

Isabel Maria Nogueira de Oliveira

Qualidade de vida dos Idosos do Centro de Convívio de Canidelo.

Universidade Fernando Pessoa Faculdade

Faculdade de Ciências da Saúde

Porto, 2011

Isabel Maria Nogueira de Oliveira

Qualidade de vida dos Idosos do Centro de Convívio de Canidelo.

A aluna,

.....

(Isabel Maria Nogueira de Oliveira)

Agradecimentos:

A Todos os Idosos que participaram na investigação, o meu carinho e respeito.

À Enfermeira Dr. Teresa Guerreiro pelo incentivo e orientação do trabalho.

A todos os professores do curso de licenciatura em Enfermagem, pelo contributo dado para a minha formação.

Aos meus pais António Oliveira e Isabel Oliveira pela paciência e compreensão em todos os momentos da realização deste trabalho.

Sumário

O envelhecimento da população mundial e aumento da esperança de vida, é uma realidade que os profissionais de saúde, nomeadamente os enfermeiros tem de acompanhar e também perceber o amargo das questões que subjazem a esta problemática.

O presente estudo debruçou-se sobre a qualidade de vida em idosos em contexto de centro de convívio. A amostra foi constituída por 10 idosos que frequentam o centro de convívio de Canidelo.

Trata-se de um estudo transversal e quantitativo, que envolveu 10 idosos que frequentam o centro de Convívio de Canidelo.

O objectivo principal foi avaliar a qualidade de vida dos idosos que frequentam o Centro de convívio de Canidelo.

Foi utilizada a versão Portuguesa do WHOQOL-BREF instrumento de avaliação da qualidade de vida (desenvolvido pela OMS) e uma ficha de caracterização sócio-demográfica e clínica.

Todos os idosos assinaram o consentimento informado livre e esclarecido, depois de devidamente esclarecidos sobre o tipo de estudo e objectivos.

Observou-se uma qualidade de vida satisfatória para os domínios, ambiental, relações sociais e psicológico, sendo que o pior score foi para o domínio físico, como seria de prever devido à condição de saúde habitualmente mais precária dos Idosos.

Palavras-Chave: Qualidade de vida; idosos; Centro de Convívio;

Summary

The World Population Aging and the increasing life expectancy, is a reality that the health personnel, namely the nurses, have to watch closely and also understand the bitterness of the arousing questions from this problem.

This academic work is about the quality of life in elders living in day care centers. The sample includes 10 elders that attend the day care center in Canidelo.

This is a transversal and quantitative study, including 10 elders that attend the day care center in Canidelo.

A Portuguese version of the WHOQOL-BREF, an instrument of quality of life evaluation (developed by OMS) and a clinical and socio-demographic characterization form.

All the elders signed the informed consentement, after being properly informed about the type of study and goals.

A satisfactory quality of life was observed in the environmental, social relations and psychological areas. The worst score was obtained on the physical area, as it would be expectable, considering the health condition in elders, usually decreased.

Key-words: Quality of Life; elders; Day Care Center

Índice

0 Introdução.....	11
I Fase Conceptual.....	13
1.1 Definição e justificação do tema.....	13
1.2 Pergunta de partida.....	14
1.3 Questões de investigação.....	15
1.4 Objectivos.....	15
1.5 Enquadramento teórico.....	16
1.5.1 Envelhecimento.....	16
1.5.2 Envelhecimento da população em Portugal e na União Europeia.....	18
1.5.3 Qualidade de vida no idoso.....	19
1.5.4 Instituições de apoio ao idoso.....	26
II – Fase Metodológica.....	30
2.1 Tipo de estudo.....	30
2.2 Meio.....	31
2.3 População e amostra.....	32
2.4 Variáveis.....	33
2.5 Instrumentos de recolha de dados.....	33
2.6 Tratamento dos dados.....	35
2.7 Considerações éticas.....	36
III- Fase Empírica.....	37

3.1 Apresentação e análise e discussão dos resultados.....	37
3.1.1 Caracterização da amostra.....	38
3.1.2 Qualidade de vida dos idosos.....	40
IV- Conclusão.....	47
Bibliografia.....	49
Anexos.....	52
Anexo I – Escala WHOQOL- BREF.....	53

Índice de Gráficos:

Gráfico 1- Distribuição dos idosos por freguesia de residência.....	38
Gráfico 2- Distribuição dos participantes de acordo com o nível de escolaridade.....	38
Gráfico 3- Distribuição da amostra segundo o estado civil.....	39
Gráfico 4- Gráfico de linhas para a classificação dos domínios.....	45

Índice de Tabelas:

Tabela 1- Domínios e facetas de WHQOL- bref.....	35
Tabela 2- Distribuição da amostra segundo a profissão exercida.....	39
Tabela 3- Distribuição da amostra de acordo com o estado actual de saúde.....	40
Tabela 4- Distribuição dos participantes a cerca do apoio que recebem.....	40
Tabela 5- Distribuição dos participantes em função da sua percepção acerca da qualidade de vida.....	41
Tabela 6- Distribuição dos participantes sobre a sua satisfação com a saúde.....	41
Tabela 7- Distribuição dos resultados relativamente aos itens do domínio físico.....	42
Tabela 8- Distribuição dos resultados relativamente aos itens do domínio psicológico.....	42
Tabela 9- Distribuição dos resultados para os itens do domínio das relações sociais.....	43
Tabela 10- Tabela com os resultados para os itens do domínio do meio ambiente.....	43
Tabela 11- Tabela com resultados descritivos (em percentagem) da avaliação da qualidade de vida do idoso para os 4 domínios do “WHOQL- bref”.....	44

Índice de Figuras:

Figura 1- Figura da qualidade de vida na velhice (Lawton 1991).....23

0. Introdução:

Na qualidade de aluna a frequentar o 4º-ano de Licenciatura em Enfermagem, surge como proposta a realização de um projecto de graduação inserido no âmbito do plano curricular da Licenciatura.

A investigação científica, segundo Fortin (2003, p.18): “ (...) visa a produção de uma base científica para guiar a prática e assegurar a credibilidade de profissões” e “ (...) facilita o desenvolvimento desta como ciência “.

De facto, é inegável o contributo da investigação científica para o saber científico da enfermagem, pelo que a realização deste estudo, para além de ser o culminar de toda a formação académica, e por isso um importante momento formativo, permitiu também aprofundar os conhecimentos na área da qualidade de vida do idoso.

A idade avançada, pode trazer algumas alterações e/ou agravamento da saúde e doença do indivíduo, facto que se pode reflectir na sua qualidade de vida. A Qualidade de vida (QV), foi definida pelo grupo de Qualidade de Vida da OMS como “ a percepção do indivíduo acerca da sua posição na vida, no contexto da cultura e sistema de valores nos quais vive e em relação aos objectivos, expectativas, padrões e preocupações (Paschoal, 2002 p.81).

Não obstante e tendo em conta a subjectividade do conceito qualidade de vida, no presente estudo, um dos desafios colocados trata-se de indagar a perspectiva do idoso acerca da sua qualidade de vida.

Assim, formulou-se a seguinte questão de partida: “Qual a qualidade de vida dos idosos que frequentam Centro de Convívio de Canidelo?”

Neste sentido é objectivo geral: Avaliar a qualidade de vida nos seus vários domínios dos idosos que frequentam o Centro de Convívio de Canidelo.

De acordo com o exposto optou-se por um estudo exploratório descritivo transversal inserido no paradigma quantitativo, de modo a procurar entender quais os aspectos que estão associados à sua qualidade de vida.

Para a colheita de dados utilizou-se o WHOQOL-Bref, constituído por 26 questões, organizado em quatro domínios: Físico, Psicológico, Relações Sociais e Ambiente (Serra 2006).

A estrutura do trabalho assenta em três fases: conceptual, metodológica e empírica, todas elas inter-relacionadas e procurando o rigor científico. Por fim serão apresentadas as conclusões do estudo em que foi possível verificar que a qualidade de vida dos idosos avaliados é “satisfatório”, pois 40% classificam a sua qualidade de vida como boa e 60% nível intermédio (nem boa nem má). De qualquer forma, os valores médios do domínio das relações sociais e do meio ambiente tendem a ser elevados em relação ao domínio psicológico e físico, como seria de prever devido a condição de saúde dos Idosos.

I- Fase Conceptual

“Conceptualizar refere-se a um processo, a uma forma de formular ideias, de as documentar em torno de um assunto preciso, com vista a chegar a uma concepção clara e organizada do objecto de estudo”(Fortin, 2003,p.39).

Sendo assim, a fase conceptual de investigação é constituída, inicialmente, pela escolha e formulação de um problema de investigação onde seguidamente se irá rever a literatura pertinente sobre esse mesmo problema, enunciar o objectivo, as questões de investigação pertinentes para esse mesmo estudo (Fortin, 2003).

Deste modo este capítulo inicia-se com a apresentação do tema de investigação assim como a sua respectiva justificação, coloca a pergunta de investigação relatando os respectivos objectivos de estudo e finalizando com a fundamentação teórica.

1.1 Definição e justificação do tema

“A etapa inicial do processo de investigação consiste em encontrar um domínio de investigação que interesse ou preocupe o investigador e se revista de importância para a disciplina”(Fortin, 2003,p39). A mesma autora refere que “qualquer investigação tem por ponto de partida uma situação considerada como problemática, isto é, que (...) exige uma explicação ou pelo menos uma melhor compreensão do fenómeno observado”(Fortin 2003,p.48)”.

Sendo assim o tema deste trabalho versa a problemática dos idosos em contexto de centro de dia. Este facto prende-se, por um lado, devido ao interesse e motivação despertados aquando da realização do ensino clínico num lar de idosos, que de uma forma indescritível despertou a vontade de um melhor conhecimento sobre este tema, por outro lado acresce ainda o facto de se tratar de uma problemática cuja pertinência actual é indiscutível, dado o envelhecimento da população em Portugal.

O envelhecimento demográfico resulta da transição demográfica, ou seja da passagem de um modelo demográfico de fecundidade e mortalidade elevados, para um modelo em que ambos, a fecundidade e a mortalidade, atingem valores diminutos, o que provoca estreitamento da

base da pirâmide, com baixa da população jovem e o alargamento do topo, que significa um acréscimo da população idosa (INE, 2002).

Os centros de dia e de convívio, constituem um apoio prestado por um conjunto de serviços dirigidos a idosos da comunidade, cujo o objectivo fundamental é desenvolver actividades que proporcionem a manutenção dos idosos no seu meio sócio familiar (Gracio, 1999).

Assim, face ao exposto emergiu o tema em estudo: A qualidade de vida do Idoso que frequenta o Centro de Convívio de Canidelo.

1.2 Pergunta de partida

“ O ponto de partida de qualquer investigação consiste em escolher um domínio de interesse e transpô-lo para uma questão que poderá ser estudada” Fortin (2003,p.59). A mesma autora refere ainda que, “logo que o domínio de investigação for precisado, é necessário interrogar-se sobre questão a, colocar”(Fortin 2009,p.50).

Ainda, e parafraseando Fortin (2003, p.51) “uma questão de investigação é uma interrogação explícita relativa a um domínio que se deve explorar com vista a obter novas informações. É um enunciado interrogativo claro e não equivoco que precisa os conceitos-chave, especifica a natureza da população que se quer estudar e sugere uma investigação empírica”.

Assim, face à necessidade de compreender melhor a problemática da qualidade de vida do idoso, formulou-se a seguinte pergunta de partida:

- Qual a qualidade de vida dos idosos que frequentam o Centro Convívio de Canidelo?

1.3 Questões de investigação

De acordo com a pergunta de partida, emergiram as questões de investigação que de acordo com Fortin (2003, p.101), “decorrem do problema de investigação e do seu quadro teórico ou conceptual e determinam as outras etapas do processo de investigação”.

Neste sentido, as questões de investigação neste estudo são as seguintes:

- Como percebem a QV, nos diferentes domínios, os idosos que frequentam o Centro de Convívio de Canidelo?
- Quais os valores atribuídos à QV, nos seus vários domínios, pelos idosos que frequentam o Centro de Convívio de Canidelo;

1.4 Objectivos

Segundo Fortin (2003,p.100), “ objectivo de estudo indica o porquê da investigação. É um enunciado declarativo que precisa a orientação da investigação segundo o nível dos conhecimentos estabelecidos no domínio em questão”.

Neste estudo o objectivo geral é:

- Avaliar a qualidade de vida dos idosos que frequentam o Centro de Convívio de Canidelo.

Os objectivos específicos são, mais concretos, permitindo atingir o objectivo geral e serem aplicados em situações particulares (Lakatos, Marconi, 2003 p.219).

Assim sendo os objectivos específicos são os seguintes:

- Compreender como percebem a QV, nos diferentes domínios, os idosos que frequentam o Centro de Convívio de Canidelo.
- Quantificar a QV, nos seus vários domínios, dos idosos que frequentam o Centro de Convívio de Canidelo;

1.5 Enquadramento teórico

O enquadramento teórico reveste-se da maior importância num trabalho de investigação na medida em que a revisão bibliográfica assenta numa pesquisa exaustiva e devidamente seleccionada sobre a temática em estudo, permitindo situar o trabalho num contexto próprio. Assim, de acordo com Fortin, (2003) permite escolher a informação mais pertinente para a conceptualização da investigação.

A fundamentação teórica assume ainda relevância pois permite ao investigador “ (...) também recorrer a ela aquando da interpretação dos resultados (...)” pois como refere Fortin (2003, p.74), efectuando comparação dos dados com a bibliografia existente.

1.5.1 Envelhecimento

Envelhecer é um processo comum e natural a todos os seres, sendo este contínuo é porém mais demarcado na última fase da vida, que termina com a morte.

Segundo Santos (2002,p.23,24) o envelhecimento é “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 aspectos particulares da velhice, carecendo ainda de funcionamento lógico”.

Para Novaes (2007,p.27) “o envelhecimento é um processo complexo e multifactorial “.

O envelhecimento pode traduzir-se num conjunto de alterações que ocorrem progressivamente na vida adulta e que frequentemente podem reduzir a viabilidade do indivíduo” (Neto cit por Ramos et al, 2005).

Várias teorias tentam explicar as causas do envelhecimento como a teoria genética, telométrica, imunológica, e dos radicais livres, no fundo o envelhecimento do organismo como um todo está relacionado com o facto das células somáticas do corpo humano irem morrendo uma após outra e não serem substituídas por novas como acontece na juventude.

O processo de envelhecimento é entendido como uma progressiva perda da funcionalidade nos diferentes órgãos e sistemas, assim como uma “diminuição progressiva da capacidade de reserva e na deterioração dos mecanismos de controlo que regulam a actividade funcional” Blanco (2006,p.1).

No entanto, na opinião da mesma autora a principal característica do envelhecimento humano é a sua variabilidade, já que a incapacidade funcional do organismo não ocorre ao mesmo tempo em indivíduos da mesma idade logo há uma variação entre pessoas que deve-se em parte a diferenças genéticas Blanco (2006,p2).

Segundo Sorensen e Luckmann (1994) o envelhecimento é um processo inerente a vida humana e bastante complexo, influenciado por múltiplos factores hereditariedade, nutrição, doença, e circunstâncias socioeconómicas. “O envelhecimento bem-sucedido é aquele com baixa susceptibilidade a doenças e elevada capacidade funcional (física e cognitiva), acompanhado de uma postura activa perante a vida e a sociedade” (Neto cit in Ramos et al,2005,p.9).

Segundo Moriguchi, Y (2002 p.10) verifica-se que “na forma de envelhecimento os factores extrínsecos, como tipo de dieta, sedentarismo e causas psicossociais, intensificariam os efeitos adversos que ocorrem com o passar dos anos ” enquanto que na forma de envelhecimento saudável estes não estariam presentes ou, quando existentes seriam de diminuta importância.

Deste modo um envelhecimento bem sucedido será um envelhecimento que visa uma educação para a saúde e um investimento no stock de saúde ou seja promoção de uma boa nutrição, promoção de repouso e exercício e promoção da segurança.

1.5.2 Envelhecimento da população em Portugal e na União Europeia

Desde alguns anos que o chamado “envelhecimento populacional” tem vindo a assumir particular importância dado que em muitos países e também em Portugal se tem vindo a notar um aumento da proporção das pessoas idosas, e uma diminuição das pessoas mais jovens. Este facto, envelhecimento da população, “constitui um fenómeno à escala europeia e mundial, completamente novo, em especial nos países desenvolvidos, nunca antes experimentado pela humanidade” (Amendoeira 2006, p.3).

De acordo com o Instituto Nacional de Estatística (INE) em 2002 o envelhecimento em Portugal tem vindo a aumentar. Este fenómeno, segundo a mesma fonte ocorreu em todos os países desenvolvidos e verifica-se actualmente com maior intensidade nos países em desenvolvimento. Entre 1960 e 2000 a proporção de jovens (0- 14 anos) diminuiu cerca de 37% para 30%. Os dados da Organização das Nações Unidas (ONU) apontam para um aumento do numero dos idosos nos países em desenvolvimento, em que a população com idade superior a 65 anos aumentara mais de nove vezes até 2050 (ONU, 2002, cit, por Tricadeiro, Lopes,e Marques 2009).

A ONU refere ainda que a proporção de jovens continuará a diminuir, para atingir os 21% do total da população em 2050. No entanto, projecções recentes revelam que nos próximos 50 anos, em Portugal se manterá a tendência de envelhecimento demográfico, sendo que em 2060, possam residir no território nacional cerca de 3 idosos, por cada jovem (INE, 2009 cit. por Anna Ferreira 2009).

Segundo Blanco (2006, p.1):

“Há décadas que se regista um envelhecimento progressivo da população, motivado fundamentalmente por um aumento das taxas de envelhecimento e por uma diminuição progressiva nas taxas de natalidade e de fertilidade”.

Estas alterações resultam da diminuição constante da taxa de natalidade, que está associada a outros fenómenos, como redução da nupcialidade, o casamento mais tardio, a emancipação da mulher e a sua entrada no mercado de trabalho, mas também devido aos métodos contraceptivos e aos encargos que exige uma família numerosa.

Prevê-se que, até 2050, o número de pessoas com mais de 65 anos na União Europeia cresce 70% (Ferreira, 2009).

1.5.3 Qualidade de vida no idoso

A qualidade de vida é um parâmetro de avaliação de qualidade e “outcome” dos cuidados de saúde e naturalmente também nos idosos. A longevidade do ser humano, tem vindo, como referido a aumentar, sendo que por um lado existe o desejo de viver cada vez mais por outro existe o receio de viver dependente e com incapacidade. De facto, à medida que envelhecemos aumenta a prevalência de doenças e de prejuízos à funcionalidade física, psíquica e social. Mais anos vividos podem reflectir-se em sofrimento quer para os indivíduos quer para as suas famílias. No entanto, se o indivíduo envelhecer com autonomia e independência, com boa saúde física, desempenhando papéis sociais, permanecendo activo e desfrutando de senso de significado pessoal, a qualidade de sua vida pode ser muito boa (Paschoal, 2002 p.79).

Neste sentido, o conceito de qualidade de vida tem vindo a ganhar importância crescente nas ciências sociais, nas ciências da saúde (Hortelão, 2003 cit por Ferreira, 2009), bem como nas organizações políticas e governamentais (Lopes, 2004).

No âmbito da geriatria, a questão da qualidade de vida emerge com particular importância, uma vez que surgem questões de ordem ética e prática, em que está muitas vezes envolvida a

legitimidade e oportunidade de prolongamento da vida dos idosos. Estes, de certa forma mais frágeis do ponto de vista físico e mental, o que implica cuidados de equipas multi-profissionais .

“Uma velhice patológica, depende da história de desenvolvimento e de envelhecimento, que é marcada por influências genético-biológicas, psicológicas e sócio-culturais, algumas das quais podem ser controladas” (Paschoal, 2002 p.79).

Segundo o mesmo autor o conceito de qualidade de vida tem múltiplas dimensões, quer física quer psicológica e social, o que fez com que a saúde e a qualidade de vida dos idosos, mais que em outros grupos etários, sejam influenciados por estes factores.

Assim, Fernandes (1996) refere que a qualidade de vida em gerontologia está relacionada com a maneira como o sujeito experiencia o seu próprio envelhecimento e vive a sua velhice.

Segundo Wood Dauphinne o conceito qualidade de vida foi mencionado pela primeira vez em 1920, por Pigou, num livro sobre economia e bem-estar material, (“The Economics of Welfare”) era discutido um apoio governamental para as classes mais desfavorecidas e qual seria o impacto desse apoio nas suas vidas. No entanto foi desvalorizado e o conceito caiu no esquecimento, até que em 1964 Lyndon Johson, Presidente dos Estados Unidos, quando afirmou: “ os objectivos não podem ser medidos através do balanço dos bancos. Eles só podem ser medidos através da qualidade de vida que proporcionam as pessoas” (cit por Leal, 2008). Porem segundo Leal (2008) foi a partir da década de 80, que diversos autores começaram a considerar que o conceito de qualidade de vida envolvia diferentes perspectivas, nomeadamente biológica, psicológica, cultural e económica, isto é, um conceito multidimensional.

A mesma autora, refere “só na década de 90 se chegou à conclusão acerca da multidimensionalidade e também da subjectividade deste conceito, uma vez que, cada individuo avalia a sua qualidade de vida de forma pessoal, nas diferentes perspectivas de qualidade de vida” (Leal, 2008 p.4).

Após a II Guerra Mundial, a OMS (Organização Mundial de Saúde) redefiniu saúde, incorporando a noção de bem-estar físico, emocional e social surgindo a ideia de medir o bem-estar. A partir de 1960 o conceito de qualidade de vida foi gradualmente sendo cada vez mais usado, em áreas diferentes e amplificou-se de modo a significar “crescimento económico, boas condições de saúde, educação, moradia, transporte, lazer trabalho e crescimento individual” (Paschoal, 2002 p.80).

Deste modo começou a ser necessário medir qualidade de vida não só entre países, regiões e cidades (qualidade de vida objectiva), mas também medir a qualidade de vida percebida pelos indivíduos, passou-se desta forma a valorizar a opinião dos indivíduos, ou seja a opinião de cada pessoa e o seu grau de satisfação com a qualidade de suas vidas (qualidade de vida subjectiva)” o dono da vida é quem deverá avaliar a qualidade de sua vida” (Paschoal, 2002 p.80).

O conceito qualidade de vida tem uma natureza abstracta o que explica os inúmeros significados diferentes que este conceito pode assumir dependendo da época, país, cultura, classe social e até mesmo de indivíduo para indivíduo. Deste modo qualidade de vida é um conceito onde estão incluídos múltiplos pontos de vista e encontrando-se dinamicamente em transformação ao longo dos tempos.

Um grupo de especialistas da Organização Mundial de Saúde (the WHOQOL Group,1995) definiu qualidade de vida como sendo:

“a percepção do individuo acerca de sua posição na vida de acordo com o contexto cultural e o sistema de valores com os quais convive em relação aos seus objectivos, expectativas, padrões e preocupações” (Paschoal, 2002 p.81).

Segundo o WHOQOL Group (1995), as questões a ser feitas aos indivíduos deveriam fazer uma avaliação global de comportamentos, estados emocionais e a capacidades das pessoas e da sua satisfação/insatisfação com tais comportamentos, estados e capacidades, pois desta forma são dadas informações sobre a qualidade de vida.

O conceito de qualidade de vida é portanto um conceito multidimensional, pois a qualidade de vida inclui pelo menos três dimensões: a física, a psicológica e a social. “Por ser multidimensional, bipolar e subjectivo, o conceito torna-se complexo e difícil de avaliar ” (Paschoal, 2002 p.81). O mesmo autor refere que em relação à sua bipolaridade, considera-se que o conceito possui dimensões positivas e negativas, que podem ser aplicadas a condições tão diversas como o desempenho de papéis sociais, a mobilidade, a autonomia, a dor a fadiga e a dependência (Paschoal, 2002).

Porém, no âmbito da área da saúde “o interesse pelo conceito de qualidade de vida é relativamente recente reportando-se a novos paradigmas que têm influenciado as práticas de saúde. Neste sentido, saúde e doença configuram-se com processos compreendidos num continuum, relacionados com aspectos económicos, socioculturais, experiencia pessoal e estilos de vida (Seidl et al 2004, p. 580)”.

O processo de envelhecimento facilita o desenvolvimento de limitações funcionais a nível físico e sensorial, o que dificulta a autonomia em actividades de vida diária levando à dependência (Lage, 2005; Barros, e col., 2009). Muitas vezes por razões económicas e outras vezes pela dificuldade de realizar sozinho as actividades de vida diária necessárias à sobrevivência e à manutenção das relações sociais, os idosos perdem, na sua maioria, a independência (Veríssimo, 2001).

Actualmente, constata-se uma tendência para definir qualidade de vida com base em aspectos específicos associados a determinados grupos de indivíduos por exemplo indivíduos com determinada patologia ou com determinada idade.

Neste Sentido, a qualidade de vida do idoso, em que o declínio físico é incontornável, implica considerar critérios multidimensionais, e também a rede social. A Organização Mundial de Saúde lançou em 2010 uma publicação com o título “Equity, social determinants and public health programmes” (Equidade, determinantes sociais e programas de saúde publica) renovando o desafio lançado em Setembro de 2008 pela apresentação do relatório da sua “Comissão para os determinantes da saúde”.

Envelhecer saudavelmente e ter uma boa velhice com qualidade de vida, prolongar a juventude e retardar a morte têm sido ideais permanentes do ser humano. No entanto é difícil

operacionalizar o conceito de qualidade de vida na velhice, devido ao facto e de a sua avaliação depender de valores e ideais mutantes no tempo e no espaço ou seja critérios subjectivos que torna este tema delicado e desafiador (Neri 2000).

A preocupação com a qualidade de vida na velhice ganhou relevância nos últimos 30 anos a partir do momento que houve um aumento do crescimento do número de idosos e de uma longevidade com boa qualidade de vida passou a ser uma preocupação para as sociedades. Assim foram-se levantando questões que dizem respeito ao bem-estar físico, psicológico e social dos idosos (Neri 2000).

Segundo Lawtson citado por (Neri 2000 p.39) a “qualidade de vida na velhice é uma avaliação multidimensional referenciada a critérios socionormativos e interpessoais, a respeito das relações actuais, passadas e prospectivas entre o indivíduo maduro ou idoso e o seu ambiente”. Ou seja a qualidade de vida na velhice depende de vários elementos que estão em constante interacção ao longo da vida do indivíduo.

Assim sendo na década de 80, Lawtson construiu o modelo de qualidade de vida na velhice, respeitando a multiplicidade de aspectos e influências inerentes ao fenómeno. O modelo descreve quatro dimensões conceituais nomeadamente a competência comportamental, condições ambientais, qualidade de vida percebida e bem-estar subjectivo (Figura 1).

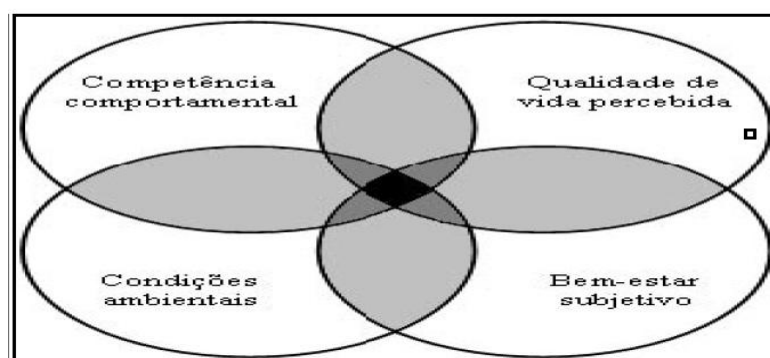


Figura:1 Representação Esquemática do modelo de qualidade de vida na velhice, elaborado por Lawtson citado por (Neri 2000 p.39).

A avaliação da qualidade de vida incide sobre quatro áreas sobrepostas e inter-relacionadas, das quais depende a funcionalidade do idoso (Neri 2000).

A competência comportamental representa a avaliação sicionormativa do funcionamento do indivíduo quanto à saúde, à funcionalidade física, à cognição, ao comportamento social e a utilização do tempo, ou seja “traduz o desempenho dos indivíduos frente às diferentes situações de sua vida” assim sendo depende da capacidade e do potencial de cada um, como das suas experiências de vida, valores, e desenvolvimento pessoal que é influenciado pelo contexto histórico-cultural do individuo (Paschoal, 2002 p81).

As condições ambientais dizem respeito à adaptação do idoso no ambiente que o rodeia sendo essencial que se sinta bem no espaço onde está inserido. “Quando os idosos gozam de autonomia funcional, eles próprios podem providenciar arranjos para que o seu ambiente seja mais seguro” (Neri 2000 p.40).

Qualidade de vida Percebida é a dimensão subjectiva da qualidade de vida pois depende da avaliação e dos julgamentos do indivíduo sobre a sua funcionalidade física, social e psicológica. Ou seja a qualidade de vida percebida, reflecte a avaliação da própria vida, influenciada pelos valores que o indivíduo foi adquirindo ao longo da sua vida pelas expectativas pessoais e sócias e a eficácia de suas acções nesse ambiente (Paschoal, 2002).

Bem-estar subjectivo, significa o grau de satisfação do indivíduo com a sua própria vida. Deste modo reflecte “à avaliação pessoal que o idoso faz do conjunto e da dinâmica das relações entre as três áreas precedentes. É indicado principalmente por satisfação, felicidade e estado de espírito” (Paschoal, 2002 p.84).

Segundo Lawtson, (cit por Paschoal, 2002 p.81). “a qualidade de vida na velhice pode ser definida como avaliação multidimensional referenciada a critérios sócio-normativos e interpessoais, a respeito das relações actuais, passadas e prospectivas entre o indivíduo maduro ou idoso e o seu ambiente” .

O estudo da qualidade de vida e a introdução deste conceito, nomeadamente na área da saúde, deveu-se à mudança de modelo de abordagem das questões de saúde, em que se

passou a dar ênfase biomédica para uma ênfase mais holística, biopsicossocial” (Paúl 2005 p.77).

O estudo da qualidade de vida e a sua importância tem despertado interesse em várias e disciplinas principalmente na área da gerontologia. Como já foi referido anteriormente o envelhecimento “é uma experiência heterogénea, em que cada indivíduo pautará a sua vida de acordo com padrões, normas, expectativas, desejos, valores e princípios diferentes”. (...) Deste modo há “necessidade de instrumentos multidimensionais, sensíveis à grande variabilidade dessa população” (Paschoal, 2002 p82).

A procura de um instrumento psicometricamente válido que avaliasse a qualidade de vida fez com que a OMS (Organização Mundial de Saúde) constituiu-se um grupo de qualidade de vida WHOQOL (World Health Organization Quality of Life), com a finalidade de desenvolver instrumentos capazes de fazê-lo dentro de uma perspectiva transcultural.

Inicialmente foi desenvolvido o (WHOQOL-100) um questionário composto por 100 questões, mas rapidamente começou a surgir a necessidade de um questionário mais curto para uso em estudos epidemiológicos deste modo a OMS desenvolveu uma nova versão mais abreviada do WHOQOL-100, surgindo assim o WHOQOL-26, composto apenas por 26 questões.

Neste estudo a escala utilizada para avaliar a qualidade de vida dos Idosos da Freguesia de Canidelo será WHOQOL-26.

O desenvolvimento das versões para português de Portugal dos instrumentos de avaliação da qualidade de vida da OMS – WHOQOL-100 e WHOQOL-BREF – são relativamente recentes, pelo que ainda não existe o acesso ao artigo que detalha o estudo que teve como propósito o desenvolvimento da versão do WHOQOL-BREF para português de Portugal e o estudo das características psicométricas do instrumento. Existe, contudo, acesso a algumas informações pertinentes do referido projecto, onde se insere o estudo deste instrumento, através do link: <http://www.fpce.uc.pt/saude/qv.htm> . O instrumento foi cedido por uma das autoras da versão portuguesa – Professora Doutora Cristina Canavarro – após cumprimento

das formalidades requeridas e adequada execução do procedimento indicado para obtenção do instrumento.

Um estudo realizado em 2006 por Chephin, em idosos, que envolveu 132 indivíduos, revelou que os maiores scores foram encontrados no Domínio Social com uma média de 75,69. Seguido pelo domínio ambiental com média de 64,58. Os Domínios Psicológico e Físico obtiveram resultados similares, com médias de 58,20 e 58,10 respectivamente.

1.5.4 Instituições de apoio ao idoso

O ser humano à medida que envelhece vai perdendo certas capacidades quer a nível físico quer a nível psicológico o que faz com que exista uma limitação em executar tarefas e actividades da vida quotidiana como foi referido anteriormente, assim sendo a necessidade de ajuda aos idosos aumenta progressivamente com o avançar da sua idade.

Neste sentido o aumento da população idosa tem levado a inúmeras transformações sociais, que por sua vez têm levado a uma organização dos serviços de saúde de forma a dar resposta às novas necessidades (Rebelo, 2007).

Por outro lado os idosos são dos grupos sociais mais vulneráveis à pobreza e a exclusão social, por serem um grupo socialmente marginalizado, e por na sua maioria, usufruírem de rendimentos que se situam abaixo do limiar de pobreza (INE, 2002). A mesma fonte refere que os agregados constituídos por um único idoso e os casais de idosos, eram os registavam maior índice de pobreza (INE, 2002).

Para combater tal situação os governos tiveram de criar soluções. A primeira forma para combater a pobreza foi a reforma. Em 1976 concretiza a consolidação no artigo 63 da Constituição de 1976 declara-se que: “Estado promoverá uma política de terceira idade que garanta a segurança económica das pessoas idosas e a política da terceira idade deverá ainda proporcionar condições de habitação e convívio familiar e comunitário que evitem e superem o isolamento ou a marginalização social das pessoas idosas e lhes ofereçam as oportunidades

de criarem e desenvolverem formas de realização pessoal através de uma participação activa na vida da comunidade” (Artigo 63.º da constituição).

A reforma é marcada pela perda do papel activo do ser humano na sociedade, esta normalmente acontece a partir dos 65 anos de idade. Deste modo o idoso vai ter mais tempo livre, sendo necessário um preenchimento deste com actividades de lazer, variando consoante o género, as origens, os interesses.

Em Portugal, o processo de envelhecimento populacional, que tem ocorrido de forma acelerada, trazendo consigo a necessidade de desenvolver e adaptar estruturas (serviços de saúde e de apoio social), de forma a fazer face às necessidades de saúde e sociais da população (Azeredo, 2009).

O idoso que frequenta o centro de dia pode melhorar a sua qualidade de vida, dando resposta às necessidades essenciais, como alimentação, higiene ou saúde, mas também interessa-se especialmente por reflectir sobre a participação, ocupação e a relação dos idosos, isto é, é necessário minimizar a falta de estrutura familiar, incentivando os idosos a participarem na organização da própria instituição, ocupando-se com actividades que lhes sejam benéficas e que promovam a comunicação entre idosos (Queiroga 2001). O mesmo autor considera que, o convívio diário e a concretização de actividades adequadas libertam a pessoa idosa do stress que pode causar o período pós reforma. Deste modo a satisfação das necessidades afectivas do idoso, a sua auto-estima e auto-imagem e podem transformar uma atitude de passividade, apatia e desinteresse. Neste sentido os centros de dia, podem colmatar aspectos relacionados com a indisponibilidade, devido ao trabalho dos familiares, para acompanharem e cuidarem dos seus familiares mais idosos.

Assim as instituições procuram dar resposta às necessidades essenciais dos idoso, nomeadamente da alimentação, da higiene ou da saúde, interessam-se também por reflectir sobre a participação, ocupação e a relação dos idosos, isto é, é necessário minimizar a falta de estrutura familiar, tentando que os idosos participem na organização da própria instituição, se ocupem de actividades que lhes sejam benéficas e que se promova a comunicação entre os

idosos na medida em que, em conjunto formam a própria instituição, sem deixar de atender à especificidade de cada idoso (Queiroga 2001).

Estes aspectos traduzem a importância da vida colectiva como factor terapêutico que para Queiroga (2001), a vida colectiva pode ser um factor favorável para ajudar as pessoas idosas, a libertar-se dos conflitos psicológicos específicos da velhice e para encontrar um equilíbrio correspondente à sua idade e à sua situação na sociedade.

A importância de um plano global de atendimento ao idoso e da construção de uma rede de serviços que lhe proporcionem atenção e qualidade de vida são essenciais. Existem redes de suporte Informal (uma rede constituída pelo companheiro, parentes, família, amigos e vizinhos) e redes de suporte formal que são os serviços estatais de segurança social como lares, centros de dia, centros de convívio.

Redes de suporte formal (centro de convívio)

O envelhecimento “é um processo de desenvolvimento natural, heterogéneo, individual, social e social, profundamente evolutivo e positivo, que desafia a sociedade a repensar toda a sua lógica de organização social, para se adaptar, de forma adequada, ao prolongamento da vida humana, nos países ditos evoluídos, à baixa da fecundidade e da natalidade” (Quintela, 2000, p.133).

Com a evolução dos valores sociais e da estrutura familiar, que condiciona a praticabilidade de apoio e ajuda no domicílio, obriga a criação de respostas que acompanham estas evoluções e que colmatam as acções dos serviços existentes na comunidade, concorrendo para uma melhoria dos cuidados que se prestam às pessoas doentes em particular as mais idosas (Quintela, 2000).

As instituições privadas de solidariedade social, na maioria encontra-se, ligadas directa ou indirectamente à igreja Católica, todas elas beneficiando de um apoio do estado e que, no seu

conjunto, são as impulsionadoras da maior parte dos serviços existentes no nosso país. As redes sociais de apoio revestem-se de uma importância crucial nos idosos dado o sentimento de ser amado é valorizado, a pertença a grupos de comunicação e obrigação recíprocas, levam os indivíduos a escapar ao isolamento e anonimato. No plano das respostas organizadas para idosos, importa deste modo apresentar propostas que integrem novas relações emergentes entre diferentes gerações, mas que respeitam as opções pessoais de cada um, inerentes aos projectos de vida (Gracio, 1999).

Segundo Gracio (1999, p.139) define centros de convívio como “centros a nível local, que pretendem apoiar o desenvolvimento de um conjunto de actividades sócio-relativas e culturais, destinadas aos idosos de uma determinada comunidade”.

Segundo a mesma autora, os centros de convívio tem como objectivos:

Proporcionar um local de reunião e convívio, promover o lazer e a ocupação de tempos livres e retardar a dependência dos Idosos.

Como serviços prestados Gracio (1999) define os seguintes:

Oferecer actividades recreativas, fornecer refeições ligeiras e conceder informação específica sobre a promoção da saúde e autonomia dos idosos.

O Centro de Convívio da freguesia de Canidelo, presta alguns serviços como refeições, cuidados de higiene, tratamento de roupa, transporte para e do Centro de Dia e actividades de convívio e ocupacionais.

O estudo de Silva e Rezende (2005) que compara idosos institucionalizados e outros que frequentam um Centro de Convívio em que os resultados demonstram que os que frequentam o Centro de Convívio perspectivam a qualidade de vida física, psicológica e ambiental de forma mais positiva que os idosos institucionalizados. Contrariamente o estudo de Pinho (2005) verificou que os idosos não institucionalizados apresentaram mais condicionamentos na vida social associados à saúde física problemas emocionais e dores físicas.

II Fase Metodológica

As escolhas metodológicas são essenciais para obter as respostas às questões de investigação assim como para a realização de um trabalho de investigação uma vez que os resultados finais do trabalho serão condicionados pelo processo, o método e a forma como se obtiveram esses dados. Segundo (Fortin, 2003, p.40) “as diversas decisões metodológicas são importantes para assegurar a fiabilidade e a qualidade dos resultados de investigação”. Assim, a metodologia é uma fase decisiva num estudo de investigação na medida em que só através da utilização de métodos adequados é possível obter conclusões e respostas à pergunta de partida que levou ao desenvolvimento de toda a investigação.

Deste modo, “metodologia é o conjunto dos métodos e das técnicas que guiam a elaboração do processo de investigação científica” (Fortin, 2003,p.372). Para a mesma autora (2003, p.132) “o desenho de uma investigação é o plano lógico criado pelo investigador com vista a obter respostas válidas às questões de investigação colocadas ou às hipóteses formuladas”.

Deste modo no presente capítulo pretende-se desenvolver as estratégias necessárias para dar uma resposta válida às questões efectuadas na face conceptual, versa o tipo de estudo, o meio a população, a amostra, as variáveis, o método e o instrumento de colheita de dados, o tratamento dos dados e por fim as considerações éticas, inerentes ao estudo.

2.1 Tipo de estudo

Segundo Fortin (2003, p. 133) a “Cada tipo de estudo corresponde um desenho que especifica as actividades que permitirão obter as respostas fiáveis às questões de investigação ou as hipóteses” deste modo nos estudos de investigação é pertinente a escolha de um método de investigação em que o tipo de estudo utilizado ira descrever a estrutura utilizada segundo a questão de investigação.

Assim face ao tema em estudo e objectivos delineados optou-se por um estudo descritivo transversal, que assenta numa abordagem quantitativa. De acordo com Fortin (2003, p.163), o estudo é descritivo, “porque, na descrição simples de fenómeno relativo a uma população, de

maneira a estabelecer as características desta população ou de uma amostra desta”. A abordagem quantitativa justifica-se por se tratar de uma colheita de dados sendo estes quantificáveis, ”cuja finalidade é contribuir para o desenvolvimento e validação dos conhecimentos e oferecer também a possibilidade de predizer e controlar os acontecimentos” (Fortin, 2003,p.22).

A mesma autora diz que no método de investigação quantitativo ” o investigador define as variáveis de forma operacional, recolhe ordenadamente dados verificáveis junto dos participantes e analisa-os com ajuda de técnicas estatísticas”(Fortin ,2003 p.30).

O estudo é transversal uma vez, uma vez que a colheita de dados è realizada num único período, que na opinião de Fortin (2003, p.252) “baseia-se em examinar um ou vários grupos de indivíduos, num determinado tempo, em relação com um determinado fenómeno presente no momento da investigação”.

2.2 Meio

De acordo com fortin (2003,p.132),” (...) os estudos conduzidos fora dos laboratórios, tomam o nome de estudos em meio natural, o que significa que eles se efectuam em qualquer parte fora de lugares altamente controlados como são os laboratórios”.

Assim, este estudo desenvolveu-se no Centro de Convívio da freguesia de Canidelo, aos idosos que o frequentam. A opção deveu-se ao facto de se tratar de um Centro de Convívio conhecido do investigador o que facilitou o acesso e a colheita de dados.

2.3 População e amostra

A população segundo Almeida Freire (2007, p.113) é o “ (...) conjunto dos indivíduos, casos ou observações onde se quer estudar o fenómeno “. Na perspectiva de Fortin (2003, p.202) ” a população é o conjunto de elementos que tem características em comum”.

Neste estudo a população é constituída pelos idosos de ambos os sexos que frequentam o Centro de Convívio de Canidelo, num total de 10 idosos.

No que concerne à amostra que é na opinião de Almeida Freire (2007, p.113) “ (...) o conjunto de situações (indivíduos, casos ou observações) extraído de uma população”.

Utilizou-se um processo de amostragem não probabilístico e de conveniência pois de acordo com Fortin (2003, p.208) “os sujeitos são incluídos no estudo à medida “os sujeitos são incluídos no estudo à medida que estes se apresentam num local preciso”, que obedeceu aos seguintes **critérios de inclusão**:

- Idade igual ou superior a 65 anos;
- Condições cognitivas que possibilitem responderem autónoma e conscientemente aos instrumentos de recolha de dados

Face ao exposto, a amostra constituída por 10 idosos, corresponde à população, dado que todos se encontravam no local, no dia 19 Julho pelas 15:30 horas e que após devidamente esclarecidos sobre os objectivos do trabalho e do carácter confidencial dos dados obtidos, bem como do respeito pelo anonimato do mesmo, aceitaram participar no estudo.

2.4 Variáveis

A variável em investigação é definida, segundo Ribeiro (2007,p.36), como “ (...) uma característica que varia, que se distribui por diferentes valores ou quantidades ou que é de diferente tipo “.

De acordo com Fortin (2003,p.36), variável é um conceito colocado em acção numa investigação, “são qualidades, propriedades ou características de pessoas ou situações que são estudadas numa investigação”, definidas em termos observacionais e mensuráveis para um estudo. Segundo a mesma autora “ a escolha das variáveis de atributo é determinada em função das necessidades do estudo”Fortin (2003,p.37)”.

No presente estudo considerou-se as variáveis atributo, que se refere às características dos sujeitos do estudo (Fortin, 2003). Assim sendo neste estudo as variáveis atributo delineadas são: a idade o sexo o estado civil, a escolaridade e a profissão e freguesia.

2.5 Instrumento de recolha de dados

Recolha de dados é fundamental, para que possam atingir os objectivos do estudo, tratando-se de um aspecto fulcral num estudo.

Segundo Fortin (2003, p.41):

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

O instrumento de colheita de dados facilita ao investigador a possibilidade de recolher de uma forma sistemática e bem organizada toda a informação necessária para que o trabalho de investigação possa ser realizado.

Assim, face ao tema em estudo – Qualidade de vida do idoso, características da população, e tendo por base a pesquisa de instrumentos validados para a população portuguesa, optou-se, neste estudo, pela versão portuguesa do WHOQOL-BREF (Canavarro e col., 2006; WHOQOL-BREF, 2009), denominado brief version of World Health Organization Quality of Life cuja aplicação é rápida.

O WHOQOL-BREF integra na sua estrutura quatro domínios de qualidade de vida: físico, psicológico, relações sociais e ambiente. É constituído por 24 aspectos da qualidade de vida, que compõem os domínios, sendo que cada um destes é representado pelos aspectos que o resumem. O instrumento fornece ainda um indicador global, designadamente a faceta geral de qualidade de vida (Canavarro e col., 2005; WHOQOL-BREF, 2009). O WHOQOL-BREF é, então, constituído por 26 itens, sendo 24 itens que avaliam cada um, uma faceta específica da qualidade de vida e 2 questões gerais, não contabilizadas nos domínios, uma respeitante à avaliação global da qualidade de vida e outra à satisfação com a saúde (Paúl e col., 2005). Tendo um total de vinte e quatro facetas específicas e uma de qualidade de vida geral, sendo que cada uma das facetas consta numa descrição de um estado, comportamento, capacidade ou uma percepção ou experiência subjectiva (Canavarro e col., 2005).

Os 24 itens, são todos eles avaliados numa escala de satisfação ou concordância de 5 níveis, que permitem avaliar 4 domínios distintos quanto à qualidade de vida do idoso: domínio físico, domínio psicológico, domínio das relações sociais e domínio do meio ambiente. Estes domínios são avaliados pela soma dos itens que os compõem, estando os mais valores elevados associados a uma avaliação mais positiva da qualidade de vida, por parte do idoso.

Relativamente aos procedimentos, foi feito o pedido de autorização à Direcção da Instituição. A colheita de dados decorreu nos dias 19 e 20 de Julho, onde o investigador esteve presente e aplicar o questionário.

O WHOQOL-Bref (anexo) inclui nos domínios diversos aspectos como se pode verificar na tabela nº- 1.O tempo de preenchimento é de cerca de 15 minutos deve-se salientar que em todos os participantes se procedeu a leitura da metodologia proposta, especialmente das normas propostas de aplicação.

A tabela 2 representa os quatro domínios avaliados na escala de qualidade de vida “WHOQOL-bref“):

Tabela 1 - Domínios e facetas do WHOQOL-bref.

Domínio 1 - Domínio físico
1. Dor e desconforto
2. Energia e fadiga
3. Sono e repouso
9. Mobilidade
10. Atividades da vida cotidiana
11. Dependência de medicação ou de tratamentos
12. Capacidade de trabalho
Domínio 2 - Domínio psicológico
4. Sentimentos positivos
5. Pensar, aprender, memória e concentração
6. Auto-estima
7. Imagem corporal e aparência
8. Sentimentos negativos
24. Espiritualidade/religião/crenças pessoais
Domínio 3 - Relações sociais
13. Relações pessoais
14. Suporte (Apoio) social
15. Atividade sexual
Domínio 4 - Meio ambiente
16. Segurança física e proteção
17. Ambiente no lar
18. Recursos financeiros
19. Cuidados de saúde e sociais: disponibilidade e qualidade
20. Oportunidades de adquirir novas informações e habilidades
21. Participação em, e oportunidades de recreação/ lazer
22. Ambiente físico: (poluição/ruído/trânsito/clima)
23. Transporte

2.6 Tratamento dos dados

O Tratamento dos dados é essencial num trabalho de investigação, pelo que deve ser rigoroso e adequado aos objectivos propostos. Assim, após a colheita de dados iniciou-se todo o procedimento inerente ao tratamento e análise dos dados obtidos. Neste sentido, todos os dados obtidos foram, digitalizados e analisados recorrendo ao software Excel da Microsoft e SPSS versão 16 para Windows, para obtenção dos resultados divididos em domínios e por fim foi realizada a média e mediana de cada domínio estabelecido pelo instrumento utilizado.

Os principais resultados são apresentados sob a forma de tabela e/ ou gráficos de modo a facilitar uma visão específica e global dos resultados.

2.7 Considerações éticas

Na realização de um estudo de investigação é necessário entender os procedimentos éticos, de modo a que o participante no estudo seja respeitado.

Assim de acordo com Lo (cit.in Hulley et all., 2008,p.243,244) são três os princípios éticos a considerar numa investigação “princípio do respeito pela pessoa, princípio da beneficência e o princípio da justiça”.

De acordo com o mesmo autor, o princípio do respeito pela pessoa envolve a obtenção do consentimento informado, para que deste modo se possa operacionalizar a autonomia do participante o que garante a confidencialidade dos dados. No que diz respeito ao princípio da beneficência. No princípio da justiça Segundo Lo (cit. in p.244) “ (...) requer que os benefícios e o bônus de pesquisa sejam distribuídos de forma justa”.

Face ao exposto, todos os participantes no estudo foram devidamente informados e acerca do tipo de estudo, objectivos e carácter voluntario do mesmo, bem como do garante do anonimato e confidencialidade dos dados.

III Fase Empírica

Esta fase caracteriza-se pela execução do plano de investigação delineado, e inclui” (...) a colheita de dados no terreno, Seguida da Organização e do tratamento de dados (...) Para tal são utilizadas “(...) técnicas estatísticas e inferenciais (...) em seguida, passa-se á interpretação, depois a comunicação dos resultados (Fortin, 2003 p.41).

Esta etapa inicia-se com a caracterização da amostra, tendo em conta as variáveis atributo identificadas, posteriormente são analisadas e interpretados os resultados dos dados obtidos, com vista a atingir os objectivos propostos. Ao longo desta fase, recorre-se à utilização de gráficos e tabelas, de uma forma de facilitar a rápida visualização e interpretação dos dados.

3.1 Apresentação e análise e discussão dos resultados

Neste capítulo são apresentados os resultados e feita a análise dos dados recolhidos.

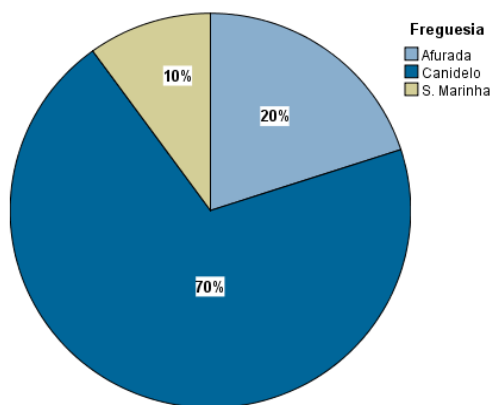
A segunda parte corresponde às questões que compõem a escala de qualidade de vida “WHOQL-bref”, formada por 26 itens que permitem avaliar a percepção do idoso relativamente a aspectos que interferem na sua vida. Assim, são apresentados os principais resultados para os quatro domínios da referida escala: físico, psicológico, relações sociais e meio ambiente.

A análise e tratamento dos dados efectuou-se, como referido, com recurso ao *software* de Estatística SPSS, sendo os principais resultados apresentados sob a forma de tabela e/ou gráfico de forma a facilitar uma visão específica e global dos resultados.

3.1.1 Caracterização da amostra

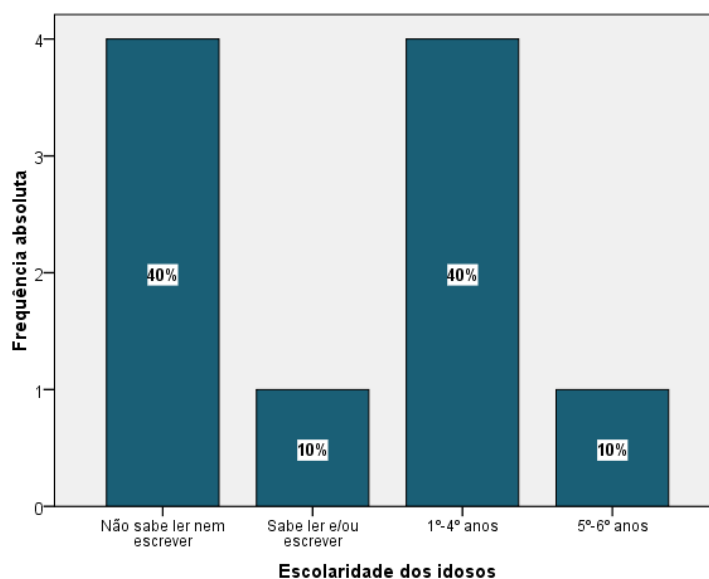
A amostra é constituída por 10 idosos que frequentam um Centro de Convívio de Canidelo.

Gráfico 1 – Distribuição dos idosos por freguesia de residência.



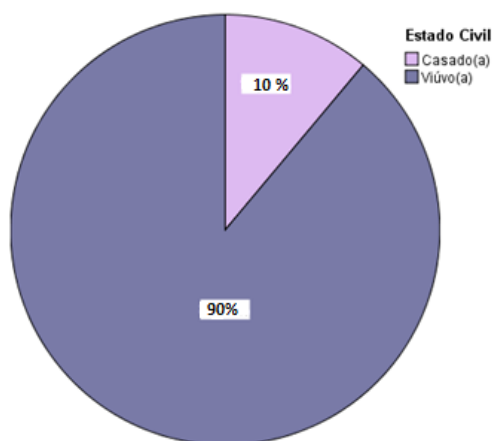
No presente estudo 7 dos participantes (70%) são residentes na freguesia de Canidelo. Os restantes 2 (20%) residem a Afurada e 1(10%) reside em S. Félix da Marinha, como se pode ver pelo gráfico nº-1.

Gráfico 2 – Distribuição dos participantes de acordo com nível de escolaridade



No que diz respeito ao nível de escolaridade, o gráfico 2 permite observar que os idosos inquiridos apresentam como escolaridade máxima 5º e 6º ano, mas apenas 1 participante (10%), 4 (40%) dos participantes têm uma escolaridade básica (primária) e 4 (40%) não sabe ler nem escrever e 1 (10%) apesar de não ter escolaridade referiu saber ler e/ou escrever.

Gráfico 3 – Distribuição da amostra segundo o estado civil.



De acordo com o gráfico nº-3 verifica-se que 9 (90%) da amostra é constituída por idosos viúvos e apenas 10% (1) refere ser casado.

Tabela 2 – Distribuição da amostra segundo a profissão exercida.

Profissão	Frequência absoluta	Frequência relativa
Agricultura	1	10%
Comerciante	3	30%
Costureira	2	20%
Cozinheira	1	10%
Doméstica	1	10%
Técnica de farmácia	1	10%
Vendedora	1	10%
Total	10	100%

Em termos de profissão, podemos ver pela tabela nº-2 que os elementos da amostra exerceram no passado actividades bem distintas, sendo que a profissão mais frequente foi a de comerciante para 3 dos participantes (30%).

Tabela 3 – Distribuição da amostra de acordo com o estado actual de saúde.

Esta actualmente doente?	Frequência absoluta	Frequência relativa
Não	3	10%
Sim	7	70%
Total	10	100%

De acordo com a tabela nº- 3 verifica-se 7 (70%) dos 10 idosos inquiridos referem estar actualmente doentes.

O estado de saúde pode ser um aspecto com influência na qualidade de vida dos idosos, Neste sentido, saúde e doença configuram-se com processos compreendidos num continuum, relacionados com aspectos económicos, socioculturais, experiencia pessoal e estilos de vida (Seidl et al 2004, p. 580)”.

3.1.2 Qualidade de vida dos idosos

Neste estudo, como referido, foi utilizada a versão portuguesa do WHOQOL-BREF (Canavarro e col., 2006; WHOQOL-BREF, 2009), denominado brief version of World Health Organization Quality of Life questionnaire.

Tabela 4 – Distribuição dos participantes a cerca do apoio que recebem.

Recebe das outras pessoas o tipo de apoio que necessita?	Frequência absoluta	Frequência relativa
Pouco	3	30%
Moderadamente	5	50%
Bastante	2	20%
Total	10	100%

Pode verificar-se, pelas respostas na tabela nº-4 que a maioria dos participantes se encontram satisfeitos em relação ao apoio que recebem de outras pessoas.

Tabela 5– Distribuição dos participantes em função da sua percepção acerca da QV.

Como avalia a sua Qualidade de vida?	Frequência absoluta	Frequência relativa
Nem Boa nem má.	6	60%
Boa	4	40%
Total	10	100%

Como é possível observar na tabela nº-5, 4 idosos 40 (%) consideram que a sua qualidade de vida é boa, enquanto que a maioria 6 (60%) acham que nem é boa nem má.

Segundo Leal (2008 p.4) “só na década de 90 se chegou à conclusão acerca da multidimensionalidade e também da subjectividade deste conceito, uma vez que, cada indivíduo avalia a sua qualidade de vida de forma pessoal, nas diferentes perspectivas de qualidade de vida”. Neste sentido, a qualidade de vida percebida, reflecte a avaliação da própria vida, influenciada pelos valores que o indivíduo foi adquirindo ao longo da sua vida pelas expectativas pessoais e sócias e a eficácia de suas acções nesse ambiente (Paschoal, 2000).

Tabela 6 – Distribuição dos participantes sobre a sua satisfação com a saúde.

Até que ponto está satisfeito com a sua saúde?	Frequência absoluta	Frequência relativa
Insatisfeito	3	30%
Não satisfeito nem insatisfeito	3	30%
Satisfeito	4	40%
Total	10	100%

De acordo com os dados da tabela nº-6 podemos verificar que apenas 4 (40%) dos participantes se encontram satisfeitos com a sua saúde.

De acordo com Paschoal, (2002 p.84) Bem-estar subjectivo, significa o grau de satisfação do indivíduo com a sua própria vida. Deste modo reflecte “a avaliação pessoal que o idoso faz do conjunto e da dinâmica das relações entre as três áreas precedentes. É indicado principalmente por satisfação, felicidade e estado de espírito”

A tabela seguinte mostra-nos os 7 itens que avaliam o domínio físico e os resultados médios e medianos da avaliação efectuada pelos 10 idosos da amostra em estudo. De referir que as avaliações são consideradas negativas ou positivas se forem inferiores ou superiores a 3 (nível intermédio), com excepção dos itens assinalados com um asterisco, em que a interpretação deve ser inversa (quanto maior pior é a avaliação).

Tabela 7 – Distribuição dos resultados relativamente aos itens do domínio físico.

	Média	Mediana
Em que medida as suas dores (físicas) o(a) impedem de fazer o que precisa de fazer? *	3,70	4,00
Em que medida precisa de cuidados médicos para fazer a sua vida diária? *	3,40	3,00
Tem energia suficiente para a sua vida diária?	2,60	3,00
Como avaliaria a sua mobilidade [capacidade para se movimentar e deslocar por si próprio(a)]?	3,30	3,00
Até que ponto está satisfeito(a) com o seu sono?	3,30	3,00
Até que ponto está satisfeito(a) com a sua capacidade para desempenhar as actividades do seu dia-a-dia?	3,00	3,00
Até que ponto está satisfeito(a) com a sua capacidade de trabalho?	2,50	2,00

Os resultados obtidos traduzem que os itens que obtiveram média mais baixa estão relacionados “com a satisfação com a capacidade para o trabalho” (2,5) e “ter energia suficiente para a sua vida diária” (2,6).

Tabela 8– Distribuição dos resultados relativamente aos itens do domínio psicológico

	Média	Mediana
Até que ponto gosta da vida?	3,30	3,00
Em que medida sente que a sua vida tem sentido?	3,10	3,00
Até que ponto se consegue concentrar?	4,00	4,00
É capaz de aceitar a sua aparência física?	3,10	3,00
Até que ponto está satisfeito(a) consigo próprio(a)?	3,40	4,00
Com que frequência tem sentimentos negativos, tais como tristeza, desespero, ansiedade ou depressão? *	3,20	3,00

Face aos resultados obtidos neste domínio (tabela nº8) verifica-se que os itens com piores resultados relacionam-se “com a medida que o idoso sente que a sua vida tem sentido” com uma média de 3,10 e mediana 3,00 e com a “capacidade de aceitar a sua aparência física” (3,10 e 3,00) respectivamente. O resultado com média mais elevada está associado à questão sobre a “capacidade de concentração dos idosos” com uma média de 4,00.

Tabela 9 – Distribuição dos resultados para os itens do domínio das relações sociais.

	Média	Mediana
Até que ponto está satisfeito(a) com as suas relações pessoais?	3,70	4,00
Até que ponto está satisfeito(a) com a sua vida sexual?	3,40	4,00
Até que ponto está satisfeito(a) com o apoio que recebe dos seus amigos?	3,50	3,50

O domínio das relações sociais é composto por 3 itens e os resultados são, em geral, elevados, mostrando um nível de satisfação bastante positivo neste domínio

Tabela 10 – Tabela com os resultados para os itens do domínio do meio ambiente.

	Média	Mediana
Em que medida se sente em segurança no seu dia-a-dia?	3,50	3,50
Em que medida é saudável o seu ambiente físico?	3,60	4,00
Tem dinheiro suficiente para satisfazer as suas necessidades?	2,50	2,50
Até que ponto tem fácil acesso às informações necessárias para organizar a sua vida diária?	3,00	3,00
Em que medida tem oportunidade para realizar actividades de lazer?	3,90	4,00
Até que ponto está satisfeito(a) com as condições do lugar em que vive?	3,70	4,00
Até que ponto está satisfeito(a) com o acesso que tem aos serviços de saúde?	4,20	4,00
Até que ponto está satisfeito(a) com os transportes que utiliza?	3,90	4,00

A tabela nº- 10 mostra-nos os resultados dos 8 itens relativos ao domínio relacionado com o meio ambiente. O resultado mais baixo está associado às questões financeiras com uma média de 2,5 (M=2,50) sendo o mais alto relativo ao acesso aos serviços de saúde com uma média de 4,20 (M=4,20).

Para efeitos de comparação, são avaliados os totais de cada domínio, numa escala em percentagem e, portanto, a avaliação é tanto mais positiva quanto mais próxima estiver de 100.

A tabela seguinte mostra-nos algumas medidas descritivas, que permitem analisar a tendência central e dispersão dos resultados nos diferentes domínios.

Tabela 11– Tabela com os resultados descritivos (em percentagem) da avaliação da qualidade de vida do idoso para os 4 domínios do “WHOQL-bref”

	Domínio físico (em %)	Domínio psicológico (em %)	Relações sociais (em %)	Meio ambiente (em %)
Média	45,00	57,08	63,33	63,44
Mediana	44,64	62,50	66,67	64,06
Desvio padrão	14,70	13,76	20,11	7,52
Mínimo	21,43	25,00	33,33	53,12
Máximo	67,86	70,83	83,33	75,00

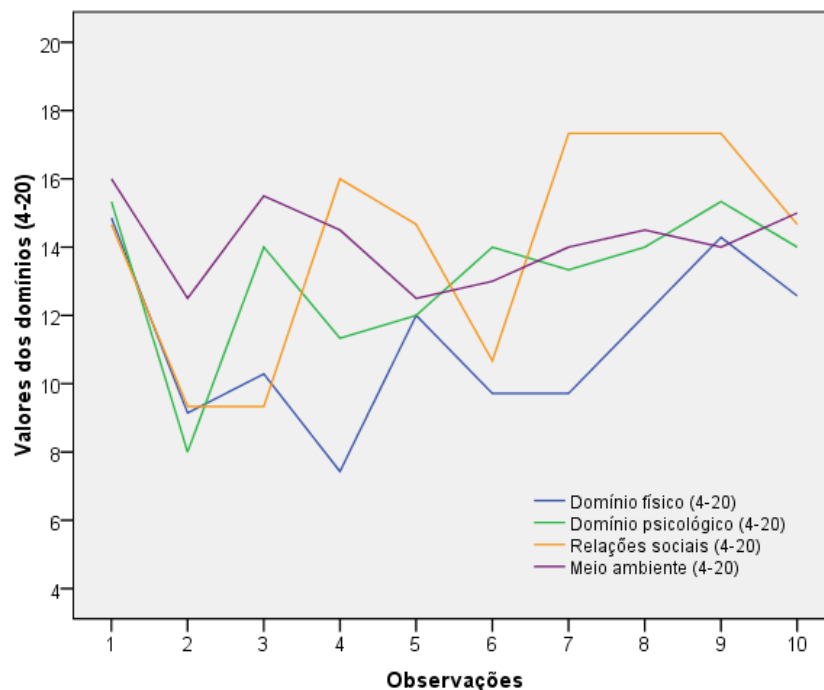
Pelos resultados da tabela 11, verifica-se que os maiores percentuais encontrados têm a ver com os domínios ambiental (M=63,44%) e das relações sociais (M=63,33%) sendo este que apresenta maior variabilidade de resposta, apesar de ser o que tem resultados médios e medianos mais elevados. Por outro lado, o domínio do meio ambiente é o que apresenta menor dispersão nas respostas e os resultados são, em média, bastante positivos. O domínio físico é o que tem resultados mais baixos, provavelmente pela condição de saúde dos idosos.

Um estudo realizado em 2006 por Chephin, revelou que os maiores scores foram encontrados no Domínio Social com uma média de 75,69. Seguido pelo domínio ambiental com média de 64,58. Os Domínios Psicológico e Físico obtiveram resultados similares, com médias de 58,20 e 58,10 respectivamente.

No entanto, um estudo de Silva e Rezende (2005) que compara idosos institucionalizados e outros que frequentam um Centro de Convívio em que os resultados demonstram que os que frequentam o Cento de Convívio perspectivam a qualidade de vida física, psicológica e ambiental de forma mais positiva que os idosos institucionalizados. Contrariamente o estudo de Pinho (2005) verificou que os idosos não institucionalizados apresentaram mais condicionalismos na vida social associados à saúde física problemas emocionais e dores físicas.

A comparação dos domínios é também, efectuada numa escala de 4 a 20 valores, estando o 4 e o 20 associados a respostas de nível 1 e 5 em todos os itens, respectivamente.

Gráfico 4– Gráfico de linhas para a classificação dos domínios



O Gráfico de linhas nº-4 mostra os resultados dos 4 domínios, nessa mesma escala, para todos os idosos inquiridos. Analisando o gráfico podemos constatar que o domínio das relações sociais é o que apresenta mais oscilações, mostrando uma maior diversidade de avaliação. O

domínio físico é, tendencialmente, o que apresenta resultados mais baixos, sendo o do meio ambiente o menos variável e, tendencialmente, mais elevado. Estes resultados comprovam os resultados obtidos na tabela 11 confirmar.

IV Conclusão

O WHOQOL-BREF integra na sua estrutura quatro domínios de qualidade de vida: físico, psicológico, relações sociais e ambiente. É constituído por 24 aspectos da qualidade de vida, que compõem os domínios, sendo que cada um destes é representado pelos aspectos que o resumem. O instrumento fornece ainda um indicador global, designadamente a faceta geral de qualidade de vida avaliação global da qualidade de vida e satisfação com a saúde (Canavarro e col., 2006).

Os objectivos propostos foram atingidos. Assim, nos scores analisados não há diferença principalmente no domínio das relações sociais e do meio ambiente, o domínio psicológico segue-se com um score mais baixo em relação aos dois domínios anteriores e por fim o domínio físico com o score mais baixo como é de prever nesta idade.

Os resultados obtidos pela aplicação da escala “WHOQL-bref”, à amostra de 10 idosos que frequentam o centro de dia de Canidelo, permitem corroborar com uma grande parte de conclusões defendidas pela literatura, no que diz respeito à qualidade de vida dos idosos e aos aspectos que nela exercem maior influência. No entanto, é de referir que a amostra recolhida tem uma dimensão reduzida que, apesar de representar todos os idosos do referido centro de dia, não permite tirar conclusões para a generalidade dos idosos que residem nas diferentes freguesias, alias todas com características bem diferentes. Seria interessante, no futuro, desenvolver este estudo com uma amostra mais consistente, no sentido de poder analisar os resultados com um grupo de idosos com características mais abrangentes (mesmo a nível do sexo, idade, etc), que pudesse ser representativo da totalidade da população em estudo. Apesar disso, os dados recolhidos revelaram resultados extremamente interessantes, que permitem consolidar muitos dos resultados de investigação e das conclusões a nível teórico.

Assim face ao objectivo geral avaliar a qualidade de vida dos idosos que frequentam o centro de convívio de Canidelo podemos concluir que é satisfatória uma vez que 40% considera a sua qualidade de vida como boa (score 4) e 60% como nem boa nem má (score 3).

Face aos objectivos específicos, compreender e quantificar a qualidade de vida nos diferentes domínios, dos idosos que frequentam o Centro de Convívio de Canidelo verifica-se que os maiores percentuais encontrados têm a ver com o domínio ambiental com uma média de 63,44% e das relações sociais com uma média de 63,33% sendo este que apresenta maior variabilidade de resposta, apesar de ser o que tem resultados médios e medianos mais elevados. Por outro lado, o domínio do meio ambiente é o que apresenta menor dispersão e os resultados são em média, bastantes positivos. O domínio físico é o que tem resultados mais baixos como seria de prever devido à condição de saúde habitualmente mais precária dos Idosos.

Pela análise dos resultados verificou-se que a qualidade de vida perspectivada pelos idosos corresponde a uma vida de qualidade média em que a maioria se encontra satisfeito e a considera como “nem boa nem má”.

A realização deste trabalho foi fulcral para o aluno de enfermagem, pois permitiu desenvolver um conjunto de competências de índole prático e teórico. Prático relativamente ao processo de investigação, sendo uma experiencia enriquecedora nesta área. Teórico relativamente ao processo de investigação e devido à leitura efectuada para a fundamentação teórica deste trabalho.

Todo o desenho de investigação percorrido considerou-se adequado concedendo a obtenção de dados, e posteriormente análise permitindo atingir os objectivos propostos.

Bibliografia

Amendoeira,J. (2006) Uma Biografia partilhada da enfermagem. (pp.3) editora: Formasau.

Azeredo,Z. (2009). Cuidados continuados no domicílio: cuidar o utente no seu habitat. Hospitalidade ano 73 nº 284,pp 25-28 Lisboa.

Blanco,E. H.(2006) Síndromes geriátricas. Edições medicas.Lda. (pp. 1,2).

Constituição da Republica Portuguesa (1976) Artigo nº-63 da (segurança social e solidariedade).

Canavarro,M. C(2005) Desenvolvimento do instrumento de qualidade de vida da Organização Mundial de Saúde.(WHOQOL-100)para Portugues de Portugal. Psiquiatria clínica.

(Ferreira,A. L.C.B.M. (2009). A qualidade de vida em idosos em diferentes contextos habitacionais: a perspectiva do próprio e do seu cuidador Dissertação do Mestrado Integrado em Psicologia da Universidade de Lisboa. Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação).

Fernandes, A.(1996). Velhice e sociedade: Demografia, família e políticas sociais em Portugal. Cetta editor

Fortin, M.F.(2003).Processo de Investigação: da concepção à realização, Loures: Lusociência, (pp.18-372).

Freire,S.A (2007).Envelhecimento bem sucedido e bem estar psicológico: in: A.L.Neri & S.Freire. *E por falar em boa velhice* (pp.113) Campinas Papirus.

Gracio,E.I.T. (1999) Manuel sinais vitais – O idoso problemas e realidades: apoio social e financeiro na 3º- idade. 1ª- Edição .Formasau editora (pp.139).

Hortelão, A.P.S (2004) Envelhecimento e qualidade de vida. Estudo comparativo de idosos residentes na Comunidade e idosos institucionalizados na região de Lisboa. *Servir* (52), (pp.119-131).

INE, (2002).O Envelhecimento em Portugal: Situação demográfica e sócio-económica recente das pessoas idosas. Lisboa DEPS.

INE, (2009), Projecções de população residente em Portugal 2008-2060.

Lage, I. (2005). Cuidados familiares a idosos. Em, C. Paúl e A. Fonseca (Eds).

Lopes, .M; Benedetti.T.Actividade física e o Idoso: Concepção Gerontologica 2ª- Edição sublinha: Porto Alegre

Marconi, M.A; Lakatos, E.V(2003) Fundamentos de metodologia Científica 5ª- ed. São Paulo: Atlas (pp.219).

Moriguchi,Y.(2002) In E. Freitas, L.Py, A. Neri, F. Cançado, M. Gorzoni & S.Rocha (eds), *Tratado de Geriatria e Gerontologia* (79- 84) Rio de Janeiro: Guanabara Koogan. (pp.10).

Neri,A.L.(2000) Qualidade de vida na velhice e atendimento domiciliário. In: Yeda.A.O.Duarte & M.Diogo: *Atendimento Domiciliar um Enforque Gerontológico. um enfoque gereontológico*. (pp.39,40).

ONU,(2002),cit por Tricadeiro Lopes & Marques.

Pachol, S. (2002) Qualidade de vida na velhice. In E. Freitas, L.Py, A. Neri, F. Cançado, M. Gorzoni & S.Rocha (eds), *Tratado de Geriatria e Gerontologia* (79- 84) Rio de Janeiro: Guanabara Koogan.

Pinho, M.M.N. (2005) Análise do índice de psicopatologia dos doentes do lar X, comparativamente com índices de psicopatologia dos idosos a residirem em sua casa. Lisboa. Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa. Dissertação de Mestrado.

Paúl, M.C.- (2005) Envelhecer em Portugal: Psicologia, Saúde e Prestação de Cuidados (pp.77-229).

Queiroga, S.- Animação sócio cultural e 3ª-idade. Revista Hospitalidade. Ano 65, nº-251,(2001), 9-12.

Quintela, M.J. (2000) A pessoa idosa e a sociedade perspectiva ética . Lisboa: Presidência do conselho de Ministros.(pp.131).

Ribeiro, S.,(2007) O envelhecimento como processo de desenvolvimento ao longo da vida. Um olhar de enfermagem, *cui`arte revista de Enfermagem do Centro Hospitalar de Setubal, EPE nº-1/ Maio* (pp. 36).

Silva, T.E.; Rezende, C.H.A. (2005); Avaliação transversal da Qualidade de Vida de idosos participantes de Centros de conveniência e institucionalizados por meio do questionário genérico WHOQL-bref. Uberlândia: Universidade Federal de Uberlândia (Monografia).

Sorensen e Luekmann (1994). Enfermagem Fundamental abordagem psicofisiológica. 1ª-edição Lusodidacta.

Santos, P.F.C. (2002) A depressão no idoso: Estudo da relação entre factores pessoais situacionais e manifestações de depressão. 2ª edição Quarteto. (pp.23,24).

Veríssimo, C. M. F. (2001). Envelhecer em família: Qualidade de vida dos cuidadores familiares de idosos dependentes em domicílio: Contributos para uma intervenção multidisciplinar. Coimbra: Universidade de Coimbra (Dissertação de Mestrado).

Anexos:

Anexo I – Escala WHOQOL- BREF