

UNIVERSIDADE DO ALGARVE

Escola Superior de Educação e Comunicação

Escola Superior de Saúde

Stresse e qualidade de vida da pessoa idosa

VASCO RICARDO FANGUEIRO SÃO-PAYO CARY

DISSERTAÇÃO PARA A OBTENÇÃO DO GRAU DE MESTRE
EM GERONTOLOGIA SOCIAL

Trabalho realizado sob a orientação:

Professor Doutor José Eusébio Palma Pacheco

2016



UNIVERSIDADE DO ALGARVE

Escola Superior de Educação e Comunicação

Escola Superior de Saúde

Stresse e qualidade de vida da pessoa idosa

VASCO RICARDO FANGUEIRO SÃO-PAYO CARY

DISSERTAÇÃO PARA A OBTENÇÃO DO GRAU DE MESTRE
EM GERONTOLOGIA SOCIAL

Trabalho realizado sob a orientação:

Professor Doutor José Eusébio Palma Pacheco

2016

Stresse e qualidade de vida da pessoa idosa

Declaração de autoria de trabalho

Declaro ser o autor deste trabalho, que é original e inédito. Autores e trabalhos consultados estão devidamente citados no texto e constam da listagem de referências incluídas.

Vasco Ricardo Fangueiro São-PayoCary

.....
(Assinatura)

Direitos de Cópia ou Copyright

© **Copyright:** Vasco Ricardo Fangueiro São-PayoCary

A Universidade do Algarve tem o direito, perpétuo e sem limites geográficos, de arquivar e publicitar este trabalho através de exemplares impressos reproduzidos em papel ou de forma digital, ou por qualquer outro meio conhecido ou que venha a ser inventado, de o divulgar através de repositórios científicos e de admitir a sua cópia e distribuição com objetivos educacionais ou de investigação, não comerciais, desde que seja dado crédito ao autor e editor.

Diz-me o que vês, diz-me o que viste.
Diz-me como era; diz-me o que é preciso ver hoje.

Diz-me em que acreditas, diz-me em que acreditaste.
Diz-me como era; diz-me em que é preciso acreditar hoje.

J. Boulerice
(extraído de: “Raconte-moigrand-mère”)

AGRADECIMENTOS

O meu agradecimento e reconhecimento pelo empenho e dedicação que o meu orientador, Professor Doutor José Eusébio Palma Pacheco colocou na realização deste trabalho, contribuindo de forma decisiva, não só para a realização do mesmo, como para o meu desenvolvimento académico e pessoal, demonstrado pela sua permanente disponibilidade e pela forma como acreditou em mim, o que muito me encorajou na realização desta tarefa.

Agradecimento à minha família, em especial aos meus avós, à minha mãe e irmão, bem como à minha tia Adélia, à minha namorada, e aos meus amigos que me apoiaram e incentivaram durante o período de realização desta dissertação.

RESUMO

O aumento do envelhecimento da população a nível mundial, e o acréscimo da longevidade e da esperança média de vida, tem acarretado o incremento de novos estudos e projetos, sendo imperioso promover a qualidade de vida com o intuito de adiar e prevenir o declínio inerente ao processo de envelhecimento.

Inquirimos cento e quatro pessoas idosas, residentes nas nove freguesias do concelho de Loulé. A recolha de dados decorreu entre novembro 2015 e março de 2016 e os instrumentos utilizados foram: 1) questionário sociodemográfico, 2) Escala de Percepção de Stresse (EPS) e 3) questionário da WorldHealthOrganizationQualityofLife – Bref (WHOQOL-BREF). O objetivo do estudo foi perceber se: 1) As variáveis sociodemográficas (sexo, idade, estado civil, habilitações literárias, valor da reforma, com quem vive, visitas da família, prática de atividadee alguma ocupação) relacionam-se com o stresse e a qualidade de vida nos domínios físico, psicológico, relações pessoais e ambiente da pessoa idosa, 2) O stresse influencia a qualidade de vida no geral da pessoa idosa, e 3) O stresse influencia a qualidade de vida nos domínios físico, psicológico, relações pessoais e ambiente da pessoa idosa.

Os resultados obtidos indicam queo stresse influencia a qualidade de vida no geral, mas também influencia positivamente todos os domínios da qualidade de vida (físico, psicológico, relações pessoais e ambiente).

Este estudo reforça a importância da implementação de políticas a programas direcionados às pessoas idosas com o intuito de melhorar a qualidade de vida.

Palavras-chave: Envelhecimento, Stress, Qualidade de Vida, Pessoa Idosa

ABSTRACT

The increase in the ageing of the population worldwide and longevity and life expectancy has led to the growth of new studies and projects, and it is imperative to promote the quality of life in order to delay and prevent the decline inherent in the ageing process.

We questioned one hundred and four elders, residents of nine parishes of the Loulé Municipality. The data collection took place between November 2015 and March 2016 and the instruments used were: 1) sociodemographic questionnaire, 2) stress perception scale (EPS) and 3) questionnaire of the World Health Organization Quality of Life - Bref (WHOQOL-BREF). The aim of the study was to understand: 1) sociodemographic variables (gender, age, marital status, educational attainment, retirement income, with whom he/she lives, family visits, activities and occupations) are related to stress and the quality of life in the physical, psychological domains, personal relationships and environment in the elderly people, 2) Stress influences the general quality of life of elderly people, and 3) Stress influences the quality of life in the physical, psychological domains, personal relationships and environment in the elderly people.

The results indicate that stress influences the quality of life in general, but also positively influences all areas of life quality (physical, psychological, personal relationships and environment).

This study reinforces the importance of implementing policies to programs targeted to elderly people in order to improve the quality of life.

Keywords: Aging, Stress, Quality of Life, Elderly

ÍNDICE

Introdução	13
1. Envelhecimento	15
1.1 Definição de Envelhecimento	15
1.1.2 Envelhecimento bem sucedido.....	17
1.1.3 Envelhecimento em Portugal.....	18
2. Stresse	24
2.1 Stresse.....	24
2.1.1 Stresse na pessoa idosa.....	24
3. Qualidade de Vida	26
3.1 Qualidade de Vida.....	26
3.1.1 Qualidade de Vida na pessoa idosa.....	26
4. Stresse e qualidade de vida na pessoa idosa	29
4.1 Stresse e Qualidade de Vida na pessoa idosa.....	29
5. Considerações Metodológicas	31
5.1 Abordagem Metodológica.....	31
5.1.1 Delineamento do Estudo.....	31
5.1.2 Principais Hipóteses.....	32
5.1.3 Amostra e procedimento.....	32
5.1.4 Descrição dos Instrumentos de pesquisa.....	35
5.1.4.1 Questionário Sociodemografico.....	35
5.1.4.2 Escala de Percepção de Stresse.....	35
5.1.4.3 Escala de avaliação de Qualidade de Vida.....	37
5.1.4.3.1 Análise descritiva do instrumento de Stresse.....	39
5.1.4.3.2 Análise descritiva dos domínios do instrumento da Qualidade de Vida.....	39
6. Análise das hipóteses formuladas	42
6.1. Descrição dos resultados.....	42

7. Discussão dos resultados	47
8. Conclusões e implicações	55
9. Bibliografia	61
10. Anexos	65
I – Pedido de autorização às instituições.....	66
II – Consentimento informado para participação na investigação.....	67
III – Questionário Sociodemografico.....	68
IV – Escala de Percepção de Stresse.....	69
V – World Health Organization Quality of Life - Bref.....	70
VI –Pedido de utilização da Escala de Percepção de Stresse.....	74
VII –Pedido de utilização da World Health Organization Quality of Life-Bref.....	76

ÍNDICE DE QUADROS

Quadro 1: População Portuguesa residente em Portugal.....	20
Quadro 2: Idosos Residentes em Portugal.....	21
Quadro 3: Pessoas Idosas Residentes no Concelho de Loulé.....	22
Quadro 4: WHOQOL-BREF domínios da Qualidade de Vida.....	38
Quadro 5: Média, variância e desvio padrão.....	39
Quadro 6: Estatística de Confiabilidade - Alfa de Cronbach.....	39
Quadro 7: Estatística da escala - média, variância e desvio padrão.....	39
Quadro 8: Estatística dos domínios - média e desvio padrão.....	40
Quadro 9: Consistência interna da Qualidade de Vida - Alfa de Cronbach.....	40
Quadro 10: Consistência interna dos domínios da Qualidade de Vida - Alfa de Cronbach.....	41
Quadro 11: Média, variância, correlações e Alfa de Cronbach do domínio Físico, Psicológico, Relações Pessoais, Ambiente e Faceta Geral.....	41
Quadro 12: Correlações entre as variáveis Sociodemográficas, Stresse e Qualidade de Vida.....	45
Quadro 13: Resultado obtido da regressão entre as variáveis do Stresse e da Qualidade de Vida Geral.....	46
Quadro 14: Resultado obtido da regressão entre as variáveis do Stresse e os domínios Físico, Psicológico, Relações Pessoais e Ambiente.....	47

ABREVIATURAS

Et al. – há dois ou mais autores e só está citado o primeiro

EPS – Escala de Percepção de Stresse

INE – Instituto Nacional de Estatística

OMS – Organização Mundial de Saúde

QV – Qualidade de Vida

WHOQOL-BREF – World Health Organization Quality of Life -Bref

\geq – Maior ou Igual

\leq – Menor ou Igual

$>$ – Maior

$<$ – Menor

INTRODUÇÃO

INTRODUÇÃO

A palavra gerontologia, vem do grego gero, gerontos (velho) que designa o estudo do processo de envelhecimento na sua globalidade, sendo este termo utilizado pela primeira vez em 1901, e engloba o envelhecimento físico, psicológico, comportamental e o de contexto social. Por outro lado possui múltiplas facetas e está ligada a áreas como a filosofia, ciências políticas, psicologia, sociologia e história (Berger&Mailloux-Poirier, 1995).

Sequeira (2010) menciona que, com o aparecimento da gerontologia como conhecimento científico, o envelhecimento surge como objeto de estudo de várias ciências, através de uma visão pluridisciplinar centrada no objeto.

A gerontologia tem como objeto de estudo a pessoa idosa e as suas circunstâncias e representações, embora com uma história ainda muito recente, destaca-se pelo crescente interesse do envelhecimento humano como área de futuro. O envelhecimento progressivo da população é uma das características demográficas mais relevantes das últimas décadas do século XX. Esta situação começou inicialmente por se fazer notar nas sociedades mais desenvolvidas, mas é hoje transversal às menos desenvolvidas, devido ao aumento da esperança média de vida (Paúl& Ribeiro, 2012).

O envelhecimento da população tem aumentado a passos largos tanto na Europa quanto nos países em desenvolvimento, o que reforça a mudançada transição demográfica do século atual. Com o crescimento da esperança de vida há também umaumento das doenças que incidem na população idosa (Vilela &Caramelli, 2006).

O crescente envelhecimento da população portuguesa e europeia,tem contribuído para um maior interesse no desenvolvimento de projetos na área da gerontologia.

Segundo o Instituto Nacional de Estatística (INE) (INE, 2014) entre os censos de 2001 e 2011 ocorreu um aumento do envelhecimento demográfico, visto que a população com menos de 15 anos, recuou para 15% e a população com 65 ou mais anos, pessoas idosas cresceu para 19%. Diminuiu assim a base da

pirâmide, correspondente à população mais jovem, e alargou-se o topo, com o crescimento da população mais idosa, sendo que em 2013 o índice de envelhecimento foi de 136 pessoas idosas por cada 100 jovens.

Assim, este estudo surge como resposta à necessidade da obtenção de dados científicos sobre as pessoas idosas, mais especificamente residentes no concelho de Loulé e com o intuito de perceber se o stresse influencia a qualidade de vida da pessoa idosa.

ENVELHECIMENTO

1.1 ENVELHECIMENTO

Fontaine (2000) descreve o envelhecimento como um processo que varia de sujeito para sujeito, caracterizado pela degradação física, diminuição tendencial do funcionamento preceptivo e mnésico entre outros, e na representação que o sujeito faz do seu próprio envelhecimento.

O envelhecimento é um fenómeno caracterizado por um conjunto de alterações biológicas, psicológicas e sociais, que ocorrem ao longo da vida, fazendo parte do ciclo natural que se tornam mais evidentes na terceira idade (Sequeira, 2007).

Ramos et al (2013) mencionam que no processo de envelhecimento, mesmo sem presença de doença crónica, ocorre alguma perda funcional evidente na diminuição do vigor, força e velocidade de reação sistémica e eficiência metabólica.

Segundo Palácios (2004) citado por Santos, Andrade e Bueno (2009) o envelhecimento caracteriza-se por um processo que compreende múltiplos fatores endógenos e exógenos, e não como sistema unitário que ocorre da mesma forma em todo o organismo ou pela existência de doença.

Paúl (2005, citado por Sequeira, 2010) refere que apesar de ser utilizado o critério dos 65 anos de idade, o mesmo deixou de constituir um indicador rigoroso para o início da velhice, denotando algumas lacunas associadas à idade cronológica como medida para definir o envelhecimento.

O processo de envelhecimento decorre ao longo do ciclo vital, visto que não se envelhece de um momento para o outro, mas sim através das alterações progressivas das características físicas e mentais que são os indicadores da velhice (Sequeira, 2010).

Importante referir que o aumento da idade não está diretamente ligado ao

aparecimento de doenças, assim através de uma prevenção ativa consegue-se manter o idoso em condições saudáveis a nível físico e cognitivo, garantindo a sua autonomia de vida. Todavia, na presença de disfunções, o diagnóstico precoce poderá propiciar melhor qualidade de vida ao idoso.

O envelhecimento acarreta o declínio mais ou menos acentuado das diferentes funcionalidades neuropsicológicas, como a memória, linguagem e atenção, que poderá comprometer a inteligência fluida e como consequência a qualidade de vida do idoso.

As inúmeras mudanças decorrentes do processo de envelhecimento, podem ser expressas como ameaça à sua manutenção biopsicossocial, constituindo-se fatores stressantes capazes de desencadear respostas comportamentais e neuro-endócrinas na tentativa de adaptação aos eventos que provocam stresse (Duarte, 2001, citado em Souza-Talarico, Caramelli, Nitrini& Chaves, 2009).

Schroots e Birren (1980) citados em Fonseca(2006) referem que o processo de envelhecimento assenta em três componentes: biológica, social e psicológica. A componente biológica remete para a senescência, que reflete uma vulnerabilidade crescente, resultante uma maior probabilidade de morrer, a componente social está relacionada com os papéis sociais adequados às expectativas da sociedade para este grupo etário, e a componente psicológica que se define pela capacidade de auto-regulação do individuo face ao processo de senescência.

De acordo com Seco (1999, citado em Moura, 2006) o processo de envelhecimento embora marcado por mutações biológicas visíveis, é também rodeado por determinantes sociais que tornam as concepções sobre a velhice variáveis de indivíduo para indivíduo, de cultura para cultura e de época para época. Assim, permanecem evidentes a impossibilidades de pensarmos sobre o que significa ser velho, fora de um contexto histórico determinado.

Segundo oINE(2002, citado por Sequeira, 2010), nas últimas quatro décadas, a população portuguesa com mais de 65 anos duplicou, o que representa atualmente cerca de 17% dos portugueses. Com base nas atuais projeções, em 2050 as pessoas idosas representarão 32% da população portuguesa.

O Ministério da Saúde (2004) citado por Sequeira(2010) refere que o envelhecimento bem sucedido, ou seja, com qualidade de vida, está correlacionado com os níveis de saúde da pessoa idosa, e na manutenção da sua autonomia e independência.

1.1.2 ENVELHECIMENTO BEM SUCEDIDO

Phelan e Larson (citados em Teixeira e Neri, 2008), após a análise de vários estudos, mencionam que embora existam diferentes definições sobre o envelhecimento bem-sucedido, todas convergem na capacidade funcional, satisfação de vida, longevidade, ausência de incapacidade, participação social ativa, independência e adaptação positiva.

Rowe e Kahn (citados em Teixeira e Neri, 2008), mencionam que o envelhecimento bem-sucedido é composto por três elementos centrais: baixa probabilidade de doenças e de incapacidade, alta capacidade funcional cognitiva e física, e participação social ativa.

Baltes (citado em Teixeira e Neri, 2008), defende que o envelhecimento bem-sucedido tem como base a seleção, otimização e compensação durante o ciclo da vida. Assim, na seleção, o autor destaca a importância das escolhas feitas pelo indivíduo para a obtenção dos seus objetivos e metas a atingir, metas essas que podem ser redefinidas dependendo da repercussão das perdas nas atividades individuais e sociais. Relativamente à otimização, refere como a potencialização dos meios anteriormente selecionados para o envolvimento e utilização dos recursos internos e externos, com o intuito de obtenção do objetivo de forma eficiente. Contudo, a compensação define-se pela aquisição ou ativação de novas formas de aprendizagem com o intuito de compensar o declínio que coloca em risco a funcionalidade afetiva.

Assim, os autores Baltes e Smith (citados em Teixeira e Neri, 2008) consideram estas três etapas como um constructo psicossocial dinâmico, que atinge o seu expoente máximo na idade adulta, acentuando-se ainda mais no envelhecimento, assente numa busca efetiva de ultrapassar perdas através de estratégias psicológicas, utilizando recursos internos e concretos que se

aproximam de uma teoria de desenvolvimento adaptativo.

Havighurst e Lawton (citados em Blackburn e Dulmus, 2007) uma das críticas da subjetividade do bem-estar com critério central no envelhecimento bem-sucedido, prende-se com o facto de não explicitar as condições ambientais que se baseiam no envelhecimento bem-sucedido ou a ligação entre o indivíduo e o seu contexto de vida.

Os fatores ambientais exercem uma grande influência sobre o processo de envelhecimento, bem como as doenças e tudo o que a ausência de saúde pode acarretar. Acrescenta que o exercício físico e a alimentação são dois fatores preponderantes no envelhecimento bem-sucedido. É cada vez mais evidente, que a atividade física regular promove o envelhecimento bem-sucedido, no que se refere à sua saúde física e psicológica, contribuindo para o bem-estar geral do indivíduo(Caprara, 2008).

Boraita (citado por Caprara, 2008) destaca a importância do exercício físico como sinónimo de qualidade e esperança de vida, referindo que as pessoas que fazem exercício físico continuado ganham entre dez a vinte anos de vida relativamente a pessoas da mesma idade que não praticam atividade física.

O estilo de vida saudável e o aparecimento de doenças estão nitidamente ligados. Assim as três principais causas de morte nos países desenvolvidos são as doenças cardíacas, o cancro e os acidentes cardiovasculares, que tendencialmente ocorrem em pessoas com hábitos de vida pouco saudáveis. Os hábitos de vida saudáveis ajudam as pessoas idosas a prevenir e a controlar doenças como a hipertensão arterial, diabetes, doenças cardíacas, osteoporose e alguns tipos de cancro (Dohme,2004).

1.1.3 ENVELHECIMENTO EM PORTUGAL

Como menciona o INE (2002, citado por Fonseca, 2006) entre 1960 e 2001, o envelhecimento demográfico traduziu-se num crescente da população idosa de 140%, sendo que esta mesma população representava em 1960, 8% da população, mais que duplica para 16,4% em 2001, enquanto o índice de

envelhecimento (relação entre a população idosa e a população jovem) registou um aumento de 27,3 em 1960 para 102,2 em 2001. Assim, e segundo estimativas do Concelho Europeu, a população portuguesa terá em 2050 menos um milhão de pessoas, e ainda mais envelhecida com 2,5 idosos com mais de 65 anos para cada jovem com menos de 15 anos.

Segundo o INE (1996, citado por Brito, 2002) as pessoas idosas em Portugal representavam 14,7% da população, tendo este valor tendência para aumentar, com especial incidência no grupo de pessoas idosas com mais de 70 anos.

A percentagem de idosos em Portugal aumentou de dezasseis para dezanove por cento. Em consequência direta da estrutura demográfica do país, o índice de envelhecimento (relação entre a população idosa e a população jovem) subiu de cento e dois, em 2001, para cento e vinte e oito em 2011 (INE, 2011). Segundo o INE (2002, citado por Sequeira, 2010) a sociedade contemporânea caracteriza-se pelo envelhecimento demográfico, transversal em todas as sociedades ditas desenvolvidas, em consequência do aumento da esperança média de vida e do declínio da natalidade.

Conforme mencionado pelo INE (2014) entre os censos de 2001 e 2011 se acentuou o envelhecimento demográfico, visto que a proporção de jovens (população com menos de 15 anos) recuou para 15% e a de idosos (população com 65 ou mais anos) cresceu para 19%. Diminuiu assim a base da pirâmide, correspondente à população mais jovem, e alargou-se o topo, com o crescimento da população mais idosa, sendo que em 2013 o índice de envelhecimento foi de 136 pessoas idosas por cada 100 jovens.

No quadro podemos observar valores que sustentamos dados abordados anteriormente. A população residente em Portugal tem vindo a crescer entre 1981 e 2011, tendo no ano de 2014 uma pequena regressão. Apesar de algumas oscilações, o número de residentes não sofreu grandes alterações nos últimos 30 anos. Já no que se refere ao número de idosos temos um crescente significativo, visto que entre 1981 e 2014 o número quase que duplicou, passando de uma percentagem de 11,5 da população residente, para 20,1. Relativamente ao índice de envelhecimento (numero de idosos por cada 100 jovens) podemos constatar que passou de 45,4 em 1981, para 138,6.

Estes números são preocupantes, visto que este valor mais do que triplicou nos últimos 30 anos. Estes resultados devem-se ao fato da esperança média de vida ter aumentado para ambos os sexos, em média 7 anos entre 1981 e 2011. Para reforçar o aumento do número de pessoas idosas, a diminuição da taxa de natalidade tem vindo a decrescer acentuadamente década após década, sendo que em 2014 ocorreram quase metade dos nascimentos registados em 1981 (ver quadro 1).

Quadro 1: População Portuguesa Residente em Portugal

População Portuguesa Residente em Portugal					
	1981	1991	2001	2011	2014
População Residente	9.851,3	9.960,2	10.362,7	10.557,6	10.401,1
Idosos (+65 anos)	1.132.638	1.372.543	1.705.274	1.992.034	2.087.505
% Idosos (+65 anos)	11,5	13,8	16,5	18,9	20,1
Índice de envelhecimento (Idosos por 100 jovens)	45,4	70,0	101,6	125,8	138,6
Esperança média de vida ♂	68,2	70,6	73,3	76,7	-
Esperança média de vida ♀	75,2	77,6	80,1	82,6	-
Nascimentos	152.071	116.299	112.774	96.856	82.367

Retirado de PORDATA (2015b)

A Organização Mundial de Saúde (OMS) (1999, citado por Sequeira, 2010), prevê que em 2050 na maioria dos países desenvolvidos, o índice de pessoas idosas ultrapassará os dois terços da população total, o que poderá colocar em risco a sustentabilidade da mesma, caso não seja tomada medida atempadamente.

Nazareth (1994, citado por Costa, 2006) refere que, como em outros estados da Europa, também Portugal está incluído num conjunto de países caracterizados a nível demográfico com uma baixa taxa de fecundidade e mortalidade, e movimentos migratórios acentuados. Como consequência ocorre uma alteração da estrutura etária da população, acarretando um envelhecimento acentuado da população.

Costa (2006) menciona que o envelhecimento demográfico português é bastante assimétrico geograficamente, que coincide com as assimetrias socioeconómicas, referindo que o litoral é pouco envelhecido, a zona intermédia medianamente envelhecida e o interior muito envelhecido.

Com estas alterações demográficas, emerge a necessidade de promoção do envelhecimento saudável, assente em pilares como a saúde, autonomia e independência durante o maior período de tempo possível, sendo que esta nova realidade acarreta a necessidade de repensar o envelhecimento ao longo do ciclo vital, numa atitude preventiva a promotora da saúde (Sequeira, 2010).

Com a análise deste quadro podemos voltar a constatar alguns dos dados referidos anteriormente, sendo que neste é possível verificar um maior número de intervalos relativos à idade das pessoas idosas. Ao comparar os números por intervalos etários, podemos concluir que entre 1971 e 2014, o número de pessoas idosas residentes em Portugal com idades compreendidas entre os 65 e os 69 anos quase que duplicou, no intervalo entre os 70 e 74 mais do que duplica, entre os 75 e 79 quase que triplica, entre os 80 e 84 mais do que quadruplica e no intervalo de 85 ou mais, o número de pessoas idosas mais do que quintuplica (ver quadro 2).

Quadro 2: Idosos Residentes em Portugal.

Idosos Residentes em Portugal					
	65 - 69	70 - 74	75 - 79	80 - 84	≥ 85
1971	331.454	233.030	147.983	79.056	44.536
1981	406.061	336.054	219.923	113.300	57.301
1991	479.932	354.471	274.028	170.850	93.263
2001	536.973	453.223	349.727	204.449	160.903
2011	542.716	487.945	431.940	298.239	231.195
2014	581.131	482.629	437.091	329.190	257.465

Retirado de PORDATA (2015a)

Mais especificamente no concelho de Loulé, onde foi obtida a amostra para este estudo, podemos verificar que, comparando os censos de 2001 e 2011, ocorreu um aumento do número de pessoas idosas residentes no concelho. Ao relacionar os três intervalos etários, de pessoas idosas referidos no quadro, podemos verificar que é no grupo de ≥ 75 anos que ocorreu o maior aumento da população idosa. Assim este concelho não é exceção, seguindo a trajetória de envelhecimento demográfico que se faz sentir em todo o país e continente europeu (ver quadro 3).

Quadro 3: Pessoas idosas residentes no Concelho de Loulé.

Pessoas idosas residentes no Concelho de Loulé					
65 - 69		70 - 74		≥ 75	
2001	2011	2001	2011	2001	2011
3.409	3.721	2.730	3.339	4.881	6.573

Retirado de INE (2014)

ENQUADRAMENTO TEÓRICO

STRESSE

2.1 STRESSE

No seguimento das ideias expressas anteriormente, faremos uma revisão bibliográfica definindo conceitos, que servirão de base para a análise e interpretação deste estudo, podendo novos indicadores importantes para esta temática surgir no decurso do mesmo.

2.1.1 STRESSE NA PESSOA IDOSA

O primeiro modelo coerente explicativo do stresse foi um modelo fisiológico desenvolvido por Selye, que identificava três fases: alarme, resistência e a exaustão ou esgotamento, caso o stresse se mantiver. Assim na fase de alarme, o corpo é ativado para fazer face ao agente stressor, conduzido pelo sistema nervoso simpático, seguindo-se a resistência, gerido por um processo de alterações hormonais a longo prazo, e caso o stresse se mantenha o corpo entra em exaustão e esgotamento dos recursos do corpo, o que provoca a doença (Selye, 1956, citado em Bennett, 2002).

O conceito stresse remete para o estado gerado pela perceção de estímulos que provocam excitação emocional, que afetam a homeostasia, originando um processo de adaptação caracterizado, entre outras alterações, pelo aumento de secreção de adrenalina produzindo diversas manifestações sistémicas, com distúrbios fisiológicos e psicológicos. O termo stressante, por sua vez, define o evento ou estímulo que provoca ou conduz ao stresse (Houasis, Villar & Franco, 2001, citados em Margis, Picon, Cosner & Silveira, 2003).

Lazarus e Folkman (1984, citados por Pacheco, 2005), definem o stresse como sendo a relação entre o indivíduo e o acontecimento, na qual estão presentes as características do sujeito por um lado e a natureza do meio por outro.

A resposta ao stresse é resultado da interação entre as características da pessoa e as exigências do meio, ou seja, as discrepâncias entre o meio externo

e interno e a percepção do indivíduo quanto à sua capacidade de resposta. Esta resposta ao agente stressante compreende aspetos cognitivos, comportamentais e fisiológicos, que visa propiciar uma melhor percepção da situação e de suas demandas, assim como um processamento mais rápido da informação disponível, possibilitando a busca de soluções, selecionando condutas adequadas e preparando o organismo para agir de maneira rápida e vigorosa. A sobreposição destes três níveis (fisiológico, cognitivo e comportamental) é eficaz até certo limite, o qual uma vez ultrapassado, poderá desencadear um efeito desorganizador. Assim, diferentes situações stressantes ocorrem a longo dos anos, e as respectivas respostas variam entre os indivíduos na sua forma de apresentação. Podem ocorrer manifestações psicopatológicas diversas como sintomas não específicos de depressão ou ansiedade ou até mesmo transtornos psiquiátricos definidos (Margis, Picon, Cosner & Silveira, 2003).

Para os idosos, os agentes stressantes podem ser os mais variados, como a reforma, a morte de entes queridos, mudanças de papéis sociais, entre outros. No entanto, a forma como o idoso reage a estas situações stressantes, é um dos principais determinantes para como pode ser afetado pelo stress. Desta forma, investigar apenas os fatores stressantes na vida do idoso, pode não ser uma boa medida para saber o quanto ele é afetado por este (Cohen & Williamsom, 1988, citado em Luft, Sanches, Mazo & Andrade, 2007).

Fisher (1994) referido por Pacheco (2005) menciona que o controlo de stress se define pela jurisdição ou discricção em relação aos acontecimentos quotidianos, podendo estar perante duas situações: o controlo para a “salvação” pessoal e a disponibilidade de controlar o problema stressante, referindo ainda que o controlo é a forma de “apagar” os efeitos da vida stressante. Assim, podemos referir que ao controlar os aspectos psicossociais do meio ambiente, estamos a utilizar uma estratégia para obtenção de saúde e bem-estar, reduzindo com sucesso os problemas que surgem no dia-a-dia, em prol de uma vida mais agradável, reduzindo o stress.

QUALIDADE DE VIDA

3.1 QUALIDADE DE VIDA

Pela importância do conceito da qualidade de vida iremos, à semelhança do que fizemos para o outro conceito, realizar uma revisão bibliográfica.

3.1.1 QUALIDADE DE VIDA NA PESSOA IDOSA

Canavarro (2010) citado por Leal (2012) menciona que o interesse pela Qualidade de Vida (QV) remonta à antiga Grécia, época em que os filósofos defendiam que o conceito estava relacionado com a felicidade e bem-estar. Com o passar do tempo sofreu algumas alterações, e já na idade média, através do mercantilismo o conceito de QV passa a estar associado a indicadores económicos. Nos Estados Unidos na década de 60, começaram a ser considerados os indicadores sociais na avaliação da QV, apesar da economia prosperar, alguns indicadores sociais, como a paz, segurança e solidariedade familiar estavam em decadência. Nos anos 80, época em que já se valorizava a participação cívica, acesso à saúde e educação entre outros, o estudo sobre a QV ganhou maior interesse para a comunidade de investigadores.

Para Seidl e Zannon (2004, citados em Souza, 2007) o termo aparece na literatura médica a meados de 1930, embora as publicações referentes ao tema tenham exponencialmente crescido por volta de 1980.

Segundo Nogueira (2002, citado por Souza, 2007) o termo QV tem origem na preocupação com a deterioração das condições de vida, impostas pelo desenvolvimento económico, envolvendo particularidades económicas, sociais, ambientais, políticas e saúde das populações.

A OMS (1958, citada por Souza, 2007) ampliou o conceito de saúde, revendo a relação direta com a enfermidade, alargado para um processo no qual estão inter-relacionados os aspetos físicos, mentais e sociais, e não apenas um

estado de ausência de doença. Assim os indicadores de saúde até então restritos às taxas de mortalidade e morbidade, foram alargados para questões relacionadas com a QV.

Numa perspectiva mais abrangente, o conceito de QV é medido pelo grau de satisfação do indivíduo, tendo em conta os aspetos físicos, emocionais, bem-estar social, estilo de vida e situação económica, envolvendo sistema de valores, expectativas e perspetivas sociais que variam de acordo com a cultura e o grupo a que pertence (Souza, 2007).

A QV tem sido aproximada ao grau de satisfação encontrado nas várias vertentes da vida do indivíduo, familiar, amorosa, social e ambiental e à própria estética existencial. Prevê a capacidade de efetuar uma síntese cultural, dos elementos que determinada sociedade considera o seu padrão de conforto e bem-estar. O conceito abrange muitos significados, que incidem nos conhecimentos, experiências e valores dos indivíduos e coletividades, em diferentes épocas, espaços e histórias, sendo considerada uma construção social com a marca da relatividade cultural. Acrescenta ainda que, o patamar universal mínimo para se falar em QV, refere-se à satisfação das necessidades mais elementares da vida humana: alimentação, acesso a água potável, habitação, trabalho, educação, saúde e lazer; elementos materiais que têm como referência noções relativas de conforto, bem-estar e realização individual e coletiva.

A temática da QV é tratada sob os mais diferentes campos, seja da ciência através de várias disciplinas, do senso comum ou do ponto de vista objetivo ou subjetivo, como também em abordagens individuais ou coletivas. No campo de acção da saúde, quando analisada de uma forma generalista é baseado na compreensão das necessidades humanas fundamentais, materiais e espirituais e tem no conceito de promoção da saúde o ponto central. Quando analisada de forma mais específica, QV na saúde incide o foco capacidade de viver sem doenças (Minayo, 2000).

O estudo da QV parece consolidar-se como uma variável relevante e indispensável na produção do conhecimento e na prática de ações de promoção de saúde, sendo ainda um construto em processo de formação,

envolto em alguma polémica e discussão que contribuem para a sua consolidação (Souza, 2007).

No ocidente, é possível dizer também que desemprego, exclusão social e violência são, de forma objetiva, reconhecidos como a negação da QV. Trata-se, assim, de componentes passíveis de mensuração e comparação, mesmo tendo em conta a necessidade permanente de relativizá-los culturalmente no tempo e no espaço.

Veremos em seguida a importância do stresse e da QV no processo de envelhecimento.

STRESSE E QUALIDADE DE VIDA NA PESSOA IDOSA

4.1 STRESSE E QUALIDADE DE VIDA NA PESSOA IDOSA

A pessoa idosa depara-se com diferentes situações potencialmente stressantes, os eventos de vida, entre eles o casamento, o nascimento de filhos, a entrada para a reforma, a perda de entes queridos, marcam momentos de transição no curso da vida. Para além disso, assinalam a passagem de um *status* para outro, refletem a passagem do tempo individual, sinalizam o desenvolvimento normal, anunciam o alcance ou a falha de metas e expectativas individuais e sociais e, quando relacionadas com o declínio, doenças e morte, confrontam o indivíduo com a sua própria limitação. Tais eventos influenciam o curso do desenvolvimento humano, pois são situações que de alguma forma desafiam o ajustamento biológico, social e psicológico (Fortes-Burgos, Neri & Cupertino, 2009).

National Authority for Occupational Safety and Health (2002, citado por Ferreira, 2014) refere que o stress surge quando um indivíduo atinge um desequilíbrio nas situações com que se depara, sucede frequentemente em situações caracterizadas por fracos níveis de controlo e de sustentação.

Kitamura (2005, citado por Souza, 2007) menciona que QV é um construto dinâmico, que pode ser restringido como sendo uma articulação equilibrada de um conjunto de realizações nas esferas vitais como a saúde, trabalho, lazer, sexo, família, sociedade, desenvolvimento cultural, espiritual e emocional. Desta forma não se pode apenas incluir fatores de bem-estar físico, funcional, emocional e mental, mas também deve ser incluído o trabalho, família, amigos e todas as circunstâncias da vida de uma pessoa.

OMS (1994, citado por Vaz, Canavarro, Simões, Pereira, Gameiro, Quartilho, Carona & Paredes, 2006) descreve a QV como percepção do indivíduo sobre a sua posição na vida, dentro do contexto dos sistemas de cultura e valores nos quais está inserido e em relação aos seus objectivos, expectativas, padrões e preocupações. Menciona assim, que se trata de um conceito amplo, e influenciado de forma complexa pela saúde física, estado psicológico, nível de

independência, relações sociais, crenças pessoais e suas relações com características salientes do respectivo meio (OMS 1995, citado por Vaz et al., 2006).

Segundo Vasconcelos, Alves, Santos e Francisco (2012, citados por Ferreira, 2014) a QV é um factor procurado por todas as pessoas que trabalham, visto que, além de procurarem a qualidade de vida no lado pessoal, vincula-se a qualidade de vida ao trabalho, pelo facto de se despendem a maior parte do tempo a trabalhar em organizações, seja no próprio ambiente, seja na redução do stresse.

Centers for Disease Control and Prevention (2000) citado por Ferreira (2014) menciona que a QV se refere à forma como a pessoa percebe a sua saúde física e mental com o passar dos anos.

Já Jacob (2007, citado por Fernandes, 2011) refere que outros estudos descrevem que a qualidade de vida da pessoa idosa depende de diversos factores, como ter autonomia para executar as actividades do dia-a-dia, assegurar um contacto regular com o exterior, possuir recursos económicos suficientes e realizar actividades lúdicas e recreativas regularmente.

Como indicam os dados demográficos, que grande parte da população atingirá a terceira idade nas próximas décadas, emerge assim a necessidade de perceber mais detalhadamente quais as funções (cognitivas e motoras) que permanecem nesta fase e como promover a QV neste período da vida das pessoas (James & Wink, 2006 citados por Rocha, 2013).

Tendo em conta este quadro, nas últimas décadas, tem aumentado exponencialmente a preocupação pelo bem-estar, saúde e QV das pessoas idosas (Carvalho & Mota, 2012).

ESTUDO DO STRESSE E QUALIDADE DE VIDA DA PESSOA IDOSA

Iremos seguidamente abordar as opções metodológicas como sejam o tipo de abordagem metodológica, as principais questões que deram origem a este trabalho, as características da amostra, as variáveis, as hipóteses e as características dos instrumentos de avaliação do stresse e da qualidade de vida.

5.CONSIDERAÇÕES METODOLÓGICAS

5.1ABORDAGEM METODOLÓGICA

Com base na bibliografia revista e considerando a relevância deste estudo para conhecer uma determinada realidade, determinamos como principais objetivos de investigação compreender de que forma o stresse influencia a qualidade de vida da pessoa idosa, nas nove freguesias que compõem o concelho de Loulé. Assim, procedemos a uma investigação quantitativa, de carácter descritivo e transversal.

5.1.1DELINIAMENTO DO ESTUDO

O stresse e a QV da pessoa idosa têm sido abordados desde há alguns anos em estudos, e assim, pretende-se com este estudo contribuir para o desenvolvimento desta temática cada vez mais actual: stresse e qualidade de vida da pessoa idosa.

Assim, pretende-se perceber, de que forma alguns fatores sociodemográficos, como a idade, habilitações literárias ou valores de reforma, entre outros, estão relacionados com o aumento do stresse, que por sua vez influencia a qualidade de vida da pessoa idosa.

5.1.2 PRINCIPAIS HIPÓTESES

Tendo por referência os estudos acerca do stresse e QV, e visando este trabalho identificar o stresse e qualidade de vida da pessoa idosa, foram formuladas as seguintes hipóteses:

H1: As variáveis sociodemográficas (sexo, idade, estado civil, habilitações literárias, valor da reforma, com quem vive, visitas da família, prática atividade e alguma ocupação) relacionam-se com o stresse e a qualidade de vida nos domínios físico, psicológico, relações pessoais e ambiente da pessoa idosa.

H2: O stresse influencia a qualidade de vida no geral da pessoa idosa.

H3: O stresse influencia a qualidade de vida nos domínios físico, psicológico, relações pessoais e ambiente da pessoa idosa.

5.1.3 AMOSTRA E PROCEDIMENTO

A população de onde é extraída a amostra do estudo, é constituída por pessoas idosas residentes nas nove freguesias no concelho de Loulé. Foram inquiridas 113 pessoas idosas, tendo a nossa amostra totalizado a 104 inquéritos válidos 92,03%, porque 9 (7,97%) dos questionários aplicados foram rejeitados por não preencherem todos os requisitos ou por estarem mal preenchidos. Dos 113 sujeitos de uma amostra inicial excluímos 9 por não preencherem todos os requisitos necessários. Assim, a amostra final foi constituída por 104 sujeitos.

A amostra é constituída por 104 sujeitos de ambos os sexos, sendo 52,9% (N=55) pessoas idosas do sexo feminino e 47,1% (N=49) do sexo masculino.

No que se refere às idades da amostragem, 81,7% (N=85) têm entre 65 e 79 anos, e 18,3% (N=19) tem mais de 80 ou mais anos de idade.

Na variável “estado civil” obtivemos os seguintes resultados, 8,7% (N=9) é solteiro, 48,1% (N=50) está casado/união de fato, 9,6% (N=10) é divorciada/separado, e 33,7% (N=35) é viúvo.

Na variável “freguesia de residência”, em São Clemente obteve-se uma percentagem de 41,3% (N=43), em São Sebastião de 10,6% (N=11), em

Quarteira de 11,5% (N=12), no Ameixial de 2,9% (N=3), em Alte de 7,7% (N=8), em Almancil de 10,6% (N=11), em Querença / Tôr / Benafim de 3,8% (N=4), em Salir de 6,7% (N=7) e em Boliqueime de 4,8% (N=5).

Na variável “com quem vive” obtivemos que 46,2% (N=48) vive com o cônjuge, 10,6% (N=11) vive com o companheiro(a), 12,5% (N=13) vive com filho(a), 2,9% (N=3) vive com irmão(a) e 27,9% (N=29) vive sozinho.

Para a variável “valor da reforma”, obteve-se uma percentagem de 15,4% (N=16) para um valor de reforma entre 200€ e 299€, de 19,2% (N=20) para um valor de reforma entre 300€ e 399€, de 12,5% (N=13) para um valor de reforma entre 400€ e 499€, de 14,4% (N=15) para um valor de reforma entre 500€ e 749€ e de 38,5% (N=40) para um valor de reforma igual ou superior a 750€.

Para a variável “se tem alguma ocupação” obteve-se uma percentagem de 49% (N=51) para pessoas idosas que têm ocupação, e de 51% (N=53) que não tem ocupação.

Para a variável “habilitações literárias” constatamos que 6,7% (N=7) dos inquiridos são analfabetos, 10,6% (N=11) sabem ler e escrever, 41,6% (N=46) obtiveram o ensino básico, 16,3% (N=17) concluíram o ensino secundário e 25% (N=26) terminaram o ensino superior.

Na variável “se pratica atividade física ou cultural” 56,7% (N=59) não realiza qualquer atividade, 18,3% (N=19) pratica atividade física, 13,5% (N=14) pratica atividade cultural e 11,5% (N=12) pratica atividade física e cultural em simultâneo.

A variável “como avalia a sua saúde” obtivemos que 4,8% (N=5) considera muito má, 15,4% (N=16) considera má, 45,2% (N=47) considera que não é nem má nem boa, 30,8% (N=32) considera boa e 3,8% (N=4) considera muito boa.

Na variável “se está atualmente doente” obtivemos que 28,8% (N=30) está atualmente doente e que 71,2% (N=74) não está atualmente doente.

Para a variável “se a família costuma visitar” obtivemos que 55,8% (N=58) recebe visitas diariamente, 22,1% (N=23) recebe visitas semanalmente, 6,7% (N=7) recebe visitas mensalmente, 3,8% (N=4) recebe visitas semestralmente, 8,7% (N=9) recebe visitas anualmente e 2,9% (N=3) nunca recebe visitas dos familiares.

Para a variável “se realizou diagnóstico de stresse” obtivemos que 8,7% (N=9) já realizou um diagnóstico de stresse e 91,3% (N=95) nunca realizou.

Na variável “se toma medicação para o stresse” constatamos que 9,6% (N=10) toma medicação para o stresse e que 90,4% (N=94) não toma medicação.

Na variável “há quanto tempo toma medicação” obtivemos que 90,4% (N=94) não toma medicação, 1,9% (N=2) toma há menos de 6 meses, 1% (N=1) iniciou a medicação há mais de 6 meses e menos de 1 ano e 6,7% (N=7) toma medicação há mais de 1 ano.

A amostra é constituída por 104 pessoas idosas, sendo classificada como uma amostra não probabilística por conveniência, dentro do universo que se pretende estudar, ou seja pessoas idosas com 65 anos ou mais, reformadas e residentes no concelho de Loulé.

Assim, após terem sido solicitadas algumas autorizações às respectivas administrações de centros de dia, universidade sénior e associações do concelho de Loulé, durante o período compreendido entre os meses de Novembro de 2015 e Março de 2016, foi aplicada a versão portuguesa da Percieved Stress Scale validada para Portugal por Ribeiro e Marques em 2009, para avaliar o stresse, constituído por 13 perguntas, a WHOQOL-BREF, instrumento de avaliação da QV da OMS, constituindo por 26 perguntas, que está organizado em 4 domínios: físico, psicológico, relações sociais e ambiente, validado para Portugal por Vaz e Canavarro em 2006 e o questionário sociodemográfico constituído por 12 perguntas.

Para a aplicação dos instrumentos de pesquisa, realizou-se uma simples explicação às pessoas idosas participantes nesta aplicação, sendo esclarecida a forma como os questionários deveriam ser corretamente respondidos.

A entrega dos instrumentos de avaliação decorreu durante o horário de funcionamento das instituições, e em horários alternados durante a semana ou fim-de-semana. Inquirimos familiares e conhecidos, ou cidadãos anónimos que circulavam na via pública. Todos os participantes que integraram este estudo, fizeram-no de forma voluntária, sendo-lhes garantida a confidencialidade dos dados recolhidos.

5.1.4 DESCRIÇÃO DOS INSTRUMENTOS DE PESQUISA

5.1.4.1 QUESTIONÁRIO SOCIODEMOGRAFICO

Através da elaboração do projeto de tese, foram selecionadas as variáveis que considerámos que se enquadravam melhor com o enquadramento teórico realizado. Assim foi construído um questionário sóciodemográfico, após terem sido identificados os construtos teóricos na revisão bibliográfica e validadas através do pré-teste, foi construído um instrumento de avaliação dos estilos de vida, composto por 12 questões.

Este questionário, composto por doze questões, constituiu a avaliação das variáveis sociodemográficas, “sexo”, “idade”, “estado civil”, “habilitações literárias”, “valor da reforma”, “com quem vive habitualmente”, “família costuma visitá-lo”, “pratica alguma atividade”, “tem alguma ocupação”, “como considera a sua saúde”, “realizou algum diagnóstico de stresse” e “toma medicação para controlo do stresse”.

5.1.4.2 ESCALA DE PERCEÇÃO DE STRESSE

O inventário de stresse usado, tem como base a versão da adaptação da *Perceived Stress Scale*, que é uma das escalas mais utilizadas no mundo e em Portugal. Na sua versão portuguesa, a escala perde um dos itens ficando com 13 dos 14 itens originais, embora as propriedades métricas apresentem características idênticas à original podendo considerar-se que avalia do mesmo modo o mesmo construto.

Segundo Cohen, Kamarck e Memelstein (1983, citado por Ribeiro & Marques, 2009) a Escala de Percepção de Stresse (EPS) é uma medida global de stresse que avalia o grau em que o indivíduo encara as suas situações de vida como stressantes. Cohen e os seus colaboradores (1983, citado por Ribeiro & Marques, 2009) elaboraram três escalas, uma de 14 itens, outra com 10 desses 14 itens, composta pelos componentes principais da escala de 14 itens, e uma versão de 4 itens. Os itens retirados da versão de 14 itens para a de 10 itens, ocorreu devido à baixa carga dos componentes (Cohen & Williamson, 1988, citado por Ribeiro & Marques, 2009).

A escala de 14 itens é referida como uma das mais utilizadas para avaliar a percepção de stresse (Fliege, et al., 2005, Hewitt, Flett, & Mosher, 1992; Remor, 2006; Watson, Logan, & Tomar, 2008, citado por Ribeiro & Marques, 2009). Podem diferenciar-se em três grandes abordagens utilizadas na concepção e avaliação do stresse: a) as que focam as causas; b) as que focam as consequências; c) as que focam o processo. As primeiras designam-se por abordagem ambiental ou industrial, porque tratam o stresse como uma característica do estímulo, como uma carga. Esta perspectiva refere que a fonte do stresse está no acontecimento, ou seja, quanto mais intenso é o acontecimento, maior o stresse. A segunda abordagem do stresse é a biológica, focada numa resposta fisiológica não específica, ou seja, como uma síndrome que consiste em todas as alterações fisiológicas que ocorrem no sistema biológico quando este é afectado por um estímulo, ou por uma carga excessiva ou nociva. A terceira é a abordagem psicológica, focada na interacção dinâmica entre o indivíduo e o meio e na avaliação subjectiva do stresse que é feita pelo indivíduo.

A avaliação do stresse é complexa e exige uma reflexão cuidada, de tal modo que o investigador que pretende avaliar o construto, deverá reflectir cuidadosamente sobre o instrumento a utilizar. O objectivo deste estudo é: a) discutir a avaliação do stresse nas várias perspectivas a partir de b) um estudo preliminar de validação da EPS de Cohen et al, e das versões reduzidas do mesmo instrumento. (Cohen et al, 1983, citado por Ribeiro & Marques, 2009). Assim, no que se refere ao método, participaram 45 indivíduos sem doença, 23 do sexo masculino (idade M=29,34 anos) e 22 do sexo feminino (idade M=27,13 anos) que constituíram uma amostra de conveniência.

Segundo Cohen et al (1983, citado por Ribeiro & Marques, 2009), os 14 itens constituem uma escala unidimensional cuja nota global resulta da soma dos valores atribuídos a cada item. As respostas são dadas numa escala ordinal de cinco posições, acerca da frequência com que aqueles sentimentos ou pensamentos ocorreram, variando entre “nunca” e “muitas vezes” (que recebem uma classificação entre 0 e 4). Metade dos itens são formulados pela positiva, já os itens 4, 5, 6, 7, 9, 10, e 12 são os itens negativos, pelo que, para chegar à nota total se deverão somar os valores dos itens revertendo estes

itens formulados pela positiva de modo que a uma nota mais elevada corresponda maior stresse.

O processo de adaptação da versão Portuguesa decorreu da seguinte forma: 1) traduziram-se os itens com base na equivalência linguística; 2) verificou-se a equivalência lexical, e cultural; 3) verificou-se a relação entre o item e o construto que se pretendia avaliar, ou seja o distress; 4) passou-se a escala individualmente a cinco sujeitos para identificar se o modo como eles entendiam, quer os itens quer o modo de responder, correspondia ao que era pretendido. Após estes passos construiu-se a escala definitiva e passou-se aos participantes do estudo. O stresse é um construto complexo e ambíguo, como podemos verificar quando por exemplo nos referimos aos termos stresse e distresse, sendo que, nos remete para a mistura de ansiedade e depressão. Segundo Selye (1974, citado por Ribeiro & Marques, 2009), a ambiguidade acentua-se porque o stresse se encontra na franja de outros conceitos mais patológicos como a ansiedade e a depressão, a perturbação de stresse pós-traumático, ou oburnout, entre outros. A avaliação do stresse espelha esta complexidade e ambiguidade, com itens idênticos a surgirem em instrumentos que avaliam construtos diferentes. Esta situação é comum na psicologia, até porque o que define os construtos, as variáveis latentes, é o conjunto dos itens em cada tempo e espaço.

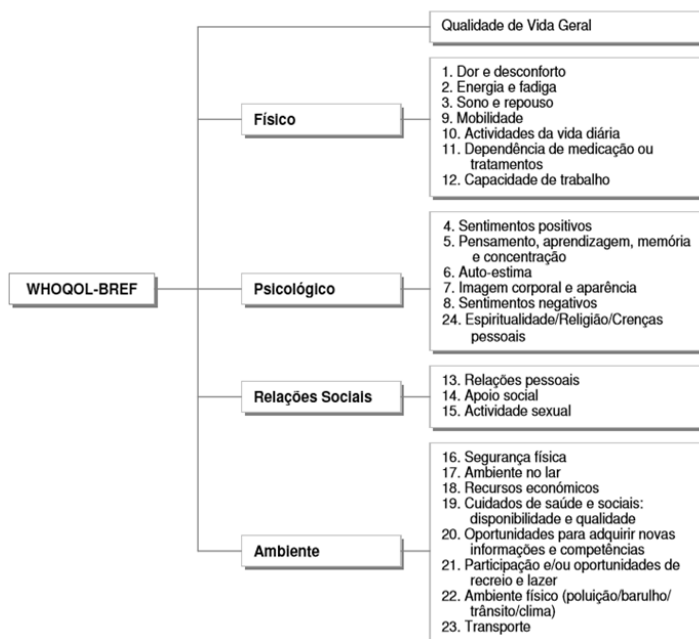
5.1.4.3 ESCALA DE AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DE VIDA

O inventário de qualidade de vida usado, tem por base a versão traduzida e adaptada do WHOQOL-100. Assim, devido à necessidade de obter um instrumento de avaliação de qualidade de vida de fácil e rápida aplicação, acarretou ao Grupo da Qualidade de Vida da OMS ao desenvolvimento de uma versão breve do original WHOQOL-100, para o WHOQOL-Bref. Instrumento constituído por 26 questões, que estão organizados em 4 domínios: físico, psicológico, relações sociais e ambiente, sendo duas mais gerais, relativas à percepção geral de qualidade de vida e à percepção geral de saúde, e as restantes 24 representam cada uma das 24 facetas específicas que constituem

o instrumento original. Assim, enquanto na versão longa do instrumento,WHOQOL-100 cada uma das facetas é avaliada por 4 perguntas, no WHOQOL-BREF cada uma das 24 facetas é avaliada por apenas uma pergunta. Neste sentido, este instrumento conserva as 24 facetas do WHOQOL-100 e mantém a essência subjectiva e multidimensional do conceito de qualidade de vida.

Este trabalho teve como objetivo, descrever a aplicação deste instrumento à população portuguesa, bem como as suas características psicométricas. Instrumento aplicado a 604 sujeitos (315 da população normal e 289 doentes dos Hospitais da Universidade de Coimbra, do Instituto Português de Oncologia e dos Centros de Saúde de Coimbra). Os resultados obtidos, referem que o WHOQOL-Bref apresenta boas características psicométricas de fiabilidade e mostram igualmente em bom desempenho do instrumento nos testes de validade, o que indica que é um bom instrumento para avaliar a qualidade de vida em Portugal (Vaz, Canavarro, Simões, Pereira, Gameiro, Quartilho, Carona & Paredes, 2006) (ver quadro 4).

Quadro 4: WHOQOL-BREF domínios da qualidade de vida.



Retirado de Vaz, Canavarro, Simões, Pereira, Gameiro, Quartilho, Carona e Paredes(2006)

5.1.4.3.1 ANÁLISE DESCRITIVA DO INSTRUMENTO DE STRESSE

Para a análise descritiva das variáveis do instrumento de stresse usámos a média, o desvio e o padrão. A amostra tem uma média de 23,41; uma variância de 45,274 e um desvio padrão de 6,729 (ver quadro 5).

Quadro 5: Estatística descritiva da amostra - média, variância e desvio padrão.

Estatística descritiva da amostra			
Média	Variância	Desvio Padrão	Nº de itens
23,41	45,274	6,729	13

Podemos também constatar que apresenta um Alfa Cronbach de ,732 (ver quadro 6).

Quadro 6: Estatística de confiabilidade - Alfa de Cronbach.

Estatística de confiabilidade		
Alfa de Cronbach	Alfa de Cronbach com base em itens padronizados	Nº de itens
,732	,719	13

5.1.4.3.2 ANÁLISE DESCRITIVA DOS DOMÍNIOS DO INSTRUMENTO DA QUALIDADE DE VIDA

Para a análise descritiva dos domínios do instrumento da qualidade de vida, considerados para este estudo, calculámos a média e desvio padrão dos domínios (Físico, Psicológico, Relações Pessoais e Ambiente). Assim, os resultados apresentam uma média de 13,7860; uma variância de 3,271 e um desvio padrão de 1,80847 (ver quadro 7).

Quadro 7: Estatística da escala - média, variância e desvio padrão.

Estatística de escala			
Média	Variância	Desvio Padrão	Nº de itens

13,7860	3,271	1,80847	4
---------	-------	---------	---

Para a análise descritiva dos domínios do instrumento da qualidade de vida, considerados para este estudo, calculámos as médias e os desvios padrão dos quatro domínios, relativos a um N = 104. No domínio Físico, obtivemos uma média de 3,2047 e um desvio padrão de ,43684; domínio Psicológico uma média de 3,5337 e um desvio padrão de ,47504; domínio Relações Pessoais uma média de 3,5801 e um desvio padrão de ,68107 e no domínio Ambiente uma média de 3,4675 e um desvio padrão de ,57110 (ver quadro 8).

Quadro 8: Estatísticas dos domínios - média e desvio padrão.

Estatísticas de item			
	Média	Desvio Padrão	N
Domínio 1 - Físico	3,2047	,43648	104
Domínio 2 - Psicológico	3,5337	,47504	104
Domínio 3 - Relações Pessoais	3,5801	,68107	104
Domínio 4 - Ambiente	3,4675	,57110	104

Para a análise descritiva dos 26 itens do instrumento da qualidade de vida, considerados para este estudo, calculámos o Alfa de Cronbach e obtivemos um resultado de ,876 (ver quadro 9).

Quadro 9: Consistência interna da Qualidade de Vida - Alfa Cronbach.

Consistência interna Qualidade de Vida		
Alfa de Cronbach	Alfa de Cronbach com base em itens padronizados	Nº de itens
,876	,889	26

Para a análise descritiva dos 4 domínios (Físico, Psicológico, Relações Pessoais e Ambiente) do instrumento da qualidade de vida, considerados para este estudo, calculámos o Alfa de Cronbach e obtivemos um resultado de ,842 (ver quadro 10).

Quadro 10: Consistência interna dos domínios da Qualidade de Vida - Alfa Cronbach.

Consistência interna dos domínios da Qualidade de Vida		
Alfa de Cronbach	Alfa de Cronbach com base em itens padronizados	Nº de itens
,842	,853	4

No que se refere a análise descritiva dos 4 domínios (Físico, Psicológico, Relações Pessoais e Ambiente) do instrumento da qualidade de vida, utilizados para este estudo, calculámos as médias, variâncias, correlações, correlações ao quadrado e Alfa de Cronbach de cada domínio, obtendo os seguintes resultados: domínio Físico apresenta uma média de 10,5813; variância de 2,255; correlação de item de ,629; correlação múltipla ao quadrado de ,498 e um Alfa Cronbach de ,824; domínio Psicológico apresenta uma média de 10,2523; variância de 2,074; correlação de item de ,709; correlação múltipla ao quadrado de ,516 e um Alfa Cronbach de ,791; domínio Relações Pessoais apresenta uma média de 10,2059; variância de 1,645; correlação de item de ,665; correlação múltipla ao quadrado de ,516 e um Alfa Cronbach de ,823; domínio Ambiente apresenta uma média de 10,3185; variância de 1,773; correlação de item de ,770; correlação múltipla ao quadrado de ,612 e um Alfa Cronbach de ,756; para a Faceta Geral do instrumento da qualidade de vida, considerados para este estudo, calculámos o Alfa de Cronbach da Faceta Geral, obtendo o seguinte resultado: ,842(ver quadro 11).

Quadro 11: Média, variância, correlações e Alfa Cronbach do domínio Físico, Psicológico, Relações Pessoais, Ambiente e Faceta Geral.

Estatísticas de item-total					
	Média de escala	Variância de escala	Correlação de item total corrigida	Correlação múltipla ao quadrado	Alfa de Cronbach
Domínio 1 - Físico	10,5813	2,255	,629	,498	,824
Domínio 2 - Psicológico	10,2523	2,074	,709	,516	,791

Domínio 3 - Relações Pessoais	10,2059	1,645	,665	,516	,823
Domínio 4 - Ambiente	10,3185	1,773	,770	,612	,756
Faceta Geral	-	-	-	-	,842

6. ANÁLISE DAS HIPÓTESES FORMULADAS

6.1. DESCRIÇÃO DOS RESULTADOS

Como o objectivo deste trabalho é a investigação e a análise do stresse e qualidade de vida na pessoa idosa, tendo em conta todos estes fatores, recorreremos à regressão linear (R), como a principal metodologia de análise estatística dos dados. Este método é usado para analisar a relação entre duas variáveis de natureza quantitativa, cuja tendência é aproximadamente representada por uma linha reta (Pestana & Gageiro, 2003).

O uso da regressão linear deve-se ao facto de ser objectivo deste trabalho compreender a contribuição das variáveis que compõem o stresse, e a qualidade de vida, e as suas relações com as variáveis em estudo, em que a análise do teste F permite extrapolar os resultados da amostra para o universo, sendo que, quando o nível de significância do teste F é de 0,000, valor inferior a 0,05, rejeita-se a hipótese nula, pois “cada uma das variáveis independentes deve ter uma regressão linear com a variável dependente” (Hill & Hill, 2008).

Utilizamos também o coeficiente de correlação do Ró de Spearman, que pretende medir a intensidade da relação entre variáveis. O coeficiente do Ró de Spearman varia entre -1 e 1, sendo que quando mais próximo o valor estiver destes extremos, maior é a associação linear entre as variáveis, e o sinal negativo designa que as variáveis variam em sentido contrário, ou seja as categorias mais elevadas de uma variável estão associadas a categorias mais baixas da outra variável (Pestana & Gageiro, 2003).

Quanto à primeira hipótese, em que as variáveis sociodemográficas (sexo; idade; estado civil; habilitações literárias; valor da reforma; com quem vive habitualmente; visitas da família; prática de alguma atividade; alguma ocupação) relacionam-se com o stresse e a qualidade de vida nos domínios

físico, psicológico, relações pessoais e ambiente da pessoa idosa, constatamos que em relação ao sexo e o stresse, não existe uma associação estatisticamente significativa com um r de $-.094$ e um $p = .343$ pelo que se aceita a hipótese nula de que o sexo não se relaciona com o stresse; já em relação ao sexo e a qualidade de vida, verificámos que não existe uma associação estatisticamente significativa em todas as dimensões, com um $p > .05$ pelo que se aceita a hipótese nula de que o sexo não se relaciona com a qualidade de vida; idade e o stresse constatamos que não existe uma associação estatisticamente significativa com um r de $.158$ e um $p = .109$ pelo que se aceita a hipótese nula de que a idade não se relaciona com o stresse.

No que diz respeito à relação entre a idade e os domínios da qualidade de vida, verificamos que a idade tem uma associação negativa com todos os domínios, com um r (físico de $-.448$, psicológico de $-.363$, relações pessoais de $-.294$, ambiente de $-.369$, e de faceta geral de $-.308$) e verificámos que existe uma associação estatisticamente significativa em todas as dimensões (Físico $p = .000$, Psicológico $p = .000$, Relações Pessoais $p = .002$, Ambiente $p = .000$, e Faceta Geral $p = .001$), pelo que não se aceita a hipótese nula de que a idade não se relaciona com os domínios da qualidade de vida; quanto ao estado civil e stresse, não existe uma associação estatisticamente significativa com um r de $.039$ e um $p = .692$, pelo que se aceita a hipótese nula de que o estado civil não se relaciona com o stresse.

Em relação ao estado civil e a qualidade de vida, verificámos que não existe uma associação estatisticamente significativa em todas as dimensões, com um $p > .05$, pelo que se aceita a hipótese nula de que o estado civil não se relaciona com a qualidade de vida; habilitações literárias e o stress, existe uma associação estatisticamente significativa com um r de $-.305$ e um $p = .002$, pelo que não se aceita a hipótese nula de que as habilitações literárias não se relaciona com o stresse; já em relação as habilitações literárias e a qualidade de vida, verificámos que existe uma associação estatisticamente significativa em todas as dimensões, (Físico $p = .038$, Psicológico $p = .001$, Relações Pessoais $p = .000$, Ambiente $p = .000$, e Faceta Geral $p = .000$) com um $p < .05$, pelo que não se aceita a hipótese nula de que as habilitações literárias não se relacionam com a qualidade de vida.

No valor da reforma e do stresse, existe uma associação estatisticamente significativa com um r de $-.393$ e um $p = .000$, pelo que não se aceita a hipótese nula de que o valor da reforma não se relaciona com o stresse; já em relação ao valor da reforma e a qualidade de vida, verificámos que existe uma associação estatisticamente significativa em todas as dimensões, (Físico $p = .008$, Psicológico $p = .001$, Relações Pessoais $p = .000$, Ambiente $p = .000$, e Faceta Geral $p = .000$), com um $p < .05$, pelo que não se aceita a hipótese nula de que o valor da reforma não se relaciona com a qualidade de vida.

Na variável com quem vive habitualmente e o stresse, existe uma associação estatisticamente significativa com um r de $.231$ e um $p = .018$, pelo que não se aceita a hipótese nula de que na variável com quem vive habitualmente não se relaciona com o stresse; já em relação à variável com quem vive habitualmente e a qualidade de vida, verificámos que existe uma associação estatisticamente significativa nas dimensões (Psicológico $p = .001$, Relações Pessoais $p = .006$, Ambiente $p = .008$, e Faceta Geral $p = .011$), com um $p < .05$, pelo que não se aceita a hipótese nula de que na variável com quem vive habitualmente não se relaciona com a qualidade de vida.

Nas visitas da família e o stresse, não existe uma associação estatisticamente significativa com um r de $.126$ e um $p = .202$, pelo que se aceita a hipótese nula de que as visitas da família não se relaciona com o stresse; em relação à visita da família e a qualidade de vida, verificámos que existe uma associação estatisticamente significativa somente nas dimensões (Ambiente $p = .023$, e Faceta Geral $p = .009$), com um $p < .05$, pelo que não se aceita a hipótese nula de que a visita da família não se relaciona com a qualidade de vida; na variável se pratica alguma atividade e o stresse, existe uma associação estatisticamente significativa com um r de $-.229$ e um $p = .019$, pelo que não se aceita a hipótese nula de que na variável se pratica alguma atividade se relaciona com o stresse.

No que se refere à variável se pratica alguma atividade e a qualidade de vida, verificámos que existe uma associação estatisticamente significativa em todas as dimensões (Físico $p = .002$, Psicológico $p = .002$, Relações Pessoais $p = .006$, Ambiente $p = .000$, e Faceta Geral $p = .000$), com um $p < .05$, pelo que não se

aceita a hipótese nula de que na variável se pratica alguma atividade não se relaciona com a qualidade de vida; na variável se tem alguma ocupação e o stresse, não existe uma associação estatisticamente significativa com um r de .077 e um $p = .435$, pelo que se aceita a hipótese nula de que na variável se tem alguma ocupação não se relaciona com o stresse; em relação à variável se tem alguma ocupação e a qualidade de vida, verificámos que existe uma associação estatisticamente significativa apenas nas dimensões (Físico $p = .005$, Psicológico $p = .002$), com um $p < .05$, pelo que não se aceita a hipótese nula de que na variável se tem alguma ocupação não se relaciona com a qualidade de vida (ver quadro 12).

Quadro 12: Correlações entre as variáveis Sociodemográficas, Stresse e Qualidade de Vida.

Variáveis Sociodemográficas	Stresse		Qualidade de Vida				
	p	R	Físico	Psicológico	Relações Pessoais	Ambiente	Faceta Geral
Sexo	.343	-.094	-,012	,009	,043	0,046	0,22
Idade	.109	.158	-,448*	-,363**	-,294*	-,369*	-,308*
Estado civil	.692	.039	-,081	,010	,038	-,058	-,088
Habilitações Literárias	.002	-.305*	,204*	,328**	,360*	,393*	,346*
Valor da reforma	.000	-.393*	,259*	,319**	,388*	,381*	,502*
Com quem vive habitualmente	.018	.231*	-,165	-,318**	-,268*	-,259*	-,250*
Visitas da família	.202	.126	-,147	-,117	-,115	-,224*	-,254*
Pratica alguma atividade	.019	-.229*	,299*	,304*	,267*	,364*	,359*
Tem alguma ocupação	.435	.077	-,272*	-,297*	-,147	-,164	-,178

* $p < .05$

Em segundo lugar, para a hipótese do stresse influenciar a qualidade de vida no geral da pessoa idosa, constatámos que é estatisticamente significativa esta hipótese com um $F = 41,49$ e um nível de significância de ,000 pelo que não se aceita a hipótese nula de que o stresse não influencia a qualidade de vida no geral (ver quadro 13).

Quadro 13: Resultado obtido da regressão entre as variáveis do Stresse e da Qualidade de Vida Geral.

		R	Média do Quadrado	F	p
Stresse	Qualidade de vida geral	,538	16,547	41,49	,000*

*p < .05

Em terceiro lugar, para a hipótese do stresse influenciar a qualidade de vida no domínio físico da pessoa idosa, constatamos que é estatisticamente significativo esta hipótese com um $F = 19,516$ e um nível de significância de ,000 pelo que não se aceita a hipótese nula de que o stresse não influencia a qualidade de vida no domínio físico(ver quadro 14).

Por outro lado, para a hipótese de se o stresse influencia a qualidade de vida no domínio psicológico da pessoa idosa, constatamos que é estatisticamente significativo esta hipótese com um $F = 27,608$ e um nível de significância de ,000 pelo que não se aceita a hipótese nula de que o stresse não influencia a qualidade de vida no domínio psicológico(ver quadro 14).

Também para a hipótese de se o stresse influencia a qualidade de vida no domínio das relações pessoais da pessoa idosa, constatamos que é estatisticamente significativo esta hipótese com um $F = 44,240$ e um nível de significância de ,000 pelo que não se aceita a hipótese nula de que o stresse não influencia a qualidade de vida no domínio das relações pessoais (ver quadro 14).

Assim, para a hipótese de se o stresse influencia a qualidade de vida no domínio do ambiente da pessoa idosa, constatamos que é estatisticamente significativo esta hipótese com um $F = 56,627$ e um nível de significância de ,000 pelo que não se aceita a hipótese nula de que o stresse não influencia a qualidade de vida no domínio do ambiente (ver quadro 14).

Quadro 14: Resultado obtido da regressão entre as variáveis do Stresse e os domínios Físico, Psicológico, Relações Pessoais e Ambiente.

		R	Média do Quadrado	F	p
Stresse	Físico	,401	3,152	19,516	,000*
	Psicológico	,462	4,951	27,608	,000*
	Relações Sociais	,550	14,453	44,240	,000*
	Ambiente	,597	11,992	56,627	,000*

*p < .05

7. DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Com o intuito de evidenciar os resultados significativos que obtivemos, e confrontá-los com as opiniões dos autores e resultados empíricos que deram suporte ao enquadramento teórico, iremos iniciar o capítulo de discussão dos resultados.

O INE (2011) menciona que a percentagem de idosos em Portugal aumentou de 16% para 19%. Em consequência direta da estrutura demográfica do país, o índice de envelhecimento (relação entre a população idosa e a população jovem) subiu de 102 em 2001, para 128 em 2011.

Ao comparar o número de pessoas idosas residentes em Portugal por intervalos etários, podemos concluir que entre 1971 e 2014, os idosos residentes em Portugal com idades compreendidas entre os 65 e os 69 anos quase que duplicou, no intervalo entre os 70 e 74 mais do que duplica, entre os 75 e 79 quase que triplica, entre os 80 e 84 mais do que quadruplica e no intervalo de 85 ou mais, o número de pessoas idosas mais do que quintuplica (INE, 2015).

De acordo com o INE (2014) o concelho de Loulé, onde foram obtidos os 104 inquéritos que compõem a amostra para este estudo, podemos verificar que comparando os censos de 2001 e 2011 ocorreu um aumento do número de pessoas idosas residentes no concelho, sendo que foi no grupo de ≥ 75 anos que ocorreu o maior aumento da população idosa. Assim, este concelho não é

exceção, seguindo a trajetória de envelhecimento demográfico que se faz sentir em todo o país e continente europeu.

Analisando os resultados obtidos, onde se relacionam as variáveis sociodemográficas (sexo, idade, estado civil, habilitações literárias, valor da reforma, com quem vive, visitas da família, prática atividade e alguma ocupação) com o stresse e a qualidade de vida nos domínios físico, psicológico, relações pessoais e ambiente nas pessoas idosas, constatamos que na variável sexo, os resultados obtidos, demonstram que este não influencia o stresse ou a qualidade de vida. Em estudos realizados em países ocidentais Gameiro (2010) referido por Leal (2012) revelam que em avaliações da QV são praticamente inexistentes as diferenças entre homens e mulheres.

Ribeiro e Marques (2009) mencionam no estudo “A avaliação do Stresse: a propósito de um estudo de adaptação da Escala de Percepção de Stresse” que o sexo e a idade, não estão associados à percepção de stresse, tendo estes resultados também verificados no estudo original de Cohen et al, em 1983.

Quanto à idade dos inquiridos, verificamos que esta variável não influencia o stresse mas influencia a qualidade de vida da pessoa idosa, ou seja, quanto mais idosa for a pessoa, menor a qualidade de vida. Assim os inquiridos apresentam menor qualidade de vida no domínio físico, comparativamente com o domínio das relações pessoais, psicológico e ambiente, conforme o estudo de Oliveira (2011) citado por Faria (2012) que também concluiu, que os idosos revelaram uma qualidade de vida mais satisfatória nos domínios: ambiental, relações sociais e psicológico, sendo que o pior resultado foi para o domínio físico.

Relativamente ao estado civil, constatamos que existem dois grandes grupos, sendo 48,1% casado ou vive em união de fato, e 33,7% são viúvos (as), e nos dados obtidos nesta variável, a mesma não influencia o stresse ou a QV, embora no estudo de Leal (2012) refira que evidencia uma tendência para que os sujeitos divorciados ou separados e viúvos, apresentem valores de QV significativamente inferiores aos sujeitos solteiros e casados ou em união de fato. Andrade (2011) no estudo sobre Qualidade de Vida e Depressão na

Pessoalidosa Institucionalizada, menciona que 52,9% são viúvos e 34,2% solteiros, o que pode estar relacionado com os motivos da institucionalização.

Na variável com quem vive, de mencionar que 56,8% reside com o cônjuge ou companheiro, 12,5% com os filhos e 27,9% sozinho(a), e nesta variável os resultados obtidos indicam que influencia o stresse e a qualidade de vida da pessoa idosa. Relativamente aos filhos residirem com os pais, esta situação poderá estar relacionada com dependência financeira dos filhos, devido à falta de oportunidades laborais/crise financeira ou devido ao nível de dependência da pessoa idosa, que opta por ficar na sua residência e não procurar um lar, mas para isso precisa do apoio e acompanhamento do filho (s).

No que concerne às habilitações literárias, podemos verificar que 41,6% tem o ensino básico, 10,6% sabem ler e escrever, e 6,7% são analfabetos, que vai ao encontro do estudo realizado por Azeredo (2001) citado por Faria (2012), o qual conclui que a maior parte dos idosos em estudo ou são analfabetos ou apenas possuem a instrução primária (3^a ou 4^a classe). Podemos ainda referir que esta variável, segundo o nosso estudo influencia o stresse e a qualidade de vida da pessoa idosa. Tal como refere Leal (2012), também o nosso estudo indica que um acréscimo de habilitações literárias está relacionado com um aumento da QV.

Andrade (2011) através do estudo Qualidade de Vida e Depressão na Pessoalidosa Institucionalizada, na região autónoma da Madeira, atesta que sobre o nível de escolaridade dos inquiridos, 54,2% dos idosos têm o 1^o Ciclo, seguindo-se o grupo dos que não sabem ler nem escrever. Se tivermos em conta os valores obtidos nos três níveis de ensino mais baixos, obtém-se o valor expressivo de 87,7%, o que corresponde aos idosos que têm no máximo o 1^o Ciclo. No nosso estudo, ao somarmos o grupo de analfabetos, os que sabem ler e escrever e os do ensino básico, obtivemos 58,9%, o que nos indica que os nossos participantes têm níveis académicos mais elevados, apresentando estes melhor QV, sendo que 16,3% concluíram o ensino secundário e 25% ensino superior. Importante ressaltar que o estudo foi realizado com pessoas idosas institucionalizadas, ao contrário do nosso estudo.

Relativamente à profissão dos inquiridos, destacamos que 15,4% são professores, 9,6% domésticas e 8,7% agricultores, estando estas últimas duas muito relacionadas com a nossa herança cultural do trabalho na terra e das tarefas domésticas e/ou cuidar dos filhos mais ligadas às senhoras.

Na análise à questão, se tem alguma ocupação, verifica-se que 49% dos participantes tem uma ocupação, e neste universo de 51 inquiridos, sobressaem 20 elementos (38,4%). Assim, dos que têm ocupação, 10 elementos (19,2%) ocupa-se na agricultura e os outros 10 inquiridos (19,2%) no voluntariado. Estas duas situações são bastante curiosas, porque por um lado temos a continuidade do trabalho agrícola que foi o sustento de muitas famílias no nosso passado recente, e por outro a visão solidária e de ajuda ao próximo através do voluntariado. Nos resultados obtidos, verificamos que não influenciam o stresse mas influenciam a qualidade de vida da pessoa idosa

Na variável, se pratica atividade física e/ou cultural, atestamos que 43,3% pratica alguma atividade, 18,3% pratica atividade física, 13,5% pratica atividades culturais e 11,5% exerce ambas, sendo que, segundo os resultados, estas atividades influenciam o stresse e a qualidade de vida da pessoa idosa. Pensamos que, apesar de ser um número ainda relativamente baixo, no que à prática da atividade física diz respeito, esta estará em curva ascendente, tendo em conta as campanhas de sensibilização realizadas em prol dos hábitos de vida saudáveis e a sua relação direta com a QV. No conceito da QV, no que se refere ao campo de acção da saúde, quando analisada de uma forma generalista, é baseado na compreensão das necessidades humanas fundamentais, materiais e espirituais e tem no conceito de promoção da saúde o ponto central. Quando analisada de forma mais específica, a QV na saúde incide no conceito de capacidade de viver sem doenças (Minayo, 2000), ainda que Boraita (citado por Caprara, 2008) mencione a importância do exercício físico como sinónimo de qualidade e esperança de vida, referindo que as pessoas que fazem exercício físico continuado ganham entre dez a vinte anos de vida relativamente a pessoas da mesma idade que não praticam atividade física. Leça (2004) referido por Faria (2012) concluiu que houve uma tendência para a qualidade de vida aumentar, quando o número de atividades lazer/animação e desportivas aumentaram.

Na avaliação da saúde, obtivemos resultados que referem que 45,2% não considera nem má nem boa e 30,8% considera boa, o que nos indica que a maioria dos participantes está minimamente satisfeito com a sua saúde, e na variável se está atualmente doente, verificamos que 71,2% não está atualmente doente, ainda que 5,8% sofra de diabetes e 3,8% de doenças cardíaca. Fernandes (2011) no estudo sobre *Qualidade de Vida e Maus-Tratos do Idoso na Comunidade*, com a utilização da escala WHOQOL-Bref foi possível determinar que, em média, os idosos percebem a sua qualidade de vida como nem boa nem má e que não estão nem satisfeitos nem insatisfeitos com a sua saúde, sendo que a maioria afirma que a sua saúde é razoável e nenhuma pessoa idosa caracteriza a sua saúde como muito boa. Andrade (2011) num estudo com pessoas idosas institucionalizadas menciona que 91% dos idosos refere estar actualmente doente, em sentido inverso ao nosso estudo em que obtivemos 28,8% que referiram estar actualmente doentes, o que poderá justificar, que o estado de saúde da pessoa idosa poderá ser um fator determinante para a sua institucionalização.

Ao analisarmos a variável “se a família costuma visitar”, obtivemos um resultado bastante positivo no que se refere às visitas diárias dos familiares, visto que 55,8% é visitado diariamente e 22,1% é visitado semanalmente. Estes valores espelham bem o sentimento e espírito de família, comunidade e entreajuda vivida neste concelho do Algarve, e os resultados indicam que não influenciam o stresse mas influenciam a qualidade de vida da pessoa idosa.

Relativamente à freguesia de residência, embora tenham sido aplicados questionários nas nove freguesias do concelho, foi sentida alguma dificuldade em aplicar os mesmos em zonas mais interiores, nomeadamente, no Ameixial (2,9%), Querença, Tôr e Benafim (3,8%) e Boliqueime (4,8%) devido à pouca disponibilidade ou receio em partilhar algumas informações. Mesmo tendo tentado o contacto através de elementos privilegiados dos locais onde compareci, os possíveis participantes mostraram por várias vezes pouca ou nenhuma vontade em participar, referindo alguns que eram estudos encomendados por forças políticas com o intuito de adquirir informações pessoais/confidenciais.

Perante os nossos resultados, o valor da reforma influencia o stresse e a qualidade de vida da pessoa idosa, sendo que a maioria (38,5%) dos inquiridos recebe uma reforma igual ou superior a 750€, 15,4% recebe entre 200€ a 299€ e 19,2% recebe entre 300€ a 399€. Martins e Santos (2008) citados por Nunes (2011) salientam que no geral, as pessoas idosas possuem baixos valores de rendimentos, não só porque os salários que usufruíram na sua vida activa foram igualmente de baixo valor, mas também porque muitos idosos trabalharam toda a vida sem efetuar descontos para a Segurança Social.

Relativamente ao stresse influenciar a qualidade de vida no geral nas pessoas idosas, constatamos que existe uma relação positiva entre ambas, pois podemos verificar a influência do stresse na qualidade de vida da pessoa idosa, visto que é estatisticamente significativa, e apresenta uma média de 3,41 no domínio da faceta geral na escala WHOQOL-Bref. Na EPS aplicada no nosso estudo, verificámos uma média de 23,41 e um desvio padrão de 6,729 tendo no estudo de Ribeiro e Marques (2009) uma média de 19,96 e um desvio padrão de 7,57, obtivemos assim índices de stresse superiores.

Nos resultados obtidos, para a hipótese de o stresse influenciar a qualidade de vida nos domínios físico, psicológico, relações pessoais e ambiente nas pessoas idosas, aferimos que o stresse influencia todos os domínios da qualidade de vida da pessoa idosa e verificamos também a existência de uma associação estatisticamente significativa em todos os domínios.

Contudo os inquiridos apresentam melhor qualidade de vida no domínio das relações pessoais com uma média de 3,58 e no psicológico de 3,53, tendo valores inferiores os domínios ambiente com 3,46 e o físico com 3,20 na escala WHOQOL-Bref entre 1 e 5 valores. No estudo de Faria (2012) intitulado: *Animação e qualidade de vida na população sénior e idosa: um estudo no concelho de câmara de lobos*, também foram obtidos resultados idênticos, tendo em conta que os inquiridos apresentam melhor qualidade de vida nos domínios das relações sociais e psicológico e pior qualidade de vida no domínio físico de acordo com a escala WHOQOL-Bref.

Fernandes (2011) no estudo sobre *Qualidade de Vida e Maus-Tratos do Idoso na Comunidade*, com a utilização da escala WHOQOL-Bref obteve valores de

qualidade de vida mais baixas no domínio físico, enquanto o valor médio mais elevado foi no domínio das relações sociais. A qualidade de vida obteve valores distintos nos diferentes domínios, sendo que o domínio com valor médio mais elevado foi o das relações sociais, seguido do psicológico, do meio ambiente, geral e físico, que se pode justificar pelas queixas constantes relativas à sua incapacidade física para realizar as actividades a que se propõem.

Paúl, Fonseca, Martín e Amado (2005) referidos por Fernandes (2011) mencionam que a rede social está diretamente relacionada à compreensão que a pessoa idosa tem sobre qualidade de vida, bem como o grupo etário e os contactos sociais.

Importante referir que, mais de 50% dos questionários foram administrados pelo entrevistador, 15,4% assistidos pelo mesmo e que apenas 33,7% foram auto administrados.

Em suma, concluímos que através dos resultados obtidos, apresentados e discutidos, foi possível responder às questões inicialmente formuladas, atingindo os objetivos traçados para esta investigação, onde obtivemos dados estatisticamente significativos, que atestaram as hipóteses inicialmente formuladas.

CONCLUSÕES E IMPLICAÇÕES

CONCLUSÕES E IMPLICAÇÕES

O conceito de qualidade de vida é multidimensional, na medida em que procura avaliar múltiplas dimensões do indivíduo, tais como a componente física, psicológica, social e ambiental.

Face a um envelhecimento contínuo da população, este construto torna-se ainda mais pertinente, sendo que é fundamental aumentar a qualidade de vida aos anos que se vive e não apenas fomentar o aumento da esperança média de vida. Desta forma, tentámos perceber através desta investigação, se o stress influencia a qualidade de vida da pessoa idosa.

Importante não descorar que a sociedade tem sofrido diversas mutações nas últimas décadas, e o papel da pessoa idosa tem sido continuamente menosprezado, o que poderá aumentar os níveis de stress e diminuir a qualidade de vida. Se antes a pessoa idosa era vista como fonte de experiência e sabedoria, atualmente é vista por muitas famílias como um encargo e um elemento extra que acarreta trabalho e despesa.

Berger (1995) citado por Moura (2006) enumera os sete estereótipos da pessoa idosa: é vista como uma pessoa infeliz, doente, improdutivo, precisa de ajuda, conservadora, isolada e igual a todas as outras pessoas idosas.

Além desta desvalorização, é por vezes visto como um trabalhar gratuito sempre disponível para colaborar nas tarefas familiares menos desejadas, como a lida da casa, cuidar dos netos enquanto os filhos trabalham ou se divertem.

Atualmente, devido à crise que vivemos já há alguns anos, muitos tiveram de receber os filhos de volta a casa, sustentar suas famílias e por vezes suportar monetariamente algumas obrigações dos mesmos. Viram ainda as suas reformas serem cortadas, perdendo assim opção de decisão em prol da manutenção da sua qualidade de vida, e de alguns projetos que tivessem traçado para a sua vida.

Possivelmente por razões culturais, as atuais pessoas idosas portuguesas continuam a preocupar-se demasiado com o futuro dos seus entes queridos e a

desvalorizar o seu próprio bem-estar, sendo que após uma vida de sacrifícios e trabalho, ainda ambicionam deixar heranças e abdicar do si próprios em prol dos filhos e/ou netos, proporcionando-lhe estilos de vida ou experiências que nunca tiveram. Para além desta visão altruísta, são ainda rotulados de ultrapassados e como um projeto com fim à vista, por isso não merecem qualquer investimento ou valorização. Todas estas situações poderão contribuir para um aumento do stresse e diminuição da qualidade de vida da pessoa idosa.

Fernandes (1997) citado em Moura (2006: 49) refere que “...as pessoas idosas, enquanto estereótipo socialmente produzido e facilmente reconhecível, enquadram uma categoria de indivíduos, cujas propriedades, relativamente homogêneas, são normalmente identificadas com isolamento, solidão, doença, pobreza e mesmo exclusão social (...)”

Talvez este paradigma tenha tendência para mudar a curto médio prazo, pois acreditamos que as próximas gerações de pessoas idosas se preocupem mais com a sua qualidade de vida, centrando mais o investimento em si próprios do que nos familiares, podendo assim partilhar toda a sabedoria e experiência adquirida em prol das gerações vindouras, e ainda vivendo novas experiências através de sonhos e projetos pessoais.

Tendo em conta o crescente envelhecimento da sociedade mundial em geral, bem como o contínuo desenvolvimento da ciência numa sociedade cada vez mais globalizada, limitamos as nossas conclusões ao momento em que o estudo é realizado. Conforme a revisão da literatura que realizámos, bem como as análises que efectuámos em prol do rigor deste estudo, com a pretensão de conseguir retirar algumas conclusões que contribuam no desenvolvimento desta temática.

Através deste estudo obtivemos vários resultados pertinentes, sendo que passamos seguidamente a abordar os que consideramos mais relevantes, de forma a concluir a investigação. Nesta perspectiva, um dos aspectos a ter em consideração é que as pessoas idosas não se mostram muito disponíveis para a participação nesta investigação. Quando abordadas na rua, apelando à sua participação, as mesmas referiam após a explicação do estudo que nada iria

mudar, quando o estudo acabar podiam até já ter morrido ou que seria um enviado de algum partido politico com a missão de obter informações para lhes retirar mais alguns direito ou mesmo cortar mais as suas reformas. Assim devido a estas barreiras iniciais,contatamos algumas instituições com a resposta de centro de dia, que se disponibilizaram solicitar aos seus utentes para participar.

Podemos constatar que a variável “sexo” da pessoa idosa não influencia o stresse ou a qualidade de vida, embora na variável idade, tenhamos verificamos que não influencia o stresse mas influencia a qualidade de vida, e que o estado civil, não influencia o stresse ou a qualidade de vida.

Nas variáveis, “habilitações literárias”, “valor de reforma”, “com quem vive habitualmente” e “se pratica atividades”, verificamos que todas elas influenciam o stresse e a qualidade de vida da pessoa idosa, sendo que Boraita (citado por Caprara, 2008) menciona a importância do exercício físico como sinónimo de qualidade e esperança de vida, referindo que as pessoas que fazem exercício físico continuado ganham entre dez a vinte anos de vida relativamente a pessoas da mesma idade que não praticam atividade física.

Relativamente à opinião sobre a sua própria saúde, a maioria dos inquiridos considera que não é má nem boa, o que vai ao encontro do Ministério da Saúde (2004, citado por Sequeira, 2010) ao mencionar que a QV, está correlacionada com os níveis de saúde da pessoa idosa, e na manutenção da sua autonomia e independência.

Já nas variáveis “visitas da família” e “alguma ocupação”, verificamos que não influenciam o stresse mas influenciam a qualidade de vida da pessoa idosa.

Apurámos que o stresse influencia positivamente a qualidade de vida no geral nas pessoas idosas, pois constatamos que existe uma relação positiva entre ambas, visto que podemos verificar a influência do stresse na qualidade de vida da pessoa idosas.

A pessoa idosa depara-se com diferentes situações potencialmentestressantes, entre eles o casamento, o nascimento de filhos, a entrada para a reforma, a perda de entes queridos, marcam momentos de transição no curso da vida.

Para além disso, assinalam a passagem de um *status* para outro, refletem a passagem do tempo individual, sinalizam o desenvolvimento normal, anunciam o alcance ou a falha de metas e expectativas individuais e sociais e, quando relacionadas com o declínio, doenças e morte, confrontam o indivíduo com a sua própria limitação. Tais eventos influenciam o curso do desenvolvimento humano, pois são situações que, de alguma forma, desafiam o ajustamento biológico, social e psicológico (Fortes-Burgos, Neri & Cupertino, 2009).

As inúmeras mudanças decorrentes do processo de envelhecimento, podem ser expressas como ameaça à sua manutenção biopsicossocial, constituindo-se fatores stressantes capazes de desencadear respostas comportamentais e neuro-endócrinas na tentativa de adaptação aos eventos que provocam stresse (Duarte, 2001, citado em Souza-Talarico, Caramelli, Nitrini & Chaves, 2009).

Podemos mencionar que o stresse influencia positivamente a qualidade de vida nos domínios físico, psicológico, relações pessoais e ambiente nas pessoas idosas.

Rowe e Kahn (citados em Teixeira e Neri, 2008), referem que o envelhecimento bem-sucedido é composto por três elementos centrais: baixa probabilidade de doenças e de incapacidade, alta capacidade funcional cognitiva e física, e participação social ativa.

Schroots e Birren (1980, citados em Fonseca, 2006) referem que o processo de envelhecimento assenta nas componentes: biológica, social e psicológica. A componente biológica remete para a senescência, que reflete uma vulnerabilidade crescente, resultante uma maior probabilidade de morrer, a componente social está relacionada com os papéis sociais adequados às expectativas da sociedade para este grupo etário, e a componente psicológica que se define pela capacidade de auto-regulação do indivíduo face ao processo de senescência.

Os fatores ambientais exercem uma grande influência sobre o processo de envelhecimento, bem como as doenças e tudo o que a ausência de saúde pode acarretar. Menciona que o exercício físico e a alimentação são dois fatores preponderantes no envelhecimento bem-sucedido. É cada vez mais

evidente, que a atividade física regular promove o envelhecimento bem-sucedido, no que se refere à sua saúde física e psicológica, contribuindo para o bem-estar geral do indivíduo (Caprara, 2008).

Assim, visto que as variáveis sociodemográficas “idade”, “habilitações literárias”, “valor da reforma”, “com quem vive habitualmente”, “visitas da família”, “se pratica atividade” e “se tem ocupação influenciam” a QV, e uma vez que a QV está diretamente relacionada com os níveis de stresse, que por sua vez são influenciados por “habilitações literárias”, “valor da reforma”, “com quem vive habitualmente” e “se pratica atividade”, então torna-se pertinente que as entidades e profissionais que lidam diretamente com as pessoas idosas, seus familiares e amigos, pensem numa política de integração para que os níveis de stress sejam atenuados. Alcança-se assim um acréscimo da qualidade de vida da pessoa idosa, que indiretamente poderá, inclusive, aumentar a qualidade de vida das pessoas que o rodeiam.

O aumento da esperança média de vida e o envelhecimento da população, são os maiores desafios para as políticas de saúde e de proteção social. O prolongamento da vida é ambicionado por todos os humanos e sociedades em geral, sendo que ao mesmo tempo se deseja associado a uma maior qualidade aos anos adicionais de vida. Por isso, encaramos este desafio, para que o futuro passe por capacitar e motivar os indivíduos para a importância de hábitos de vida saudáveis como forma de promoção da saúde, evitando comportamentos de risco, com o intuito de privilegiar a qualidade de vida no geral e no envelhecimento em particular.

Assim, em conclusão, pensamos que outros estudos poderão ser realizados noutras populações, permitindo compreender melhor esta temática.

BIBLIOGRAFIA

BIBLIOGRAFIA

- Andrade, M. G. F. (2011). Qualidade de Vida e Depressão na Pessoa Idosa Institucionalizada. Dissertação de mestrado. Universidade da Madeira.
- Bennett, P. (2002). Introdução clínica à psicologia da saúde. Lisboa: Climepsi Editores.
- Berger, L. M. Éd., Mailloux-Poirier, D. M. Sc. Inf. (1995). Pessoas Idosas: Uma abordagem global. Lisboa: Lusodidacta
- Blackburn, J. A., Dulmus, C. N. (2007). Handbook of Gerontology: evidence-based approaches to theory, practice and policy. New Jersey: John Wiley & Sons, Inc.
- Brito, L. (2002). A Saúde Mental dos Prestadores de Cuidados a Familiares Idosos. Coimbra: Edições Quarteto.
- Caprara, M. (2008). La promoción del envejecimiento activo. Madrid: Ediciones Pirámide.
- Carvalho e Mota (2012). O exercício e o Envelhecimento. In Paúl, C. e Ribeiro, O. (eds.), *Manual de Gerontologia* (pp. 13-37). Lisboa: Lidel.
- Costa, M. A. (2006). Cuidar Idosos: Formação, Práticas e Competências dos Enfermeiros. 2ª edição. Coimbra: Co-edição: FORMASAU e EDUCA.
- Dohme, M. S. (2004). Manual Merk - Geriatria. Porto: Oceano.
- Faria, V. P. (2012). Animação e qualidade de vida na população sénior e idosa: um estudo no concelho de câmara de lobos. Dissertação de mestrado. Funchal: Universidade da Madeira.
- Fernandes, E. S. V. (2011). Qualidade de Vida e Maus-Tratos do Idoso na Comunidade. Dissertação de mestrado. Universidade da Madeira.
- Ferreira, J. M. R. T. P. (2014). Qualidade de Vida, Vulnerabilidade ao Stress e Burnout nos cuidadores formais de idosos com Alzheimer: um estudo correlacional. Dissertação de mestrado. Maia: Instituto Superior da Maia.
- Fonseca, A. M. (2006). O Envelhecimento: Uma abordagem Psicológica. 2ª edição. Lisboa: Editora Universidade Católica.
- Fontaine, R. (2000). Psicologia do envelhecimento. Lisboa: Climepsi Editores.

- Fortes-Burgos, A., Neri, A., & Cupertino, A. (2009). Eventos de vida estressantes entre idosos brasileiros residentes na comunidade. *Estudos de Psicologia*, 14(1), 69–75.
- Hill, M. M. & Hill, A. (2008). *Investigação por Questionário*. Lisboa: Edições Sílabo.
- Instituto Nacional de Estatística, INE. (2011). *Censos 2011. Resultados Definitivos – Portugal*. INE: Lisboa, Portugal.
- Instituto Nacional de Estatística, INE. (2014). *População residente em Portugal com tendência para diminuição e envelhecimento*. INE: Lisboa, Portugal.
- Leal, A. C. B. (2012). *Qualidade de Vida dos Idosos na Rede de Cuidados Continuados Integrados no Algarve*. Dissertação de mestrado. Faro: Universidade de Algarve.
- Luft, C. D. B., Sanches, S. O., Mazo, G. Z., & Andrade, A. (2007). Versão brasileira da Escala de Stresse Percebido: tradução e validação para idosos. *Revista Saúde Pública*, 41(4), 606–615.
- Margis, R., Picon, P., Cosner, A. F., & Silveira, R. O. (2003). Relação entre estressores, Stresse e ansiedade. *Revista de Psiquiatria Do Rio Grande Sul*, 25(suplemento 1), 65–74.
- Minayo M. C. (2000). *Qualidade de vida e saúde: um debate necessário*. *Ciência & Saúde Coletiva*, 5(1) :7-18.
- Moura, C. (2006). *Século XXI Século do Envelhecimento*. Loures: Lusociência.
- Nunes, M. F. (2011). *Qualidade de Vida das Pessoas Idosas que Frequentam os Centros Comunitários do Funchal*. Dissertação de mestrado. Universidade da Madeira.
- Pacheco, J. E. P. (2005). *Bournout e estilos de vida em profissionais de saúde*. Tese de doutoramento Faro: Universidade do Algarve.
- Paúl, C. & Ribeiro. O. (coords.) (2012). *Manual de Gerontologia*:

Aspectos biocomportamentais, psicológicos e sociais do envelhecimento.
Lisboa: Edições Lidel.

Pestana, M.H. & Gageiro, J.N. (2003). *Análise de dados para Ciências Sociais: A complementaridade do SPSS*. 3ª ed., Lisboa: Ed. Sílabo.

Pordata (2015a) *Base de dados de Portugal Contemporâneo*. Acedido a 24 de Maio 2016 in: <http://www.pordata.pt/Portugal/Quadro+Resumo/Portugal-7013>.

Pordata (2015b) *Base de dados de Portugal Contemporâneo*. Acedido a 24 de Maio 2016 in: <http://www.pordata.pt/DB/Portugal/Ambiente+de+Consulta/Tabela>.

Ramos, L. R., Andreoni, S., Coelho-Filho, J. M., Lima-Costa, M. F., Matos, D. L., Rebouças, M., & Veras, R. (2013). Perguntas mínimas para rastrear dependência em atividades da vida diária em idosos. *Revista de Saúde Pública*, 47(3), 506–513. doi:10.1590/S0034-8910.2013047004325

Ribeiro, J.P. & Marques, T. (2009). *Psicologia, Saúde & Doenças*, 2009, 10 (2), 237-248.

Rocha, M. C. R. M. (2013). *Qualidade de Vida e Bem-estar de pessoas idosas residentes em equipamentos sociais*. Porto: Universidade do Porto.

Santos, F. H., Andrade, V. M., & Bueno, O. F. A. (2009). Envelhecimento: um processo multifatorial. *Psicologia Em Estudo*, 14(1), 3–10. doi:10.1590/S1413-73722009000100002.

Sequeira, C. (2007). *Cuidar de idosos dependentes*. Coimbra: Quarteto.

Sequeira, C. (2010). *Cuidar de idosos com dependência física e mental*. Lisboa: Edições Lidel.

Souza, C. B. (2007). *Qualidade de Vida e Saúde*. In Siqueira, M. M. M., Jesus, S. N. e Oliveira, V. B. (org) *Psicologia da Saúde: Teoria e Pesquisa* (pp. 139-149). São Paulo: Metodista.

Souza-Talarico, J., Caramelli, P., Nitrini, R., & Choves, E. (2009). Sintomas de Stresse e estratégias de coping em idosos saudáveis. *Revista Escola de Enfermagem Da USP*, 43(4), 803–809.

Teixeira, I. N., Neri, A. L. (2008). Envelhecimento bem-sucedido: uma meta no curso de vida. *Psicologia USP* (Vol 19, n.1) São Paulo.

Vaz Serra, A., Canavarro, M. C., Simões, M. R., Pereira, M., Gameiro, S., Quartilho, M. J., Carona, C. & Paredes, T. (2006). Estudos psicométricos do instrumento avaliação da Qualidade de Vida da Organização Mundial de Saúde (WHOQOL-Bref) para Português de Portugal. *Psiquiatria Clínica*, 27(1), 41-49.

Vilela, L.P., Caramelli, P. (2006).

Doença de Alzheimer e a visão de familiares de pacientes.

Revista Associação Médica Brasileira, 52(3), 148-52.

ANEXOS

Anexo 1
(Pedido de autorização às instituições)

Ex. m^o (a) Sr. (a)

Eu, Vasco Ricardo Fangueiro São-PayoCary, venho por este meio, solicitar a colaboração da vossa prestigiada instituição, no sentido da realizar recolha de dados para fins de investigação, relativa à Tese de Mestrado do curso de Gerontologia Social, com o tema "stresse e qualidade de vida da pessoa idosa" da Universidade do Algarve, sob a orientação do Professor Doutor Eusébio Pacheco.

Todos e quaisquer dados recolhidos são confidenciais, sendo apenas utilizados para efeitos da investigação.

Os melhores cumprimentos

Vasco Cary

Anexo 2
(Consentimento informado)

CONSENTIMENTO INFORMADO PARA A PARTICIPAÇÃO NA INVESTIGAÇÃO
“Stresse e qualidade de vida da pessoa idosa”

Ex. m^o (a) Sr. (a)

Gostaria de solicitar autorização para que participe nesta investigação, que é um estudo que tem como objectivo geral compreender se o stresse influencia a qualidade de vida da pessoa idosa.

Procedimento: Será solicitado ao participante que responda aos questionários, sendo, outras formas de administração do questionário: assistido pelo entrevistador ou auto-administrado.

Pelo presente termo de consentimento informado, declaro que fui esclarecido(a), de forma clara e detalhada, livre de qualquer constrangimento e coerção, dos objectivos, da justificativa, dos procedimentos, riscos e benefícios da presente investigação. Fui igualmente informado(a):

- da garantia de receber resposta a qualquer esclarecimento acerca dos procedimentos e outros assuntos relacionados à investigação;
- da liberdade de retirar o meu consentimento a qualquer momento e deixar de participar do estudo;
- da segurança de que não serei identificado(a) e do carácter confidencial das informações relacionadas à minha privacidade e os questionários serão anónimos.

Não haverá qualquer inconveniência para todos os que participarem nesta investigação, assim como para os que não participarem.

O investigador responsável por este estudo é o Vasco Cary, tendo como Orientador o Prof. Doutor Eusébio Pacheco.

Assinale conforme a sua vontade, no respectivo quadro.

- Autorizo a participação neste estudo
- Não autorizo a participação neste estudo

Declaro que recebi cópia do presente termo de compromisso.

Data: _____

Assinatura: _____

Anexo 3
(Questionário Sociodemográfico)

Questionário Sociodemográfico

“Stresse e qualidade de vida da pessoa idosa”

Peço a sua colaboração para responder a este questionário sociodemográfico. Os dados são confidenciais e não existem respostas certas ou erradas. O importante é serem verdadeiras.

1. **Sexo:** Feminino Masculino
2. **Idade** _____ anos
3. **Estado Civil:** Solteiro Casado/ União de facto Divorciado/ Separado
Viúvo
4. **Habilitações Literárias:**
Analfabeto Sabe ler e escrever Ensino básico Ensino secundário
Ensino superior
5. **Valor da Reforma:** Entre 200,00 € e 299,00 € Entre 300,00 € e 399,00 €
Entre 400,00 € e 499,00 € Entre 500,00 € e 749,00 € > 750,00 €
6. **Com quem vive habitualmente:**
Cônjuge Companheiro(a) Filho(a) Irmão(a) Sozinho(a)
7. **A sua família costuma visita-lo?**
Diariamente Semanalmente Mensalmente Semestralmente
Anualmente Nunca
8. **Pratica alguma atividade?** Nenhuma Física Cultural
9. **Tem alguma ocupação?** Sim Não

Se sim, diga qual: _____.
10. **Como considera a sua saúde:**
Muito má Má Nem boa nem má Boa Muito boa
11. **Realizou algum diagnóstico de stresse:** Sim Não
12. **Toma medicação para controlo do stresse?** Sim Não
- 12.1 **Se sim, há quanto tempo?**

Há menos de 6 meses Entre 6 meses e 1 ano Mais de 1 ano

Anexo 4
(Escala de Percepção de Stresse)

ESCALA DE PERCEPÇÃO DE STRESS

(J. PAIS RIBEIRO & T. MARQUES, 2009)

Nesta escala fazemos perguntas acerca dos seus sentimentos e pensamentos que ocorreram no último mês. Em cada uma pedimos para indicar **com que frequência** você se sentiu ou pensou de determinada maneira. Embora algumas das questões sejam parecidas, há diferenças entre elas e deverá responder a cada uma como uma questão diferente. A melhor maneira de o fazer é responder a cada questão rapidamente. Ou seja, não se preocupe em lembrar do número de vezes que se sentiu de determinada maneira. Em vez disso assinale a alternativa que lhe pareça uma estimativa razoável. As alternativas que pode escolher são: “Nunca”; “Quase Nunca”, “Algumas vezes”; “Com muita frequência”; e “Muitas Vezes”

	Nunca	Quase nunca	Algumas vezes	Com muita frequência	Muitas vezes
1 No último mês com que frequência se sentiu aborrecido com algo que ocorreu inesperadamente? *	A	B	C	D	E
2 No último mês com que frequência se sentiu que era incapaz de controlar as coisas que são importantes na sua vida? *, **	A	B	C	D	E
3 No último mês com que frequência se sentiu nervoso ou “stressado”? *	A	B	C	D	E
4 No último mês com que frequência enfrentou com sucesso coisas aborrecidas e chatas? (1)	A	B	C	D	E
5 No último mês com que frequência sentiu que estava a enfrentar com eficiência mudanças importantes que estavam a ocorrer na sua vida? (1)	A	B	C	D	E
6 No último mês com que frequência se sentiu confiante na sua capacidade para lidar com os seus problemas pessoais? *, **, (1)	A	B	C	D	E
7 No último mês com que frequência sentiu que as coisas estavam a correr como queria? *, **, (1)	A	B	C	D	E
8 No último mês com que frequência reparou que não conseguia fazer todas as coisas que tinha que fazer? *	A	B	C	D	E
9 No último mês com que frequência se sentiu capaz de controlar as suas irritações? *, (1)	A	B	C	D	E
10 No último mês com que frequência sentiu que as coisas lhe estavam a correr pelo melhor? *, (1)	A	B	C	D	E
11 No último mês com que frequência se sentiu irritado com coisas que aconteceram e que estavam fora do seu controlo? *	A	B	C	D	E
12 No último mês com que frequência foi capaz de controlar o seu tempo?	A	B	C	D	E
13 No último mês com que frequência sentiu que as dificuldades se acumulavam ao ponto de não ser capaz de as ultrapassar? *, **	A	B	C	D	E

*- Itens da versão de 10 itens; **- itens da versão de quatro itens; (1)-Itens invertidos

OBRIGADO PELA SUA COLABORAÇÃO

Anexo 5
(WHOQOL-Bref)

WHOQOL-BREF



ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE



FACULDADE DE MEDICINA DA UNIVERSIDADE DE COIMBRA

Coordenador: Prof. Doutor Adriano Vaz Serra (adrianovs@netvisao.pt)



FACULDADE DE PSICOLOGIA E DE CIÊNCIAS DA EDUCAÇÃO DA UNIVERSIDADE DE COIMBRA

Coordenadora: Prof. Doutora Maria Cristina Canavaro (mccanavaro@fpce.uc.pt)

	Equações para calcular a pontuação dos domínios	Resultados	Resultados transformados	
			4-20	0-100
Domínio 1	$(6-Q3) + (6-Q4) + Q10 + Q15 + Q16 + Q17 + Q18$ □ + □ + □ + □ + □ + □ + □ + □			
Domínio 2	$Q5 + Q6 + Q7 + Q11 + Q19 + (6-Q26)$ □ + □ + □ + □ + □ + □ + □			
Domínio 3	$Q20 + Q21 + Q22$ □ + □ + □			
Domínio 4	$Q8 + Q9 + Q12 + Q13 + Q14 + Q23 + Q24 + Q25$ □ + □ + □ + □ + □ + □ + □ + □ + □			

DADOS PESSOAIS

A1 Idade anos **A2 Data de Nascimento** ____/____/____

A3 Sexo Masculino
 Feminino

A4 Escolaridade	Não sabe ler nem escrever	<input type="checkbox"/>
	Sabe ler e/ou escrever	<input type="checkbox"/>
	1 ^ª -4 ^ª anos	<input type="checkbox"/>
	5 ^ª -6 ^ª anos	<input type="checkbox"/>
	7 ^ª -9 ^ª anos	<input type="checkbox"/>
	10 ^ª -12 ^ª anos	<input type="checkbox"/>
	Estudos Universitários Formação pós-graduada	<input type="checkbox"/>

A5 Profissão

A6.1 Freguesia
A6.2 Concelho
A6.3 Distrito

A7 Estado Civil	Solteiro(a)	<input type="checkbox"/>
	Casado(a)	<input type="checkbox"/>
	União de facto	<input type="checkbox"/>
	Separado(a)	<input type="checkbox"/>
	Divorçado(a)	<input type="checkbox"/>
	Viúvo(a)	<input type="checkbox"/>

B1a Está actualmente doente? Sim Não

B1b Que doença é que tem? _____

B2 Há quanto tempo? _____

B3 Regime de tratamento? Internamento Consulta Externa Sem tratamento

C. Forma de administração do questionário

- 1. Auto-administrado
- 2. Assistido pelo entrevistador
- 3. Administrado pelo entrevistador

D. Tem alguns comentários a fazer a este estudo?

OBRIGADO PELA SUA AJUDA!

Instruções

Este questionário procura conhecer a sua qualidade de vida, saúde, e outras áreas da sua vida.

Por favor, responda a todas as perguntas. Se não tiver a certeza da resposta a dar a uma pergunta, escolha a que lhe parecer mais apropriada. Esta pode muitas vezes ser a resposta que lhe vier primeiro à cabeça.

Por favor, tenha presente os seus padrões, expectativas, alegrias e preocupações. Pedimos-lhe que tenha em conta a sua vida nas **duas últimas semanas**.

Por exemplo, se pensar nestas duas últimas semanas, pode ter que responder à seguinte pergunta:

	Nada	Pouco	Moderadamente	Bastante	Completamente
Recebe das outras pessoas o tipo de apoio que necessita?	1	2	3	4	5

Deve pôr um círculo à volta do número que melhor descreve o apoio que recebeu das outras pessoas nas duas últimas semanas. Assim, marcaria o número 4 se tivesse recebido bastante apoio, ou o número 1 se não tivesse tido nenhum apoio dos outros nas duas últimas semanas.

Por favor leia cada pergunta, veja como se sente a respeito dela, e ponha um círculo à volta do número da escala para cada pergunta que lhe parece que dá a melhor resposta.

		Muito Má	Má	Nem Boa Nem Má	Boa	Muito Boa
1 (G1)	Como avalia a sua qualidade de vida?	1	2	3	4	5

		Muito Insatisfeito	Insatisfeito	Nem satisfeito nem Insatisfeito	Satisfeito	Muito Satisfeito
2 (G4)	Até que ponto está satisfeito(a) com a sua saúde?	1	2	3	4	5

As perguntas seguintes são para ver até que ponto sentiu certas coisas nas duas últimas semanas.

		Nada	Pouco	Nem muito nem pouco	Muito	Muito/muito
3 (F1.4)	Em que medida as suas dores (físicas) o(a) impedem de fazer o que precisa de fazer?	1	2	3	4	5
4 (F11.3)	Em que medida precisa de cuidados médicos para fazer a sua vida diária?	1	2	3	4	5
5 (F4.1)	Até que ponto gosta da vida?	1	2	3	4	5
6 (F24.2)	Em que medida sente que a sua vida tem sentido?	1	2	3	4	5
7 (F5.3)	Até que ponto se consegue concentrar?	1	2	3	4	5
8 (F16.1)	Em que medida se sente em segurança no seu dia-a-dia?	1	2	3	4	5
9 (F21.1)	Em que medida é saudável o seu ambiente físico?	1	2	3	4	5

STRESSE E QUALIDADE DE VIDA DA PESSOA IDOSA

As seguintes perguntas são para ver **até que ponto** experimentou ou foi capaz de fazer certas coisas nas duas últimas semanas.

		Nada	Pouco	Moderadamente	Bastante	Completamente
10 (F2.1)	Tem energia suficiente para a sua vida diária?	1	2	3	4	5
11 (F7.1)	É capaz de aceitar a sua aparência física?	1	2	3	4	5
12 (F10.1)	Tem dinheiro suficiente para satisfazer as suas necessidades?	1	2	3	4	5
13 (F20.1)	Até que ponto tem fácil acesso às informações necessárias para organizar a sua vida diária?	1	2	3	4	5
14 (F21.1)	Em que medida tem oportunidade para realizar actividades de lazer?	1	2	3	4	5

		Muito Má	Má	Nem boa nem má	Bom	Muito Bom
15 (F9.1)	Como avaliaria a sua mobilidade [capacidade para se movimentar e deslocar por si próprio(a)]?	1	2	3	4	5

As perguntas que se seguem destinam-se a avaliar se se sentiu **bem ou satisfeito(a)** em relação a vários aspectos da sua vida nas duas últimas semanas.

		Muito Insatisfeito	Insatisfeito	Nem satisfeito nem insatisfeito	Satisfeito	Muito Satisfeito
16 (F3.3)	Até que ponto está satisfeito(a) com o seu sono?	1	2	3	4	5
17 (F10.3)	Até que ponto está satisfeito(a) com a sua capacidade para desempenhar as actividades do seu dia-a-dia?	1	2	3	4	5
18 (F12.4)	Até que ponto está satisfeito(a) com a sua capacidade de trabalho?	1	2	3	4	5
19 (F6.3)	Até que ponto está satisfeito(a) consigo próprio(a)?	1	2	3	4	5
20 (F13.3)	Até que ponto está satisfeito(a) com as suas relações pessoais?	1	2	3	4	5
21 (F15.3)	Até que ponto está satisfeito(a) com a sua vida sexual?	1	2	3	4	5
22 (F14.4)	Até que ponto está satisfeito(a) com o apoio que recebe dos seus amigos?	1	2	3	4	5
23 (F17.3)	Até que ponto está satisfeito(a) com as condições do lugar em que vive?	1	2	3	4	5
24 (F19.3)	Até que ponto está satisfeito(a) com o acesso que tem aos serviços de saúde?	1	2	3	4	5
25 (F23.3)	Até que ponto está satisfeito(a) com os transportes que utiliza?	1	2	3	4	5

As perguntas que se seguem referem-se à **frequência** com que sentiu ou experimentou certas coisas nas duas últimas semanas.

		Nunca	Poucas vezes	Algumas vezes	Frequentemente	Sempre
26 (F8.1)	Com que frequência tem sentimentos negativos, tais como tristeza, desespero, ansiedade ou depressão?	1	2	3	4	5

WHOQOL-BREF 4

Anexo 6 (Pedido de utilização da Escala de Percepção de Stresse)

26/10/2015

Para: jlpr@fpce.up.pt

Ex.mº Sr. Professor José Luís Pais Ribeiro

O meu nome é Vasco Cary, sou aluno da Universidade do Algarve. Estou a frequentar o 2º ano do Curso de Mestrado em Gerontologia Social e o tema da minha tese de mestrado é "Stresse e qualidade de vida da pessoa idosa".

Venho por este meio solicitar permissão para utilizar o seu questionário de Escala de Percepção de Stresse.

Agradeço desde já a sua atenção, estando disponível para qualquer esclarecimento que ache conveniente.

Sem outro assunto de momento, os melhores cumprimentos

Vasco Cary

RE: Escala de Percepção de Stresse - Vasco Cary

José Luís Pais Ribeiro (jlpr@fpce.up.pt)

26/10/2015

Para: Vasco Cary

Caro colega

Autorizo o uso da escala de percepção de stresse.

Cordialmente

José Luís Pais Ribeiro

jlpr@fpce.up.pt

mobile phone: (351) 965045590

web page: <http://sites.google.com/site/jpaisribeiro/>

ORCID: <http://orcid.org/0000-0003-2882-8056>

ResearchGate- https://www.researchgate.net/profile/Jose_Pais-Ribeiro/publications

Anexo 7

(Pedido de utilização da WHOQOL-Bref)

26/10/2015

Para: mccanavarro@fpce.uc.pt

Ex.mªSrª. Professora Doutora Maria Cristina Canavarro

O meu nome é Vasco Cary, sou aluno da Universidade do Algarve. Estou a frequentar o 2º ano do Curso de Mestrado em Gerontologia Social e o tema da minha tese de mestrado é "Stresse e qualidade de vida da pessoa idosa".

Venho por este meio solicitar permissão para utilizar o seu questionário de avaliação de Qualidade de Vida WHOQOL - BREF.

Agradeço desde já a sua atenção, estando disponível para qualquer esclarecimento que ache conveniente.

Sem outro assunto de momento, os melhores cumprimentos

Vasco Cary

Re: Instrumento de avaliação WHOQOL-Bref

Cláudia Melo(claudiasmelosilva@gmail.com)

27/10/2015

Para: vascocary@hotmail.com

Caro Vasco Cary,

Na sequência do pedido efectuado, em anexo, envio o material relativo ao WHOQOL-Bref, nomeadamente:

- a versão para português de Portugal do instrumento WHOQOL-Bref;
- manual de aplicação e cotação;
- sintaxe para utilização no pacote estatístico SPSS.

Informação adicional poderá ser encontrada em

<http://www.fpce.uc.pt/saude/qv.htm> .

Mais ainda lhe sugiro que, tendo em conta que nos parece que poderá pretender avaliar a qualidade de vida de população idosa, solicite o acesso à versão portuguesa do WHOQOL-Old. Para tal deverá contactar o Professor Doutor Mário Simões (simoesmr@fpce.uc.pt) e/ou a Dra. Manuela Vilar (mvilar@fpce.uc.pt).

Atente que o WHOQOL-Old é um instrumento que avalia os domínios da versão geral do instrumento WHOQOL e possui um módulo específico para população idosa. Por este motivo, se o utilizar, não fará sentido utilizar simultaneamente o WHOQOL-Bref.

P'lo Grupo Português de Avaliação da Qualidade de Vida

Atenciosamente,

Cláudia Melo.