

SARA GABRIELA MOURA DA ROCHA NUNES DA SILVA

Qualidade de Vida e Bem-Estar Psicológico em Idosos



UNIVERSIDADE FERNANDO PESSOA

FACULDADE DE CIÊNCIAS HUMANA E SOCIAIS

PORTO, 2009

SARA GABRIELA MOURA DA ROCHA NUNES DA SILVA

Qualidade de Vida e Bem-Estar Psicológico em Idosos



UNIVERSIDADE FERNANDO PESSOA

FACULDADE DE CIÊNCIAS HUMANA E SOCIAIS

PORTO, 2009

Qualidade de Vida e Bem-Estar Psicológico em Idosos

Sara Nunes da Silva

Dissertação de Mestrado apresentada à Universidade Fernando Pessoa, orientada pela Professora Doutora Isabel Silva, como parte dos requisitos para a obtenção do grau de Mestre em Psicologia Clínica e da Saúde.

RESUMO

A investigação sobre as condições que permitem uma boa Qualidade de Vida (QdV) na velhice, bem como as variações que a idade comporta, revestem-se de grande importância científica e social. Tentar responder à aparente contradição que existe entre velhice e Bem-Estar, ou mesmo a associação entre velhice e doença poderá contribuir para a compreensão do envelhecimento e dos limites e alcances do desenvolvimento humano.

O principal objectivo do presente estudo consiste em tentar perceber em que medida algumas variáveis sociodemográficas, se relacionam com a Qualidade de Vida dos Idosos (QdV), bem como o seu Bem-Estar Psicológico (BEP), na medida em que alguns estudos têm evidenciado resultados opostos, quanto à existência de relações e diferenças estatisticamente significativas, quando se consideram variáveis sociodemográficas. Houve interesse também em analisar a relação entre estes dois construtos.

Participaram 125 idosos, com idades compreendidas entre os 65 e os 92 anos ($M=76,29$; $DP=7,54$), na sua maioria a residir na comunidade e a frequentar Centros de Dia. Foram utilizados os seguintes instrumentos: uma ficha de recolha de dados sociodemográficos, o *Health Organization. Quality of Life Instrument- Bref* (WHOQOL-BREF) e a *Philadelphia Geriatric Center Morale Scale* (PGCMS). Os principais resultados mostram a existência de relações significativas entre Qualidade de Vida e Bem-Estar. Constatou-se a existência de relações e diferenças estatisticamente significativas entre a Qualidade de Vida, o Bem-Estar Psicológico e algumas variáveis sociodemográficas na amostra do presente estudo.

Palavras chave: Qualidade de Vida, Bem-Estar Psicológico, variáveis sociodemográficas, idosos

ABSTRACT

The investigation about the conditions that allow a good Quality of Life (QoL) in old age, such as the variety in which the ageing process with olds, reveals a great scientific and social importance. Trying to respond to the apparent contradiction that exist between old age and well-being, or even the association between old age and illness would contribute to the understanding of the ageing process and its limits in the human development.

The main goal of this study consists in trying to comprehend to what extent some socio-demographic variables relate with the QoL of elders, such as their Psychological Well-Being, in the way studies some studies have demonstrated contradictory results, concerning the existence of statistically significant correlations and differences when taking into account the socio-demographic variables. There was also interest in analyzing the relation between the two matters.

A hundred and twenty five elders participated in the study, within the ages between 65 and 92 years old ($M= 76,29$; $SD= 7, 54$), the majority live in the community and attend Day Care Centers. The following instrument were used: a socio-demographic data base was collected, the *Health Organization Quality of Life Instrument- Bref* (WHOQOL-BREF) e a *Philadelphia Geriatric Center Morale Scale* (PGCMS).

The main results demonstrated significant correlations between QoL and Psychological Well-Being. Revealing the existence of correlations and significant statistical differences between QoL and Psychological Well-Being, and some socio-demographic variables in the sample of the present study.

Key-words: Quality of Life , Psychological Well-Being , socio-demographic variables, elders

RÉSUMÉ

L'étude sur les conditions qui permettent une bonne Qualité de Vie aux personnes âgées, aussi bien que les changements que les années d'une vie comporte, démontre une grande importance scientifique et social. Essayer de répondre à l'apparent contradiction qui existe entre la vieillesse et le Bien-être, ou même l'association entre la vieillesse et la maladie pourrait contribuer à la compréhension du vieillissement et des limites et aboutissement du développement humain du développement humain.

L'objectif principal de cette étude consiste à comprendre de quel manière certaines variables sociodémographiques influencent la qualité de Vie des Personnes Agées (QdV), bien comme leur Bien-être Psychologique (BEP), de quelle manière certaines études démontrent des résultats contradictoires, quand à l'existence d'une relation et les différences statistiquement significatives lorsque l'on utilise des variables sociodémographiques. Il y avait également l'intérêt d'examiner la relation entre ces deux concepts. Cent vingt cinq personnes âgées ont participé, âge de 65 et 92 ans ($M=76,29$; $DP=7,54$), dans sa majorité vivant dans leur communauté et fréquentant des Centres de jours. Nous avons utilisé les instruments suivants : un formulaire de collecte de données sociodémographiques, le *Health Organization. Quality of Life Instrument – Bref (WHOQOL- BREF)* et la Philadelphia Geriatric Center Morale Scale (PGCMS). Les principaux résultats montrent l'existence d'une relation significative entre la qualité de Vie et le Bien-être. Il a été constaté l'existence de relations et de différences significatives entre Qualité de Vie, le Bien-être Psychologique et certaines variables sociodémographiques de l'échantillon de cette étude.

Mots-clés : Qualité de Vie, Bien-être Psychologique, variables sociodémographiques, les personnes âgées.

Agradecimentos

Agradeço aos meus pais Lúcia, e João, irmã Neia, cunhado Tózé, D. Eduarda e Sr. Pereira, por todo o apoio que me deram ao longo deste processo. Sem vocês eu não teria conseguido. Obrigada por fazerem do meu Mundo um lugar mais fácil para viver...

Agradeço aos meus amigos, especialmente à Cláudia, ao Rui, à Joana e ao Hélder, que nunca me deixaram baixar os braços!

Agradeço à Professora Doutora Inês Gomes, a disponibilidade e o encaminhamento, quando tudo era confuso!

Muito obrigada à Professora Doutora Isabel Silva, que me orientou nesta jornada. A sua sabedoria, os seus conselhos... a sua paciência... conduziram-me num caminho sem desvios. Estou grata pelas palavras de coragem e incentivo, que, acredite, tanto alento me deram!

Agradeço à Direcção das Instituições que me permitiram a recolha de dados, oferecendo-me todas as condições necessárias para levar este projecto adiante.

Finalmente, o meu muito obrigada a todos os idosos que participaram neste estudo, por tudo quanto me ensinaram...

Humildemente, gostaria que a minha família, os que cá estão, e os que já partiram, se sentissem hoje especialmente orgulhosos de mim...

Muito Obrigada!

Dedicatória

Dedico à minha amada filha Francisca, á minha Mãe, ao meu Pai e à minha irmã, Neia e ao meu afilhado João ...porque são o mais importante da minha vida.

ÍNDICE DE ABREVIATURAS

APA – American Psychiatric Association

BEP- Bem-Estar Psicológico

INE- Instituto Nacional de Estatística

QdV- Qualidade de Vida

PGCMS- Philadelphia Geriatric Center Morale Scale

SPSS - Statistical Package for Social Sciences

WHOQOL- World Health Organization Quality of Life

ÍNDICE GERAL

Introdução	1
Capítulo I – O Envelhecimento	
1.1. Definição	5
1.2. Indicadores do Envelhecimento	8
1.2.1 Indicadores Físicos.....	10
1.2.2 Indicadores Psicológicos.....	12
1.2.2.1 Saúde Mental e Envelhecimento.....	14
1.2.2.1.2 Ansiedade Face à Morte.....	16
1.2.3. Indicadores Cognitivos	23
1.2.4 Indicadores Relacionais.	25
Capítulo II- Qualidade de Vida	
2.1 Definição.	29
2.2. Qualidade de Vida e Envelhecimento	33
Capítulo III- Bem-Estar Psicológico	
3.1. Bem- Estar Psicológico	45
3.2. O Modelo de Lawton	60
Capítulo IV – Estudo Empírico	
4.1. Objectivos e Variáveis do Estudo.....	63
4.2. Método.....	64
4.2.1. Participantes	64
4.2.2. Material	66
4.2.3. Procedimento	78
Capítulo V- Resultados	
5.1. Resultados Descritivos	81

5.2. Resultados Correlacionais	82
5.2.1. Resultados correlacionais em função da idade, da escolaridade e do tempo de doença	82
5.3. Resultados de Regressão Linear	83
5.4. Resultados Diferenciais	88
5.4.1. Resultados diferenciais em função do sexo	88
5.4.2. Resultados diferenciais em função da zona de residência	89
5.4.3. Resultados diferenciais em função do rendimento mensal.....	90
5.4.4. Resultados diferenciais em função do estado civil.....	91
5.4.5. Resultados diferenciais em função da existência de filhos.....	92
5.4.6. Resultados diferenciais em função da variável com quem vive.....	93
5.4.7. Resultados diferenciais em função do diagnóstico de doença.....	94

Capítulo VI- Discussão

Discussão dos Resultados.....	95
-------------------------------	----

Reflexões Finais	118
-------------------------------	-----

Referências Bibliográficas	123
---	-----

Anexos

Anexo A – Ficha de Recolha de Dados Sociodemográficos

Anexo B – Estrutura do WHOQOL-BREF: Domínios e Facetas

Anexo C- Declaração de Consentimento das Instituições

Anexo D- Consentimento Informado

ÍNDICE DE QUADROS

Quadro 1 - Caracterização Sócio-Demográfica dos Participantes	65
Quadro 2 - Fidelidade do WHOQOL-BREF	72
Quadro 3 - Sensibilidade do WHOQOL-BREF	73
Quadro 4- Fidelidade da PGCMS.....	75
Quadro 5 - Análise item a item das subescalas	76
Quadro 6 – Sensibilidade da PGCMS	77
Quadro 7 – Validade concorrente do WHOQOL-BREF	77
Quadro 8 - Resultados descritivos do WHOQOL-BREF	81
Quadro 9 - Resultados descritivos da PGCMS.....	81
Quadro 10 - Análises correlacionais da QdV, Bem-Estar Psicológico, idade, escolaridade e tempo de doença	82
Quadro 11 - Preditores da Avaliação Global da QdV	83
Quadro 12 - Preditores da Satisfação com a Saúde	84
Quadro 13 – Preditores do domínio Físico da QdV	84
Quadro 14 - Preditores do domínio Psicológico da QdV	84
Quadro 15 – Preditores do domínio Social da QdV	85
Quadro 16 – Preditores do domínio Ambiental da QdV	85
Quadro 17 - Preditores do Bem-Estar Psicológico.....	86
Quadro 18 - Preditores da dimensão Solidão/Insatisfação	87
Quadro 19 - Preditores da dimensão Atitudes face ao Envelhecimento.....	87
Quadro 20 - Preditores da dimensão Agitação	87
Quadro 21 - Diferenças de médias na QdV e Bem-Estar Psicológico em função do sexo	88
Quadro 22 - Diferenças de médias na QdV e Bem-Estar Psicológico em função da zona de residência.....	89
Quadro 23 - Diferenças de médias na QdV e Bem-Estar Psicológico em função do rendimento mensal.....	90

Quadro 24 - Diferenças de médias na QdV e Bem-Estar Psicológico em função do estado civil	91
Quadro 25 - Diferenças de médias na QdV e Bem-Estar Psicológico em função da existência de filhos	92
Quadro 26 - Diferenças de médias na QdV e Bem-Estar Psicológico em função da variável com quem vive.....	93
Quadro 27 - Diferenças de médias na QdV e Bem-Estar Psicológico em função do diagnóstico de doença.....	94

INTRODUÇÃO

O envelhecimento populacional é um fenómeno mundial que se acelerou nas últimas décadas. A vida, cada vez mais prolongada tem sido alvo de questões e preocupações, no sentido de que esse prolongamento seja vivido com qualidade e vitalidade.

A investigação sobre as condições que permitem uma boa Qualidade de Vida (QdV) na velhice, bem como as variações que a idade comporta, revestem-se de grande importância científica e social. Tentar responder à aparente contradição que existe entre velhice e Bem-Estar, ou mesmo a associação entre velhice e doença poderá contribuir para a compreensão do envelhecimento e dos limites e alcances do desenvolvimento humano. Além disso, possibilitará a criação de alternativas de intervenção visando o Bem-Estar de pessoas idosas. (Grupo WHOQOL-OLD, 2003)

Destaca-se a relevância científica e social de se investigar as condições que interferem no Bem-Estar na senescência e os factores associados à QdV de idosos, no intuito de criar alternativas de intervenção, e propor acções que busquem atender às necessidades da população que envelhece (Pereira, Cotta, Franchescini, Ribeiro et al., 2006)

A expressão “envelhecimento activo” foi adoptada pela OMS nos finais da década de 90 e designa “o processo de optimização das oportunidades de vida, em termos de saúde, de participação e de desenvolvimento multidimensional da pessoa, à medida que esta envelhece” (Viegas & Gomes, 2007, p. 26).

Lazarus (1998) defende que o envelhecimento bem sucedido está dependente da aquisição de atitudes e de processos de *coping* que permitem à pessoa idosa, apesar do

aumento dos défices ou da sua ameaça, permanecer independente, produtiva e socialmente activa pelo máximo de tempo possível.

Envelhecimento activo, envelhecimento bem-sucedido (Baltes & Baltes, 1990), envelhecer com êxito (ou sucesso), surgem na literatura como sinónimos, e indicadores do envelhecimento enquanto fase desenvolvimental de competência e empenho na vida.

As motivações que conduziram à realização deste estudo são meramente pessoais, na medida em que existia alguma experiência de trabalho com outras faixas etárias, e havia um conhecimento muito superficial sobre a realidade do envelhecimento, população acerca da qual sempre houve interesse. Assim sendo, optou-se por considerar esta população como alvo do presente estudo, já que essa era a pretensão.

O objectivo principal do estudo consiste em tentar perceber em que medida algumas variáveis sociodemográficas, estão associadas à Qualidade de Vida dos Idosos, bem como o seu Bem-Estar Psicológico. Houve interesse também em analisar a relação entre estes dois construtos.

Ao longo do estudo a variável Bem-Estar Psicológico, surgirá com diferentes denominações, como “satisfação com a vida”, Bem-estar, ânimo, porque optou-se por utilizar os conceitos conforme os autores das investigações referidas o fizeram. De salientar que independentemente da denominação utilizada, o instrumento de recolha de dados foi sempre a Philadelphia Geriatric Center Morale Scale- PGCMS (Lawton, 1975). Conforme alguns estudos apresentados no corpo teórico do texto (e.g. Ranzjin, 1998), esta escala, demonstrou ser um instrumento *standard* para se aceder ao Bem-Estar Psicológico, pelo que deverá ser um dos aspectos a considerar quando se estuda a QdV, entendida enquanto construto multidimensional, composta por elementos objectivos e subjectivos.

No capítulo I aborda-se o envelhecimento como processo heterogéneo com uma grande variabilidade interindivíduos, focando-se aqueles indicadores que surgem na literatura gerontológica como fundamentais no processo de envelhecimento, nomeadamente os indicadores físicos, os indicadores psicológicos e, dentro destes, a saúde mental e o envelhecimento, os indicadores cognitivos e os relacionais.

O capítulo II é dedicado à Qualidade de Vida, explorando-se superficialmente o desenvolvimento histórico do conceito e a sua evolução, até chegarmos ao conceito implícito neste trabalho, o sugerido pela OMS, em 1993. Seguimos com a definição de QdV e o Envelhecimento, focando vários estudos entre estas variáveis, e os resultados a que chegaram os investigadores.

O Capítulo III centra-se no BEP, demonstrando-se a falta de consenso e coerência na utilização do termo. Apresentámos uma série de investigações levadas a cabo neste âmbito com a população idosa, e as conclusões a que chegaram. Neste capítulo aprofundamos um pouco mais o Modelo de Lawton (1975), já que este está subjacente ao desenvolvimento da PGCMS.

O capítulo IV apresenta o estudo empírico, apresentam-se os objectivos da investigação, as variáveis e como se operacionalizam. No que concerne ao método, apresentam-se as características sociodemográficas dos participantes e o material utilizado para a recolha de dados nomeadamente, Questionário Socio- Demográfico, *World Health Organization Quality of Life Instrument* e a *Philadelphia Geriatric Center Morale Scale*. No que concerne a estes instrumentos apresentamos as qualidades psicométricas, fidelidade e sensibilidade, demonstradas nos estudos originais e no presente estudo. Apresenta-se, ainda, a relação entre o desempenho dos dois instrumentos. De seguida relata-se o procedimento.

No capítulo V demonstram-se os procedimentos estatísticos a que recorremos com o intuito de atingir os objectivos a que nos propusemos anteriormente.

No capítulo VI, destacamos os resultados obtidos, comparamo-los com outras investigações e tentamos contextualizar esses resultados, na nossa amostra, incidindo nas idiossincrasias próprias da população em análise.

Por fim, apresentamos algumas reflexões finais, em que tentamos realizar uma súpula das ideias principais deste estudo, das suas limitações e sugerimos algumas orientações para a prática e estudos futuros.

Pretende-se que esta investigação contribua para um conhecimento mais aprofundado sobre a Qualidade de Vida dos idosos da amostra, e o seu Bem-Estar psicológico. Seria muito gratificante poder contribuir para melhorias efectivas na vida desta população.

CAPÍTULO I – O ENVELHECIMENTO

É porque trabalhamos com velhos ou porque estamos ligados por afectos a velhos, e porque todos queremos ter o privilégio de envelhecer, que este assunto nos interessa (Paúl, 2005, p. 21).

1.1. Definição

Um especial e particular interesse pelos idosos tem vindo a constituir uma das principais motivações de vários profissionais, tanto os que pertencem à área da Saúde, da Acção Social, como os da Comunidade Política. O processo de envelhecimento assume, cada vez mais, maior relevância em todos os países, sobretudo nos mais desenvolvidos, pela sua dimensão e pelos problemas que levanta em termos epidemiológicos, assistenciais e de saúde (Natário, 1992).

De acordo com os dados do Instituto Nacional de Estatística [INE] (2008), os indicadores demográficos relativos a 2007 acentuam as principais tendências demográficas observadas nos últimos anos em Portugal, nomeadamente, o abrandamento do crescimento populacional e envelhecimento populacional. Segundo a mesma fonte, em 2007, o índice de envelhecimento atingiu 114 idosos por cada 100 jovens, sendo que a população com 65 ou mais anos de idade, constitui já 17,4% da população portuguesa. Por outro lado e com base nos mesmos dados, assistimos também a um aumento do índice de dependência total dos idosos que se situava, em 2007, nos 25,9%. As estimativas realizadas pelo INE apontam para o aumento do índice de envelhecimento, apontando que, em 2050, poderão haver 243 idosos por cada 100 jovens.

Paúl (2005) afirma que “o envelhecimento foi desde sempre motivo de reflexão dos homens, na sua aspiração ao eterno, na sua perplexidade face ao sofrimento e à

morte” (p. 21). Por conseguinte, ao longo dos tempos, o envelhecimento tem sido um recurso frutífero para reflectir sobre a condição humana. Todavia, os enfoques de leitura do envelhecimento que podem ser encontrados, variam entre concepções negativas (através das quais o envelhecimento é interpretado simbolicamente, em estreita associação com imagens de sofrimento, de debilidade e de morte) e outras de cariz mais positivo (Viegas & Gomes, 2007).

Nesta linha de pensamento, Paúl (2005) afirma que o conceito de envelhecimento e as atitudes perante os idosos têm vindo a mudar e reflectem, por um lado, o nível de conhecimento sobre a fisiologia e a anatomia humanas e, por outro lado, a cultura e as relações sociais das várias épocas.

Não obstante a grelha de leitura utilizada na abordagem ao envelhecimento, este, deverá ser entendido como um processo normal, que faz parte da evolução de qualquer ser humano e diz respeito a todas as modificações morfológicas, fisiológicas e psicológicas que aparecem como consequência da acção do tempo sobre os seres vivos (Gonçalves, 1990)

Daí que Robert (1994) se refira ao envelhecimento como uma perda progressiva e irreversível da capacidade de adaptação do organismo às condições mutáveis do meio ambiente. Neste sentido, o envelhecimento não é uma doença, mas um processo contínuo, comum a todos os seres vivos, sendo observada, nas últimas fases da vida do homem, uma evolução mais rápida e mais notória deste processo.

Na opinião de Brodie (1985), o processo de envelhecimento é inevitável e irreversível. Não se trata de uma fase final da vida, mas de um processo que começa desde o momento da concepção do ser e que continua pela vida fora. Por isso, o envelhecimento não é um acontecimento, não sendo possível fixar um ponto de início no seu decurso vital.

Rabin (2000) chama a atenção para o facto da idade cronológica se encontrar inevitavelmente ligada ao processo de envelhecimento, mas não constituir um bom critério para o estudar, uma vez que a idade nada nos informa acerca da qualidade de vida do indivíduo, da sua experiência psicológica e social ou mesmo da sua saúde. Este autor salienta que, à luz do modelo biológico, o envelhecimento tem de ser encarado numa perspectiva fisiológica relativamente às mudanças que ocorrem no seu corpo, podendo existir diferentes idades fisiológicas em indivíduos com a mesma idade cronológica.

Por sua vez, Shock (1985, cit. por Paúl, 2005) ao se debruçar sobre a problemática do envelhecimento, sugere que se trata de processo altamente individualizado, que vai assumindo uma variabilidade em função do avançar da idade, acarretando diferenças inter-individuais de base, de taxa e de direcção da maioria das funções e dos processos.

Em consequência, Paúl (2005) salienta que:

Esta é uma ideia fundamental ao iniciarmos o estudo sobre o processo de envelhecimento: a variabilidade interindividual dos idosos é superior à verificada noutros grupos etários. Com o passar dos anos e o acumular de experiências, os indivíduos acentuam as suas diferenças de partida, sublinhando competências ou incapacidades que a sua base genética em interacção com o meio, permite expressar (p. 26).

Ao nível individual, vários problemas poderão influenciar o envelhecimento, como sejam os problemas físicos, psicológicos e cognitivos, não descurando igualmente, a influência dos factores externos, ambientais, socioeconómicos e profissionais (Ferreira, 1985).

Independentemente da ideia que se tece acerca do envelhecimento, este possui um conjunto de indicadores que o caracterizam, que a seguir se descrevem.

1.2. Indicadores do Envelhecimento

Sabe-se que o envelhecimento é influenciado por factores intrínsecos e extrínsecos ao indivíduo. Nesta fase da vida do indivíduo, observam-se grandes transformações a nível físico, psíquico e social. Cada transformação é susceptível de afectar, mais ou menos significativamente, a saúde mental do idoso. Barreto (1984) menciona alguns factores e condicionalismos que são responsáveis pelas perturbações mentais da população idosa e passíveis de afectar o seu Bem-Estar, referindo-se, por exemplo, à reforma, ao isolamento, às perdas, à falta de recursos económicos, à adaptação, ao reajustamento e às condições ambientais.

Grande parte das transformações surge com a idade e são decorrentes do estilo de vida de cada um. Para alguns autores, a idade cronológica é apenas um dos factores que influenciam o processo de envelhecimento. Meier-Ruge (1988), por exemplo, refere-se a estas transformações como resultado das diferenças individuais do comportamento fisiológico e psicológico.

Barreto (1984) considera que uma questão importante a discutir, quando se fala do idoso, é a questão da identidade. Na medida em que o corpo começa a sofrer transformações, pode acontecer um progressivo comprometimento da identidade e algumas dificuldades em aceitar as modificações do corpo. Se, para alguns idosos, não constitui problema a aceitação destas transformações físicas e biológicas, para outros (principalmente para aqueles que sempre cultivaram o corpo), esta experiência poderá ser motivo de sofrimento. A relação com o corpo não é apenas uma questão de estética, mas também reveladora da relação do indivíduo consigo mesmo.

Paúl (2005), ao referir-se à questão da identidade, sugere que esta se constitui como uma noção importante para estudar a adaptação individual ao envelhecimento. Após revisão bibliográfica, a autora, define-a da seguinte forma:

Um conjunto de estruturas de conhecimento que as pessoas têm sobre si próprias, integrando activamente essas estruturas em áreas de conteúdo e limites de tempo. O seu papel é estruturar e interpretar experiências, motivar o comportamento, lidar com as emoções e dar um sentido de continuidade (p. 34).

Envelhecer é tornar-se num ser maduro, pleno de experiências, mas nem sempre é fácil conservar esta maturidade. Alguns idosos apresentam problemas psicológicos, não tanto pela diminuição das funções cognitivas, mas sobretudo causados pela perda de papéis, pelas situações de crise ou de stress, pela doença, fadiga, pelo desenraizamento e outros factores dificultadores da sua adaptação (Barreto, 1984).

Na perspectiva de Barreto (1984), muitas das adaptações dos idosos representam verdadeiras crises, perturbando o seu estilo de vida e afectando a sua auto-estima. No entanto, na opinião de Berger (1995), a capacidade de adaptação nos idosos existe e, muitas das vezes, os seus objectivos e a sua escala de valores são positivos e revelam o seu desejo de adaptação.

O equilíbrio psíquico do idoso depende, basicamente, da sua capacidade de adaptação à sua existência presente e passada, às condições da realidade que o cercam. A adaptação ao envelhecimento parece ser tanto mais fácil e ajustada, tanto quanto melhor e mais ajusta foi essa adaptação em outras fases da sua vida (Robert, 1994).

Na perspectiva de Robert (1994), as mudanças que ocorrem durante o processo de envelhecimento são sentidas de forma 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 sócio-económico e da vivência actual das modificações, das perdas e dos medos, ou seja, das alterações que o idoso sente ao nível físico, psicológico, cognitivo e relacional.

1.2.1. Indicadores Físicos

O envelhecimento afecta o funcionamento físico e a saúde. Os sistemas e os órgãos corporais deterioram-se, tornam-se mais susceptíveis a problemas; os tecidos e as estruturas tendem a tornar-se menos elásticos e menos eficientes, levando por vezes, a disfunções ou distúrbios mais sérios. Contudo, pesquisas mais recentes mostram que as mudanças fisiológicas na idade avançada são muito variáveis. Muitos dos declínios comumente associados ao envelhecimento podem, na verdade, ser mais efeitos do que causas de doenças (Papalia & Olds, 2000).

Como o processo de envelhecimento é heterogéneo e universal há, em cada espécie, uma velocidade própria para envelhecer. Este processo não é linear de pessoa para pessoa e na mesma pessoa, de órgão para órgão (Jeammet, 1989).

Na fase de vida da velhice, e isto acontece obviamente no seu *continuum* e não de uma forma estática, observam-se algumas modificações corporais generalizadas e outras mais específicas, que podem levar à perda de algumas funções. Das modificações mais gerais, observa-se uma diminuição da massa óssea, atrofia da musculatura esquelética, aumento e redistribuição de gordura, redução da taxa de metabolismo basal, alteração do sistema de regulação de temperatura e diminuição da imunidade celular (Jeammet, 1989).

Ainda na perspectiva de Jeammet (1989), outras modificações mais sistémicas também ocorrem nesta fase. Podem considerar-se as alterações na pele (que se torna mais seca, rugosa e flácida e delgada, esta última devida à diminuição dos melanócitos

em número e na sua função); nos ossos, articulações e músculos (que sofrem uma atrofia e desgaste e perda de massa óssea. O crânio perde elasticidade e o cérebro sofre uma diminuição do peso e do volume) e nos órgãos sensitivos sofrem uma diminuição no seu desempenho (pela atrofia das papilas gustativas, opacificação do cristalino e diminuição dos receptores olfatórios).

Na descrição de Kaplan e Sadock (1990), relativamente ao sistema respiratório, observa-se um aumento do risco de infecções, pela ineficácia dos mecanismos de limpeza brônquica. O sistema digestivo sofre comprometimento devido à fraca mastigação, pela falta de dentes e alterações mandibulares. As células das glândulas digestivas também diminuem. No sistema urinário, observa-se uma diminuição do peso e do tamanho dos rins e dificuldade destes em excretar ácidos, e diminuição da musculatura vesical e da uretra. No sistema endócrino, revela-se uma atrofia das glândulas da hipófise, da tiróide e das supra-renais. Verifica-se, ainda, uma diminuição da secreção da testosterona e interrupção dos estrogéneos. Observa-se a diminuição da tolerância à glicose e maior resistência à insulina.

Existem várias teorias que são propostas para explicar o processo de envelhecimento, desde as teorias estocásticas até às teorias genéticas, mas nenhuma é completa e explica todas as alterações que ocorrem durante este processo. As mudanças físicas e fisiológicas diferem muito nos indivíduos, pelas suas variações individuais (Jeammet, 1989).

Encarando a perspectiva de Ferreira (1985), paralelamente a estas mudanças e perdas normais desta etapa da vida, o organismo torna-se mais vulnerável a problemas de saúde. Algumas destas mudanças são a osteoporose, alterações hormonais, doenças cardiovasculares, distúrbios da memória, demências (Alzheimer), depressões e incontinência urinária.

Com o avançar da idade, o sono torna-se igualmente mais fragmentado, menos profundo, com mais interrupções e há maior dificuldade em adormecer, havendo idosos que têm a impressão de que não dormem, ou seja, consideram que o seu sono é insatisfatório. A perturbação do sono encontra-se associada às perturbações de humor, ansiedade, demência, *delirium*, psicose, perturbação de adaptação e ainda às rupturas normais de vida psíquica provocadas por situações stressantes ou causadoras de luto (Rebello, 2004).

Por outro lado, a insónia associada à doença física e aos estados físicos que se acompanham de dor (e.g., artrite), de respiração difícil (e.g. insuficiência cardíaca congestiva, ou pneumopatia obstrutiva crónica), de mobilidade [e.g. Acidente Vascular Cerebral (AVC) e Doença de Parkinson], perturbam gravemente o sono. O acordar com frequência pode estar associado à obstrução urinária secundária, ao prostatismo, à infecção crónica das vias urinárias, ao mioclono nocturno e à apneia (Correia, 1993).

1.2.2. Indicadores psicológicos

O processo de envelhecimento pode acarretar alguns problemas psicológicos, dependendo da personalidade e das experiências vividas pela pessoa idosa (, Marchand, 2001).

Psicologicamente, a velhice é descrita como uma etapa da vida capaz de provocar depressão, sensibilidade às doenças e regressão (Fontaine, 2000). Nas formas de desadaptação, costumam aparecer processos de somatização que podem transformar-se em problemas físicos graves (e.g. hipertensão arterial, diabetes, enfartes do miocárdio). Outros problemas podem revelar-se, como o caso do suicídio (Saraiva & Vilhena, 1981).

No que concerne à personalidade, Paúl (2005) afirma, com base na revisão da literatura que efectuou, que, à semelhança de muitas características sob controlo genético que mudam ao longo da vida, o mesmo se poderá verificar com a estrutura da personalidade, já que se verifica grande estabilidade da personalidade ao longo da vida e que as mudanças nos padrões se prendem mais com o processo de maturação do que com as influências ambientais. A autora explica que a personalidade surge como um conjunto de disposições endógenas e persistentes, mais do que relacionada com adaptações aprendidas em função da experiência.

Silva (2005) afirma que o conceito de personalidade implica continuidade do indivíduo ao longo do tempo, tendo por base que cada indivíduo tem a sua forma peculiar de pensar, agir e sentir. Depois de revistos vários estudos, a autora conclui, afirmando que:

Na generalidade, a emergência de uma personalidade saudável poderá ser compreendida como estando associada a um controlo activo do seu próprio meio ambiente, a uma certa unidade da personalidade e a uma capacidade para se olhar a si próprio e olhar o mundo sem grandes distorções (p. 137).

Na opinião de Berger (1995), o idoso começa a enfrentar, nesta fase da vida, as ideias e os fantasmas do envelhecer que o atormentam e que se fazem presentes no medo da solidão, do desconhecido e da morte. Estes fantasmas estão, em grande parte, associados às ideias erradas sobre a velhice, herança dos preconceitos sociais cristalizados ao longo do tempo.

Quase sempre o idoso experimenta ansiedade perante o desconhecido que é a própria velhice, e é assaltado por dúvidas e medos frequentes (Oliveira, 2005). Questiona-se a si próprio acerca do que fez, do que pode ainda fazer, o que pode esperar da vida e de que forma é que pode viver. A sensação de perda de identidade e

sentimentos de culpabilidade e angústia pelo que fez ou poderia ter feito, podem levar a sentimentos graves e de negação da própria vida (Blazer, 1992).

De acordo com Silva (2005, p. 137) com o “advento da Psicologia Positiva, surgiu toda uma tendência para salientar as forças individuais e sociais que promovem nos indivíduos a resiliência e a capacidade de adaptação, favorecendo experiências de felicidade, optimismo, esperança no futuro e Bem-Estar”. A mesma autora afirma que, aliada a esta perspectiva positiva, situa-se uma perspectiva preventiva, que permite o fluir da informação e do discernimento, com o objectivo de implementar uma maior autonomia e controlo pessoal, dimensões propícias ao desenvolvimento de Bem-Estar.

Nesta linha de pensamento, a autora enquadra o conceito de saúde mental na perspectiva da OMS, i.e., não se limitando à ausência de sintomas psicopatológicos, mas centrando-se também na presença de emoções e de sentimentos positivos associados ao Bem-Estar.

1.2.2.1. Saúde Mental e Envelhecimento

Porque são basicamente os aspectos psicológicos associados ao envelhecimento que nos interessam, julgamos pertinente determo-nos um pouco mais neste ponto.

Ser idoso significa que foi possível sobreviver e adaptar-se com mais ou menos saúde mental e, portanto, com maior ou menor Bem-Estar a desafios específicos de outras fases da vida. Silva (2005) refere que o processo de envelhecimento ao longo da velhice traz ele próprio desafios adaptativos que lhe são peculiares. A autora defende que, na compreensão multidisciplinar e multidimensional em que este processo deve ser abordado, tais desafios dizem respeito a aspectos de ordem física, psicológica e social.

As transformações de ordem física determinam, nas palavras de Silva (2005), um desafio para a pessoa que envelhece, exigindo a aceitação de um novo *self*, fisicamente

menos robusto e capaz, diferente da imagem da juventude. Muitas vezes, é no olhar dos outros (ou do outro, como diria Sartre) que o indivíduo vai tomando consciência do seu envelhecimento, não se reconhecendo totalmente na imagem reflectida

Não se focando exclusivamente nas transformações físicas, mas em todas as que ocorrem ao longo do processo de envelhecimento, Ranzjin e Luszcz (1999) defendem que a “aceitação” (*acceptance*), se constitui como um factor fundamental e um bom preditor do Bem-Estar em idosos.

De acordo com Silva (2005), um outro desafio surge quando a deterioração física se acentua e se verifica uma razoável perda de autonomia instrumental, funcional e/ou física, ficando o idoso mais ou menos dependente no que se refere a cuidados de manutenção. Esta dependência que, a maioria das vezes é vivida no seio da família restrita, exige uma redefinição das relações havidas anteriormente, até ser possível encontrar um equilíbrio satisfatório que permita o Bem-Estar. A autora salienta que, neste processo de redefinição, interferem as histórias de vida de cada um dos intervenientes e as relações havidas no passado. A autora relata como ao longo da vida se vão ocupando diversas posições no ciclo evolutivo da família, de filho e irmão, a pai, marido, genro, avô, neto e amigo, em diferentes relações afectivo-emocionais, mais ou menos bem sucedidas, com a consequente riqueza de novos padrões de relacionamento, mas também de repetição e/ou reactualização de velhos padrões.

Silva (2005) afirma que as relações afectivas e o sentimento que se possui de uma existência própria nos pensamentos e sentimentos de outra pessoa são essenciais para se validar o *self* e para assegurar uma certa percepção de continuidade.

A morte constitui, nas palavras de Silva (2005), outro importante desafio, já que nela encontramos a experiência de perda de outros, havendo um mundo de relações que se transforma, uma rede de contactos que se reduz, a aceitação da perda por morte de

companheiros que fizeram parte da história de vida... e o pensamento sobre a sua própria morte. Todos sabemos que a morte é inevitável, mas que surge cada vez mais próxima à medida que avança a idade.

Esta autora refere que o receio da morte poderá desencadear movimentos defensivos adaptados, ou, pelo menos, tentativas para lidar com a ansiedade que ela desencadeia, nomeadamente quando se pensa em movimentos de cariz religioso. A religião ou espiritualidade podem, de facto, preconizar-se como respostas adaptativas, na medida em que promovem o Bem-Estar, acredita-se na vida eterna e no reencontro com os entes queridos que já partiram.

Num estudo intitulado “Relação entre Espiritualidade, Ânimo e Qualidade de Vida em Pessoas Idosas”, Ribeiro e Pombeiro (2004) concluem que existem relações consistentes entre os três construtos estudados, e consideram que, sendo a qualidade de vida um resultado desejável durante todo o processo de desenvolvimento, nomeadamente, na última fase do ciclo de vida, desenvolver programas que foquem o ânimo e a espiritualidade, são desejáveis, para promover melhor qualidade de vida.

1.2.2.1.2. Ansiedade e Ansiedade Face à Morte

A ansiedade é, segundo Odriozola (2001) uma “resposta normal e adaptativa perante ameaças reais ou imaginadas, mais ou menos difusas, que prepara o organismo para reagir a uma situação de perigo” (p.1).

Fonseca (1997) refere que a ansiedade é uma “manifestação da nossa actividade emocional ou afectiva em que predominam os sentimentos de colorido desagradável: o mal-estar e a apreensão, a preocupação e a expectativa, a inquietude e o desamparo” (p. 346).

Watson e Tellegan (1985) referem a existência de duas dimensões independentes que permitem a organização das manifestações ansiosas:

- a) Afectividade positiva – que se refere a cognições de valência positiva;
- b) Afectividade negativa – cognições de valência negativa, em que se inserem a ansiedade e a depressão, sendo a principal diferença entre as duas o nível de activação que é muito superior nos quadros ansiosos.

A ideia subjacente a estas duas dimensões assenta nas teorias cognitivas da emoção, que defendem que as cognições desempenham um papel importante na etiologia e na manutenção dos estados emotivos, nomeadamente na ansiedade. Assim, os indivíduos ansiosos e deprimidos tendem a possuir cognições mais negativas, quando comparados com os indivíduos menos ansiosos ou não deprimidos (Bradley, Mogg & Millar, 2000; Calvo & Eysenck, 2000; Taghavi, Moradi, Neshat-Doost, Yule & Dalgleish, 2000).

Esta teoria bio-informacional das emoções pretende, segundo Baptista (2000): “integrar os comportamentos observáveis da resposta ansiosa com os aspectos não observáveis de processamento de informação relevantes para a sua organização e controlo” (p. 93).

Vários autores procuraram ainda distinguir a ansiedade traço e a ansiedade estado (Bradley et al., 2000; Fonseca, 1997; Machado, 1992; McWilliams & Cox, 2001; Stewart et al., 2001). A primeira refere-se a uma tendência para responder com medo e ansiedade em situações mais stressantes, revelando, por isso, uma constância ou estabilidade trans-situacional e temporal. Trata-se de um estado emocional que se organiza numa espécie de estrutura ou maneira de ser, sendo por isso uma variável da personalidade. A segunda é uma diferença individual que se refere a uma reacção de sobrevivência perante uma ameaça indefinida. Refere-se a uma situação actual afectiva, avaliada num determinado

momento. Trata-se de um corte transversal na vida do indivíduo e, como tal, poderá incluir crises de angústia, estado e reacções de angústia. Não se refere a uma variável da personalidade, mas uma forma de reagir perante situações inesperadas ou com uma ameaça latente percebida.

Outros autores procuraram distinguir a ‘ansiedade’ do ‘medo’, referindo que o medo é um processo cognitivo que envolve um certo receio intelectual de um determinado estímulo ameaçador, enquanto a ansiedade é um processo emotivo e envolve uma resposta emocional a esse receio (Beck, Emery, & Greenberg, 1985; Masi, Mucci, & Millepiedi, 2001).

Ao longo dos tempos, diversas teorias têm vindo a ser defendidas sobre a etiologia da ansiedade. Não vamos referi-las no presente trabalho, todavia, apresentaremos, pela sua pertinência neste tema, as teorias existenciais. O enfoque central destas teorias é que a ansiedade é uma resposta do indivíduo ao facto deste consciencializar um profundo vazio na sua vida, sendo este mais perturbador do que a aceitação da inevitabilidade da morte (García, García, Piñero, & Sánchez, 2001).

As teorias existenciais têm raízes na doutrina filosófica sobre o homem (quem é o homem?), envolvendo a centralização na pessoa existente e enfatizando o ser humano em constante evolução. É precisamente com as teorias existenciais e com a Psicologia do desenvolvimento do adulto que a morte adquire um lugar proeminente. Segundo Feifel (1990), a morte faz parte da condição humana e é algo sobre o qual todo o ser humano algum dia já reflectiu. Por isso, Vieira (1987, p. 139) sugere que “sem o pensamento claro da morte, em que se suscitam as questões fundamentais, toda a reflexão do homem sobre o homem perde o seu sentido”.

Sousa (1987) sustenta que, de acordo com os filósofos existencialistas, a existência precede a essência, e a conciliação destas duas dimensões só se opera na experiência

vivida. Assim, o questionar sobre a morte é, pois, um imperativo do homem que pensa sobre a origem, o destino, a razão de ser e de estar no mundo (Vieira, 1987).

Todas as culturas, ao longo da história, possuem o seu próprio modo de lidar com a morte e de enfrentar o luto. Em todas as sociedades são defendidos e apropriados costumes e crenças acerca da morte. Por isso, ela é muito mais do que simétrico da vida ou o seu contrário, é uma condição do ser humano, que tem consciência da sua finitude (Parkes, Laungani, & Young, 2003).

Esta consciência surge a qualquer momento da existência humana e, nesse sentido, surgem as dúvidas sobre o significado da morte, as possibilidades de a vencer, a forma de lidar com ela. Todas estas questões, todavia, não trazem qualquer tipo de resposta bem sucedida, mas antes lançam o ser humano na constatação de que morte é a única experiência social que não pode ser transmitida. Esta constatação surge quando ocorre a morte de alguém que lhe seja próximo, quebrando-se assim a ideia de que a morte só acontece com os outros (Parkes et al., 2003).

Apesar da diversidade cultural que caracteriza a vivência da morte, persiste uma ideia consensual que a define como uma transição. Nesta transição, também a diversidade reina. Existem culturas que aceitam que a mesma envolve uma longa jornada, enquanto outras encaram esta transição como uma passagem para planos espirituais sucessivamente superiores, estádios de grande integração com o mundo espiritual ou estágios que se movimentam relativamente à distância física e emocional dos vivos (Glasock & Branden, 1981).

A própria religião, nomeadamente a religião católica, incutiu, de alguma forma, crenças e valores sobre a morte, ao considerar e transmitir aos seus fiéis que os mortos devem ser colocados em lugares próprios, a partir do seu comportamento em vida. Os que foram bons ou que se arrependeram dos seus pecados vão para o Céu, onde

desempenham um papel importante, pela proximidade que mantêm com Deus e a estes, são dirigidos os pedidos de intercepção e de protecção. Os que foram maus descem ao Inferno e lá permanecem, pagando pelos seus pecados (Ariès, 1988; Bacqué, 1995).

Perante a morte, os sobreviventes procuram ancorar-se e proteger-se do luto e da dor através do conforto espiritual, religioso, filosófico e social. O luto surge, assim, como um sentimento de dor, decorrente de uma ausência importante, seja ela simbólica (e.g., um divórcio) ou real (e.g., morte de um ente querido) (Rebelo, 2004).

Ao longo desse processo, quem perde vive a tristeza da ausência e tem que se adaptar a uma nova realidade. Apesar de ser um período difícil, os especialistas afirmam que é importante viver o sentimento de perda e ter, juntamente com um apoio social e psicológico, forças para reorganizar a vida e começar de novo (Binotto, 2004).

Aceitar a ideia da morte, não é uma tarefa simples, pois aceitá-la como uma realidade é reconhecer a finitude do ser humano e aceitá-la como uma realidade inerente a cada um de nós. Segundo Binotto (2004), os rituais do adeus (e.g., velório e enterro), são formas importantes pois permitem socializar, de alguma forma, a dor e interiorizar a morte como algo real e irreversível.

A consciência humana da morte é um triplo enigma antropológico que compreende o traumatismo da morte, a consciência do acontecimento de morte e a crença na imortalidade. Neste sentido, a morte enquanto uma realidade desconhecida, poderá despoletar alguma ansiedade perante o desconhecido (Corr & Corr, 1996).

Na perspectiva de Sousa (1987), a situação existencial do homem idoso torna-se muito singular face a todas as evidências. Na verdade, o idoso é vítima de diversas e profundas transformações a nível biológico, psicológico, cognitivo e relacional. Perante este facto involutivo, do qual não pode fazer nada, a sua reacção adquire contornos de uma aceitação ou de uma negação da sua condição humana.

A partir destes pressupostos, poder-se-á apelidar o envelhecimento bem ou mal sucedido. Nesta linha de pensamento, Lima (2004) sugere que o envelhecimento bem sucedido deverá combinar a longevidade, a saúde e a satisfação com a vida. Esta autora sugere, de acordo com a perspectiva de **Cumming e Henry**, que o idoso, ao invés de se desvincular dos papéis sociais que lhe estão conferidos, como consequência (lógica) da diminuição das suas capacidades e interesses, preparando-se passivamente para a morte, deverá adoptar novas actividades e associar-se a um grupo recreativo. Por outro lado, já estudos realizados nos anos 70 do século XX mostram que as pessoas envelhecem melhor quando participam em muitas actividades (Lemon, Bengtson, & Peterson, 1972, cit. por Lima, 2004). Daí que as teorias mais recentes defendam que deverá haver uma continuidade nos hábitos, preferências e estilos de vida do idoso. Lima (2004) sustenta que a velhice bem sucedida se fundamenta em estilos de vida que mantêm o corpo e a mente saudável, através do exercício, dos bons hábitos de nutrição e do envolvimento em actividades interessantes.

Todavia, no envelhecimento mal sucedido, o idoso, ao tomar consciência da sua finitude, da realidade que a todo o ser humano pertence, vivencia uma angústia profunda, procurando utilizar, no seu existir, diversos mecanismos de negação da morte (Medeiros, 1983). Isto porque na sociedade actual segundo Medeiros (1983), ser idoso é sinónimo de decadência física e psicológica, de incapacidade para o trabalho, para o prazer, para projectar no futuro. E estes estereótipos vigentes na sociedade acabam por ser aceites pelo próprio idoso, tornando-se mais claros, quando o mesmo é institucionalizado, levando-o a um vazio existencial e, muitas vezes, morrendo abandonado (Simões, 1990).

Os receios dos indivíduos face à morte podem ser de natureza diferente. Pode haver preocupações com as perdas que a acompanham (perda do corpo, capacidade de cuidar dos que estão sob a sua dependência, entre outros); com a falta de controlo sobre a

própria vida, pelo isolamento social decorrente de uma institucionalização (Desfilis & Torres, 1990).

Conte, Weiner e Plutchik (1982) referem que diversos trabalhos sobre a ansiedade face à morte se revelaram inconclusivos e contraditórios. As suas controvérsias situam-se no carácter unidimensional e multidimensional do construto, na relevância concedida às dimensões conscientes e inconscientes do medo da morte, a relação deste construto com variáveis como a idade, a religiosidade e traços de personalidade e as diferenças em função do sexo. Parece, então, mais aceitável uma perspectiva multidimensional da ansiedade face à morte, tal como diversos autores sugerem (Santos, Diniz, & Costa, 2004; Simões & Neto, 1994), contrapondo-se àqueles que defendem que se trata de um construto unidimensional (Conte et al., 1982; Oliveira, 1998).

No que concerne à dimensão inconsciente da ansiedade face à morte, Feifel (1990) defende a existência de um medo consciente e de um medo inconsciente. Outros autores questionam a validade das medições do medo da morte, baseadas nas auto-avaliações, sendo que este só pode ser expresso de forma inconsciente, pois é mecanismo de defesa sistemático da negação (Kastenbaum & Aisenberg, 1983).

Para Conte et al. (1982), é impossível concluir-se que a ansiedade face à morte seja consciente ou inconsciente, argumentando que as avaliações do medo da morte estão moderadamente correlacionadas com as medições do mesmo tipo da ansiedade geral.

Analisando, diferencialmente, a ansiedade face à morte em função de algumas variáveis individuais, nomeadamente, o sexo, constata-se que grande parte dos estudos sugere que a ansiedade face à morte encontra-se mais presente em indivíduos do sexo feminino (Conte et al., 1982; DePaola, Griffin, Young, & Neimeyer, 2003; Fortner & Neimeyer, 1999; Simões & Neto, 1994; Suhail & Akram, 2002; Templer, 1991; Thorson & Powell, 1988). Todavia, Abdel-Khalek, num estudo realizado em 2002, e Marks

(1986) não encontraram a diferenças significativas entre homens e mulheres nos indicadores de ansiedade face à morte.

Relativamente à idade, a investigação conduz a resultados pouco coerentes. Assim, por exemplo, alguns estudos sugerem que são as pessoas idosas que apresentam maiores indicadores de ansiedade face à morte (DePaola et al., 2003; Fortner & Neimeyer, 1999; Simões & Neto, 1994; Suhail & Akram, 2002), enquanto outros, sugerem que são os indivíduos mais novos que apresentam maior receio perante a morte (Rasmussen & Brems, 1996; Thorson & Powell, 1988).

Outros autores, ao considerarem a variável religião, constataam que a presença de uma filiação religiosa (Alvarado, Templer, Bresler, & Thomas-Dobson, 1995; Roff, Butkeviciene, & Klemmack, 2002) e de uma crença na vida depois da morte (Falkenhain & Handal, 2003) são variáveis que atenuam a ansiedade face à morte.

Simões e Neto (1994), num estudo realizado em Portugal, com uma amostra de estudantes universitários e de idosos, constataram que existiam correlações significativas positivas entre a ansiedade face à morte e a solidão, correlações inversas entre a ansiedade face à morte e a auto-estima, a satisfação com a vida e a auto-avaliação da saúde, numa amostra de idosos.

1.2.3. Indicadores Cognitivos

Um dos aspectos cognitivos do envelhecimento refere-se à perda gradual da memória. Verifica-se que a habilidade de relembrar coisas por um breve período de tempo declina com a idade, sobretudo a memória a curto-prazo. Na medida em que o corpo se deteriora, existe também uma deterioração equivalente no desempenho das tarefas que exigem velocidade e boa memória a curto-prazo (Berger, 1995).

Segundo Berger (1995), não se verificam, contudo, grandes mudanças na memória a longo-prazo, observando-se que o reconhecimento de velhos amigos e acontecimentos passados não é prejudicado. Também não se observa declínio das estratégias usuais de solução de problemas ou palavras e nem do que foi aprendido.

Algumas das maiores dificuldades cognitivas do idoso centram-se ao nível das habilidades perceptuais. Em alguns aspectos, há uma certa semelhança entre o desempenho das pessoas idosas e das crianças pequenas. Por exemplo, as pessoas idosas tendem a reagir a algumas ilusões perceptivas, da mesma forma que as crianças pequenas (Busse, 1992). O declínio na rapidez perceptiva parece estar associado com a maioria dos aspectos de perda da memória, que afecta a eficiência do processamento (Papalia & Olds, 2000).

O vocabulário e o raciocínio, normalmente, mantêm-se aceitáveis. Os testes realizados com os idosos nestas variáveis, revelam resultados comparáveis com os dos adultos jovens. Os idosos mostram uma boa informação acumulada e habilidade de raciocínio. O tempo necessário de resolução de tarefas é que parece, naturalmente, ser maior (Papalia & Olds, 2000). O desempenho cognitivo dos idosos mostra uma plasticidade considerável, que pode ser beneficiada com algum treino.

Os estudos realizados pelos autores supracitados, relacionados com o quociente de inteligência (QI), sugerem que não há declínio deste, com o aumento da idade. No entanto, a partir dos 60 anos, parece observar-se um declínio na avaliação do QI total, mas que pode ser devido ao facto dos testes incluírem muitos itens que requerem velocidade, memória a curto prazo e acuidade visual (factores que se encontram comprometidos nesta fase de vida). Entre os indivíduos idosos, aqueles que são mais saudáveis geralmente também apresentam melhor funcionamento intelectual (Papalia & Olds, 2000).

1.2.4. Indicadores Relacionais

Os idosos também são confrontados com diversas perdas ao longo da sua vida. As principais perdas vividas pelas pessoas idosas dizem respeito aos papéis, expectativas e referências ao grupo social. As perdas podem ameaçar a integridade dos idosos e suscitar nestas pessoas, sintomas de depressão, ansiedade, reacções psicossomáticas, afastamento e descompromisso (Robert, 1994).

As perdas podem ser graduais (doença degenerativa) ou súbitas (morte, acidente, roubo) e podem afectar o sentimento de segurança e os valores pessoais. Foucault (1995) refere que, para além das alterações cognitivas e físicas, muitos idosos confrontam-se com as perdas económicas e sociais, que podem estar associadas a mágoa, a dependência, o fracasso, a humilhação, como seja o caso das perdas de vigor, saúde, capacidades funcionais, perda de entes queridos, doença, desemprego, papel da família, entre outros.

Num estudo demográfico e psicossocial elaborado por Busse e Balzer (1996), observou-se que os homens ficam emocionalmente mais isolados após a morte das suas congéneres e somatizam mais os seus sofrimentos. Num outro estudo de Busse, realizado em 1992, concluiu-se que a adaptação num período de um a dois meses após a perda, é um dos melhores indicadores de posterior ajustamento.

As perdas e as diminuições relacionais na fase da velhice constituem uma significativa fonte de tensão emocional e de outros problemas para os idosos. O círculo de amizades vai-se restringindo e a situação agrava-se se o idoso não tiver capacidade para estabelecer mais relacionamentos, seja pela restrição espacial (pouco sai), seja pela dificuldade de se actualizar com os novos valores (adaptação), o que pode representar um constante encaminhamento para a solidão e para o isolamento (Robert, 1994).

Outra das grandes reduções no campo social é a questão da limitação profissional e das limitações físicas. A reforma, se por um lado, representa o ‘livrar-se das responsabilidades profissionais’, por outro lado, constitui um importante factor de diminuição dos laços sociais. As limitações físicas representam, também, uma responsabilidade na questão da sociabilidade do idoso, visto que as dificuldades de locomoção, da vista e da audição e a doença física restringem as possibilidades de deslocação, aumentam as dificuldades sensoriais e impedem a disposição para os contactos (Paulino, 1991).

A dimensão económica reveste-se de uma importância significativa na qualidade e na quantidade dos contactos do idoso, bem como, na reflexão da sua própria estabilidade. Os idosos que possuem um poder económico melhor, revelam mais possibilidade de manter mais e melhores relacionamentos sociais, pois estão financeiramente mais possibilitados de sair, de viajar, de conhecer outras pessoas e de comprar algo que lhes dê prazer (Paulino, 1991).

Na nossa sociedade, de carácter mais capitalista e onde as pessoas, em grande parte, são consideradas por aquilo que possuem, o poder económico revela-se importante para o poder do consumo, para o conceito de liberdade e de expressão e para a independência do idoso. A reforma pode constituir um factor importante para assegurar a vivência do idoso na família, representando o seu contributo económico como um factor positivo e necessário para a família e não um estorvo ou mais uma “despesa” (Barreto, 1984).

A diminuição ou falta dos comportamentos de sociabilidade nos idosos e o seu consequente sentimento de solidão, não constitui uma opção para este. Por vezes, o idoso é conduzido, de alguma forma, para esta situação, que pode reconhecer diversas causas. De acordo com Correia (1993), o idoso não se quer isolar, nem procura a

solidão por vontade própria, como diversas vezes se pensa. As vicissitudes da vida, nos seus vários contextos (social, económico, psicológico e físico), rapidamente se encarregam de o fazer mergulhar em sentimentos mais ou menos vulneráveis (Correia, 1993).

Silva (2005) destaca a importância das relações afectivas gratificantes, já que é neste contexto que, segundo a autora, “existimos, nos tornamos humanos e nos desenvolvemos - ganhando a necessária auto-estima para nos cuidarmos e desejarmos sobreviver” (p. 148). Caso estes relacionamentos satisfatórios não existam, a auto-estima poderá situar-se em níveis tão baixos que coloquem em causa a sobrevivência do indivíduo, gerando, por exemplo, desleixo acentuado na higiene, toma de medicação, conduzindo até a comportamentos para-suicidários.

Com base nos estudos de Liang, Krause e Bennett (2001), as trocas sociais - dar apoio, receber apoio - podem constituir-se como experiências importantes para o desenvolvimento de Bem-Estar Psicológico.

Peralta e Silva (2002) afirmam que ter por que viver e para quem viver são condições necessárias ao bem-estar e, por conseguinte, à saúde mental.

Apesar do exposto, o sentimento de solidão parece ser transversal à vivência dos mais velhos, e provavelmente o resultado mais partilhado da singularidade de cada experiência individual (Paúl, Fonseca, Martin, & Amado, 2005).

É neste sentido que Sousa e Figueiredo (2003) referem que a velhice é temida quase tanto como se teme não viver o suficiente para a atingir. Nesta linha de pensamento, surgiram os conceitos de qualidade de vida e de Bem-Estar, que sedimentam e estão na base de um desenvolvimento de uma positiva satisfação com a vida.

Em suma, o presente capítulo sublinhou o processo de envelhecimento nas suas várias vertentes, nomeadamente os indicadores físicos, psicológicos e relacionais, salientando-se que se trata de um processo heterogéneo com especificidades particulares adstritas a cada indivíduo.

CAPÍTULO II – QUALIDADE DE VIDA

“Um velho saudável não é apenas uma ficção de poeta”

(Canguilhem)

2.1. Definição

Nos finais do Século XX, houve um aumento substancial da investigação relacionada com a qualidade de vida, daí este ser considerado um conceito recente, tanto na sua vertente mais genérica, por ser utilizado nas mais variadas áreas como a Economia, Psicologia, Medicina, Política e a Saúde (Ribeiro, 1998).

A expressão “Qualidade de Vida” (QdV) foi empregue pela primeira vez pelo Presidente dos E.U.A., Lyndon Johnson em 1964, aquando da sua declaração, na qual referia que “(...) os objectivos não podem ser medidos pelo saldo da conta bancária. Eles só podem ser medidos pela qualidade da vida que as pessoas têm” (Ribeiro, 2005, p. 95), sendo portanto bastante recente. Surgindo, a partir daí, um forte interesse decorrente de várias áreas neste conceito/construto. A novidade do discurso do Presidente assentava numa visão inovadora para a avaliação da variável, QdV, já que apontava como indicador principal os aspectos que só se podiam avaliar com base na opinião das pessoas (subjectivos) em detrimento dos aspectos objectivos.

Levy e Anderson (1980) definem a QdV como uma medida composta de Bem-Estar físico, mental e social (tal como a percepção de cada indivíduo e cada grupo) e de satisfação e recompensa.

Calman (1984), por sua vez, define a QdV como o ponto em que as esperanças e as ambições são igualadas pela experiência, enquanto Ferrans e Powers (1985) definem-na como as percepções de Bem-Estar do indivíduo, que resultam da satisfação ou insatisfação com dimensões da vida que são importantes para o mesmo.

O interesse de pesquisa pela QdV teve início nas disciplinas de Sociologia e de Psicologia e, rapidamente, se tornou um assunto dentro do âmbito dos cuidados de

saúde (Spilker, 1990). De acordo com Spilker (1990), o aumento da atenção para com o construto em questão parece estar relacionado com os avanços tecnológicos que conduziram ao aumento da expectativa de vida. Na sua perspectiva, os pacientes e as famílias cuidadoras reconheceram que a um aumento da duração de vida nem sempre correspondia a manutenção de Bem-Estar. Neste sentido a QdV começou a ser avaliada como uma forma de conduzir as decisões sobre a continuidade ou cessação do tratamento. Acrescenta ainda que, como os recursos de saúde são partilhados, a QdV passa a ter uma importância adicional.

Assim, a QdV é definida de múltiplas formas e significa diferentes coisas para diferentes pessoas (Ribeiro, 1994).

Barbosa e Ribeiro (2000, p. 149) consideram a qualidade de vida como “(...) uma das dimensões da vida humana, desejada e perseguida por todos os indivíduos desde a infância até à velhice.”

Ribeiro (2005) a partir do trabalho efectuado em 1976, por Campbell, Converse e Rodgers, intitulado *The Quality of American Life*, um dos primeiros grandes estudos elaborados neste campo, conclui que as relações entre as condições objectivas e os estados psicológicos são muito imperfeitas e, assim, de modo a conhecer a experiência de qualidade de vida, será necessário ir directamente ao próprio indivíduo para que ele descreva como sente a sua vida.

Ribeiro (2005) evidencia como este estudo enfatiza aquilo que as pessoas sentem e percebem acerca da sua vida, ao invés de se centrar no que sentem e percebem os especialistas (médicos, psicólogos, políticos, sociólogos, etc.) sobre a vida das pessoas. Os primeiros estudos sobre QdV procuraram, de acordo com Ribeiro (2005), identificar os domínios que eram decisivos para a QdV. Campbell et al. (1976, cit. por Ribeiro, 2005) identificaram 12 domínios ou dimensões, a saber: comunidade, educação, vida

familiar, amizades, saúde, habitação, casamento, nação, vizinhança, *self*, padrão de vida e trabalho. Outros estudos realizados identificaram estes e outros domínios. A conclusão de todos os estudos, afirma Ribeiro (2005), é que a saúde se constitui como um domínio importante e, principalmente como o domínio que melhor explica a QdV.

A proliferação de definições de QdV demonstra o interesse que a comunidade científica tem demonstrado nesta área, conforme afirma Meneses (2005). Por este facto, e na ausência “de uma definição operacional amplamente aceite, não é descabido esperar-se que os investigadores delineiem claramente o que entendem por QdV e que identifiquem os componentes específicos a considerar e medir” (p. 39).

Schipper, Clinch e Power (1990, cit. por Ribeiro, 2005) propõem quatro características operacionais associadas ao paradigma QdV e que devem ser consideradas na sua avaliação: multifactorialidade, auto-administração, variação temporal e subjectividade.

Ribeiro (2005), explica que:

Multifactorialidade significa que os parâmetros de QdV abrangem mais do que um único aspecto ou domínio. De facto, a QdV representa uma larga variedade de experiências pessoais, e da maneira como são percebidas e relacionadas, tendo em conta, nomeadamente, dimensões físicas, psicológicas, económicas e do ambiente político (pp.103-104).

A auto-administração significa, segundo Ribeiro (2005), que “a QdV da pessoa que está a ser avaliada só pode ser interpretada por ela” (p. 104), já que a concordância na avaliação da QdV entre o indivíduo avaliado, os profissionais de saúde e os que lhe estão próximos, é modesta de acordo com a investigação. A variação temporal significa para o mesmo autor que “a QdV varia com o tempo” (p. 104). Por sua vez, a subjectividade significa que “a QdV se baseia na percepção pessoal da pessoa avaliada,

é idiossincrática ao indivíduo. Porque depende dos valores, crenças, julgamentos, preferências, expectativas e percepções pessoais” (p. 104).

Esta dimensão de subjectividade não deve ser confundida com a subjectividade da medida. Ribeiro (2005) alerta que, tal como qualquer outra medida, a medida de QdV, não pode ser subjectiva do ponto de vista métrico, dado que tem de satisfazer critérios de validade, de fidelidade, entre outros, que permitam caracterizá-la como medida.

Deste modo, o conceito de QdV implícito neste trabalho vai ao encontro da definição sugerida pela OMS, em 1993, e da qual decorre a construção de um instrumento de avaliação de QdV, o WHOQOL-100:

Percepção que o indivíduo tem do seu lugar na vida, no contexto da cultura e do sistema de valores nos quais vive, em relação com os seus objectivos, os seus desejos, as suas normas e as suas inquietudes. É um conceito muito amplo que pode ser influenciado de maneira complexa pela saúde física do indivíduo, pelo estado psicológico e pelo seu nível de independência, as suas relações sociais e as suas relações com os elementos essenciais do seu meio (p.125).

O grupo de estudiosos em QdV da OMS *The Whoqol Group* (1999) propõe um conceito para a QdV subjectivo, multidimensional e que inclui elementos positivos e negativos (Fleck et al., 1999).

Trata-se de um conceito amplo e complexo, que engloba a saúde física, o estado psicológico, o nível de independência, as relações sociais, as crenças pessoais e a relação com as características do meio ambiente (OMS, 1998). Neste sentido, a QdV reflecte a percepção que têm os indivíduos de que as suas necessidades estão a ser satisfeitas ou, ainda, que lhe estão a ser negadas oportunidades de alcançar a felicidade e

a auto-realização, independentemente do seu estado de saúde físico ou das condições sociais e económicas (OMS, 1998).

2.2. Qualidade de Vida e Envelhecimento

O envelhecimento da população a nível mundial acarreta no presente e trará no futuro mudanças profundas em todos os sectores da sociedade. Neste sentido, destaca-se a relevância científica e social de se investigar sobre as condições que interferem no Bem-Estar na senescência e os factores associados à QdV de idosos, no intuito de criar alternativas de intervenção e propor acções e políticas na área da saúde, que respondam às necessidades da população que envelhece. (Fleck, Chachamovich, & Trentini, 2003).

Quando se investiga a QdV relacionada com a saúde na sua multidimensionalidade, identificam-se os principais aspectos a serem considerados em relação às potencialidades e peculiaridades da saúde e vida do idoso, interferindo no seu processo saúde-doença (Santos, Santos, Fernandes, & Henriques, 2002).

Santos et al. (2002) consideram que a QdV do idoso compreende a consideração de diversos critérios de natureza biológica, psicológica e socioestrutural, pois vários elementos são apontados como determinantes ou indicadores de Bem-Estar na velhice: longevidade, saúde biológica, saúde mental, satisfação, controlo cognitivo, competência social, produtividade, continuidade de papéis familiares e ocupacionais e continuidade de relações informais com amigos.

Paúl (2005) salienta que a qualidade de vida e a satisfação com a vida dos idosos varia na medida em que variam os factores determinantes no envelhecimento bem sucedido: serviços sociais e de saúde, características comportamentais e pessoais, meio físico, características sociais e económicas.

Castellón (2003) defende que a associação entre envelhecimento e qualidade de vida é algo que adquire uma importância cada vez maior nas sociedades ocidentais contemporâneas. O mesmo autor salienta que o conceito qualidade de vida se constitui como um dos principais indicadores que se deve ter em atenção no momento de avaliar a condição de vida dos idosos.

O mesmo autor, referindo-se concretamente a um estudo de âmbito nacional elaborado em Espanha, em 1998, sobre a população idosa, relata que 2/3 dos entrevistados valorizavam como aspectos mais importantes para a qualidade de vida a saúde e a autonomia, referindo ao mesmo tempo aqueles que são os índices de qualidade de vida mais críticos para a população idosa em Espanha: saúde, integração social, capacidades funcionais (que permitem manter a independência nas actividades de vida diária), actividade (ocupação do tempo em actividades que dêem satisfação), qualidade ambiental (em termos da casa que se habita e do lugar onde se vive), satisfação com a vida, educação, recursos económicos, acesso a serviços sociais e de saúde.

Fernández-Ballesteros (1998), num outro estudo, considera que a maior ou menor qualidade de vida dos idosos está muito dependente do contexto e das circunstâncias em que as pessoas vivem. Neste estudo, a autora concluiu que os ingredientes da qualidade de vida associada ao envelhecimento, dependem do estilo de vida adoptado e de condições pessoais muito particulares, como a posição social, a idade ou o sexo.

Há, no momento actual, um interesse do Grupo WHOQOL em desenvolver um instrumento para a avaliação da QdV em adultos idosos, o WHOQOL-OLD (Fleck, Chachamovich et al., 2003). Estes autores salientam a importância do desenvolvimento de estratégias para conhecer como o idoso percebe o seu próprio envelhecimento e da

necessidade de se desenvolverem instrumentos capazes de quantificar este processo de forma válida.

Fleck, Chachamovich et al. (2003) admitem que há prováveis especificidades conforme a faixa etária, na avaliação da QdV, daí que provavelmente o instrumento utilizado para a avaliação da população adulta, WHOQOL (Versões 100 e Bref), esteja pouco adequado quando a população-alvo é idosa.

Os supracitados autores obtiveram os seguintes resultados decorrentes da revisão dos itens do WHOQOL-100, nos grupos focais, constituídos por idosos a partir de 60 anos, saudáveis e doentes, e cuidadores: 1) a ideia de que a QdV constitui um construto multidimensional; 2) há uma tendência para se associar QdV e sentir-se bem ou Bem-Estar; 3) salientaram-se aspectos de QdV referidos por todos os grupos de idosos, a saúde, sociabilidade, suporte social, actividade física, possibilidade de dar suporte e apoio, sentimento de utilidade; 4) alguns grupos apontaram a religiosidade, condições financeiras estáveis e boas condições de vida como factores importantes de QdV.

Fleck, Chachamovich et al. (2003), concluem que, de forma espontânea, as respostas abrangeram os seis domínios propostos pelo WHOQOL-100, o que demonstra que genericamente, eles são adequados para a investigação de QdV em idosos. Das 24 facetas originais do instrumento, 19 foram citadas como relevantes para a QdV dos entrevistados.

Os itens “sono e repouso” (Domínio físico), “imagem corporal e aparência” (Domínio psicológico), “actividade sexual” (Domínio relações sociais), “Transporte” (Domínio ambiente) e “dependência de medicação ou tratamentos” (Domínio nível de independência) não foram, espontaneamente, referidos pelos idosos. Quando questionados, os idosos consideraram que as 24 facetas do WHOQOL-100, eram importantes para a sua QdV. Uma das razões para esta constatação poderá dever-se ao

facto das questões centrarem-se na definição dos conceitos e na forma como as mesmas são formuladas. Por exemplo na faceta “actividade sexual”, os idosos entenderam que a troca de carícias/beijos deveria ser considerada, em vez de se considerar apenas o acto sexual em si. Os mesmos autores concluíram também da necessidade de inclusão de itens adicionais observada nos grupos focais, corroborando a hipótese de que os idosos se constituem como um grupo particular e, como tal, apresentam especificidades relevantes (Fleck, Chachamovich et al., 2003).

Alguns investigadores levaram a cabo um estudo com o objectivo de avaliar a influência dos domínios da QdV (*Físico, Psicológico, Social e Ambiental*) no domínio da QdV global (Pereira et al., 2006). Para o efeito, utilizaram uma ficha de recolha de dados sóciodemográficos e o WHQOL-Bref para a avaliação da QdV de 211 idosos a viver na comunidade no Município de Teixeiras, pertencente à Região Sudeste do Brasil. Os investigadores realizaram análises de regressão linear com cada uma das variáveis sociodemográficas (sexo, idade, situação conjugal, rendimento e escolaridade) para estudarem o efeito de cada uma em cada um dos domínios do WHOQOL-BREF. Observaram que, nos domínios *Global* e *Social*, nenhuma das variáveis sócio-demográficas interferiu significativamente ($p \geq 0,05$). Também não se observaram diferenças significativas nos determinantes de QdV, entre os indivíduos que residiam em meio urbano e rural. Nos domínios *Físico, Psicológico e Ambiental*, apenas a variável sexo mostrou contribuição significativa, porém, pequena (2% no domínio *Físico*, 3,3% no *Psicológico* e 2,8% no *Ambiental*). Os investigadores concluíram através do teste *t* de *Student* que havia diferenças estatisticamente significativas entre as médias dos domínios *Físico, Psicológico e Ambiental* para os grupos feminino e masculino, sendo o valor médio nesses domínios superior para o grupo masculino.

Pereira et al. (2006) analisaram a contribuição dos diferentes domínios na QdV

global, observando que a contribuição dos quatro domínios em conjunto foi apenas de 36,1%, explicando limitadamente a QdV global. O domínio que mais contribuiu foi o *Físico*, seguido do *Ambiental* e do *Psicológico*. O *Social* não contribuiu significativamente para a QdV global. Os autores relatam que estes idosos apresentam boa QdV em todos os domínios do WHOQOL-BREF. Apesar dos resultados obtidos neste estudo, outros estudos há que evidenciam a relação entre a QdV e estas variáveis sócio-demográficas. Factores como a idade avançada, sexo feminino, baixo nível de escolaridade e não ter companheiro estão relacionados com baixos níveis de QdV (Sprangers et al., 2000).

Investigações sobre a QdV e a situação socioeconómica demonstram a existência de correlação positiva entre as duas variáveis, da mesma forma que problemas financeiros reduzem o Bem-Estar dos idosos (Jakobson, Hallberg, & Westergren, 2004). Estes autores relatam também que as mulheres estão mais expostas do que os homens aos problemas físicos e mentais, o que poderia explicar menor QdV no domínio *Psicológico*.

Outra investigação levada a cabo, indica que as mulheres idosas apresentam desvantagens claras no que concerne à saúde, independência e mobilidade física quando comparadas com os homens, bem como, maior dependência, independentemente da idade ou de viverem em zonas rurais ou urbanas (Barreto, Giatti, & Kalache, 2004).

Investigadoras na Áustria, chegaram a conclusões semelhantes, através de um estudo sobre as diferenças de sexo na QdV relacionada com a saúde, numa amostra de 160 idosos (Kirchengast & Haslinger, 2008).

Barreto et al. (2004) observaram que, no que concerne à presença de doenças, também as mulheres referem sofrer de mais doenças com excepção de cancro e cirrose,

que foram mais assinaladas por homens, e de bronquite/asma que não foi relatada de forma estatisticamente significativa por nenhum dos grupos maioritariamente.

Estudos realizados demonstram que a QdV subjectiva é mais elevada nos homens do que nas mulheres idosas, talvez porque o envelhecimento seja percebido pela mulher como mais negativo (del Pino, 2003). Kirchengast e Haslinge (2008), relata que as idosas participantes no estudo que desenvolveram, relatam menor QdV do que os idosos, já que as mulheres demonstraram estarem mais dependentes de medicação, sentem-se significativamente menos seguras no dia-a-dia e estão menos satisfeitas consigo próprias do que os homens da amostra.

A idade avançada associa-se a piores níveis de QdV relacionada com a saúde (Garcia, Banegas, Perez-Regadera, Cabrera, & Rodriguez-Artalejo, 2005). Estes dados vão ao encontro aos resultados obtidos por um grupo de investigadores (Figueira, Figueira, Mello, & Dantas, 2008) que, à semelhança de outros, concluem que a QdV diminui com a idade, à medida que as perdas de autonomia, participação em actividades e participação social vão diminuindo também.

Uma investigação levada a cabo na cidade de Teerão, relacionando a QdV dos idosos com características sócio-demográficas, numa amostra de 410 idosos, com mais de 60 anos, a viver na comunidade e cognitivamente não afectados, permitiu verificar que em média os idosos consideraram a sua QdV como “moderada” (Nikpour, Soola, Seiedoshohadaei, & Haghani, 2007).

Neste estudo os idosos apresentavam em média 2,18 doenças crónicas, sendo que a artrite (60%) era o problema de saúde mais relatado, seguido de hipertensão (36%), cataratas (34,9%) e problemas gastrointestinais (26,8%). De acordo com os autores, 32,9% dos participantes indicavam que a sua saúde era pior quando comparada com o grupo de pares. Estes investigadores obtiveram ainda que a QdV masculina era

significativamente mais elevada do que a feminina, que os idosos com mais habilitações tendem a avaliar a sua QdV mais alta do que os idosos com habilitações mais baixas, e que os idosos com melhor estatuto económico avaliam mais positivamente a sua QdV do que os que são financeiramente dependentes.

Os autores encontraram relações significativas entre a QdV e a QdV percebida pelos idosos. Neste mesmo estudo não foram encontradas diferenças significativas na QdV em função da idade, estado civil ou viver sozinho/acompanhado. Os autores concluem que, após ampla revisão bibliográfica, não existe consenso na literatura acerca da existência de diferenças na QdV baseadas em variáveis sócio-demográficas, mas, salientam que a QdV se encontra relacionada com o estado de saúde percebido e o número de doenças crónicas relatadas.

Os autores entendem que as percepções dos idosos relativamente ao seu estado de saúde interferem de forma significativa e preponderante na avaliação que estes realizam da sua QdV.

A satisfação com a saúde foi também a variável que mais contribuiu para a avaliação da QdV em amostras de estudos realizados no Canadá (202 idosos) e Brasil (288 idosos), contribuindo também para a variação da QdV factores como, “ter dinheiro suficiente”, “ter um propósito na vida” e oportunidades para actividades de lazer, sendo que, comparativamente, a QdV foi avaliada mais positivamente pelos canadianos do que pelos brasileiros (Paskulin & Molzahn, 2007).

Em 2007, um grupo de investigadores (Martins, Albuquerque, Gouveia, Rodrigues, & Neves), levaram a cabo um estudo a fim de avaliar a “Qualidade de Vida Subjectiva” de idosos residentes nos meios urbano e rural do Estado da Paraíba. Participaram 284 idosos, 56% residentes em ambiente urbano, 44% pertencente ao meio rural. Os autores utilizaram o WHOQOL-BREF e uma ficha de recolha de dados

sociodemográficos para a caracterização da amostra. Os resultados sugerem que, de um modo geral, os idosos possuem um índice de QdV satisfatório. Comparando-se os grupos em função do sexo e do ambiente em que vivem, não há diferenças significativas nos índices de QdV, porém, estes índices relacionam-se directa e significativamente com o nível económico. Um dos factores que pode contribuir para reduzir a satisfação com as suas condições de vida é a falta de recursos financeiros, sendo os grupos de menor poder aquisitivo os que demonstraram os menores índices de QdV.

Paúl et al. (2004) realizaram um estudo que pretendia acima de tudo retratar, num determinado tempo histórico, a forma como determinada comunidade, composta por determinados indivíduos e não outros, vivem a sua condição de idosos. Os resultados obtidos, salientam os autores, possuem validade ecológica, que importa sublinhar e que nos obriga a observar criteriosamente as diferentes realidades, disponíveis para a compreensão das pessoas, nos seus contextos e subjectividades. Assim, a amostra de 119 idosos residentes em Aldeia do Bispo (concelho do Sabugal, distrito da Guarda), vivendo de forma independente, permitiu concluir através da análise aos resultados obtidos no WHOQOL-Bef, o seguinte: 1) a QdV geral diminui conforme aumenta a idade; 2) os idosos que se avaliam como tendo melhor saúde são os que apresentam melhor QdV; 3) a QdV varia com todas as subescalas de ânimo (quanto melhor a QdV em Geral, menor a solidão/insatisfação; menor ansiedade/depressão e mais positivas são as atitudes face ao envelhecimento).

Analisando parcelarmente as quatro componentes em termos de outras variações significativas, Paúl et al. (2004) destacam sobretudo: 1) a QdV *Física* varia com as actividades da vida diária; 2) a QdV *Psicológica* varia com o sexo (favorecendo os homens), com o estado civil (privilegiando os casados), e com o nível de educação e rendimento (favorecendo os mais instruídos e com mais dinheiro; 3) a QdV *Social* varia

com o nível de educação e rendimento (favorecendo os mais instruídos e com mais dinheiro), com a existência de maior número de amigos e, com as actividades da vida diária e; 4) a QdV *Ambiental* varia positivamente com o rendimento e com todos os indicadores de relações sociais, sugerindo claramente uma avaliação positiva do ambiente, baseada em aspectos de natureza relacional.

Paúl et al. (2005), num estudo em que pretendem aceder à satisfação e QdV de idosos, partem de “uma perspectiva que valoriza os conceitos relativos ao envelhecimento bem-sucedido, em que o critério de sucesso é, na sua versão mais básica, a autonomia física, psicológica e social dos idosos” (p. 76). Segundo os autores, os objectivos da investigação foram enumerar as diferenças e semelhanças no processo de envelhecimento entre idosos rurais e urbanos. A amostra foi constituída por 117 idosos residentes na Aldeia do Bispo e 117 idosos a residir na cidade do Porto. Da administração do WHOQOL-BREF, os resultados deste estudo ressaltam que 3% dos idosos avalia a sua QdV como “muito boa”; 24% como “boa”; 41% como “nem boa nem má”; 21% como “má” e 11% como “muito má”. Esta variável não parece associada à condição rural/urbana dos idosos, ao sexo, ao estado civil ou às atitudes face ao Envelhecimento, mas surge fortemente associada, de forma significativa, com a idade, com a educação, com o rendimento, com a autonomia, com a família, com os amigos, com os confidentes, com a Solidão/Insatisfação e com a Agitação/Ansiedade. No que concerne à “satisfação com a saúde”, os resultados obtidos foram que: 37% dos idosos declara estar “muito insatisfeitos”; 21% declarou-se “insatisfeito”; 22% “nem satisfeito nem insatisfeito”; 15% “satisfeito” e apenas 5% “muito satisfeito”. Os autores encontraram que a satisfação com a saúde surge associada, de forma significativa, com a idade, a educação, o rendimento, a autonomia, a família, os amigos, a Solidão/Insatisfação e a Agitação/Ansiedade. As variáveis: rural/urbano, sexo, estado

civil, confidentes e atitudes face ao Envelhecimento não surgem associadas de forma estatisticamente significativa com a satisfação com a saúde.

Paúl et al. (2005) demonstram que, no que diz respeito aos domínios de QdV, todos os domínios (*Físico, Psicológico, Ambiental, Social*) variam com o grupo etário. O sexo apenas se associa à QdV *Física* e o estado civil associa-se à QdV *Física, Psicológica* e *Social*. Ser rural ou urbano aparece associado à QdV *Psicológica* e *Social*, enquanto o nível de educação está globalmente associado à QdV, excepto no domínio *Social*. As variáveis rendimento, capacidade instrumental para a vida diária, auto-avaliação da saúde e os três aspectos da rede de suporte social (família, amigos e confidentes) estão todos associados ao conjunto dos domínios da QdV. Todas as variáveis explicativas consideradas pelos autores, como associadas à QdV, variam no sentido previsível, quer dizer, quanto mais positivos os indicadores, maior a QdV percebida.

Tomando cada um dos domínios da QdV como variável dependente e usando como variáveis independentes a idade, o sexo, o estado civil, o nível de educação, o rendimento, a percepção da saúde, o nível de autonomia, a rede de suporte social e os domínios da satisfação de Vida (*Solidão, Atitudes face ao envelhecimento, Agitação*), obtiveram os seguintes resultados:

- a) A QdV *Física* tem como preditores a percepção da saúde, o nível de autonomia, a idade, a educação e a *Solidão*, que explicam na totalidade 71% da variância;
- b) A QdV *Psicológica*, tem como variáveis predictoras a percepção da saúde, a *Solidão*, o nível de autonomia, os confidentes, a educação, a idade e as *Atitudes Face ao Envelhecimento*, que explicam 62% da variância;

- c) A QdV *Social* tem como preditores os amigos, o nível de autonomia, os confidentes e a *Solidão*, explicando 50% da variância;
- d) A QdV *Ambiental* tem como variáveis preditoras explicativas de 41% da variância, o nível de autonomia, o rendimento, a percepção da saúde, os amigos e os confidentes.

Os autores do estudo concluem através de uma análise global dos resultados que:

O nível de autonomia é aquele que melhor consegue predizer a QdV, uma vez que, ainda que com pesos diferentes, está associado a todos os domínios considerados. A percepção da saúde prediz a QdV Física, Psicológica e Ambiental. A idade é uma variável preditora da QdV Física e Psicológica. Relativamente aos elementos da rede de suporte social, os confidentes são uma variável associada a todos os domínios da QdV (excepto a Física), enquanto os amigos predizem a QdV Social e Ambiental. O nível de educação aparece como preditor da QdV Física e Psicológica, ao passo que o rendimento é um preditor da QdV Ambiental. A *Solidão* é o único domínio da satisfação de vida que surge como preditor da QdV (excepto no domínio Ambiental) (pp. 91-92).

A espiritualidade foi alvo de um estudo com o propósito de se avaliar o seu efeito na QdV dos idosos, quando as variáveis, idade, sexo, suporte social e estado de saúde estavam controladas (Molzahn, 2007). Os dados são o resultado da análise das respostas de 426 idosos residentes em British Columbia, Canadá, ao WHOQOL-100 e a um questionário sócio-demográfico. A investigação concluiu que a espiritualidade não era um factor que contribuísse para a QdV dos idosos desta amostra, ao contrário do suporte social e da satisfação com a saúde, que se constituíram como os principais preditores da

QdV global. Estes resultados não parecem ser consentâneos com os já referidos estudos de Ribeiro e Pombeiro (2004).

A dimensão espiritualidade tem sido alvo de alguma controvérsia, a começar pelo próprio termo, até à definição de um instrumento capaz de avaliar o construto considerado satisfatório por todas as religiões (Fleck, Borges, Bolognesi, & Rocha, 2003). Neste sentido, estes investigadores encontram-se a desenvolver um módulo designado de “espiritualidade, religiosidade e crenças pessoais”, i.e., o WHOQOL-SRPB, com o objectivo de examinar as crenças do indivíduo e, perceber até que ponto, estas afectam a QdV.

Tal como tem vindo a ser referido, para se chegar ao conceito de QdV, enquanto indicador de adaptação ao envelhecimento, teremos, como referem Paúl et al. (2005), de ter em consideração outros aspectos indiciadores dessa mesma adaptação, nomeadamente o do Bem-Estar Psicológico, já que nos interessa sobretudo explorar a dimensão psicológica do envelhecimento.

Em suma, neste capítulo abordou-se a QdV como um construto multifacetado que se reveste da maior importância quando se analisa o envelhecimento humano. Por conseguinte, foram apresentados diversos estudos que clarificam essa importância.

CAPÍTULO III – BEM-ESTAR PSICOLÓGICO

O propósito do corpo é levar o cérebro a passear.

Thomas Alva Edson

3.1. Bem-Estar Psicológico

Existem uma série de estudos acerca dos determinantes da qualidade de vida em idosos (Abbey & Andrews, 1986; Clark, 1988; Moss, Lawton, & Glicksman, 1991; Ranzjin & Luszcz, 2000). Contudo, parece existir falta de consenso na definição de Qualidade de Vida e de como esta deve ser medida, como já referimos anteriormente.

Lawton (1991) defende uma concepção multidimensional de Qualidade de Vida (“*good-life*”), com quatro componentes: competência comportamental, ambiente objectivo, qualidade de vida percebida e Bem-Estar Psicológico.

A maioria dos investigadores parece concordar que a qualidade de vida deve ser amplamente definida e incluir quer elementos objectivos quer subjectivos.

Ranzjin e Luszcz (2000) centraram alguma da sua investigação naquela que eles próprios denominaram de medida de Bem-Estar Psicológico, um dos componentes subjectivos da Qualidade de Vida identificados por Lawton.

Os supracitados autores afirmam que o Bem-Estar Psicológico, tal como a qualidade de vida, é muito difícil de conceptualizar e raramente se encontra definido na literatura. Uma panóplia de conceitos tem sido utilizada pelos investigadores para operacionalizar o Bem-Estar, como se estes fossem mais ou menos sinónimos. Por exemplo, Coleman, Ivani-Chalian e Robinson (1993) equacionaram o Bem-Estar como sinónimo de auto-estima; Krause, Hertzog e Baker (1992) associam-no com a ausência

de depressão; Kalish (1982) relaciona-o com o ânimo e Butt e Beiser (1987) com a satisfação.

Stull (1987, cit. por Paúl, 1992) refere-se à satisfação de vida como sendo o resultado de um processo mais cognitivo do que afectivo, em que as pessoas fazem a avaliação da vida como um todo, reflectindo a discrepância percebida entre as aspirações e as realizações.

Lawton (1975) considera o ânimo como um sentido básico de satisfação consigo próprio, o sentimento de que há um lugar para nós e de aceitação pelo que não se pode alterar.

Se não existe acordo em relação ao conceito de Bem-Estar, existirão também diversas opiniões na forma de o medir. Os conceitos de ânimo, satisfação, depressão e satisfação com a vida, são conceptualmente distintos, mas são diversamente usados como equivalentes. Wenger (1992) afirma que o Bem-Estar subjectivo é composto pelo ajustamento, ânimo e satisfação com a vida, tendo chegado à conclusão de que “*in usage these terms are virtually indistinguishable*” (p. 699).

Alguns autores contornaram a questão da definição, evitando o uso do termo Bem-Estar, optando por se referirem aos aspectos específicos do Bem-Estar, nomeadamente, às suas variáveis dependentes. Isto inclui o afecto (Lawton, DeVoe, & Parmelee, 1995; McIntosh & Danigelis, 1995), satisfação com a vida (DeGenova, 1993; Rapkin & Fischer, 1992), ânimo (Wenger, Davies, & Shahtahmasebi, 1995), *distress* (Mirowsky & Ross, 1996) e solidão (Wenger, Davies, Shahtahmasebi, & Scott, 1996).

Se o Bem-Estar é multidimensional como os investigadores advogam, esta aproximação é válida, contudo, continua a não resolver a questão de se saber afinal o que é que define este conceito tão abrangente.

Recentemente, os investigadores utilizaram uma série de métodos para elucidar acerca da estrutura do Bem-Estar. Alguns autores mediram o Bem-Estar com uma variedade de escalas incluídas no mesmo estudo, realizando, posteriormente, uma análise factorial exploratória, para chegarem aos componentes nucleares do construto, i.e., aos factores que a maioria das escalas tinha em comum. Nestas investigações, Lawton, Kleban e DiCarlo (1984) identificaram três factores nucleares: afecto positivo, afecto negativo e a congruência entre os objectivos desejados e os atingidos.

Outros estudos levados a cabo chegam a conclusões idênticas, independentemente da denominação dada aos factores em análise, é consensual que o afecto positivo e o afecto negativo constituem elementos nucleares a avaliar quando se pretende estudar o Bem-Estar (Liang & Bollen, 1983; Shmotkin & Hadari, 1996).

A origem da divisão do Bem-Estar nas duas dimensões de afectos positivos e negativos teria sido já referenciada por Bradburn (1969), ao considerar que uma avaliação subjectiva do Bem-Estar consistia num balanço realizado entre os afectos positivos e negativos. O afecto positivo não é considerado apenas como o pólo oposto ou a ausência de afecto negativo. Estes factores consideram-se correlacionados mas distintos, representando diferentes dimensões (Myers & Diener, 1995). Os dois tipos de afecto podem ter funções adaptativas distintas. O afecto negativo poderá ser a consequência de comportamentos mal-adaptativos, mas também um motivador para o comportamento adaptativo. O comportamento adaptativo ou apropriado, poderá resultar em afecto positivo, um reforço para o comportamento adaptativo.

Myers e Diener (1995) concluem que, se o afecto positivo e negativo se correlacionam, então deverá haver um factor “superior” de Bem-Estar. Estudos realizados (Ranzjin, 1998) confirmam que a *Philadelphia Geriatric Center Morale Scale*, é um instrumento *standard* para se aceder ao Bem-Estar Psicológico, pelo que

deverá ser um dos aspectos a considerar quando se estuda a QdV, entendida enquanto construto multidimensional, composta por elementos objectivos e subjectivos.

O modelo proposto por Lawton (1975), que originou a criação da *Philadelphia Geriatric Center Morale Scale* (PGCMS), consiste em três factores de primeira ordem (*Atitudes face ao Próprio Envelhecimento*, *Agitação* e *Solidão/Insatisfação*) e um factor de segunda ordem (*Bem-Estar Psicológico*).

Resumindo, a PGCMS é uma escala de estatuto duplo, i.e., tanto pode ser vista como multidimensional, na medida em que se confirmam os três factores de análise, como também pode ser vista como unidimensional, já que esta covariação entre os três factores de primeira ordem pode ser explicada por um factor de segunda ordem, denominado de “satisfação global” (Rubio, Aleixandre, & Cabezas, 2001). Os autores citados afirmam que este factor de segunda ordem “satisfação global” explica 90% da variância do factor *Solidão/Insatisfação*, 61% do factor *Agitação* e 74% do factor *Atitude Face ao Próprio Envelhecimento*, concluindo assim que a satisfação global com a vida pode ser entendida como uma variável muito importante para as três dimensões indicadas na PGCMS.

Em suma, como nos refere Paúl (2005), o Bem-Estar Psicológico tem como dimensões subjacentes a congruência entre as aspirações e as realizações, o afecto (positivo e negativo) e, ainda, possivelmente, a felicidade.

O envelhecimento é, de acordo com Sequeira e Silva (2002), um período de grandes mudanças aos níveis biológico, psicológico e social, bem como no plano das relações pessoa-mundo. Estas mudanças exigem ao idoso um esforço de adaptação às novas condições de vida, tratando-se de um momento de risco para o equilíbrio e Bem-Estar Psicológico da pessoa idosa.

Defendendo que, à medida que se envelhece as capacidades de adaptação vão diminuindo, Lawton (1983, cit. por Sequeira & Silva, 2002) refere que o idoso se torna mais sensível ao meio ambiente, pelo que torna este, um agente relevante na promoção do seu Bem-Estar.

Paúl (2005) afirma, peremptoriamente, que os idosos não são um grupo de risco enquanto tal, mas que podemos equacionar uma crescente vulnerabilidade que pode ser compensada de forma bem sucedida, nomeadamente a partir de mudanças ambientais que reequilibrem a congruência entre o idoso e o ambiente, otimizando a adaptação.

Após uma ampla revisão bibliográfica, Paúl (1992) afirma que:

O Bem-Estar dos idosos tem de facto a ver com atitudes, traços de personalidade, estados de humor e mais ainda com o ambiente em que os indivíduos se desenvolveram e vivem, numa combinação única, que é a sua história de vida. Só a partir de uma análise transaccional da unidade ecológica pessoa/ambiente seremos capazes de compreender o Bem-Estar subjectivo dos idosos que envelhecem nos diferentes cenários (p. 65).

No mesmo sentido, Paúl (1992) afirma que o conceito de envelhecimento bem-sucedido só faz sentido numa perspectiva ecológica, considerando o indivíduo no seu contexto, actual e passado, no quadro de uma relação dialéctica entre as pressões ambientais e as suas capacidades adaptativas. Quando se verifica esta adequação pessoa/meio, o idoso pode manter a sua satisfação de vida, independentemente dos critérios externos considerarem o meio pouco favorável.

A satisfação com a vida é vista, segundo Fagulha, Duarte e Miranda (2000), como decorrente de uma apreciação de cariz cognitivo, em que se compara a circunstância apreendida pelo indivíduo e os seus padrões pessoais. Quanto menor for a discrepância, maior o grau de satisfação. No Bem-Estar Psicológico, intervêm não só os afectos e as

avaliações cognitivas, como também, o suporte social e a capacidade de integração do indivíduo na comunidade e nos grupos sociais.

Os estudos realizados por Simões (1992) sugerem variações significativas na satisfação com a vida quando se considera o sexo e a idade dos inquiridos, sugerindo que são os homens, os jovens e indivíduos de média idade quando comparados com os mais idosos, que apresentam maior satisfação com a vida. Neste estudo ainda, o autor encontrou correlações significativas entre a satisfação com a vida e o estado de saúde e a situação económica dos inquiridos.

Miguel, Carvalho e Baptista (2000) afirmam que as respostas ao stress podem comprometer o estado de saúde. Segundo estes autores, uma das razões que predispõe os indivíduos para as doenças são os estados emocionais negativos, como a ansiedade e a depressão, por estes provocarem alterações do sistema imunológico tornando, deste modo, o indivíduo mais vulnerável a agentes causadores de doenças. Lazarus e Folkman em 1984, referem que a utilização de estratégias desadequadas para lidar com situações stressoras podem originar um desajustamento emocional (depressão e ansiedade), o que irá ter reflexos na qualidade de vida do indivíduo.

Por sua vez, Paúl (1992) sugere que os estudos realizados na área do Bem-Estar, tentam chegar a modelos explicativos causais nos quais as preocupações com a saúde e as condições ou acontecimentos de vida causadores de stress são factores de risco que medeiam o Bem-Estar dos indivíduos. Assim, a autora refere que os recursos pessoais, o nível de educação, o estatuto, o sexo, a idade e o estado civil são factores externos, antecedentes causais da saúde, stress e felicidade. Adicionalmente, a autora constata que, a maioria destes estudos, sublinha que, ao nível do estado civil, são os casados que apresentam maiores indicadores de Bem-Estar.

No contexto da pesquisa de Paúl (1992), o Bem-Estar Psicológico é encarado como um indicador de adaptação à condição de idoso, com variações associadas a factores de ordem física e ambiental.

No âmbito da investigação por si realizada (designada de Satisfação de vida em Idosos), com o intuito de aferir para a população portuguesa a Escala Geriátrica de Ânimo de Lawton, Paúl (1992), apresenta as conclusões respeitantes a uma amostra de 130 idosos, 57 a residir em instituição e 73 a residir na comunidade. A investigadora conclui que só há diferenças significativas entre os sexos, para a subescala *Agitação*, sendo mais prevalente nos homens. O facto de os idosos terem ou não filhos, não interfere significativamente com o seu Bem-Estar subjectivo em nenhuma das dimensões. Paúl (1992) conclui que a qualidade do apoio recebido pelo idoso, mais do que qualquer outro aspecto, é o aspecto determinante do Bem-Estar. A investigadora prossegue, demonstrando que a variância dos resultados das subescalas em função do estado civil, só mostra diferenças significativas nas *Atitudes Face ao Próprio Envelhecimento*. O grupo dos viúvos é o que aparece com atitudes mais negativas e, os solteiros, com as mais positivas. Na subescala *Solidão/Insatisfação*, apesar de não se terem verificado diferenças estatisticamente significativas, constata-se que os idosos casados estão em vantagem em relação aos outros grupos. Na subescala *Agitação*, a distribuição das médias pelos estados civis não é, da mesma forma, significativamente diferente. A investigadora observa que, de uma forma geral, os idosos analfabetos apresentam menores índices de Bem-Estar em todas as subescalas, contudo, as diferenças deste grupo relativamente aos indivíduos com instrução, apenas adquire significado estatístico na subescala *Solidão/Insatisfação*.

Sequeira e Silva (2002) realizaram um estudo com o objectivo de:

Estudar a influência do contexto na Satisfação de vida do idoso, na medida em que só a partir da análise transaccional da unidade ecológica pessoa/ambiente podemos compreender o Bem-Estar subjectivo de idosos que vivem em diferentes cenários, sendo que cada cenário ambiental dita de forma única a experiencia do envelhecimento (p. 506).

Os autores supracitados procuraram, na sua investigação, focar a atenção nos factores inerentes à Satisfação, num grupo de 40 indivíduos entre os 65 e 75 anos, a residirem em meio rural (Concelho de Mação). Utilizaram, um questionário por eles construído para a recolha de dados demográficos, “factores objectivos” (número de filhos, pessoas com quem vive) e “características subjectivas” (percepção da situação económica, estado de saúde, contacto com a família), assim como a “Escala de Ânimo de Lawton, indicador de Satisfação de Vida”.

Sequeira e Silva (2002), através dos resultados obtidos no total da Escala de Ânimo, concluem que aqueles idosos apresentam níveis médios de Bem-Estar (7,07 num total de 14). Nas subescalas que compõem o instrumento, constataram, na sua amostra, que os níveis de *Solidão/Insatisfação* foram médios/altos (2,90 em 5), na subescala *Agitação* os níveis se situam também num ponto médio (2,20 em 4) e níveis médios/baixos na subescala de *Atitudes Face ao próprio envelhecimento*. Os autores concluem que as características intrínsecas aos meios rurais oferecem um ambiente mais contentor e de suporte quando as competências pessoais começam a declinar, o que justifica os valores obtidos nas subescalas *Solidão/Insatisfação* e *Agitação*. Contudo, observam que na subescala *Atitudes Face ao próprio Envelhecimento*, os idosos manifestam atitudes negativas, influência das atitudes sociais discriminatórias face aos mais velhos.

No que concerne aos elementos considerados pelos autores como mais importantes para o Bem-Estar daqueles idosos, a análise estatística revelou, que, ser casado, contactar com a família, viver acompanhado, perceber a sua situação económica como boa, perceber a sua saúde como boa, ser activo e viver na sua própria casa, surgem como factores mais responsáveis pelo Bem-Estar dos idosos.

Julgamos importante analisar alguns factores detalhadamente e os resultados obtidos pelos autores, já que esta amostra apresenta algumas similaridades com a da nossa investigação, bem como, os factores considerados. Neste sentido, Sequeira e Silva (2002) observaram diferenças significativas entre casados e viúvos (não consideraram solteiros), apresentando o grupo de casados menos sentimentos de *Solidão/Insatisfação*, avaliando subjectivamente, mas de forma mais positiva, o ambiente e o apoio das redes sociais, bem como um ânimo significativamente mais elevado, apresentando níveis mais elevados de Bem-Estar quando comparados com os viúvos. Estes resultados vão ao encontro das conclusões de Paúl (1992), aquando da aferição da escala para a população portuguesa. O contacto com a família revela-se importante em termos da Satisfação de Vida destes idosos. O grupo que percebe o contacto com a família como “muito frequente”, revela uma atitude mais positiva face ao próprio envelhecimento, revelando um balanço mais positivo entre a vida passada e a presente, do que os que afirmaram terem “pouco” contacto com a família. As conclusões vão no mesmo sentido das de Horley (1984), que afirma que a participação familiar é um preditor importante de Bem-Estar no idoso.

Viver sozinho ou acompanhado, constitui-se como fundamental para o Bem-Estar, nomeadamente ao nível da subescala de *Solidão/Insatisfação* e do total da Escala de Ânimo. Os idosos que vivem acompanhados, segundo Sequeira e Silva (2002), apresentam menores níveis de *Solidão* e um nível mais elevado de Bem-Estar.

Os autores observaram como estes idosos valorizam a existência do cônjuge e a permanência dos filhos nas suas vidas, afirmando sentirem-se mais seguros e acompanhados por saberem que eles existem. O inverso também foi testemunhado pelos autores, assinalando que os viúvos/as referem a tristeza sentida pela casa vazia, pelas refeições passadas a sós, falando da saudade e do medo face à doença ou dependência.

Quanto à situação económica percebida, o grupo que percebe a sua situação económica como “má” revela maiores níveis de *Solidão/Insatisfação* e de *Agitação*, uma atitude mais negativa face ao próprio Envelhecimento, ânimo inferior e níveis mais baixos de Bem-Estar. Ao nível da percepção da saúde, os autores afirmam que o grupo que percebe a sua saúde como “má”, revela uma *Atitude Face ao Envelhecimento* mais negativa do que o grupo que afirma ter “boa” saúde. O grupo que percebeu a sua saúde como “boa” tem valores médios de Bem-Estar superiores aos do grupo que se percebeu com saúde “média”, o mesmo acontecendo entre este e o grupo de saúde “má”.

Paúl et al. (2005) levaram a cabo um estudo denominado “Satisfação e Qualidade de Vida em Idosos Portugueses”, focando-se nas diferenças e no que têm em comum os idosos a residir na comunidade numa zona rural e numa zona urbana. A abordagem quantitativa do comportamento humano “deixa sempre subjacente o conhecimento particular em favor do retrato colectivo geral, que esbate as diferenças tão sublinhadas nos idosos (p. 80)”. Assim, com uma amostra de 234 indivíduos, em que 117 vive numa zona rural e, 117 numa zona urbana, Paúl et al. (2005) utilizam a Escala de Ânimo de Lawton, nomeadamente a sua adaptação para a população portuguesa realizada por Paúl (1992), de forma a acederem ao estado psicológico do idoso, medido “pelo respectivo ânimo/satisfação de vida” (p. 84), considerando-o como um indicador precioso do seu Bem-Estar.

A análise global dos resultados obtidos leva os autores a afirmarem que aqueles idosos sentem alguma *Solidão/Insatisfação*, têm *Atitudes negativas Face ao Envelhecimento* e estão *Agitados/Ansiosos*.

Os autores estudam a associação da satisfação de vida com outras variáveis e concluem que não há variações significativas com o grupo etário, mas há com o sexo, sendo que as mulheres mostram sentir mais *Solidão/Insatisfação* e maior *Agitação*.

O estado civil dos idosos também surge associado à satisfação de vida, favorecendo os casados nas subescalas de *Solidão/Insatisfação* e *Agitação*. A condição rural ou urbana parece relacionar-se apenas com as *Atitudes Face ao Envelhecimento*, mais negativas nos idosos urbanos.

O nível de educação e o rendimento associam-se ao sentimento de *Solidão/Insatisfação* que é tanto maior, quanto menor a educação e o rendimento dos idosos.

Finalmente, a família não parece estar associada à satisfação de vida, neste estudo, e os amigos apenas parecem ter uma associação com o nível de *Agitação/Ansiedade*. A auto-avaliação da saúde surge associada à satisfação de vida.

Paúl et al. (2005) tomaram cada um dos domínios de satisfação com a vida como variáveis dependentes usando como variáveis independentes outras variáveis do seu estudo, concluindo desta forma que:

- a) Os preditores para a *Solidão/Insatisfação*, explicando 41% da variância são a percepção da saúde, os amigos, os confidentes e o sexo;
- b) No que concerne às *Atitudes Face ao Envelhecimento*, as variáveis preditoras são os amigos, o rendimento e a família, explicando 7% da variância;

- c) Relativamente à *Agitação/Ansiedade*, as variáveis preditoras são a percepção da saúde, o sexo e a família, que no conjunto explicam 29% da variância.

Perante os resultados obtidos, os investigadores concluem que, de uma forma geral, a percentagem de variância explicada é baixa, especialmente no que concerne às *Atitudes Face ao Envelhecimento*. A satisfação de vida pode prever-se a partir da rede de suporte social (i.e., os amigos, para a *Solidão e Atitudes face ao Envelhecimento*; a família, para as *Atitudes face ao Envelhecimento e Agitação* e; os confidentes, para a *Solidão*). A percepção da saúde e o sexo são preditores da *Solidão* e da *Agitação*; o rendimento associa-se à *Solidão* e às *Atitudes Faces ao Envelhecimento*. A idade, a educação, o estado civil e o nível de autonomia não surgem associados a nenhum dos domínios da satisfação de vida.

Neste mesmo estudo, e associando as subescalas “ da Escala de Satisfação de Vida” (p. 89) e o instrumento WHOQOL-BREF, constata-se uma clara associação entre o sentimento de *Solidão/Insatisfação* e *Agitação/Ansiedade* com a QdV. As *Atitudes face ao Envelhecimento* não se associam tão significativamente com a QdV e parecem independentes da QdV *Social*.

Rubio et al. (2001), na sua investigação intitulada “Calidad de Vida Y diferencias en función del sexo”, tiveram como primeiro objectivo “analisar as diferenças existentes entre a Qualidade de Vida subjectiva (medida através da escala PGC de Lawton) e a variável sexo” (p. 174). Para este efeito, os investigadores aplicaram o instrumento a 450 indivíduos residentes na província de Granada, com mais de 65 anos de idade.

Os investigadores concluem que existem diferenças estatisticamente significativas em função do sexo, com vantagem para os homens. Neste mesmo estudo, tentaram

avaliar que variáveis compunham a QdV para aquela amostra, tendo observado que para os homens a variável que mais influencia tinha era a saúde, para a mulher era a família.

As percepções distintas que homens e mulheres possuem de QdV, e convém relembrar que o instrumento utilizado para medir esta variável foi o PGCMS, parecem bem patentes no que os idosos desta amostra consideraram como determinantes da sua QdV. Assim, para as mulheres, a família, a saúde e o ambiente em que vivem foram os factores considerados mais importantes, enquanto, para os homens, o trabalho que realizaram (no passado) seria a variável com mais importância.

Rubio et al. (2001) avaliaram também se a existência de filhos seria um factor a considerar quando se investiga a satisfação de vida e se este factor difere na avaliação de homens e mulheres. Efectivamente, os investigadores constataram que a ausência de filhos determina a obtenção de pontuações inferiores nas escalas de satisfação com a vida, e que esta diferença é maior nos homens do que nas mulheres. Os autores adiantam que as mulheres idosas sem filhos recebem mais apoio familiar do que os seus congéneres masculinos. Também a qualidade da relação com os filhos foi alvo de estudo destes investigadores, concluindo que esta variável é também um factor condicionante da satisfação de vida dos idosos, observando-se que também neste ponto a diferença entre homens e mulheres é significativa. A satisfação de vida dos homens é menos sensível à relação com os filhos do que a das mulheres.

Em sentido semelhante, encontra-se a investigação de Nagata, Yamagata, Nakamura, Miyamura e Asaka (1999), que concluem que, numa amostra de idosos com mais de 75 anos, utilizando a PGCMS para acederem ao Bem-Estar subjectivo, observam o seguinte: a) os homens pontuam mais na PGCMS, o que significa que existem diferenças no Bem-Estar subjectivo em função do sexo; b) nas mulheres, o Bem-Estar subjectivo encontra-se relacionado com vários factores, mas existe uma

relação particularmente forte com a percepção do estado de saúde e das actividades de rotina diárias; c) nos homens os factores relacionados com o Bem-Estar subjectivo eram menores, consistindo basicamente em ter oportunidades de socializar e a possibilidade de ter hobbies.

Jang, Choi e Kim (2008) levaram a cabo um estudo, nos E.U.A., com o objectivo de determinar quais os factores de entre os indicadores do nível sócio-económico, tinham mais influência no funcionamento físico, mental e social, bem como no Bem-Estar subjectivo, i.e., em todas as componentes do envelhecimento bem sucedido. Foi estudada uma amostra de 1 825 pessoas com mais de 65 anos, que respondeu à Escala de Ânimo de Lawton, para aceder ao Bem-Estar subjectivo, e a uma entrevista para se avaliar o nível sócio-económico. Para se determinar o nível sócio-económico, as variáveis em questão eram o nível educacional, o rendimento mensal da família, o rendimento mensal e os bens imóveis de cada indivíduo. As conclusões indicam que o nível educacional, o rendimento familiar e o rendimento individual, estavam significativamente associadas com o Bem-Estar subjectivo, nas dimensões medidas pela PGCMS. Os indivíduos que demonstraram envelhecer com mais sucesso, tinham maiores níveis de educação e de rendimentos.

A solidão e o isolamento social têm demonstrado possuir, particularmente em adultos idosos, uma grande influência no Bem-Estar Psicológico (Alpasse & Neville, 2003). Os autores referem que a solidão está relacionada com o surgimento de doenças crónicas e a auto-percepção de saúde em idosos, e os investigadores sugerem que existe uma relação importante entre a solidão e o Bem-Estar Psicológico em idosos, principalmente na área da depressão.

O estudo levado a cabo por Alpasse e Neville (2003) investigou a relação entre solidão, saúde e depressão em 217 idosos do sexo masculino.

Os resultados obtidos levaram os autores a concluir que o diagnóstico de doença ou incapacidade não se relaciona com a depressão, mas a auto-percepção da saúde está relacionada com a depressão, na medida em que aqueles que afirmam terem pior saúde estão mais deprimidos. As variáveis de suporte social não se relacionaram com a depressão. A relação mais significativa com a depressão ocorreu com a variável solidão, com os homens mais sozinhos a pontuarem mais alto na PGCMS. Beal (2006), afirma que as mulheres idosas relatam mais solidão do que os seus pares do sexo masculino. A solidão, afirma, é uma área de preocupação que se relaciona com o Bem-Estar, já que é causa de distúrbios emocionais e está ligado a inúmeros problemas de saúde.

Paúl e Fonseca (1999) afirmaram que o afecto negativo (depressão e ansiedade ou qualquer uma delas) está associado ao relato de sintomas físicos. Os autores defendem que os indivíduos com elevado nível de afecto negativo têm também mais activação somática, o que corresponde a mais sintomas ou a uma maior focalização nos sintomas, aumentando a percepção destes.

A agitação e agressividade são frequentes nos idosos e muitas vezes relacionadas com a demência (Leger et al., 2000). No estudo levado a cabo por estes investigadores em França, em que foi estudada uma amostra de 410 idosos, concluiu-se que os sintomas de ansiedade e agitação manifestados pelos idosos são, na maioria dos casos, decorrentes de doenças físicas (cardiovasculares, neurológicas, diabetes, desidratação) e demência (Alzheimer, demência vascular). Em 54% dos pacientes a ansiedade foi explicada pela existência de depressão e, em 31% dos casos foi diagnosticada Perturbação de Ansiedade Generalizada. O stress psicossocial foi identificado como o factor mais importante no surgimento de sintomatologia ansiosa.

Schelling e Martin (2008) demonstram que a atitude face ao próprio envelhecimento tem efeitos substanciais a longo prazo na manutenção do

desenvolvimento físico e cognitivo em idosos. Desta forma, os investigadores concluem que as atitudes face ao próprio envelhecimento: 1) tornam-se mais negativas com o aumento da idade; 2) dependem fortemente dos recursos disponíveis (individuais, físicos, mentais e cognitivos); 3) mudanças ocorridas nos recursos contribuem para prever as atitudes face ao próprio envelhecimento e; 4) a idade actua mais como um factor de reforço na relação entre recursos e atitudes do que como um factor independente nas atitudes face ao próprio envelhecimento.

Neri (2004) afirma que as mulheres tendem a sofrer mais de isolamento e solidão, têm uma auto-imagem mais negativa, bem como uma visão da velhice e dos outros velhos mais negativa do que os homens idosos. Deste estudo, e de acordo com a autora, resultaram sete temas decorrentes do significado de Bem-Estar, a saber: autonomia, auto-aceitação, espiritualidade, funcionalidade física, altruísmo, relações positivas e estados afectivos. A Satisfação com a vida demonstrou estar significativamente relacionada com a disponibilidade de amigos. Não foram observadas diferenças estatisticamente significativas quanto às variáveis psicológicas entre indivíduos com diferentes idades e escolaridade, estado civil e a existência ou não de filhos.

3.2. O Modelo de Lawton

Por ser o modelo que está subjacente a um dos instrumentos utilizados no estudo empírico, considera-se pertinente escarpelizar, um pouco mais, o trabalho de Lawton na concepção da PGCMS, com base nos estudos de Paúl (1992), aquando da aferição da escala para a população portuguesa. Segundo esta autora, as três maiores escalas de avaliação do Bem-Estar Psicológico são: 1) *Life Satisfaction Index A*, de Neugarten et al. (1961); 2) *Philadelphia Geriatric Center Morale Scale*, de Lawton (1975) e; 3) *Affect Balance Scale*, de Bradburn (1969).

No sentido de uma certa simplificação Lawton (1983, cit. por Paúl, 1992), refere-se ao Bem-Estar subjectivo, incluindo neste conceito, quer o Bem-Estar Psicológico, quer a qualidade de vida percebida (enquanto avaliações que se referem à qualidade da experiência interna), quer ainda o Bem-Estar objectivo, que inclui o meio ambiente objectivo e as competências comportamentais (enquanto aspectos externos observáveis pelos outros).

Paúl (1992) afirma que as dimensões do Bem-Estar subjectivo incluem a qualidade de vida percebida (que se refere ao conjunto de avaliações que os indivíduos fazem dos domínios mais importantes da sua vida, como a família, os amigos, o nível de vida, os tempos livres, residência e a saúde) e o Bem-Estar Psicológico (que é relativo ao estado interno de cada um, na vertente cognitiva e afectiva).

Paúl (1992) salienta que, ao contrário da qualidade de vida percebida, o Bem-Estar subjectivo está menos ligado a domínios separados da vida do dia-a-dia e refere-se mais a um sentido geral de satisfação e de saúde mental positiva, geralmente considerada como melhor indicador da auto-estima e da força do ego. A autora afirma ainda que, de acordo com a revisão bibliográfica efectuada pelo próprio autor da escala, existe uma grande diversidade de concepções de Bem-Estar Psicológico, envolvendo dimensões como: 1) o neuroticismo ou afecto negativo, incluindo sentimentos disfóricos, ansiedade, depressão, agitação, preocupação, entre outros; 2) o afecto positivo, sentimento de prazer activo; 3) a congruência entre os objectivos desejados e atingidos e; 4) a felicidade.

O modelo ecológico de Lawton (1983, cit. por Paúl, 1992), considera o comportamento num dado contexto, implicando isto que o desempenho de cada indivíduo deva ser visto como um resultado da transacção do indivíduo com o meio, em que a força relativa da pessoa e do meio variam, havendo competências

comportamentais mais determinadas internamente e outras mais determinadas exteriormente. Daqui, infere-se que a afirmação teórica de que os dois aspectos do Bem-Estar Psicológico são compostos por elementos que se distribuem ao longo de um *continuum* de aspecto interiores e exteriores da experiência, tem o seu paralelo na hipótese de que o afecto positivo e negativo é, por sua vez, determinado diferencialmente por aspectos interiores e exteriores da competência comportamental.

Paúl (1992), resume afirmando, que os indicadores de Bem-Estar Psicológico interno e Bem-Estar Psicológico externo formam grupos separados, em que o último tem uma forte ligação aos comportamentos sociais e à qualidade de vida percebida. A autora prossegue, explicando que, para Lawton, há muitos caminhos para o Bem-Estar Psicológico, nos quais: a pessoa *versus* o meio, a causa *versus* o alvo, introversão *versus* extroversão, os domínios da competência comportamental *versus* os domínios da qualidade de vida percebida, são os aspectos centrais.

Em suma, no presente capítulo abordou-se o Bem-Estar Psicológico e salientou-se a não existência de uma definição universalmente aceite, visível nas diversas funcionalidades que a escala PGCMS assume. Nesta linha de pensamento, são os construtos de QdV e de Bem-Estar Psicológico em idosos que foram apresentados ao longo da presente investigação que servirão de base ao estudo empírico que a seguir se apresenta.

CAPÍTULO IV – ESTUDO EMPÍRICO

4.1. Objectivos e Variáveis do Estudo

O presente estudo, de carácter observacional e exploratório, tem como principal objectivo, analisar os indicadores da QdV e do BEP em idosos.

Como objectivos específicos procuramos:

- a) Analisar a relação entre a QdV e o BEP;
- b) Descrever a QdV e o BEP na amostra estudada;
- c) Analisar a relação entre a QdV e: a idade, escolaridade e tempo de diagnóstico de doença;
- d) Averiguar a relação entre o BEP e: a idade, escolaridade e tempo de diagnóstico de doença;
- e) Determinar os preditores da QdV;
- f) Determinar os preditores do BEP;
- g) Determinar as diferenças da QdV em função do sexo, do estado civil, do local de residência, do rendimento mensal, da existência de filhos, com quem vive e da existência de um diagnóstico de doença.
- h) Procurar as diferenças do BEP em função do sexo, do estado civil, do local de residência, do rendimento mensal, da existência de filhos, com quem vive e da existência de um diagnóstico de doença.

As principais variáveis do presente estudo são a QdV e o BEP. Quanto às variáveis secundárias, estas são constituídas pela:

- a) Idade (variável contínua);
- b) Sexo (variável nominal, operacionalizada em Masculino e Feminino);
- c) Escolaridade (variável ordinal, operacionalizada em 1º, 2º, 3º, 4º, 5º e 6º ano);
- d) Estado civil (variável nominal, operacionalizada em solteiro, casado/união de facto, separado/divorciado e viúvo);
- e) Com quem vive (variável nominal, operacionalizada em instituição, casa própria sozinho, casa própria com familiares e casa de familiares);
- f) Zona de residência (variável nominal, operacionalizada em aldeia e cidade);
- g) Rendimento mensal (variável ordinal, operacionalizada em até 200 euros, de 201 a 400 euros, de 401 a 500 euros e de 501 a 600 euros);
- h) Existência de filhos (variável nominal, operacionalizada em sim e não);
- i) Diagnóstico de doença (variável nominal, operacionalizada em sim e não);
- j) Tempo de diagnóstico (variável contínua) e;
- k) Crença religiosa (variável nominal, operacionalizada em sim e não).

4.2. Método

4.2.1. Participantes

A amostra do presente estudo é constituída por 125 idosos cujas características sócio-demográficas constam no Quadro 1.

Pela observação deste Quadro verifica-se que a grande maioria dos participantes pertence ao sexo feminino; possui o 2º ano de escolaridade; são viúvos; mora na Aldeia; vive em casa própria com familiares, auferem um rendimento mensal que oscila entre os

201 euros e 400 euros; tem filhos; possui diagnóstico de doença; e, todos eles, possuem uma crença religiosa.

Quadro 1
Caracterização Sócio-Demográfica dos Participantes

Característica	N	%
Sexo		
Masculino	46	36,8
Feminino	79	63,2
Escolaridade		
1º ano	14	11,2
2º ano	35	28,0
3º ano	31	24,8
4º ano	26	20,8
5º e 6º ano	19	15,2
Estado Civil		
Solteiro	20	16,0
Casado/União de facto	17	13,6
Separado/Divorciado	10	8,0
Viúvo	78	62,4
Zona de Residência		
Aldeia	95	76,0
Cidade	30	24,0
Com quem vive		
Instituição	20	16,0
Casa própria, sozinho	24	19,2
Casa própria com familiares	42	33,6
Casa de familiares	39	31,2
Rendimento Mensal		
Até 200 euros	12	9,6
De 201 a 400 euros	84	67,2
De 401 a 500 euros	21	16,8
De 501 a 600 euros	8	6,4
Possui Filhos		
Sim	108	86,4
Não	17	13,6
Diagnóstico de Doença		
Sim	90	72,0
Não	35	28,0
Crença Religiosa		
Sim	125	100
Não	-	-

Verifica-se ainda, pela análise sócio-demográfica dos idosos, que possuem uma média etária de 76,29 ($DP=7,54$), tendo o mais novo 65 anos e o mais velho 92 anos de idade. Relativamente ao tempo de doença, denota-se uma média de 125,14 meses

($DP=187,78$), oscilando entre um tempo mínimo de 2 meses a um tempo máximo de 840 meses. A grande maioria dos idosos relatou ter uma ou mais doenças diagnosticadas, sendo que 60% referem queixas referentes a problemas “ósseos”, com algumas dificuldades de mobilidade e independência devido a esse factor. A Diabetes foi também referida por 54,5% dos idosos, alguns com complicações associadas à doença, nomeadamente: problemas de visão, de mobilidade e dificuldade de cicatrização de feridas nas pernas. A hipertensão e “problemas de coração” foram referidas por 49,4% dos idosos. As doenças respiratórias foram referidas por 44% dos idosos. Os “problemas de visão” foram relatados por 40% dos idosos, sendo que grande parte usava óculos. A somar a estas problemáticas principais, houve ainda queixas mais particulares de diversas etiologias, nomeadamente: queixas relativas a dificuldade de dormir, perdas auditivas, dores generalizadas, entre outras.

Através de uma análise dos dados recolhidos verifica-se que a maioria dos idosos ($n=119$) encontra-se aposentada, e 26 idosos, ainda se dedicam à agricultura.

4.2.2. Material

Neste estudo, optou-se por utilizar o questionário devido a questões de ordem financeira, temporal, assim como devido ao número de indivíduos que se pretendia para o mesmo.

Relativamente ao material utilizado, optou-se pelos seguintes instrumentos de avaliação: um Questionário Sócio-Demográfico elaborado para o efeito, o *World Health Organization Quality of Life Instrument* (WHOQOL-BREF, The WHOQOL Group, 1998) e a Escala de Ânimo do Centro Geriátrico de Philadelphia de Lawton (1975).

Questionário Sócio-Demográfico: Este questionário (cf. Anexo A) foi criado para permitir a recolha de informação relativamente à idade dos idosos, ao sexo, à zona

de residência, à escolaridade, profissão, rendimento mensal auferido, estado civil, com quem reside, se tem filhos, se estabelece contacto com os mesmo e/ou com familiares, periodicidade desses contactos, se frequenta centros de dia e/ou universidades ou outros locais, se tem alguma doença diagnosticada, tempo de diagnóstico da doença e se possui uma crença religiosa.

World Health Organization Quality of Life Instrument (WHOQOL-BREF):

Associada às diversas definições de QdV e à falta limites do conceito, surgiram muitos instrumentos de avaliação, a maior parte sem qualquer base científica (Canavarro, Simões, Pereira, & Pintassilgo, 2006). A procura de um instrumento que avaliasse QdV dentro de uma perspectiva genuinamente internacional fez com que a OMS, organizasse um projecto colaborativo realizado em 15 diferentes países, em que um Grupo de peritos pertencentes a culturas diferentes (The WHOQOL Group) debateram o conceito de QdV, no sentido de se desenvolver a fidedignidade, a validade e a sensibilidade na avaliação da QdV, tendo construído um instrumento para a sua avaliação.

O resultado deste projecto foi a elaboração do World Health Organization Quality of Life Instrument (WHOQOL-100) um instrumento de avaliação de QdV, composto por 100 ítems, representando 24 facetas específicas da QdV, organizadas em seis domínios (The WHOQOL Group, 1998). O WHOQOL-100, reflecte a conceptualização de QdV, tal como definida pela OMS, isto é “a percepção do indivíduo da sua posição na vida, dentro do contexto dos sistemas de cultura e valores nos quais está inserido e em relação aos seus objectivos, expectativas, padrões e preocupações” (The WHOQOL Group, 1994, p. 28).

Esta definição explicita uma concepção abrangente de QdV, influenciada de forma complexa pela Saúde Física, Estado Psicológico, Nível de Dependência, Relações

Sociais, Crenças Pessoais e suas relações com aspectos do meio envolvente em que o indivíduo está inserido (Canavarro et al., 2006).

De acordo com Canavarro et al. (2006), a coerência entre a definição dada e o instrumento de avaliação construído está bem patente na estrutura multidimensional do WHOQOL. Composto por seis domínios (Físico, Psicológico, Nível de Independência, Relações Sociais, Ambiente e Aspectos Espirituais/Religião, Crenças Pessoais), em cada um, várias facetas da QdV, sintetizam o domínio particular de QdV em que se inserem, num total de 24 facetas específicas e uma de QdV Geral. Cada faceta do WHOQOL pode ser caracterizada como uma descrição de um comportamento, um estado, uma capacidade ou uma percepção ou experiência subjectiva.

A necessidade de instrumentos de rápida aplicação determinou que o Grupo de Qualidade de Vida da Organização Mundial da Saúde desenvolvesse a versão abreviada do WHOQOL-100, o WHOQOL-BREF, instrumento utilizado na presente investigação.

O WHOQOL-BREF, consta de 26 questões, sendo duas questões gerais de QdV e as restantes 24 questões representantes de cada uma das 24 facetas que compõem o instrumento original (cf. Anexo B). Assim, diferente do WHOQOL-100 em que cada uma das 24 facetas é avaliada a partir de 4 questões, na versão reduzida do instrumento, cada faceta é avaliada por apenas uma questão. Os dados que deram origem à versão abreviada foram extraídos do teste de campo realizado em 20 centros em 18 países diferentes (The WHOQOL Group, 1998).

O critério de selecção das questões para compor o WHOQOL-BREF foi tanto psicométrico, como conceptual. Ao nível conceptual, foi definido pelo WHOQOL Group da OMS que o carácter abrangente do instrumento original deveria ser preservado. Assim, cada uma das 24 facetas que compõem o WHOQOL-100 deveria ser representada por uma questão. A nível psicométrico, foi então seleccionada a questão

que mais altamente se correlacionasse com o *valor* total do WHOQOL-100, calculado pela média de todas as facetas. Após esta etapa, os itens seleccionados foram examinados por um painel de peritos para estabelecer se representavam em termos conceptuais cada domínio de onde as facetas provinham. Dos 24 itens seleccionados, 6 foram substituídos por questões que definissem melhor a faceta correspondente. Três itens do domínio meio *Ambiente* foram substituídos por serem muito correlacionados com o domínio *Psicológico*. Os outros três itens foram substituídos por explicarem melhor a faceta em questão.

Foi realizada a análise factorial confirmatória para uma solução a 4 domínios. Assim, o WHOQOL- BREF é composto por 4 domínios de QdV: *Físico* (itens 3, 4, 10, 15, 16, 17 e 18), *Psicológico* (itens 5, 6, 7, 11, 19 e 16), *Social* (itens 20, 21 e 22) e *Ambiental* (itens 8, 9, 12, 13, 14, 23, 24 e 25) (Skevington, Lotly, & O'Connel, 2004).

As escalas utilizadas no WHOQOL-BREF são as mesmas utilizadas no WHOQOL-100: 4 escalas tipo *likert* com 5 pontos de intervalo, desenhadas e testadas para medirem a intensidade, capacidade, frequência e a avaliação, dos inquiridos relativamente às situações descritas nas duas últimas semanas (Skevington et al., 2004).

Relativamente à cotação do questionário, os domínios com 20% ou mais de omissões não são cotados, sendo os resultados transformados numa escala entre 0 e 100, para que seja possível a comparação entre os domínios compostos por um número desigual de itens (Skevington et al., 2004).

Canavarro et al. (2007), afirmam que, de forma geral, a interpretação dos resultados do WHOQOL- BREF é realizada de forma linear, quer dizer, resultados mais elevados correspondem a uma melhor QdV. Os autores advertem que:

Dada a natureza multidimensional do conceito de QdV que se encontra subjacente ao instrumento, os resultados deverão ser sempre analisados em

função das pontuações obtidas nos 4 domínios que compõem o WHOQOL-BREF, não existindo uma “pontuação total” do instrumento. Indicações sobre a QdV em geral apenas podem ser obtidas através dos resultados da faceta que avalia a QdV em geral e a percepção geral de saúde (p. 95).

As qualidades psicométricas do WHOQOL-BREF revelaram-se satisfatórias (Skevington et al., 2004), já que exhibe fidelidade ao nível da consistência interna, validade discriminante e validade de construto, havendo contudo alguns itens que não discriminam na versão abreviada tão bem entre domínios com na versão completa do instrumento.

Por um lado, alguns itens não discriminam bem entre os domínios e dois itens apresentam fortes correlações com outro domínio relativamente ao seu próprio domínio (Skevington et al., 2004). Estes factores não se verificaram no desenvolvimento do WHOQOL-100, logo, é possível que esta versão mais reduzida possa trazer variações em função do contexto, sendo por isso importante, futuras investigações tendo este aspecto em consideração (Skevington et al., 2004).

Yao e Chia-Huei (2005) realizaram um estudo do WHOQOL- BREF em 13 010 indivíduos de Taiwan, saudáveis e com doenças, tendo constatado que o modelo dos 4 factores é aquele que se mostra mais adequado na discriminação de diferenças em função do tipo de doenças e do sexo dos inquiridos.

A título de exemplo, Saxena, Carlson, Billington e Orley (2001) estudaram o WHOQOL- BREF em vários países no sentido de realizarem uma comparação sobre a importância dada aos itens, pelos diversos respondentes. Os resultados deste estudo sugerem que a maioria dos itens foi considerada como moderadamente importante para os 4 804 inquiridos. Este resultado seria de esperar já que os itens relativos à QdV, incluídos no instrumento, resultaram de uma pesquisa qualitativa sistemática no seio de

populações sem doenças, pacientes e cuidadores. Verificaram, ainda, que os itens gerais (*daily living activities*) ocuparam os lugares de maior importância, enquanto a vida sexual e a imagem do corpo e aparência os lugares de menor destaque.

Zanei (2006), por sua vez, realizou um estudo das qualidades psicométricas do WHOQOL-BREF aplicado a pacientes adultos após o internamento em Unidades de Terapia Intensiva e a dos seus familiares, com o objectivo de avaliar a concordância entre os pacientes e os familiares (como seus substitutos). A amostra foi composta por 71 pares de pacientes-familiares. A fidelidade do instrumento foi avaliada pela consistência interna, através do Coeficiente *alpha* de Cronbach. A validade convergente foi avaliada através das correlações interdomínios dos instrumentos e a validade divergente pelas correlações entre os domínios e o número de comorbidades através da Correlação de Spearman. A concordância entre os pares foi verificada pelo Coeficiente de Correlação Intraclasse e pela estatística *kappa* ponderado. Os resultados mostraram que o WHOQOL- BREF, quanto à fidelidade, apresenta valores inferiores a 0,70 para todos os domínios. Quando aplicado aos pacientes apresentou correlações interdomínios positivas e significativas, mas o mesmo não ocorreu com os familiares. O domínio *Físico* do WHOQOL-BREF apresentou concordância moderada para a maioria dos familiares.

Em Portugal, o estudo de validação do WHOQOL- BREF para português Europeu foi realizado através da colaboração entre investigadores das Faculdades de Medicina, Psicologia e de Ciências da Educação e Ciências e Tecnologia (Departamento de Antropologia) da Universidade de Coimbra, entre 2004 e 2005, sob a responsabilidade de Canavarro et al. (2007).

Os referidos autores afirmam que “as informações relativas à precisão e validade da versão do WHOQOL-BREF para português Europeu evidenciam um bom

desempenho psicométrico, tornando a prova uma medida adequada para avaliação da qualidade de vida em Portugal” (p. 97).

Canavarro et al. (2007), sublinham que a versão para português Europeu do WHOQOL-BREF revelou alguma fragilidade na consistência interna do domínio Relações Sociais, à semelhança do que acontece noutros centros internacionais. Tal facto, sugerem os autores, poderá dever-se à circunstância de este domínio se basear apenas em três itens, um número comparativamente menor ao número de itens que compõem os restantes domínios.

A grande vantagem desta medida de QdV é o facto de poder ser administrada em diversas culturas e estar traduzida para diversas línguas, sendo vantajoso nas pesquisas multinacionais (Skevington et al., 2004). Por outro lado, tem a vantagem de poder ser administrado num curto espaço de tempo e permitir recolher informação importante sobre a QdV do indivíduo (Skevington et al., 2004).

Na investigação por nós conduzida foram calculadas as qualidades psicométricas deste instrumento, nomeadamente a fidelidade e a sensibilidade.

A fidelidade, i.e., o grau de confiança dos resultados obtidos (Almeida & Freire, 1997), foi analisada no presente estudo, através da consistência interna dos itens do instrumento, recorrendo-se à análise do valor de *alpha de Cronbach*. O Quadro 2 mostra que a consistência interna dos itens dos domínios do WHOQOL-BREF, no presente estudo, oscilou entre 0,65 (domínio *Psicológico*) e 0,76 (domínio *Físico*), revelando uma aceitável consistência entre os itens (cf. Ribeiro, 1999).

Quadro 2
Fidelidade do WHOQOL-BREF

Instrumento e Dimensões	Nr itens	alpha de Cronbach (n=125)
WHOQOL-BREF Físico	7	0,76
WHOQOL-BREF Psicológico	6	0,65
WHOQOL-BREF Social	3	0,72
WHOQOL-BREF Ambiental	8	0,70

Analisou-se também a sensibilidade dos resultados (cf. Quadro 3), i.e., a sua capacidade para diferenciar os indivíduos, segundo uma curva normal (Almeida & Freire, 1997). Para realizar esta análise optou-se pela comparação entre a média e a mediana, que se deverão sobrepor numa distribuição gaussiana e pela análise dos coeficientes de assimetria e de curtose que não deverão ser superiores à unidade (Almeida & Freire, 1997).

Quadro 3
Sensibilidade do WHOQOL-BREF

Instrumento e dimensões	<i>M</i>	<i>Mdn</i>	<i>DP</i>	<i>Sk</i>	<i>Ku</i>	<i>Min</i>	<i>Max</i>
WHOQOL-BREF Físico	49,4	50,0	15,6	-0,117	-0,687	17,86	89,29
WHOQOL-BREF Psicológico	62,5	62,5	10,8	-0,389	0,486	25,0	87,5
WHOQOL-BREF Social	68,4	66,6	11,4	-0,774	0,776	25,0	83,3
WHOQOL-BREF Ambiental	59,0	59,3	9,94	-0,121	0,254	28,13	75,0
Avaliação Global da QdV	3,40	3,00	0,730	0,355	-0,690	2	5
Satisfação com a Saúde	3,10	3,00	0,878	0,375	-0,600	2	5

Pela análise do Quadro 3, verifica-se que quer ao nível das dimensões quer ao nível dos valores totais o WHOQOL foi sensível, pois apresentou uma proximidade da média (*M*) com a mediana (*Mdn*) e os valores de Assimetria (*Sk*) e de Curtose (*Ku*) não são superiores à unidade.

Escala de Ânimo do Centro Geriátrico de Philadelphia de Lawton: Desenvolvida por Lawton (1975) especificamente para a população idosa, encontra-se traduzida e aferida para a população portuguesa por Paúl (1992), sendo vulgarmente denominada de Escala de Ânimo (PGCMS), exactamente pelo facto de avaliar o “estado de ânimo” (*morale*), considerado como um conceito multidimensional de Bem-Estar Psicológico. Paúl (2005) utiliza esta escala, aferida por si para a população portuguesa, considerando que “o estado psicológico do idoso, medido pelo respectivo ânimo/satisfação de vida, é um indicador precioso do seu Bem-Estar” (p. 84). Avalia 3 aspectos do Bem-Estar Psicológico dos idosos:

- a) *Solidão/Insatisfação*: Informação acerca da avaliação subjectiva do ambiente e do apoio das redes sociais, que pode resultar ou não num sentimento de solidão e de insatisfação (5 itens: 2, 3, 5, 13 e 14);
- b) *Atitudes face ao próprio envelhecimento*: Assumindo-se como o resultado de um balanço entre a vida passada e a presente (5 itens: 8, 9, 10, 11 e 12);
- c) *Agitação*: Corresponde a manifestações comportamentais de ansiedade, à sua ausência ou a um gradiente dessa componente (4 itens: 1, 4, 6 e 7).

Trata-se de uma escala originalmente com 17 itens de resposta dicotómica, sendo que a amplitude varia de 0 pontos a 17 pontos. No presente estudo, todavia, foi utilizada a versão portuguesa que apenas apresenta 14 itens, decorrente da análise factorial realizada por Paúl (1992). Parte-se do pressuposto que quanto maior a pontuação, melhor o Bem-Estar Psicológico do idoso. Relativamente às subescalas, valores elevados na *Agitação* e na *Solidão/Insatisfação* significam indicadores negativos e, valores elevados na subescala *Atitudes Face ao Envelhecimento*, significa uma atitude positiva face ao mesmo. Segundo esta escala um Estado de Ânimo elevado caracteriza-se por uma sensação de satisfação consigo mesmo, o sentimento de que “se tem um lugar na vida” (Lawton, 1975) e a aceitação do que não se pode mudar.

A PGCMS tem sido utilizada por variados investigadores como medida do Bem-Estar Psicológico, já que a sujeição da escala a inúmeros estudos (Ranzjin, 1998; Ranzjin & Luszcz, 2000) demonstrou ser uma medida fiável e fidedigna do construto Bem-Estar Psicológico. Coleman, Philp e Mullee (1995), afirmam que a *Royal College of Physicians of London* e a *British Geriatrics Society* recomendam a utilização da PGCMS, para a investigação do Bem-Estar, considerando a escala como uma ferramenta de auditoria para medir variações no Bem-Estar, uma componente essencial da QdV.

Neste sentido, no estudo de Paúl (1992) para aferição da escala à população portuguesa, foi utilizada uma amostra com 130 idosos, 57 dos quais a residir em instituições. A análise factorial, com rotação Varimax originou 4 factores, dos quais o último, responsável por 6% da variância global dos resultados, não se afigurou ter conteúdo significativo. Foram, por isso, eliminados 3 itens (5, 13 e 17) que saturavam mais no quarto factor e foi prosseguida com a análise factorial dos restantes 14 itens. Desta última resultaram três factores próximos dos propostos por Lawton (1975).

Calculada a validade interna de cada escala, dada pelo Coeficiente de *alpha de Cronbach*, Paúl (1992) encontrou um valor de 0,75 para a *Solidão/insatisfação*; 0,71 para as *Atitudes face ao próprio envelhecimento* e; 0,71 para a *Agitação*.

Foi ainda analisado nesse estudo as correlações das subescalas a fim de verificar o grau de interdependência e o sentido da correlação, foi obtida uma correlação positiva moderada que permitiu afirmar uma certa interdependência entre as subescalas utilizadas.

À semelhança do procedimento anterior, também neste estudo se analisaram as qualidades psicométricas da PGCMS, no que concerne a fidelidade e a sensibilidade.

Assim, o Quadro 4 mostra um valor de consistência interna dos itens de 0,77, o que de acordo com Ribeiro (1999) se considera aceitável. A dimensão *Atitudes face ao Envelhecimento*, revela também uma consistência interna aceitável de 0,61 (cf. Ribeiro, 1999).

As subescalas *Solidão/Insatisfação* e *Agitação*, apresentam ambas valores de *alpha de Cronbach* de 0,58, cada uma, ficando ligeiramente aquém dos valores considerados aceitáveis por Ribeiro (1999), que refere como valor de referência um *alpha* de 0,60. Ainda assim, optou-se por se utilizar o instrumento na medida em que se

consideraram as subescalas como as dimensões a que efectivamente pretendíamos aceder.

Quadro 4

Fidelidade da PGCMS

Instrumento e Dimensões	Nr itens	alpha de Cronbach (n=125)
PGCSMS: Solidão/Insatisfação	5	0,58
PGCMS: Atitudes face ao Envelhecimento	5	0,61
PGCMS: Agitação	4	0,58
PGSMS Total	14	0,77

Procurou-se compreender se eliminando algum dos itens das subescalas Solidão/Insatisfação e Agitação, aumentaríamos a consistência interna. O Quadro 5 mostra os resultados obtidos.

Quadro 5

Análise item a item das subescalas

Itens das dimensões	Alpha if item deleted
<i>Solidão/Insatisfação</i>	
Item 2	0,58
Item 3	0,49
Item 5	0,41
Item 13	0,45
Item 14	0,63
<i>Agitação</i>	
Item 1	0,42
Item 4	0,48
Item 6	0,33
Item 7	0,61

Pela sua análise, verifica-se que relativamente à dimensão *Solidão/Insatisfação* o item 14 (Estou vezes suficientes com a família e amigos.) se fosse retirado, faria aumentar o valor de *alpha de Cronbach* para 0,63.

Relativamente à dimensão *Agitação*, verifica-se que se o item 7 (Preocupo-me com facilidade.) fosse retirado, faria aumentar o valor de *alpha de Cronbach* para 0,61.

Ainda que a eliminação dos referidos itens contribuísse para obtermos um *alpha de Cronbach* aceitável, optou-se por manter estes dois itens dada a sua importância para

esta população. Sugere-se que numa próxima versão da escala, ou em estudos futuros a redacção dos itens seja revista.

Analisou-se também a sensibilidade dos resultados, que são apresentados no Quadro 6.

Quadro 6
Sensibilidade da PGCMS

Instrumento e dimensões	<i>M</i>	<i>Mdn</i>	<i>DP</i>	<i>Sk</i>	<i>Ku</i>	<i>Min</i>	<i>Max</i>
PGCMS: Solidão/Insatisfação	2,82	3,00	1,43	-0,188	0,002	0	5
PGCMS: Atitudes face ao Envelhecimento	2,11	2,00	1,53	0,162	0,919	0	5
PGCMS: Agitação	1,85	2,00	1,23	0,112	0,043	0	4
PGCMS Total	6,78	7,00	3,38	-0,10	-0,88	0	14

Pela análise do Quadro 6 verifica-se que a PGCMS total e as subescalas foram discriminativas, i.e., capazes de discriminar os indivíduos.

Os diversos estudos assinalados anteriormente na revisão bibliográfica sublinham que quer a QdV quer o Bem-Estar Psicológico, são construtos distintos, embora relacionados devido ao facto de serem multifacetados. Por essa razão, procuramos analisar a validade concorrente entre os dois instrumentos, i.e., analisar a relação entre o desempenho dos dois instrumentos. O Quadro 7 mostra os resultados obtidos.

Quadro 7
Validade concorrente do WHOQOL-BREF

	WHOQOL-BREF (Físico)	WHOQOL-BREF (Psicológico)	WHOQOL-BREF (Social)	WHOQOL-BREF (Ambiental)	Avaliação Global da QdV	Satisfação com a Saúde
PGCMS Solidão/Insatisfação	-0,272**	-0,378**	-0,229**	-0,337**	-0,147**	-0,255**
PGCMS Atitudes face ao Envelhecimento	0,308**	0,349**	0,145**	0,274**	0,294**	0,251**
PGCMS Agitação	-0,280**	-0,273**	-0,208**	-0,229**	-0,205**	-0,107**
PGCMS Total	0,381**	0,226**	0,215**	0,308**	0,278**	0,260**

* $p \leq 0,05$; ** $p \leq 0,01$

Pela análise do mesmo, constata-se que o domínio *Físico* do WHOQOL-BREF apresentou correlações negativas significativas com as dimensões *Solidão/Insatisfação* e *Agitação* da PGCMS e positivas com a dimensão *Atitudes face ao Envelhecimento*, sendo a mais elevada a encontrada com a PGCMS Total ($r=0,378$; $p<0,01$).

Relativamente ao domínio *Psicológico* do WHOQOL-BREF, constata-se a existência de correlações significativas negativas com as dimensões *Solidão/Insatisfação* e *Agitação* da PGCMS e positivas com a dimensão *Atitudes face ao Envelhecimento*, sendo a mais forte com a dimensão *Solidão/Insatisfação* ($r=-0,378$; $p<0,01$).

No que concerne ao domínio *Social* do WHOQOL-BREF, constata-se a existência de correlações significativas negativas com as dimensões *Solidão/Insatisfação* e *Agitação* da PGCMS e positivas com a dimensão *Atitudes face ao Envelhecimento*, sendo a mais forte com a dimensão *Solidão/Insatisfação* ($r=-0,229$; $p<0,01$).

Relativamente ao domínio *Ambiental* do WHOQOL-BREF, denota-se a existência de correlações significativas negativas com as dimensões *Solidão/Insatisfação* e *Agitação* da PGCMS e positivas com a dimensão *Atitudes face ao Envelhecimento*, sendo a mais forte com a dimensão *Solidão/Insatisfação* ($r=-0,337$; $p<0,01$).

Por fim, denota-se que a Avaliação Global da QdV e a Satisfação com a Saúde se encontram negativamente correlacionadas com as dimensões *Solidão/Insatisfação* e *Agitação* da PGCMS e positivamente com a dimensão *Atitudes face ao Envelhecimento* e com a PGCMS Total.

Em suma, pode-se dizer que estes resultados mostram que os dois instrumentos se encontram correlacionados entre si, ao nível do seu desempenho, sendo uma correlação negativa a existente entre o WHOQOL-BREF e as subescalas *Solidão/Insatisfação* e

Agitação da PGCMS e uma correlação positiva entre o WHOQOL-BREF e a subescala *Atitude Face ao Envelhecimento* e a PGCMS total.

4.2.3. Procedimento

Depois de definidos os instrumentos a utilizar com base na temática sobre a qual pretendíamos estudar, foram obtidas as respectivas autorizações para a sua utilização, ambas obtidas via e-mail.

O passo seguinte consistiu em obter junto das Instituições a autorização para a realização do estudo (cf. Anexo C). Para esse efeito, e para que as respostas fossem mais rápidas, dirigimo-nos a Instituições com as quais tínhamos já alguma familiaridade, reunindo com a Direcção e as responsáveis pelos Centros de Dia/Apoio Domiciliário, explicitando os objectivos da investigação. De acordo com o esperado, as Instituições confirmaram imediatamente o seu interesse em colaborar no estudo disponibilizando um espaço para que os instrumentos pudessem ser administrados aos idosos, num clima de confidencialidade e segurança.

A investigação foi apresentada em cada Centro de Dia, pelas próprias responsáveis da Instituição em conjunto com a investigadora, expondo-se novamente os objectivos e a natureza da investigação, bem como da liberdade de cada um de querer ou não participar no estudo. Todos os idosos com idade superior ou igual a 65 anos e com informação positiva a nível cognitivo, participaram na investigação, tratando-se de uma amostra não probabilística de conveniência.

Os idosos foram extremamente receptivos e participativos, sendo que, por vezes o mais difícil era que se centrassem nas questões que lhes eram colocadas, havendo em muitos casos uma grande necessidade de conversar e de contar sobre as suas vidas.

A investigadora administrou os instrumentos a cada idoso, tendo sempre o cuidado de iniciar a conversa com nova explanação dos objectivos e natureza do estudo, da liberdade de não participarem ou de desistirem a qualquer momento, e solicitava, então, a assinatura do consentimento informado (cf. Anexo D). A apreensão inicial rapidamente se transformava em momentos únicos de partilha, que para sempre guardaremos na memória, e a administração dos instrumentos uma tarefa nem sempre fácil, pela tendência para a dispersão.

As Instituições nas quais a investigação decorreu foram duas Instituições Particulares de Solidariedade Social: a Associação “O Tecto”, sediada em Vila do Conde (Fajozes), e a Associação Social Cultural e Recreativa de Apúlia (ASCRA), situada em Esposende (Apúlia).

A Associação “O Tecto” possui as valências de Centro de Dia, Lar Residencial, Apoio Domiciliário e Universidade de Terceira Idade, e a ASCRA possui as valências de Centro de Dia e Apoio Domiciliário a Idosos.

Após a recolha de um número de protocolos que consideramos suficiente para os objectivos da investigação, os mesmos foram analisados, e tratados no programa estatístico *SPSS (Statistical Package for Social Sciences)*, versão 16.

CAPÍTULO V – RESULTADOS

5.1. Resultados Descritivos

Os principais resultados descritivos apresentados no Quadro 8 mostram que, ao nível do WHOQOL-BREF, a pontuação média obtida mais elevada foi no domínio *Social* ($M=68,04$; $DP=11,4$) e a mais baixa foi no domínio *Físico* ($M=49,4$; $DP=1,6$).

No que concerne às questões gerais não contabilizadas nos domínios, os dados obtidos permitem-nos afirmar que, relativamente ao item “*Avaliação Global da QdV*”, 8% dos idosos avalia a sua QdV como “Má”, 63,2% respondeu “Nem boa, Nem má”, 26,4% dos idosos classificou a sua QdV como “Boa” e 2,4% como “Muito Boa”.

Relativamente ao item “*Satisfação com a Saúde*”, 31,2% dos idosos da amostra declaram estar “Insatisfeito” com a saúde, 44% “Nem satisfeito Nem Insatisfeito”, 23,2% afirmam-se “satisfeitos” com a sua saúde e 1,6% “Muito Satisfeito”.

Quadro 8
Resultados descritivos do WHOQOL-BREF

Instrumento e dimensões	<i>M</i>	<i>DP</i>	<i>Min</i>	<i>Max</i>
WHOQOL-BREF Físico	49,4	15,6	17,86	89,29
WHOQOL-BREF Psicológico	62,5	10,8	25,0	87,5
WHOQOL-BREF Social	68,4	11,4	25,0	83,3
WHOQOL-BREF Ambiental	59,0	9,94	28,13	75,0

Ao nível da PGCMS os principais resultados descritivos apresentados no Quadro 9 mostram que a pontuação média obtida mais elevada foi na dimensão *Solidão/Insatisfação* ($M=2,82$; $DP=1,43$) e a mais baixa foi na dimensão *Agitação* ($M=1,85$; $DP=1,23$).

Quadro 9
Resultados descritivos da PGCMS

Instrumento e dimensões	<i>M</i>	<i>DP</i>	<i>Min</i>	<i>Max</i>
PGCMS: Solidão/Insatisfação	2,82	1,43	0	5
PGCMS: Atitudes face ao Envelhecimento	2,11	1,53	0	5
PGCMS: Agitação	1,85	1,23	0	4
PGCMS Total	6,78	3,38	0	14

5.2. Resultados Correlacionais

5.2.1. Resultados correlacionais em função da idade, da escolaridade e do tempo de doença

Procurou-se igualmente analisar as correlações existentes entre a QdV, o Bem-Estar Psicológico e a idade dos idosos, a escolaridade e o tempo de doença. O Quadro 10 mostra os resultados obtidos.

Quadro 10

Análises correlacionais da QdV, Bem-Estar Psicológico, idade, escolaridade e tempo de doença

Instrumento e dimensões	Idade (n=125)	Escolaridade (n=125)	Tempo de Doença (n=90)
QdV (Físico)	-0,323**	0,256*	-0,377**
QdV (Psicológico)	-0,345**	0,304**	-0,133
QdV (Social)	-0,434**	0,344**	-0,364**
QdV (Ambiental)	-0,367**	0,316**	-0,029
Avaliação Global da QdV	-0,354**	0,300*	-0,324**
Satisfação com a Saúde	-0,398**	0,325**	-0,456**
BEP: Solidão/Insatisfação	0,12	-0,85**	0,29*
BEP: Atitudes face ao Envelhecimento	-0,06	0,87**	-0,31*
BEP: Agitação	0,06	-0,07	0,23*
BEP Total	-0,20*	0,35**	-0,24*

* $p \leq 0,05$; ** $p \leq 0,01$

Pela análise do Quadro 10 verifica-se que a idade se encontra significativa e negativamente correlacionada com a QdV em todos os seus domínios. Encontra-se igualmente correlacionada significativa e negativamente com o BEP Total. Não foram encontradas correlações entre a idade e as três dimensões do BEP.

Relativamente à escolaridade esta mostra estar correlacionada positivamente com todos os domínios da QdV. Mostra ainda correlações significativas inversas com a dimensão *Solidão/Insatisfação* do BEP e significativas positivas com a dimensão *Atitudes face ao Envelhecimento* e BEP Total. Não foram encontradas correlações significativas entre a escolaridade e a dimensão *Agitação* do BEP.

Quando se considera o tempo de doença, verificam-se correlações significativas negativas com o domínio *Físico* e *Social* da QdV, bem como com a *Avaliação Global*

da QdV e a Satisfação com a Saúde. Não foram encontradas correlações significativas entre o tempo de doença e os domínios *Psicológico* e *Ambiental* da QdV. Relativamente ao Bem-Estar Psicológico, foram encontradas correlações positivas entre o tempo de doença e a dimensão *Solidão/Insatisfação* e *Agitação* do BEP e correlações significativas negativas com a dimensão *Atitudes face ao Envelhecimento* e BEP Total.

5.3. Resultados da Regressão Linear

Em seguida procurar-se-á explicitar os preditores da QdV, através do recurso às análises multivariadas de modelos de regressão linear (método por passos – *stepwise*), tomando cada domínio da QdV como variável dependente e usando as variáveis independentes (idade, sexo, escolaridade, estado civil, zona de residência, rendimento mensal, existência de filhos, diagnóstico de doença e tempo de doença), bem como as dimensões do BEP, na sua explicação.

Quando se realiza a regressão do indicador de “*Avaliação Global da QdV*”, verifica-se, pela análise do Quadro 11 que, esta é explicada pelo modelo que integra a “*Satisfação com a Saúde*”, o sexo e o rendimento, sendo este modelo responsável por cerca de 36% da variância dos resultados.

Quadro 11
Preditores da Avaliação Global da QdV

	R ² ajustado	β	F	p
Satisfação com a Saúde	0,208	0,358	33,593	0,01**
Sexo	0,300	-0,256	27,516	0,01**
Rendimento	0,333	0,210	21,594	0,01**

*p≤0,05; **p≤0,01

Ao se realizar a regressão do indicador “*Satisfação com a Saúde*”, verifica-se, pela análise do Quadro 12 que, esta é explicada pelo modelo que integra o indicador “*Avaliação Global da QdV*” domínio *Físico* da QdV e a dimensão *Solidão/Insatisfação* do BEP, sendo este modelo responsável por cerca de 37% da variância dos resultados.

Quadro 12
Preditores da Satisfação com a Saúde

	R² ajustado	β	F	p
Avaliação Global da QdV	0,208	0,371	33,593	0,01**
QdV Físico	0,276	0,270	24,683	0,01**
BEP: Solidão/Insatisfação	0,302	0,177	18,863	0,01**

*p<0,05; **p<0,01

Regredindo o domínio *Físico* da QdV, verifica-se, pela análise do Quadro 13 que, esta é explicada pelo modelo que integra o domínio *Psicológico* da QdV, a idade, o indicador “*Satisfação com a Saúde*” e a existência de filhos, sendo este modelo responsável por cerca de 53% da variância dos resultados.

Quadro 13
Preditores do domínio Físico da QdV

	R² ajustado	β	F	p
QdV – Psicológico	0,421	0,539	91,111	0,01**
Idade	0,448	-0,174	51,291	0,01**
Satisfação com a Saúde	0,465	0,165	36,910	0,01**
Filhos	0,483	-0,149	29,910	0,01**

*p<0,05; **p<0,01

Ao regredir o domínio *Psicológico* da QdV, verifica-se, pela análise do Quadro 14 que, esta é explicada pelo modelo que integra o domínio *Físico* e *Ambiental* da QdV, sendo este modelo responsável por cerca de 55% da variância dos resultados.

Quadro 14
Preditores do domínio Psicológico da QdV

	R² ajustado	β	F	p
QdV – Físico	0,421	0,554	91,111	0,01**
QdV – Ambiental	0,472	0,255	56,749	0,01**

*p<0,05; **p<0,01

Procurando compreender igualmente a regressão do domínio *Social* da QdV, verifica-se, pela análise do Quadro 15 que, esta é explicada pelo modelo que integra o domínio *Ambiental* da QdV, a escolaridade e o diagnóstico de doença, sendo este responsável por cerca de 64% da variância dos resultados.

Quadro 15
Preditores do domínio Social da QdV

	R² ajustado	β	F	p
QdV – Ambiental	0,387	0,644	77,695	0,01**
Escolaridade	0,416	-0,170	43,497	0,01**
Diagnóstico de doença	0,439	0,152	31,573	0,01**

*p≤0,05; **p≤0,01

Por fim, ao se regredir do domínio *Ambiental* da QdV, verifica-se, pela análise do Quadro 16 que, esta é explicada pelo domínio *Social* e *Psicológico* da QdV, pelo sexo, diagnóstico de doença e estado civil, sendo este responsável por cerca de 49% da variância dos resultados.

Quadro 16
Preditores do domínio Ambiental da QdV

	R² ajustado	β	F	p
QdV – Social	0,382	0,496	77,695	0,01**
QdV – Psicológico	0,439	0,293	49,608	0,01**
Sexo	0,490	-0,221	40,790	0,01**
Diagnóstico de doença	0,512	-0,143	33,549	0,01**
Estado civil	0,528	-0,139	28,692	0,01**

*p≤0,05; **p≤0,01

Em suma, podemos dizer que:

- A “*Avaliação Global da QdV*” tem como preditores a “*Satisfação com a Saúde*”, o sexo e o rendimento, que explicam, no seu conjunto, 36% da variância;
- A “*Satisfação com a Saúde*” tem como preditores a “*Avaliação Global da QdV*”, a QdV *Física* e a dimensão *Solidão/Insatisfação* do BEP, explicando no seu conjunto 37% da variância;
- A QdV *Física* tem como preditores a QdV *Psicológica*, a idade, o indicador “*Satisfação com a Saúde*” e a existência de filhos, explicando no conjunto, 53% da variância;

- d) A QdV *Psicológica* tem como preditores a QdV *Física e Ambiental*, que explicam, no seu conjunto 55% da variância;
- e) A QdV *Social* tem como preditores a QdV *Ambiental*, a escolaridade e o diagnóstico de doença, explicando no seu conjunto 64% da variância;
- f) A QdV *Ambiental* tem como preditores a QdV *Social, Psicológica*, o sexo, o diagnóstico de doença e o estado civil, que explicam, no seu conjunto 49% da variância.

À luz do procedimento anterior, iremos agora procurar explicitar os preditores do BEP, tomando cada uma das suas dimensões e o total como variável dependente e usando as variáveis independentes (idade, sexo, escolaridade, estado civil, zona de residência, rendimento mensal, existência de filhos, diagnóstico de doença e tempo de doença), bem como os domínios da QdV, na sua explicação.

Quando se regride o BEP, verifica-se, pela análise do Quadro 17 que, este é explicado pelo sexo e pelo domínio *Social* QdV, sendo este responsável por cerca de 68% da variância dos resultados.

Quadro 17
Preditores do Bem-Estar Psicológico

	R² ajustado	β	F	p
Sexo	0,485	-0,683	117,82	0,01**
QdV – Social	0,498	0,132	62,578	0,01**

*p≤0,05; **p≤0,01

Quando se regride a dimensão *Solidão/Insatisfação* do BEP, verifica-se, pela análise do Quadro 18 que, esta é explicada pelo sexo e a “*Satisfação com a Saúde*” sendo este responsável por cerca de 37% da variância dos resultados.

Quadro 18
Preditores da dimensão Solidão/Insatisfação

	R ² ajustado	β	F	p
Sexo	0,159	-0,370	24,510	0,01**
Satisfação com a Saúde	0,183	0,176	14,852	0,01**

*p≤0,05; **p≤0,01

Ao se regredir a dimensão *Atitudes face ao Envelhecimento* do BEP, verifica-se, pela análise do Quadro 19 que, esta é explicada pelo sexo, sendo este responsável por cerca de 66% da variância dos resultados.

Quadro 19
Preditores da dimensão Atitudes face ao Envelhecimento

	R ² ajustado	β	F	p
Sexo	0,382	-0,662	77,621	0,01**

*p≤0,05; **p≤0,01

Por fim, regrediu-se a dimensão *Agitação* do BEP, e verifica-se, pela análise do Quadro 20 que, esta é explicada pelo sexo e pelo diagnóstico de doença, sendo este modelo responsável por cerca de 63% da variância dos resultados.

Quadro 20
Preditores da dimensão Agitação

	R ² ajustado	β	F	p
Sexo	0,400	-0,631	83,778	0,01**
Diagnóstico de doença	0,427	-0,177	47,226	0,01**

*p≤0,05; **p≤0,01

Em suma, podemos dizer que:

- O BEP tem como preditores o sexo e a QdV *Social*, que explicam, no seu conjunto, 68% da variância;
- A *Solidão/Insatisfação* tem como preditores o sexo e a “Satisfação com a Saúde”, sendo responsável, no seu conjunto por 37% da variância;

- c) As *Atitudes face ao Envelhecimento* têm como preditor o sexo, sendo responsável este por 66% da variância;
- d) A *Agitação* tem como preditores o sexo e o diagnóstico de doença, sendo este conjunto responsável por 63% da variância.

5.4. Resultados Diferenciais

As análises diferenciais foram realizadas através do teste de diferenças de médias *t* de Student e *Anova One Way*, seguida do *Post-Hoc LSD (Least Significant Difference)*, sempre que existem diferenças significativas. A *Anova One Way* é um teste paramétrico, não relacionado, que permite analisar a diferença de médias existente entre mais do que duas situações (Green & D'Oliveira, 1991). Os resultados diferenciais foram realizados em função do sexo, da zona de residência, do rendimento mensal, do estado civil, do local de residência, da existência de filhos e de diagnóstico de doença.

5.4.1. Resultados diferenciais em função do sexo

Procurou-se analisar diferenças na QdV e no Bem-Estar Psicológico em função do sexo dos idosos. O Quadro 21 mostra os resultados obtidos.

Quadro 21
Diferenças de médias na QdV e Bem-Estar Psicológico em função do sexo

	Masculino (n=46)		Feminino (n=79)		gl	t	p
	M	DP	M	DP			
QdV (Físico)	50,6	13,9	48,8	16,5	123	0,933	0,35
QdV (Psicológico)	62,0	10,0	62,7	11,3		0,672	0,50
QdV (Social)	69,3	11,7	67,9	11,3		1,354	0,17
QdV (Ambiental)	62,4	8,62	57,1	10,1		3,621	0,01**
Avaliação Global da QdV	3,78	0,78	3,18	0,59		4,866	0,01**
Satisfação com a Saúde	3,35	0,92	2,96	0,82		2,414	0,01**
BEP: Solidão/Insatisfação	2,10	1,326	3,15	0,729	123	-4,951	0,01**
BEP: Atitudes face ao Envelhecimento	3,96	1,210	1,77	1,405		8,810	0,01**
BEP: Agitação	1,10	1,033	2,76	0,874		-9,153	0,01**
BEP Total	9,87	1,833	4,97	2,717		10,855	0,01**

*p<0,05; **p<0,01

Pela análise do mesmo, constata-se que são os idosos do sexo masculino que apresentam pontuações mais elevadas ao nível do domínio *Ambiental*, avaliam globalmente a sua QdV como sendo melhor e se encontram mais satisfeitos com a saúde, quando comparados com os do sexo feminino. Todavia, não foram encontradas diferenças estatisticamente significativas nos domínios *Físico*, *Psicológico* e *Social* da QdV.

Por outro lado, verifica-se ainda que a *Solidão/Insatisfação* e a *Agitação* se encontra mais presente no seio dos idosos femininos quando comparados com os masculinos, apresentando estes *Atitudes face ao Envelhecimento* mais positivas e melhor BEP.

5.4.2. Resultados diferenciais em função da zona de residência

Procurou-se também analisar se existiam diferenças estatisticamente significativas na QdV e no Bem-Estar Psicológico em idosos de zonas rurais e urbanas. O Quadro 22 mostra os resultados obtidos.

Quadro 22

Diferenças de médias na QdV e Bem-Estar Psicológico em função da zona de residência

	G1 Rural (n=95)		G3 Urbano (n=30)		gl	t	p
	M	DP	M	DP			
QdV (Físico)	47,9	15,5	54,4	14,9	123	-0,843	0,04*
QdV (Psicológico)	61,9	10,9	64,1	10,6		-0,572	0,05*
QdDV (Social)	68,0	11,7	69,7	10,8		-0,455	0,65
QdV (Ambiental)	58,6	09,3	60,3	11,7		0,569	0,02*
Avaliação Global da QdV	3,35	0,68	3,57	0,85		-1,442	0,15
Satisfação com a Saúde	3,06	0,82	3,23	1,04	-0,925	0,35	
BEP: Solidão/Insatisfação	1,35	1,233	2,72	1,285	-1,237	0,02*	
BEP: Atitudes face ao Envelhecimento	2,54	1,630	2,70	1,932	123	-0,457	0,64
BEP: Agitação	1,67	1,233	2,83	1,367	-0,602	0,05*	
BEP Total	8,62	3,349	6,27	3,523	0,909	0,03*	

*p≤0,05; **p≤0,01

Pela sua análise, verifica-se que os idosos que vivem em meio rural apresentam melhor QdV *Ambiental*, quando comparados com os que vivem em meio urbano. Estes,

por sua vez, apresentam pontuações mais elevadas no domínio *Físico* e *Psicológico* da QdV. Não foram encontradas diferenças estatisticamente significativas no domínio *Social* nem na *Avaliação Global da QdV* e na *Satisfação com a Saúde*.

No que concerne ao Bem-Estar Psicológico denota-se que são os idosos que residem em meio urbano que apresentam maior *Solidão/Insatisfação* e maior *Agitação* do que os vivem em meio rural. Estes, por sua vez, apresentam melhor BEP Total. Não foram encontradas, todavia, diferenças na dimensão *Atitudes Face ao Envelhecimento*.

5.4.3. Resultados diferenciais em função do rendimento mensal

Procurou-se ainda analisar a relação entre a QdV, Bem-Estar Psicológico e o rendimento mensal dos idosos. O Quadro 23 mostra os resultados obtidos.

Quadro 23

Diferenças de médias na QdV e Bem-Estar Psicológico em função do rendimento mensal

	G1 Até 200 (n=12)		G2 De 201 a 400 (n=84)		G3 De 401 a 500 (n=21)		G4 De 501 a 600 (n=8)		F	p	LSD
	M	DP	M	DP	M	DP	M	DP			
QdV (Físico)	45,5	15,8	50,6	16,4	46,2	12,5	51,3	14,6	0,513	0,03*	G4>G1
QdV (Psicológico)	63,5	9,7	61,5	11,5	64,6	8,8	65,1	10,1	1,081	0,36	
QdV (Social)	65,9	11,4	68,5	12,0	68,6	11,4	70,8	4,4	0,401	0,75	
QdV (Ambiental)	57,2	13,8	58,8	9,2	58,7	11,2	64,4	6,8	1,056	0,37	
Avaliação Global da QdV	3,17	0,38	3,27	0,73	3,67	0,48	4,38	0,74	8,145	0,01**	G3>G1 e G2 G4>G1, G2 e G3
Satisfação com a Saúde	3,00	0,85	3,01	0,91	3,14	0,35	4,13	0,99	4,299	0,01**	G4>G1, G2 e G3
BEP: Solidão/Insatisfação	2,33	1,155	2,36	1,314	2,90	1,091	3,00	0,756	1,622	0,18	
BEP: Atitudes Envelhecimento	2,25	1,658	2,45	1,660	2,48	1,601	4,63	1,302	4,551	0,01**	G4>G1, G2 e G3
BEP: Agitação	1,58	1,311	1,61	1,317	1,90	1,044	2,50	0,926	1,453	0,23	
BEP Total	6,17	3,460	6,42	3,395	7,29	3,052	10,13	2,357	3,393	0,01**	G4>G1, G2 e G3

*p<0,05; **p<0,01

Pela sua análise constata-se que são os inquiridos com rendimento mensal entre 501 a 600 euros que possuem melhor QdV *Física*, quando comparados com os que auferem um rendimento até 200 euros mensais. Denota-se ainda que são os inquiridos com rendimento mensal entre 401 a 500 euros que realizam uma avaliação global mais positiva da QdV quando comparados com os que auferem rendimentos inferiores. Por fim, ainda se verifica que são os idosos que possuem um rendimento mensal superior

(de 501 a 600 euros) que realizam uma avaliação global mais positiva da QdV e se encontram mais satisfeitos com a saúde, quando comparados com os restantes. Não foram encontradas diferenças estatisticamente significativas nos domínios *Psicológico*, *Social* e *Ambiental* da QdV.

Relativamente ao Bem-Estar Psicológico verifica-se que são os inquiridos que auferem entre 501 a 600 euros mensais que apresentam melhores *Atitudes face ao Envelhecimento* e melhor BEP Total, quando comparados com os restantes. Não foram encontradas diferenças estatisticamente significativas nas dimensões *Solidão/Insatisfação* e *Agitação* do BEP.

5.4.4. Resultados Diferenciais em função do estado civil

Procurou-se ainda analisar as diferenças significativas na QdV e no Bem-Estar Psicológico quando é considerado o estado civil dos idosos. O Quadro 24 mostra os resultados obtidos.

Quadro 24

Diferenças de médias na QdV e Bem-Estar Psicológico em função do estado civil

	G1 Solteiro (n=20)		G2 Casado (n=17)		G3 Divorciado (n=10)		G4 Viúvo (n=78)		F	p	LSD
	M	DP	M	DP	M	DP	M	DP			
QdV (Físico)	44,4	16,5	47,0	15,9	47,5	17,5	51,5	14,9	1,165	0,32	
QdV (Psicológico)	60,2	8,9	57,1	14,2	65,0	11,9	63,9	10,0	0,834	0,04*	G2>G1
QdV (Social)	68,7	12,3	65,1	14,8	70,0	9,7	68,9	10,7	0,038	0,02*	G2>G1
QdV (Ambiental)	60,9	12,0	60,1	9,6	57,5	9,3	58,5	9,6	1,120	0,34	
Avaliação Global da QdV	3,30	0,65	3,41	0,87	3,00	0,66	3,47	0,71	1,413	0,24	
Satisfação com a Saúde	3,25	1,07	2,82	0,72	3,30	0,94	3,10	0,84	0,927	0,43	
BEP: Solidão/Insatisfação	2,35	1,424	1,82	1,425	2,30	1,418	2,47	1,148	0,564	0,01**	G4>G2
BEP: Atitudes Envelhecimento	2,60	1,603	3,00	1,658	2,30	1,252	2,51	1,793	0,471	0,70	
BEP: Agitação	1,35	1,348	1,24	1,147	2,30	1,337	2,74	1,232	1,936	0,01**	G4>G2
BEP Total	6,30	3,799	8,06	3,455	5,90	1,792	6,73	3,399	1,176	0,01**	G2>G4

*p≤0,05; **p≤0,01

Pela sua análise constata-se que são os idosos casados que apresentam melhor QdV (domínio *Psicológico* e *Social*) quando comparados com os idosos solteiros. Não foram encontradas diferenças estatísticas nos domínios *Físico* e *Ambiental*, nem na *Avaliação Global da QdV* e *Satisfação com a Saúde*.

No que respeita ao Bem-Estar Psicológico, verifica-se que são os idosos viúvos que possuem maior *Solidão/Insatisfação* e *Agitação*, quando comparados com os idosos casados. São os idosos casados que apresentam maiores indicadores de BEP Total, quando comparados com os viúvos. Não foram encontradas diferenças estatisticamente significativas na dimensão *Atitudes Face ao Envelhecimento*.

5.4.5. Resultados diferenciais em função da existência de filhos

Procurou-se analisar se existiam diferenças significativas na QdV e no Bem-Estar Psicológico e a existência de filhos. O Quadro 25 mostra os resultados obtidos.

Quadro 25

Diferenças de médias na QdV e Bem-Estar Psicológico em função da existência de filhos

	Sim (n=108)		Não (n=17)		gl	t	p
	M	DP	M	DP			
QdV (Físico)	50,8	15,1	40,7	16,2	123	2,614	0,01**
QdV (Psicológico)	63,0	11,1	59,0	8,2		1,824	0,02*
QdV (Social)	68,7	11,3	66,6	12,5		0,925	0,03*
QdV (Ambiental)	59,6	9,09	55,3	13,9		1,878	0,02*
Avaliação Global da QdV	3,41	0,76	3,35	0,49		0,285	0,77
Satisfação com a Saúde	3,10	0,87	3,12	0,92		-0,06	0,94
BEP: Solidão/Insatisfação	1,52	1,242	2,89	1,312	123	-1,880	0,01**
BEP: Atitudes face ao Envelhecimento	2,63	1,689	2,24	1,786		3,622	0,01**
BEP: Agitação	1,72	1,244	2,65	1,412		-0,461	0,01**
BEP Total	6,87	3,380	5,18	3,486		2,944	0,01**

*p<0,05; **p<0,01

Pela sua análise, verifica-se que, ao nível da QdV, são os idosos que possuem filhos que apresentam maior QdV em todos os seus domínios quando comparados com os que não possuem filhos. Não foram encontradas diferenças estatisticamente significativas na *Avaliação Global da QdV* e na *Satisfação com a Saúde*.

No que concerne ao Bem-Estar Psicológico, denota-se que são os idosos que não possuem filhos que apresentam maior *Solidão/Insatisfação* e *Agitação*, quando

comparados com os que possuem filhos, apresentando estes melhores *Atitudes Face ao Próprio Envelhecimento* e maior BEP Total.

5.4.6. Resultados diferenciais em função da variável com quem vive

Procurou-se ainda analisar a relação entre a QdV, Bem-Estar Psicológico e com quem vivem os idosos. O Quadro 26 mostra os resultados obtidos.

Quadro 26

Diferenças de médias na QdV e Bem-Estar Psicológico em função da variável com quem vive

	G1 Instituição (n=20)		G2 Casa própria sozinho (n=24)		G3 Casa própria com familiares (n=42)		G4 Com familiares (n=39)		F	p	LSD
	M	DP	M	DP	M	DP	M	DP			
QdV (Físico)	49,10	15,23	53,27	10,94	49,23	18,16	47,61	15,50	0,657	0,58	
QdV (Psicológico)	63,75	11,47	62,67	12,25	61,90	11,51	62,39	9,143	0,131	0,94	
QdV (Social)	70,83	12,24	65,27	14,25	67,65	10,76	70,08	9,69	1,236	0,30	
QdV (Ambiental)	59,21	12,31	58,72	10,98	58,85	8,80	59,45	9,47	0,036	0,99	
Avaliação Global da QdV	3,45	0,68	3,42	0,58	3,45	0,77	3,31	0,80	0,311	0,81	
Satisfação com a Saúde	3,35	0,74	2,92	0,92	3,02	0,89	3,13	0,89	0,996	0,39	
BEP: Solidão/Insatisfação	2,70	1,218	2,50	1,719	2,81	1,401	3,08	1,384	0,861	0,46	
BEP: Atitudes Envelhecimento	2,15	1,631	1,88	1,393	1,71	1,453	2,67	1,545	2,964	0,03*	G4>G2 e G3
BEP: Agitação	2,05	1,146	2,00	1,532	1,48	1,131	1,46	1,123	1,977	0,03*	G1>G4
BEP Total	6,90	3,194	6,38	4,063	6,00	3,193	7,79	3,088	2,084	0,01**	G4>G3

*p<0,05; **p<0,01

Pela sua análise constata-se que não foram encontradas diferenças estatisticamente significativas nos domínios da QdV.

Relativamente ao Bem-Estar Psicológico verifica-se que os idosos que vivem em casa de familiares, apresentam melhores *Atitudes Face ao Envelhecimento* do que aqueles que vivem em casa própria, sozinhos ou com familiares. Denota-se igualmente que são os idosos que vivem em Instituições que possuem mais *Agitação* do que aqueles que vivem em casa de familiares e, por fim são estes últimos que apresentam mais BEP total quando comparados com os que vivem sozinhos em casa própria. Não foram encontradas diferenças estatisticamente significativas na dimensão *Solidão/Insatisfação*

5.4.7. Resultados diferenciais em função do diagnóstico de doença

Procurou-se analisar se existiam diferenças significativas na QdV e no Bem-Estar Psicológico em função da existência ou não de um diagnóstico de doença. O Quadro 27 mostra os resultados obtidos.

Quadro 27

Diferenças de médias na QdV e Bem-Estar Psicológico em função do diagnóstico de doença

	Sim (n=90)		Não (n=35)		gl	t	p
	M	DP	M	DP			
QdV (Físico)	48,2	16,0	52,7	14,2		-0,700	0,01**
QdV (Psicológico)	62,3	10,3	62,9	12,2		-1,215	0,07
QdV (Social)	68,3	10,5	68,8	13,7	123	-1,074	0,28
QdV (Ambiental)	59,6	9,4	57,6	11,1		0,546	0,58
Avaliação Global da QdV	3,37	0,726	3,49	0,742		-0,818	0,41
Satisfação com a Saúde	3,00	0,874	3,37	0,843		-2,154	0,03*
BEP: Solidão/Insatisfação	2,63	1,255	1,63	1,239		0,089	0,01**
BEP: Atitudes face ao Envelhecimento	1,63	1,659	2,63	1,820	123	-0,057	0,01**
BEP: Agitação	2,87	1,291	1,31	1,105		0,095	0,01**
BEP Total	5,93	3,368	7,37	3,456		-0,680	0,01**

*p≤0,05; **p≤0,01

A sua observação mostra que são os idosos que não possuem doenças diagnosticadas que apresentam maior QdV *Física* e apresentam maior “*Satisfação com a Saúde*”, quando comparados com os que possuem doenças diagnosticadas. Não foram encontradas diferenças estatisticamente significativas nos domínios *Psicológico*, *Social* e *Ambiental* da QdV nem na *Avaliação Global da QdV*.

São os idosos que possuem diagnóstico de doença que, por sua vez, apresentam maior *Solidão/Insatisfação* e *Agitação* quando comparados com os que não possuem diagnóstico de doença, que apresentam melhor *Atitudes face ao Envelhecimento* e melhor BEP Total.

CAPÍTULO V – DISCUSSÃO

O primeiro objectivo, diz respeito à análise da relação entre a QdV e o BEP. Os resultados obtidos permitem-nos afirmar que os dois instrumentos se encontram correlacionados entre si, ao nível do seu desempenho.

Verificámos correlações negativas existentes entre os todos os Domínios do WHOQOL-BREF, Avaliação Global da QdV e Satisfação com a Saúde, e as subescalas *Solidão/Insatisfação* e *Agitação* da PGCMS. Constatámos a existência de correlações positivas entre todos os Domínios do WHOQOL-BREF, Avaliação Global da QdV e Satisfação com a Saúde e a subescala *Atitude Face ao Envelhecimento* e a PGCMS total.

A título de exemplo poderemos afirmar que a QdV Física é tanto menor quanto maiores forem os valores nas subescalas *Solidão/Insatisfação* e *Agitação*. Em sentido inverso, a QdV Física é tanto maior quanto melhores forem as Atitudes Face ao Envelhecimento.

Os resultados obtidos corroboram diversos estudos (Fleck e Chachamovich et al., 2003; Paúl et al., 2004; Paúl et al., 2005) encontrando-se uma clara associação entre as subescalas da PGCMS com a QdV em todos os seus Domínios, Avaliação Global da QdV e Satisfação com a Saúde, variando no sentido previsível, quanto mais positivos os indicadores das subescalas da PGCMS, maior a QdV, e vice-versa.

Estes resultados são consentâneos com o esperado, já que o Bem-Estar Psicológico integra, de entre outras componentes, a QdV percebida. Se atendermos à perspectiva de Pais-Ribeiro et al. (2004), que considera que uma boa QdV, ou uma boa vida, será um resultado (*outcome*) desejável durante todo o processo de desenvolvimento, e tomando em conta a definição da OMS de QdV, rapidamente concluímos acerca da correlação entre este construto e o de Bem-Estar Psicológico.

Será razoável afirmar que a QdV será tanto melhor, quanto a comparação entre a vida passada e a actual, a reflexão sobre o percurso vivencial e o momento presente, se saldarem positivas (Atitudes Face ao Envelhecimento). Por outro lado, também julgamos pertinente afirmar que um estado de Agitação e sentimentos de Ansiedade, reflexo da evolução do estado de humor do idoso, em nada contribuirão para uma avaliação positiva da QdV. Por fim, e na mesma linha de raciocínio, parece que o facto de o idoso se sentir sozinho (Solidão) e a sua percepção relativa ao seu actual contexto físico e social (Insatisfação), condicionará a sua avaliação de QdV.

O julgamento que cada indivíduo faz da sua QdV será, teoricamente, a combinação de diferentes aspectos da sua vida resumidos numa avaliação global. No idoso a QdV pode ser percebida de formas distintas de acordo com o modo como cada indivíduo vivencia a velhice.

Os resultados descritivos, permitem-nos verificar que o Domínio Social foi aquele que obteve pontuação mais elevada no WHOQOL-BREF, enquanto que o Domínio Físico apresentou a pontuação mais baixa, quando comparamos os Domínios que compõem o instrumento. Tais resultados serão certamente devidos ao bom trabalho desenvolvido pelas Instituições nas quais a amostra foi maioritariamente recolhida, providenciando relações pessoais e apoio social satisfatório a estes idosos, já que a maioria frequenta alguma valência das Instituições, na sua maioria Centro de Dia. O facto de os meios serem pequenos e maioritariamente rurais também contribuem provavelmente para este resultado. São meios em que todos se conhecem, são vizinhos, frequentam a mesma Instituição, a mesma Igreja, e em que, portanto, a existência e a frequência de relações pessoais é elevada.

No Domínio Físico o valor obtido é relativamente baixo, o que também não surpreende já que a maioria dos idosos relatou problemas de saúde. Na questão relativa

à “Satisfação com a Saúde”, apenas 24,8% dos idosos afirmou sentir-se “satisfeito” ou “muito satisfeito” com a sua saúde, o que corresponde a 31 idosos da amostra total de 125, e 39 idosos declararam-se “Insatisfeito” com a sua saúde. Estes resultados vão ao encontro dos obtidos por Paúl et al. (2005), em que se constata uma tendência clara para a insatisfação com a saúde.

Os valores obtidos nos Domínios são considerados indicadores de uma QdV moderada, tal como obtida nas investigações realizadas por Nikpour et al. (2007) e Martins et al. (2007).

A faceta que avalia a QdV Global, em que 63,2% (n=79) se colocou numa posição mediana de “nem boa nem má”, enquanto que apenas 28,8% (n=36) considerou a sua QdV como “Boa” ou “Muito Boa”, é consentânea com os resultados resultantes da investigação de Paúl et al. (2005), manifestando-se uma tendência de QdV média, com vantagens para a amostra do presente estudo que avalia mais positivamente a sua QdV do que os idosos da amostra do estudo de Paúl et al. (2005). Julgamos que este posicionamento de tendência central, pode ser o reflexo de uma resignação intrínseca, culturalmente veiculada, de que “há sempre quem esteja pior do que nós”. Não será despropositado também afirmar que os indivíduos que se situam hoje nesta faixa etária, passaram por dificuldades extremas na infância e juventude, pelo que agora aceitam como positiva a sua situação, em comparação com o passado.

Os resultados descritivos das pontuações dos idosos na PGCMS, levam-nos a constatar que estamos diante de uma amostra com um Bem-Estar Total médio, obtendo uma pontuação de 6,78 em 14 possíveis. Os valores obtidos nas três subescalas são claramente médios, sendo médio/alto na subescala Solidão/Insatisfação. Assim, afirmamos que estamos perante idosos que se sentem significativamente Sozinhos e Insatisfeitos, têm atitudes face ao envelhecimento medianamente negativas e estão algo

agitados/ansiosos. Estes valores são similares aos encontrados por Sequeira e Silva (2002), bem como aos de Paúl et al. (2005). Julgamos que não obstante a existência de relações pessoais significativas e a frequência de Centros de Dia, como forma de “preencher o dia, sem nada para fazer”, existe um sentimento de profunda solidão, vivenciado por estes idosos. A solidão de quem já sofreu muitas perdas, nomeadamente, pais, cônjuges, vizinhos ... e vai colmatando essas perdas com os relacionamentos actuais. Os relacionamentos possíveis, expressos na Insatisfação com o seu contexto social e físico. Também aqui se sente a resignação, tantas vezes verbalizada: “... pelo menos não estou sozinha” ou “venho para aqui para me distrair e esquecer que estou sozinha”...

As Atitudes Face ao Envelhecimento são a expressão viva da aceitação perante o inevitável, explícitas em frases como: “o que havemos de fazer? É a lei da vida...”, “Eu também não ando à procura de marido” ou “o meu tempo já passou... agora isto é para os novos”, “olhe menina... quem andou não tem p’ra andar...”. As atitudes negativas da sociedade face à velhice e aos idosos, são em grande parte responsáveis pela imagem negativa que eles possuem de si próprios, uma vez que percebemos quão sensíveis e vulneráveis à opinião dos outros, são os idosos. Acabam por se conformar, identificando-se com a imagem que a sociedade lhes transmite.

Denota-se que o balanço entre o passado e o presente, pende mais favoravelmente para o passado. Passado percebido como mais feliz, em que se trabalhava o campo, cuidava dos filhos, se tinha um marido e boa saúde, face a um presente de “inutilidade”, “em que estou p’raqui assim...”.

A Agitação/Ansiedade, expressa-se na incerteza do futuro, dos filhos e netos que são alvo de grande preocupação, e muitas vezes do seu papel na vida destes, afirmando: “... já viu... eu não sei como vai ser... eu morro, e depois?... quem os ajuda?”. Denota-

se principalmente nas mulheres este tipo de discurso, no qual se evidencia também alguma ansiedade face à morte. É visível também na falta de “paciência” demonstrada para a maior parte das actividades propostas pelas Animadoras. Iniciam as tarefas mas facilmente se desinteressam por elas (ex. pintura), e querem voltar á sua actividade inicial (fazer crochet, ver televisão), numa atitude quase de “deixem-me em paz” ao mesmo tempo que se queixam “aqui não se faz nada... é sempre a mesma coisa...”. Muitos idosos adormecem durante o dia sentados nos sofás, segundo as Animadoras “porque não dormem de noite” ou devido a efeitos de medicação ansiolítica que muitos necessitam.

Procurou-se analisar a relação entre a QdV e a idade, a escolaridade e tempo de diagnóstico de doença.

Constata-se, em conformidade com os estudos de Fernández-Ballesteros (1998), Sprangers et al. (2000), Garcia et al. (2005), Paúl et al. (2004) Paúl et al. (2005) e Figueira et al. (2008) que á medida que aumenta a idade, diminui a QdV em todos os seus Domínios, piora a Avaliação Global da QdV e diminui a Satisfação com a Saúde.

Percebemos como o processo de envelhecimento é complexo, implicando envelhecimento biológico e social, a que cada indivíduo se ajusta do ponto de vista psicológico. Neste processo, a adaptação implica a compensação de perdas através do recurso a novas estratégias de pensamento e de resolução de problemas, que reflectem a experiencia de vida de cada um, quando os recursos (força física, acuidade sensorial, velocidade de processamento de informação) tendem a escassear. As perdas sofridas ao longo da vida potenciam-se com o aumento do número de anos vividos, ao mesmo tempo, a probabilidade de surgimento de doenças aumenta com a idade, como aumenta a repercussão das doenças não mortais, diminui a autonomia e aumenta a probabilidade de morrer.

No que concerne à relação entre a QdV e a escolaridade verifica-se que estas se encontram correlacionadas positivamente com todos os Domínios da QdV. O mesmo havia sido já verificado pelas investigações de Sprangers et al. (2000) e Nikpour et al. (2007). Paúl et al. (2004) encontraram correlações entre a escolaridade e os Domínios Psicológico e Social da QdV, sendo que, em ambos os Domínios se encontram maiores pontuações quanto mais escolaridade possuem os idosos. Paúl et al. (2005) constataram que a Avaliação Global da QdV e a Satisfação com a Saúde se correlacionam positivamente com o nível de escolaridade. De salientar que esta população nascida nas décadas de 20/30/40, em zonas rurais, praticamente não teve acesso a escolaridade. Como bem sabemos o ensino nessa altura era restrito a segmentos sociais específicos, a que a maioria dos idosos da nossa amostra não pertencia. Desta forma, começaram cedo a trabalhar nos campos, ou na pesca, tendo desempenhado trabalhos fisicamente desgastantes, com pouco acesso a cuidados de saúde e condições de habitação, alimentação, etc.... Por outro lado o idoso com pouca escolaridade, define-se a si próprio como não tendo grande capacidade de aprendizagem, “ui... sabe Deus para aprender a escrever o nome...”, “... isso era pró dos filhos dos Doutores...que eram espertos...”, “ainda andei até á 3ª classe, mas depois saí,... não aprendia nada... era preciso trabalhar mas é!”.

Constata-se que à medida que aumenta o tempo de diagnóstico de doença, diminuem as pontuações obtidas nos Domínios Físico e Social da QdV, bem como piora a Avaliação Global da QdV e, obviamente, a Satisfação com a Saúde. Resultados semelhantes foram relatados por, Nikpour et al. (2007) quando afirmam que as percepções dos idosos relativamente ao seu estado de saúde interferem de forma significativa e preponderante na avaliação que estes realizam da QdV, Paskulin et al. (2007) ao observarem que a satisfação com a saúde foi a variável que mais contribuiu

para a avaliação da QdV, Paúl et al. (2004) ao constatarem que os idosos que se avaliam como tendo melhor saúde são os que apresentam melhor QdV e por Paúl et al. (2005) quando referem que a auto-avaliação da saúde está associada ao conjunto dos Domínios da QdV. Curiosamente, no presente estudo não foram encontradas correlações significativas entre o tempo de doença e a QdV Psicológica.

Convirá referir que na amostra do presente estudo, a grande maioria dos idosos (n=90) afirmaram possuir doenças diagnosticadas, variando o tempo de diagnóstico. Verifica-se a existência de diferenças estatisticamente significativas, entre a QdV e o tempo de duração da doença, sendo que quanto mais tempo dura a doença, menores os índices de QdV Físico e Social da QdV, pior a Avaliação Global da QdV e, menor, a Satisfação com a Saúde. Percebemos que ter uma doença (e quase todos têm) se constitui como ameaça à manutenção da independência e da autonomia, principalmente se esta se prolonga no tempo. As manifestações físicas serão óbvias, tendo os idosos desta amostra demonstrado possuir recursos psicológicos que lhes permitem lidar com as suas doenças aparentemente sem comprometer a sua QdV Psicológica.

Verificámos que a idade se correlaciona significativa e negativamente com o BEP total, mas não com as subescalas da PGCMS, o que poderá justificar-se pelo estatuto duplo da escala, conforme referimos, a covariação entre os três factores de 1ª ordem pode ser explicada por um factor de segunda ordem, o BEP total. Como veremos adiante, as mulheres apresentam um BEP total inferior ao dos homens, sendo que a nossa amostra é constituída maioritariamente por mulheres, e por mulheres mais idosas do que os homens. Percebemos que á medida que aumenta a idade, existe uma covariação entre o aumento da Solidão/Insatisfações, piores Atitudes Face ao Envelhecimento e maior agitação que se explique por um BEP total menor. Talvez o

agrupamento dos idosos por faixas etárias nos tivesse permitido explorar mais um pouco estas diferenças.

Simões (1992) relata variações significativas na satisfação com a vida, quando se considera a idade dos indivíduos, piorando a primeira quando aumenta a segunda. Schelling et al. (2008) demonstram que a Atitude Face ao próprio Envelhecimento torna-se mais negativa com o aumento da idade. Pelo contrário, Neri (2004) não observou diferenças estatisticamente significativas no que concerne à satisfação com a vida, em função da idade, tal como Paúl et al. (2005).

A escolaridade apresenta-se neste estudo correlacionada inversamente com a subescala Solidão/Insatisfação, quer dizer, quanto mais instruídos os idosos, menores pontuações na referida subescala, bem como correlações positivas com a subescala Atitudes Face ao Envelhecimento e BEP total, ou seja quanto mais instruídos, melhores atitudes face ao envelhecimento e melhor BEP. Entende-se que os idosos com maior nível de escolaridade, tenham acesso e capacidade para aceder a serviços e informação com maior facilidade, do que os idosos pouco instruídos ou analfabetos, nomeadamente a Universidade da Terceira Idade e similares, que lhes permitem estabelecer relações sociais e, portanto, sentirem-se menos sozinhos. A mesma explicação encaixará nos resultados obtidos na subescala Atitudes Face ao Envelhecimento, idosos melhor informados, saberão com certeza privilegiar estilos de vida mais saudáveis, retardando os efeitos do envelhecimento. Idosos menos sós e com melhores atitudes face ao envelhecimento, acabam por manifestar um BEP total superior.

Os resultados obtidos assemelham-se aos encontrados por Paúl (1992), ao afirmar que os idosos analfabetos apresentam menores índices de Bem-Estar em todas as subescalas do que os idosos com instrução. Paúl et al. (2005) verificaram que o nível de educação se associa ao sentimento de Solidão/Insatisfação, que é tanto maior, quanto

menor o nível de escolaridade. No mesmo sentido vão as conclusões de Jang et al. (2008), indicando que o nível educacional se associa significativamente com todas as dimensões medidas pela PGCMS.

O tempo de doença surge no presente estudo correlacionado com todas as subescalas da PGCMS, sendo que quanto maior é o tempo de doença, maior Insatisfação/Solidão e maior Agitação. Em sentido inverso quanto maior é o tempo de doença piores as Atitudes face ao Envelhecimento e pior o BEP total. Parece óbvio afirmar que quanto mais se prolonga no tempo a doença, menor seja o BEP do idoso. Da mesma forma, surge como imediata a compreensão de que um idoso doente manifeste sintomatologia de preocupação em relação à doença que possui, às consequências que desta possam advir, à perda de independência e autonomia a que tantas doenças conduzem e ao medo da morte. Por outro lado, será razoável afirmar que os idosos se sentem menos satisfeitos quanto mais tempo durar a doença de que padecem. Alpanse et al. (2003), sugerem que a solidão está associada à existência de doenças crónicas, e que a existe uma importante relação entre a solidão e a depressão no idoso. As Atitudes Face ao Envelhecimento tendem a piorar, quase como se cumprisse uma profecia “... claro... com a idade já se sabe...”, “... isto é assim menina, quando somos novos, não temos nada... de velhos aparece tudo...”.

Também Simões (1992) observou correlações significativas entre a satisfação com a vida e o estado de saúde. Paúl (1992) sugeriu que as preocupações com a saúde são factores de risco que medeiam o Bem-Estar dos indivíduos.

Abordaremos de seguida o objectivo de determinar os preditores da QdV. Em suma, podemos dizer que:

- a) A “*Avaliação Global da QdV*” tem como preditores a “*Satisfação com a Saúde*”, o sexo e o rendimento, que explicam, no seu conjunto, 36% da variância;
- b) A “*Satisfação com a Saúde*” tem como preditores a “*Avaliação Global da QdV*”, a QdV *Física* e a dimensão *Solidão/Insatisfação* do BEP, explicando no seu conjunto 37% da variância;
- c) A QdV *Física* tem como preditores a QdV *Psicológica*, a idade, o indicador “*Satisfação com a Saúde*” e a existência de filhos, explicando no conjunto, 53% da variância;
- d) A QdV *Psicológica* tem como preditores a QdV *Física* e *Ambiental*, que explicam, no seu conjunto 55% da variância;
- e) A QdV *Social* tem como preditores a QdV *Ambiental*, a escolaridade e o diagnóstico de doença, explicando no seu conjunto 64% da variância;
- f) A QdV *Ambiental* tem como preditores a QdV *Social*, *Psicológica*, o sexo, o diagnóstico de doença e o estado civil, que explicam, no seu conjunto 49% da variância.

Numa breve análise global destes resultados verificamos que a satisfação com a saúde e o diagnóstico de doença, são aqueles que melhor conseguem predizer a QdV, uma vez que embora com pesos diferentes, estão associados a todos os Domínios considerados, com excepção para o Psicológico. Parece então correcto inferir que a percepção de saúde dos idosos, são o factor mais importante a considerar quando se aborda a QdV em idosos. Paúl et al. (2005) havia já verificado que a percepção da saúde era preditora da QdV Física, Psicológica e Ambiental. Tal como referem Paúl et al. (2005), para além da saúde real, a saúde percebida emerge como um aspecto muito importante da QdV, reforçando os resultados de Bowling (1995, cit. in Paúl et al., 2005)

nos quais é defendido que não obstante a importância atribuída às relações sociais, a saúde e a falta desta contribui particular e decisivamente para baixar a QdV dos idosos. Relembre-se que, no presente estudo, tal como em outros já referidos, existe uma tendência clara para a insatisfação com a saúde por parte dos idosos. No presente estudo apenas a dimensão Solidão/Insatisfação surge como preditora da QdV, e apenas da variável “Satisfação com a Saúde”.

Os preditores do BEP e das suas subescalas no presente estudo foram os seguintes:

- a) O BEP tem como preditores o sexo e a QdV *Social*, que explicam, no seu conjunto, 68% da variância;
- b) A *Solidão/Insatisfação* tem como preditores o sexo e a “Satisfação com a Saúde”, sendo responsável, no seu conjunto por 37% da variância;
- c) As *Atitudes face ao Envelhecimento* têm como preditor o sexo, sendo responsável este por 66% da variância;
- e) A *Agitação* tem como preditores o sexo e o diagnóstico de doença, sendo este conjunto responsável por 63% da variância.

A análise breve dos resultados permite-nos ressaltar o sexo como o principal preditor de BEP, na nossa amostra, surgindo com diferentes pesos, como preditor em todas as subescalas da PGCMS, sendo que no caso das Atitudes Face ao Envelhecimento, surge mesmo como o único preditor. Também o factor doença parece ter algum peso quando consideramos as subescalas Solidão/Insatisfação e Agitação, surgindo num e noutra caso, como Satisfação com a saúde e diagnóstico de doença, mas sem dúvida presentes. O BEP total, para além do sexo tem como preditor a QdV Social.

Passamos a discutir os resultados obtidos em função das análises que realizamos para determinar as diferenças de QdV, em função do sexo, estado civil, local

de residência, existência de filhos, com quem vive o idoso e da existência de diagnóstico de doença.

Os homens apresentam maior QdV Ambiental, não havendo diferenças estatisticamente significativas nos outros Domínios da QdV. Os homens avaliam mais positivamente a sua QdV Global e estão mais satisfeitos com a saúde do que as mulheres. Estes resultados eram previsíveis, na medida em que à semelhança do que acontece à escala Mundial, também a nossa amostra é constituída maioritariamente por mulheres, ocorrendo que quanto mais aumenta a faixa etária, diminui o número de homens encontrados. As mulheres relatam possuir um maior número de doenças, mas menos incapacitantes do que as relatadas pelos homens. Percebemos pelos percursos de vida destas mulheres que a avaliação da sua QdV Geral seja inferior à dos homens, uma vez que a maioria destas trabalhou no campo, participando dessa forma para o sustento da família, mas sem um ordenado fixo ou direitos sociais, cuidando de filhos ao mesmo tempo, não teve acesso a escolaridade, nem vida social, a não ser frequentar a Igreja. Estas mulheres foram educadas para trabalhar, cuidar dos muitos filhos e obedecer às “Leis de Deus e dos maridos”. Já os homens tiveram, na sua maioria, a possibilidade de trabalhar fora de casa (muitos emigraram), frequentavam além da Igreja, o café, associações, etc.

Com o aumento da idade, com a viuvez, os filhos criados, e o surgimento de Instituições capazes de promover o contacto de relações pessoais, e a participação em algumas actividades, parece natural que as mulheres sintam incrementada a sua QdV. Embora continuem a sentir-se mais inseguras fisicamente do que os homens, que os recursos económicos sejam mais escassos do que os do sexo masculino e entendam que possuem menos oportunidades do que os homens para a aquisição de novas competências e que a participação em actividades de recreio e lazer lhes continua a ser

vedada, comparativamente com os homens. Culturalmente o prazer, o recreio e lazer são aceites nos homens, e não nas mulheres, que se devem manter recatadas, ainda mais quando são viúvas... em que o lenço e as vestimentas pretas as acompanham até ao fim das suas vidas.

As diferenças na QdV em função do sexo foram encontradas em variados estudos, sempre com vantagem para o sexo masculino, nomeadamente, Fernández-Ballesteros (1998), Pereira et al. (2006), Sprangers et al. (2000), Jakobson et al. (2004), Barreto et al. (2004), Kirchengast et al. (2008), del Pino (2003) e Nikpour et al. (2007). De acordo com os estudos referidos, o envelhecimento é percebido como mais negativo pela mulher. O sentimento se ser menos atraente, a incapacidade para procriar, a percepção mais negativa e menor aceitação face ao envelhecimento estão associadas a uma avaliação de QdV mais negativa por parte das mulheres. Jakobson et al. (2004), por exemplo, afirmam que as mulheres estão mais expostas do que os homens aos problemas físicos e mentais (nomeadamente depressão e ansiedade).

Paúl et al. (2004) constata que as diferenças em função do sexo ocorrem apenas na QdV Psicológica e que os homens apresentam maiores pontuações do que as mulheres. Paúl et al. (2005) observaram diferenças estatisticamente significativas apenas na QdV Física, também com vantagem para o sexo masculino.

Viver em meio rural ou urbano permitiu encontrar algumas diferenças significativas em termos de QdV. Assim os idosos que vivem em meio rural apresentam melhor QdV Ambiental do que os seus pares do meio urbano, contudo estes últimos, apresentam melhor QdV Física e Psicológica.

Julgamos que estas diferenças assentam contudo nas facetas respeitantes à Segurança Física e Ambiente Físico (poluição, barulho, trânsito, clima) que são obviamente mais favoráveis nos meios rurais. Entendemos que o acesso a cuidados de

saúde, as oportunidades de participação social e em grupos, o acesso a actividades culturais e a vários serviços (cabeleireiro, ginásio, café, shopping, etc...) e o contacto com a diversidade de várias etiologias, conduz a que os idosos em meios urbanos, avaliem como melhor a sua QdV Física e Psicológica.

Paúl et al. (2005) concluíram que ser rural ou urbano aparece associado à QdV Psicológica e Social, afirmando contudo que o local de residência não parece introduzir diferenças de fundo nos resultados psicológicos (satisfação com a vida) ou psicossociais (QdV), relançando a possibilidade de existência de alguns aspectos de vida universais ligados ao processo de envelhecimento. Entendimento semelhante, decorrente das investigações que conduziram, apresentam Pereira et al. (2006) e Martins et al. (2007).

No respeitante ao rendimento, são os idosos que auferem maiores rendimentos, aqueles que apresentam melhor QdV Física, uma Avaliação Global da QdV mais positiva e maior satisfação com a saúde do que os idosos que auferem menores rendimentos, sendo de referir que 12 idosos auferem até 200 euros por mês e que 84 idosos da amostra têm que gerir entre 201 e 400 euros mensais. Esta situação estará sem dúvida ligada, ao estilo de vida adoptado ao longo do ciclo vital, a um maior acesso a cuidados de saúde, ao acesso a melhores cuidados de saúde e à capacidade de aquisição de medicamentos.

Fleck, Chachamovich et al. (2003), constatavam já que as condições financeiras estáveis e boas condições de vida, eram factores muito importantes na avaliação que os idosos realizam da sua QdV. Jakobson et al. (2004) relatam que, da sua investigação, se infere a existência de correlações positivas entre as variáveis QdV e a situação socioeconómica. A resultados semelhantes chegaram Nikpour et al. (2007) e Martins et al. (2007). Paúl et al. (2004) concluem que a QdV Psicológica, Social e

Ambiental variam em função do rendimento, com vantagem para os que auferem maiores rendimentos. Paúl et al. (2005) constatam que a Avaliação da QdV global e a satisfação com a saúde se associam ao rendimento auferido.

Há também diferenças estatisticamente significativas, entre indivíduos com diferentes estados civis, sendo que as diferenças em termos de QdV se verificam entre casados e solteiros, apresentando os casados melhor QdV Psicológica e Social. Em meios rurais, dos quais a nossa amostra é maioritariamente oriunda, o não ter-se casado constitui quase um estigma na sociedade, principalmente para a mulher. Ter-se constituído uma família é teoricamente garantia de apoio em caso de necessidade, e um meio de estabelecer relações sociais. Percebemos portanto que em termos psicológicos os casados avaliem a sua QdV mais positivamente do que os solteiros, quer psicológica, quer social. Por outro lado, convém ressaltar que a faceta “Actividade Sexual”, se insere no Domínio Social. È para nós mais do que evidente que os idosos casados se sintam mais satisfeitos nesta faceta, e de que seria difícil uma idosa solteira admitir satisfação nesta área, dado o seu estado civil, o que percebemos, nem sempre corresponder à verdade!

Sprangers et al. (2000), haviam já referido que não ter companheiro estava relacionado com baixos níveis de QdV, enquanto que Paúl et al. (2004) afirmam que a QdV Psicológica é mais elevada nos idosos casados. Paúl et al. (2005) confirmou a associação entre o estado civil e a QdV Física, Psicológica e Social, sempre a favor dos casados. Nikpour et al. (2007), pelo contrário não encontraram diferenças significativas em nenhum dos Domínios da QdV em função do estado civil.

No que concerne à existência de filhos, podemos afirmar, que na nossa amostra, encontramos diferenças significativas na QdV em todos os domínios, favorecendo os idosos com filhos em detrimento dos que não os possuem. Em princípio

este resultado será de esperar, caso os filhos assumam na íntegra o seu papel e cumpram com os seus deveres perante os pais, o que viemos a verificar que não acontece em muitos casos, havendo honrosas excepções... Idosos abandonados física, mas principalmente afectivamente pelos filhos, são, infelizmente, uma dura e prevalente realidade. Contudo, e mesmo face às tristes evidências, grande parte dos idosos continua a pensar nos filhos como o garante do seu suporte e apoio, quando os níveis de autonomia baixarem e a dependência chegar. No caso das mulheres, há o sentimento de se ter cumprido a sua função na vida, ter filhos, papel intrincado culturalmente nestas mulheres. Pelo contrário, as que não os tiveram, foram ao longo de toda a vida humilhadas e culpadas pelos maridos, família, sociedade e mais grave, por si mesmas... por não serem capazes de engravidar.

Os resultados diferenciais em função da variável “com quem vive”, demonstraram a inexistência total de diferenças estatisticamente significativas entre os grupos, em todos os Domínios da QdV, tal como Nikpour et al. (2007). Apesar destes resultados, constata-se que apenas 24 idosos vivem sozinhos, 42 idosos vivem na sua própria casa com familiares e 39 em casa de familiares, contudo este facto em nada parece contribuir para a melhor ou pior avaliação da QdV por parte dos idosos, o que será no mínimo curioso. Quando nos referimos a familiares, sabemos que a maioria dos idosos reside com algum filho, em casa própria ou na casa deste, e que uma pequena percentagem vive com netos, sobrinhos ou irmãos. Em princípio a co-residência ocorre na sequência de viuvez ou doença, e associa-se ao suporte a prestar ao próprio idoso. Assim seria suposto que a co-residência nestes termos, melhorasse a avaliação da QdV por parte dos idosos, o que não aconteceu neste estudo.

A existência de um diagnóstico de doença permite verificar diferenças significativas na QdV Física e na Satisfação com a saúde, sendo que, os idosos que não

possuem doenças diagnosticadas apresentam melhor QdV Física e maior satisfação com a sua saúde. Já anteriormente exploramos a importância da saúde ou da sua ausência, na QdV dos idosos, e de como esta variável se associa com o receio da perda de autonomia e independência. Canavarro et al. (2007) no estudo desenvolvido para aferição do instrumento WHOQOL-Bref, para Portugal, encontrou diferenças significativas em todos os Domínios, entre os indivíduos sem doença diagnosticada e os com diagnóstico de doença.

Os resultados diferenciais permitem-nos afirmar que os homens apresentam melhores Atitudes Face ao Envelhecimento e melhor BEP total, menos Solidão/Insatisfação e menos agitação do que as mulheres. Kudo et al. (2007), na sua investigação, chegam a resultados semelhantes, referindo que as mulheres apresentam maior número de doenças crónicas, níveis educacionais mais baixos e auto-estima mais baixa do que os homens, por outro lado apresentam maiores valores de viuvez, o que está intimamente relacionado com os níveis inferiores de BEP das mulheres relativamente aos homens. Julgamos pertinente acrescentar a menor aceitação do envelhecimento, o menor nível de escolaridade, e a maior tendência para sintomatologia depressiva, factores que certamente ajudarão na compreensão deste facto.

Analisando as diferenças entre idosos residentes em meio rural ou em meio urbano, verificamos que estas são estatisticamente significativas, e que os do meio urbano apresentam maior Solidão/Insatisfação e maior agitação do que os do meio rural, que por sua vez apresentam melhor BEP total. Sequeira et al. (2002), haviam já considerado o meio rural como um contexto privilegiado para se envelhecer, uma vez que segundo os autores:

- a) O contexto físico dos meios rurais permanece estável durante longos períodos de tempo, sendo as mudanças implementadas gradualmente, o que possibilita maior familiaridade com o meio;
- b) O ritmo de vida é mais lento, proporcionando maior inclinação para a calma do que para as trocas sociais rápidas e fragmentadas;
- c) Existe maior estabilidade populacional, proporcionando a manutenção dos laços afectivos, maior contacto, maior rede de vizinhança, que dita maior apoio prático, emocional e psicológico.

O sentido de identidade e o sentimento de se ser conhecido (“filho de... viúva de..., que mora na casa tal, no lugar x...”. será porventura um benefício da residência em meio rural. Sequeira et al. (2002) afirmam que podem estar presentes no ambiente rural, verdadeiras redes de suporte social constituídas por vizinhos, familiares e amigos, reforçando a integração social. Estes laços sociais exercem uma função protectora difusa de importantes efeitos para a estabilidade emocional e o Bem-Estar dos idosos (Sequeira et al., 2002).

Paúl et al. (2005), constatou que a condição rural ou urbana aparece associada apenas com as Atitudes face ao Envelhecimento, mais negativas nos idosos urbanos.

O rendimento mensal é significativo quando analisamos as diferenças do BEP, em função dessa variável. Tal como o previsto são os idosos com maiores rendimentos que apresentam maior BEP total e melhores Atitudes Face ao Envelhecimento. O rendimento tem surgido em vários estudos como determinante do BEP, ou das suas subescalas, sugerindo sempre que a melhor situação financeira, corresponde um melhor BEP (Simões, 1992; Sequeira et al., 2002; Paúl et al., 2005; Jang et al., 2008). Percebemos que uma situação económica estável e/ou boa se

constitua como um importante factor de BEP nos idosos. Uma situação económica favorável, permite que o idoso tenha menos preocupações com o seu dia-a-dia e com o futuro da sua família, promove o acesso a serviços de saúde e de lazer, proporciona a aquisição de bens e serviços que minimizam e/ou retardam as consequências do envelhecimento. Na nossa amostra, tal como já referimos, a maioria dos idosos, vivenciou situações de pobreza extrema (e.g.fome, guerra) pelo que a sua situação actual, mesmo que na maioria dos casos seja a auferição de rendimentos pequenos, é percebida como mais favorável do que no passado (“pelo menos sei que tenho este certinho ao fim do mês... não dá p’ra tudo, mas olhe dá p’ra viver...”).

Quando se considera o estado civil dos idosos, verifica-se a existência de diferenças estatisticamente significativas entre viúvos e casados. Deste modo, os viúvos apresentam maior Solidão/Insatisfação e maior Agitação, do que os casados. Os casados apresentam relativamente aos viúvos maior BEP total. Os resultados apresentam-se-nos como óbvios, já que a perda de um cônjuge e a situação de viuvez, deverão constituir-se como um evento extremamente stressante e que exige ao idoso uma grande capacidade de adaptação. A solidão e a insatisfação surgem como lógicas, uma vez que se perdeu o companheiro/a de uma vida. Beal (2006) aponta a solidão como um foco de preocupação, relativamente aos idosos, uma vez que esta é uma das causas de perturbações emocionais e está conectada com vários problemas de saúde. A viuvez, afirma a autora, está associada com o aumento da vulnerabilidade à solidão. A agitação e a ansiedade surgirão certamente, fruto desta vulnerabilidade, dos receios próprios ligados ao processo de envelhecimento, potenciados por uma situação de maior fragilidade emocional. Os receios de dependência, o não querer importunar a família, as noites solitárias, as refeições de mesa vazia, a saudade... foram verbalizações expressas

de forma muito sentida. A maioria das vezes era o momento mais emotivo da entrevista com os idosos.

Não foram encontradas diferenças estatisticamente significativas no que concerne às Atitudes Face ao Envelhecimento. Os resultados são contrários aos obtidos por Paúl (1992), que observou diferenças estatisticamente significativas apenas na subescala Atitudes Face ao Envelhecimento, sendo que os viúvos têm atitudes mais negativas e os solteiros mais positivas. Os resultados do presente estudo são equivalentes aos obtidos por Paúl et al. (2005), em que os casados demonstram pontuar menos na Solidão/Insatisfação e na Agitação do que os viúvos. Sequeira et al. (2002) corroboram a ideia de que os idosos casados apresentam melhor BEP do que os viúvos, e menos sentimentos de Solidão/Insatisfação, tal como Horley (1984).

A existência de filhos leva à ocorrência de diferenças significativas em todas as subescalas e o BEP total, favorecendo os idosos que possuem filhos. Estes apresentam menor Solidão/Insatisfação, menor Agitação, melhores Atitudes face ao Envelhecimento e melhor BEP total, quando comparados com idosos que não têm filhos. Estes resultados vão no mesmo sentido dos de Sequeira et al. (2002) e de Rubio et al. (2001), mas são contrários aos de Neri (2004) e Paúl (1992), que não observaram diferenças estatisticamente significativas no BEP, em função da existência ou inexistência de filhos. Nesta amostra de idosos, como já referido anteriormente, a questão dos filhos assume grande importância, julgamos nós que por diversos motivos. Em primeiro lugar porque culturalmente é a estes a quem cabe cuidar dos pais, quando tal se constituir necessário, por outro lado nos meios rurais, em que todos se conhecem, o estigma de se ser “abandonado pelos filhos”, o “não querem saber dos pais para nada”, embora seja uma realidade relativamente prevalente, é frequentemente negado pelos próprios idosos. Percebemos que preferem assumir que têm o apoio e a

companhia dos filhos, mesmo que tal não seja inteiramente verdade, a confrontarem-se e a exporem socialmente o abandono.

Parece lógico que quando o apoio dos filhos é efectivo, o que felizmente também acontece, o idoso não se sinta tão sozinho/insatisfeito, porque na realidade tem alguma companhia fora do contexto “Centro de Dia”, se sintam menos Agitados, mais tranquilos relativamente ao seu futuro, o facto de “saber que não estou sozinha...”, “... quando preciso ele até me leva ao médico de carro...”, e menos receosos no que concerne à perda de autonomia e independência. O balanço entre a vida actual e passada, também se revela positivo, na medida em que o investimento nos filhos, tem agora o retorno esperado. Por tudo isto, o BEP total é mais elevado para os idosos com filhos.

Os resultados diferenciais em função da variável “com quem vive”, demonstram a existência de diferenças significativas entre os grupos. Curiosamente, os idosos que vivem em casa de familiares apresentam melhores Atitudes Face ao Envelhecimento do que os que vivem em casa própria, seja sozinhos, seja com familiares. Os idosos que vivem em Instituições apresentam maior agitação do que os idosos que vivem com familiares. Os idosos que vivem com familiares apresentam maior BEP total do que aqueles que vivem em casa própria com familiares. Os resultados obtidos são parcialmente corroborados por Sequeira et al. (2002), no sentido em que viver acompanhado é determinante para o BEP dos idosos, apresentando os que vivem acompanhados menor Solidão/Insatisfação e melhor BEP total do que os que vivem sozinhos.

Como tivemos já oportunidade de referir, a situação de viver com familiares é maioritariamente viver com os filhos e residualmente outros familiares, normalmente se não tiveram filhos. Fica claro que estes idosos não só valorizam o facto de viverem

acompanhados, mas também o facto de viverem em casa dos filhos. Percebemos estes resultados, na medida em que as casas dos filhos apresentam na maioria das vezes melhores condições de habitabilidade do que as dos idosos. Por outro lado, julgamos que também poderá estar subjacente a ideia, de perturbar o menos possível, assim em vez de mudar a família para casa do idoso, muda o idoso para casa da família.

Consideramos que esta co-residência é positiva para o BEP do idoso, quando este participa nas despesas familiares (muitas vezes ajudam os filhos monetariamente) e lhe são atribuídas tarefas domésticas, para que não se sinta “um peso” na família, mas um membro activo e participativo. De salientar que os resultados obtidos certamente indicarão que os filhos não retiraram independência nem autonomia aos idosos, ou pelo menos tal não foi percebido pelos idosos da amostra, ou talvez nunca as tivessem tido, uma vez que o balanço entre o passado e presente revela uma vivência positiva do presente.

Os idosos que apresentam diagnóstico de doença demonstram maior Solidão/Insatisfação, maior Agitação, piores Atitudes face ao Envelhecimento e pior BEP total, quando comparados com os idosos que não apresentam doenças. Os resultados vão no mesmo sentido dos de Simões (1992), Sequeira et al.(2002), Paúl et al.(2005) e Nagata et al. (1999). Por tudo quanto já foi dito, estes resultados parecem congruentes, numa idade em que o fim se aproxima, a existência de doenças provavelmente em nada contribuirá para o BEP dos idosos. A presença de doença parece contribuir para a confirmação das piores expectativas dos idosos, a da morte que se anuncia, a da dependência que vai chegar e da perda das capacidades que tanto temem. Percebemos que a ansiedade se manifeste, bem como piorem as Atitudes Face ao Envelhecimento. Será lógico também que o idoso doente se sinta mais insatisfeito do que aquele que não possui qualquer doença diagnosticada, é legítimo que entenda “ter

muitos motivos para estar triste”, e que a vida lhe “seja custosa a maior parte do tempo”, afinal está doente.

Não poderíamos terminar este capítulo sem fazer referência a uma variável que em nossa opinião contribui de forma importante para alguns resultados, mas que infelizmente não pudemos abordar, uma vez que 100% da amostra declarou ter alguma crença religiosa. Sabemos a influência que a religião católica exerce sobre esta faixa etária, idosos que ao longo de toda a sua vida assimilaram os valores e princípios da sua Igreja, e que são praticante e crentes em Deus, tão presente nos seus discursos. Nos meios rurais, a figura principal e mais respeitável, continua a ser o Padre, aquele que os perdoa pelos seus pecados, e quem ouvem com toda a reverência.

Consideramos que possivelmente, a resignação, a aceitação e mesmo as percepções destes idosos, são muito mediadas pela crença religiosa de que “Deus assim quis...mas hei-de ter a compensação no Céu...” ou de que “o Senhor não nos dá uma cruz mais pesada do que podemos aguentar...”.

A espiritualidade actua certamente como um factor de protecção nesta amostra, quer no que concerne à avaliação da sua QdV, quer no que diz respeito ao BEP.

REFLEXÕES FINAIS

O envelhecimento é um processo diferencial (variável de indivíduo para indivíduo) que revela simultaneamente dados objectivos (degradação física, diminuição tendencial dos funcionamentos perceptivos e mnésicos, etc.), e também dados subjectivos que constituem de facto a representação que a pessoa faz do seu próprio envelhecimento. Tal significa que cada um de nós tem diversas idades (Fontaine, 2000).

Cada indivíduo traz consigo uma história de vida, que faz de si aquilo que é hoje. Esta trivialidade parece encaixar perfeitamente quando estudamos idosos. Todos têm algo em comum, mas todos são diferentes, em função dos seus determinantes genéticos, do seu património psicossocial, do seu estilo de vida, das suas percepções e expectativas... que vale a pena dizer que cada um é como uma caixa de Pandora. Neste sentido, convém referir o contexto sócio cultural em que o idoso se insere, como factor indispensável na análise do processo de envelhecimento. As diferentes formas de estar e de sentir só são compreensíveis na perspectiva do curso de vida e da consequente relação do idoso com o seu cenário actual.

Paúl (1992), defende uma perspectiva ecológico-ambiental da velhice, argumentando que há que pensar no idoso com programas de vida e acções intencionais, vivendo e agindo em cenários ambientais concretos e temporais. O conceito de velhice bem sucedida só faz sentido numa perspectiva ecológica, considerando o indivíduo no seu contexto actual e passado, no quadro de uma relação dialéctica entre as pressões ambientais e as suas capacidades adaptativas.

A questão da subjectividade assume um importante papel na área da saúde, representando uma medida imprescindível, correlacionando-se com o estado geral de Bem-Estar e com os indicadores objectivos de saúde. Na literatura gerontológica, são

fortes as evidências que sugerem que a percepção de satisfação com a vida tende a ser vista como positiva entre os idosos. (Queiroz & Neri, 2007)

Salienta-se que, no presente estudo, os idosos apresentaram uma QdV moderada, assim como níveis médios de BEP.

Salienta-se que a definição de QdV (OMS, 1993) introduz a necessidade de ser o próprio indivíduo a opinar sobre a sua QdV, quer dizer, às medidas de carácter objectivo, realizadas por aparelhos e/ou observador treinado, devem somar-se outras de carácter subjectivo.

Neri (1993) afirma que os seguintes factores estariam envolvidos no Bem-Estar na velhice: ter maior perspectiva de longevidade, possuir bons níveis de saúde física e mental, altos níveis de satisfação com a vida, controlo nas dimensões sociais, senso de produtividade, participação e realização de actividades, auto-eficácia cognitiva, estatuto social, possuir bons recursos económicos, continuidade dos papéis familiares e ocupacionais, manutenção das relações sociais informais e das redes de relações.

Inferre-se que o BEP e a QdV na velhice são construtos complexos, multifactoriais e que envolvem múltiplas variáveis, individuais e colectivas, tal como constatado pelo presente estudo.

Percebemos, no presente estudo, que quer na avaliação da QdV, quer na avaliação do seu BEP, a percepção da saúde (subjectiva), e as variáveis de diagnóstico de doença, e de tempo de diagnóstico de doença (objectivas), foram as que mais se relacionaram com a avaliação dos idosos relativamente aos dois construtos em análise.

Percepcionarem a sua saúde como negativa, terem um diagnóstico de doença e a duração no tempo do diagnóstico da doença, foram os factores que mais contribuíram para que os idosos desta amostra avaliassem pior a sua QdV e o seu BEP.

Parece-nos que o sexo e a idade também são relevantes, na avaliação da QdV e do BEP. As mulheres, e os idosos mais velhos tendem a avaliar a sua QdV e o seu BEP com sendo piores do que os homens e os idosos mais novos. O nível de escolaridade, pareceu-nos importante, sobretudo na avaliação do BEP, com os idosos mais instruídos a apresentar vantagens relativamente aos menos instruídos.

Parece-nos fundamental na avaliação dos idosos o meio sócio cultural em que estes se inserem. Meio maioritariamente rural, com as vantagens e desvantagens que já descrevemos, e que viemos a perceber, influenciam toda a vivência destes indivíduos, e obviamente o seu processo de envelhecimento.

O processo de amostragem poderá constituir-se como uma limitação deste estudo, na medida em que, de acordo com Ribeiro (1999), nas amostras não probabilísticas desconhece-se quão representativa ela é de uma população ou universo. Contudo, questões de ordem temporal, e de conveniência pessoal, levaram-nos a optar por este tipo de amostra, uma vez que há prazos a cumprir, e a obtenção da amostra nem sempre se reveste de grande facilidade. Considera-se portanto, que os resultados apresentados se referem em particular aos idosos da nossa amostra, não sendo generalizáveis para a população em geral, não obstante muitos deles irem ao encontro de vários estudos realizados com idosos noutros contextos e noutras circunstâncias.

Por outro lado, julgamos que, ao nível do material de recolha de informação, não obstante as qualidades psicométricas serem consideradas aceitáveis, este não se adequa perfeitamente à população em estudo. A conclusão semelhante chegou já o Grupo WHOQOL, tendo desenvolvido o instrumento WHOQOL-OLD, que infelizmente não se encontra aferido para a população Portuguesa. Caso contrário, a escolha teria recaído neste instrumento específico para a avaliação de QdV em idosos. Achamos também importante referir que apesar de os idosos estarem cognitivamente “aptos” a responder a

qualquer um dos instrumentos de recolha de dados, houve várias situações em que sentiram dificuldade de compreensão dos itens. No caso do WHOQOL-BREF, os itens pareceram-lhes “difíceis” e no caso da PGCMS demasiado vagos. Sugere-se que em estudos futuros sobre os instrumentos, a linguagem seja revista e adaptada a população com baixos níveis de escolaridade.

Julgamos que seria interessante a realização de estudos análogos, mas transversais, de forma a acompanhar o desenvolvimento destes construtos ao longo de todo o ciclo vital.

Consideramos que um estudo sobre QdV e BEP em idosos de natureza qualitativa, poderia contribuir com informações muito ricas, acerca da população e das variáveis em estudo.

Em termos de orientações para a prática, as nossas sugestões vão no sentido de se promover a independência e autonomia dos indivíduos durante o maior tempo possível e em todos os contextos. Assim por exemplo, pensamos ser fundamental que estes idosos pudessem beneficiar, se assim o entendessem, de cursos de alfabetização.

Considerávamos interessante submeter um grupo a um programa de Educação para a Saúde, que incluísse a promoção da Saúde, a importância do exercício físico e a prevenção da independência física, a optimização cognitiva e a utilização de mecanismos de compensação, o desenvolvimento da afectividade, auto-eficácia, pensamento positivo, de entre outras, comparando-se os resultados com outro grupo a quem o programa não fosse ministrado.

Pensamos que seria importante aproveitar os conhecimentos destes idosos, promovendo actividades (e.g. oficinas) em que estes transmitiriam o seu saber aos mais novos, proporcionando o contacto intergeraccional, em que o idoso se sente útil,

responsável e detentor de experiências e vivências importantes, a transmitir a gerações mais novas. Fazer brinquedos, actividades de culinária, de artes manuais, por exemplo.

Entendemos que o idoso deve ser tratado sem recurso a atitudes paternalistas, devendo ser capacitados a tomar decisões, participar na escolha das actividades que vão realizar e terem a autonomia para não participarem se essa for a sua vontade. Compreendemos que os Centros de Dia não podem organizar-se em função das “vontades” e “disposições” diárias dos seus utentes, mas percebemos alguma insatisfação quanto à rigidez de funcionamento, bem como quanto à homogeneidade de tratamento. Cada indivíduo é diferente e será importante levar isso em consideração. Parece-nos que deveria haver um maior “*empowerment*” dos idosos na organização dos Centros de Dia.

Não queremos deixar de prestar a nossa homenagem ao trabalho realizado por estes profissionais e Instituições, que com certeza fazem o seu melhor, e não temos a menor dúvida se constituem como importantíssimos para a QdV e o BEP destes idosos, mas talvez fosse interessante investir em outros modelos de organização, deixando para trás velhos hábitos e ideias pré-concebidas. Porventura a formação e a actualização da formação a estes profissionais também fosse importante. Fundamental seria a presença de um Psicólogo, nestas instituições, para providenciar apoio aos profissionais (muitos referiram sintomatologia indiciadora de *Burnout*), aos idosos e aos familiares dos idosos.

REFERÊNCIAS :

- Abdel-Khalek, A. (2002). Why do we fear death? The construction and validation of the reasons for death fear scale. *Death Studies*, 26 (8), 669-680.
- Almeida, L., & Freire, T. (1997). *Metodologia da investigação em psicologia e educação*. Coimbra: APPORT.
- Alvarado, K., Templer, D., Bresler, C., & Thomas-Dobson, S. (1995). The relationship of religious variables to death depression and death anxiety. *Journal of Clinical Psychology*, 51, 202-204.
- Alpass, F., & Neville, S. (2003). Loneliness, health and depression in older males. *Aging and Mental Health*, 7 (3), 212-216.
- Ariès, P. (1988). *História da morte no ocidente*. Lisboa: Editora Teorema.
- Bacqué, M. (1995). *Le deuil à vivre*. Paris: Editions Odile Jacob.
- Baltes, P., & Baltes, M. (1990). Psychological perspectives on successful aging: The model of selective optimization with compensation. In P. Baltes & M. Baltes (Eds.), *Successful aging: Perspectives from the behavioral sciences* (pp. 1-34). London : Cambridge University Press.
- Baptista, A. (2000). Perturbações do medo e da ansiedade: Uma perspectiva evolutiva e desenvolvimental. In I. Soares (Coord.), *Psicopatologia do desenvolvimento: trajetórias (in) adaptativas ao longo da vida* (pp. 89-142). Coimbra: Quarteto.
- Barbosa, A., & Ribeiro, J. (2000). Qualidade de vida e depressão. In J. Ribeiro, I. Leal & M. Dias (Eds.), *Actas do 3º Congresso Nacional de Psicologia da Saúde: Psicologia da Saúde nas Doenças Crónicas* (pp. 149-156). Lisboa: ISPA.

- Barreto, J. (1984). *Envelhecimento e saúde mental. Estudo de epidemiologia psiquiátrica no concelho de Matosinhos*. Tese de Doutoramento apresentada à Faculdade de Medicina da Universidade do Porto. Porto: Edição do Autor.
- Barreto, S., Giatti, L., & Kalache, A. (2004). Gender inequalities in health among older Brazilian adults. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 16 (2), 110-117.
- Beal, C. (2006). Loneliness in older women: A review of the literature. *Issues in Mental Health Nursing*, 27 (7), 795-813.
- Beck, A., Emery, G., & Greenberg, R. (1985). *Anxiety discords and phobias: A cognitive perspective*. New York: Basic Books.
- Berger, L. (1995). *Pessoas idosas*. Lisboa: Lusodidacta.
- Binotto, A. (2004). *O luto*. Retirado em www.funerariaonline.com.br/ em 25 Março, 2005.
- Blazer, D. (1992). *Distúrbios afectivos no idoso*. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Bradburn, N. (1969). *The structure of psychological well being*. Chicago: Aldine Publishing.
- Bradley, B., Mogg, K., & Millar, N. H. (2000) Covert and overt orienting of attention to emotional faces in anxiety. *Cognition and Emotion*, 14, 789-808.
- Brodie, J. (1985). Contributo para uma teoria negentrópica do envelhecimento. *Servir*, 33, 3-13.
- Busse, E, & Blazer, D. (1996). *Textbook of geriatric psychiatry*. Washington: American Psychiatric Press.
- Busse, E. (1992). *Alterações perceptivas com o envelhecimento*. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Butt, D., & Beiser, M. (1987). Successful aging: A theme for international psychology. *Psychology and Aging*, 2, 87-94.

- Calman, K. (1984). Quality of life in cancer patients a hypothesis. *Journal of Medical Ethics, 10*, 124-128.
- Calvo, M., & Eyesenck, M. (2000). Early vigilance and late avoidance of threat processing: Repressive coping versus low/high anxiety. *Cognition and Emotion, 14*, 763-787.
- Canavarro, M., Simões, M., Pereira, M., & Pintassilgo, A. (2006). Desenvolvimento dos instrumentos de avaliação de qualidade de vida na infecção VIH da Organização Mundial de Saúde (WHOQOL-HIV; WHOQOL-HIV- Bref) para Português de Portugal. In M. C. Canavarro & A. Vaz Serra (Eds.), *Prevenção da Sida: Um desafio que não pode ser perdido* (pp.35-44). Lisboa: Associação Lusófona.
- Canavarro, M., Simões, A., Pereira, M., Serra, A., Rijo, D., Quartilho et. al. (2007). WHOQOL-Bref. Instrumento de avaliação da qualidade de vida da Organização Mundial de Saúde. In M. Simões, C. Machado, M. Gonçalves, & L. Almeida (Coords.), *Avaliação Psicológica- Instrumentos Validados para a População Portuguesa* (pp. 77-100). Coimbra: Quarteto.
- Castellón, A. (2003). Calidad de vida en la atención al mayor. *Revista Multidisciplinar de Gerontologia, 13* (3), 188-192.
- Coleman, P., Ivani-Chalian, C., & Robinson, M. (1993). Self-esteem and its sources: Stability and change in later life. *Ageing and Society, 11*, 217-224.
- Conte, H., Weiner, M., & Plutchik, R. (1982). Measuring death anxiety: Conceptual psychometric, and factor-analytic aspects. *Journal of Personality and Social Psychology, 43* (4), 775-785.
- Corr, C., & Corr, D. (1996). *Handbook of childhood death and bereavement*. New York: Springer-Verlag.
- Correia, M. (1993). O idoso: O seu sentir e o seu viver. *Geriatrics, 6*, 18-24.

- DeGenova, M. (1993). Reflections of the past: New variables affecting life satisfaction in later life. *Educational Gerontology, 19*, 191-201.
- del Pino, A. (2003). Calidad de vida en la atención al mayor. *Revista Multidisciplinar de Gerontologia, 13* (3), 188-192.
- DePaola, S., Griffin, M., Young, J., & Neimeyer, R. (2003). Death anxiety and attitudes toward the elderly among older adults: The roles of gender and ethnicity. *Death Studies, 27* (4), 335-354.
- Desfilis, R., & Torres, M. (1990). Ancianidad y preparación para la muerte. *Anales de Psicología, 6* (2), 147-158.
- Fagulha, T., Duarte, M., & Miranda, M. (2000). A “qualidade de vida”: Uma nova dimensão psicológica. *Psychologica, 25*, 5-17.
- Falkenhain, M., & Handal, P. (2003). Religion, death attitudes, and belief in afterlife in the elderly: Untangling the relationships. *Journal of Religion and Health, 42* (1), 67-76.
- Feifel, H. (1990). Psychology and death. *American Psychologist, 45* (4), 537-543.
- Fernández-Ballesteros, R. (1998). Quality of life: The differential conditions. *Psychology in Spain, 2* (1), 57-65.
- Ferrans, C., & Power, S. (1985). Quality of life index: development and psychometric properties. *Advanced Nursing Science, 8*, 15-24.
- Ferreira, P. (1985). *Manual de geriatria e gerontologia*. Rio de Janeiro: Ed. Brasileira de Medicina.
- Figueira, H., Figueira, J., Mello, D., & Dantas, E. (2008). Quality of life throughout ageing. *Acta Médica Lituânica, 15* (3), 169-172.

- Fleck, M., Borges, Z., Bolognesi, G., & Rocha, N. (2003). Desenvolvimento do WHOQOL, módulo espiritualidade, religiosidade e crenças pessoais. *Revista Saúde Pública, 37* (4), 446-455.
- Fleck, M., Chachamovich, E., & Trentini, M. (2003). Projecto WHOQOL-OLD: Método e resultados de grupos focais no Brasil. *Revista Saúde Pública, 37* (6), 793-799.
- Fleck, M., Leal, O., Louzada, S., Xavier, M., Chachamovich, E., Vieira, G., Santos, L., & Pinzon, V. (1999). Desenvolvimento da versão em português do instrumento de avaliação de qualidade de vida da OMS (WHOQOL-100). *Revista Brasileira de Psiquiatria, 21* (1), 14-19
- Fonseca, A. (2005). O envelhecimento bem-sucedido. In C. Paúl & A. Fonseca (Coords.), *Envelhecer em Portugal: Psicologia, saúde e prestação de cuidados* (pp. 21-45). Lisboa: Climepsi Editores.
- Fonseca, F. (1997). *Psiquiatria e psicopatologia*. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.
- Fontaine, R. (2000). *Psicologia do envelhecimento*. Lisboa: Climepsi Editores.
- Fortner, B., & Neimeyer, R. (1999). Death anxiety in older adults: A quantitative review. *Death Studies, 23* (5), 387-411.
- Foucault, C. (1995). *L`art de soigner en soins palliatifs – Perspectives infirmières*. Québec : Les Presses de L`Université de Montréal.
- Garcia, E., Banegas, J., Perez-Regadera, A., Cabrera, R., Rodriguez-Artalejo, F. (2005). Social network and health related quality of life in older adults: A population study in Spain. *Quality of Life Research, 14* (2), 511-520.
- García, M., García, E., Piñero, M., & Sánchez, J. (2001). Interpretación y delimitación de la naturaleza de los trastornos de ansiedad y depresivos. In J. Garcia, M.

- Garcia, M. Garcia-Portilla & P. Martínez (Eds.), *Transtornos de ansiedad y trastornos depresivos en atención primaria* (pp. 37-46). Espanha: Masson.
- Glascock, A., & Branden, R. (1981). *Transitions of being: Death and dying in cross-cultural perspective*. Annual Meeting of the American Anthropological Association. Los Angeles: C.A.
- Gonçalves, C. (1990). *A atitude dos enfermeiros perante o doente idoso*. Tese de Mestrado apresentada na Escola de Enfermagem de Coimbra. Coimbra: Edição do Autor.
- Green, J., & D'Oliveira, M. (1991). *Testes estatísticos em Psicologia*. Lisboa: Editorial Estampa.
- Guallar-Castillón, P., Sendino, A., Banegas, J., López-García, E., & Rodríguez-Artalejo, F. (2005). Differences in quality of life between women and men in the older population of Spain. *Social Science and Medicine*, 60 (6), 1229-1240.
- Horley, J. (1984). Life Satisfaction, happiness and morale: Two problems with the use of subjective well-being indicators. *The Gerontologist*, 24 (2), 203-209.
- Instituto Nacional de Estatística (2008). *Estatísticas demográficas de 2007*. Lisboa: INE.
- Jakobson, U., Hallberg, I. & Westergren, A. (2004). Overall and Health related quality of life among oldest old in pain. *Quality of Life Research*, 13 (1), 125-136.
- Jang, S., Choi, Y., & Kim, D. (2008). Association of socioeconomic status with successful ageing: Differences in the components of successful ageing. *Journal of Biosocial Science*, 31, 1-31.
- Jeammet, P. (1989). *Manual de psicologia médica*. S. Paulo: Masson.
- Jennings, B. Rabin & A. Baum (Eds.), *Behavior, Health and Aging* (pp. 59-68). London: Lawrence Erlbaum Associates.

- Kalish, R. (1982). *Late adulthood: Perspectives on human development*. Canada: Brooks/Cole.
- Kaplan, H., & Sadock, B. (1990). *Compêndio de psiquiatria dinâmica*. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Kastenbaum, R., & Aisenberg, R. (1983). *Psicologia da morte*. S. Paulo: Pioneira Editora.
- Kirchengast, S., & Haslinger, B. (2008). Gender differences in health-related quality of life among healthy aged and old-aged austrian: Cross-sectional analysis. *Gender Medicine, 5* (3), 270-278.
- Krause, N., Hertzog, A., & Baker, E. (1992). Providing support for others and well-being in later life. *Journal of Gerontology, 47*, 300-311.
- Kudo, H., Izumo, Y., Kodama, H., Watanabe, M., Hatakeyama, R., Fukuoka, Y. et al. (2007). Life satisfaction in older people. *Geriatrics and Gerontology International, (7)*, 15-20
- Lawton, M. (1975). The Philadelphia Geriatric Center Morale Scale: A Revision. *Journal of Gerontology, 30*, 85-89.
- Lawton, M. (1991). A multidimensional view of quality of life in frail elders. In R.P. Abeles (Ed.), *The concept and management of quality of life in the frail elderly* (pp. 3-27). New York: Academic Press.
- Lawton, M., DeVoe, M., & Parmelee, P. (1995). Relationship of events and affect in the daily life of an elderly population. *Psychology and Aging, 10* (3), 469-477.
- Lawton, M., Kleban, M., & diCarlo, E. (1984). Psychological well-being in the aged: Factorial and conceptual dimensions. *Research and Aging, 6* (1), 67-97.

- Lazarus, R. (1998). Coping with aging: Individuality as a key to understanding. In I. Nordhus, G. VandenBos, S. Berg, & P. Fromholt (Eds.), *Clinical geropsychology* (pp. 109-127). Washington: American Psychological Association.
- Lazarus, R., & Folkman, S. (1984). *Stress, appraisal and coping*. New York: Springer.
- Leger, J., Moulias, R., Vellas, B., Monfort, J., Chapuy, P., Robert, P. et al. (2000). Causes and consequences of elderly's agitated and aggressive behavior. *L'Encéphale*, 26 (1), 32-43.
- Levy, L., & Anderson, L. (1980). *La tension psicosocial. Población, ambiente y calidad de vida*. México: El Manual Monalerno.
- Liang, J., & Bollen, K. (1983). The structure of the Philadelphia Geriatric Center Morale Scale: A reinterpretation. *Journal of Gerontology*, 38, 181-189.
- Liang, J., Krause, N., & Bennett, J. (2001). Social exchange and well-being: Is giving better than receiving? *Psychology and Aging*, 16, 511-523.
- Lima, M. (2004). Envelhecimento e perdas: Como posso não me perder? *Psycologica*, 35, 133-145.
- Machado, R. (1992). *Angústia e ansiedade*. Lisboa: G & Z Edições.
- Marchand, H. (2001). *Temas de desenvolvimento psicológico do adulto e idoso*. Coimbra: Quarteto Editora.
- Marks, A. (1986). Race and sex differences and fear of dying. *Omega: Journal of Death and Dying*, 17, 229.
- Martins, C., Albuquerque, F., Gouveia, C., Rodrigues, C., & Neves, M. (2007). Avaliação da qualidade de vida subjectiva dos idosos: Uma comparação entre os residentes em cidades rurais e urbanas. *Estudos Interdisciplinares sobre o Envelhecimento*, 11, 135-154.

- Masi, G., Mucci, M., & Millepiedi, S. (2001). Separation anxiety disorder in children and adolescents: epidemiology, diagnosis and management. *CNS Drugs*, 15 (2), 93-104.
- McIntosh, B., & Danigelis, N. (1995). Race, gender, and the relevance of productive activity for elders' affect. *Journals of Gerontology*, 50 (40), 229-239.
- Medeiros, S. (1983). A negação da morte na velhice: Um estudo fenomenológico. *Arquivos Brasileiros de Psicologia*, 35 (3), 131-136.
- Meier-Ruge, W. (1988). *O doente idoso e a prática clínica*. S. Paulo: Sandoz.
- Meneses, R. (2005). *Promoção da qualidade de vida em doentes crónicos: Contributos no contexto das epilepsias focais*. Porto: Edições Fernando Pessoa
- Miguel, A., Carvalho, M., & Baptista, A. (2000). Ajustamento emocional, saúde e qualidade de vida em jovens adultos. In J. Ribeiro, I. Leal & M. Dias (Eds.), *Actas do 3º Congresso Nacional de Psicologia da Saúde: Psicologia da Saúde nas Doenças Crónicas* (pp. 125-134). Lisboa: ISPA.
- Mirowsky, J., & Ross, C. (1996). Fundamental analysis in research on well-being; Distress and the sense of control. *The Gerontologist*, 36 (5), 584-594.
- Molzahn, A. (2007). Spiritually in later life: Effect on quality of life. *Journal of Gerontological Nursing*, 33 (1), 32-39.
- Montgomery, S. (2000). *Ansiedade e depressão*. Lisboa: Climepsi.
- Myers, D., & Diener, D. (1995). Who is happy? *Psychological Sciences*, 6, 10-19.
- Nagata, A., Yamagata, Z., Nakamura, K., Miyamura, T., & Asaka, A. (1999). Sex differences in subjective well-being and related factors in elderly people in the community aged 75 and over. *Japanese Journal of Geriatrics*, 36 (12), 868-873.
- Natário, A. (1992). Envelhecimento em Portugal, uma realidade e um desafio. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, 3, 47-55.

- Neri, A. (1993). Qualidade de vida no adulto maduro: Interpretações teóricas e evidências de pesquisa. *Qualidade de Vida e Idade Madura*. Campinas: SP Papirus
- Neri, A. (2004). Contribuições da Psicologia ao estudo e à intervenção no campo da velhice. *Revista Brasileira de Ciências do Envelhecimento Humano*, 1(1), 69-80.
- Neugarten B. , Havighurst R., & Tobin S. (1961) The measurement of life satisfaction. *Journal of Gerontology*, 16, 134-143.
- Nikpour, S., Soola, A., Seiedoshohadeei, M., & Haghani, H. (2007). Relationship between quality of life and socio-demographic characteristics among older people in Tehran-Iran. *Middle Eastern Journal of Age and Ageing*, 4 (2), 24-28.
- Odriozola, E. (2001). *Perturbações da ansiedade na infância*. Lisboa: McGraw-Hill.
- Oliveira, B. (2005). *Psicologia do envelhecimento e do idoso*. Porto: Legis Editora.
- Oliveira, J. (1998). *Viver a morte: Abordagem antropológica e psicológica*. Coimbra: Livraria Almedina.
- Organização Mundial de Saúde (1993). *The health of young people: A challenge and a promise*. Geneva: World Health Organization
- Organização Mundial de Saúde (1998). *Promoción de la salud: Glosario*. Genebra: World Health Organization.
- Papalia, D., & Olds, S. (2000). *Desenvolvimento humano*. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Parkes, C., Laungani, P., & Young, B. (2003). Introdução. In C. Parkes, P. Laungani, & B. Young (Coord.), *Morte e luto através das culturas* (pp. 15-21). Lisboa: Climepsi.
- Paskulin, L., & Molzahn, A. (2007). Quality of life of older adults in Canada and Brazil. *Western Journal of Nursing Research*, 29 (1), 27-35.

- Paúl, C. (2005). A construção de um modelo de envelhecimento humano. In C. Paúl & A. Fonseca (Coords.), *Envelhecer em Portugal: Psicologia, saúde e prestação de cuidados* (pp. 21-45). Lisboa: Climepsi Editores.
- Paúl, C., & Fonseca, A. (1999). A saúde e qualidade de vida dos idosos. *Psicologia, Educação e Cultura*, 3 (2), 345-362.
- Paúl, C., Fonseca, A., Martín, I., & Amado, J. (2004). Condição psicossocial de idosos rurais numa aldeia do interior de Portugal. In C. Paúl & A. Fonseca (Coords.), *Envelhecer em Portugal: Psicologia, saúde e prestação de cuidados* (pp. 97-108). Lisboa: Climepsi Editores.
- Paúl, C., Fonseca, A., Martín, I., & Amado, J. (2005). Satisfação e qualidade de vida em idosos portugueses. In C. Paúl & A. Fonseca (Coords.), *Envelhecer em Portugal: Psicologia, saúde e prestação de cuidados* (pp. 77-96). Lisboa: Climepsi Editores.
- Paúl, M. (1992). Satisfação de vida em idosos. *Psycologica*, 8, 61-80.
- Paulino, M. (1991). Respostas sociais no envelhecimento. *Geriatrics*, 4, 29-31.
- Peralta, E., & Silva, D. (2002). *Purpose in life in old age*. Poster apresentado na 16th Conference of European Health Psychology Society. Lisboa: Outubro.
- Pestana, M., & Gageiro, J. (1998). *Análise de dados para ciências sociais: A complementaridade do SPSS*. Lisboa: Edições Sílabo.
- Pereira, R., Cotta, R., Francheschini, S., Ribeiro, R., Sampaio, R., Priore, S., & Cecon, P. (2006). Contribuição dos domínios físico, social, psicológico e ambiental para a qualidade de vida global de idosos. *Revista de Psiquiatria do Rio Grande do Sul*, 28 (1), 27-38.
- Queiroz, C. & Neri, L. (2007). Relações entre bem-estar psicológico e satisfação com a vida na meia idade e na velhice. *Envelhecimento e Saúde*, (13), 64-65
- Rabin, B. (2000). Changes in the immune system during aging. In S. Manuck, R.

- Ranzjin, R. (1998). Successful ageing: Paths to psychological well-being in older adults. *Doctoral Thesis*. Australia: Flinders University.
- Ranzjin, R., & Luszcz, M. (1999). Acceptance: A key to well-being in older adults?. *Australian Psychologist*, 34 (2), 94-98.
- Ranzjin, R., & Luszcz, M. (2000). The measurement of subjective quality of life of elders. *International Journal of Aging and Human Development*, 50 (4), 19-34.
- Rapkin, B., & Fischer, K. (1992). Framing the construct of life satisfaction in terms of older adults' personal goals. *Psychology and Aging*, 7 (1), 127-137.
- Rasmussen, C., & Brems, C. (1996). The relationship of death anxiety with age and psychosocial maturity. *Journal of Psychology*, 130 (2), 141-144.
- Rebelo, J. (2004). *Desatar o nó do luto*. Lisboa: Editorial Notícias.
- Ribeiro, J., & Pombeiro T. (2004). Relação entre espiritualidade, ânimo e qualidade de vida em pessoas idosas. In J.P. Ribeiro & I. Leal (Eds.), *Actas do 5º Congresso Nacional de Psicologia da Saúde* (pp. 757-769). Lisboa: ISPA.
- Ribeiro, J. (2005). *Introdução à psicologia da saúde*. Coimbra: Quarteto.
- Robert, L. (1994). *O envelhecimento*. Lisboa: Instituto Piaget.
- Roff, L., Butkeviciene, R., & Klemmack, D. (2002). Death anxiety and religiosity among Lithuanian health and social service professionals. *Death Studies*, 26 (9), 731-742.
- Rubio, R, Aleixandre, M., & Cabezas, J. (2001). Calidad de vida y diferencias en función del sexo. *Revista Multidisciplinar de Gerontologia*, 11 (4), 173-180.
- Santos, S., Diniz, A., Costa, J. (2004). Validação do death anxiety questionnaire (DAQ): Estudo com uma amostra de idosos. In C. Machado, L. Almeida, M. Gonçalves & V. Ramalho (Orgs.), *Avaliação Psicológica Formas e Contextos* (pp. 87-92). Braga: APPORT.

- Santos, S., Santos, I., Fernandes, M., & Henriques, M. (2002). Qualidade de Vida do idoso na comunidade: Aplicação da escala de Flanagan. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 10 (6), 757-764.
- Saraiva, C., & Vilhena, F. (1981). Sintomas somáticos na depressão. *Psiquiatria Clínica*, 2, 163-173.
- Saxena, S., Carlson, D., Billington, R., & Orley, J. (2001). The WHO quality of life assessment instrument (WHOQOL-BREF): The importance of its items for cross-cultural research. *Quality of Life Research*, 10, 711-721.
- Schelling, H., & Martin, M. (2008). Attitudes toward one's own aging: A question of age or a question of resources? *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie*, 41 (1), 38-50.
- Sequeira, A., & Silva, M. (2002). O Bem-Estar da pessoa idosa em meio rural. *Análise Psicológica*, 3 (20), 505-516.
- Shmotkin, D., & Hadari, G. (1996). An outlook on subjective well-being measures: Reliability and validity among Spanish elders. *International Journal of Aging and Human Development*, 38, 221-235.
- Silva, M. (2005). Saúde mental e idade avançada. Uma perspectiva abrangente. In C. Paúl & A. Fonseca (Coords.), *Envelhecer em Portugal: Psicologia, saúde e prestação de cuidados* (pp. 137-156). Lisboa: Climepsi Editores.
- Simões, A. (1990). Alguns mitos respeitantes aos idosos. *Revista Portuguesa de Pedagogia*, 24, 109-121.
- Simões, A. (1992). Ulterior validação de uma escala de satisfação com a vida (SWLS). *Revista Portuguesa de Pedagogia*, 3, 503-515.
- Simões, A., & Neto, F. (1994). Ansiedade face à morte. *Revista Portuguesa de Pedagogia*, 1, 79-96.

- Skevington, S., Lotly, M., & O'Connell, K. (2004). The World Health Organization's WHOQOL-BREF quality of life assessment: Psychometric properties and results of the international field trial a report from the WHOQOL Group. *Quality of Life Research, 13*, 299-310.
- Sousa, L., & Figueiredo, D. (2003). (In)dependência na população idosa: Um estudo exploratório na população portuguesa. *Psychologica, 33*, 109-122.
- Sousa, M. (1987). O devir existencial do velho perante a morte. *Psicologia, 2*, 147-150.
- Spilker, B. (1990). *Quality of life assessments in clinical trials*. New York: Raven Press.
- Sprangers, M., de Regt, E., Andries, F., van Agt, H., Bijl, R., & de Boer, J. (2000). Wich chronic conditions are associated with better or poorer quality of life? *Journal of Clinical Epidemiology, 53* (9), 895-907.
- Stewart, S., Taylor, S., Lang, K., Cox, B., Watt, M., Fedoroff, I. et. al. (2001). Causal modeling of relations among learning history, anxiety, sensitivity, and panic attacks. *Behavior Research and Therapy, 39*, 443-456.
- Suhail, K., & Akram, S. (2002). Correlates of death anxiety in Pakistan. *Death Studies, 26* (1), 39-50.
- Taghavi, M., Moradi, A., Neshat-Doost, H., Yule, W., & Dalgleish, T. (2000). Interpretation of ambiguous emotional information in clinically anxious children and adolescents. *Cognition and Emotion, 14* (6), 809-822.
- Templer, D. (1991). Comment on large gender difference on death anxiety in arab countries. *Psychological Reports, 69*, 1186.
- The WHOQOL Group (1994). Development of the WHOQOL: Rationale and current Status. *international Journal of Mental Health, 23* (3), 24-56.

- The WHOQOL Group (1998). The World Health Organization Quality of Life Assessment (WHOQOL): Development and General Psychometric Properties. *Social Science & Medicine*, 46 (12), 1569-1585.
- Thorson, J., & Powell, F. (1988). Elements of death anxiety and meanings of death. *Journal of Clinical Psychology*, 44 (5), 691-701.
- Viegas, S., & Gomes, C. (2007). *A identidade na velhice*. Porto: Ambar.
- Vieira, A. (1987). Da morte e do morrer. *Psicologia*, 2, 139-145.
- Watson, D., & Tellegan, A. (1985). Toward a consensual structure of mood. *Psychological Bulletin*, 98, 219-235.
- Wenger, G., Davies, R., & Shahtahmasebi, S. (1995). Morale in old age: Refining the model. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 10, 933-943.
- Wenger, G., Davies, R., Shahtahmasebi, S., & Scott, A. (1996). Social isolation and loneliness in old age: Review and model refinement. *Ageing and Society*, 16, 333-358.
- Wenger, G. (1992). Morale in old age: A review of the evidence. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 7, 699-708.
- Yao, G., & Chia-Huei, W. (2005). Factorial invariance of the WHOQOL-BREF among disease groups. *Quality of Life Research*, 14, 1881-1888.
- Zanei, S. (2006). *Análise dos instrumentos de avaliação de qualidade de vida WHOQOL-BREF e SF-36: Confiabilidade, validade e concorrência entre pacientes de unidades de terapia intensiva e seus familiares*. Tese de Doutorado apresentada à Escola de Enfermagem de S. Paulo. Brasil: Edição do Autor.

ANEXO A

Recolha de Dados Sócio Demográficos

1	Idade		anos
---	-------	--	------

2	Sexo		Masculino	
			Feminino	

3	Local:		Aldeia	
			Vila	
			Cidade	

4	Escolaridade	
---	--------------	--

5	Profissão	
---	-----------	--

6	Rendimento		Até 200 € /mês	
			201 a 400€/mês	
			401a 500€/mês	
			501 a 600€/mês	
			601 a 700€/mês	
			701 a 800€/mês	
			801 a 900€/mês	
			901 a 1000€/mês	
			Mais de 1000€/mês	

7	Estado Civil		Solteiro (a)	
			Casado (a)/ União de facto	
			Separado (a)/Divorciado	
			Viúvo (a)	

8 .Com quem reside	Instituição	
	Casa própria, mas sozinho	
	Casa própria, com familiares	
	Casa de Familiares	
	Outro local	Qual ?

9. Filhos	Sim	Quantos:	Não
-----------	-----	----------	-----

10. Mantém contacto com os seus filhos ou outros familiares?

Sim Quantas vezes/semana? _____

Não

11. Frequenta :	Centro de Dia/ Centro de Convívio	
	Universidade de Terceira Idade	
	Outro local	Qual ?

12. Possui alguma doença clinicamente diagnosticada?

Sim Qual ? _____

Não

13. Há quanto tempo lhe foi diagnosticada essa (s) doença (s)?

14. Tem alguma crença religiosa?

Sim

Não

OBRIGADA PELA SUA AJUDA!

Anexo B

Estrutura do WHOQOL-BREF: Domínios e Facetas (Canavarro, M., Simões, M., Serra, A., Pereira, M., Rijo, D., Quartilho, M et al., 2007)

Domínio I	Físico
F1 (Q3)	Dor e desconforto
F2 (Q10)	Energia e fadiga
F3 (Q 16)	Sono e repouso
F9 (Q 15)	Mobilidade
F10 (Q 17)	Actividades da vida diária
F11 (Q4)	Dependencia de medicação ou tratamentos
F12 (Q18)	Capacidade de trabalho
Domínio II	Psicológico
F4 (Q5)	Sentimentos positivos
F5 (Q7)	Pensamento, aprendizagem, memória e concentração
F6 (Q19)	Autoestima
F7 (Q11)	Imagem corporal e aparência
F8 (Q26)	Sentimentos negativos
F24 (Q6)	Espiritualidade/religião/crenças pessoais
Domínio III	Relações Sociais
F13 (Q20)	Relações Pessoais
F14 (Q22)	Apoio social
F15 (Q21)	Actividade sexual
Domínio IV	Ambiente
F16 (Q8)	Segurança física
F17 (Q23)	Ambiente no lar
F18 (Q12)	Recursos económicos
F19 (Q24)	Cuidados de saúde e sociais: disponibilidade e qualidade
F20 (Q13)	Oportunidades para adquirir novas informações e competências
F21 (Q14)	Participação e/ou oportunidades de recreio e lazer
F22 (Q9)	Ambiente físico (poluição/barulho/transito/clima)
F23 (Q25)	Transporte
FG (Q1;Q2)	Qualidade de vida geral e percepção geral de saúde
F (Faceta)	FG (Faceta Geral) Q (Questão)

ANEXO C



ASCRA

ASSOCIAÇÃO SOCIAL CULTURAL E RECREATIVA DE APÚLIA

DECLARAÇÃO

Para os devidos efeitos se declara que a ASCRA – Associação Social Cultural e Recreativa de Apúlia teve, previamente conhecimento dos objectivos e conteúdo do estudo elaborado pela psicóloga Sara Gabriela Moura da Rocha Nunes da Silva, tendo consentido que fosse feita a recolha de dados.

Por ser verdade e me ter sido pedido, passo a presente declaração que assino e carimbo.

Apúlia, 26 de Junho de 2008

A Presidente da Direcção



DECLARAÇÃO

A Associação de Solidariedade Social O Tecto, declara que a direcção teve conhecimento dos objectivos da investigação, e autorizou a Sr^a Dr^a Sara Gabriela Moura da Rocha Nunes da Silva a proceder à recolha de dados na instituição.

Fajozes, 16 de Julho de 2008

O Presidente da Direcção



(Dr. Joaquim Fernando Amorim Costa)

ANEXO D

DECLARAÇÃO DE CONSENTIMENTO

Considerando a "Declaração de Helsínquia" da Associação Médica Mundial

(Helsínquia 1964; Tóquio 1975; Veneza 1983; Hong Kong 1989; Somerset West 1996 e Edimburgo 2000)

Designação do Estudo (em português):

Qualidade de Vida e Bem-Estar Psicológico em Idosos

Eu, abaixo-assinado, (nome completo do doente ou voluntário são) _____
_____,compreendi a explicação que me foi fornecida acerca da minha participação na investigação que se tenciona realizar, bem como do estudo em que serei incluído. Foi-me dada oportunidade de fazer as perguntas que julguei necessárias e de todas obtive resposta satisfatória.

Tomei conhecimento de que, de acordo com as recomendações da Declaração de Helsínquia, a informação ou explicação que me foi prestada versou os objectivos e os métodos e, se ocorrer uma situação de prática clínica, os benefícios previstos, os riscos potenciais e o eventual desconforto. Além disso, foi-me afirmado que tenho o direito de recusar a todo o tempo a minha participação no estudo, sem que isso possa ter como efeito qualquer prejuízo pessoal.

Por isso, consinto que me seja aplicado o método ou o tratamento, se for caso disso, propostos pelo investigador.

Data: ____/____/200__

Assinatura do doente ou voluntário são: _____

O Investigador responsável:

Nome: Sara Gabriela Moura da Rocha Nunes da Silva

Assinatura:

