(a) companheiro(a)</b>		
<b>Família</b>	<b>Média</b>	<b>p</b>
Meio urbano	22,90	0,006
Meio rural	34,59	

**Tabela 27** – Correlação entre as variáveis dependentes significativas: “*Família*” e “*Ter um(a) companheiro(a)*” e a variável independente “*Meio de proveniência*” aplicando o teste não paramétrico Mann - Whitney U.

De acordo com os resultados da aplicação do teste *Mann - Whitney U*, verifica-se que existe relação estatisticamente significativa entre a variável independente “*Meio de proveniência*” e as variáveis dependentes “*Família*” e “*Ter um(a) companheiro(a)*”, sendo que são os indivíduos que provêm de **meio rural** são os que mais importância dão à “*Família*” e a vir a “*Ter um(a) companheiro(a)*” na velhice (médias = 32,73 e 34,59, respetivamente).

O que pensa o adulto sobre o que será para si ter qualidade de vida quando chegar à velhice

## Estado Civil

Família	Média	p
Solteiro(a)	18,50	0,004
Casado(a) com registo	31,50	
Casado(a) sem registo	33,50	
Separado(a)	3,50	
Divorciado(a)	33,50	
Viúvo(a)	33,50	

## Segurança no dia-a-dia

Solteiro(a)	19,50	0,000
Casado(a) com registo	33,17	
Casado(a) sem registo	4,50	
Separado(a)	4,50	
Divorciado(a)	34,50	
Viúvo(a)	14,50	

## Ter um(a) companheiro(a)

Solteiro(a)	23,75	0,038
Casado(a) com registo	33,92	
Casado(a) sem registo	44,00	
Separado(a)	18,00	
Divorciado(a)	15,92	
Viúvo(a)	17,00	

**Tabela 28** – Correlação entre as variáveis dependentes significativas: “Família”, “Segurança no dia-a-dia” e “Ter um(a) companheiro(a)” e a variável independente “Estado civil” aplicando o teste não paramétrico Kruskal-Wallis H.

O que pensa o adulto sobre o que será para si ter qualidade de vida quando chegar à velhice

De acordo com os resultados da aplicação do teste *Kruskal-Wallis H*, verifica-se que existe relação estatisticamente significativa entre a variável independente “Estado civil” e as variáveis dependentes “Família”, “Segurança no dia-a-dia” e “Ter um(s) companheiro(a)”, sendo que são os indivíduos **casados sem registo, divorciados e viúvos(as)** os que dão mais importância à “Família” (médias = 33,50), igualmente nas três variáveis dependentes); são os indivíduos **divorciados** que dão mais importância à “Segurança no dia-a-dia” (média = 34,50) e, são os indivíduos **casados sem registo** que dão mais importância ao facto de vir a “Ter um(a) companheiro(a)” (média = 44,00) na velhice.

### Religiosidade

Viver na sua própria casa		
	Média	p
Crente praticante	34,80	0,054
Crente não praticante	27,56	
Não crente	26,00	
Ter um(a) companheiro(a)		
Crente praticante	36,76	0,018
Crente não praticante	25,16	
Não crente	35,33	

**Tabela 29** – Correlação entre as variáveis dependentes significativas: “Viver na sua própria casa” e “Ter um(a) companheiro(a)” e a variável independente “Religiosidade” aplicando o teste não paramétrico Kruskal-Wallis H.

De acordo com os resultados da aplicação do teste *Kruskal-Wallis H*, verifica-se que existe relação estatisticamente significativa entre a variável independente “Religiosidade” e as variáveis dependentes “Viver na sua própria casa” e “Ter um(s)

*companheiro(a)*”, sendo que são os indivíduos **crentes praticantes** os que dão mais importância a “*Viver na sua própria casa*” e “*Ter um(s) companheiro(a)*” (médias = 34,80 e 36,76, respetivamente).

No mesmo sentido deste estudo, o de “*Saber o que pensa o adulto sobre o que será para si ter qualidade de vida quando chegar à velhice*”, decidi dar-se “espaço” aos inquiridos para que, numa questão aberta e opcional, acrescentassem aos itens que operacionalizavam a qualidade de vida, mais alguns aspetos também definidores de qualidade de vida na velhice. Nem todos os indivíduos o preencheram, mas o quadro abaixo mostra as opiniões dos que se decidiram manifestar.

O que pensa o adulto sobre o que será para si ter qualidade de vida quando chegar à velhice

<b>Categoria</b>	<b>Subcategorias</b>	<b>Unidades de Registo</b>
<b>Qualidade de vida expectável para a velhice</b>	<b>Saúde / Segurança na doença</b>	<p>“Ter medicação gratuita garantida pelo estado” (Q9)</p> <p>“Consciencialização humana/estado e entidades para plataformas ao deficiente” (Q19)</p> <p>“Alguma saúde” (Q17)</p>
	<b>Acessibilidade / Mobilidade</b>	<p>“Acessibilidades mais fáceis nos espaço públicos” (Q22)</p> <p>“Ter mobilidade” (Q20)</p>
	<b>Condições habitacionais</b>	<p>“Ter habitação com saneamento de modo a garantir as condições básicas de higiene” (Q9)</p>
	<b>Valores intergeracion al</b>	<p>“Espaços comuns para crianças e idosos” (Q36)</p> <p>“Respeito pelos mais idosos e instruir os mais novos nesse sentido” (Q36)</p>
	<b>Economia e finanças</b>	<p>“Haver condições por parte do estado para permitir um rendimento assegurado” (Q19)</p> <p>“Algum dinheiro” (Q17)</p>
	<b>Independênci a / segurança</b>	<p>“Autonomia” (Q18)</p> <p>“Segurança” (Q18)</p> <p>“Capacidade de decisão” (Q18)</p> <p>“Viajar” (Q20)</p> <p>“Não ficar sozinho” (Q20)</p>
	<b>Família</b>	<p>“Ter apoio da família” (Q53)</p> <p>“Ter companhia dos filhos” (Q55)</p> <p>“Alguém a olhar por mim” (Q17)</p> <p>“Ter atenção dos filhos” (Q45)</p> <p>“Ser amado pelos filhos” (Q55)</p> <p>“Ser amado pelos netos” (Q55)</p> <p>“Não ser despresado pela família” (Q53)</p> <p>“Ser respeitado em todas as situações pela família” (Q53)</p>

**Tabela 30** – Análise de conteúdo das respostas à questão “três outros aspetos importantes para a sua qualidade de vida quando for idoso”.

Para uma visualização mais fácil do quadro acima elaborado, foram divididas as opiniões dos inquiridos em sub-categorias de acordo com a qualidade de vida expectável para a velhice. Essas sub-categorias são as seguintes: “*Saúde/Segurança na doença*”, “*Acessibilidade/ mobilidade*”, “*Condições habitacionais*”, “*Valores intergeracionais*”, “*Economia e finanças*”, “*Independência/ Segurança*” e “*Família*”.

## **1.2. Discussão dos Resultados**

Segundo Fortin (2003), após a análise dos dados, surge a necessidade de interpretar toda a informação obtida, razão pela qual surge esta discussão de dados, tendo em conta os conhecimentos obtidos ao longo das leituras efetuadas para a elaboração da fundamentação teórica deste estudo.

Neste capítulo destacam-se os resultados que se consideram mais pertinentes e a partir dessa análise, compor as conclusões que se considerem mais adequadas pela aplicação do instrumento de colheita de dados.

Uma vez que os artigos publicados a que se teve acesso se referem à percepção do idoso sobre a sua qualidade de vida e nunca à percepção que o adulto tem sobre o que será para si ter qualidade de vida na velhice, a discussão de resultados será feita, essencialmente, sob este ponto de vista.

Caracterizando a amostra relativamente às idades, verificou-se que a média das mesmas, dos adultos inquiridos, é de 50 anos e a idade que ocorre com maior frequência na amostra são os 42 anos de idade.

Jakobsson et al. (2004, *cit. in* Pereira et al., 2011) ressaltam que, apesar do declínio da qualidade de vida com o aumento da idade, nem todos os idosos a relatam baixa; com o envelhecimento, há um declínio nos aspetos físicos da qualidade de vida, porém pode não haver mudanças, ou apenas discretas alterações, nos aspetos mentais, podendo

assim serem explicadas as diferenças no número de pessoas idosas que experimentam uma qualidade de vida boa ou aceitável. Covinsky et al. (1999, cit. in Pereira *et al.*, 2011), num estudo de população idosa (80 a 101 anos), verificaram que mais de 51% relataram boa ou muito boa qualidade de vida.

Num estudo de Andrade, A. e Martins, R. (2011) sobre funcionalidade familiar e qualidade de vida dos idosos, os autores relacionaram as variáveis sócio-demográficas e a variável de contexto familiar de forma a compreender os múltiplos fatores que podem influir na qualidade de vida dos mais velhos. Os resultados demonstraram uma variação no sentido dos que tinham maior idade apresentarem uma percepção de qualidade de vida menos satisfatória, com diferenças estatisticamente significativas. Conforme se esperava, a idade influencia a qualidade de vida, sobretudo em relação aos grupos etários limite. Naturalmente, os mais jovens sentem-se melhor e têm mais expectativas, enquanto que os de idade mais avançada poderão ter limitações de ordem física que os afetam. Entendendo a idade como um processo evolutivo da existência dos seres vivos, seria de esperar que à medida que a idade aumenta, as complicações crónicas tenderiam a ser mais graves e a influenciar negativamente a qualidade de vida (*Ibid.*).

Relativamente ao género, concluiu-se que a amostra é constituída maioritariamente por pessoas do género feminino. De acordo com um estudo realizado por Lima, *et al.* (2010) em idosos institucionalizados, este demonstrou diferença das qualidades de vida quanto ao género, visto que os homens se avaliam melhor e possuem melhor bem-estar psicológico, por possuírem mais sentimentos positivos, aproveitarem mais a vida e terem mais poder de concentração que as mulheres.

Outro estudo, o de Andrade, A. e Martins, R. (2011), relaciona-se com a influência do género na percepção da qualidade de vida, tendo-se verificado uma percepção da qualidade de vida menos satisfatória nas mulheres. Os resultados deste estudo estão de acordo com outros autores, entre os quais Cunha, *et al.*, 2006; Martins *et al.*, 2007; Silva (2007, cit. in Andrade, A. e Martins, R., 2011), ao mencionarem que as mulheres referem um impacto mais negativo do que os homens no nível da qualidade de vida relacionada com a saúde. Por outro lado, pertencer ao género feminino determina o

exercício de papéis sociais que conectam as mulheres ao mundo das relações e da interdependência. Por sua vez, uma maior conectividade é positivamente relacionada com a satisfação e com o acesso a recursos sociais e inter-pessoais, que funcionam como mecanismos protetores significando que têm melhor qualidade de vida.

No que diz respeito à escolaridade, observou-se que a maior parte dos indivíduos, estudaram até ao 4º ano de escolaridade.

Em relação à profissão, a esmagadora maioria dos indivíduos que constituem a amostra, insere-se no setor terciário, onde podemos destacar as seguintes profissões (destes mesmos indivíduos): empresário, psicóloga, cabeleireira, esteticista, assistente operacional, comerciante, técnica superior de área cultural, motorista, entre outros. O que podemos concluir que estas pessoas têm em comum é o contacto direto e frequente com o público.

Relativamente às duas variáveis supracitadas, num estudo de Pereira, *et al.* (2011), o salário e o nível de escolaridade não estiveram significativamente associados aos *scores* de qualidade de vida, embora a literatura considere esses fatores como influentes.

De acordo com Jakobsson *et al.* (2004, *cit. in* Pereira *et al.*, 2011), os fatores socioeconómicos podem influenciar a qualidade de vida, tendo sido encontradas associações entre melhores condições socioeconómicas e melhores *scores* de qualidade de vida. Sherbourne *et al.* (1992, *cit. in* Pereira, *et al.*, 2011) também verificaram que problemas financeiros reduzem o bem-estar dos idosos. Sprangers *et al.* (2000, *cit. in* Pereira, *et al.*, 2011) mostraram que o baixo nível de escolaridade esteve relacionado a baixos níveis de qualidade de vida.

Num estudo de Pereira, K.C. R., *et al.* (2011), a escolaridade mais baixa mostrou-se associada com a autoavaliação de saúde em que os idosos responderam estar "muito insatisfeitos/insatisfeitos/nem satisfeitos nem insatisfeitos". O bem-estar ou a qualidade de vida de cada pessoa estão vinculados às perspetivas de envelhecimento ativo, cujas diferenças individuais dependem do contexto sociodemográfico e económico em que se

está inserido, bem como das características culturais e padrões de comportamento. Nesta pesquisa, as respostas sobre qualidade de vida, quando os idosos foram questionados de forma global, tiveram uma conotação positiva na sua maioria, quer seja na avaliação da própria qualidade de vida, quer seja na avaliação da saúde em geral. Hipoteticamente, esses resultados poderiam ser explicados pelo facto de a população estudada participar em grupos de convivência, o que pressupõe, maior exercício de adaptação e independência.

Os resultados dos estudos de correlação, o baixo salário e baixa escolaridade mostraram-se associados a uma pior percepção de qualidade de vida no domínio ambiental. Ao considerarmos que este domínio aborda questões relacionadas com a segurança física, disponibilidade de recursos financeiros, oportunidades de adquirir novas informações, recreação e lazer, e disponibilidade de cuidados com a saúde, a associação poderia ser explicada pelo facto de que essas variáveis demonstraram maior exposição da pessoa idosa a piores condições de moradia e segurança física. Da mesma forma, poderiam diminuir oportunidades de novas informações e acesso aos cuidados de saúde (*Ibid.*).

No estudo citado imediatamente acima, de Pereira, K.C. R., *et. al* (2011), ao analisarem a associação entre as variáveis sociodemográficas e o domínio físico, observou-se que baixa escolaridade, idade avançada, não ter companheiro(a) atualmente e baixo salário contribuíram para uma pior percepção de qualidade de vida. As questões neste domínio abordam dor e desconforto, dependência diária quanto ao uso de medicações, energia e fadiga nas atividades diárias, sono e repouso. A associação com baixa escolaridade e baixo salário poderia ser explicada, hipoteticamente, pelo facto de que poderia expor o indivíduo a histórias de vida com maiores possibilidades de comprometimento da saúde física com evidente acúmulo na velhice. Ter mais de 80 anos é um indicativo de que o processo de envelhecimento e todas as suas consequências limitam fisicamente as pessoas, diminuindo suas possibilidades no que diz respeito às condições físicas.

Quanto ao meio, a maioria dos inquiridos provêm do meio urbano.

Segundo Costa (2002) a dimensão social integra o debate de que, qualquer experiência é modelada pela situação social em que as pessoas se encontram. A velhice fará, pois, parte do destino biológico do homem. Embora não exista ainda uma fase fisiológica, psicológica ou social que permita marcar o seu início, o envelhecimento traduz-se por uma diminuição das capacidades de adaptação ao meio e às agressões da vida. Nos seres humanos, segundo determinadas correntes, as diferenças do envelhecimento são, em parte, geneticamente determinadas, mas substancialmente influenciadas pela nutrição, estilos de vida e ambiente. (*Ibid.*).

Lawton (1989, *cit. in* Fonseca, 2005) afirma que, de uma maneira global, o ambiente rural fomenta menos pressão sobre os idosos (a confusão nas ruas é pouca, roubos e agressões são raros ou inexistentes, e o sentimento de segurança é maior). Muitos dos idosos que aqui habitam continuam a cuidar dos seus animais e de terrenos, conservando-se ativos e habilitados até que a força física o possibilite. Estes vivem em maior consonância com o ambiente do que os idosos. Melo e Neto (2003) referem ainda que no meio rural o idoso tem um nível de vida melhor, com mais bem-estar e menos carências. Aqui o idoso é mais autónomo, ainda trabalha e todos são mais ou menos conhecidos entre si.

Por sua vez, envelhecer em meio urbano pode significar correr o risco de acabar a vida cada vez mais só, menosprezado, sem qualquer visibilidade social. Fonseca (2005) conta que para muitos idosos que vivem em cidades de grandes dimensões, as redes sociais de apoio são frágeis e o suporte social é insuficiente. Segundo Jardim (1991, *cit. in* Melo e Neto, 2003) os idosos que vivem em meios urbanos podem encontrar-se envolvidos no anonimato, com uma menor intimidade entre as pessoas, o que pode resultar numa diminuição de qualidade de vida.

Quanto ao estado civil, a grande maioria dos indivíduos que participaram neste estudo são casados com registo.

O estudo já citado neste trabalho de investigação de Andrade, A. e Martins, R. (2011), relaciona-se com a influência do estado civil na perceção da qualidade de vida dos

idosos. Na amostra em estudo, a maioria dos participantes eram casados (59,5 %), tendo-se verificado uma diferenciação no sentido destes apresentarem qualidade de vida satisfatória relativamente aos que não têm companheiro (solteiros e divorciados). Contudo, não se verificou uma diferença estatisticamente significativa. Pereira, *et al.*, (2006, *cit in.* Andrade, A. e Martins, R., 2011) corroboram este resultado ao afirmarem que a situação conjugal não tem influência na qualidade de vida dos idosos. O grupo dos indivíduos sem companheiro inclui uma percentagem significativa de viúvos 29,5% e apenas 3,3% são divorciados. Quando comparada a percepção da qualidade de vida entre solteiros/viúvos/divorciados com os casados, conclui-se que os indivíduos casados apresentam melhor qualidade de vida do que os restantes. Estes resultados estão em consonância com os obtidos por Cunha, *et al.*, (2007), Martins, *et al.* (2007), Ribeiro *et al.* (2007), (*cit in.* Andrade, A. e Martins, R., 2011) inferiu que os indivíduos sem companheiro têm melhor qualidade de vida. No que concerne ao estado civil, Martins (2004, *cit in.* Andrade, A. e Martins, R., 2011) ao estudar os idosos verificou que os divorciados e casados auferiam de melhor qualidade de vida do que os viúvos e solteiros. Analogamente, Cruz (2001, *cit in.* Andrade, A. e Martins, R., 2011) defende que a maioria das pessoas, quaisquer que sejam as suas opiniões sobre o amor, procuram um parceiro que lhe garanta estabilidade económica, social e pessoal, influenciando a percepção da felicidade.

No que diz respeito à religiosidade, a maioria dos inquiridos são crentes não praticantes.

Aquino, *et al.* (2009, *cit. in* Carneiro, L.C., 2009) investigaram a relação entre o sentido da vida e a atitude religiosa de forma correlacional numa amostra composta por 300 sujeitos de ambos os sexos, com idade média de 42 anos. Os resultados apontaram correlações positivas entre a atitude religiosa e a realização existencial. Os idosos foram mais conscientes da finitude em comparação com os jovens, indicando que podem encontrar na atitude religiosa uma forma de enfrentamento das questões que a morte pode gerar no ser humano. Estes autores concluíram que a atitude religiosa constitui um núcleo importante no modo de ser no mundo das pessoas que faziam parte da sua amostra. Para testar a correlação entre qualidade de vida e atitude religiosa, as pessoas

foram comparadas entre si nos domínios: saúde mental, vitalidade e estado geral de saúde (*Ibid.*).

Em relação ao domínio da saúde mental os idosos que estavam localizados na escala de atitude religiosa com valores acima da mediana revelaram saúde mental significativamente melhor. Mueller, *et al.* (2001) e Peres, *et. al* (2007, *cit. in* Carneiro, L.C., 2009) ao revisar estudos que examinavam a associação entre religiosidade, saúde física, mental e qualidade de vida, identificaram que a maioria deles apontava a religiosidade associada a melhores índices de saúde, incluindo maior longevidade, habilidades manuais e qualidade de vida, assim como menor índice de ansiedade, depressão e suicídio.

Os idosos que possuem alta atitude religiosa apresentam correlação positiva referente à vitalidade (potencial de energia) (*Ibid.*).

Quando os idosos com alta atitude religiosa foram comparados aos de baixa, em relação ao domínio **estado geral de saúde**, o primeiro grupo revelou-se significativamente melhor que o segundo. A percepção da própria saúde é um indicador consistente do estado geral de saúde dos idosos porque tem sido observado que está forte e independentemente associado ao uso de serviços de saúde e mortalidade (Carneiro, L.C., 2009).

Quanto à importância que os inquiridos atribuíram às seguintes variáveis: saúde, família, amigos, dinheiro, segurança no dia-a-dia, possibilidade de realizar exercício físico apoiado por monitores, ter cuidados de enfermagem ao domicílio, ter um rendimento mensal garantido, frequentar uma universidade, viver num lar, viver na sua própria casa, ter um(a) companheiro(a), ter acesso livre a transportes públicos para sua própria deslocação, existirem espaços de diversão noturna para idosos, existirem espaços de ocupação dos tempos livres, ter satisfação a nível sexual, ter autonomia e independência para realizar as suas atividades de vida diárias, vejamos:

Relativamente à saúde, quase a totalidade dos indivíduos considera-a como um fator muito importante na qualidade de vida quando chegar a velhice.

De acordo com o estudo de Cruvinel (2009), os idosos são um grupo etário que, frequentemente apresentam alterações específicas e é vulnerável a múltiplas perdas, principalmente das funções do organismo, predispondo-se a doenças e a hospitalização.

Vários têm sido os estudos sobre a promoção da saúde na terceira idade que demonstram o efeito benéfico de atividades alternativas na saúde do idoso.

O adoecimento do idoso e conseqüentemente a sua longa permanência no hospital o torna exposto a diversos fatores de risco, tais como isolamento social, mudanças na qualidade de vida, desenvolvimento de alterações comportamentais declínio e dependência funcional, infecção hospitalar, falta de tratamento diferenciado de acordo com a sua faixa etária, incompatibilidade dos serviços oferecidos com as suas capacidades adaptativas. Tais problemas colaboram para o agravamento das suas condições físicas e mentais (Cruvinel, 2009).

A especificidade quanto à população idosa está em atentar para as suas vulnerabilidades, manutenção da sua capacidade funcional, autonomia e minimização da sua dependência (*Ibid.*).

Considerando isto, é natural que os inquiridos revelem dar importância ao fator *saúde* na velhice talvez com o receio de todos os aspetos supracitados, pelo receio de ficar doente nesta fase das suas vidas e, quem sabe, ficar dependente de terceiros.

Quanto à família, a maioria dos adultos inquiridos a consideram como muito importante no que se refere a um fator integrante de qualidade de vida na velhice.

Com base no estudo de Sousa, *et al.*, (2007) conclui-se que a família tem um papel importante para a qualidade de vida dos idosos, que se expressa nos cuidados com a

higiene, alimentação, ou de apoios afetivos, como uma companhia, com palavras confortadoras, com carinho, visitas, dentre outras, ou seja, com ajuda material ou emocional. Esses cuidados e apoios são fundamentais, aliado a uma política de saúde de qualidade, gratuita e universal, e aos serviços especializados e multiprofissionais, para o tratamento, o bem-estar emocional do idoso, fortalecendo-o e incentivando-o ao tratamento, a crença na cura, até os projetos para o futuro.

Mais de metade dos inquiridos considera importante os amigos no que se refere a um fator integrante de qualidade de vida na velhice. Provavelmente isto acontece uma vez que os amigos, em certas ocasiões (talvez na falta de elementos da família) se possam considerar como cuidadores, ou simplesmente, para preencher os dias no sentido de ocuparem tempo com pessoas significativas.

O dinheiro torna-se um fator importante e muito importante quase em igual percentagem para os inquiridos. Sabe-se que a todos os níveis este fator é crucial principalmente, pelo que já se investigou, no sentido de investir numa melhor qualidade de vida visto que, por exemplo, a própria institucionalização do idoso requer um valor financeiro para ser concretizável ou mesmo para ter serviços de saúde em casa pois eles muitas vezes (consoante os rendimentos mensais – a reforma) são pagos, também o é crucial para satisfazer as necessidades básicas do idoso, entre outros.

Na perspetiva de Robert (1994), as mudanças que ocorrem durante o processo de envelhecimento são sentidas de modo particular por cada um. As adaptações podem acontecer de forma adequada, saudável ou patológica. Tudo depende da história anterior, da saúde física, do bem-estar, da situação **socioeconómica** e da vivência atual das modificações, das perdas e dos medos, ou seja, das alterações que o idoso sente ao nível físico, psíquico, cognitivo e relacional.

A grande maioria dos inquiridos considera muito importante o item *ter segurança no dia-a-dia*. Mediante tantos estudos que já se reviram ao longo da pesquisa deste trabalho de investigação, é notório e chocante os números que dizem respeito à violência nos idosos, tanto a que é praticada nas ruas como se observa comumente (por

exemplo, os assaltos), como a que os cuidadores informais praticam com os próprios idosos.

Quanto à possibilidade de realizar exercício físico apoiado por monitores, mais de metade dos inquiridos considera importante este item, sendo um fator integrante de ter qualidade de vida na velhice.

Barbisan (2007) mostrou que o exercício físico é determinante para a boa qualidade de vida dos idosos. Concluiu-se que, de acordo com algumas vertentes de qualidades físicas estes em estudo não tinham um bom equilíbrio físico em relação à distribuição da gordura corporal, aumentando as probabilidades de aparecimento de alguns problemas de saúde, talvez estando relacionados à baixa condição salarial. No contexto de situação laboral a maioria da amostra era de aposentados, por isso procuravam atividade física para se ocuparem, para melhorar à sua condição física e o estado psicológico.

Verificou-se neste estudo que a grande maioria busca a atividade física como forma de lazer, o que pode ser um dos pontos-chave mais importantes para que melhorem gradativamente sua saúde e qualidade de vida (Barbisan, 2007).

Quanto ao facto de ter cuidados de enfermagem ao domicílio na velhice, a maioria considera este aspeto muito importante.

A Enfermagem preconiza uma prestação de cuidados de qualidade aos utentes, de modo integral numa perspetiva holística da sociedade e do ser humano, desempenhando atividades de promoção da saúde e prevenção da doença, tratamento e reabilitação.

Os cuidados de enfermagem no idoso, devem considerar as dimensões biológicas, psicológicas, sociais, económicas, culturais e políticas do envelhecimento, proporcionando um leque de respostas adequadas às reais necessidades das pessoas idosas e de suas famílias, dando visibilidade aos cuidados, prestados em diferentes contextos. São cuidados multidisciplinares e multidimensionais.

Atualmente, de acordo com a literatura revista e a observação deste facto, as políticas de saúde em Portugal tendem a privilegiar o cuidado aos idosos no domicílio devido ao aumento destes, à insuficiência e inadequação das respostas formais às necessidades dos idosos dependentes, às vantagens a nível da autonomia, às vantagens na promoção da qualidade de vida com a sua permanência no ambiente habitual e à constatação das potencialidades da família na prestação de cuidados.

Os idosos são um grupo populacional que necessita de um leque mais alargado e contínuo de cuidados, em clima de proximidade, preferencialmente no domicílio e junto da família, onde devem ser concretizados alguns domínios de intervenção previstos no plano nacional de saúde, através do programa nacional de saúde para as pessoas idosas.

O cuidador necessita de apoio social, decisivo para manter o idoso no domicílio; apoio emocional, para diminuir a possibilidade de ansiedade, de frustração e os sentimentos de culpa; apoio psicológico para estabelecer uma relação de confiança e permuta, já que cuidar de idosos com alterações cognitivas e comportamentais conduz ao stresse, às crises familiares e a níveis elevados de sobrecarga do cuidador.

O enfermeiro, na excelência do seu exercício profissional, junto dos idosos/família/cuidador, cuida para aumentar os hábitos saudáveis, diminuir e compensar as limitações inerentes à idade, ajudar o idoso a confortar-se com a angústia e debilidade da velhice, incluindo o processo de morte, cuidados fundamentais à qualidade de vida, ao envelhecimento ativo e ganhos em saúde.

O facto de vir a frequentar uma universidade, para poucos, é um fator importante na velhice.

Maria João Quintela refere, pertinentemente, que o ser ativo “já não se limita à prática de atividade física, mas envolve o estímulo cognitivo, a saúde mental, a interação com os outros, uma alimentação e comportamentos saudáveis” (Ribeiro & Paúl, 2011, *cit. in* Fernandes, 2012), entre outros fatores. Por isso, o primeiro passo tem de ser dado individualmente, deve ser cada pessoa a decidir o rumo do seu próprio processo de

envelhecimento. Deste ponto de vista individual, Fonseca (2011, *cit. in* Fernandes, 2012) considera que o sucesso no envelhecimento depende de dois processos essenciais, interrelacionados. Por um lado, da capacidade global de adaptação, procurando resultados e objetivos significativos, a cada momento e circunstância de vida. Por outro lado, da escolha de estilos de vida apropriados à manutenção da integridade física e mental do indivíduo.

Para Ribeiro & Paúl (2011, *cit. in* Fernandes, 2012), os conceitos-chave do paradigma do envelhecimento ativo são: autonomia, independência, expectativa de vida saudável e qualidade de vida. Será, desta forma, um envelhecimento que compreenda todos estes fatores que pode ser considerado um envelhecimento ativo, promotor de qualidade de vida individual. Um estudo realizado junto de idosos de Vila Nova de Cerveira, confirma que são os idosos que têm um maior grau de atividade e participação social têm uma melhor perceção de qualidade de vida, que se situa inclusivamente acima da média.

As opiniões dividem-se substancialmente no que diz respeito ao facto de viver num lar, no entanto, a maioria dos inquiridos considera este fator importante.

Já o facto de viver na sua própria casa ganha a grande maioria dos inquiridos considerando este aspeto como sendo muito importante. Este aspeto está em conformidade com o estudo realizado por Teixeira (2004) que concluiu que os idosos que vivem em instituições têm menor qualidade de vida do que os que vivem no seio familiar.

No que diz respeito a ter um(a) companheiro(a) na velhice, a maioria dos inquiridos considera muito importante este item como fator integrante de ter qualidade de vida na velhice. Esta situação poderá dever-se ao receio que o idoso tem de ficar sozinho. E sobre isto, o autor Pereira, *et. al* (2011) no seu estudo diz que a associação com *não ter companheiro(a)* poderia estar relacionada com o facto de a solidão ser uma condição social que fragilizaria a saúde, favorecendo a introspeção e pior perceção de limites no que se refere à condição física.

Ter acesso livre a transportes públicos para a sua própria deslocação, revelou-se um item de ordem importante e muito importante para a maioria dos inquiridos. Talvez este fator se deva ao facto de os idosos querem manter as suas atividades de vida diárias e a sua autonomia para as resolver, sem depender de ninguém e com o benefício de usufruir de um meio de transporte que é de todos e que a eles lhes pertence por direito (reforma).

As opiniões dividem-se para o item *existirem espaços de diversão noturna para idosos*. Talvez este facto se deva à perceção que cada adulto tem em relação às saídas noturnas para diversão que faz atualmente e se projeta num futuro em que os faz associar limitações físicas e perda de autonomia para poder concretizar.

Quanto a existirem espaços de ocupação de tempos livres, a larga maioria considera importante e muito importante este item. Passar tempo de qualidade com pessoas da mesma faixa etária parece bastante importante aos inquiridos. Talvez estas pessoas possuam objetivos e preocupações na vida muito semelhantes de vida, horários idênticos.

Em relação ao facto de ter satisfação a nível sexual, a maioria dos inquiridos considera importante e muito importante este item com fator integrante de ter qualidade de vida na velhice.

É certo que o avanço da idade acarreta, forçosamente, modificações importantes que, naturalmente, afetarão a vida sexual (Neto, 2002). Diversas alterações do organismo humano irão influir no ciclo da resposta sexual (Gonçalves & Costa, 2004). Contudo, apesar de, até recentemente, se ter mantido uma convicção plena de que pelas cinquenta anos, perante a menopausa nas mulheres e a aparição progressiva da disfunção erétil nos homens, o declínio sexual seria obrigatório; e que, sem o objetivo da procriação, nesta fase, perdia toda a sua justificativa social (Vasconcellos, *et al.*, 2004), verifica-se que, depois dos sessenta e cinco anos, são numerosos aqueles que querem e que têm capacidades para desfrutar, ativa e satisfatoriamente, da sua sexualidade (Carvalheira, 2007).

Esta realidade deve-se ao facto de se ter criado um processo de envelhecimento que não tem a ver com as alterações biológicas (Gomes, 1987), mas com os papéis que a sociedade impõe ao ser humano, ao atingir uma certa idade (Confort, 1979, *cit. in* Gomes, 1987).

Por fim, em relação ao facto de ter autonomia e independência para realizar as suas atividades de vida diárias, a esmagadora maioria dos inquiridos considera este item muito importante como fator integrante de ter qualidade de vida na velhice.

Segundo Veras e Camargo (*cit in* Álvarez, *et al.*, 1998), para o idoso, a qualidade de vida subentende autonomia e independência para as suas atividades, sendo esta uma tarefa complexa que depende, unicamente, da conquista social.

No estudo de Pereira, K.C. R., *et al.* (2011), a única variável que se manteve associada de forma independente com uma pior perceção de qualidade de vida no domínio físico foi ter mais de 80 anos. A fragilização física da pessoa idosa na fase mais avançada da velhice poderia explicar a pior perceção de qualidade de vida, que limitaria a plena participação no grupo de convivência, comprometendo a autonomia, autoestima e autoimagem.

A longevidade do ser humano tem vindo, como já referido, a aumentar sendo que, por um lado existe o desejo de viver cada vez mais, e por outro, o receio de viver dependente ou incapacitado. De facto, à medida que se envelhece, aumenta a probabilidade de doença e de prejuízos à funcionalidade física, psíquica e social. No entanto, se o indivíduo envelhecer com autonomia e independência, com boa saúde física, desempenhando papéis sociais, permanecendo ativo e usufruindo de razão e significado pessoal, a qualidade de vida pode ser muito boa (Paschoal, 2002, p.79).

De acordo com a relação entre as variáveis independentes (idade, género, escolaridade, profissão, estado civil e religiosidade) e as variáveis dependentes (saúde, família, amigos, dinheiro, segurança no dia-a-dia, possibilidade de realizar exercício físico apoiado por monitores, ter cuidados de enfermagem ao domicílio, ter um rendimento

mensal garantido, frequentar uma universidade, viver num lar, viver na sua própria casa, ter um(a) companheiro(a), ter acesso livre a transportes públicos para sua própria deslocação, existirem espaços de diversão noturna para idosos, existirem espaços de ocupação dos tempos livres, ter satisfação a nível sexual, ter autonomia e independência para realizar as suas atividades de vida diárias), e mediante os testes não paramétricos aplicados (o teste Mann-Whitney U e o teste Kruskal-Wallis H), aferimos o seguinte:

Quanto à “*Idade*”, não existe relação entre esta variável independente e todas as variáveis dependentes, pois este estudo debruçou-se na opinião dos adultos, contudo e já mencionado acima, sobre os idosos, os autores Andrade, A. e Martins, R. (2011) afirmam que, naturalmente, os mais jovens sentem-se melhor e têm mais expectativas, enquanto que os de idade mais avançada poderão ter limitações de ordem física que os afetam podendo influenciar negativamente a qualidade de vida.

No que diz respeito ao “*Género*”, verifica-se que existe relação estatisticamente significativa entre esta variável (independente) e a variável dependente “*Ter satisfação a nível sexual*”, sendo que é o género masculino que dá mais importância a este fator.

Conforme a literatura, duas descobertas da medicina trouxeram intensas mudanças nos estilos de vida de homens e mulheres, especificamente no ato sexual: a descoberta da pílula anticoncepcional feminina e a de medicamentos para estimular a função erétil masculina. A primeira dissociou prazer de procriação, o que liberou parte da população feminina em atual processo de envelhecimento – as que nos anos 1960 eram jovens e puderam se beneficiar. A segunda, mais recente, assegurou o exercício da sexualidade masculina idosa, já que, desde há muito, havia sido constatado não existir limite de tempo para o ato sexual feminino. Este aumento da virilidade masculina, no entanto, não veio trazer compensações para as idosas, pois o privilégio passou a ser desfrutado com as mais novas. Muito se tem discutido a respeito da preferência masculina – tanto dos mais jovens como dos mais velhos, pelas mulheres mais jovens. As razões apontadas são diversas: desde o cheiro da fêmea em fase de produção hormonal intensa até ao valor erótico de estimulação estética, ou mesmo o uso emblemático da juventude e beleza que os mais ricos e poderosos fazem, em nome da vaidade. O fato é que a

mulher mais velha perde o *status* de objeto de desejo e suas oportunidades de intimidade sexual ficam muito limitadas (Negreiros, 2004).

Segundo a variável independente “*Escolaridade*”, verifica-se que existe relação estatisticamente significativa entre esta mesma variável e as variáveis dependentes “*Família*”, “*Frequentar uma universidade*”, “*Viver na sua própria casa*” e “*Ter um(a) companheiro(a)*”; sendo que são os indivíduos que estudaram até ao 4º ano que dão mais importância à “*Família*”, são os indivíduos que estudaram do 10º ao 12º ano que dão mais importância a vir a “*Frequentar uma universidade*” na velhice, são os indivíduos que estudaram até ao 4º ano que dão mais importância a “*Viver na sua própria casa*” e, são igualmente os indivíduos que estudaram até ao 4º ano que dão mais importância ao facto de dão mais importância ao facto de vir a “*Ter um(a) companheiro(a)*”.

Este estudo demonstrou que os indivíduos com menos estudos apreciam mais a “*Família*”. Talvez por terem mais tempo para esta, se liguem mais emocionalmente e se sintam mais dependentes da mesma no futuro. Como já mencionado neste capítulo e comprovado com estudos, a família é um vínculo muito importante para os idosos no sentido de lhes proporcionar cuidado. E portanto, haverá alguma ligação pelo facto de também a variável “*Viver na sua própria casa*” e vir a “*Ter um(a) companheiro(a)*” na velhice, ser considerada neste campo por indivíduos com menos grau literário, uma vez que é neste local que se sentirão acolhidos pela família. Naturalmente, o nível de escolaridade está diretamente relacionado com a variável “*Frequentar uma universidade*”, uma vez que os indivíduos que frequentaram o ensino secundário (do 10º ao 12º ano) dão mais importância precisamente a este aspeto, será talvez, no sentido de aprofundar os seus conhecimentos em áreas específicas porque quanto mais se estuda e se investiga, mais interesse lhes despertará nesse sentido. Um ponto a aprofundar, quem sabe, em estudos posteriores.

De acordo com a variável independente “*Profissão*”, verifica-se que existe relação estatisticamente significativa entre esta variável e as variáveis dependentes “*Existirem espaços de ocupação de tempos livres*” e “*Ter satisfação a nível sexual*”, sendo que são

os indivíduos que estão desempregados os que mais importância dão ao facto de “*Existirem espaços de ocupação de tempos livres*” e “*Ter satisfação a nível sexual*”.

Estas conclusões permitem pensar que os indivíduos que têm uma ocupação laboral ao longo do seu ciclo de vida, provavelmente não se imaginarão a se aposentarem na velhice por completo e assim sentirem-se inúteis para a sociedade. Por isso talvez queiram ocupar os seus tempos livres de forma produtiva pois estão habituados a estar em atividade. Contudo, será um ponto para investir em estudos posteriores bem como a relação entre ter uma profissão e desejar ter satisfação a nível sexual na velhice.

Quanto à variável independente “*Meio de proveniência*”, verifica-se que existe relação estatisticamente significativa entre esta variável e as variáveis dependentes “*Família*” e “*Ter um(a) companheiro(a)*”, sendo que são os indivíduos que provêm de meio rural os que mais importância dão à “*Família*” e a vir a “*Ter um(a) companheiro(a)*” na velhice.

Em parágrafos anteriores, neste mesmo capítulo, comprova-se que os indivíduos provenientes de meio rural têm melhor qualidade de vida na velhice uma vez que estes têm o apoio da família e vizinhos e, desta forma, não se sentem deprimidos. As variáveis “*Família*” e “*Ter um(a) companheiro(a)*” na velhice, são provas disso.

No que diz respeito à variável independente “*Estado civil*”, verifica-se que existe relação estatisticamente significativa entre esta variável e as variáveis dependentes “*Família*”, “*Segurança no dia-a-dia*” e “*Ter um(s) companheiro(a)*”, sendo que são os indivíduos casados sem registo, divorciados e viúvos(as) os que dão mais importância à “*Família*”, igualmente nas três variáveis dependentes; são os indivíduos divorciados que dão mais importância à “*Segurança no dia-a-dia*” e, são os indivíduos casados sem registo que dão mais importância ao facto de vir a “*Ter um(a) companheiro(a)*” na velhice.

As interpretações a estas variáveis parecem interessantes para serem desenvolvidas e aprofundadas em estudos posteriores.

Segundo a variável independente “*Religiosidade*”, verifica-se que existe relação estatisticamente significativa entre esta variável e as variáveis dependentes “*Viver na sua própria casa*” e “*Ter um(a) companheiro(a)*”, sendo que são os indivíduos crentes praticantes os que dão mais importância a “*Viver na sua própria casa*” e “*Ter um(s) companheiro(a)*”.

As interpretações a estas variáveis parecem interessantes para serem desenvolvidas e aprofundadas em estudos posteriores.

Relativamente à questão aberta em que os inquiridos puderam acrescentar aos itens que operacionalizavam a qualidade de vida, mais alguns aspetos também definidores de qualidade de vida na velhice, observou-se num quadro em “*Apresentação dos dados*” as respostas que estes deram. Estas foram agrupadas em subcategorias, que são as seguintes: “*Saúde/Segurança na doença*”, “*Acessibilidade/ mobilidade*”, “*Condições habitacionais*”, “*Valores intergeracionais*”, “*Economia e finanças*”, “*Independência/ Segurança*” e “*Família*”. Como já foi mencionado anteriormente, nem todos os indivíduos o preencheram, mas o quadro supracitado mostra as opiniões dos que se decidiram manifestar.

Observa-se a preocupação que os respondentes têm quanto ao facto de vir a ter condições físicas melhores às que existem hoje em dia para os idosos e espaços comuns tanto para os idosos como para as crianças. Seria importante aprofundar o porquê de os adultos considerarem importante o aspeto de trazer para perto as crianças dos idosos (ou vice-versa). Isto talvez se justifica no sentido de sensibilizar as crianças com a condição da velhice (pois no quadro se pode verificar que os adultos manifestaram a importância da questão dos “*Valores intergeracionais*” nomeadamente o respeito com os idosos por parte dos mais novos) e, para que os idosos possam transmitir experiências de vida a estas, pois este é um aspeto para o qual os idosos se sentem úteis, conforme revisto na literatura.

Também, o facto de virem a *ter medicação gratuita pelo estado*, provavelmente por aceitarem a doença como uma condição inevitável do idoso, a degradação biológica de

que já se falou neste estudo, e esta participação seria justa uma vez que a maioria dos idosos, senão todos, foram contribuintes ao longo do seu ciclo de vida, com o suor do seu esforço e trabalho árduo em muitos casos.

A questão de haver um *rendimento assegurado* reforça o item “*Economia e finanças*” mencionado no próprio instrumento de colheita de dados. Dada a condição económica atual do país, é somente natural a preocupação da população adulta neste sentido.

A questão da autonomia e independência foram, também, um item incluído no próprio questionário mas talvez os respondentes consideraram importante reforçá-lo nesta questão aberta na forma de “Independência/segurança”. Os adultos salientaram ainda a questão de *viajar* como fator definidor de qualidade de vida na velhice, talvez porque nunca tiveram oportunidade de o fazer ou de o fazer da forma regular como gostariam e esta altura das suas vidas é o momento ideal para o fazer uma vez que, à partida, terão mais tempo.

“*Não ficar sozinho*” foi uma manifestação de um adulto que realça a preocupação com a solidão que se verifica, hoje em dia, com tantos idosos, conforme lido em tantos artigos publicados.

A questão do apoio da *família*, embora que este último item também tenha sido incluído no instrumento de colheita de dados, observa-se a preocupação de tantos adultos em descortinar o que eles esperam por parte das suas famílias e que vai de encontro ao que se reviu na literatura sobre a importância do vínculo familiar ao idoso.

#### **IV. CONCLUSÃO**

Este trabalho de investigação no âmbito do Mestrado em Enfermagem na área de Geriatria e Gerontologia foi realizado para determinar o que pensa o adulto sobre o que será para si ter qualidade de vida quando chegar à velhice.

Para atingir os objetivos primariamente delineados neste estudo, foi realizado um estudo descritivo de carácter quantitativo-correlacional (contudo, foi incluída uma questão aberta no instrumento de colheita de dados no sentido de permitir aos respondentes acrescentar aos itens que operacionalizavam a qualidade de vida, mais alguns que considerassem importantes como sendo também definidores de qualidade de vida), transversal, cuja amostra deste estudo foi composta por sessenta indivíduos dos locais de Bustelo – Águeda, São Mamede Infesta e Barcelos.

As variáveis atributo deste estudo foram a idade, o género, o grau de escolaridade, a profissão/atividade, o meio onde viveram (meio urbano ou meio rural), o estado civil e as suas ideias religiosas. Todas as variáveis de atributo atrás referidas foram também utilizadas como variáveis independentes (já que o investigador pretendeu verificar se alguma delas influenciava as variáveis dependentes). As variáveis dependentes deste estudo foram: a saúde, família, amigos, dinheiro, segurança no dia-a-dia, possibilidade de realizar exercício físico apoiado por monitores, ter cuidados de enfermagem ao domicílio, frequentar uma universidade, viver num lar, viver na sua própria casa, ter um(a) companheiro(a), ter acesso livre a transportes públicos para sua própria deslocação, existirem espaços de diversão noturna para idosos, existirem espaços de ocupação dos tempos livres, ter satisfação a nível sexual, ter autonomia e independência para realizar as suas atividades de vida diárias.

O questionário foi o instrumento de colheita de dados de eleição.

Para o tratamento de dados foi utilizado o programa SPSS, através do qual se calcularam as estatísticas descritivas. Quanto à questão aberta foi feita análise de conteúdo.

Após a realização deste estudo, pode concluir-se o seguinte segundo os objetivos traçados e quanto à importância que o adulto lhes atribui *para a sua qualidade de vida quando estiver na velhice*:

Relativamente à saúde, quase a totalidade dos indivíduos considera-a como um fator muito importante; quanto à família, a maioria dos adultos inquiridos a consideram como muito importante; mais de metade dos inquiridos considera importante os amigos nesta faixa etária; o dinheiro torna-se um fator importante e muito importante quase em igual percentagem para os inquiridos; a grande maioria dos inquiridos considera muito importante o item ter segurança no dia-a-dia; quanto à possibilidade de realizar exercício físico apoiado por monitores, mais de metade dos inquiridos considera este item como fator integrante de ter qualidade de vida na velhice; quanto ao facto de ter cuidados de enfermagem ao domicílio na velhice, a maioria considera muito importante; o facto de vir a frequentar uma universidade, para poucos, é um fator importante na velhice; as opiniões dividem-se substancialmente no que diz respeito ao facto de viver num lar, no entanto, a maioria dos inquiridos considera este fator importante; já o facto de viver na sua própria casa ganha a grande maioria dos inquiridos considerando este aspeto como sendo muito importante; no que diz respeito a ter um(a) companheiro(a) na velhice, a maioria dos inquiridos considera muito importante este item como fator integrante de ter qualidade de vida na velhice; ter acesso livre a transportes públicos para a sua própria deslocação, revelou-se um item de ordem importante e muito importante para a maioria dos inquiridos; as opiniões dividem-se para o item existirem espaços de diversão noturna para idosos; quanto a existirem espaços de ocupação de tempos livres, a larga maioria considera importante e muito importante este item; em relação ao facto de ter satisfação a nível sexual, a maioria dos inquiridos considera importante e muito importante este item com fator integrante de ter qualidade de vida na velhice; em relação ao facto de ter autonomia e independência para realizar as suas atividades de vida diárias, a esmagadora maioria dos inquiridos considera este item muito importante.

Relativamente a saber se existem relação entre as variáveis independentes e as variáveis dependentes, conclui-se o seguinte:

Quanto à “*Idade*”, não existe relação entre esta variável independente e todas as variáveis dependentes; no que diz respeito ao “*Género*”, verifica-se que existe relação estatisticamente significativa entre esta variável (independente) e a variável dependente “*Ter satisfação a nível sexual*”, sendo que é o género masculino que dá mais importância a este fator; segundo a variável independente “*Escolaridade*”, verifica-se que existe relação estatisticamente significativa entre esta mesma variável e as variáveis dependentes “*Família*”, “*Frequentar uma universidade*”, “*Viver na sua própria casa*” e “*Ter um(a) companheiro(a)*”; sendo que são os indivíduos que estudaram até ao 4º ano que dão mais importância à “*Família*”, são os indivíduos que estudaram do 10º ao 12º ano que dão mais importância a vir a “*Frequentar uma universidade*” na velhice, são os indivíduos que estudaram até ao 4º ano que dão mais importância a “*Viver na sua própria casa*” e, são igualmente os indivíduos que estudaram até ao 4º ano que dão mais importância ao facto de não terem um(a) companheiro(a); de acordo com a variável independente “*Profissão*”, verifica-se que existe relação estatisticamente significativa entre esta variável e as variáveis dependentes “*Existirem espaços de ocupação de tempos livres*” e “*Ter satisfação a nível sexual*”, sendo que são os indivíduos que estão desempregados os que mais importância dão ao facto de “*Existirem espaços de ocupação de tempos livres*” e “*Ter satisfação a nível sexual*”; quanto à variável independente “*Meio de proveniência*”, verifica-se que existe relação estatisticamente significativa entre esta variável e as variáveis dependentes “*Família*” e “*Ter um(a) companheiro(a)*”, sendo que são os indivíduos que provêm de meio rural os que mais importância dão à “*Família*” e a vir a “*Ter um(a) companheiro(a)*” na velhice; no que diz respeito à variável independente “*Estado civil*”, verifica-se que existe relação estatisticamente significativa entre esta variável e as variáveis dependentes “*Família*”, “*Segurança no dia-a-dia*” e “*Ter um(s) companheiro(a)*”, sendo que são os indivíduos casados sem registo, divorciados e viúvos(as) os que dão mais importância à “*Família*”, igualmente nas três variáveis dependentes; são os indivíduos divorciados que dão mais importância à “*Segurança no dia-a-dia*” e, são os indivíduos casados sem registo que dão mais importância ao facto de vir a “*Ter um(a) companheiro(a)*” na velhice; segundo a variável independente “*Religiosidade*”, verifica-se que existe relação estatisticamente significativa entre esta variável e as variáveis dependentes “*Viver na sua própria casa*” e “*Ter um(s)*”

*companheiro(a)*”, sendo que são os indivíduos crentes praticantes os que dão mais importância a “*Viver na sua própria casa*” e “*Ter um(s) companheiro(a)*”.

No que diz respeito a saber se existem outros fatores aos quais o adulto atribua importância para a sua qualidade de vida quando estiver na velhice, conclui-se, através de uma questão aberta, que os adultos repetiram alguns itens que já estava mencionados no instrumento de colheita de dados que lhes foi entregue, contudo, salientaram aspetos definidores de qualidade de vida, relacionados com “*Saúde/Segurança na doença*”, “*Acessibilidade/mobilidade*”, “*Condições habitacionais*”, “*Valores intergeracionais*”, “*Economia e finanças*”, “*Independência/Segurança*” e “*Família*”.

No entanto e através da perspectiva deste estudo, mais do que recolher dados é necessário contribuir para a concretização dos itens definidores de qualidade de vida na velhice. Logo à partida se vê a necessidade de apelar à sensibilidade humana de ter um “novo olhar” e um olhar mais atento à velhice como uma condição inequívoca de cada ser vivo. Dir-se-ia que o próximo passo seria apelar ao Estado no sentido de garantir um rendimento mensal aos idosos, investir em estruturas físicas adequadas a estes, espaços de recreação, acessos físicos melhorados para deslocação, entre outros; contudo, observa-se a situação económica atual do país e pondera-se apelar ao que quer que seja a esta entidade.

Mas cada pessoa, cada adulto pode fazer a diferença por si só, nem que seja apenas por sensibilizar os mais novos que, um dia, tornar-se-ão igualmente adultos e, mais tarde, idosos. É importante e tão necessário fazer da velhice uma faixa etária cheia de qualidade de vida, tanto como forma de agradecimento a estes idosos que contribuíram para os que hoje são adultos e, porque, amanhã também os adultos de hoje serão idosos.

Foram várias as dificuldades sentidas ao longo de todo o percurso de investigação. Primeiramente, qual a opção a tomar relativamente ao estudo - seria este verdadeiramente pertinente. Em seguida, o traçar do desenho de investigação: que caminhos a seguir e principalmente como conseguir operacionalizar as dimensões que pretendíamos estudar. Por último, foi também uma dificuldade a proximidade que temos

O que pensa o adulto sobre o que será para si ter qualidade de vida quando chegar à velhice

com o objeto de estudo. A partilha de muitas visões transmitidas pelos inquiridos e a dificuldade em manter um olhar isento sobre os resultados que se ia obtendo.

No entanto, a escolha da tipologia de estudo verificou-se interessante e adequada a esta investigação, bem como a escolha do instrumento de colheita de dados.

Durante toda a investigação foram respeitadas as questões éticas: o direito ao anonimato e confidencialidade, à proteção contra o desconforto e prejuízo, à autodeterminação, à intimidade e ao tratamento justo e equitativo.

No entanto, foram alcançados os objetivos propostos – conseguiu-se compreender o que pensa o adulto sobre o que será para si ter qualidade de vida quando chegar à velhice por meio da importância que atribui aos fatores definidores do mesmo e relacionando os fatores sociodemográficos (dos adultos) com esses mesmos fatores.

## Referências Bibliográficas

Almeida, A. (2008). *Envelhecimento ativo*. Disponível em: <http://ptShvoong.comn/humanities/1773369-envelhecimento-ativo/>. [Consultado em 12/06/2013].

Almeida, J. P. S. A. (2008). *A Pessoa Idosa Institucionalizada em Lares – Aspectos e Contextos de Qualidade de Vida*. Dissertação de Mestrado. Porto.

Almeida, L. B. (2006). *A idade não perdoa? O Idoso à luz da neurologia Gerontológica*. Lisboa, Gradiva.

Álvarez, et al. (1998). *Calidad de vida en al vejez*. Gerokomos, v.9, n.3 Agosto, p.107-112.

Andrade, A. I. N. P. A., Martins, R. M. L. (2011). *Funcionalidade familiar e qualidade de vida dos idosos*. Milenium, pp.185-199.

Barbisan, S. A. (2007). *Caracterização de parâmetros de exercício físico e qualidade de vida na terceira idade no município de Taquaritinga*. Universidade Estadual Paulista. Faculdade de Ciências Farmacêuticas de Araraquara. Departamento de alimentos e nutrição.

Berger, L. & Poinier, D. (1995). *Pessoas Idosas – Uma Abordagem Global*. Lisboa: Lusodidática.

Birren, J. e Cunningham, W. (1985). *Research on the psychology of aging: principles, concepts and theory*. In J. Birren e K. Shaie (Eds), *Handbook of The Psychology of Aging*, Van Nostrand Reinhold Company, N.Y., 3-34.

Blanco, E. H. (2006). *Síndromas Gereátricos*. Edições médicas, Lda (pp.1-2).

Carneiro, L. C. (2009). *Religiosidade e qualidade de vida em idosos institucionalizados*. Universidade Federal da Paraíba, Centro de educação. Programa de Pós-Graduação em Ciências das Religiões. João Pessoa-PB.

Carvalheira, A. (2007). *Sexualidade no Envelhecimento*. [Em linha] Disponível em: [http://www.socialgest.pt/\\_dllds/APSexualidadenoenvelhecimento.pdf](http://www.socialgest.pt/_dllds/APSexualidadenoenvelhecimento.pdf). [Consultado em 12/05/2013].

CENSOS (2011). *XV recenseamento geral da população; V recenseamento geral de habitação*. Resultados provisórios. ISSN 2182-4215, edição 2011.

Conselho Internacional de Enfermeiros (2003). *Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE/ICNP)*. Gráfica, 2000.

Costa, *et al.* (1999). Questões Demográficas: Repercussões nos cuidados de saúde e na Formação dos Enfermeiros. In: *Manual de Sinais Vitais: o Idoso, Problemas e Realidades*. Coimbra, FORMASAU – Formação e Saúde, Lda., pp.9-22.

Costa, M. A. (2002). *Cuidar Idosos – Formação, Páticas e Competências dos Enfermeiros*. Lisboa, FORMASAU, EDUCA.

Costa, M. A. M., *et al.* (1999). *O Idoso – Problemas e Realidades*. Coimbra, FORMASAU – Formação e Saúde, Lda.

Cruvinel, T. A. C. (2009). *Promoção da saúde e qualidade de vida nos idosos na saúde e na família*. Pólo-Uberaba-MG, p. 25.

Cunha, L. M. A. (2007). *Modelos Rasch e Escalas de Likert e Thrustone na medição de attitudes*. Mestrado em Probabilidades e Estatística. Universidade de Lisboa, Faculdade de Ciências. Departamento de Estatística e Investigação Operacional.

Department Of Economic And Social Affairs Population Division (2001). *World population ageing: 1950-2050*. New York. United Nations.

DGS (2004). *Envelhecimento Ativo Conceitos* [Em linha]. Disponível em: <http://www.dgs.pt/wwwbase/acessibilidade/aaaDefault.aspx?f=1&back=1&codigono=651265136516AAAAAAAAAAAAAA> [Consultado a 12/06/2013].

Eliopoulos, C. (2005). *Enfermagem Gerontológica*. 5ª Edição. Brasil: Artmed.

Eurostat (1991). *Portrait social de l'Europe*. CE.

Fernades, M. J. S. R. S. (1996). *Conceito de qualidade de vida para o idoso*. Dissertação de Mestrado. Lisboa: Universidade Católica Portuguesa.

Fernandes, M. A. G. (2012). *Qualidade de vida e atividade: um estudo em idosos de Vila Nova de Cerveira*. Dissertação apresentada à Universidade Católica Portuguesa para obtenção do grau de Mestre em Psicologia. Porto.

Ferreira, Z. (2011). *Perceção do Estado de Saúde da pessoa Idosa Institucionalizada*. Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Nova de Lisboa.

Fiedler, P. T. (2008). *Avaliação da qualidade de vida do estudante de medicina e da influência exercida pela formação académica*. Dissertação de Doutoramento, Universidade de São Paulo. São Paulo: Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo.

Fleck, M. P. A. (2000). *O instrumento de avaliação da Qualidade de Vida da Organização Mundial de Saúde (WHOQOL-100): Características e Perspetivas*. *Ciência & Saúde coletiva*, 5(1), 33-38. Disponível em: [http://www.scielo.org/scielo.php?pid=S141381232000000100004&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.org/scielo.php?pid=S141381232000000100004&script=sci_arttext) [Consultado em 12/06/2013].

Fonseca, A. M. (2005). *Envelhecimento bem-sucedido*. Em, C. Paúl e A. Fonseca (Eds), *Envelhecer em Portugal: Psicologia, Saúde e Prestação de Cuidados*. Lisboa: Climepsi.

Fortin, Marie-Fabienne (1999). *O processo de Investigação: da concepção à realização*. Lisboa, Lusociência.

Fortin, Marie-Fabienne (2000). *O processo de investigação: da concepção à realização*. 2ª Edição. Loures, Lusociência.

Fortin, Marie-Fabienne (2003). *O processo de Investigação: da concepção à realização*, 3ª ed., Loures, Lusociência ed.

Fortin, Marie-Fabienne (2009). *Fundamentos e etapas do processo de investigação*. Loures, Lusodidáctica.

Freitas, E., Neri, A., Cançado, F., Gorzoni, M. e Rocha, S. (2002). *Tratado de geriatria e gerontologia*, Editora Guanabara Koogan, Rio de Janeiro.

- Frisch, M. B. (2002). *Improving mental and physical health care through Quality of Life therapy and assessment*. In E. Diener e D. R. Rahtz (eds.), *Advances in Quality of Life theory and research* (pp. 207-241), Kluwer Academic Publishers.
- Gavião, A. C. D. (2000). *Sexualidade do idoso e o cuidado em domicílio*. In Y Duarte, & M. Diogo, *O atendimento domiciliar. Um enfoque gerontológico*. São Paulo: Atheneu.
- Gomes, A. C. A. (1987). *Fatores sócio culturais: Os papéis sociais*. In F. Gomes, A. Albuquerque, & J. Nunes (Orgs.), *Sexologia em Portugal* (vol 1, pp.64-71).
- Gomes, J. A. (2008). *Sexualidade na velhice*. Ponto de vista dos profissionais de saúde. Dissertação de Mestrado em sexologia. ISMAI – Instituto Superior da Maia.
- Gonçalves, P.; & Costa, R. (2004). *Sexualidade não envelhece*. Nursing, 15 (185), pp. 32-34.
- Guiddens, A. (1997). *Sociologia*. 2ª edição. Lisboa, Fundação Calouste Gulbenkian.
- INE (2002). Instituto Nacional de Estatística - *As pessoas idosas nas famílias institucionais segundo os Censos in Revista Estudos Demográficos nº 34*, Departamento de Estatísticas Censitárias e da População, INE, Lisboa, Portugal.
- INE (2007). *O Envelhecimento em Portugal*. Lisboa: Instituto Nacional de Estatística.
- Instituto Nacional de Estatística. (2003). *Estatística da saúde 2001*. Lisboa, INE.
- Lima, D.L., Lima, M.A.V.D. e Ribeiro, C.G. (2010). *Envelhecimento e qualidade de vida de idosos institucionalizados*. Passo Fundo, v.7, n.3, p.346-356.
- Melo, L. e Neto, F. (2003). *Aspetos psicossociais dos idosos em meio rural: solidão, satisfação com a vida e locus de controlo*. Psicologia, Educação e Cultura. III, 1, pp. 107-121.
- Moniz, J. M. N. (2003). *A enfermagem e a pessoa idosa: a prática de cuidados com a experiência formativa*. Loures, Lusociência.
- Nazareth, J. M. (1988). *O envelhecimento demográfico*. Psicologia, 6 (2), 135-146.

Negreiros, T. C. G. M. (2004). *Sexualidade e género no envelhecimento*. v.5, nº 9, pp. 77-86. ALCEU.

Neto, M. G. (2002). *Sexualidade dos idosos*. Geriatria: Revista Portuguesa de Medicina Geriátrica, 15 148, pp.28-33.

Netto, M., Salles, R. (2001). *Fisiologia do envelhecimento. Aspetos fundamentais*. In: Urgências em Geriatria. São Paulo, Atheneu, p.1.

Organização Mundial de Saúde – OMS (2002). *Active ageing: A policy Framework. Second United Nations World Assembly on Ageing*. Madrid, Spain, April. Disponível em: [http://www.who.int/ageing/active\\_ageing/en/index.html](http://www.who.int/ageing/active_ageing/en/index.html). [Consultado em 12/06/2013].

Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Económico - OCDE (1998). *Le vieillissement demographique*. In *L'Observateur de L'OCDE*. Nº212.

Pacheco, A. (2007). *Estilos de vida, qualidade de vida pessoal, motivação e sucesso académico: instrumentos de avaliação*. *Psyc@w@re*, 1(2), 1-10. Disponível em: <http://www1.ci.uc.pt/ipc/2007-2010/revista/c1063d1d716a059f65ea08f90456755e.pdf> [Consultado em 12/06/2013].

Pais-Ribeiro, J. L. (2009). *A importância da qualidade de vida para a psicologia da saúde* in J.P.Cruz, S.N. de Jesus, & C.Nunes (Eds.) *Bem-estar e Qualidade de Vida*, 31-49. Alcochete: Textiverso.

Paschoal, S. (2002). *Autonomia e Independência* in *Gerontologia: A velhice e o envelhecimento em visão globalizada*. São Paulo, Atheneu, pp. 313-323.

Páscoa, P. (2008). *A importância do envelhecimento ativo na saúde do idoso*. Monografia apresentada à Universidade Fernando Pessoa como parte dos requisitos para obtenção do grau de licenciado em Enfermagem, Porto, Faculdade Ciências da Saúde.

Patrício, L. & Carrilho, M. J. (2002). *A situação demográfica recente em Portugal*. *Revista de Estudos Demográficos*, 32.

Patrick, D. L. (2008). *A qualidade de vida pode ser medida? Como?* in M.P.A. Fleck J. Col; *A avaliação da qualidade de vida: Guia para profissionais de saúde*. Porto Alegre: Artmed.

Paúl, C.; Ribeiro, O. (2012). *Manual de Envelhecimento Ativo*. Lisboa-Porto. LIDEL.

Paúl, M. C. (1992). *Satisfação de vida em idosos: Análise Psicológica*, pp. 61-68.

Pereira, A. (2006). *SPSS – Guia prático de utilização. Análise de dados par ciências sociais e psicologia*. 6ª edição. Lisboa. Edição Sílabo.

Pereira, K. C. R., Alvarez, A. M. e Traebert, J. L. (2011). *Contribuição das condições sociodemográficas para a percepção da qualidade de vida em idosos*. Rev. Bras. Geriatr. Gerontol. V.14, n.1, Rio de Janeiro.

Pereira, R. J., Cotta, R. M. M., Franceschini, S. C. C., Ribeiro, R. C. L, Sampaio, R. F., Priore, S. E. e Cecon, P. R. (2011). *Influência de fatores socio sanitários na qualidade de vida dos idosos de um município do Sudoeste do Brasil*. Ciência & Saúde Coletiva, 16 (6), pp: 2907-2917.

Pimentel, F. (2004). *Qualidade de vida em Oncologia*. Lisboa: Permanyer Portugal.

Quivy, R. e Van Campenhoudt, L. (2008). *Manual de investigação em ciências sociais*. Lisboa, Gradiva.

Richardson, J. (2001). *Sexualidade*. In W. Reichel, *Assistência ao Idoso – Aspectos clínicos do envelhecimento* (pp.539-543). Rio de Janeiro: Guanabara Koogan.

Robert, L. (1994). *O envelhecimento*. Lisboa. Instituto Piaget.

Rodrigues, M. J. (2007). *Sistemas de Informação para a avaliação e monitorização da qualidade de vida em campos universitários*. Tese de Doutoramento em engenharia civil, Ramo de planeamento territorial. Escola de Engenharia da Universidade do Minho. Guimarães.

Santos, S. R., Santos, I. B. C., Fernandes, M. G. M. & Henriques, M. E. R. (2002). *Qualidade de vida do idoso na comunidade: Aplicação da escala de Flanagan*. Revista Latino – Americana de Enfermagem, 10, (6), 757-764.

Schroots, J. e Birren, J. (1980). *A psychological point of view toward human aging and adaptability*, in *Adptability and Aging*, Proceedings of 9<sup>th</sup> International Conference of Social Gerontology, Quebec, Canada, 43-54.

Silva, T. e Rezende, C. (2006). *Avaliação transversal da qualidade de vida de idosos participantes de centros de convivência e institucionalizados por meio de questionário generic whoqol-Bref*. [Em linha]. Disponível em: <http://www.portalsaudebrasil.com/artigos/artigo0006.pdf>. [Consultado em 12/06/2013].

Sousa, P. M. e Carvalho, A. M. (2007). *A contribuição da família para a qualidade de vida de idosos portadores de câncer*. Universidade Federal do Maranhão. Programa de Pós-Graduação em políticas públicas. São Luís-MA.

Teixeira, R. M. O. C. (2004). *A qualidade de vida do idoso e as influências que têm sobre ela a domiciliação e as construções do idoso sobre os problemas com a família*. Dissertação de Mestrado. Universidade Fernando Pessoa. Porto.

Tomaz, C., Brito-Melo, F., Pinheiro, L. e Costa, M. (2002). *Dar e receber na terceira idade*. Viana do Castelo, Ofilito-Litográfica, Lda., pp. 26-36.

Vasconcelos, D., et al. (2004). *A sexualidade no processo do envelhecimento: novas perspectivas – comparação transcultural*. Estudos de Psicologia, 9 (3), 413-419 [Em linha]. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/epsic/v9n3/a03v09n3.pdf> . [Consultado em 17/04/2013].

O que pensa o adulto sobre o que será para si ter qualidade de vida quando chegar à velhice

## **ANEXOS**

## **ANEXO I – Instrumento de Colheita de Dados – Questionário**

## Nota introdutória

Sara Marlene Batalha de Almeida Coelho, Enfermeira, a frequentar o Mestrado em Enfermagem, área de *Enfermagem Geriátrica e Gerontológica* na Universidade Fernando Pessoa – Faculdade Ciências da Saúde, encontra-se a realizar uma investigação sobre “O que pensa o adulto sobre o que será para si ter qualidade de vida quando chegar à velhice”.

Este estudo de investigação tem como objetivo: saber o que pensa o adulto sobre o que será para si ter qualidade de vida quando chegar à velhice.

Neste sentido, solicito a máxima colaboração da sua parte para preencher o presente questionário.

Todos os dados são anónimos e confidenciais, pelo que não deverá identificar-se em nenhuma das partes do mesmo. O questionário demora, em média, cerca de 7 minutos.

Agradeço a sua preciosa colaboração.

A Aluna,

---

(Sara Marlene Batalha de Almeida Coelho)

**1. Caracterização sociodemográfica**

**1.1 Idade** \_\_\_\_ (anos)

**1.2 Data de Nascimento** \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

**1.3 Género** \_\_\_\_ (M/F)

**1.4 Escolaridade:**

<b>Nenhuma</b>	
<b>4º Ano Escolaridade</b>	
<b>9º Ano Escolaridade</b>	
<b>12º Ano Escolaridade</b>	
<b>Ensino Superior</b>	

**1.5 Profissão** \_\_\_\_\_

**1.6 Dos anos que tem de vida, a maioria desses anos foram vividos em (assinale com uma cruz):**

- **Meio urbano** \_\_\_\_
- **Meio rural** \_\_\_\_

**1.7 Estado Civil**

<b>Solteiro (a)</b>	
<b>Casado com registo</b>	
<b>Casado sem registo</b>	
<b>Separado (a)</b>	
<b>Divorciado (a)</b>	
<b>Viúvo (a)</b>	

**1.8 Quanto às suas ideias religiosas considera-se:**

<b>Crente Praticante</b>	
<b>Crente não praticante</b>	
<b>Não Crente</b>	

**2. Qualidade de vida expectável**

Por favor, indique (com uma cruz) quais os aspetos, abaixo enunciados, que considera importantes para si quando atingir a velhice, **os quais lhe propiciarão ter qualidade de vida nessa fase.**

Deve optar por uma das quatro opções na linha horizontal que se encontra no quadro, consoante considera “Nada Importante”, “Pouco Importante”, “Importante” ou “Muito Importante”.

<b>Itens</b>	<b>Nada Importante</b>	<b>Pouco Importante</b>	<b>Importante</b>	<b>Muito Importante</b>
<b>Saúde</b>				
<b>Família</b>				
<b>Amigos</b>				
<b>Dinheiro</b>				
<b>Segurança no dia-a-dia</b>				
<b>Possibilidade de realizar exercício físico apoiado por monitores</b>				
<b>Ter cuidados de enfermagem ao domicílio</b>				
<b>Frequentar uma Universidade</b>				
<b>Viver num lar</b>				

<b>Viver na sua própria casa</b>				
<b>Ter um (a) companheiro (a)</b>				
<b>Ter acesso livre a transportes públicos para sua própria deslocação</b>				
<b>Existirem espaços de diversão noturna para idosos</b>				
<b>Existirem espaços de ocupação dos tempos livres</b>				
<b>Ter satisfação a nível sexual</b>				
<b>Autonomia e Independência para realizar as suas atividades de vida diárias</b>				

**Indique três outros aspetos que não estejam referidos no quadro acima e que considera muito importantes para a sua qualidade de vida quando for idoso:**

1. \_\_\_\_\_
2. \_\_\_\_\_
3. \_\_\_\_\_

**Obrigada pela sua colaboração.**