

Cecília Afonso Pires



**Qualidade de vida: Estudo comparativo entre idosos que
frequentam e não frequentam centros de convívio**

Monografia apresentada à Universidade Fernando
Pessoa, como parte dos requisitos para obtenção
do grau de licenciatura em Psicologia (Social e do
Trabalho), sob orientação da Doutora Isabel Silva.

Cecília Pires

Porto, Abril de 2007

Resumo

Dado o aumento da população idosa, torna-se necessário estudar o envelhecimento, nomeadamente, a qualidade de vida dos idosos. Um dos aspectos que poderá contribuir para uma melhor qualidade de vida na terceira são as redes de apoio social, já que estas podem contribuir para a continuação de uma vida activa e a manutenção de relações pessoais.

O presente estudo, de carácter transversal, pretende avaliar a qualidade de vida em dois grupos de idosos, um grupo que frequenta centros de convívio e um grupo que não frequenta nenhum centro de convívio. Para tal, foi estudada uma amostra de conveniência, com um total de 64 indivíduos entre os 75 e os 90 anos de idade com uma média de idade de 79,3 (DP= 4,83), sendo que destes 54,7% (n=35) pertencem ao sexo masculino e 45,3% (n=29) ao sexo feminino. Desta amostra, 32 indivíduos (50%) frequentam centros de convívio e outros 32 indivíduos (50%) não frequentam qualquer centro.

Para a obtenção dos dados, depois de obtidas todas as autorizações, recorreu-se à escala EASYcare, a que os participantes responderam após consentimento informado.

Os resultados vão de encontro à literatura consultada, que aponta para uma melhor qualidade de vida nos indivíduos que frequentam centros de convívio, visto estes apresentarem valores, estatisticamente significativos, que indicam menor incapacidade física ($t = -2,067$; $p = 0,045$), maior qualidade de vida percebida ($t = -4,158$; $p = 0,000$), melhor/maior funcionalidade ($t = -4,446$; $p = 0,000$), maior capacidade na realização de cuidados pessoais ($t = -3,117$; $p = 0,004$), maior mobilidade ($t = -2,615$; $p = 0,013$), menor dificuldade no controlo esfíncteriano ($t = -2,280$; $p = 0,027$) e menor depressão ($t = -2,844$; $p = 0,006$).

Este estudo pretende contribuir para a consciência da importância das redes de apoio social e para a valorização desta fase de desenvolvimento.

Agradecimentos

Agradeço em primeiro lugar, e de forma muito especial, a todos os idosos que participaram neste estudo, com os quais foi tão enriquecedor contactar!

Agradeço à Universidade Fernando Pessoa pela possibilidade de me formar num curso por mim escolhido.

Agradeço, igualmente, à Junta de Freguesia de Paranhos, pela possibilidade de contactar com os idosos para a recolha de dados.

À doutora Isabel Silva, pela sua atenção, dedicação e paciência na orientação deste trabalho.

Por último, agradeço, a todos aqueles que de alguma forma contribuíram para este trabalho, e a todos aqueles que me acompanharam e apoiaram ao longo do meu curso.

Errata

Página	Linha	Onde se lê	Deve ler-se
Resumo	9	DP	<i>DP</i>
Resumo	9	n	<i>n</i>
1	3	Fernandes, (2006)	Fernandes, (1996)
4	18	repercussões	repercussões
7	20	pretinente	pertinente
10	7	à	a
11	8	Mota	Motta
13	4	desencaderar	desencadear
13	20	axemplos	exemplos
14	2	repercussões	repercussões
18	14	Fernandes, (2006)	Fernandes, (1996)
19	10	biopsicosocial	biopsicossocial
28	13 e 15	Ribeiro, (2005)	Ribeiro, (1999)
27	9	colaca	coloca
34	22	nomeadadamente	nomeadamente
39	4	fanómeno	fenómeno
40	16 19	qualidade de vida percebida (incapacidade) o sexo, a idade de reforma	qualidade de vida (incapacidade) o sexo, a idade, a idade de reforma
45	18	$t(62) = -2,45; p < 0,02$	$t(62) = -2,45; p < 0,02$
46	12	$\chi^2(1) = 0,56; p < 0,45$	$\chi^2(1) = 0,56; p < 0,45$
47	5 26	$\chi^2(2) = 0,23; p < 0,892$ $\chi^2(3) = 49,38; p < 0,00$	$\chi^2(2) = 0,23; p < 0,892$ $\chi^2(3) = 49,38; p < 0,00$
48	15 3o Quadro	$t(62) = 1,33; p < 0,190$ $t(62) = 3,99; p < 0,0001$ 4	$t(62) = 1,33; p < 0,190$ $t(62) = 3,99; p < 0,0001$ 5
62	24	“acomular”	“acumular”
68	16 22	Contribuiindo saber o que o este	contribuindo saber o que este
68	3 21	Objetivo espectos	objectivo aspectos
71	19	Ferreira, M. J. S.R.S., (1996).	Fernandes, M. J. S.R.S., (1996).
5,6 e 17		(Fonseca, 2005)	(Fonseca, 2005b)
15 e 16		(Fonseca, 2005)	Fonseca, 2005 ^a)
72	3	Fonseca, A. M. (2005)	Fonseca, A. M. (2005 ^a)
72	5	Fonseca, A. M. (2005)	Fonseca, A. M. (2005b)
76	14 e 17	Souza	Sousa
74		Acrescenta-se: Paúl, C. (2005). A construção de um modelo de envelhecimento humano. In. C Paúl & A. M. Fonseca (Eds), <i>Envelhecer em Portugal</i> (pp.21-41). Lisboa: Climepsi.	
75		Acrescenta-se: Pestana, M. H. & Gageiro, J.N. (2000). <i>Análise de dados para ciências sociais</i> . Lisboa: Edições Sílabo.	

Índice

Resumo	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	i
Agradecimentos	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	ii
Introdução	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1

Parte I- Enquadramento teórico

Capítulo I – Nocções gerais sobre o envelhecimento

1.1- Desenvolvimento humano e envelhecimento	3
1.2.- Definição de envelhecimento	5
1.3.- Aumento da população idosa	7
1.4.- O idoso na sociedade	9
1.5.- A funcionalidade dos idosos	11
1.6.- O envelhecimento e as perdas	14
1.6.1.- A reforma	15
1.7.- Aspectos positivos do envelhecimento	17
1.8.- Redes de apoio em geral	19
1.8.1.- Redes de apoio informal	20
1.8.2.- Redes de apoio formal	20
1.8.2.1- Os centros de convívio	23

Capítulo II - Qualidade de vida

2.1- Definição e evolução do conceito	26
2.2.- Qualidade de vida nos idosos	29

2.3.- Avaliação da qualidade de vida	32
2.4.- Importância das redes de apoio social na qualidade de vida da terceira idade- alguns resultados	34

Parte II- Estudo empírico

1 - Justificação do estudo	39
2 – Objectivos	39
3 - Hipóteses	40
4 - Variáveis	40
5 - Método	
5.1 – Participantes	41
5.2 – Material	42
5.3 – Procedimento	44
6 – Resultados	44
6.1- Estudo descritivo	45
6.2- Estudo diferencial	49
6.3- Estudo correlacional	57
7 – Discussão dos resultados	59
8- Orientações para a prática	65
9- Conclusão	68
Bibliografia	
Anexos	

2.3.- Avaliação da qualidade de vida	32
2.4.- Importância das redes de apoio social na qualidade de vida da terceira idade- alguns resultados	34

Parte II- Estudo empírico

1 - Justificação do estudo	39
2 – Objectivos	39
3 - Hipóteses	40
4 - Variáveis	40
5 - Método	
5.1 – Participantes	41
5.2 – Material	42
5.3 – Procedimento	44
6 – Resultados	44
6.1- Estudo descritivo	45
6.2- Estudo diferencial	49
6.3- Estudo correlacional	57
7 – Discussão dos resultados	59
8- Orientações para a prática	65
9- Conclusão	68

Bibliografia

Anexos

Índice de quadros

Quadro 1- Caracterização da amostra segundo a idade	45
Quadro 2- Caracterização da amostra segundo o sexo	46
Quadro 3- Caracterização da amostra segundo as pessoas com quem vive	46
Quadro 4- Caracterização da amostra segundo o estado civil	47
Quadro 5- Caracterização da amostra segundo a idade em que se reformaram	48
Quadro 6- Caracterização da amostra segundo o nível de escolaridade	48
Quadro 7- Resultados detalhados obtidos na <i>EasyCare</i> para os dois grupos, relativamente aos principais factores	49
Quadro 8- Resultados detalhados relativos ao factor incapacidade física, para os dois grupos	50
Quadro 9- Resultados detalhados relativos ao factor qualidade de vida percebida, para os dois grupos	51
Quadro 10- Resultados detalhados relativos ao factor área funcional, para os dois grupos	52
Quadro 11- Resultados detalhados relativos ao factor mobilidade, para os dois grupos	53
Quadro 12- Resultados detalhados relativos ao factor cuidados pessoais, para os dois grupos	53
Quadro 13- Resultados detalhados relativos ao factor controlo esfinteriano, para	

os dois grupos	54
Quadro 14- Resultados detalhados relativos ao factor depressão, para os dois grupos	54
Quadro 15- Resultados relativos aos principais factores para os dois sexos	55
Quadro 16- Resultados relativos aos principais factores para as pessoas com quem vive	56
Quadro 17- Resultados relativos aos principais factores para o estado civil	57
Quadro 18- Correlação entre a qualidade de vida percebida e restantes domínios	58
Quadro 19- Correlação entre a qualidade de vida percebida e variáveis	
sócio-demográficas	58

Índice de Anexos

Anexo A- Escala *EasyCare*

Anexo B- Questionário sócio-demográfico

Anexo C- Pedido de autorização apresentado à Junta de Freguesia de Paranhos para recolha de dados

Anexo D- Autorização para a administração da escala *EasyCare*

Anexo E- Autorização da Junta de Freguesia de Paranhos para a recolha de dados

Introdução

O acelerado envelhecimento demográfico a que assistimos actualmente “implica alterações estruturais e organizacionais na sociedade, constituindo importantes desafios para os indivíduos, famílias e comunidades” (Fernandes, 2006, p.9).

Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS, 2003), em 2000, aproximadamente 10% das pessoas tinha mais de 60 anos, e espera-se que em 2050 a percentagem de pessoas idosas no mundo, seja de 20%, assim tendo em conta este aumento, torna-se cada vez mais necessário o estudo da qualidade de vida desta população.

Numa visão optimista, em que todos esperam atingir a fase de envelhecimento, e sabendo que a esperança média de vida tem vindo a aumentar “há que ter objectivos, ou seja, perspectivas de abordagem do envelhecimento” (Pinto, 2001, p.17).

O envelhecimento é um conceito com várias definições. Litré, em 1878, defende que o envelhecimento se fixa no sexagésimo ano, mas pode ser antecipado ou retardado, tendo em conta a constituição individual, o género de vida e uma série de outras circunstâncias (Pinto, 2001). Trata-se de um fenómeno natural e universal, no entanto, não é fácil delimitar o período em que se considera o ser humano como idoso, dado que este processo ocorre a vários níveis (biológico, psicológico, social e espiritual) e varia de indivíduo para indivíduo (Pimentel, 2005).

A qualidade de vida é um outro conceito que conhece várias definições, no entanto não é possível esquecer o carácter subjectivo deste conceito, já que este varia de acordo com o nível sociocultural, a faixa etária e as aspirações de cada indivíduo (Vecchia, Ruiz, Bocchi & Corrente, 2005).

Esta fase do desenvolvimento é marcada por perdas a vários níveis, nomeadamente ao nível da autonomia, e “A perda de autonomia é um fenómeno que, sobretudo a nível psicológico, maior influência exerce na vida dos idosos e na qualidade da mesma” (Teixeira, 2003, p. 58).

Em termos estruturais, este trabalho é constituído por duas partes, uma primeira parte em que se procede a um enquadramento teórico sobre o envelhecimento e a qualidade de vida e uma segunda parte dedicada ao estudo empírico. A primeira parte é composta por dois capítulos, o primeiro é composto por uma abordagem teórica a temas relacionados com esta fase do desenvolvimento, nomeadamente, uma ligação entre desenvolvimento e envelhecimento, o aumento da população idosa, a forma como o idoso é encarado na sociedade ao longo dos tempos, a funcionalidade dos idosos, as perdas e aspectos positivos do envelhecimento. São ainda abordados os aspectos relacionados com as redes de apoio informal, nomeadamente os centros de convívio.

No segundo capítulo são abordadas temáticas relacionadas com qualidade de vida, definição do conceito, a importância deste nos idosos, são referidas algumas formas de avaliação da qualidade de vida e finalmente são apresentados alguns resultados sobre a qualidade de vida na terceira idade. Na segunda parte, que diz respeito ao estudo empírico, são apresentados os objectivos, formulada a hipótese, é efectuado o tratamento estatístico, caracterizada a amostra, os instrumentos e é efectuada a análise e discussão dos resultados.

É ainda apresentado um capítulo, dedicado a orientações para a prática, onde se faz referência à importância deste estudo na vida quotidiana.

Parte I- Enquadramento teórico

Capítulo I- Noções gerais sobre o envelhecimento

1.1- Desenvolvimento humano e envelhecimento

A psicologia do desenvolvimento dedica-se ao estudo do ciclo da vida do Homem, numa dimensão bio-psico-sociológica, desde a infância até à velhice, abrangendo todo o decurso da nossa vida, divide-se em psicologia infantil, psicologia do adolescente e gerontologia, passando também pelo indivíduo adulto (Mesquita & Duarte, 1995).

No início do século XX, a Psicologia dedicou grande parte dos seus estudos sobre o desenvolvimento à infância e adolescência, dando menos ênfase à idade adulta e à velhice. No entanto, psicanalistas como Freud, Yung e Erikson já faziam referência à pessoa adulta. Jung foi um dos primeiros autores a considerar o desenvolvimento psicológico ao longo de toda a vida (Oliveira, 2005).

A ideia de desenvolvimento cognitivo foi proposto por Piaget, que defende que o desenvolvimento se processa por estádios de desenvolvimento, o que significa que a natureza e a forma de inteligência mudam profundamente ao longo do tempo. Os estádios propostos são: sensório-motor, intuitivo ou pré-operatório, operações concretas e operações formais (Sprintall & Sprintall, 1993).

Sigmund Freud, fundador da psicanálise, divide a vida psíquica em dois níveis, o inconsciente e o consciente, sendo o primeiro mais importante porque é parte responsável pelos nossos comportamentos. Freud dividiu a estrutura da personalidade em três instâncias: id, ego e super-ego. O id é a base de toda a vida psíquica, sede de tendências instintivas que se orientam pela libido, regulada pelo princípio do prazer. O ego é a instância que procura regular as tendências instintivas quando estas entram em confronto com a realidade cultural,

levando o indivíduo a auto-culpabilizar-se. O ego rege-se pelo princípio da realidade. O super-ego consiste na interiorização das normas e proibições culturais da sociedade (Sprintall & Sprintall, 1993).

Os mesmos autores referem que Freud também propõe estádios emocionais do desenvolvimento, são eles: fase oral, anal, fálica, latência e genital. À semelhança do que acontece nos estádios do desenvolvimento cognitivo, determinadas dimensões da personalidade são mais afectadas em cada um destes estádios. Freud defende que “A personalidade adulta é influenciada em larga medida pelas experiências emocionais durante a infância” (Sprintall & Sprintall, 1993, p.39).

Ainda os mesmos autores referem, Erik Erikson, outro autor que se dedicou ao estudo do desenvolvimento humano, defende que o desenvolvimento das pessoas não termina quando atingem a idade adulta, e dividiu o desenvolvimento humano em oito estádios ou idades segundo crises, pelas quais as pessoas passam, que podem ter consequências positivas ou negativas. Os estádios são: confiança/desconfiança, autonomia/dúvida ou vergonha, iniciativa/sentimentos de culpa, deligência/complexo de inferioridade, noção de identidade/confusão acerca do papel a desempenhar, intimidade ou amor/isolamento, criatividade ou interesses/estagnação ou auto-absorção e sentimento de integração e calma/desespero (Sprintall & Sprintall, 1993). A teoria de Erikson teve bastantes repercussões na psicologia.

Como defende Paúl (1997), a psicologia do desenvolvimento dedica-se ao estudo das diferenças de comportamento com o avançar da idade, às mudanças e padrões de comportamento exibidos por pessoas de idades diversas em períodos distintos.

O desenvolvimento humano não é simplesmente um fenómeno interno que ocorre “dentro da pessoa”, as experiências vividas na infância não influenciam sempre e de uma

forma imutável o desenvolvimento para o resto da vida, as pessoas não se desenvolvem todas de forma igual ou normativa (Fonseca, 2005).

Assim, o desenvolvimento humano não se limita à infância ou adolescência, mas decorre ao longo de todo o ciclo da vida do Homem, e não existe um único caminho, mas múltiplos caminhos possíveis de desenvolvimento, os quais se acentuam progressivamente com o avanço da idade. Desta forma, à medida que os indivíduos envelhecem, os seus percursos de vida vão-se diferenciando cada vez mais uns dos outros, tanto devido ao cruzamento de variáveis de ordem biológica e cultural, como devido à influência de uma série de acontecimentos de vida que vão marcando comportamentos e personalidades (Fonseca, 2005).

Jung no final dos anos setenta elaborou uma teoria psicodinâmica onde dá importância a todo o percurso da vida e defende que podem ocorrer, depois da adolescência, mudanças estruturais tão importantes como na infância. Este autor defende que, na segunda metade da vida, a pessoa volta-se para a análise dos seus sentimentos, para o balanço e sentimento da vida e para a tomada progressiva de consciência de morte (Fonseca, 2005).

Importa salientar que "...o conceito de desenvolvimento tem vindo a evoluir no sentido de conferir uma atenção cada vez maior às perspectivas que defendem o papel activo do indivíduo na construção do seu próprio desenvolvimento" (Fonseca, 2005, p. 23). Actualmente, o desenvolvimento é encarado como um sistema complexo onde se interligam dimensões de ordem biológica, cognitiva, emocional, relacional, social e psicológica.

1.2- Definição de envelhecimento

Relativamente ao envelhecimento podemos encontrar várias definições para este conceito.

O critério de avaliação cronológica (idade) é simples e aplicável a todos, no entanto pode ser questionado, sendo necessário considerar outros factores como: a idade biológica (níveis de maturidade física e estado de saúde), psicológica (desenvolvimento cognitivo-emotivo, capacidade de adaptação, de aprendizagem e motivação) e social (diferentes papéis e funções a desempenhar) (Oliveira, 2005).

Em 1983, Vargas defende que “o envelhecimento é um fenómeno biopsicossocial que atinge o homem e a sua existência em sociedade” (p.20).

Uma outra definição é proposta por (Pimentel, 2005, p.42) que diz que “ ...uma pessoa idosa é sempre uma pessoa com mais idade que a maioria daquelas que a rodeiam...tem uma experiência de vida e uma memória mais longas...o tempo que tem para viver é mais curto do que já viveu e do que a maioria das pessoas que a rodeiam têm para viver”.

Não pode ser usado apenas um critério para explicar e definir o desenvolvimento humano, já que o indivíduo tem de ser encarado de uma forma holística, considerando todo o seu potencial, personalidade, experiências, história de vida, identidade, condições de vida e todos os elementos significativos para o próprio indivíduo (Fonseca, 2005). Fonseca (2005) afirma que estudar o desenvolvimento humano é compreender como cada indivíduo vive o seu corpo, o seu pensamento e os seus sentimentos com o passar dos anos, e ser capaz de pensar no próprio processo e de interrogar o porquê em si próprio e nos seus semelhantes que partilham a mesma condição.

Apesar do envelhecimento ter várias definições, a maior parte dos autores concorda que é “um processo que, devido ao avançar da idade, atinge toda a pessoa, bio-psico-socialmente considerada...” (Oliveira, 2005, p.24). Portanto, diz respeito a todas as modificações morfo-fisiológicas e psicológicas, que causam efeitos na sociedade.

Existem diversas formas de distinguir fases do desenvolvimento, assim, Lidz (1983, citado por Oliveira, 2005) distingue 3 fases do envelhecimento: 1) O idoso: quando ainda não se verificam alterações psicossomáticas significativas- embora reformado, o indivíduo é auto-suficiente; 2) Senescência: já se verificam alterações significativas ao nível orgânico e psicológico, em que o indivíduo já se torna dependente; 3) Senilidade: o idoso torna-se totalmente dependente devido à involução das capacidades intelectuais e/ou perturbações do foro psico-emocional, mental com ou sem patologia neuronal subjacente.

Jung nos anos 30 publicou um artigo onde considera "... a vida humana como sol que chega ao seu zénite ao longo da primeira metade da vida, declinando depois a partir do meio da vida, ponto crucial da viragem emocional, não necessariamente para pior, podendo até a segunda metade da vida ser mais importante que a primeira" (Oliveira, 2005, p.17).

Em conclusão, verificamos que a psicologia do desenvolvimento ao longo de toda a vida considera que o desenvolvimento se efectua durante toda a vida, através de perdas e ganhos, crescendo o adulto e o idoso cada vez mais em sabedoria.

1.3- O aumento da população idosa

Nas duas últimas décadas tem-se verificado um aumento gradual da longevidade e uma diminuição das taxas de natalidade, o que se reverte num aumento da população idosa, por esta razão "A melhoria da qualidade de vida durante a velhice é, assim um dos principais desafios do século XXI" (Carvalho, 2006, p. 69).

Do mesmo modo, torna-se cada vez mais pretinente estudar o envelhecimento, uma vez que entre 2020 e 2025 , os idosos podem atingir cerca de 18% da população, enquanto a população jovem rondará os 16% e este aumento tem consequências a vários níveis da sociedade, nomeadamente no plano económico, social, médico e psicológico (Oliveira, 2005).

Portugal era, em 1991, considerado um país relativamente jovem, visto que a população, com idade inferior a 15 anos era superior (21%) à população pertencente a faixa etária com 65 anos ou mais (13%) (Rendas, 2001). Segundo os indicadores demográficos do Instituto Nacional de Estatística (INE), há dois anos atrás, o índice de envelhecimento, em Portugal era de 108,7, enquanto a densidade populacional era 114,3 (INE, 2004).

O aumento do envelhecimento tem levado a uma preocupação ao nível das políticas mundiais. A Comissão das Comunidades Europeias levou a cabo um Plano de Acção Internacional sobre o Envelhecimento adoptado na I Assembleia Mundial das Nações Unidas sobre o envelhecimento em 1982, em Viena, onde foram proclamados os Princípios das Pessoas Idosas, dos quais se destacam: a independência, a participação, os cuidados, a realização pessoal e a dignidade dos idosos (Comissão das Comunidades Europeias, 2002).

Na II Assembleia Mundial, em 2002, adoptou-se um novo Plano de Acção Internacional sobre o Envelhecimento onde está incluída uma estratégia a longo prazo, que visa criar condições socioeconómicas favoráveis ao prolongamento de uma vida activa. Este plano deverá incluir diferentes níveis de desenvolvimento social, económico e político nos diferentes países (Comissão das Comunidades Europeias, 2002).

No caso de Portugal, a Constituição da República Portuguesa dedica aos idosos o artigo 72º: Primeiro “ As pessoas idosas têm o direito à segurança económica e a condições de habitação e convívio familiar e comunitário que respeitem a sua autonomia e evitem e superem o isolamento ou a marginalização social”; Segundo “ A política de terceira idade engloba medidas de carácter económico, social e cultural tendentes a proporcionar às pessoas idosas oportunidades de realização pessoal, através de uma participação activa na vida da comunidade” (Constituição da República Portuguesa, 2005).

Segundo o Ministério da Saúde (2004, p.3), “envelhecer com saúde, autonomia e independência, o mais tempo possível, constitui (...) um desafio à responsabilidade individual e colectiva com tradução significativa no desenvolvimento económico dos países”. Neste sentido, foi desenvolvido o Programa Nacional para a Saúde de Pessoas Idosas que assenta em três pilares fundamentais:

- Promoção de um envelhecimento activo, ao longo de toda a vida;
- Maior adequação dos cuidados de saúde às necessidades específicas das pessoas idosas;
- Promoção e desenvolvimento intersectorial de ambientes capacitadores da autonomia e independência das pessoas idosas

Este programa visa permanecer até 2010 e é direccionado para a população residente com 65 anos ou mais (Ministério da Saúde, 2004)

1.4- O idoso na sociedade

A forma como o envelhecimento é encarado varia conforme as épocas e as culturas, os modos de vida, meios científicos, médicos e tecnológicos e depende mais das sociedades humanas do que da Natureza (Pimental, 2005). Pimentel (2005) considera que o período de velhice é cada vez mais prolongado, o que torna necessário reflectir sobre o papel passivo atribuído aos idosos, e na forma como estes são tratados pela sociedade, desde os aspectos económicos, tratamentos ao nível da saúde e apoio social.

Na Idade Média, a velhice não era fixada pela idade. A vida terminava quando o indivíduo deixava de ter forças para trabalhar e guerrear. À medida que a sociedade se estruturava o papel dos indivíduos idosos ganhava importância. Ao chefe de família idoso e

rico era-lhe aumentado o poder económico e político, evitando assim, uma rejeição da velhice (Levet, 1995).

Levet (1995) defende que no século XVIII a imagem da velhice era encarada com diversas qualidades tais como: sabedoria, bondade e justiça. Levet, (1995, p. 15) afirma que “o poder político é maioritariamente exercido pelos idosos no fim do séc. XIX”. Podemos ainda acrescentar que as culturas mais antigas privilegiaram e deram lugar de destaque ao idoso, a este sempre foi associada à sabedoria adquirida ao longo dos anos (Boechat, 2002).

Existem opiniões divergentes em relação ao estatuto social do idoso ao longo dos tempos. No entanto, Pimentel (2005) defende a ideia de que nas, sociedades pré-industriais, eram reconhecidas sabedoria e prudência aos idosos, onde eram vistos a ocupar cargos importantes, desempenhavam funções de direcção ou de concelho, de intervenção terapêutica ou de ensino. O idoso seria uma pessoa respeitada, integrada e apoiada no seio da família.

Uma família tradicional era constituída por várias gerações, com valores onde reinava a estabilidade. A hierarquia de papéis e de poderes, eram frequentemente confundidos com uma empresa ou unidade produtiva. Esta ideia de “Bons velhos tempos” é contrariada por Sharder, 1975 (citado por Pimentel, 2005), que defende que a família tradicional era mais uma unidade produtiva do que uma unidade emocional e que a ideia de que a velhice era respeitada e amenizada no seio da família é irreal, já que o idoso era encarado como um fardo e inútil.

Analisando a evolução das sociedades, percebe-se que “o valor atribuído à velhice depende do que a sociedade necessita ou prefere em determinado momento” (Pimentel, 2005, p.44).

Nas sociedades mais tradicionais e conservadoras são valorizadas as experiências e os conhecimentos dos idosos, já nas sociedades onde é cultivada uma cultura de beleza, vitalidade e juventude, a velhice é encarada como incapacidade, ultrapassada e rejeição. (Pimentel, 2005).

Como afirma Costa (1998, p. 19), “No decorrer dos séculos , o indivíduo idoso tem sido em geral esquecido, abandonado, estigmatizado”. Este autor afirma, ainda, que a sociedade tecnológica não aceita o indivíduo idoso como alguém que produz e muitas vezes é rejeitado pela própria família. Mota (2004, p. 118), defende que, “Na nossa sociedade, o conceito de envelhecimento é determinado pelo processo de produção, consumo e ritmos impostos pela industrialização”.

O processo de envelhecimento não tem o mesmo significado, nem decorre da mesma forma nos Pólos ou no Equador, à beira-mar ou na montanha, segundo o nível económico do país. Não é o mesmo envelhecer num país pobre ou num país rico, um país industrializado ou um país agrícola, segundo a cultura, o estatuto, o sexo e a classe social à qual se pertence (Levet, 1995).

1.5- A funcionalidade dos idosos

O organismo funciona através de mecanismos comuns a todos os processos biológicos, que com o passar do tempo, estão sujeitos a entrar em falência.

“A noção de funcionalidade (...) está relacionada com a autonomia na execução de tarefas de prática frequente e necessária a todos os indivíduos” (Botelho, 2005, p.111). Das quais se destacam tarefas de cuidados pessoais e de adaptação ao meio, a sua perturbação é consequência de situações patológicas (OMS, 1980 citado por Botelho, 2005).

As capacidades das pessoas idosas para se movimentarem vão diminuindo de uma forma progressiva, resultando numa perda da autonomia, no entanto a realização de actividades domésticas é indispensável para manter a autonomia, para além de manter os idosos psicologicamente e fisicamente com uma saúde favorável, mesmo quando estas tarefas são realizadas com dificuldade (Ferry & Goués, 1989).

Com o avançar da idade é comum verificar-se também, uma diminuição da auto-estima, dificuldade de adaptação a novos papéis e lugares, bem como a mudanças profundas e rápidas, atitudes infantis como forma de mendigar carinhos, complexos diversos como dada a motivação da libido e do exercício da sexualidade, tendência à depressão, surgimento de novos medos (como de incomodar, ser um peso ou estorvo, sobrecarregar os familiares, medo da solidão, de doenças e da morte) (Oliveira, 2005).

Em relação à motivação pode dizer-se que, em geral, vai diminuindo com a idade, tendo em conta os obstáculos que vão surgindo (doenças), a consciência de que se está próximo do fim e por isso não valem a pena grandes investimentos. Em geral as emoções dos idosos diminuem em intensidade, tornam-se mais rígidas do ponto de vista expressivo e mais distantes na comunicação social, significando um desinvestimento no contacto social (Oliveira, 2005).

Com o passar do tempo verifica-se também uma perda da capacidade de executar um determinado trabalho, e a possibilidade de morrer aumenta de maneira exponencial. Assim, as características mais marcantes do envelhecimento são, segundo Vargas (1983):

- Diminuição progressiva e irreversível da energia livre disponível no organismo;
- Perdas celulares;
- Doenças degenerativas próprias da velhice;

- Diminuição gradual da capacidade de adaptação do indivíduo ao meio ambiente.

Com o avançar da idade também é comum verificar-se uma diminuição da visão e/ou da audição, o que leva a uma deterioração da relação com o outro e perturba as actividades do quotidiano. Estes factores podem, ainda, levar ao isolamento, desencadear quadros de desconfiança e mesmo sintomatologia paranóide (Santos, 2001).

A deterioração das capacidades funcionais da vida diária tem uma grande influência na qualidade de vida do idoso e da sua família. Para manter uma capacidade funcional devem seguir-se os conselhos da OMS: não fumar, não beber bebidas alcoólicas, praticar uma dieta saudável, ter uma vida social participativa e praticar actividade física (Giacomim, 2004).

Sabe-se que a maior parte das doenças mentais e físicas têm influência de factores de ordem biológica, psicológica e sociais, sendo que os pensamentos, sentimentos e o comportamento exercem um impacto significativo na saúde física. Sabe-se igualmente que a saúde física exerce uma influência considerável na saúde e bem-estar mental (OMS, 2001).

Assim, é necessário ajudar o idoso a adaptar-se à sua nova situação, pois desta adaptação vai depender o sucesso ou insucesso da velhice. Esta adaptação passa por um modo de vida socialmente desejável, manutenção de actividades da meia-idade, sentimento de satisfação com as suas actividades e com a vida em geral, isto é, o idoso deve manter-se activo em todos os níveis levando-o a um contínuo investimento (Oliveira, 2005).

Segundo Berger e Maillaux-Poirier, (1995) “realizar um trabalho, adquirir conhecimentos, partilhar o que sabe fazer, são alguns exemplos de realizações que permitem satisfazer a necessidade de auto-realização do ser humano” (p.543) e “...as pessoas de idade têm necessidade, na medida das suas capacidades, de ter actividades recreativas” (p. 553).

A OMS (2002), defende que a capacidade de funcionamento dos idosos tem repercursões importantes relativamente ao trabalho, à reforma, à saúde, às necessidades de atenção prolongada e ao bem-estar em geral.

Como afirma Atchley (2000 p. 90), “ A percentagem de idosos, sem limitações na sua actividade, tem vindo a subir, substancialmente, nos últimos anos, indicando que um maior número de pessoas vai gozando de uma velhice saudável”. Este aspecto revela-se de grande importância, já que a qualidade de vida varia significativamente com a maior ou menor capacidade dos idosos na realização de actividades diárias (Paúl & Fonseca, 2005).

1.6- O envelhecimento e as perdas

O envelhecimento é um período de grandes mudanças a nível biológico, psicológico e social, assim como a nível das relações pessoa-mundo, constituindo um momento crucial na vida da pessoa. “ A evolução social tende a despojar os Idosos de toda a responsabilidade afectiva e utilidade, dispensando-os e considerando-os como depositários de uma tradição que já não tem lugar” (Cordeiro, 1982, p.206).

A pessoa idosa vê-se confrontada com várias perdas, nomeadamente perdas ao nível da saúde, da actividade profissional, da libido, o cônjuge e amigos entre outras. Como afirma Levet (1995, p. 36), “ O que afecta em primeiro lugar o psiquismo da pessoa idosa é a perda dos seus diferentes papéis, perda que se efectua progressivamente, durante vários anos (...)”. As perdas geram angústias, fragilidade psicoafectiva e um sentimento de vulnerabilidade. Assim, a personalidade terá de se adaptar às novas condições de vida, este é um momento de alto risco para o equilíbrio e o bem-estar psicológico da pessoa (Cordeiro, 1982).

Esta adaptação é feita através de uma reorganização dos seus mecanismos de defesa e de reforço de alguns deles, é importante a negação, a revalorização narcísica do

esquecimento, o deslocamento e a projecção. Como defende Pimentel (2005), a morte de pessoas próximas do Idoso, que eram os principais alvos da sua afectividade, cria sentimentos de solidão e abandono levando as pessoas a questionar a sua própria existência.

Estamos de acordo que “A diminuição das relações pessoais com o mundo circundante tem como consequência o isolamento e o progressivo retorno sobre si próprio” (Cordeiro, 1982, p. 208). A defender a mesma ideia, encontra-se Levet (1995, p.38), que afirma que “toda a perda relacional é sentida como uma agressão e necessita da mobilização de energia e de ajustamento e este novo universo de sociabilidade; procura-se um novo mundo, equilíbrio, e tem-se um novo olhar para consigo próprio”.

O envelhecimento é, então, um período marcado por mudanças e a adaptação a novas condições de vida, na sua maioria marcadas pela limitação e pelas perdas, onde a pessoa idosa se vê obrigada a fazer o “luto” da imagem que tem sobre si própria, enquanto pessoa, ser social e enquanto membro da comunidade. A pessoa tendo mais tempo livre e um sentimento de frustração, cria um mal-estar, resultado da energia livre, que é retomada para a própria pessoa (Cordeiro, 1982).

1.6.1- A reforma

Actualmente nas sociedades ocidentais, o trabalho assume um papel central e vital na vida dos indivíduos. Durante a idade adulta, muitas pessoas, consideram a profissão uma das actividades mais importantes das suas vidas, já que esta assume um papel de destaque na definição e no desenvolvimento da identidade (Fonseca, 2005).

Em Portugal, o direito à reforma surge em 1896, quando foi instituída a Caixa de Aposentações. Apesar de recente, a reforma, já assumiu o carácter de passagem ao estatuto de idoso (Sousa, Figueiredo & Cerqueira, 2004).

A reforma leva a uma perda de papéis e estatuto social, e gera percepções, expectativas e sentimentos que fazem parte do processo de transição/adaptação que podem provocar consequências ao nível da satisfação de vida e bem-estar psicológico, da saúde, do relacionamento, dos hábitos quotidianos e até mesmo da personalidade (Fonseca, 2005).

Fonseca (2005) defende que “a passagem à reforma não assinala apenas o fim da actividade profissional, é também o fim de um período longo que marcou a vida, moldou hábitos etc.) (p.47), é um processo de transição que pode ter influência na qualidade de vida dos indivíduos e que pode ser encarado como uma oportunidade ou como uma ameaça (Ferreira, 2006).

No entanto, a passagem à reforma não é vivido sempre como um aspecto negativo, podendo ser encarado como positivo. Existe a possibilidade de estabelecer novas relações, relações mais próximas com os outros e realização de actividades que proporcionam bem-estar. Há idosos que encaram a reforma como “um novo começo”, e sentem-se encorajadas na procura de novos objectivos que vão conferir sentido à sua existência (Fonseca, 2005).

Ferreira (2006) defende que “a capacidade de permanecer activo é uma das condições fundamentais para viver com êxito o envelhecimento e a entrada na reforma” (p.33).

Existem várias actividades que podem fazer com que o idoso se sinta útil, contribuindo, assim, para o bem-estar pessoal e social do reformado, de que é exemplo o voluntariado, que ajuda a preencher o “vazio” provocado pela reforma, (Ferreira, 2006). Desta forma, a reforma deve ser encarada como uma fase da vida, igual a muitas outras, e vivida com satisfação e equilíbrio num balanço entre perdas e ganhos (Ferreira, 2006).

1.7- Aspectos positivos do envelhecimento

Todas as fases da vida humana são marcadas por ganhos e perdas, embora a intensidade e frequência das perdas vá aumentando à medida que a idade cronológica vai avançando (Fonseca, 2005). No entanto, o envelhecimento não pode ser encarado unicamente com aspectos negativos já que “Envelhecer não é uma doença, é natural (...) é um prolongamento de um processo. É uma transformação” (Goldfiel, 2002, p.53) e “...não poderá ser meramente um processo de diminuição de capacidades. Perdem-se umas, desenvolvem-se outras...” (Santos, 2001, p.114).

O processo de desenvolvimento estende-se ao longo de toda a vida, o indivíduo atinge a sua plenitude biológica muito cedo, mas continua a crescer psicologicamente em maturidade, busca de sentido da vida e sabedoria. Este desenvolvimento psicológico é adquirido com a experiência da vida e com o equilíbrio entre cognição e afectividade, a maturidade pode ser entendida como sabedoria, e dá um conhecimento global da vida, leva a relativizar o acessório e a valorizar o essencial, gera uma capacidade de discernimento e aconselhamento procurando sempre um maior sentido para a vida (Oliveira, 2005).

A sabedoria consiste em apreciar o gosto pelas coisas simples, em envolver-se activamente em desafios superáveis e em equilibrar ganhos e perdas (Vanduplas-Halper, 2000).

Como afirma Rocha (2002, p.111), “No envelhecimento podemos degustar as experiências vividas, não como um passado perdido (...) mas como num velho álbum de fotos (...), este exercício permite um passeio pelo tempo, em que a perda deste é transformada num novo tempo”. E reviver a vida é uma forma de relembrar o passado que revela benefícios, uma vez que, leva à resolução de conflitos, reorganização da personalidade e reestruturação da vida individual (Fernandes, 1996).

Os idosos para, além da sabedoria, ganham gratidão, serenidade e tolerância perante a estranheza humana (Mota & Ribeiro, 2002). Vivem com maior compreensão e sabem perdoar. A pessoa idosa utiliza o bom senso, aprendeu com as experiências, encara os acontecimentos num contexto mais amplo, é um observador perspicaz, tem abertura de espírito e independência de pensamento, é fonte de conselhos, compreensão e capaz de entender a vida. É capaz de pensar cuidadosamente antes de decidir (Sousa, 2004).

Fung e Carstensen (2003) defendem que as pessoas mais velhas apresentam os seus objectivos com uma maior carga emocional, dando mais importância aos afectos que os mais novos, e também que os mais idosos recordam com mais facilidade a informação emocional comparativamente com outro tipo de informações. O idoso adquire maturidade emocional que lhe vai permitir envolver-se em novas situações e continuar a solucionar problemas e poderá manter e mesmo aumentar as suas capacidades cognitivas, caso não sofra uma interrupção da saúde mental (Fernandes, 2006).

De acordo com Johada, citado por Fernandes (2006), os idosos mentalmente saudáveis apresentam as seguintes características:

- Possuem uma identidade sólida, defendendo as suas crenças e comportamentos;
- Têm capacidade de se actualizarem, empreendendo novas actividades e delas tirarem prazer;
- Resistem a factores “stressantes” com calma e paciência;
- Demonstram autonomia e independência , fazendo escolhas de uma forma atenta;

- Percebem a realidade social tal como ela é, mantêm-se atentos à actualidade e reconhecem o valor dos que os rodeiam através da afectuosidade, paciência, generosidade e interesse;
- Escolhem as actividades que melhor lhe convém e partilham e divertem-se em momentos recreativos.

O envelhecimento não deve ser encarado como uma crise. Os idosos saudáveis dão contribuições muito significativas ao desenvolvimento, quer dos seus familiares, quer das comunidades em que se encontram integrados (OMS, 2002).

1.8- Redes de Apoio em Geral

Sendo o envelhecimento um fenómeno biopsicosocial com características biopsíquicas, sociais e culturais que atinge o Homem e a sua existência na sociedade (Vargas, 1983), o crescimento da população idosa introduz consequências directas e modificações nos sistemas de saúde e no crescimento de serviços sociais.

Desta forma, surge a necessidade de apoio que se assume como “...um processo promotor de assistência e ajuda através de factores de suporte que facilitam e asseguram a sobrevivência dos seres humanos” (Martins, 2006, p.2). A mesma autora defende que as redes de apoio envolvem transacções entre os indivíduos no sentido de satisfazer necessidades sociais promovendo e completando os recursos pessoais de forma a satisfazer novas exigências.

As relações sociais são fundamentais para o indivíduo viver melhor em sociedade, uma vez que possibilita a sobrevivência do indivíduo, a troca de conhecimento acerca de si e do mundo, tornando possível construir uma identidade (Resende, Bones, Souza & Guimarães,

2006). E os elementos chave do suporte social são dar e receber, e esta troca, tem benefícios a nível psicológico, já que gera um sentimento de auto-valorização (Resende et. al., 2006).

O apoio social é um sistema de relações formais e informais, assim, são entendidas como redes de apoio informal todos os cuidados prestados aos idosos por familiares, vizinhos e amigos e como apoio formal todos os cuidados prestados por instituições criadas para esse fim, por exemplo: Lares de Terceira Idade, Serviços de Apoio Domiciliário, Centros de Convívio entre outros (Martins, 2006).

1.8.1- Redes de Apoio Informal

A família e os amigos proporcionam grande parte do apoio que os idosos recebem e de que necessitam para manter a sua independência e a qualidade de vida (OMS, 2002).

Assim, a família desempenha um papel fundamental nesta fase da vida, e é verdade que muitas famílias abandonam e demonstram um total desinteresse pelos seus idosos, mas também é verdade que existem famílias que não esquecem os seus deveres, já que se preocupam e se dedicam aos seus familiares mais velhos (Pimentel, 2005) Contudo, esta dedicação exige custos e muitas famílias não encontram alternativas para dar respostas às necessidades dos idosos. É nestas situações, bem como no caso da não existência de família, que as instituições desempenham um papel fundamental, dando oportunidade ao idoso de ter um acompanhamento e apoio de que necessitam (Pimentel, 2005).

1.8.2- Redes de Apoio Formal

São actualmente muito diversificadas as redes de apoio formal ao dispor da população idosa. A instituição é um recurso fundamental para o idoso, já que este vai perdendo autonomia e a saúde em geral, também vai ficando debilitada (Teixeira, 2003).

A qualidade destes serviços varia de instituição para instituição, e muitas delas não respondem a todas as necessidades existentes. Auslander e Litwin (1990, citado por Paúl, 1997), defendem que as pessoas só pedem apoio formal quando não têm como alternativa outro tipo de ajuda.

A OMS (2002) defende que os serviços de apoio formal devem obedecer a seis princípios básicos: acessibilidade, centralidade na pessoa idosa, uma linha coordenada de serviços, comunidade de responsabilidades, equidade e sustentabilidade e qualidade.

O decréscimo do tamanho da rede social, as limitações em termos de mobilidade e a ausência ou afastamento da família são factores que levam os idosos a procurar as redes de apoio formal (Paúl, 1997). A mesma autora defende que o apoio social leva ao aumento do bem estar, promovendo a saúde mental.

Serra (1999) define seis tipos de funções resultantes do apoio social, são eles:

- Apoio Afectivo: leva as pessoas a sentirem-se estimadas e aceites melhorando a auto-estima;
- Apoio Emocional: a pessoa recebe sentimentos de apoio e segurança e pode receber ajuda na resolução de problemas;
- Apoio Perceptivo: o indivíduo torna-se capaz de reavaliar problemas dando-lhe outro significado e estabelecendo objectivos mais realistas;
- Apoio Informativo: diz respeito a um conjunto de informações e conselhos que ajudam as pessoas a compreender situações mais complexas;
- Apoio Instrumental: baseia-se na prestação de ajuda, na resolução de problemas através de uma prestação concreta de bens e serviços;

- Apoio de Convívio Social; este apoio é garantido através do convívio com outras pessoas em actividades de lazer e/ou culturais, ajudando a aliviar as tensões e faz com que o indivíduo sinta que pertence a determinada rede social.

É indiscutível a influência das redes sociais sobre a qualidade de vida e o bem-estar do homem. Serra (1999) indica algumas razões para esta influência: a possibilidade de estabelecer laços afectivos mais firmes aumentando a segurança, contribuir para a integração social dos indivíduos favorecendo o reconhecimento, valor e competências dos indivíduos, possibilitar trocas de conselhos e informações orientadoras e proporcionar a prestação de cuidados e outras pessoas reforçando deste modo sentimentos de utilidade. Krause (2005) também defende que, se as relações sociais se tornarem fortes e emotivas, significa que as pessoas também se vão tornando mais fortes e capazes de ajudar os outros a lidar com as adversidades.

Paúl (2005, p. 37) afirma que “ a existência de redes de apoio informal é um dado essencial para assegurar a autonomia, uma auto-avaliação positiva, uma saúde mental e a satisfação de vida, essenciais para um envelhecimento óptimo”.

Já no início dos anos noventa se defendia que o suporte social tem benefícios sobre as pessoas idosas, reduzindo os seus níveis de *stress* e não se revela só um benefício para indivíduos que pertencem a classes sociais elevadas (Murrell & Norris, 1991).

Um outro benefício do apoio formal é evitar abusos e maus tratos aos idosos, como afirma Alves, (2006, p.132) “muitos autores estão de acordo que o abuso (contra idosos) ocorre em pessoas que não têm redes de suporte social, que não recebem visitas...” Este tipo de apoio também é importante porque permite identificar quais os idosos que têm verdadeiras necessidades financeiras (Krause, 2005).

Assim, podemos concluir que “ As redes de apoio revestem-se de importância crucial nos idosos dado que o sentimento de ser amado e valorizado, a pertença a grupos de comunicação e obrigação recíprocas, levam os indivíduos a escapar ao isolamento e ao anonimato” (Martins, 2006, p. 8).

1.8.2.1- Os Centros de Convívio

A integração social acontece quando os indivíduos se comprometem e têm uma ordem social que exerce controlo sobre o comportamento destes indivíduos, estes contactos reforçam um sentimento de pertença perante a sociedade contribuindo de forma positiva para a saúde dos indivíduos (Ramos, 2002).

Como afirma Martins, (2006, p.126), “Os centros de convívio encontram-se a nível local e pretendem apoiar o desenvolvimento de um conjunto de actividades sócio-recreativas e culturais destinadas aos idosos de uma determinada comunidade”.

Assim, os centros de convívio são uma fonte de apoio social onde são realizadas diversas actividades e onde há ocupação, que, segundo Tomas e Brito-Melo (2002), proporcionam ao idoso o facto de se sentir uma pessoa válida, produtiva, apreciada e aceite. Permitem ainda ter novos pontos de interesse, os quais contribuem para manter as capacidades intelectuais e desse modo atrasar o processo de envelhecimento, sentir-se integrado na comunidade, esquecer os problemas e distrair-se, bem como diminuir o isolamento.

Cubero (1991) refere que a terceira idade necessita de algo mais do que paternalismo e lugares onde possa passar o tempo, precisa de animação socio-cultural.

Nos centros de convívio existe a oportunidade de estimulação social, que, segundo Zimermen (2000), tem por base a comunicação, o intercâmbio afectivo, a convivência e o sentimento de pertença (sentir-se respeitado, valorizado e aceite nos grupos).

Segundo Lima (2004), existem várias vantagens do trabalho em grupos com idosos, das quais se destacam:

- Promoção da interacção social, aprender novas aptidões relacionais, fomentar a coesão e a aceitação;
- Desvalorizar a crença de que os nossos problemas são únicos e diminuir o isolamento
- Instalar a esperança;
- Dar modelos permitindo o comportamento imitativo;
- Obter e partilhar informação sobre as mudanças e transações;
- Aumentar a auto-estima através do altruísmo e da empatia;
- Implementar a independência em relação ao técnico e promover o planeamento realista de objectivos;
- Privilegiar a aprendizagem e o treino de competências, entre as quais: a flexibilidade, criatividade, a auto-exposição e a relativização.

Gonçalves (2002, p.141), aponta ainda como vantagens do trabalho em grupo o facto de “No ser humano as emoções são produto de trocas sociais”, e a ajuda que é dada e recebida leva a um controlo pessoal, tendo assim, uma influência positiva no bem-estar psicológico (Ramos, 2002).

Conviver com outros indivíduos em situações semelhantes, com características parecidas, e com objectivos comuns, vai permitir uma comparação entre pares, ver outros problemas, mas também outras soluções e vai permitir uma entreajuda (Fonseca, 2005). As actividades socioculturais também se revelam um aspecto muito importante para a manutenção da capacidade funcional dos idosos, onde o idoso deve ser estimulado a empreender projectos variados onde poderá desenvolver a sua criatividade, renovar os seus conhecimentos e adquirir novas experiências (Giacomim, 2004).

“As intervenções psicossociais são cada vez mais importantes, no arsenal de ferramentas da geriatria e da gerontologia, visto ajudarem os idosos a lidar com as tensões da última fase do ciclo de vida, (...) que contribuem para o eclodir da psicopatologia e da sua manutenção” (Lima, 2004 p.24).

Podemos também concluir que “O trabalho de grupo com idosos revela ganhos, a nível emocional e cognitivo, (...) para além da sua magia intrínseca, é uma experiência de relações humanas, donde se podem retirar inúmeros ganhos” (Lima, 2004, p.26).

Capítulo II - Qualidade de Vida

2.1-Definição e evolução do conceito

A expressão “Qualidade de Vida” tem sido utilizada desde os anos 60, e teve origem no contexto político. Em 1964, o presidente dos Estados Unidos Lyndon Johnson utilizou no seu discurso este termo, declarando: “ os objectivos não podem ser medidos através do balanço dos bancos. Eles só podem ser medidos através da qualidade de vida que proporcionam às pessoas” (Abrams, 1974, p.4).

Com o passar dos anos o termo foi-se ampliando, e para além do crescimento económico, passou a estar ligado também ao desenvolvimento social (nomeadamente à saúde, educação, habitação, transportes, lazer, trabalho e crescimento individual). Está igualmente relacionado com mortalidade infantil, esperança de vida, nível de escolaridade, taxa de violência, poluição entre outros indicadores (Santos, Santos, Fernandes & Henriques, 2002).

Dado o crescente interesse por este conceito, são várias as ciências que se têm interessado pelo seu estudo, das quais se destacam a Filosofia, a Economia, a Psicologia, a Medicina, a Enfermagem, a Ciência Política e a Sociologia, e todas elas manifestam uma preocupação com os factores que contribuem para o bem-estar do ser humano.

O conceito qualidade de vida tem conhecido várias definições, uma delas pertence à Organização Mundial de Saúde (OMS), que define Qualidade de Vida como : “ a percepção individual da sua posição na vida no contexto da cultura e sistema de valores nos quais se insere e em relação aos seus objectivos, expectativas, padrões e preocupações.” (WHOQOL Group, 1998).

A Qualidade de Vida também pode estar relacionada com a capacidade física, estado emocional, interacção social, actividade intelectual, situação económica e autoprotecção de

saúde (Santos et al., 2002). Santos et al. (2002) defendem que este conceito varia de acordo com a percepção de cada indivíduo, tendo assim uma conotação muito subjectiva. A defender a mesma ideia está Churcham, que define qualidade de vida como o critério subjectivo de cada sujeito na medida em que considera satisfeitas as suas necessidades nos vários contextos da sua vida (Meneses, 2005).

Talvez pela diversidade de domínios que se interessam por este conceito, não existe uma concordância entre estes na definição do conceito, já que uns destacam a importância do bem-estar económico, outros do sucesso ou do desenvolvimento cultural. No entanto, o factor saúde parece ser um aspecto que coloca em acordo os autores, ao qual está igualmente relacionado o bem-estar, satisfação e felicidade (Vecchia, Ruiz, Bocchi & Corrente, 2005). A saúde é entendida como nível aceitável de satisfação a nível psicológico, físico, social e espiritual, “...um nível que permita a presença de um equilíbrio fisiológico e psicológico que se manifesta por estado satisfatório de bem-estar” (Teixeira, 2003, p.59).

O conceito de bem-estar surge inicialmente ligado ao bem-estar material, muito ligado à economia, mas, nos anos 60, o conceito assumiu uma dimensão mais global incluindo outras dimensões de vida dos sujeitos (Galinha & Ribeiro, 2005). Posteriormente, surge o conceito de bem-estar subjectivo que “é uma categoria vasta de fenómenos que inclui as respostas emocionais das pessoas, domínios de satisfação e julgamentos globais de satisfação com a vida” (Galinha & Ribeiro, 2005, p.211).

Segundo Boer (2002) o termo bem-estar surge relacionado com o conceito qualidade de vida, no entanto de acordo com a literatura, o bem-estar está associado ao estado de saúde e tem uma forte conotação física, enquanto a qualidade de vida, como já foi referido, está associada a uma vertente mais subjectiva, tendo em conta a opinião que cada indivíduo tem em relação à satisfação com a sua vida. A qualidade de vida diz respeito ao bem-estar geral

das pessoas no seu quotidiano e pode ser dividido em quatro componentes, são eles: saúde física, mental, social e espiritual. Deste modo, podemos concluir que falar de qualidade de vida implica falar de bem-estar, porque este é uma parte integrante da qualidade de vida (Boer, 2002).

A idade não parece ser um factor relevante no sentimento de bem-estar, mas sim alguns factores a ela associados, tais como: saúde fragilizada, perda de familiares e amigos etc. se estes factores forem controlados, a idade deixa de ser significativa (Oliveira, 2005).

O conceito qualidade de vida ligado à saúde põe em relevo o impacto de doenças crónicas sobre os indivíduos, destaca a necessidade de criar critérios subjectivos que permitam medir a diferença de resultados entre pacientes com casos clínicos semelhantes, monitorizar o atendimento à saúde, diagnosticar a natureza, gravidade e prognóstico de doenças, avaliar os efeitos dos tratamentos e os efeitos das políticas de saúde e políticas sociais (Silva & Rezende, 2006).

Ribeiro (2005) refere que o domínio da saúde é considerado por muitos autores como o factor que melhor explica a qualidade de vida em geral mas adianta que “a qualidade de vida é um conceito muito mais abrangente do que o de saúde” (Ribeiro, 2005, p.101). E “a promoção da saúde e os cuidados de prevenção dirigidos às pessoas idosas, aumenta a longevidade e melhora a saúde e a qualidade de vida” (Ministério da Saúde, 2004, p.7).

Ter qualidade de vida, não é só ter ausência de doença, surgindo outros factores como longevidade, satisfação no trabalho, salário, lazer, relações familiares, disposição, prazer e espiritualidade que também se revelam importantes (OMS, 1998). Deste modo, os domínios da saúde e da qualidade de vida são complementares (Ministério da Saúde, 2004). Este conceito varia de acordo com as épocas, países, classes sociais, indivíduos e também com o estado de espírito e humor (Pascoal, 2000).

Dada a versatilidade e subjectividade do conceito, podemos concluir que uma boa qualidade de vida é aquela que oferece um conjunto de condições para que os indivíduos possam desenvolver ao máximo as suas potencialidades, vivendo, sentindo, trabalhando, produzindo, fazendo ciência ou artes ou simplesmente existindo (Santos, et al. 2002). Os mesmos autores acrescentam que a qualidade de vida pode sofrer influência de valores culturais, éticos ou religiosos, bem como de percepções pessoais, o que revela um conceito complexo e de difícil avaliação.

2.2- Qualidade de vida nos Idosos

Avaliar a qualidade de vida torna-se cada vez mais pertinente. Como afirma Squire (2005, p. 161), "...a qualidade de vida tem a maior importância e ainda mais no sector da promoção da saúde com pessoas idosas".

Assim, avaliar a qualidade de vida do idoso, segundo Santos et al., (2002), implica a adopção de múltiplos critérios de ordem biológica, psicológica e sociocultural, dado que existem vários indicadores de bem estar na terceira idade, dos quais se destacam: longevidade, saúde biológica, saúde mental, satisfação, controlo cognitivo, competência social, produtividade, actividade, eficácia cognitiva, *status* social, continuidade de papéis familiares e continuidade das relações informais.

Apesar destes indicadores, dado o carácter subjectivo do bem-estar, devemos estar atentos ao ambiente onde o indivíduo está inserido, visto que "só a partir de uma análise transaccional da unidade ecológica pessoa/ambiente podemos compreender o bem-estar subjectivo dos idosos, sendo que cada cenário dita de forma única a experiência de envelhecimento" (Sequeira, & Silva, 2002, p. 506).

Por esta razão, este conceito, “pressupõe uma análise do homem e das suas múltiplas dimensões, dos seus valores e ideais, da sua responsabilidade mediante a sua pessoa e o mundo que o rodeia (Fernandes, 1996, p.15). Só desta forma se pode entender o bem-estar subjectivo e o bem-estar psicológico, o primeiro é indicado por satisfação com a vida, por afectos positivos e negativos e por estados de felicidade, o segundo, é definido em termos de competências do *self*, assim podemos concluir que o bem-estar psicológico resulta da “interacção entre as oportunidades e as condições de vida, a maneira como as pessoas organizam o conhecimento sobre si e sobre os outros e as formas como respondem às demandas pessoais e sociais” (Queroz & Neri, 2005, p.292).

Assim, a satisfação com a vida, é uma parte integrante do bem-estar, bem como a capacidade de acomodação às perdas e de assimilação de informações positivas sobre si próprio” (Resende, Bones, Souza & Guimarães, 2006).

A avaliação da qualidade de vida é de extrema importância do ponto de vista científico, social e psicológico, dado que permite a implementação de alternativas válidas de intervenção, quer ao nível de programas comunitários, quer de políticas sociais e gerais, tendo como objectivo promover o bem estar das pessoas idosas (Santos et al., 2002). Estas intervenções devem proporcionar um ambiente que, no que diz respeito às exigências pessoais, não peque nem por defeito, nem por excesso, já que a adaptação ao envelhecimento está relacionada com princípios homeostáticos, isto é, a pressão do meio ambiente não pode ser maior, nem menor do que a pressão a que o indivíduo está habituado, caso contrário provoca um sentimento de desconforto e desadaptação (Sequeira & Silva, 2002).

A salientar a importância destas intervenções encontramos Sousa (2005, p.1), que declara que “O envelhecimento populacional exige a caracterização da qualidade de vida e

bem-estar dos idosos, do ponto de vista dos próprios, para que cada vez mais se dinamizem medidas adequadas a esta população”.

A OMS (2002) definiu como envelhecimento activo “o processo de optimização das oportunidades para a saúde, a participação e a segurança, a fim de realçar a qualidade de vida à medida que as pessoas envelhecem” (p.9). O envelhecimento activo implica hábitos de vida saudáveis, dos quais se destacam: a manutenção de actividade física, participação em actividades de natureza social, económica, cultural e espiritual e/ou cívica. O envelhecimento activo pode, ainda, ser considerado o prolongamento da actividade laboral, dependendo de interesses e capacidades pessoais (Paúl & Fonseca, 2005).

Foram identificados, pela OMS (2002), quatro agentes que se considera terem um papel importante na promoção do envelhecimento activo, são eles: (1) o próprio indivíduo, (2) os familiares e amigos, (3) os serviços comunitários e (4) o Estado.

De acordo com Botelho (2005, p.112), “Para que seja possível envelhecer saudavelmente, há que promover a saúde, o funcionamento físico e mental e o compromisso com a vida.”

Sabe-se que o envelhecimento bem sucedido se relaciona com o estilo de vida adaptado ao longo da vida, assim, a velhice terá mais qualidade de vida para pessoas que promovam relações positivas com familiares e amigos, tenham uma rede social e pessoal mais funcional e alargada e praticaram exercício físico (Sousa, Figueiredo & Cerqueira, 2004).

Um estudo realizado por Fernandes, (1996), aponta como indicadores que, segundo os participantes, influenciam a qualidade de vida, entre eles contam-se:

- Sistemas de suporte que incluem, apoio familiar, apoio dos serviços de saúde e apoio socio-religioso;

- Auto-estima, que resulta do bem-estar psico-espiritual, atitudes de independência, e risco de dependência.

O mesmo estudo aponta como factores que influenciam negativamente a qualidade de vida, a incapacidade de resposta às necessidades dos idosos por parte dos serviços de saúde, risco de dependência devido à perda de capacidade na execução de actividades de vida diária, afastamento de familiares e amigos e viver só.

Foi igualmente concluído que as actividades físicas, lúdicas e sobretudo o convívio proporcionado pelo Centro de Dia, influenciam positivamente a qualidade de vida, bem como o bem-estar psico-espiritual que se manifesta através de felicidade, boa disposição, vontade de viver e fé em Deus, já que são factores que influenciam a auto-estima (Fernandes, 2006).

Assim, a compreensão da qualidade de vida configura-se muito como uma experiência fenomenológica e multidisciplinar, que vai além da questão da saúde. Hendry e Mcvittie, (2004, citado por Paúl, Fonseca, Martín & Amado, 2005). Um estudo levado a cabo com a população idosa do Reino Unido por Bowling, Banister e Suttom (2003, citado por Paúl & Fonseca, 2005) conclui que os aspectos mais valorizados pelos idosos são: ter boas relações com a família e amigos, desempenhar papéis sociais como voluntariado e *hobbies*, ter boa saúde e funcionalidade, viver numa boa casa numa zona agradável e com bons vizinhos, ter uma visão positiva e manter a independência.

2.3- Avaliação da qualidade de vida

Nos últimos anos têm surgido vários instrumentos que avaliam a qualidade de vida. Os questionários são os instrumentos mais frequentemente utilizados.

Silva e Resende (2006) definem dois tipos de instrumentos de avaliação da qualidade de vida: os genéricos e os específicos. Os primeiros são compostos por domínios que podem

ser aplicados a várias doenças e populações, permitem comparar resultados entre populações saudáveis e grupos doentes, e entre condições clínicas distintas. Como estes instrumentos não são sensíveis a pequenas mudanças clínicas, dada a ausência de dimensões específicas, foram criados os instrumentos específicos, que permitem avaliar a qualidade de vida em populações particulares (idosos), em certas funções (funcionalidade, depressão) ou com uma doença específica (asma, osteoporose). Estes instrumentos abarcam questões sobre sintomas, danos e incapacidades, sendo assim, mais sensíveis (Silva & Resende, 2006). No entanto, muitos instrumentos ignoram a subjectividade e as preferências dos indivíduos (Hobson, Holden & Meara, 1999).

Numa revisão da literatura, Pascoal (2000) descreve alguns instrumentos mais utilizados em estudos com a população idosa, dos quais se destacam:

The Comprehensive Older Person's Evaluation- COPE - este instrumento permite identificar se se tratam de pacientes em regime de internamento ou pacientes externos, qual o nível sócio-económico a que pertencem e identificar questões clínicas importantes, facilitando a eficiência da prestação dos cuidados de saúde.

O Geriatric Quality of Life Questionnaire - este instrumento é composto por 25 questões focadas nas actividades quotidianas, sintomas e função emocional. É desenhado para o idoso fragilizado.

O *SF-36*: é o instrumento genérico mais usado em todo o mundo, pode ser administrado a diferentes populações e em diferentes locais. É de administração rápida e prática e permite obter informação subjectiva sobre o bem-estar dos pacientes (Hobson, et al., 1999).

Destaca-se ainda a escala *EASYcare: Elderly Assesmente System*, desenvolvida com o objectivo de caracterizar a Qualidade de Vida e o Bem-estar da população idosa (Souza & Figueiredo, 2000). Esta escala avalia a percepção dos idosos em relação às suas capacidades (ser capaz), não indicando as suas competências (saber-fazer). Trata-se de um instrumento de avaliação multidimensional, desenvolvido para avaliar as percepções e as necessidades dos idosos a nível social e de saúde. As áreas contempladas pelo *EASYCare* são: Incapacidade física (questões 1 a 4), Qualidade de vida percebida pelo sujeito (questões 5 a 7), Área funcional (questões 8 a 13), Mobilidade (questões 14 a 19), Actividades de cuidados pessoais (questões 20 a 22), Controlo esfíncteriano (questões 23 e 24, Actividades de vida diária (questões 8 a 24), Escala geriátrica da depressão (questões 25 a 28) e Teste de diminuição cognitiva. A escala possibilita o registo de comentários relevantes e um registo de outras informações que se considerem pertinentes.

2.4- Importância das redes de apoio social na qualidade de vida da terceira idade – alguns resultados

As relações sociais assumem um papel determinante na vida do indivíduo, já que “O ser humano é um ser relacional, pois as suas relações definem um aspecto essencial do seu ser social” (Fischer, 1996, p.41).

Segundo Paúl (1997), a quantidade e qualidade das relações sociais são indicadores de saúde e bem-estar, e “a existência de redes sociais de apoio são um aspecto crucial na vida dos idosos” (Paúl, 1997, p.112). A autora acrescenta que as redes sociais têm uma correlação positiva com a saúde e bem-estar da população, nomeadamente da população idosa.

Dada a escassez de serviços formais de apoio à terceira idade, nomeadamente instituições tipo lar, seria pertinente criar mais soluções alternativas, nomeadamente serviços de apoio domiciliário e centros de convívio, que sendo menos dispendiosos são mais

satisfatórios para o idoso, já que permitem que este mantenha a sua autonomia e continue a residir no seu lar e no seu ambiente (Paúl, 1997). Este aspecto assume grande importância para o idoso, pois estes, estão ligados, por laços afectivos, às suas habitações e podem mesmo atribuir-lhe um valor simbólico, relacionado a memórias passadas (Martins, 2006).

Podemos concluir que “o apoio social promove a adaptação dos indivíduos, quando estes são confrontados com situações normativas, contribuindo assim para o seu bem-estar físico e psicológico” (Martins, 2006, p.133) promovendo, desta forma a qualidade de vida.

A comprovar a importância das redes sociais, para a qualidade de vida dos idosos, apresentamos, alguns resultados de estudos efectuados nesta área.

Num estudo levado a cabo, no Brasil, por Silva e Resende, (2006), os autores concluíram que os idosos institucionalizados em comparação com os que participam em centros de convívio apresentam uma percepção da qualidade de vida mais fraca em relação a aspectos físicos, psicológicos e do meio em que vivem.

Um estudo efectuado por Resende, Bones, Souza e Guimarães (2006), defende que o suporte social assume uma grande importância no aumento da confiança pessoal, da satisfação com a vida, com a capacidade para enfrentar problemas, aumenta a auto-estima e a vontade de viver.

Existem ainda estudos recentes que demonstram que o suporte social abranda a deterioração psicológica dos efeitos da disfuncionalidade, que este tipo de apoio alivia a pressão de passar por um divórcio ou perdas pessoais, e ainda que as relações conjugais se revelam mais protectoras quando um dos elementos está doente ou apresenta algum tipo de disfuncionalidade (Mancici & Banano, 2006).

Um outro estudo levado a cabo por Resende et.al. (2006), salienta a importância do apoio social, evidenciando os aspectos positivos das relações sociais, partilha de informação, auxílio nos momentos mais difíceis e participação em eventos sociais. Este mesmo estudo revela que quem apresenta maior satisfação com a vida são aqueles que recebem mais suporte afectivo.

Referimos ainda um estudo onde se conclui que os aspectos quantitativos e qualitativos do suporte social podem contribuir para uma melhor funcionalidade física dos idosos (Wilcox, Kast & Berkman, 1994).

Os idosos que não frequentam os centros de convívio apresentam valores que indicam uma melhor qualidade de vida comparativamente aos que frequentam os referidos centros, apesar da literatura apresentar muitos benefícios do suporte social na saúde e no ajustamento psicológico (Mancini & Banano, 2006). As pessoas idosas preferem o apoio familiar para conseguirem satisfazer os seus objectivos e necessidades emocionais (Fung, Carstensen, Lutz, & Amy, 1999) e a literatura sugere que o suporte social com idosos está mais focado nos cuidados de saúde e menos no apoio emocional (Depner & Ingersoll-Dayton, 1998).

Num outro estudo realizado em Portugal, por Paúl, Fonseca, Martin e Amado (2005), com o objectivo de avaliar a condição psicossocial de idosos rurais constatou-se que:

- a qualidade de vida física varia com as actividades de vida diária (favorecendo o seu desempenho);
- a qualidade de vida psicológica varia com o sexo. Os homens são favorecidos; quanto ao estado civil, privilegiando os casados; e, em relação ao nível de educação e rendimento, estão favorecidos os mais instruídos e com um nível sócio-económico mais elevado;

educação e rendimento, estão favorecidos os mais instruídos e com um nível sócio-económico mais elevado;

- a qualidade de vida social varia igualmente com o nível de educação e rendimento, sendo que novamente os mais instruídos e com um nível económico mais elevado estão favorecidos. Varia também com o números de amigos e com as actividades diárias.
- a qualidade de vida ambiental varia de forma positiva com o rendimento e com todos os indicadores sociais.

Os mesmos autores realizaram, ainda, uma outra investigação onde se propuzeram avaliar a satisfação e qualidade de vida em idosos portugueses. Nesse estudo, concluiu-se que os idosos rurais revelam um nível de autonomia mais elevado do que os idosos urbanos. Foram ainda encontradas diferenças ao nível da satisfação com a vida, sendo que as mulheres e os/as solteiros/solteiras revelam maior “solidão/insatisfação”. Concluíram também, que os idosos urbanos apresentam atitudes face ao envelhecimento mais negativas.

Um outro estudo realizado por Botelho (2005) sobre a funcionalidade dos idosos revela que a maior parte dos idosos é independente em locomoção e não apresentam estados de demência, metade dos idosos apresentam um estado de nutrição dentro da normalidade, embora se verifique uma tendência para o excesso de peso. Cerca de metade dos idosos usufruem de acompanhamento social e são autónomos na realização de actividades instrumentais.

Num estudo levado a cabo pela Organização Pan-América da Saúde (OPAS) e pela OMS, englobando várias cidades da América Latina e do Caribe, Canadá e E.U.A, constatou-se que no Canadá e nos Estados Unidos mais de 78% dos indivíduos com mais de 65 anos

as pessoas que indicaram já ter tido um acidente vascular cerebral é superior a 80% e entre indivíduos com mais de 60 anos, a limitação mais comum é dificuldade de atravessar uma sala a caminhar (OMS, 2002).

Por último, num estudo realizado por Souza, Galante e Figueiredo (2003), as autoras concluíram que numa grande maioria, os idosos, revelam percepções positivas em relação à qualidade de vida e bem-estar. Concluíram, igualmente, que a dependência aumenta com a idade e que as mulheres apresentam valores de incapacidade superior aos homens, finalmente concluíram que muitos idosos alcançam um envelhecimento bem-sucedido.

Parte II- Estudo empírico

1- Justificação do tema

Dado o significativo aumento da população idosa torna-se cada vez mais importante o estudo deste fenómeno, nomeadamente da qualidade de vida desta população, uma vez que é possível adoptar políticas e medidas para proporcionar um final de vida com mais qualidade aos idosos. Trata-se de uma população pela qual ainda há muito para fazer, dado que muitas políticas governamentais não vão de encontro às suas necessidades, como por exemplo as reformas, e ainda não existem instituições suficientes e capazes de darem resposta às verdadeiras necessidades e realidades do idoso. Também se revela útil, cada vez mais, realizar trabalhos sobre o envelhecimento de forma a valorizar e passar uma imagem positiva desta fase do desenvolvimento e alterar os estereótipos existentes acerca dos idosos, geralmente encarados como inúteis, incapazes e como um estorvo. Por último e de forma a poder contribuir para a qualidade de vida dos idosos, perceber até que ponto os Centros de Convívio podem ou não contribuir para o bem-estar desta população.

2- Objectivos

Este estudo tem como objectivo obter uma visão mais alargada do envelhecimento e da qualidade de vida dos idosos, mais especificamente perceber até que ponto o facto destes usufruírem dos serviços prestados nos centros de convívio, pode ou não contribuir para uma melhor qualidade de vida. Assim o principal objectivo é analisar se existem diferenças ao nível da qualidade de vida entre idosos que frequentam centros de convívio e idosos que não os frequentam. Pretende-se, igualmente, perceber se existem diferenças, na qualidade de vida dos idosos, tendo em conta a idade, o sexo, as pessoas com quem vive, o estado civil, a idade em que se reformaram e o nível de escolaridade. Por último pretende-se obter uma correlação

entre a qualidade de vida percebida e restantes domínios que fazem parte da *EasyCare*, de forma a verificar os domínios onde há mais necessidade de intervenção.

3- Hipóteses

Segundo Ribeiro (1999, p.24) “as hipóteses propõem-se clarificar o que é que o investigador espera encontrar no final do estudo e porquê”. Neste sentido será investigado o facto dos centros de convívio terem ou não alguma influência na qualidade de vida dos idosos, assim, e segundo, o que aponta alguma literatura podemos apresentar a hipótese do seguinte modo:

Hipótese- Os idosos que frequentam os centros de convívio apresentam melhor qualidade de vida do que os idosos que não frequentam os referidos centros, dado que a maioria dos estudos indicam benefícios do suporte social na saúde (Wilcox, Kast & Berkman, 1994), no bem-estar psicológico e na satisfação com a vida (Resende et al., 2006).

4- Variáveis

“ Uma variável é uma característica que varia, que se distribui por diferentes níveis, ou que é de diferentes tipos, e é oposto a uma constante” (Ribeiro, 1999, p.25). Neste estudo, foram consideradas como variáveis principais a qualidade de vida percebida (incapacidade física, qualidade de vida percebida, área funcional, mobilidade, cuidados pessoais, controlo esfinteriano, pontuação total da incapacidade física e depressão) e o facto de frequentarem ou não frequentarem o centro de convívio, e como variáveis secundárias, o sexo, a idade de reforma, estado civil e pessoas com quem vive.

5 -Método

5.1.- Participantes

Segundo Guéguen (1999) uma população são “todos os indivíduos que partilham as características que definem o indivíduo base da população, tendo este indivíduo sido antecipadamente caracterizado” (p.68). Sendo impossível recolher informação de todos os indivíduos de uma população recolhesse de uma amostra que segundo o mesmo autor é “um subconjunto de uma população, a partir do qual se deseja proceder a um certo número de medições” (p.69). Mediante os resultados da amostra é possível extrapolar conclusões relativas à população com iguais características.

Assim, neste estudo, foram seleccionados indivíduos que residem no Porto, no Bairro do Outeiro e Arca d'Água, por serem reformados e porque uns frequentam o Centro de Convívio no mesmo Bairro e o centro de convívio de Arca d'Água e porque outros não frequentam nenhum Centro de Convívio.

Foi estudada uma amostra de conveniência, constituída por 64 indivíduos entre os 75 e os 93 anos de idade, sendo que 35 pertencem ao sexo feminino e 29 ao sexo masculino. Relativamente ao estado civil, 35 dos indivíduos estão casados, 24 estão viúvos, 3 estão solteiros e 2 estão separados. A idade em que se reformaram varia entre os 33 e os 70 anos.

O grupo que frequenta os centros de convívio é constituído por 32 indivíduos, cuja idade varia entre os 75 e os 93 anos. Relativamente ao sexo, 11 dos indivíduos pertencem ao sexo masculino e 21 ao sexo feminino. No que diz respeito ao estado civil, 18 indivíduos estão casados e 14 estão viúvos. A idade em que se reformaram varia entre os 37 e os 70 anos.

O grupo que não frequenta centros de convívio é constituído por 32 indivíduos, com idades compreendidas entre 75 e os 93 anos. Relativamente ao sexo, 24 pertencem ao sexo

masculino e 8 pertencem ao sexo feminino. Quanto ao estado civil 17 dos indivíduos estão casados, 10 indivíduos estão viúvos, 3 estão solteiros e 2 estão separados.

5.3- Material

A avaliação foi feita através da escala *EASYcare: Elderly Assesmente System* (sistema de avaliação de idosos), (anexo A), que foi desenvolvida com o objectivo de caracterizar a Qualidade de Vida e o Bem-estar da população idosa, é um instrumento que se focaliza na qualidade de vida e não na doença. Este instrumento foi inicialmente desenvolvido por Bath e Philp (1998), mediante um projecto financiado pela União Europeia (*European Prototype for Integrated Care- EPIC*), e testado em quatro países: Irlanda do Norte, Finlândia, Espanha e Itália. Actualmente encontra-se disponível em 15 países da União Europeia.

A versão portuguesa desenvolvida por Sousa e Figueiredo (2000) avalia a percepção dos idosos em relação às suas capacidades (ser capaz), não indicando as suas competências (saber-fazer). Trata-se de um instrumento de avaliação multidimensional, desenvolvido para avaliar as percepções e as necessidades dos idosos a nível social e de saúde.

Relativamente à estrutura formal a *EASYcare* encontra-se dividida em oito factores distintos, que englobam um total de 28 questões com administração obrigatória. Cada uma das questões varia na sua pontuação e respostas, sendo que quanto mais elevada a pontuação maior será a incapacidade. Embora o *score* não permita indicar um valor a partir do qual se pode considerar que o indivíduo tem problemas (apenas os valores extremos dão indicações claras), a pontuação é uma referência para a interpretação.

Para avaliar a incapacidade física questões 1 a 4 (exemplo: “*Vê bem?*”), a qualidade de vida percebida questões 5 a 7 (“*Sente-se sozinho?*”), área funcional questões 8 a 13

(“*Consegue fazer o seu trabalho doméstico?*”), **mobilidade** questões 14 a 19 (“*Consegue sair de casa e caminhar na rua?*”), **cuidados pessoais** questões 20 a 22 (“*Consegue vestir-se?*”), **controlo esfinteriano** questões 23 a 24 (“*Tem acidentes/descuidos com a sua bexiga?*”), **incapacidade** questões 8 a 24, **depressão** questões 25 a 28 (“*Sente que a sua vida é vazia?*”).

Existem, ainda, seis questões relativas ao **Teste de Diminuição Cognitiva** e a **Fixação de Objectivos**, que não são de administração obrigatória, e só devem ser administradas caso haja suspeita de existência de diminuição cognitiva significativa, caso contrário pode ser encarada como uma ofensa para o idoso (Sousa e Figueiredo, 2000). Assim no presente estudo, não foram administradas. A escala demora entre dez a vinte minutos a ser administrada e depois de cada questão existe um espaço que permite o registo de comentários, existe ainda um espaço designado **Outras Informações**, que pode ser usado para acrescentar questões relevantes ou outros registos.

Souza e Figueiredo (2000) optaram por uma das técnicas de análise exploratória de dados que permite definir grupos de variáveis correlacionais. Para estudar a coerência e a uniformidade das respostas da escala, isto é, a consistência interna da análise, foi calculado o *alpha* de *Cronbach*. Os resultados sugerem que estes valores são bastante satisfatórios para os grupos de actividades de vida diária ($\alpha = 0,92$) e para a mobilidade ($\alpha = 0,87$). O valor do *alpha* de *Cronbach* obtido para a escala global foi muito bom ($\alpha = 0,92$), (Souza, Galante & Figueiredo, 2003). Pode afirmar-se que a *EASYcare* é válida, fiel e sensível para avaliar a qualidade de vida e bem-estar dos idosos.

Foi igualmente administrado um **questionário sócio-demográfico** (anexo B) em que se avaliou a idade, o sexo (masculino, feminino), profissão exercida, estado civil (solteiro, casado, viúvo, separado), nível de escolaridade (analfabeto, 1ª classe, 2ª classe, 3ª classe, 4ª

classe, outra) e pessoas com quem vive (sozinho, com família, outra) e idade em que se reformou.

5.4- Procedimento

Inicialmente foi enviado um email à doutora Liliana Sousa para obtenção da autorização para administrar o instrumento para a recolha de dados, e foi entregue, pessoalmente, o pedido de autorização (anexo C), para a recolha de dados na Junta da Freguesia de Paranhos. Posteriormente foi obtida a autorização para a administração da escala (anexo D) e a autozização para a recolha de dados (anexo E), que decorreu entre Setembro e Novembro de 2006. No contacto com os idosos, depois de uma apresentação, foi devidamente explicado o objectivo do estudo, garantido o anonimato e confidencialidade. Os idosos foram informados de que não havia qualquer obrigatoriedade em participar no estudo. E que, se em algum momento deste quizessem desistir, poderiam fazê-lo, sem que daí resultasse qualquer sanção. Depois de estarem esclarecidos, os idosos que aceitaram foram avaliados. A administração dos instrumentos demorou, em média, quinze minutos. No final foi feito um agradecimento pela participação no estudo.

6- Resultados

Depois de recolhidos os dados, estes foram codificados e organizados numa base de dados no programa informático *Statistical Package for the Social Siences* (SPSS), que permitiu obter uma descrição da amostra e permitiu estudar diferenças estatisticamente significativas entre os dois grupos. Foi igualmente efectuada uma correlação entre algumas variáveis.

6.1- Estudo descritivo

A estatística descritiva permite descrever dados baseados em indicadores estatísticos, dos quais se destacam, a média, a moda e o desvio padrão (Pestana & Gageiro, 2000). Neste sentido será, seguidamente efectuada uma análise descritiva da amostra avaliada.

Quadro 1- Caracterização da amostra segundo a idade.

	Idade				
	<i>N</i>	<i>Min.</i>	<i>Máx.</i>	<i>M</i>	<i>DP</i>
Grupo total	64	75	93	79,83	4,83
Frequentam centros de convívio	32	75	93	78,41	4,13
Não frequentam centros de convívio	32	75	93	81,25	5,11

A idade (Quadro 1), varia entre o valor mínimo de 75 anos e o valor máximo de 93 anos, com uma média de idade de 79,83, no grupo total.

Analisando a diferença de idades entre os dois grupos, podemos verificar que o grupo que não frequenta o centro de convívio apresenta uma média de idades superior ao grupo que frequenta o centro. Estes valores revelam-se estatisticamente significativos, $t(62) = -2,45$; $p < 0,02$.

Quadro 2- Caracterização da amostra segundo o sexo.

		Sexo	
		<i>n</i>	%
Grupo Total	Masculino	29	45,3
	Feminino	35	54,7
Frequentam Centros de Convívio	Masculino	11	34,4
	Feminino	21	65,6
Não frequentam Centros de Convívio	Masculino	24	75,0
	Feminino	8	25,0

Relativamente ao sexo, verificamos que a maior parte dos idosos do grupo total pertencem ao sexo feminino. Não existem diferenças estatisticamente significativas entre os idosos que frequentam e os que não frequentam centros de convívio quanto ao sexo, $\chi^2(1) = 0,56$; $p < 0,45$.

Quadro 3- Caracterização da amostra segundo as pessoas com quem vive.

		Pessoas com quem vive	
		<i>n</i>	%
Grupo Total	Sozinho	18	28,1
	Com família	45	70,3
	Outro	1	1,6
Frequentam Centros de Convívio	Sozinho	10	31,3
	Com família	22	68,8
	Outro	-	-
Não frequentam Centros de Convívio	Sozinho	8	25,0
	Com família	23	71,9
	Outro	1	3,1

Relativamente às pessoas com quem vive (quadro 3), verificamos que a maior parte dos idosos do grupo total vive com familiares. O mesmo se verifica nos dois grupos, em que também existe uma maioria de idosos a viver com familiares. No entanto, não existem diferenças estatisticamente significativas entre os idosos que frequentam e não frequentam centros de convívio quanto às pessoas com quem vivem, $\chi^2(2) = 0,23; p = 0,892$.

Quadro 4- Caracterização da amostra segundo o estado civil.

		Estado civil	
		<i>n</i>	%
Grupo Total	Casado	35	54,7
	Solteiro	3	4,7
	Viúvo	24	37,5
	Separado	2	3,1
Frequentam Centros de Convívio	Casado	18	56,3
	Solteiro	-	-
	Viúvo	14	43,8
	Separado	-	-
Não frequentam Centros de Convívio	Casado	17	53,1
	Solteiro	3	9,4
	Viúvo	10	31,3
	Separado	2	6,3

Relativamente ao estado civil verificamos que a maior parte dos indivíduos do grupo total estão casados. Podemos ainda verificar que no grupo que frequenta centros de convívio não existem idosos solteiros nem separados, sendo que 56,3% estão casados e 43,8% estão viúvos. Dos idosos que não frequentam centros de convívio, 53,1% estão casados, 31,3% estão viúvos, 6,3% estão separados e 9,4% estão solteiros. Estas diferenças revelam-se estatisticamente significativas, $\chi^2(3) = 49,38; p < 0,00$.

Quadro 5- Caracterização da amostra segundo a idade em que se reformaram.

	Idade em que se reformaram				
	<i>N</i>	<i>Min.</i>	<i>Max.</i>	<i>M</i>	<i>DP</i>
Grupo Total	64	33	70	57,69	8,35
Frequentam Centros de Convívio	32	37	70	59,06	6,83
Não frequentam Centros de convívio	32	33	68	56,31	9,54

A idade em que os idosos se reformaram (quadro 5) varia entre os 33 e os 70 anos. A média de idade de reforma do grupo que frequenta os centros de convívio é maior que no grupo que não frequenta centros de convívio, estes últimos reformaram-se mais cedo. Estes resultados não são estatisticamente significativos, $t(62) = 1,33$; $p = 0,190$.

Quadro 6- Caracterização da amostra segundo o nível de escolaridade.

	Escolaridade			
	<i>Min.</i>	<i>Max.</i>	<i>M</i>	<i>DP</i>
Grupo Total	1	4	3,86	1,50
Frequentam Centros de Convívio	1	5	4,53	0,80
Não frequentam Centros de Convívio	1	5	3,19	1,73

No que diz respeito ao nível de escolaridade, podemos concluir que os idosos que frequentam centros de convívio têm um maior nível de escolaridade do que os idosos que não frequentam centros de convívio. Estes resultados são estatisticamente muito significativos, $t(62) = 3,99$; $p < 0,0001$).

6.2- Estudo diferencial

Neste momento vamos proceder a uma análise estatística, teste *t* de *student*, que permite estabelecer se existem diferenças estatisticamente significativas, para os dois grupos, relativamente aos principais factores.

Quadro 7- Resultados detalhados obtidos na EasyCare para os dois grupos, relativamente aos principais factores.

	Centro de Convívio						<i>t</i>	<i>p</i>
			Frequentam n=32		Não frequentam n=32			
	<i>Min.</i>	<i>Máx.</i>	<i>M</i>	<i>DP</i>	<i>M</i>	<i>DP</i>		
Incapacidade Física	0,00	11,00	0,93	0,91	1,78	2,12	-2,07	0,045
Qualidade de vida percebida	0,07	15,00	9,31	1,46	11,15	2,03	-4,16	0,0001
Área funcional	0,00	23,00	1,65	3,25	7,84	7,16	-4,45	0,0001
Cuidados pessoais	0,00	19,00	0,00	0,00	3,65	6,63	-3,12	0,004
Mobilidade	0,00	41,00	2,40	3,83	8,78	13,24	-2,61	0,013
Controlo esfinteriano	0,00	14,00	1,12	2,82	3,25	4,45	-2,28	0,027
Depressão	0,00	4,00	1,18	1,06	2,15	1,60	-2,84	0,006
Pontuação total de incapacidade	0,00	97,00	5,40	7,51	23,53	28,11	-3,52	0,001

No quadro 7, podemos verificar que, relativamente à **área funcional**, os indivíduos que não frequentam centros de convívio apresentam valores mais elevados, o que significa

uma menor funcionalidade de uma forma estatisticamente significativa. No que diz respeito à **mobilidade**, o grupo que frequenta centros de convívio apresenta uma maior mobilidade e no factor de **incapacidade total** verificamos que existe uma maior incapacidade no grupo que não frequenta centros de convívio.

A **qualidade de vida percebida** é outro factor mais favorável aos idosos que frequentam os centros de convívio, já que estes apresentam uma visão mais optimista deste factor. Relativamente à **depressão** e à **incapacidade física** as diferenças entre os grupos também são significativas. O grupo que frequenta centros de convívio revela menor incapacidade e menor depressão. No que diz respeito aos **cuidados pessoais** e ao **controlo esfinteriano**, existem diferenças significativas, favorecendo o grupo que frequenta os centros de convívio, sendo que estes revelam ser totalmente capazes de realizarem as tarefas de cuidados pessoais e um melhor controlo esfinteriano.

Quadro 8- Resultados detalhados relativos ao factor Incapacidade Física, para os dois grupos.

	Centro de convívio				<i>t</i>	<i>P</i>
	Frequentam <i>n= 32</i>		Não frequentam <i>n=32</i>			
	<i>M</i>	<i>DP</i>	<i>M</i>	<i>DP</i>		
Vê bem?	1,22	0,42	1,22	0,42	0,000	1,000
Ouve bem?	1,41	0,50	1,53	0,51	-0,99	0,324
Tem dificuldade em mastigar?	1,28	1,28	1,47	0,51	-1,55	0,125
Sente que os outros têm dificuldade em o compreender devido a problemas com a fala/linguagem	1,00	0,00	1,25	0,62	-2,27	0,030

No quadro 8, podemos verificar que os indivíduos de ambos os grupos apresentam iguais resultados quando questionados se vêem bem, ouvem bem e têm dificuldade em mastigar. As diferenças só são estatisticamente significativas relativamente ao facto dos idosos sentirem que os outros têm dificuldade em os compreender, sendo que os idosos que frequentam os centros de convívio, sentem que os outros têm menos dificuldade em compreendê-los.

Quadro 9- Resultados detalhados relativos ao factor Qualidade de Vida Percebida, para os dois grupos.

	Centro de convívio				<i>t</i>	<i>p</i>
	Frequentam <i>n= 32</i>		Não frequentam <i>n=32</i>			
	<i>M</i>	<i>DP</i>	<i>M</i>	<i>DP</i>		
Como considera a sua saúde?	3,81	0,69	4,69	0,54	-5,65	0,0001
Como considera a sua habitação ?	3,41	0,67	3,44	0,88	-0,16	0,87
Sente-se só?	2,09	0,93	3,06	1,16	-3,68	0,0001

No quadro 9, podemos verificar que os idosos que frequentam centros de convívio percebem a sua saúde como sendo mais positiva e revelam sentir-se sós menos frequentemente quando comparados com os idosos que não frequentam centros de convívio. Relativamente à forma como consideram a sua habitação não se verificam diferenças estatisticamente significativas.

Quadro 10- Resultados detalhados relativos ao factor Área Funcional, para os dois grupos.

	Centro de convívio				<i>t</i>	<i>p</i>
	Frequentam <i>n= 32</i>		Não frequentam <i>n=32</i>			
	<i>M</i>	<i>DP</i>	<i>M</i>	<i>DP</i>		
Realizar trabalho doméstico	1,31	0,54	2,19	0,54	-6,54	0,000
Preparar refeições	1,19	0,47	1,84	0,81	-3,98	0,000
Fazer compras	1,16	0,45	2,03	0,90	-4,93	0,000
Administrar dinheiro	1,09	0,39	1,66	0,75	-3,78	0,000
Usar o telefone	1,03	0,18	1,50	0,72	-3,58	0,001
Tomar medicação	1,25	0,44	1,38	0,75	-0,81	0,420

No quadro 10 podemos verificar que em todos os domínios que fazem parte do factor área funcional, com excepção de “tomar medicação” existem diferenças estatisticamente significativas entre os dois grupos. O grupo que frequenta os centros de convívio apresenta melhor capacidade funcional em todos os domínios avaliados. No domínio em que os idosos referem serem ou não capazes de tomar a sua medicação sem ajuda, os grupos não se distinguem significativamente.

Quadro 11 - Resultados detalhados relativos ao factor Mobilidade, para os dois grupos.

	Centro de convívio				<i>t</i>	<i>p</i>
	Frequentam <i>n= 32</i>		Não frequentam <i>n=32</i>			
	<i>M</i>	<i>DP</i>	<i>M</i>	<i>DP</i>		
Caminhar na rua	1,13	0,34	1,72	0,77	-3,99	0,0001
Movimentar-se dentro de casa	1,06	0,35	1,44	1,65	-1,92	0,06
Subir/descer escadas	1,56	0,50	1,78	0,75	-1,37	0,18
Deslocar-se da cama para a cadeira	1,38	1,77	1,38	0,75	0,00	1,000
Usar a sanita	1,00	0,00	1,31	0,74	-2,40	0,02
Usar a banheira/polivan	1,06	0,25	1,28	0,52	-2,14	0,36

Relativamente ao factor mobilidade, no quadro 11, verificamos que existem diferenças estatisticamente significativas, favorecendo o grupo que frequenta centros de convívio, no que respeita a caminhar na rua e usar a sanita. No entanto, os participantes dos dois grupos não se distinguem nos seguintes domínios: movimentar-se dentro de casa, subir e descer escadas, deslocar-se da cama para a cadeira e usar a banheira/polivan.

Quadro 12- Resultados detalhados relativos ao factor Cuidados Pessoais, para os dois grupos.

	Centro de convívio				<i>t</i>	<i>p</i>
	Frequentam <i>n= 32</i>		Não frequentam <i>n=32</i>			
	<i>M</i>	<i>DP</i>	<i>M</i>	<i>DP</i>		
Cuidar da aparência	1,00	0,00	1,25	0,44	-3,21	0,002
Vestir-se	1,00	0,00	1,41	0,76	-3,04	0,003
Alimentar-se	1,00	0,00	1,28	0,58	-2,74	0,008

Relativamente ao factor **cuidados pessoais**, podemos verificar, no quadro 12, que todos os domínios apresentam diferenças estatisticamente significativas, sendo que os indivíduos que frequentam os centros de convívio revelam melhores resultados neste domínio, designadamente no que respeita ao cuidar da aparência, vestir-se e alimentar-se.

Quadro 13- Resultados detalhados relativos ao factor Controlo Esfincteriano.

	Centro de convívio				<i>t</i>	<i>p</i>
	Frequentam <i>n= 32</i>		Não frequentam <i>n=32</i>			
	<i>M</i>	<i>DP</i>	<i>M</i>	<i>DP</i>		
Incontinência urinária	1,16	0,37	1,50	0,72	-2,41	0,02
Incontinência fecal	1,03	0,18	1,09	0,30	-1,03	0,31

No que diz respeito ao factor **controlo esfincteriano**, só no domínio **incontinência urinária** é que se verifica existência de diferenças estatisticamente significativas. Os indivíduos que frequentam os centros de convívio revelam melhores resultados neste domínio, todavia, os dois grupos não se distinguem de uma forma significativa quanto à incontinência fecal.

Quadro 14- Resultados detalhados relativos ao factor Depressão, para os dois grupos.

	Centro de convívio				<i>t</i>	<i>p</i>
	Frequentam <i>n= 32</i>		Não frequentam <i>n=32</i>			
	<i>M</i>	<i>DP</i>	<i>M</i>	<i>DP</i>		
Está satisfeito com a sua vida?	1,13	0,34	1,53	0,51	-3,778	0,0001
Sente que a sua vida é vazia?	1,69	0,47	1,50	0,51	1,531	0,14
Tem medo que algo de mau lhe possa acontecer?	1,47	0,51	1,44	0,50	0,247	0,81
Sente-se feliz a maior parte do tempo?	1,28	0,46	1,88	1,74	-1,879	0,07

Relativamente ao factor depressão (quadro 14), existem diferenças significativas apenas no domínio “Está satisfeito com a sua vida”, sendo que os indivíduos que frequentam os centros de convívio revelam maior satisfação do que os que não frequentam os centros de convívio. Relativamente aos domínios “Sente que a sua vida é vazia”, “Tem medo que algo de mau lhe possa acontecer” e “Sente-se feliz a maior parte do tempo” não existem diferenças significativas entre os dois grupos.

Quadro 15- Resultados relativos aos principais factores para os dois sexos.

	Sexo				<i>t</i>	<i>p</i>
	Masculino n= 29		Feminino n= 35			
	<i>M</i>	<i>DP</i>	<i>M</i>	<i>DP</i>		
Incapacidade Física	1,1034	0,9002	1,5714	2,1044	1,12	0,24
Qualidade de Vida percebida	9,2414	1,4554	11,0571	2,0138	4,06	0,0001
Área funcional	2,7586	5,0047	6,4000	6,9078	2,37	0,02
Cuidados pessoais	1,2069	4,5307	2,3429	5,3794	0,90	0,36
Mobilidade	3,3793	7,9884	7,4286	11,5052	1,60	0,10
Controlo esfinteriano	1,7241	3,6537	2,5714	4,0168	0,88	0,38
Depressão	1,2759	1,2506	2,0000	1,5146	2,06	0,07
Pontuação total de incapacidade	9,6690	18,6278	18,9429	24,3998	1,79	0,04

No que diz respeito a diferenças entre os dois sexos podemos verificar no quadro 15, que só existem diferenças estatisticamente significativas na **qualidade de vida percebida**, na **àrea funcional** e na **pontuação total de incapacidade**, favorecendo os homens.

Para obter dados relativamente às pessoas com quem vive, recorreu-se ao teste *one-way ANOVA*, verificando-se que não existem diferenças significativas em nenhum dos domínios avaliados, (quadro 16).

Quadro 16- Resultados relativos aos principais factores para as pessoas com quem vive.

	Pessoas com quem vive					
	Sozinho n= 18		Com família n= 45		F	p
	M	DP	M	DP		
Incapacidade Física	1,67	2,45	1,24	1,28	0,42	0,66
Qualidade de vida percebida	10,39	2,03	10,13	1,20	0,50	0,61
Área funcional	3,89	3,77	4,978	7,15	0,53	0,59
Cuidados pessoais	0,83	2,57	1,978	5,48	1,14	0,33
Mobilidade	2,72	3,75	6,60	11,75	3,06	0,06
Controlo esfinteriano	2,33	3,65	2,18	3,99	0,17	0,84
Depressão	1,78	1,40	1,58	1,44	0,80	0,45
Pontuação total de Incapacidade	10,28	9,20	15,69	25,79	0,49	0,24

Quadro 17- Resultados relativos aos principais factores para o estado civil.

	Estado civil								F	p
	Solteiro n=3		Casado n=35		Viúvo n=24		Separado n=2			
	M	DP	M	DP	M	DP	M	DP		
Incapacidade física	1,33	0,58	1,06	1,17	1,83	2,28	1,00	1,41	1,05	0,38
Qualidade de vida percebida	12,67	2,09	9,63	1,54	10,88	2,23	9,50	2,12	3,99	0,012
Área funcional	9,33	1,15	3,46	5,85	6,21	7,19	3,00	0,00	1,52	0,22
Mobilidade	9,00	4,36	4,51	9,75	7,13	11,61	1,00	1,41	0,55	0,65
Cuidados pessoais	7,67	6,80	1,54	5,13	1,46	4,52	2,50	3,53	1,49	0,23
Controlo esfinteriano	2,00	3,46	2,17	4,07	2,41	3,82	0,00	0,00	0,24	0,87
Pontuação total de incapacidade	28,00	7,55	11,89	22,63	17,21	6,50	1,25	0,50	0,72	0,55
Depressão	3,33	1,15	1,23	1,40	2,21	1,25	0,50	0,70	4,71	0,005

Para obter dados relativamente ao estado civil, recorreu-se ao teste *one-way ANOVA* e verificaram-se diferenças estatisticamente significativas quanto à **qualidade de vida percebida** e à **depressão**, sendo que os idosos casados revelam melhor qualidade de vida e menor depressão.

6.3- Estudo correlacional

As correlações são procedimentos estatísticos que permitem determinar “o grau de associação entre variáveis” (Pereira, 2004 p.93). Assim, com o objectivo de verificar o grau

de associação entre a qualidade de vida percebida com os principais factores e com variáveis sócio-demográficas recorreu-se ao teste de correlação r de *Pearson*.

Quadro 18 - Correlação entre a qualidade de vida percebida e restantes domínios.

	Qualidade de vida percebida		
	<i>N</i>	<i>r</i>	<i>p</i>
Área funcional	64	0,41	0,001
Mobilidade	64	0,26	0,038
Cuidados pessoais	64	0,24	0,060
Controlo esfinteriano	64	0,19	0,144
Pontuação total de incapacidade	64	0,32	0,010
Depressão	64	0,62	0,0001
Incapacidade física	64	0,07	0,611

No quadro 18, podemos verificar que a qualidade de vida percebida está positivamente correlacionada com a área funcional, com a mobilidade, com a pontuação total da incapacidade e com a depressão.

Quadro 19 - Correlação entre a qualidade de vida percebida e variáveis sócio-demográficas.

	Qualidade de vida percebida		
	<i>N</i>	<i>r</i>	<i>p</i>
Idade	64	0,168	0,185
Nível de escolaridade	64	-0,398	0,001
Idade de reforma	64	-0,016	0,903

No quadro 19, podemos verificar que a qualidade de vida percebida está significativamente correlacionada com o nível de escolaridade, sendo que quanto maior é este nível, melhor é a qualidade de vida percebida.

7- Discussão dos resultados

Os resultados obtidos neste estudo sugerem que há diferenças estatisticamente significativas na qualidade de vida dos idosos, sendo que aqueles que frequentam os centros de convívio apresentam melhor qualidade de vida. Confirma-se a hipótese formulada, que afirma que os idosos que frequentam os centros de convívio apresentam valores que indicam uma melhor qualidade de vida comparativamente aos idosos que não frequentam os referidos centros.

Os idosos que frequentam centros de convívio apresentam valores que indicam menor incapacidade física, maior qualidade de vida percebida, maior/melhor funcionalidade, maior capacidade na execução de cuidados pessoais, maior mobilidade, maior controlo esfinteriano, menor depressão e menor incapacidade. Estes resultados vão de encontro aos apresentados por Mancini e Banano (2006), reforçando os benefícios do suporte social na saúde e no ajustamento psicológico. Também estão de acordo com os resultados encontrados por Botelho (2005), em que se verifica que a maior parte dos idosos, em geral, é independente em locomoção, não apresentam estados de demência e são autónomos na realização de actividades instrumentais. Existe ainda outro estudo, realizado por Wilcox, Kast e Berkman (1994), em que se conclui que os aspectos quantitativos e qualitativos do suporte social podem contribuir para uma melhor funcionalidade física dos idosos.

O facto dos idosos que frequentam centros de convívio revelarem maior mobilidade, menor incapacidade e maior funcionalidade poderá estar relacionado com o facto de que alguns idosos que não frequentam os centros se encontrarem acamados, ou de alguma forma

terem uma mobilidade insuficiente, de forma a permitir que se desloquem aos referidos centros. Também pode dever-se ao facto dos idosos que frequentam os centros de convívio apresentarem uma média de idade inferior aos idosos que não frequentam os centros, já que estas diferenças se revelaram significativas. Neste caso não é possível perceber o efeito causa/consequência, será que o facto dos idosos frequentarem os centros de convívio lhe permite terem maior mobilidade e maior funcionalidade, ou será que é o facto de ter menor mobilidade e funcionalidade que impede a frequência no centro de convívio? Esta questão poderia ser ultrapassada através de um estudo longitudinal.

Relativamente ao nível de escolaridade, os idosos que frequentam centros de convívio apresentam um maior nível de escolaridade, esta diferença é estatisticamente muito significativa, e poderá contribuir para que os idosos que frequentam os centros de convívio tenham acesso a mais informação em relação a várias questões, nomeadamente questões de saúde, o que vai contribuir para uma melhor qualidade de vida. Este resultado corrobora com o de Paúl, Fonseca, Martin e Amado (2005), em que avalia os idosos relativamente à condição psicossocial, tendo concluído, em relação ao nível de escolaridade, que estão favorecidos os idosos mais instruídos.

Ambos os grupos, idosos que frequentam e não frequentam centros de convívio apresentam valores semelhantes quando questionados se vêem bem, se ouvem bem e se têm dificuldade em mastigar, as diferenças surgem quando questionados se sentem que os outros têm dificuldade em compreendê-los, sendo que os idosos que frequentam os centros referem sentir menos dificuldade em que os outros os compreendam. Este resultado poderá estar relacionado com o facto dos idosos que frequentam os centros estarem mais habituados a conversar, a serem ouvidos e perceberem que são entendidos pelos outros levando a uma

comparação social e “através da comparação social das suas atitudes, obtêm uma apreciação do seu comportamento que podem harmonizar com os outros” (Fischer, 1996, p.80).

Também devemos ter em atenção que muitos idosos que não frequentam os centros se encontram acamados devido a terem sofrido um ou mais Acidentes Vasculares Cerebrais (AVC). Pode dever-se, igualmente, ao facto de os idosos que frequentam os centros de convívio desenvolverem capacidades de comunicação (verbais e não verbais). A participação em grupos permite desenvolver o auto-conhecimento, aumenta a sensibilidade em relação aos outros e diminui a ansiedade (Lima, 2004).

Os idosos que frequentam centros de convívio percebem a sua saúde como sendo mais positiva e demonstram sentir-se sós menos frequentemente, este facto também poderá estar relacionado com o facto de conviverem com pessoas com os mesmos problemas e numa situação semelhante, assim, apresentam uma visão mais optimista da sua saúde e sentem-se menos sós devido a esta partilha de problemas e das relações pessoais estabelecidas nos centros. Estes resultados vão de encontro aos encontrados por Resende et.al. (2006), onde se assume que o apoio social assume grande importância no aumento da confiança pessoal, da satisfação com a vida, aumentando a auto-estima e a vontade de viver.

Quando questionados sobre se conseguem caminhar na rua, existem diferenças significativas favorecendo os idosos que frequentam os centros de convívio, o facto de estar impossibilitado de caminhar já poderá ser um impedimento para frequentar centros de convívio. O mesmo se verifica relativamente ao facto de conseguirem usar a sanita, sendo que os idosos que não frequentam centros de convívio sentem mais dificuldade em usá-la, este pode também ser um impedimento à frequência nos centros de convívio, visto poder causar algum constrangimento ao idoso.

Também se verificam diferenças significativas quanto ao facto de ser capaz de cuidar da aparência, vestir-se e alimentar-se, favorecendo os idosos que frequentam os centros de convívio. O facto de ter dificuldade em cuidar da aparência e vestir-se poderá diminuir a motivação para sair de casa, evitando assim, os centros de convívio.

Foram igualmente encontradas diferenças significativas relativamente à incontinência urinária, favorecendo os idosos que frequentam os centros de convívio. O facto de sofrerem de incontinência urinária poderá levar os idosos ao isolamento e ser um impedimento na visita ao centros de convívio.

No que diz respeito ao factor depressão, quando questionados sobre se estão satisfeitos com a sua vida, os idosos que frequentam centros de convívio revelam estar mais satisfeitos, mas quando questionados se sentem que a sua vida é vazia, se têm medo que algo de mau lhe possa acontecer e se se sentem felizes a maior parte do tempo, não existem diferenças entre os dois grupos, este facto pode estar relacionado com o facto de, no grupo de idosos que frequentam os centros de convívio haver uma maior percentagem de viúvos, “sendo que os idosos dão importância primordial (...) às perdas de nível interpessoal, especialmente à morte de filhos e cônjugues” (Pimental, 2005, p.86). Também podemos verificar que a qualidade de vida varia com o sexo, onde os casados estão privilegiados (Paúl et.al, 2005).

Foram encontradas correlações positivas entre a qualidade de vida percebida e alguns domínios do *EasyCare* (área funcional, a mobilidade, a pontuação total de incapacidade e a depressão), o que significa que os idosos valorizam o facto de terem uma boa funcionalidade, mobilidade e não se sentirem deprimidos para avaliarem a sua qualidade de vida. Estes domínios foram seleccionados para a construção do instrumento, apartir de outros instrumentos que avaliavam apenas algumas dimensões consideradas pertinentes, assim, o *EasyCare* teve como objectivo “acomular”, numa só escala, itens relativos às várias

dimensões da qualidade de vida e bem-estar do idoso. Desta forma podemos perceber em que áreas será importante intervir, neste caso seria útil intervir no factor depressão, área funcional, mobilidade e incapacidade, quer através de consulta psicológica no caso da depressão, quer desenvolvendo estratégias e adquirindo equipamentos que facilitem a mobilidade e funcionalidade do idoso.

Verificou-se que existem mais mulheres a frequentarem os centros de convívio, no entanto este facto deve estar relacionado com o facto de num dos centros de convívio onde foram recolhidos os dados, o centro funcionar exclusivamente para mulheres.

Os dois grupos são muito diferentes, os idosos que frequentam os centros de convívio são mais novos, reformaram-se mais tarde e têm um maior nível de escolaridade, sendo que estes factores podem ter influência na qualidade de vida destes idosos.

Tal como sugere a bibliografia consultada, os idosos que frequentam os centros de convívio apresentam valores que indicam uma melhor qualidade de vida, já que estes proporcionam uma vida mais activa, com ocupações que vão ao encontro das necessidades dos idosos e por isso permitem manter activas as capacidades físicas e cognitivas, contribuindo, desta forma, para um atraso no desenvolvimento de doenças mentais (Paúl, 2005). De uma forma em geral, podemos afirmar que este estudo vai de encontro ao realizado por (Souza, Galante & Figueiredo, 2003), que concluíram que muitos idosos alcançam um envelhecimento bem sucedido.

Pela experiência obtida na recolha de dados, verificou-se uma grande disponibilidade da população em participar neste estudo, muitas vezes eram os próprios idosos (no centro de convívio) a abordar o investigador, movidos pela curiosidade de saber o que o este estava a fazer. Também se verificou que os idosos que não frequentam centros de convívio, relatavam com mais pormenor algumas histórias, ao mesmo tempo que iam respondendo às questões,

este facto poderá ter origem na relação já estabelecida anteriormente (no estágio) com os idosos, mas também pode revelar uma maior necessidade de partilha e de conversar por parte destes idosos.

Nos centros de convívio, apesar de se ter verificado uma grande disponibilidade para participar no estudo, os idosos, de uma forma geral, eram mais sucintos nas suas respostas, demonstrando motivação em participar nas actividades que estavam a decorrer no centro de convívio.

Relativamente ao instrumento utilizado para recolher informação, podem ser apontadas algumas limitações, que foram encontradas na sua administração. Na questão número 10, onde se pergunta aos idosos se conseguem usar a banheira/polivan, são dadas como opções de resposta: “Sem ajuda” e “Necessita ajuda para usar a banheira/ polivan”. Não existe a opção do idoso ser incapaz de usar a banheira/polivan, e muitos idosos referiam *“Conseguir lá vou conseguindo, mas custa-me muito. Ainda na semana passada caí e estive mais de meia hora para me conseguir levantar, magoei-me nas costas e num braço. Lá me vou lavando como posso”*. Desta forma também seria oportuno uma opção de resposta em que o idoso pudesse referir que necessitaria de ajuda, mas não a tem disponível, já que a escala pretende avaliar as necessidades do idoso.

Na questão “Consegue usar o telefone?”, não contempla como opção de resposta o facto do idoso não possuir telefone, o que se verifica na maior parte dos casos.

Como sugestão, poderiam ser incluídas no instrumento, outras áreas como por exemplo: nutrição, bem-estar com a vida sexual e ocupação de tempos livres.

Na realização deste estudo podemos apontar várias limitações, das quais se destacam o número da população estudada, que deveria ser maior para, desta forma, obter dados

estatisticamente mais significativos. Também deveriam ser estudados indivíduos a frequentar diversos centros de convívio, uma vez que a qualidade destes serviços varia de instituição para instituição. Num estudo longitudinal seria possível avaliar os indivíduos de forma a perceber a sua qualidade de vida antes e após frequentarem o centro de convívio e então, perceber exactamente se a frequência nos centros de convívio contribui para melhorar ou manter a qualidade de vida ou se são os indivíduos que apresentam melhor qualidade de vida que têm mais probabilidade de frequentarem os centros.

Dada a existência de vários instrumentos que permitem avaliar a qualidade de vida na terceira idade seria interessante e útil ter utilizado outros instrumentos de forma a obter informação sobre outros domínios relevantes. Seria igualmente importante proceder a uma análise qualitativa, que permitisse entender o que os idosos valorizam e tornar o estudo mais rico em termos de conhecimento sobre os idosos. Seria igualmente interessante recolher histórias de vida, já que as experiências e as condições de vida são muito importantes na forma como o envelhecimento é vivido (Fonseca, 2005).

8- Orientações para a prática

Dado o crescente aumento da população idosa, é, cada vez mais importante e necessário investir nesta população, e para tal há que ter em conta a criação de instituições que permitam a sua integração e socialização e apostar na qualidade dos serviços prestados, contribuindo, assim para um aumento da qualidade de vida dos idosos.

Este estudo pretende contribuir para uma mudança na forma com a sociedade actual encara os idosos, geralmente vistos como incapazes e inúteis, desvalorizando e desrespeitando esta fase do desenvolvimento.

Pretende contribuir, igualmente, para a consciência da importância das redes de apoio informal, onde existe a possibilidade de estimulação cognitiva dos idosos, com a implementação de várias actividades, isto não significa negligenciar os cuidados informais, pois o ideal seria uma conjugação entre estes dois tipos de apoio, visto ambos serem de grande importância para um envelhecimento saudável.

Nesse sentido, é cada vez mais importante, criar espaços de convívio, onde os idosos possam passar o seu tempo, continuando a manter um bom nível de actividade (física e cognitiva), espaços esses que devem respeitar a mobilidade, funcionalidade e interesses dos idosos, bem como estarem dotados de recursos humanos que vão de encontro a todas as necessidades desta faixa etária.

Este estudo pode contribuir para a implementação de medidas junto dos idosos avaliados, já que estão avaliadas as suas necessidades, como exemplo fica sugerido, o alargamento do espaço físico onde o centro de convívio funciona, visto ser um local de reduzidas dimensões que não permite a realização de determinadas actividades (por exemplo, dança), e ainda um alargamento do horário de funcionamento do mesmo. Dadas as contribuições positivas dos centros de convívio, seria importante um funcionamento num horário mais alargado, pois actualmente funciona unicamente entre as 14:30h e as 17:30h.

Destacamos ainda, exemplos de algumas actividades a realizar junto dos idosos, como primeiro exemplo salientamos a pintura, que concede ao homem a possibilidade de desenvolver a sua criatividade e obter um lazer que lhe proporcione prazer e realização pessoal, formação e conhecimento (Coelho, 2003). Esta actividade, junto do idoso, cria a oportunidade de estimulação e prolongamento das capacidades psíquicas e físicas, despertando para novos interesses (Coelho, 2003).

Dada a importância de ter projectos estimulantes, actividades culturais conjuntas com outros grupos etários (Serra, 2003) e promover a valorização social do idoso, a promoção de actividades e projectos entre idosos e crianças/adolescentes seria de grande interesse.

Também poderiam ser realizadas actividades que proporcionem o riso, como por exemplo, contar anedotas, adivinhas e histórias verdadeiras divertidas, já que as actividades que façam rir, proporcionam bem-estar e prazer, dar uma boa gargalhada relaxa, aumenta a produtividade e a satisfação (Lima, 2004).

Poderão ser, ainda, desenvolvidas várias dinâmicas de grupo adequadas a várias situações e com objectivos diversificados (promover o auto e hetero-conhecimento, aumentar pensamentos positivos, relaxamento, promover o conhecimento mútuo, treino de memória, estimulação cognitiva e criativa etc.)

Poderão também, ser realizadas sessões de esclarecimento sobre questões relacionadas com a saúde, direitos dos idosos, sobre outras instituições onde procurar ajuda e outras informações úteis aos idosos.

Foram inumeradas apenas algumas actividades a realizar com idosos, existem muitas outras, mas é importante que sejam propostas, analisadas e monitorizadas por um profissional de forma a que o idoso seja sempre respeitado nas suas limitações e decisões, motivado, ajudado quando necessário e resolvendo conflitos de forma a garantir uma boa integração de todos os idosos. É da máxima importância que nenhuma actividade ponha em questão o bem-estar quer físico quer mental do idoso.

9- Conclusão

O estudo, que agora termina, moveu-se com o objectivo de comparar a qualidade de vida entre idosos que frequentam centros de convívio e idosos que não frequentam os referidos centros. Teve igualmente o objetivo de perceber a importância das redes de apoio para a população idosa, e a ambição de contribuir para uma visão positiva do envelhecimento e valorização desta fase da vida.

Após uma reflexão sobre alguns aspectos ligados ao envelhecimento e à qualidade de vida, procedeu-se ao estudo empírico, onde foram recolhidos dados relativos a dois grupos, os idosos que frequentam centros de convívio e idosos que não frequentam os centros.

Depois do tratamento dos questionários podemos verificar que os resultados sugerem que os idosos que frequentam os centros de convívio têm uma melhor qualidade de vida comparativamente com os idosos que não frequentam os centros. Este facto também pode estar relacionado com o facto dos idosos que frequentam os centros de convívio serem mais novos, terem um maior nível de escolaridade e de se terem reformado mais tarde que os idosos que não os frequentam.

Relativamente aos vários factores verificamos que os idosos que frequentam os centros de convívio apresentam valores mais positivos quanto à incapacidade física, à qualidade de vida percebida, área funcional, cuidados pessoais, mobilidade, controlo esfíncteriano, depressão e pontuação total da incapacidade.

Apesar da contribuição das redes de apoio formal, na qualidade de vida dos idosos, não podemos esquecer a importância do apoio informal, pois este assume igualmente uma grande relevância no bem-estar do idoso, nomeadamente no apoio afectivo.

O envolvimento neste estudo revelou-se uma experiência muito enriquecedora, não só por permitir um conhecimento muito mais alargado do envelhecimento, das suas problemáticas e aspectos positivos, mas principalmente pelo contacto com a população idosa.

Bibliografia

- Abrams, M. (1974). Uma aferição difícil: A qualidade de vida. *A Saúde do Mundo*, 11, 4-11.
- Alves, F. (2006). *Cadernos de Actas dos Seminários de Gerontologia*. Tondela: Edição do Município de Tondela.
- Atchley, R. C. (2000). *Social forces and aging: An introduction to social gerontology*. Belmont: Wadsworth.
- Bath, P. & Philp, I. (1998). A Hierarchical Classification of Dependency Amongst Older People: Use of Artificial Neural Networks. *Health Care in Later Life* 3, 59-69.
- Berger, C. & Mailloux-Poirier, D. (1995). *Pessoas idosos: Uma abordagem global*. Lisboa Lusodidata.
- Boer, H. (2002). *Qualidade de vida para pessoas com epilepsia*. Consultado a 31 de Março de 2005, em <http://www.conciencia.br/reportagens/epilepsia/ep.27.html>>.
- Botelho, A. (2005). A funcionalidade dos idosos. In C. Paúl, & A. M. Fonseca (Eds.) *Envelhecer em Portugal* (pp.111-135). Lisboa. Climepsi.
- Carvalho, J. (2006). Projecto de vida e qualidade de vida- Resivida. In F. Alves (Ed.) *A pessoa idosa momentos de reflexão: Cadernos de Actas dos Seminários de Gerontologia*. (pp. 141-147). Tondela: Edição do Município de Tondela.
- Coelho, C. (2003). Pintura na Gerontologia. *Revista da universidade Moderna do Porto*, 6, pp.21-25.
- Comissão das Comunidades Europeias (2002). *Resposta da Europa ao envelhecimento da população mundial, promover o progresso económico e social num mundo em*

envelhecimento, contribuição da Comissão Europeia para a II Assembleia Mundial sobre o Envelhecimento. Consultado a 10 de Outubro de 2006, em http://ec.europa.eu/employment_social/social_situation/docs/com2002_0143_pt.pdf.

Constituição da República Portuguesa (2005). *Constituição da República Portuguesa.* Consultado a 28 de Novembro de 2006, em http://www.parlamento.pt/const_leg/crp_port/crp_97_1.html.

Cordeiro, J. C. D. (1982). *A saúde mental e a vida, pessoas e populações em risco psiquiátrico.* Lisboa: Moraes Editores.

Costa, A. (2005). A depressão nos idosos portugueses. In C. Paúl, & A. M. Fonseca, (Eds.) *Envelhecer em Portugal* (pp.157-176). Lisboa: Climepsi.

Costa, E. M. S. (1998). *Gerontodrama: A velhice em cena.* São Paulo. Ágora

Cubero, M.V.(1991). *La animación sociocultural: Uma alternativa para la tercera edad.* Madrid: Espanha Editores.

Depner, C. E. & Ingersoll-Dayton, B. (1998). Supportive relationships in later life. *Psychology and Aging*, 3 (4), 348-357.

Fischer, G. N. (1996). *Os conceitos fundamentais da psicologia social.* Lisboa: Instituto Piaget.

Ferrey, G. & Le Goués, G. (1989). *Psychopathologie du suget âgé.* Paris: Masson.

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

- Ferreira, M. N. (2006). Transição à reforma, qualidade de vida e envelhecimento. *Revista Transdisciplinar de Gerontologia, 1*, 30-34.
- Fonseca, A. M. (2005). Aspectos psicológicos da passagem à reforma. In C. Paúl & A. M. Fonseca (Eds), *Envelhecer em Portugal* (pp.45-73). Lisboa: Climepsi.
- Fonseca, A. M. (2005). *Desenvolvimento humano e envelhecimento*. Lisboa: Climepsi
- Fung, H. H. & Carstensen, L. L. (2003). Sending memorable messages to the old: Age differences in preferences and memory for advertisements. *Journal of Personality and Social Psychology, 85* (1), 163-178.
- Fung, H. H., Carstensen, L. L., Laura L. L. & Amy, M. (1999). Influence of time on social preferences implications for life-span development. *Psychology and Aging, 14* (4), 595-604.
- Galinha, I. & Ribeiro, J. L. P. (2005). História e evolução do conceito de bem-estar subjectivo. *Psicologia, Saúde & Doenças, 6*, p.203-214.
- Giacomin, K. (2004). Avaliação funcional: O que é função, como avaliar função e como lidar com perdas. In A. L. Saldanha & C. P. Caldas (Eds), (pp.123-143), *Saúde do idoso a arte de cuidar*. Rio de Janeiro. Editora Interciência.
- Goldfield, Z. (2002). Reflexão sobre saídas criativas. In D. M. R. Monteiro (Ed), *Depressão e envelhecimento, saídas criativas* (pp.51-55). Rio de Janeiro: Revinter.
- Gonçalves, O.F. (2002). *Viver narrativamente. A psicologia como adjectivação da experiência*. Coimbra. Quarteto
- Guéguen, N. (1999). *Manual de estatística para psicólogos*. Lisboa: Climepsi Editores.

- Hobson, P., Holden, A. & Meara, J. (1999). Measuring the impact of parkinson's disease with the parkinson's disease quality of life questionnaire. *Age and Ageing*, 28, 341-346.
- Krause, N. (2005). Exploring age differences in the stress-buffering function of social support. *Psychology and Aging*, 20 (4), 714-117.
- Instituto Nacional de Estatística (2004). *Dados demográficos*. Consultado a 5 de Novembro de 2006, em <http://www.ine.pt/prodserv/retrato/retrato.asp>
- Levet, M. (1995). *Viver depois dos 60 anos*. Lisboa. Instituto Piaget.
- Lima, M. P.(2004). *Posso Participar? Actividades de desenvolvimento pessoal para idosos*. Porto. Ambar
- Lingerman, H.A. (1983). As energias curativas da música. In D. M. R. Monteiro (Ed), *Depressão e envelhecimento, saídas criativas* (pp.51-55). Rio de Janeiro: Revinter.
- Mancici, A. D. & Banano, G. A. (2006). Marital closeness, funcional disability, and adjustment in late life. *Psychology and Aging*, 21 (3), 600-610
- Martins, R. M. L. (2006). *A relevância do apoio social na velhice*. Consultado a 26 de Outubro de 2006 , em <http://66.249.104/search?q=cache:1gcdyWULZ3MJ:www.ipv.pt/milenium/Milenium31/9.pdf>
- Meneses, R. F. (2005). *Promoção da qualidade de vida de doentes crónicos: Contributos no contexto das epilepsias focais*. Porto: Universidade Fernando Pessoa.
- Mesquita, R. & Duarte, F. (1995). *Psicologia Geral e Aplicada*. Lisboa: Plátano editora.

- Ministério da Saúde (2004). *Programa Nacional para a saúde das pessoas idosas. Despacho ministerial de 08-06-2004*. Consultado a 11 de Abril de 2007, de <http://www.dgsaude.pt/upload/membro.id/ficheiro/i006491.pdf>.
- Motta, L. B. (2004). Processo de envelhecimento. In A. L. Saldanha, & C. P. Caldas, (Eds), *Saúde do idoso a arte de cuidar* (pp.117-124). Rio de Janeiro. Interciência.
- Murrell, S. A. & Norris, F. H. (1991). Differential social support and life change as contributors to the social class- distress relationship in older adults. *Psychology and Aging*, 6 (2), 223-231.
- Oliveira, J. B. (2005). *Psicologia do envelhecimento e do idoso*. Porto: Legis Editora.
- OMS (2001). *Relatório sobre a saúde no mundo*. Consultado a 13 de Novembro de 2006, em <http://www.dgsaude.pt/upload/membro.id/ficheiros/i006020.pdf>.
- OMS (2002). *130ª sessão do Comitê executivo. Saúde de envelhecimento*. p.130-150
- OMS (2003). *Gender, Helth and ageig*. Geneva: Department of Gender and Women's Helth.
- Pascoal, S. M. P. (2000). *Qualidade de vida do idoso: Elaboração de um instrumento que privilegia sua opinião*. Consultado a 8 de Agosto de 2006, em <http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/5/5137/tde-09112001-162639/publico/tdsergio.pdf>.
- Paúl, M. C. (1997). *Lá para o fim da vida*. Coimbra: Almedina
- Paúl, M. C. & Fonseca, A. M. (2005). *Envelhecer em Portugal*. Lisboa: Climepsi

- Paúl, M. C., Fonseca, A. M., Martin, I. & Amado, J. (2005). Satisfação e qualidade de vida em idosos portugueses. In C. Paúl & A. M. Fonseca (Eds), *Envelhecer em Portugal* (pp.75-95). Lisboa: Climepsi.
- Pereira, A. (2004). *SPSS Guia prático de utilização*. Lisboa: Edições Sílabo.
- Pimentel, L. (2005). *O lugar do idoso na família*. Coimbra: Quarteto.
- Pinto, A. M. (2001). *Envelhecer vivendo*. Coimbra: Quarteto Editora
- Queroz, N. C. & Neri, A. L. (2005). Bem-estar psicológico e inteligência emocional entre homens e mulheres na meia-idade e na velhice. *Psicologia: Reflexão e Crítica*,18, 2, pp.292-299.
- Ramos, M. P. (2002). Apoio social e saúde entre idosos. *Sociologias*, 7, 156-175
- Rendas, A. B. (2001). *Adaptações normais e patológicas do organismo humano durante o envelhecimento*. In A. M. Pinto (Ed.), *Envelhecer vivendo* (pp. 47-55). Coimbra: Quarteto Editora.
- Resende, M. C., Bones, V. M., Souza, I. S. & Guimarães, N. K. (2006). Rede de relações sociais e satisfação com a vida de adultos idosos. *Psicologia para a América Latina*,5.
- Ribeiro, J. L. P. (1999). *Investigação e avaliação em psicologia e saúde*. Lisboa: Climepsi.
- Rocha, F. (2002). Saídas criativas: Arte, atividade, afectividade. In D. M. R. Monteiro (Ed), *Depressão e envelhecimento, saídas criativas* (pp.57-60). Rio de Janeiro: Revinter.
- Santos, F. (2001). Relação com o idoso- a propósito dum protocolo de investigação gerontológica. *Revista da Universidade Moderna do Porto*, 3, 111-118.

- Santos, S. R. , Santos, I. B. C., Fernandes, M. G. M. & Henriques, M. E. R. (2002). Qualidade de vida do idoso na comunidade: Aplicação da escala de Flanagan. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 10, (6), 757-764.
- Serra, C. M. M. (2003). O Idoso e a Criança: uma Prespectiva Psicopedagógica. *Revista da Universidade Moderna do Porto*, 6, 41-48.
- Serra, A. V. (1999). *O stress na vida de todos os dias*. Coimbra: Quarteto
- Sequeira, A. & Silva, M. N.(2002). O bem-estar da pessoa idosa em meio rural. *Análise Psicológica*, 3 (20), 505-516.
- Silva, T. E. & Resende, C. H. A. (2006). Avaliação transversal da qualidade de vida de idosos participantes de centros de convivência e institucionalizados por meio de questionário genérico. Consultado a 9 de Outubro de 2006, em http://www.propp.ufu.br.revistaeletronica/edição%202006_1/D/tais_estavao.pdf
- Sousa, L. , Figueiredo, D. & Cerqueira, M. (2004). *Envelhecer em família*. Porto: Ambar.
- Souza, L.; Galante, H. & Figueiredo, D, (2003). Qualidade de vida e bem-estar dos idosos: um estudo exploratório na população portuguesa. *Revista de Saúde Pública*, 37, (3), 364-371.
- Souza, L. (2005). *Impacto das imagens da velhice na qualidade de vida e bem estar dos idosos*. Aveiro: Universidade de Aveiro.
- Sprintall, N. A. & Sprintall, R. C. (1993). *Psicologia educacional*. Lisboa: McGraw-Hill
- Squire, A. (2005). *Saúde e bem- estar para pessoas idosas*. Loures: Lusociência.

- Teixeira, B. (2003). Formação para a gerontologia- O idoso institucionalizado. *Revista da Universidade Moderna do Porto*, 6, 57-68
- Tomas, C. e Brito-Melo, F. (2002). *Dar e receber na terceira idade*. Viana do Castelo: Ofilito.
- Vandenplas-Holper, C. (2000). *Desenvolvimento psicológico na idade adulta e durante a velhice*. Lisboa: Edições ASA.
- Vargas, H. S. (1983). *Psicologia do envelhecimento*. São Paulo: BYK-PROCIENX
- Vecchia, R. D., Ruiz, T., Bocchi, S. C. M. & Corrente, J. E. (2005). Qualidade de vida na terceira idade: Um conceito subjectivo. *Revista Brasileira de Epidemiologia*, 8 (3).
- Zimmerman, I. (2000). *Velhice, aspectos biopsicosociais*. São Paulo: Artemed.
- Wilcox, V. L., Kast, S. V. & Berkman, L. F. (1994). Social support and physical disability in older people after hospitalization: A prospective study. *Health Psychology*, 13 (2), 170-179.
- WhoqolGroup (1998). Organização Mundial de Saúde: Divisão de Saúde Mental GrupoWhoqol. Consultado a 19 de Dezembro de 2006, em <http://www.ufrgs.br/psiq/wholqol1.html>.

Anexos

Anexo A- Escala *EasyCare*

Nome: _____

Morada: _____

Sub-Sistema de Saúde: _____ Utente n°: _____

Centro: _____

Data de nascimento: ____/____/____ Sexo: _____

Residência

a) *Vive:*

Sozinho

Com a família

Lar de Idosos

Outra

Especifique: _____

b) *Costuma ter acesso a:*

Apoio domiciliário

Centro de dia

Centro de convívio

Outra

Especifique: _____

Indique a idade em que concluiu a sua escolarização e qual o nível que atingiu:

Indique a idade com que deixou de ter um trabalho remunerado e qual a profissão que exercia:

Actividade do examinador: _____ Data da avaliação: ____/____/____

- 1. Vê bem? (se usar óculos, com eles colocados)**
- sim 0
- com dificuldade..... 1
- não consegue ver nada 3

Comentários:

- 2. Ouve bem? (se usar "aparelho" auditivo, com ele colocado)**
- sim 0
- com dificuldade..... 1
- não consegue ouvir nada..... 3

Comentários:

- 3. Tem dificuldade em mastigar a comida? (se usar dentadura, com ela colocada)**
- sem dificuldade..... 0
- alguma dificuldade 1
- incapaz de mastigar 3

Comentários:

- 4. Sente que as pessoas têm dificuldade em compreendê-lo(a), devido a problemas que possa ter com a fala/linguagem?**
- sem dificuldade..... 0
- dificuldade com algumas pessoas . 1
- dificuldade considerável com toda a gente 3

Comentários:

PONTUAÇÃO de incapacidade física (questões 1 a 4) _____ (máximo 12)

- 5. Considera que a sua saúde é:**
- excelente..... 1
- muito boa..... 2
- boa..... 3
- razoável..... 4
- fraca..... 5

Comentários:

- 6. Sente-se sozinho?**
- nunca 1
- raramente..... 2
- algumas vezes..... 3
- frequentemente..... 4
- sempre 5

Comentários:

- 7. Em geral, diria que a sua habitação é**
- excelente..... 1
- muito boa..... 2
- boa..... 3
- razoável..... 4
- fraca..... 5

Comentários:

PONTUAÇÃO da qualidade de vida percebida pelo sujeito (questões 5 a 7) _____ (máximo 15)

8. Consegue fazer o seu trabalho doméstico?

- sem ajuda (limpar o chão, etc.) 0
- com alguma ajuda (consegue fazer os trabalhos domésticos leves mas precisa de ajuda nos trabalhos pesados) 1
- completamente incapaz de fazer qualquer trabalho doméstico. 3

Se tem alguma dificuldade quem o ajuda?

- Cônjuge ou companheiro(a)
- membro da família
- amigo ou vizinho
- ajuda privada (ex: empregada)
- ajuda pública (ex: serviço de uma instituição)
- outra
- ajuda não disponível

Comentários:

9. Consegue preparar as suas próprias refeições?

- sem ajuda (decide e cozinha refeições completas para si próprio/a) 0
- com alguma ajuda (consegue preparar algumas coisas mas é incapaz de ele(a) próprio(a) cozinhar refeições completas) 2
- completamente incapaz de preparar as refeições 5

Se tem alguma dificuldade quem o ajuda?

- Cônjuge ou companheiro(a)
- membro da família
- amigo ou vizinho
- ajuda privada (ex: empregada)
- ajuda pública (ex: serviço de uma instituição)
- outra
- ajuda não disponível

Comentários:

10. Consegue ir às compras?

- sem ajuda (tomando por si próprio/a conta das suas compras) 0
- com alguma ajuda (precisa de alguém para ir consigo para todas as compras) 2
- completamente incapaz de fazer qualquer compra 4

Se tem alguma dificuldade quem o ajuda?

- Cônjuge ou companheiro(a)
- membro da família
- amigo ou vizinho
- ajuda privada (ex: empregada)
- ajuda pública (ex: serviço de uma instituição)
- outra
- ajuda não disponível

Comentários:

11. Consegue administrar o seu próprio dinheiro?

- (ex. pagar contas, contar dinheiro, etc.)
- sem ajuda (passar cheques, pagar contas, etc.) 0
 - com alguma ajuda 2
 - ou é completamente incapaz de administrar o seu dinheiro 4

Se tem alguma dificuldade quem o ajuda?

- Cônjuge ou companheiro(a)
- membro da família
- amigo ou vizinho
- ajuda privada (ex: empregada)
- ajuda pública (ex: serviço de uma instituição)
- outra
- ajuda não disponível

Comentários:

12. Consegue usar o telefone?

- Sem ajuda, incluindo procurar os números e discar 0
- com alguma ajuda 1
- completamente incapaz de usar o telefone 3

Se tem alguma dificuldade quem o ajuda?

- Cônjuge ou companheiro(a)
- membro da família
- amigo ou vizinho
- ajuda privada (ex: empregada)
- ajuda pública (ex: serviço de uma instituição)
- outra
- ajuda não disponível

Comentários:

13. Consegue tomar os seus medicamentos?

- sem ajuda (nas doses certas e às horas indicadas) 0
- com alguma ajuda (capaz de tomar alguns medicamentos se alguém os preparar para si e/ou o(a) lembrar de os tomar) 2
- completamente incapaz de tomar os seus medicamentos 4

Se tem alguma dificuldade quem o ajuda?

- Cônjuge ou companheiro(a)
- membro da família
- amigo ou vizinho
- ajuda privada (ex: empregada)
- ajuda pública (ex: serviço de uma instituição)
- outra
- ajuda não disponível

Comentários:

PONTUAÇÃO da área FUNCIONAL (questões 8 a 13) _____ (máximo 23)

14. Consegue sair de casa e caminhar na rua?

- sem ajuda 0
- com alguma ajuda 4
- completamente incapaz de andar fora da sua casa. 6

Comentários:

Se tem alguma dificuldade quem o ajuda?

- Cônjuge ou companheiro(a)
- membro da família
- amigo ou vizinho
- ajuda privada (ex: empregada)
- ajuda pública (ex: serviço de uma instituição)
- outra
- ajuda não disponível

15. Consegue movimentar-se dentro de casa?

- sem ajuda 0
- numa cadeira de rodas sem ajuda. 4
- com alguma ajuda 6
- acamado 9

Comentários:

Se tem alguma dificuldade quem o ajuda?

- Cônjuge ou companheiro(a)
- membro da família
- amigo ou vizinho
- ajuda privada (ex: empregada)
- ajuda pública (ex: serviço de uma instituição)
- outra
- ajuda não disponível

16. Consegue subir e descer escadas?

- sem ajuda (e sem qualquer apoio – ex: corrimão, pegas) 0
- com alguma ajuda 2
- incapaz de subir ou descer escadas. 5

Comentários:

Se tem alguma dificuldade quem o ajuda?

- Cônjuge ou companheiro(a)
- membro da família
- amigo ou vizinho
- ajuda privada (ex: empregada)
- ajuda pública (ex: serviço de uma instituição)
- outra
- ajuda não disponível

17. Consegue deslocar-se da cama para a cadeira, se estiverem próximas uma da outra?

- sem ajuda 0
- com alguma ajuda 5
- completamente incapaz de se deslocar da cama para a cadeira 7

Comentários:

Se tem alguma dificuldade quem o ajuda?

- Cônjuge ou companheiro(a)
- membro da família
- amigo ou vizinho
- ajuda privada (ex: empregada)
- ajuda pública (ex: serviço de uma instituição)
- outra
- ajuda não disponível

18. Consegue utilizar a sanita (ou a cadeira-sanitária)?

- sem ajuda (chegar à sanita ou cadeira-sanitária, despir o necessário, lavar-se e ir embora) 0
- com alguma ajuda (consegue fazer algumas coisas incluindo limpar-se) 5
- completamente incapaz de usar a sanita ou a cadeira-sanitária. 8

Comentários:

Se tem alguma dificuldade quem o ajuda?

- Cônjuge ou companheiro(a)
- membro da família
- amigo ou vizinho
- ajuda privada (ex: empregada)
- ajuda pública (ex: serviço de uma instituição)
- outra
- ajuda não disponível

19. Consegue usar a banheira ou o chuveiro/polivan?

- sem ajuda 0
- necessita de alguma ajuda para utilizar a banheira ou o chuveiro 6

Comentários:

Se tem alguma dificuldade quem o ajuda?

- Cônjuge ou companheiro(a)
- membro da família
- amigo ou vizinho
- ajuda privada (ex: empregada)
- ajuda pública (ex: serviço de uma instituição)
- outra
- ajuda não disponível

20. Consegue cuidar da sua aparência pessoal? (ex. pentear o cabelo, barbear-se, maquilhar-se, etc.)

- sem ajuda 0
com ajuda 5

Comentários:

Se tem alguma dificuldade quem o ajuda?

- Cônjuge ou companheiro(a)
- membro da família
- amigo ou vizinho
- ajuda privada (ex: empregada)
- ajuda pública (ex: serviço de uma instituição)
- outra
- ajuda não disponível

21. Consegue vestir-se?

- sem ajuda (incluindo apertar botões, puxar os fechos, apertar os atacadores, etc.) 0
com alguma ajuda (consegue fazer algumas coisas sem ajuda) 3
completamente incapaz de se vestir 6

Comentários:

Se tem alguma dificuldade quem o ajuda?

- Cônjuge ou companheiro(a)
- membro da família
- amigo ou vizinho
- ajuda privada (ex: empregada)
- ajuda pública (ex: serviço de uma instituição)
- outra
- ajuda não disponível

22. Consegue alimentar-se?

- sem ajuda 0
com alguma ajuda (cortar os alimentos, espalhar a manteiga, etc.) 5
completamente incapaz de alimentar-se 8

Comentários:

Se tem alguma dificuldade quem o ajuda?

- Cônjuge ou companheiro(a)
- membro da família
- amigo ou vizinho
- ajuda privada (ex: empregada)
- ajuda pública (ex: serviço de uma instituição)
- outra
- ajuda não disponível

PONTUAÇÃO das actividades de CUIDADOS PESSOAIS (questões 20 a 22) _____ (máximo 19)

23. Tem acidentes/descuidos com a sua bexiga? (incontinência urinária)

- sem problemas 0
sim, problemas ocasionais (menos de uma vez por dia) 6
tem problemas frequentes (uma ou mais vezes por dia) ou necessita de algália 8

Comentários:

Se tem alguma dificuldade quem o ajuda?

- Cônjuge ou companheiro(a)
- membro da família
- amigo ou vizinho
- ajuda privada (ex: empregada)
- ajuda pública (ex: serviço de uma instituição)
- outra
- ajuda não disponível

24. Tem acidentes/descuidos com os seus intestinos? (incontinência fecal)

- sem problemas 0
sim, problemas ocasionais (menos de uma vez por semana) 6
tem frequentemente problemas 9

Comentários:

Se tem alguma dificuldade quem o ajuda?

- Cônjuge ou companheiro(a)
- membro da família
- amigo ou vizinho
- ajuda privada (ex: empregada)
- ajuda pública (ex: serviço de uma instituição)
- outra
- ajuda não disponível

PONTUAÇÃO do CONTROLO ESFINCTERIANO (questões 23 a 24) _____ (máximo 17)

PONTUAÇÃO de INCAPACIDADE (questões 8 a 24) _____ (máximo 100)

Escala Geriátrica de Depressão (4 itens)

25. Sente-se, em geral, satisfeito com a sua vida? Sim NÃO
26. Sente que a sua vida é vazia? SIM Não
27. Tem medo de que alguma coisa má lhe vá acontecer? SIM Não
28. Sente-se feliz durante a maior parte do tempo? Sim NÃO

Atribua 1 ponto a cada sintoma de depressão.

Uma pontuação total de 1 ponto ou mais indica a possibilidade de estarmos perante uma depressão e a pessoa deve ser avaliada em maior detalhe.

PONTUAÇÃO de DEPRESSÃO (questões 25 a 28) _____ (máximo 4)

Teste de Diminuição Cognitiva

Item	Erro máximo	Pontuação		Ponderação	
1. Em que ano estamos?	1	_____	x	4	= _____
2. Em que mês estamos?	1	_____	x	3	= _____
Frase de Memória					
Repita esta frase depois de eu a dizer: Sr. João Silva, Rua das Flores, 42, Santarém					
3. Que horas são? (sem olhar para o relógio, tolera-se uma margem de erro de 1 hora)	1	_____	x	3	= _____
4. Conte na ordem inversa de 20 para 1	2	_____	x	2	= _____
5. Diga os meses na ordem inversa	2	_____	x	2	= _____
6. Repita a frase de memória	5	_____	x	2	= _____
Total					= _____

Pontuação de 1 para cada resposta incorrecta; fonte de erro máximo ponderado = 28

Pontuação: 0–10 indica normalidade ou diminuição ligeira
11–28 indica diminuição de moderada a grave

PONTUAÇÃO do teste de diminuição cognitiva _____

Outra Informação

Anexo B- Questionário sócio-demográfico

Questionário sócio-demográfico

Idade: _____

Sexo: Masculino Feminino

Profissão exercida: _____

Idade em que se reformou: _____

Estado civil: Solteiro/a Casado/a Viúvo/a Separado/a

Nível de escolaridade: Analfabeto 1ª Classe 2ª Classe

3ª Classe 4ª Classe Outro _____

Pessoas com quem vive: Sozinho Com Família Outra _____

Anexo C- Pedido de autorização apresentado à Junta de Freguesia de Paranhos
para recolha de dados

Exm^a. sr^a. Sónia Almeida

Porto, Junho de 2006

Exm^a dtr^a Sónia Almeida

No âmbito da conclusão da licenciatura em Psicologia (Social e do Trabalho), na Universidade Fernando Pessoa- Porto, sobre a super-visão da Doutora Isabel Silva, a aluna Cecília Pires, encontra-se a desenvolver a Monografia subordinada ao tema: “Qualidade de vida: Estudo comparativo entre idosos que frequentam e não frequentam o centro de convívio no bairro do Outeiro”.

Nesse sentido, vimos solicitar autorização a V. Exa. para administrar a escala *Easycare: Elderly Assesmente System* (sistema de avaliação de idosos), que foi desenvolvida com o objectivo de caracterizar a Qualidade de Vida e o Bem-estar da população idosa.

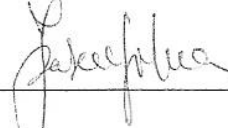
Segundo a literatura o envelhecimento populacional exige a caracterização da qualidade de vida, para permitir que sejam dinamizadas medidas adequadas a esta população, que permitam alcançar um envelhecimento bem sucedido.

Os dados recolhidos serão confidenciais e serão respeitadas todas as questões éticas na recolha dos mesmos.

Agradecemos antecipadamente a Vossa colaboração e disponibilidade prestada.

Os nossos melhores cumprimentos:

Dtr^a Isabel Silva



Cecília Pires



Anexo D- Autorização para a administração da escala *EasyCare*

[Responder](#)[Responder a todos](#)[Reencaminhar](#)[Apagar](#)[- Marcar -](#)[- Mover para -](#)**EASYCare****De:** "Daniela Figueiredo" <dfigueiredo@essua.ua.pt>**Para:** <cecilia23@clix.pt>**Data/Hora:** 2006/05/11 09:43:06**Assunto:** EASYCare[Ver cabeçalho completo](#)[Imprimir](#)[Adicionar contactos](#)[Bloquear](#)

Cara Cecília,

Na sequência do email que enviou à Professora Liliana Sousa, devo dizer-lhe que temos todo o gosto em lhe facultar o EASYCare, bem como toda a documentação a ele referente. Para tal, só terá de me informar acerca da morada para a qual deverei remeter os referidos documentos.

Devo também dizer-lhe que poderá administrar o EASYCare instrumento no âmbito da sua monografia.

Com os meus melhores cumprimentos,
Daniela Figueiredo

[Responder](#)[Responder a todos](#)[Reencaminhar](#)[Apagar](#)[- Marcar -](#)[- Mover para -](#)

Anexo E- Autorização da Junta de Freguesia de Paranhos para a recolha de
dados



JUNTA DE FREGUESIA DE PARANHOS

Declaração

A Junta de Freguesia de Paranhos declara para os devidos efeitos que autoriza a estudante Cecília Pires, da Universidade Fernando Pessoa, a recolher dados, através de uma Escala *Easy Care*, junto de idosos que frequentam o Centro de Convívio da Gruta de Arca D'Água e utentes do Apoio Domiciliário do Bairro do Outeiro.

Estes dados destinam-se exclusivamente para fins académicos.

Paranhos, 15 de Setembro de 2006

O Presidente da Junta de Freguesia de Paranhos

Luís Miguel Seabra de Freitas

(Eng.º, Luís Miguel Seabra de Freitas)