



UNIVERSIDADE DO ALGARVE
ESCOLA SUPERIOR DE EDUCAÇÃO E COMUNICAÇÃO

O ENVELHECIMENTO
E A CAPACIDADE FUNCIONAL DOS IDOSOS

MARISA ISABEL FRANCISCO MARTINS

DISSERTAÇÃO PARA OBTENÇÃO DO GRAU DE MESTRE EM
GERONTOLOGIA SOCIAL

ORIENTADOR: PROFESSOR DOUTOR EUSÉBIO PACHECO

CO-ORIENTADOR: DOUTOR NUNO MURCHO

FARO

2012



UNIVERSIDADE DO ALGARVE
ESCOLA SUPERIOR DE EDUCAÇÃO E COMUNICAÇÃO

O ENVELHECIMENTO
E A CAPACIDADE FUNCIONAL DOS IDOSOS

MARISA ISABEL FRANCISCO MARTINS

DISSERTAÇÃO PARA OBTENÇÃO DO GRAU DE MESTRE EM
GERONTOLOGIA SOCIAL

ORIENTADOR: PROFESSOR DOUTOR EUSÉBIO PACHECO

CO-ORIENTADOR: DOUTOR NUNO MURCHO

FARO

2012

O ENVELHECIMENTO E A CAPACIDADE FUNCIONAL DOS IDOSOS

Declaração de autoria de trabalho

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

A Candidata

Marisa Isabel Francisco Martins

“Copyright” em nome de Marisa Isabel Francisco Martins:

“A Universidade do Algarve tem o direito, perpétuo e sem limites geográficos, de arquivar e publicar 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 objectivos educacionais ou de investigação, não comerciais, desde que seja dado crédito ao autor e editor.”

**Dedico este trabalho a todos os que amadureceram passando pela minha vida,
que me despertaram a atenção para a importância de se ser velho!**
*Procurem e escolham ser idosos felizes.

AGRADECIMENTOS

Muitos são os agradecimentos que desejo mencionar, mas não o farei por palavras mas sim com carinho, dedicação e muito trabalho, fazendo com que a vossa passagem pela minha vida vos traga o que procuram: um envelhecimento melhor e uma amizade para sempre.

Aos meus “velhinhos” como gosto de me referir às pessoas que fazem parte das minhas turmas, com quem trabalho diariamente e que me ajudaram a interessar e procurar saber mais sobre o processo de envelhecimento, esta parte do ciclo de vida que deve ser valorizada e respeitada.

Ao Professor Doutor Eusébio Pacheco (orientador), e ao Doutor Nuno Murcho (co-orientador), pelo constante apoio, disponibilidade e encorajamento, sem os quais não seria possível ter concluído este trabalho.

Os que não mencionei, eles sabem quem são e o quanto contribuíram e serão recompensados...

Bem-haja a todos.

RESUMO

O aumento do número de idosos deve ser visto como um dos maiores triunfos da humanidade e um desafio contínuo, um sinal positivo do desenvolvimento da sociedade. Porém, este aumento está a acontecer de forma demasiado acelerada e está a originar um desequilíbrio de idades e conseqüentemente de produção no país. As pessoas vivem mais anos mas também dependem economicamente mais tempo dos serviços (sociais e de saúde), dependendo das condições de saúde e da capacidade funcional que apresentem.

Considerando que o envelhecimento é um processo natural do ciclo de vida, todos se devem preparar para a possibilidade de vivê-lo de forma saudável, autónomo e independente o maior tempo possível. Sabendo que é da nossa responsabilidade uma grande parte do nosso envelhecimento, desde cedo cada um de nós deve optar por uma atitude preventiva e promotora de saúde e bem-estar.

Com o presente estudo procuramos reflectir sobre o processo de envelhecimento de forma saudável e activa promovendo a longo prazo a capacidade funcional dos idosos, tendo como objectivo entender a sua percepção de envelhecimento bem-sucedido associado à funcionalidade.

Da análise dos resultados obtidos através da aplicação do instrumento de pesquisa, que é constituído por três partes, o Questionário Sociodemográfico, o Questionário de Qualidade de Vida (WHOQOL-Bref) da Organização Mundial de Saúde e a Escala de Percepção de Envelhecimento Bem-Sucedido, a uma amostra de 165 pessoas idosas do Concelho de Olhão, concluímos que as variáveis sociodemográficas têm influência no envelhecimento bem-sucedido e na qualidade de vida, e que o envelhecimento bem-sucedido influencia a qualidade de vida.

Palavras-chave: idosos, envelhecimento bem-sucedido, qualidade de vida e capacidade funcional.

ABSTRACT

The increasing number of elderly people should be considered not only as one of the greatest triumphs of mankind but also as a continuous challenge, a positive sign of society development. However, this increase has been too fast originating an imbalance in age groups, and affecting the country production. Since people nowadays live longer, they also depend economically for a longer period on the services (social and healthcare) according to their health conditions and functional capacity.

Considering that aging is a natural process of life, everyone should be prepared to live as long as possible in a healthy, autonomous and independent way. Knowing that we are responsible for a great part of our aging process, everyone must adopt from early age a behavior promoting the maintenance of health and wellness.

With this study, we will try to analyze the process of aging in a healthful and active way by promoting a long-term functional capacity of the elderly in order to increase their perception that a well-successful aging is associated with a good functionality.

The analysis of the results obtained through the application of a research tool consisting of three components, namely the Sociodemographic Questionnaire, the World Health Organization of Life Questionnaire – Brief version (WHOQOL-Bref) and the Well-Successful Aging Perception Scale, to a sample of 165 older people from the municipality of Olhão showed that the sociodemographic variables influence a well-successful aging and the quality of life and that a well-successful aging also affects the quality of life.

Key-words: elderly, well-successful aging, quality of life and functional capacity.

INDICE

Pp.

INTRODUÇÃO	13
PARTE I – ENQUADRAMENTO TEÓRICO.....	16
1. O Envelhecimento.....	17
1.1. Envelhecer Hoje	17
1.1.1. Mas o que é ser idoso?	25
1.2. O envelhecimento biológico e fisiológico.....	27
1.2.1. Capacidade Funcional	32
1.2.2. Mas o que é ser activo?	34
1.2.3. Relações sociais.....	37
1.2.4. Mas o que é o envelhecimento bem-sucedido?.....	38
PARTE II – ESTUDO DE CAMPO	41
2. Considerações Metodológicas.....	42
2.1. Abordagem Metodológica.....	42
2.1.1. Problemática e objectivos.....	42
2.1.2. Hipóteses e variáveis em estudo.....	44
2.2. Descrição dos Instrumentos de Pesquisa	45
2.2.1. Questionário sociodemográfico.....	46
2.2.2. Questionário de Qualidade de Vida (WHOQOL – Bref).....	46
2.2.3. Escala de Percepção do Envelhecimento Bem-Sucedido (EPEBS).....	48
2.3. População e Amostra.....	48
2.3.1. Caracterização da Amostra.....	49
3. Apresentação e Análise dos Resultados.....	54
3.1. Análise Prévia e Descritiva das Escalas Utilizadas para Avaliar as Variáveis em Estudo	54
3.1.1. Questionário de Qualidade de Vida (WHOQOL – Bref).....	54
3.1.2. Escala de Percepção do Envelhecimento Bem-Sucedido (EPEBS).....	56
3.2. Teste de Hipóteses.....	61
3.2.1. Variáveis sociodemográficas e envelhecimento bem-sucedido	61
3.2.2. Variáveis sociodemográficas e qualidade de vida.....	62
3.2.3. Envelhecimento bem-sucedido e qualidade de vida	65
3.3. Outras Relações Significativas entre as Variáveis	67
DISCUSSÃO DOS RESULTADOS	72

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	82
ANEXOS	85
ANEXO 1 – AUTORIZAÇÃO DO CHEFE DE DIVISÃO RESPONSÁVEL PELO PROJECTO “VIDA COM RITMO!”	86
ANEXO 2 – AUTORIZAÇÕES DOS INQUIRIDOS PARA PARTICIPAÇÃO NO ESTUDO.	89
ANEXO 3 – QUESTIONÁRIO	91

LISTA DE TABELAS

Pp.

Tabela 1.1. <i>Resumo dos órgãos e sistemas e das alterações que sofrem no processo de envelhecimento</i>	28
Tabela 2.1. <i>Domínios e Facetas da Escala WHOQOL-Bref</i>	47
Tabela 2.2. <i>Distribuição dos Participantes Relativamente ao Género</i>	49
Tabela 2.3. <i>Distribuição dos Participantes por Intervalos de Idade</i>	50
Tabela 2.4. <i>Distribuição dos Participantes por Estado Civil</i>	50
Tabela 2.5. <i>Distribuição dos Participantes por Nível de Escolaridade</i>	51
Tabela 2.6. <i>Distribuição dos Participantes por Situação de Reforma</i>	51
Tabela 2.7. <i>Distribuição dos Participantes por Pessoas com Quem Vive</i>	51
Tabela 2.8. <i>Distribuição dos Participantes por Estado de Saúde</i>	52
Tabela 2.9. <i>Distribuição dos Participantes por Doença</i>	52
Tabela 2.10. <i>Distribuição dos Participantes por Acompanhamento Médico</i>	53
Tabela 2.11. <i>Distribuição dos Participantes por Rendimento Familiar Mensal</i>	53
Tabela 2.12. <i>Distribuição dos Participantes por Existência de Habitação Própria</i>	54
Tabela 2.13. <i>Distribuição dos Participantes por Zona de Habitação</i>	54
Tabela 3.1. <i>Resultados obtidos para Análise da Consistência Interna da Escala WHOQOL-Bref</i> ..	55
Tabela 3.2. <i>Matriz de correlações entre a escala total (WHOQOL-Bref) e as respectivas subescalas</i>	55
Tabela 3.3. <i>Resultados obtidos da Média e do Desvio-Padrão da Escala WHOQOL-Bref em Comparação ao Ponto Médio do mesmo Instrumento</i>	56
Tabela 3.4. <i>Itens da Escala de Percepção do Envelhecimento Bem-Sucedido e os Resultados obtidos através da Correlação Item Total</i>	57
Tabela 3.5. <i>Estrutura Factorial do Instrumento após Rotação Varimax</i>	59
Tabela 3.6. <i>Designação dos Factores da EPEBS e Itens Correspondentes</i>	59
Tabela 3.7. <i>Valores de Consistência Interna dos Factores da EPEBS</i>	60
Tabela 3.8. <i>Matriz de Correlações entre a Escala Total (EPBS) e os respectivos Factores</i>	61
Tabela 3.9. <i>Análise da Regressão Múltipla, pelo Método Stepwise, do Envelhecimento Bem-Sucedido (Medida) com as Variáveis Sociodemográficas</i>	62
Tabela 3.10. <i>Análise da Regressão Múltipla, pelo Método Stepwise, da Qualidade de Vida Geral (Medida) com as Variáveis Sociodemográficas</i>	62
Tabela 3.11. <i>Análise da Regressão Múltipla, pelo Método Stepwise, do Domínio Físico da</i>	

<i>Qualidade de Vida Geral (Medida) com as Variáveis Sociodemográficas</i>	63
Tabela 3.12. <i>Análise da Regressão Múltipla, pelo Método Stepwise, do Domínio Psicológico da Qualidade de Vida Geral (Medida) com as Variáveis Sociodemográficas</i>	64
Tabela 3.13. <i>Análise da Regressão Múltipla, pelo Método Stepwise, do Domínio do Meio Ambiente da Qualidade de Vida Geral (Medida) com as Variáveis Sociodemográficas</i>	65
Tabela 3.14. <i>Coefficientes Beta Estandarizados obtidos através de Equações de Regressão Simples, efectuadas entre a Qualidade de Vida Geral e as suas Dimensões (Medida) e o Envelhecimento Bem-Sucedido</i>	66
Tabela 3.15. <i>Correlações entre as Variáveis Sociodemográficas</i>	68
Tabela 3.16. <i>Correlações entre as Variáveis Sociodemográficas e o Envelhecimento Bem-Sucedido</i>	69
Tabela 3.17. <i>Correlações entre as Variáveis Sociodemográficas e a Qualidade de Vida</i>	70
Tabela 3.18. <i>Correlações entre o Envelhecimento Bem-Sucedido e a Qualidade de Vida</i>	71

LISTA DE FIGURAS

Pp.

<i>Figura 1.1.</i> Representação do envelhecimento da população portuguesa nos anos de 1960 até 2004.....	18
<i>Figura 1.2.</i> Representação da expectativa de vida em Portugal..	21
<i>Figura 1.3.</i> Representação da previsão populacional em Portugal para 2050.....	22
<i>Figura 1.4.</i> Determinantes do Envelhecimento Activo (de acordo com OMS, 2005).	35
<i>Figura 1.5.</i> Pilares da estrutura política para o Envelhecimento Activo (de acordo com OMS, 2005)..	37
<i>Figura 2.1.</i> Representação gráfica do modelo em estudo.....	44
<i>Figura 3.1.</i> Diagrama das relações causais significativas entre as variáveis sociodemográficas e o envelhecimento bem-sucedido.	62
<i>Figura 3.2.</i> Diagrama das relações causais significativas entre as variáveis sociodemográficas e a qualidade de vida geral.	63
<i>Figura 3.3.</i> Diagrama das relações causais significativas entre as variáveis sociodemográficas e o domínio físico da qualidade de vida.	64
<i>Figura 3.4.</i> Diagrama das relações causais significativas entre as variáveis sociodemográficas e o domínio psicológico da qualidade de vida geral.....	64
<i>Figura 3.5.</i> Diagrama das relações causais significativas entre as variáveis sociodemográficas e o domínio do meio ambiente da qualidade de vida geral.....	65
<i>Figura 3.6.</i> Diagrama das relações causais significativas entre o envelhecimento bem-sucedido e a qualidade de vida geral e os seus domínios: físico, psicológico, social e do meio ambiente.	66
<i>Figura 4.1.</i> Representação gráfica do modelo em estudo de acordo com os resultados significativos obtidos.....	77

INTRODUÇÃO

Nos últimos tempos temos sido confrontados por uma situação que se verifica pela primeira vez na história da humanidade, o modelo de “pirâmide” usado para reflectir a evolução humana está a alterar-se indicando modificações na base que está cada vez mais estreita, a parte central cada vez mais larga e a parte de cima cuja amplitude passará a ser superior à base, ou seja, estamos perante um processo de envelhecimento a nível mundial e também na sociedade portuguesa. Quase todos os países estão a ser afectados por este fenómeno, cada um deparando-se com diferentes consequências.

As perspectivas indicam uma população envelhecida com um grande grupo de pessoas com mais de 60 anos, prevendo-se a continuação do aumento da percentagem de pessoas idosas; o segmento de crescimento mais rápido verificar-se-á nas pessoas com idade igual ou superior a 80 anos, enquanto a percentagem de crianças diminuirá fortemente, originando um problema geracional.

Todas estas referências são importantes e alvo de interesse e estudos de investigação mas o problema geracional não depende apenas de uma dimensão demográfica, mas sim de carácter multidimensional.

O envelhecimento é um processo biológico natural, contínuo e irreversível, embora o fenómeno de viver mais anos seja uma conquista importante para todos, estamos perante uma sociedade mal preparada para tal acontecimento.

A importância que as gerações idosas têm vindo a adquirir na sociedade deriva dos constantes desafios que estas estão a lançar à organização social, cultural, económica e política. O grupo de idosos apresenta cada vez mais características heterogénias, o aumento da esperança média de vida actual e futura assume várias dimensões: biológicas, psicológicas e sociais.

O processo de envelhecimento, tendo por base a perspectiva biológica, tem evidentes perdas e limitações da capacidade funcional em relação às outras etapas da vida humana, o que não implica que a grande maioria das pessoas usufrua de um envelhecimento satisfatório.

Tendo em conta os avanços da medicina, a assistência médica, as melhores condições de higiene, de alimentação e a nível económico, cada vez mais se considera possível viver mais anos com baixa probabilidade de doenças e incapacidades que condicionem a independência e autonomia dos indivíduos.

O indivíduo já tem ao seu dispor alguns benefícios para aumentar a expectativa de vida,

mas este também é responsável pelo seu envelhecimento, aliás hoje considera-se que grande parte do sucesso desse processo depende da prevenção e preparação de cada um.

Actualmente, todos estão preocupados e alguns até alarmados com o impacto que se está a sentir pelo peso social que os idosos representam, mas ninguém envelhece de forma súbita e o alerta para tal fenómeno já tinha sido dado, sendo considerado o presente século, o dos idosos.

Portugal também já tinha sido advertido para esta problemática que em breve vai ter o seu *boom*, mas cada país se preparou individualmente para as previsões do envelhecimento demográfico, que afinal são superiores ao esperado e é urgente preparar a nossa sociedade para minimizar os efeitos.

Foram criadas algumas políticas de acompanhamento para a situação que emergia gradualmente, mas não nos precavemos o suficiente, a resposta actual não chega a todos.

Face a estas realidades, a Organização Mundial de Saúde (OMS) definiu, em 2002, como meta para a primeira década do século vinte um, o Envelhecimento Activo ou Envelhecimento Bem-sucedido. Estamos prestes a grandes mudanças por isso 2012, será protagonista do Ano Europeu do Envelhecimento Activo e da Solidariedade entre Gerações, assinalará um marco importante para a chamada de atenção e responsabilização para o envelhecimento de cada um. É necessário uma pressão mais mediática, que envolva todos (OMS, 2012).

No contexto social é mais visível a alteração de papéis e funções dos grupos etários, sentido-se um risco de desvalorização do papel das gerações mais velhas na sociedade actual, o facto de não ser visto como um ser productivo, tende a ser algo indesejado, mas é importante e iminente conhecer todas as características específicas desta etapa da vida que durante muitos anos foram negligenciadas em prol de outras etapas e desmitificar essas ideias.

É necessário dirigir, educar e formar mentalidades desde cedo para se prepararem para um envelhecimento productivo, activo ou funcional para que se possam viver mais anos com qualidade de vida. As orientações prioritárias definidas globalmente centram-se no “idoso e no desenvolvimento”.

É necessário associar velhice a termos como autonomia, independência, saúde, actividade e exercício físico, qualidade de vida e envelhecimento bem-sucedido. Embora, como referido anteriormente, seja um etapa de muitas perdas é fundamental que o indivíduo seja conduzido a um bom envelhecimento, contrariando o sedentarismo, que traz consigo o risco de morbilidade precoce.

O trabalho estruturalmente está organizado em duas partes fundamentais: uma primeira onde procuramos enquadrar teóricamente o tema proposto que é envelhecimento e capacidade funcional, e uma segunda que consiste no estudo de campo, no qual estão inseridos as considerações metodológicas e a respectiva apresentação e análise de dados.

Com a realização de este estudo pretendemos então conhecer a percepção de Envelhecimento Bem-Sucedido por parte dos idosos, relacionado-o com a Qualidade de Vida, procurando recolher informações facilitadoras de promoção e prevenção de um envelhecimento funcional e activo.

PARTE I – ENQUADRAMENTO TEÓRICO

1. O Envelhecimento

1.1. Envelhecer Hoje

O envelhecimento é uma das etapas do ciclo de vida humano que nos últimos tempos tem vindo a ter maior relevo nos estudos, o processo do envelhecimento ainda é um tema com alguns desconhecimentos e lacunas. Durante muitos anos o período do envelhecimento foi esquecido ou negligenciado em favor de outras fases como a infância e a adolescência, tradicionalmente consideradas como mais ricas sob o ponto de vista psicológico e desenvolvimental (Fonseca, 2006).

Tendo em conta o índice de envelhecimento (relação entre a população idosa e a população jovem) dos últimos anos, onde se tem vindo a registar um aumento acelerado é importante entender o processo de envelhecimento e quem vivência esse processo - os idosos, tendo estes uma prioridade indiscutível da investigação actual, de forma a ter melhores respostas para os idosos de amanhã (que seremos nós).

O desconhecimento do processo de envelhecimento pode influenciar a forma como os indivíduos interagem com a pessoa idosa, devido a mitos e estereótipos pré-formulados (Martins & Rodrigues, 2004).

No início do século vinte a população era formada na sua maior parte por crianças, jovens e adultos de meia-idade e a percentagem de pessoas com mais de 65 anos era muito pequena, mas em meados do mesmo século um fenómeno surge nas sociedades desenvolvidas, o envelhecimento demográfico, o aumento abrupto da população idosa e a diminuição da população jovem e infantil. Actualmente existem muito mais velhos do que crianças (vide figura 1.1).

Segundo Paúl e Ribeiro (2012) os dados preliminares do último censo português (Instituto Nacional de Estatísticas [INE], 2011) mostram a tendência crescente de pessoas com mais de 65 anos (19,1% da população), que ultrapassa o dos jovens (15%), acentuando a tendência já verificada nos censos de 2001 e concretizam em 2011 o cenário demográfico ainda mais elevado do que o anteriormente projectado.

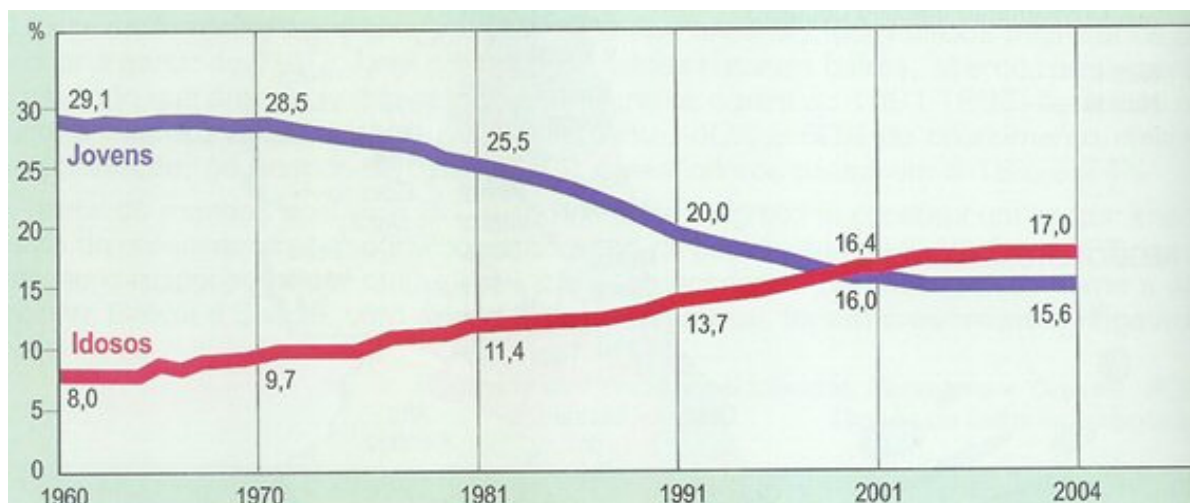


Figura 1.1. Representação do envelhecimento da população portuguesa nos anos de 1960 até 2004. Retirado de “O envelhecimento da população portuguesa”, Direcção Regional de Educação do Centro, 2008, Prof2000. Acesso livre em: <http://www.prof2000.pt/users/elisabethm/geo10/index13.htm>.

As previsões para 2050 são da existência de um conjunto de países, incluindo Portugal, com mais de 30% de pessoas com mais de 65 anos, ou seja, o dobro da importância dos jovens. Por outras palavras, em 2007 os estudos apuraram que o equilíbrio era de em cada 100 jovens existiam 113 pessoas com mais de 65 anos, perspectiva-se que o equilíbrio em 2050 por cada 100 jovens existirá mais do dobro de pessoas com 65 anos ou mais, o que não é difícil de prever tendo em conta que cada vez existem mais centenários, estamos perante um envelhecimento colectivo (Nazareth, 2009; Rosa, 2012).

No município de Olhão, pertencente ao distrito de Faro, o último levantamento de dados no período de 2010 do INE (actualizado a 15 de Dezembro de 2011) referenciam que a taxa bruta da natalidade é de 11,6 % enquanto que a taxa bruta de mortalidade é de 9,8% (por local de residência e anual) que comparados com os anos anteriores encontram-se cada vez mais próximos. O índice de envelhecimento que em Portugal é de 120,1 em Olhão é de 107,7 e o índice de longevidade no país é de 47,4% no município é de 45,6% (dados sobre Portugal actualizados a 9 de Junho de 2011).

O século vinte e um será certamente identificado como o século dos idosos pelo menos no mundo ocidental, embora a maioria dos países estejam a ser afectados pelo mesmo fenómeno. Esta alteração populacional tem vindo a provocar um impacto e desequilíbrio no funcionamento da sociedade global, é do interesse de todos, primeiramente, dos que já são idosos e depois de todos os vêm atrás, mesmo as crianças que amanhã serão também velhos (Oliveira, 2010).

A Organização das Nações Unidas (ONU) declararam o ano de 1999 como o ano dos idosos sob o lema “Construir uma sociedade para todas as idades”. O próprio Papa João Paulo II escreveu uma carta aos anciãos dirigindo-se a estes como “guardiães de uma memória colectiva” pedindo para que se promovesse urgentemente uma “cultura de ancianidade”.

Birren, em 1999 considerou a época seguinte como a “época de ouro” na investigação gerontológica (Oliveira, 2010). Também Paúl e Fonseca (2005) sugerem estarmos perante a época do *Grey Power*, onde os idosos representam uma franja poderosa na nossa sociedade que se impõe em grande massa nos diversos contextos. Mas o problema que surge nada tem haver com termos muitos idosos na nossa sociedade, mas sim de não estarmos a acompanhar com a reposição das gerações anteriores.

O processo de envelhecimento é reconhecido pelas suas perdas e ganhos mas deve estar associado a uma etapa de extrema importância, pois os que nesta fase se encontram- os idosos ou velhos, são detentores de grandes saberes e conhecimentos que devem ser passados para as gerações anteriores para que não sejam esquecidos ou mesmo extintos, podendo falar-se de gerotranscendência. A interdependência e solidariedade entre gerações deve ser vista como uma via dupla, com indivíduos jovens e velhos onde se dá e se recebe.

Ao longo do tempo o conceito de envelhecimento e as atitudes perante os idosos tem vindo a mudar, criaram-se estereótipos sobre os idosos a maioria associados a aspectos negativos (como senis, inactivos, fracos, inúteis,...) projectando sobre a velhice uma representação quase gerontofóbica, numa sociedade que deifica a juventude. O problema agrava-se quando os próprios idosos também associam os estereótipos negativos a si próprios, negando o processo de desenvolvimento na última etapa da sua vida (Martins & Rodrigues, 2004).

Se por um lado a formação de estereótipos simplifica a realidade, por outro, hiper simplifica-a levando muitas vezes a uma ignorância acerca das características, e mesmo dos temas, minimizando as diferenças individuais entre os membros de um determinado grupo.

Pelo que foi dito anteriormente é importante e urgente mudar as ideias pré-concebida sobre a velhice e os seus velhotes, incentivando-os ao processo de crescimento e amadurecimento reconhecendo as suas potencialidades, procurando soluções precisas para os seus problemas e encontrar medidas adequadas a si próprios.

Devem ser sempre respeitados, um dever de todos nós e os responsáveis políticos e sociais devem adoptar medidas de defesa e de promoção da pessoa idosa, respeitando os princípios dos *Direitos Humanos e Pessoas Idosas*, aprovado pelo Comité de Direitos

Económicos, Sociais e Cutlturais (ONU, 1995).

A transformação demográfica verificada nos últimos tempos tem várias causas e conseqüentemente conseqüências.

Segundo a literatura consultada (Robert, 1995; Firmino, 2006) o índice de envelhecimento tem vindo a aumentar devido:

- Aos avanços da medicina em especial no controlo das doenças infecciosas pelo uso dos antibióticos, no conhecimento das doenças de forma a curá-las ou minimizar o seu impacto;

- À assistência médica, que passou a ser mais acessível a todos;

- À melhoria dos conhecimentos e aplicação sobre a importância da higiene e da alimentação;

- Melhoria das condições económicas da maior parte dos cidadãos permitindo-lhes a aquisição de alimentos com mais facilidade, conseqüência do desenvolvimento de técnicas industriais facilitadoras da produção em maior quantidade e armazenamento em boas condições de conservação.

Todos os factores mencionados anteriormente, quer a nível geral de desenvolvimento e principalmente a nível da saúde, têm vindo a aumentar a expectativa de vida, ou seja, pela melhoria de condições com que os indivíduos se têm deparado conseguem viver mais anos, resultando na diminuição do coeficiente de mortalidade.

A esperança média de vida para ambos os géneros tem aumentado consideravelmente, crescendo a uma taxa de cerca de 3% por ano, estando em 1990 nos 74 anos, em 2000 nos 77 anos e em 2009 cerca de 79, e a expectativa é que continue a aumentar progressivamente (vide figura 1.2).

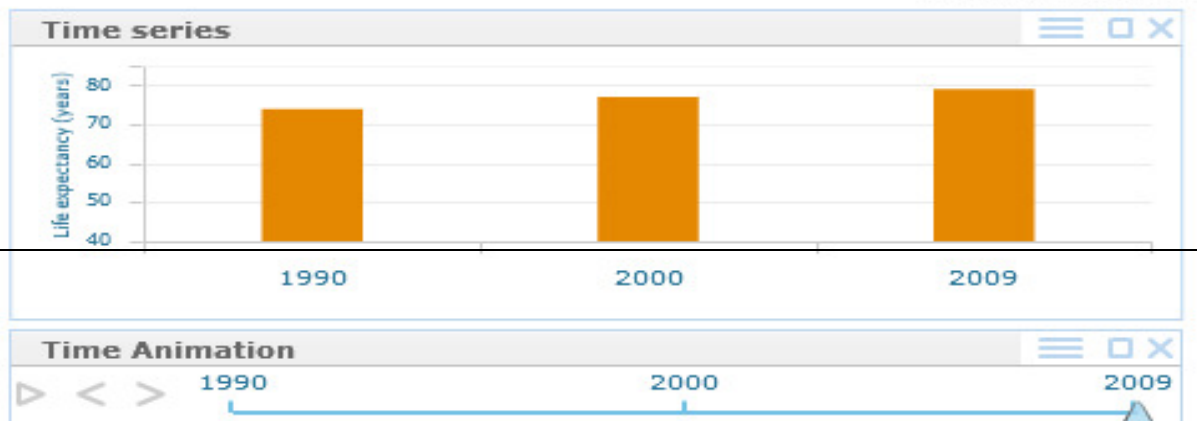


Figura 1.2. Representação da expectativa de vida em Portugal. Retirado de “*World Health Statistics 2011*”, *World Health Organization (WHO)*, 2011. Acesso livre em: http://gamapserver.who.int/gho/interactive_charts/mbd/life_expectancy/atlas.html.

Actualmente, os dados apontam para uma esperança média de vida em Portugal de 79.2, com uma diferença de géneros, privilegiando o género feminino com 82 anos, e os homens com 76 anos (WHO, 2011).

A boa notícia para os homens é que a diferença entre géneros da esperança média de vida tem vindo a diminuir. A diferença que já foi superior a 10% está agora nos 8% e continua a descer, sendo assim espectável que a curto prazo as esperanças médias de vida de homens e mulheres venham a aproximar-se cada vez mais.

Considerando que a sociedade é cada vez mais igualitária, existem poucas diferenças sociais que justifiquem esta diferença na longevidade. Antigamente as guerras, os acidentes de trabalho ou os acidentes ao volante, ou seja, os comportamentos mais arriscados eram apontados como grandes responsáveis pela mortalidade masculina.

Segundo Nunes (2008) hoje sabe-se que a causa que gera essa diferença é mais do que comportamental. Assim, existirão sempre eventuais diferenças genéticas entre os dois géneros que tornem as mulheres mais passíveis de viver mais tempo (Motta, 1999).

Todos estes aspectos são muito positivos para todos nós porque acrescentamos anos à vida, esse acréscimo é um triunfo para a sociedade global. Embora a longevidade também tenha consequências. Vejamos:

O modelo usado para reflectir a evolução humana que se perspectiva semelhante a uma pirâmide invertida vem-se formando desde há muitos anos atrás, não pode ser visto como uma adversidade mas sim com um processo que foi anunciado perto dos anos 60 (Nazareth, 2009), mais uma vez é importante identificar as causas da diminuição da base populacional (vide

figura 1.3).

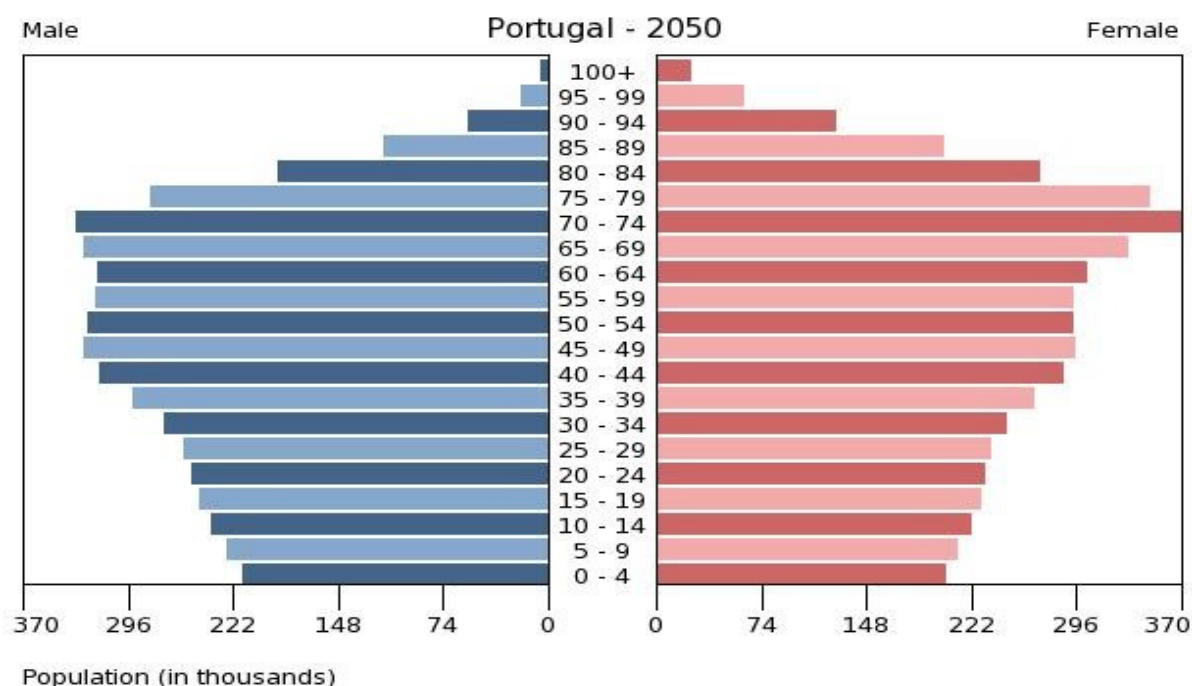


Figura 1.3. Representação da previsão populacional em Portugal para 2050. Retirado de “Mercúrio 38°”, Departamento das Ciências Humanas e Sociais, 2012. Acesso livre em: <http://mercurio38graus.blogspot.pt/2011/11/piramide-etaria-de-portugal-em-2011-e.html>

As novas sociedades debatem-se com novos estilos e opções de vida, onde dedicam muito tempo às carreiras profissionais e às actividades laborais, numa sociedade de consumo e inevitavelmente competitiva, deixando a família para planos menos prioritários, observando-se uma grande queda da fecundidade e natalidade.

O interior de Portugal sofreu nestes últimos anos grandes alterações de densidade populacional, os mais novos começaram por procurar novas oportunidades de vida nas grandes cidades, concentrando-se principalmente em Lisboa e Porto, perto do litoral. O interior do país está cada vez mais envelhecido e despovoado, mas viver nas grandes cidades implica que uma grande percentagem de mães de família tenha uma carga acrescida de responsabilidades. As famílias numerosas, nas quais em 1960 a média de filhos por mulher era superior a três, estão a ser substituídas por famílias que actualmente a média é de 1,4 filhos por mulher (Rosa, 2012).

Os avós estão cada vez mais afastados do seio familiar porque têm as suas próprias responsabilidades, trabalham até mais tarde, pelo afastamento espacial, ou pela deterioração da sua qualidade de vida e saúde.

Em conclusão, o aumento da esperança média de vida e a redução de nascimentos leva os países para um modelo de não renovação das gerações o qual, segundo Nazareth (2009), a crescente evolução global prevista até 2025 que se estabilizará até 2050 terá de ser acompanhada de grandes modificações estruturais que evoluem no sentido do reforço nos grupos etários nas idades mais avançadas.

Não existe um modelo único e estruturado para ser aplicado em todos os países, cada país preparou-se individualmente para a irreversibilidade do processo de envelhecimento, Portugal também participou activamente neste tema, mas sempre numa perspectiva de melhoria das condições de saúde dos idosos. Criaram-se algumas iniciativas políticas de carácter institucional mas não nos preparámos seriamente para a actualidade, que se debate com problemas de insuficiência de resposta a muitos níveis. Os esforços mostram-se insignificantes para fazer face à realidade e ao futuro próximo.

Ninguém envelhece de forma súbita, mas sem pressão mediática, nos tempos que correm, não é possível a transformação das mentalidades nem emergir uma acção política com objectos claros e sustentados no tempo por uma estratégia bem estruturada.

Segundo Nazareth (2009) não se sentiu uma preocupação real em mudar o rumo dos acontecimentos ou, em alternativa, preparar e educar as populações para as consequências do envelhecimento demográfico, o que se demonstra como face a este problema foi a construção de equipamentos de apoio (lares, centro de dia, apoio domiciliário), que não são nem nunca foram uma solução... apenas uma resolução provisória e que não se encontra ao alcance de todos os idosos, principalmente por motivos monetários.

O mesmo autor revela que o interesse pelas consequências desta nova correlação de forças entre os diversos grupos de idade e do seu efeito no equilíbrio de gerações, têm particular incidência no equilíbrio do sistemas da segurança social e do mercado de trabalho, onde a grande questão no desequilíbrio da população é sob o ponto de vista económico, social e cultural que deveria pressupor que os “activos” ajudem antes de mais financeiramente os que “já não” e os que “ainda não” trabalham, e ainda acrescentar todos os excluídos socialmente. Considerando que os activos são muito menos que todos os outros, avizinham-se tempos difíceis, principalmente, economicamente (Nazareth, 2009).

Embora alguns estudos em diferentes países verifiquem que os idosos preferem continuar a desenvolver alguma actividade mesmo após a reforma, defendendo que o trabalho faz parte de toda a sua vida iniciando-o desde muito novos alguns logo no início da adolescência para ajudar nas despesas de casa e da família (Santos, 2005), sentido-se vivos,

activos.

O idoso classifica-se como um grupo específico que tem vindo a adquirir na nossa sociedade, dotado de cada vez maior relevância estatística e social, um importante lugar de interesse científico, criou-se uma nova ciência ou disciplina: gerontologia, com o intuito de saber mais acerca desta matéria. Há muito pouco tempo em Portugal que se começaram a formar gerontólogos, a dar ênfase á Gerontologia e Geriatria.

A gerontologia, para Schroots (1996) foi definida como o estudo simultâneo e multidisciplinar do processo de envelhecimento, da velhice e do idoso (Fonseca, 2006). A iniciativa partiu dos Estados Unidos da América, com a Sociedade de Gerontologia em 1945, e com o lançamento da primeira edição periódica da área, o *Journal of Gerontology* em 1946.

Segundo Saldanha (2009) convencionou designar-se por Gerontologia, a todo o conjunto de factores que estão relacionados com o envelhecimento, e do qual os técnicos devem ter conhecimento muito amplo em diversas áreas. Os gerontólogos devem intervir individualmente com cada idoso tendo conhecimento da sua saúde/doença, biologia, sociologia, demografia e ainda factores relacionados com genética, alimentação e actividade física.

Relacionada com a gerontologia mas com funções distintas temos a geriatria que é o ramo da medicina que enfoca o estudo, prevenção e tratamento das doenças e da incapacidade em idades avançadas.

Os Geriатras são os médicos especializados no cuidado com o idoso e a sua formação é diferente entre os países, mas geralmente passa por uma formação generalista (medicina interna, medicina de família, etc.).

Oliveira (2010) resume: a gerontologia estuda o processo do envelhecimento do ponto de vista físico, psíquico e social, visando o maior bem-estar aos idosos; a geriatria trata sobretudo dos idosos com patologia.

A formação de gerontologistas e geriатras é uma mais-valia para os idosos e para os que os rodeiam. Estes pretendem a criação de políticas sociais que visam o envelhecimento saudável e bem-sucedido, prevenindo o mau envelhecimento.

Mas acima de tudo é importante que se preparem os indivíduos para o processo de envelhecimento, a chamada envelhescência, nem todos estão preparados para serem velhos e enfrentarem as alterações que esta fase lhes trás.

1.1.1. Mas o que é ser idoso?

Se tivermos em conta a esperança média de vida de cada país e o aumento da longevidade na maioria dos países é difícil estabelecer fronteiras para o idoso, cada vez mais tende a ser um grupo muito heterogéneo pelas características individuais relacionadas com a saúde física, mental e social. Passar da meia idade a ser considerado velho para os demais e pela sociedade pode diversificar-se, afinal de contas a idade cronológica não deve ser o marcador para se ser considerado “velho”.

Nos países em desenvolvimento são considerados idosos as pessoas com 60 ou mais anos, nos países desenvolvidos os idosos são as pessoas com 65 ou mais anos. A OMS considera sem fazer distinção alguma, a pessoa idosa, ou pertencente á 3ª idade, a que já completou 65 anos de idade (cit por Oliveira, 2005, pp. 12). Esta é a idade convencionada da reforma para a maioria dos países, também em Portugal.

Fernandes (2002) em concordância refere que embora o indivíduo seja considerado idoso quando atinge a idade de 65 anos, é nesta fase de transição, da meia idade para a terceira idade, que ocorrem mais riscos de transformações nos planos físicos, psíquicos e sociais de origem interna e externa.

Estudos recentes nos Estados Unidos sobre as diferentes velhices originaram a seguinte divisão: idosos jovens - *elderly* (entre os 65 e os 74), idosos - *aged* (dos 75 aos 84 anos) e muito idosos - *very old* (a partir dos 85/90 anos) (Oliveira, 2010).

A ONU também contribuiu introduzindo nos seus sistemas de informação as seguintes alterações: grupo da terceira idade (65 e mais anos) subdivide-se em 1) reforma precoce - 65-74 anos, 2) reforma tardia - 75-85 anos e 3) velhice - 85 ou mais anos, defendendo para esta quantificação o facto de que os indivíduos com 65 anos ou mais não podem todos mundialmente estar inseridos como um todo (Nazareth, 2009).

Ainda Carvalho (cit em Moura, 2012, pp. 66) divide as fases da vida em cinco idades específicas, referindo apenas as últimas três: 3ª idade: velhice incipiente- de 60 a 80 anos; 4ª idade: senescência- de 80 a 100 anos e 5ª idade: pós-senescência- acima dos 100 anos.

Vários são os estudos que se debruçam sobre esta identificação e arrumação do grupo da terceira idade e hoje fala-se da quarta e até da quinta idade, tendo em conta o vasto leque de vida dos indivíduos. O século actual será o século da valorização das diferenças no grupo de 65 ou mais anos.

Hoje, nos países em desenvolvimento e desenvolvidos é comum a existência de idosos com mais de 90 anos e sem dúvida que toda a bibliografia concorda em que os indivíduos que

cheguem aos 100 anos ou ultrapassem são considerados os idosos de elite.

Numa visão prospectiva onde a partir dos sinais existentes actualmente se procura não o prolongamento das tendências mas a construção de cenários com modos de vida alternativos, a fronteira entre velhos activos e o grupo da reforma precoce pode ser encurtada ou aumentada consoante as necessidades, a vontade política e uma opinião pública informada, é o querer colectivo de “chegar aos 65 anos, idade da reforma, para descansar” que deve ser lentamente modificada.

É importante não esquecer que muitas são as formas de se ser velho e de vivenciar o período da velhice, importando perceber que existem idosos e idosos e que cada um carrega consigo a sua história de vida, determinada tanto pelo seu património genético como pelo seu património psicossocial.

Birren e Cunningham (1985) consideram a existência de três idades diferentes: a idade biológica, a idade social e a idade psicológica (Fontaine, 2000).

A idade biológica refere-se ao envelhecimento orgânico, ou seja, os órgãos e sistemas não envelhecem todos ao mesmo ritmo nem da mesma forma em todos os indivíduos, cada órgão sofre modificações ao longo da vida que interferem no seu funcionamento, tornando-se menos eficaz no seu desempenho. A idade social, refere-se ao papel desempenhado, ao estatuto social e aos hábitos do indivíduo enquanto membro da sociedade, e à relação com a sociedade. A idade psicológica está relacionada com as competências comportamentais e intelectuais adquiridas e usadas para fazer face às mudanças no ambiente (Robert, 1995; Nunes, 2008; Paúl & Ribeiro, 2012).

Tendo em conta uma visão biopsicossocial a idade real atribuída a cada indivíduo não é a idade cronológica, mas sim a soma dos factores biológicos, psicológicos e sociais que resultam num ponto em que o indivíduo se encontra no ciclo da vida (Straub, 2005), ou seja não se pode caracterizar uma pessoa como idosa unicamente pela idade cronológica.

Através da nossa práxis diária conseguimos constatar a procura pelos idosos de melhores condições para o envelhecimento, procurar por um envelhecimento bem-sucedido e com qualidade aproveitando os anos desta nova etapa de vida, afinal o aumento dos anos de vida é uma benção e um privilégio.

O envelhecimento é um processo que atravessa todas as épocas, sociedades e culturas, sem forma de o contornar, mas é preciso saber envelhecer e que os que nos rodeiam aceitem o envelhecimento individual de cada ser, sem exclusão.

Nesta fase da vida, como em qualquer outra idade existem pessoas sãs ou pessoas

doentes, o envelhecimento não é sinónimo de doença, mas se chegarmos a muito velhos com saúde, acabaremos por morrer apenas por sermos demasiado velhos, porque a idade na velhice vai avançando e existe um declínio marcante nas capacidades físicas do indivíduo.

1.2. O envelhecimento biológico e fisiológico

Segundo vários autores o processo de envelhecimento acontece desde a concepção sendo um processo dinâmico e progressivo, para outros o pico para o declínio do envelhecimento começa por volta dos 30 anos, mas todos chegam a consenso descrevendo o envelhecimento um processo contínuo e inevitável, que nos deparamos diariamente e que depois da meia idade tem um ritmo mais acelerado (Robert, 1995; Netto, 2004).

As modificações vão surgindo tanto a nível morfológico, funcional, bioquímico, psicológico determinam gradual e progressivamente a perda das capacidades de adaptação ao meio ambiente levando a maior vulnerabilidade e incidência de processos patológicos. Embora exista um ritmo e um padrão semelhante para o processo de envelhecimento, a evolução positiva ou negativa do indivíduo perante este processo está relacionado com o tipo de vida que se viveu.

Sequeira e Silva (2002) apresentam os resultados dos seus estudos sendo que os idosos que vivem em meio rural apresentam níveis médios de bem estar; níveis médios/altos na subescala de Solidão/Isolamento e níveis médio/baixos na subescala de atitudes face ao próprio envelhecimento.

Ainda não foram encontrados os “marcadores biológicos” por isso cada sujeito a certa altura do seu ciclo de vida começa por apresentar as suas características de envelhecimento, estamos perante um envelhecimento individual (Rosa, 2012).

Na psicologia da saúde distinguem-se dois tipos de envelhecimento: envelhecimento primário, correspondente a todas as mudanças físicas irreversíveis e universais que todos os indivíduos experimentam, com o decorrer dos anos; o envelhecimento secundário, resultante de hábitos de saúde, de mudanças físicas que ocorrem como resultado de doenças ou de outros factores comuns da idade, mas que podem ser evitados.

Todo o processo se torna complexo, a aparência, o aspecto físico e as capacidades físicas sofrem mudanças. As alterações anatómicas são as mais visíveis e que se manifestam primeiramente (vide tabela 1.1).

Tabela 1.1.

Resumo dos órgãos e sistemas e das alterações que sofrem no processo de envelhecimento

Órgão/Sistema	Alteração
Pele, cabelo, unhas, dentes	<ul style="list-style-type: none"> • Pele seca, atrófica, manchas pigmentadas, equimoses fáceis, rugas, flacidez • Cabelo fraco, quebradiço, embranquecimento • Unhas fracas, quebradiças • Queda de dentes, esmalte frágil, doenças das gengivas
Visão	<ul style="list-style-type: none"> • Cataratas • Degenerescência macular • Presbiopia (ver mal ao perto)
Audição	<ul style="list-style-type: none"> • Surdez neurossensorial • Zumbidos • Vertigens
Olfacto e paladar	<ul style="list-style-type: none"> • Diminuição do olfacto e paladar
Sistema circulatório	<ul style="list-style-type: none"> • Aterosclerose • Hipertensão arterial
Cérebro (sistema nervoso central)	<ul style="list-style-type: none"> • Demências • Doença de Parkinson • Acidentes vasculares cerebrais • Depressão • Alterações do sono • Alterações da marcha • Delírio
Sistema nervoso autónomo	<ul style="list-style-type: none"> • Hipotensão postural, síncope • Desregulação térmica (golpes de calor, hipotermia)
Coração (sistema cardiovascular)	<ul style="list-style-type: none"> • Doença coronária: angina de peito, enfarte do miocárdio • Insuficiência cardíaca • Bloqueios, arritmias

(cont.)

(cont. tabela 1.1.)

Órgão/Sistema	Alteração
Pulmões (sistema respiratório)	<ul style="list-style-type: none">• Enfisema• Dispneia (dificuldade em respirar)• Hipoxia (diminuição do oxigénio no sangue)
Sistema gastrointestinal	<ul style="list-style-type: none">• Obstipação, obstrução intestinal, incontinência• Má absorção de cálcio e vitamina B12• Diminuição da função do fígado
Rins	<ul style="list-style-type: none">• Insuficiência renal - aumento de ureia e creatinina
Sistema geniturinário	<ul style="list-style-type: none">• Atrofia da mucosa vaginal e uretra na mulher• Hipertrofia da próstata no homem• Retenção urinária, infecção urinária, incontinência urinária

Observamos, a partir da leitura e análise da anterior tabela 1.1, que existe uma deteriorização geral nos órgãos e nos sistemas que afectam o indivíduo no seu dia-a dia, afectando a vitalidade física e a realização de tarefas.

Straub (2005) sugere, a partir da revisão da literatura que efetuou, que quando o envelhecimento se dá de forma satisfatória a maioria dos idosos encara todas estas alterações sem grande problema. Aliás, Aldwin (1994) argumenta que os idosos, frente aos eventos de perda, lidam muito melhor encaminhando-se para respostas mais eficientes, do que os adultos mais jovens. Isto deve-se em função de eventos considerados marcantes vividos ao longo de toda a vida, fazendo com que tenham um grande repertório de estratégias para enfrentar tais situações, ou seja, tornamo-nos mais eficazes com o passar dos anos (Cupertino, Rosa & Ribeiro, 2007).

O que realmente preocupa a maioria dos idosos, não são as mudanças associadas ao aspecto físico mas sim a dependência de terceiros, devido ao declínio físico e mental, seguido do isolamento e da solidão.

A grande preocupação é continuar autónomos, intelectualmente activos e socialmente conectados com os demais. Conseguir viver o mais tempo possível, de forma independente, no seu meio habitual de vida, tem que ser um objectivo individual de vida e uma responsabilidade colectiva para com as pessoas idosas.

Existe um paradoxo entre querer ser velho e ter medo de ser velho - a única forma de não se ser velho é morrer cedo. Mas como ninguém quer morrer cedo então é importante

sensibilizar as pessoas a desenvolverem estratégias e atitudes que lhe permitam desfrutar de uma velhice bem-sucedida quer a nível físico, psíquico e social.

Como já foi referido anteriormente ter bons genes é fundamental mas podemos contribuir e prevenir para um envelhecimento bem-sucedido durante toda a nossa vida, responsabilizando-nos por um estilo de vida saudável, praticando exercício físico regular e boa nutrição, existe uma grande parte do nosso envelhecimento que é da nossa responsabilidade (Sales & Cordeiro, 2012).

A estimulação dos hábitos saudáveis parte de todos nós incluindo da sociedade envolvente, prevenindo e diminuindo o risco de doenças, importa reduzir as incapacidades, numa atitude de recuperação global precoce e adequada às necessidades individuais e familiares, envolvendo a comunidade, numa responsabilidade partilhada, potenciadora dos recursos existentes e dinamizadora de acções cada vez mais próximas dos cidadãos.

A promoção de um envelhecimento saudável diz respeito a múltiplos sectores, que envolvem nomeadamente a saúde, a educação, a segurança social e o trabalho, os aspectos económicos, a justiça, o planeamento e desenvolvimento rural e urbano, a habitação, os transportes, o turismo, as novas tecnologias, a cultura e os valores que cada sociedade defende e que cada cidadão tem como seus.

Assim, podemos definir o envelhecimento humano como o processo de mudança progressivo da estrutura biológica, psicológica e social dos indivíduos que, iniciando-se mesmo antes do nascimento e que se desenvolve ao longo da vida (Ministério da Saúde, 2004).

A Comissão Europeia, tem vindo a alertar todos para o desafio preocupante que o envelhecimento representa, não pelo número de pessoas idosas mas pelo facto de estar num contexto desfavorável, apoiando o envelhecimento activo e saudável, são estímulos importantes para melhorar a qualidade de vida dos cidadãos idosos e ajudá-los a participar activamente na sociedade à medida que envelhecem, mas também reduzem a pressão insustentável sobre os sistemas de saúde. Segundo dados da União Europeia (UE, 2012) existe uma procura cada vez maior de produtos e serviços de saúde por parte da população idosa.

A Comissão Europeia tem vindo a lançar muitas iniciativas, entre elas as Parcerias Europeias para a Inovação, no âmbito da União da Inovação, uma das iniciativas emblemáticas da estratégia Europa 2020, com o objectivo de acelerar a inovação e responder a um problema claramente definido no âmbito de um projecto social mais amplo

(Comunicação da Comissão ao Parlamento Europeu e ao Conselho [CCPEC], 2012).

A Parceria Europeia para a Inovação para o Envelhecimento Activo e Saudável foi lançada para superar o desafio de uma população em envelhecimento sob a forma de iniciativa-piloto. Tem como meta principal o aumento do período de vida saudável dos cidadãos da UE em mais 2 anos, até 2020, e ambiciona conquistar uma tripla vitória para a Europa: melhorar a saúde e a qualidade de vida dos idosos; reforçar a sustentabilidade e a eficiência dos sistemas de saúde; e gerar crescimento e oportunidades de mercado para as empresas (CCPEC, 2012).

Pelos estudos realizados e apresentados, o envelhecimento activo é o mais positivo para os idosos, ao contrário o sedentarismo tem sido responsável por doenças que levam a morte precoce (Alencar, Ferreira, Vale & Dantas, 2011).

É necessário uma acção integrada ao nível de mudança de comportamentos e atitudes da população em geral e da formação dos profissionais de saúde e de outros campos de intervenção social, adequando e ajustando os serviços às fragilidades que acompanham a terceira idade.

A prática regular do exercício físico é considerado um importante esquema terapêutico não farmacológico no tratamento e prevenção de patologias, e estes resultados despertam grande interesse por parte dos investigadores sendo que os idosos com actividade física moderada e regular apresentam uma relação inversa às doenças, apresentando uma menor morbidade por doença e melhoria dos níveis de saúde individual e colectiva (Rabacow, Gomes, Marques & Benedetti, 2006; Alencar et al.,2011).

Pretende-se com um envelhecimento activo o aumento da expectativa de vida saudável.

A WHO (2002) definiu como envelhecimento activo, o processo de optimização das oportunidades de saúde, participação e segurança, com o objectivo de melhorar a qualidade de vida à medida que as pessoas ficam mais velhas.

Uma boa saúde é essencial para que as pessoas mais idosas possam manter uma qualidade de vida aceitável e possam continuar a assegurar os seus contributos na sociedade, uma vez que as pessoas idosas activas e saudáveis, para além de se manterem autónomas, constituem um importante recurso para as suas famílias, comunidades e economias (Ministério da Saúde, 2004).

Os domínios da saúde e da qualidade de vida são complementares, sobrepondo-se parcialmente, sendo importante distinguir o envelhecimento normal do processo de envelhecimento que é fortemente influenciado por factores nocivos, como os efeitos adversos

dos ambientes, dos estilos de vida desadequados e dos estados de doença, sendo que apesar do processo de envelhecimento não estar necessariamente, relacionado a doença e incapacidades, as doenças crónicas e degenerativas são frequentemente encontradas entre os idosos. Embora se viva mais anos, o risco de apresentar doenças crónicas também é maior (Alves et al., 2007).

1.2.1. Capacidade Funcional

As alterações biológicas e fisiológicas referidas anteriormente afectam directamente a capacidade funcional do indivíduo, ou seja, a deteriorização ou perdas inerentes ao envelhecimento afectam as capacidades de realização de tarefas do quotidiano.

Segundo Martins e Medeiros (2006), o conceito de capacidade funcional está ligado à manutenção da autonomia da dependência. Envelhecer mantendo todas as funções não significa um problema, este surge quando as dificuldades começam a surgir, a deteriorização das funções e conseqüentemente a queda do potencial dos idosos na decisão e actuação das suas vidas no quotidiano.

A capacidade funcional é antagonista da incapacidade funcional, que se relaciona com dificuldade ou mesmo impossibilidade em realizar tarefas que fazem parte do quotidiano do ser humano e que normalmente são indispensáveis para uma vida na comunidade (Franchi et al., 2008).

A capacidade funcional interliga-se com a potencialidade para desempenhar as Actividades da Vida Diária (AVD's), ou para realizar as actividades sem necessidade de ajuda, sendo este aspecto essencial e imprescindível para proporcionar uma melhor qualidade de vida (Franchi et al., 2008).

Por ser de tal forma abrangente torna-se relevante investigar sobre o tema, capacidade funcional, no que diz respeito a todas as capacidades necessárias para que o indivíduo consiga realizar as suas vontades, compreendendo os aspectos físicos, intelectuais, emocionais e cognitivos.

Tendo em conta Matsudo (2000) as AVD's são classificadas como: tomar banho, vestir-se, levantar-se e sentar-se, caminhar pequenas distâncias, entre outras todas consideradas actividades de cuidado pessoal básico, ainda podem ser consideradas para avaliação as Actividades Instrumentais da Vida Diária (AIVD's) e destas fazem parte: cozinhar, limpar a casa, fazer compras, jardinagem, entre outras estas são actividades mais complexas da vida quotidiana. Então as AVD's, as AIVD's e a mobilidade são as medidas frequentemente utilizadas para avaliar a capacidade funcional do indivíduo.

É neste propósito que podemos dizer que actualmente uma das grandes metas para os

idosos atingirem é viver mais anos mas com a melhor capacidade funcional, vivendo o mais autónomo possível. Sabendo-se que o aumento do número de doenças crónicas está directamente relacionado com maior incapacidade funcional (Franchi et al., 2008).

A inactividade física e o sedentarismo têm uma forte correlação com o desenvolvimento de doenças crónicas não transmissíveis, como por exemplo: doenças cardiovasculares, respiratórias crónicas, tumores, diabetes, doenças musculoesqueléticas, entre outras, são doenças multifactoriais relacionadas a factores de riscos não modificáveis como idade, sexo e raça.

É aceite pelos demais que quanto mais activa é a pessoa menos limitações físicas apresenta, estão comprovados os inúmeros benefícios da actividade e do exercício físico, estes são vistos como factores de protecção à capacidade funcional em todas as idades, principalmente nos idosos (Guimarães et al., 2004).

A capacidade funcional, especialmente a dimensão motora, é um dos importantes marcadores de um envelhecimento bem-sucedido e da qualidade de vida dos idosos, a sua perda implica complicações a vários níveis ao longo do tempo, gerando a diminuição da condição geral de saúde do idoso, proporcionando cuidados de longa permanência e alto custo.

As informações que resultam das avaliações da capacidade funcional possibilitam conhecer o perfil de cada idoso, de forma a encontrar e aplicar ferramentas simples e úteis que auxiliam na definição de estratégias de promoção de saúde, visando retardar ou prevenir as incapacidades funcionais (Fiedler & Peres, 2008).

Deste modo a capacidade funcional surge como um grande componente para a saúde do idoso e o grande desafio do sistema é conseguir traduzir os avanços registados em mudanças efectivas e resolutivas para a população idosa. (Alves, Ribeiro, Milane & Almeida, 2008).

Assim, sendo a dimensão motora aquela que mais influencia a capacidade funcional dos idosos, não podemos abstrair outras dimensões ou factores como os sociodemográficos e económicos, e os factores culturais e psicossociais (OMS, 2002).

Por este motivo, consideramos que não só é indispensável o planeamento de programas específicos que promovam envelhecimento bem-sucedido e com qualidade de vida, como também que estes programas para serem eficazes deverão ter em conta todos os factores ou dimensões que influenciam a capacidade funcional, os quais, como observamos da revisão da literatura apresentada estão interligados (OMS, 2002; Fiedler & Peres, 2008; Franchi et al., 2008; Sales & Cordeiro, 2012).

1.2.2. Mas o que é ser activo?

Quando se fala em envelhecimento activo pensa-se em actividade física, exercício físico, antónimo de sedentarismo, em certa parte o raciocínio está correcto porque todos se relacionam com a capacidade funcional do indivíduo. Iniciamos então diferenciando os termos “actividade física” e “exercício físico” que não são sinónimos mas muito equivalentes.

De acordo com Rabacow et al (2006), a actividade física é qualquer movimento corporal produzido pela musculatura esquelética, que resulte num gasto energético maior do que os níveis de repouso, podendo dizermos que o exercício físico é toda a actividade física planeada, estruturada e repetida que tem por objectivo melhorar a manutenção física da capacidade funcional.

A actividade física está envolvida em quatro esferas principais: actividades domésticas, prática de exercício físico, desporto e nas actividades de trabalho (Rabacow et al, 2006).

Os técnicos de que orientam o exercício físico e que trabalham com idosos devem ter formação na área para que não cometam erros, erros esses que têm um impacto bem maior do que nas outras fases da vida do indivíduo. É importante identificar a quantidade, densidade e frequência ideal de actividade e exercício físico fundamental para que se possa ir de encontro à necessidades dos idosos, principalmente criar programas de intervenção para minimizar e controlar os problemas relacionados com o declínio funcional (Rabacow et al., 2006).

Embora, como já foi referido anteriormente, se tenham criado uma imagem dos idosos maioritariamente ligada a aspectos negativos (frágeis, incapacitados, antiquados, ...) muitas vezes esta prejudica a relação social e o desenvolvimento do trabalho pretendido, é importante actuar rapidamente para que os todos os profissionais possam adequar e retirar estereótipos à forma como se olha para a velhice e ajudar os idosos a atingir sucesso e gosto pelas actividades de forma a fidelizar a sua participação e contribuir para um bom envelhecimento (Ribeiro, 2007).

Conceitos como activo, saudável, optimo e bem-sucedido estão agregados e é difícil separa-los, todos eles estão relacionados com o bom envelhecimento que se pretende. Em 2002 a OMS avança com o conceito de envelhecimento activo, que se pretendia mais abrangente indo mais além da saúde, fazendo parte de um modelo multidimensional em que o preconiza a qualidade de vida e a saúde dos mais velhos, com a manutenção da autonomia física, psicológica e social.

Segundo a OMS (2002) ser activo é ter participação contínua nas questões sociais,

económicas, espirituais e civis, e não somente de estar fisicamente activo ou fazer parte da força do trabalho. As pessoas idosas activas podem e devem continuar a contribuir activamente na vida da comunidade e do país.

Mas pela heterogeneidade do processo de envelhecimento não se podem traçar fronteiras entre a adaptação e o desajustamento aos desafios do envelhecimento, sendo a adaptação mais ou menos favoráveis, num balanço de ganhos e de perdas que se equilibram diferentemente em cada percurso individual.

O modelo de envelhecimento segundo a OMS (2005, cit. em Ribeiro & Paúl, 2011, pp. 3) depende de uma diversidade de factores que se designam por determinantes, estes de ordem pessoal (factores biológicos, genéticos e psicológicos), comportamental (estilos de vida saudável e participação activa no cuidado da própria saúde), económica (rendimentos, protecção social, oportunidade de trabalho digno), meio físico (acessibilidades a serviços de transporte, moradias e vizinhanças seguras e apropriadas, água limpa, ar puro e alimentos seguros) sociais (apoio social, educação e alfabetização, prevenção da violência e abusos) e serviços sociais e de saúde (promoção da saúde e prevenção de doenças, acessíveis de qualidade) (vide figura 1.4).

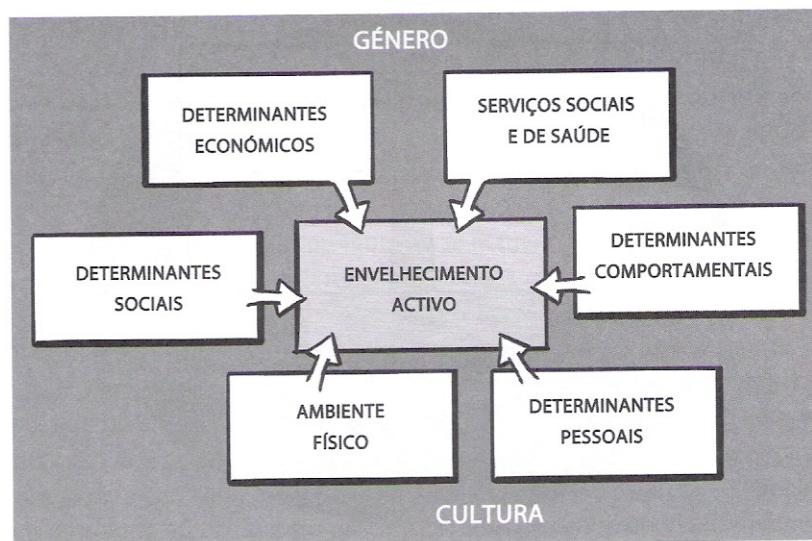


Figura 1.4. Determinantes do Envelhecimento Activo (de acordo com OMS, 2005). Retirado de Ribeiro e Paúl (2011, pp. 3).

Os determinantes referidos anteriormente desdobram-se em inúmeros aspectos, os quais têm vindo a dar origem a políticas governamentais e abordagens colectivas e individuais destinadas a promover um envelhecimento com saúde.

O melhor meio de promover a saúde nos idosos é prevenir ou diminuir os danos mais

frequentes que o envelhecimento trás consigo, a actividade física regular tem sido considerada um importante esquema terapêutico não farmacológico no tratamento e na prevenção de doenças.

A actividade física e o exercício físico são áreas relevantes da investigação pela sua relação inversa com as doenças degenerativas, visto que os indivíduos activos tendem a apresentar menor morbidade por essas doenças. Os principais responsáveis causadores de morte na idade adulta são as causas dos baixos níveis de actividade física e o sedentarismo (Alencar et al, 2011).

Numa investigação realizada nos Estados Unidos para analisar a relação entre actividade física e qualidade de vida em mulheres idosas, chegou-se à conclusão de que as mulheres que viviam independentes tinham níveis de actividade física mais altos assim como a qualidade de vida e a saúde física em contraste com as mulheres levemente dependentes (Koltin, 2001).

Noutro estudo em que se avaliava a saúde geral, o declínio funcional e a mortalidade dos idosos com idades superiores a 70 anos, concluiu-se que a idade estava associada ao declínio funcional e que a actividade física foi considerada o factor de protecção para o declínio funcional e no aumento da saúde geral (Lee, 2000).

Apesar dos inúmeros estudos que comprovam os benefícios da actividade física para todos a população, principalmente para os adultos idosos, estes continuam a apresentar-se como a faixa etária menos activa fisicamente, ou seja, com o avançar da idade existe uma diminuição da actividade física.

O projecto Vida com Ritmo! desenvolvido no concelho de Olhão caracterizado pelas aulas foi uma das iniciativas de exercício na terceira idade associado ás políticas de envelhecimento activo e bem-sucedido no concelho, onde se pretende que a população considerada idosa tenha acesso e oportunidade de prevenir o seu bom envelhecimento.

Os testes realizados aos alunos das classes em questão demonstram que existe melhorias e progressos nas várias componentes medidas (tendo por base os testes da bateria de testes de Fullerton- avaliação da aptidão física e do equilíbrio de pessoas idosas), ou seja, globalmente existe uma melhoria da capacidade funcional do indivíduo.

Estas actividades têm como objectivo aumentar a expectativa de vida saudável e independente dos cuidados de terceiros mantendo qualidade de vida para as pessoas que estão envelhecendo, contrariando o sedentarismo e ainda outro flagelo da sociedade envelhecida o isolamento social.

Estudos comprovam que as mulheres agora idosas, a sua actividade principal onde gastavam as suas energias era nas actividades domésticas, que agora apresentam uma capacidade funcional mais reduzida ao contrário das que eram domésticas e praticavam actividades de lazer (caminhar, dançar) (Alencar, 2011).

As pessoas mais velhas devem valorizar um investimento em si próprios, nas relações sociais e afectivas, em actividades desafiantes na prevenção e promoção do bem-estar físico e psicológico, reconhece-se a importância dos direitos humanos e do princípio da independência, participação, dignidade, assistência e auto realização reconhecidos pela ONU. Todos estes aspectos reflectem as pessoas idosas como responsáveis e participativas nas suas tarefas do quotidiano e não como alvos passivos, requerendo acções de três pilares básicos: saúde, segurança e participação social (vide figura 1.5).



Figura 1.5. Pilares da estrutura política para o Envelhecimento Activo (de acordo com OMS, 2005). Ribeiro e Paúl (2011, pp. 4).

1.2.3. Relações sociais

As relações sociais são necessárias e essenciais durante todo o ciclo da vida humana, nós somos seres sociais e a família tem um papel fundamental. Na nossa vida vamos interagindo em diferentes grupos, no início e ao longo da vida no grupo familiar, ingressamos nos grupos de colegas (escola e trabalho) e paralelamente temos o grupo de amigos. As relações desenvolvidas nestes grupos ao longo da nossa vida vão construindo os traços que nos caracterizam, que nos ajudam a definir a nossa identidade beneficiando-nos a vários níveis.

Conforme o tempo passa e o indivíduo envelhece a família vai-se alterando e consequentemente a posição que cada membro exerce na sua estrutura, ou seja, os papéis vão-se modificando e a relação de dependência diferencia-se. O cuidador passa a ser cuidado por outros. A família deve ser o centro de todo o apoio recebido e prestado.

Quando a capacidade funcional está comprometida a ponto de impedir o cuidado de si próprio, a carga sobre a família e sobre o sistema de saúde pode ser muito grande (Rosa, Benício, Latorre & Ramos, 2003).

A mudança de papéis nem sempre é bem vista, por vezes trazendo implicações para uma das partes, mas não podemos esquecer que os idosos já foram parte activa na construção dessas famílias.

Os idosos, como todos os outros, têm necessidade de se manter activos, sentirem-se úteis e manter vínculos sociais, um dos grandes factores que contribui para a sociabilização é a actividade profissional, que quando cessa e o indivíduo entra na reforma, muitas vezes tem um impacto enorme com a redução da rede social, este já não necessita de sair tanto de casa, a sua fonte de estimulação baixou. Mas por outro lado, esta nova gestão do tempo pode dar origem a novas actividades ou para o investimento em relações sociais que antes estavam secundarizadas pelo tempo dedicado ao trabalho (Ribeiro & Paúl, 2011).

Existem já algumas iniciativas das comunidades para participação em actividades sociais, promovendo o contacto com outras pessoas, conviver com amigos, promovendo os laços sociais e desmistificando a ideia de que a velhice está associada ao abandono e ao isolamento.

Note-se que a quantidade de relações não é mais importante que a qualidade, alguns estudos já demonstraram que para se ter um bom apoio social mais do que a extensão da rede, o mais significativo é a qualidade das interações que se desenvolvem dentro das próprias redes (Paúl, 2005).

A sociabilização e as amizades que se estabelecem contribuem para a estimulação da mente e do corpo, estando os dois interligados, uma boa relação social é um dos importantes elementos que contribuem para o bem-estar e saúde física e mental dos idosos.

1.2.4. Mas o que é o envelhecimento bem-sucedido?

O envelhecimento bem-sucedido é um tema em estudo, e que ainda não tem uma definição consensual entre os investigadores, mas sabe-se que faz parte de um bom envelhecimento e que vai de encontro a indicadores individuais de sucesso.

O termo velhice bem-sucedida tem amplo trânsito dentro do círculo de profissionais da

Gerontologia, para os outros o termo mais corrente e que está associado é velhice saudável, ambos são conceitos usados para explicar o processo de envelhecer bem. A longevidade não deve ser o único componente par avaliar o envelhecimento bem-sucedido, relacionando-o com a individualidade e diferenças socioculturais, ou seja, envelhecer bem envolve múltiplos factores, incluindo individuais, psicológicos, biológicos e sociais (Teixeira & Neri, 2008).

Entende-se e associa-se ao envelhecimento saudável às noções de estar bem consigo mesmo, sentir-se realizado e no domínio das próprias capacidades, ter boa capacidade cognitiva e espiritualidade (Rosa, Cupertino & Neri, 2009) .

O conceito de envelhecimento saudável reflecte os dois modelos de envelhecimento bem-sucedido predominantes na literatura: Rowe e Kahn e o de Baltes e Baltes (Teixeira & Neri, 2008).

Para Rowe e Kahn, em 1997 caracterizam o envelhecimento bem-sucedido através de três elementos: (1) baixa probabilidade de doenças e de incapacidades relacionadas às mesmas; (2) alta capacidade funcional cognitiva e física; (3) estar envolvido activamente com a vida (social). A hierarquia entre os componentes é representada pela integridade das funções física e mental. Essas funções atuam como potencial para a realização das actividades sociais, envolvendo as relações interpessoais e as actividades produtivas, remuneradas ou não (Teixeira & Neri, 2008).

O que os autores apontam uma necessidade de orientação preventiva que vise mudanças possíveis nos níveis e padrões da função física pela influência de factores potencialmente modificáveis, acção preventiva, tais como: actividades físicas, suporte social e senso de autoeficácia, independente de doenças crónicas e diferenças nas características sociodemográficas (Teixeira & Neri, 2008, Rosa *et al*, 2009).

Para Baltes e Baltes, em 2000, o envelhecimento bem-sucedido pode ser alcançado por uma sequência de selecção, optimização e compensação (SOC). A etapa da selecção consiste no seccionamento electivo do desenvolvimento, incluindo a escolha das estruturas disponíveis para a obtenção satisfatória de metas. Essas metas são redefinidas conforme a repercussão das perdas nas actividades individuais e sociais. A optimização é o processo de potencializar os meios seleccionados para o percurso, envolvendo o uso de recursos internos e externos para que o resultado seja eficiente. A compensação associa-se à optimização e caracteriza-se pela aquisição ou activação de novos meios e aprendizagens para compensar o declínio que coloca em risco a funcionalidade efectiva (Teixeira & Neri, 2008).

Em resumo, o envelhecimento bem-sucedido depende do equilíbrio entre a

compensação das perdas associadas ao envelhecimento e a optimização das potencialidades individuais por meio de acções educativas, médicas, sociais e arquitectónicas iniciadas por outrem e por meio de acções iniciadas pelo próprio indivíduo.

A literatura revista leva-nos a pensar que a velhice bem-sucedida não se restringe apenas as circunstâncias dessa fase mas é produto da interacção de influências genético-biológicas e socioculturais ao longo de toda a vida (Teixeira & Neri, 2008; Rosa et al., 2009).

Por outro lado, também concordamos com os autores consultados em como o envelhecimento bem-sucedido é indissociável da capacidade funcional (OMS, 2002; Fiedler & Peres, 2008; Franchi et al., 2008; Sales & Cordeiro, 2012).

PARTE II – ESTUDO DE CAMPO

2. Considerações Metodológicas

A palavra “metodologia” segundo Reis (2010) resulta da combinação de duas palavras gregas: *métodos* que significa organização e *lógos* que significa palavra, estudo ou razão, ou seja, a metodologia significa a realização de um estudo organizado através de caminhos que nos levam a resultados; uma forma ordenada e sistemática de adquirir conhecimentos, de encontrar respostas para as nossas questões; um caminho progressivo que nos conduz a um fim.

Assim o mesmo fenómeno pode ser abordado, perspectivado e interpretado de diferentes formas, dependendo de muitos factores, principalmente dos objectivos do investigador.

No presente capítulo abordamos os procedimentos relativos ao estudo efectuado, referindo de forma sistematizada as suas diversas componentes, bem como a amostra, os instrumentos de recolha da informação e os respectivos procedimentos de validação.

2.1. Abordagem Metodológica

Nesta etapa da abordagem metodológica vamos identificar a problemática desta pesquisa, apresentar os objectivos que definimos para a mesma, bem como as suas hipóteses e variáveis.

2.1.1. Problemática e objectivos

A bibliografia consultada refere o crescimento da população idosa de forma acelerada e os autores que escrevem sobre o tema “envelhecimento” demonstram uma grande preocupação com essa alteração demográfica, tendo em conta que se está a constatar que não existe uma resposta suficientemente positiva e eficaz para todos os idosos e os que estão ao seu redor, e já se faz sentir o impacto que essas alterações estão a provocar na sociedade. Embora o período da terceira idade seja uma época considerada de perdas os idosos estão a ganhar um lugar muito importante na nossa sociedade, um motor que faz trabalhar a nossa sociedade (Nazareth, 2009; Oliveira, 2010; Paúl e Ribeiro, 2012).

A nossa experiência de trabalho com pessoas idosas ou que estão perto desta fase das suas vidas, diz-nos que esta população recorre cada vez mais a apoios de tipo psicossocial, designadamente a actividades envolvendo exercícios físicos tentando preparar-se para a manutenção das suas capacidades funcionais, promovendo a autonomia e independência, a longo prazo.

Também verificamos que estes grupos etários têm uma grande heterogeneidade no que concerne à forma como vivenciam o seu processo de envelhecimento, considerando evidentes vários aspectos intrínsecos e extrínsecos relativos ao idoso.

Tendo em conta a idade cronológica para se ser considerado idoso que segundo a OMS é de 65 anos (Oliveira, 2010), e sabendo que a esperança média de vida está cada vez mais alta e que a perspectiva é que muitos dos nossos idosos sejam centenários, então a fase do envelhecimento ocupa uma grande etapa no ciclo de vida do indivíduo.

A literatura relativa a esta temática refere que os mais anos que estamos a viver estão associados a novos estilos de vida, ou seja, a qualidade de vida que a nossa sociedade nos tem vindo a permitir usufruir (Nunes, 2008)

A literatura consultada leva-nos a pensar que as pessoas que se mantêm mais autónomas nas suas tarefas apresentam aparentemente um envelhecimento mais funcional e saudável, caminhando para uma rota de envelhecimento bem-sucedido.

Mas os novos estilos de vida também trouxeram aspectos negativos para os nossos idosos, principalmente consequências como o isolamento social, falta de apoio para as suas necessidades, porque esses serviços não são para todos idosos, principalmente por motivos económicos.

Tendo em conta o que foi mencionado anteriormente e considerando que a capacidade funcional do indivíduo é um aspecto fundamental e integrante para um bom envelhecimento, não podendo ser dissociada do mesmo (OMS, 2002; Alencar, 2011; Ribeiro e Paúl, 2011), procuramos com este estudo conhecer **a relação entre o Envelhecimento Bem-Sucedido e a Qualidade de Vida**, no sentido de nos fornecer informações que sejam facilitadores da promoção de um envelhecimento activo e funcional, desmistificando estereótipos existentes acerca dos idosos e da velhice.

Considerando então quer a problemática como os objectivo deste estudo, colocamos as seguintes questões de investigação:

1) Qual é a relação que existe entre as características sociodemográficas, com o envelhecimento bem-sucedido e a qualidade de vida?

2) Será que um envelhecimento bem-sucedido terá influência na qualidade de vida?

3) De que modo, ou em que aspectos o envelhecimento bem-sucedido influencia a qualidade de vida e em que facetas desse mesmo envelhecimento?

2.1.2. Hipóteses e variáveis em estudo

Tendo em conta as questões de investigação colocada para a presente pesquisa, elaboramos as presentes hipóteses:

H₁ – As variáveis sociodemográficas têm influência no envelhecimento bem-sucedido;

H₂ – As variáveis sociodemográficas têm influência na qualidade de vida;

H₃ – O envelhecimento bem-sucedido influencia a qualidade de vida.

As variáveis descrevem as características do atributo a medir, sendo que as variáveis independentes ou predictoras são aquelas que o investigador manipula para estudar os efeitos que esta provoca na variável dependente, e as variáveis dependentes ou de medida são as que o investigador quer compreender, explicar ou rever, é a causa presumida de um fenómeno (Reis, 2010).

Deste modo, tendo em conta as hipóteses definidas, as variáveis em estudo são as seguintes: qualidade de vida, o envelhecimento bem-sucedido e as variáveis sociodemográficas (e.g., idade, género, estado civil, habilitações literárias, rendimento familiar, situação habitacional).

Para melhor entender e visualizar a forma como todas as hipóteses concorrem para os objectivos deste estudo apresentamos a seguinte figura 2.1:

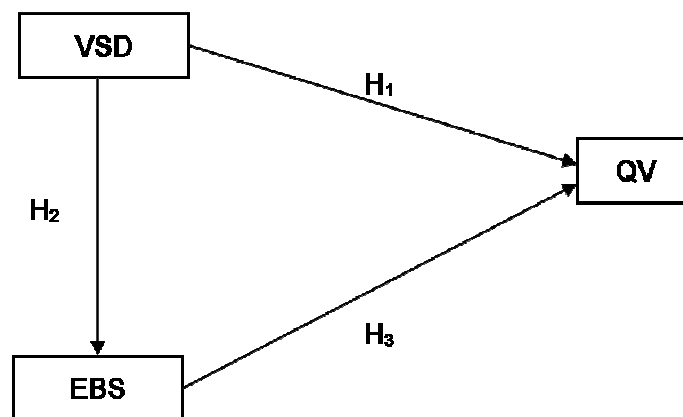


Figura 2.1. Representação gráfica do modelo em estudo.

Nota. VSD- Variáveis Sociodemográficas, QV- Qualidade de Vida, EBS- Envelhecimento Bem-Sucedido, H₁, H₂ e H₃- hipóteses formuladas para o estudo.

2.2. Descrição dos Instrumentos de Pesquisa

O instrumento utilizado para a recolha dos dados foi um questionário, partindo para uma investigação quantitativa, que se baseia na técnica de recolha, apresentação e análise de dados que permitem a sua quantificação, e posteriormente o seu tratamento através de métodos estatísticos.

Os questionários são compostos por uma série de questões/itens que vão de encontro ao interesse dos investigadores, sistematizando os resultados. O nosso questionário do tipo misto constituído por perguntas simples e rápidas de repostas abertas e fechadas.

Por ser um questionário auto-administrado, ou seja em que o inquirido responde autonomamente às questões, torna-se vantajoso porque origina respostas sinceras e não influenciadas e mantem o anonimato do inquirido, mas neste caso também existe o facto da ausência de resposta e à menor dificuldade na resposta o indivíduo não responde (Reis, 2010; Sousa & Baptista, 2011).

Mas os questionários também apresentam uma grande dificuldade para o investigador na sua concepção, é necessário ter em conta muitos parâmetros na realização das questões, principalmente ter em conta a população-alvo a que se destina, que neste caso, são idosos (Reis, 2010; Sousa & Baptista, 2011).

O questionário é constituído por três partes, sendo a primeira respeitante à caracterização sociodemográfica, em que é utilizado um questionário sociodemográfico, a segunda à avaliação da qualidade de vida, em que utilizamos como instrumento de medida a World Health Organization Quality of Life Scale-Brief – WHOQOL – Bref (OMS 1998, adaptada por Vaz Serra et al., 2006) e a terceira parte à avaliação da percepção de envelhecimento bem-sucedido, em que utilizamos um instrumento desenvolvido por nós para este estudo que é a Escala de Percepção do Envelhecimento Bem-Sucedido (EPEBS).

Relativamente aos princípios éticos para aplicação de instrumentos de pesquisa, e não esquecendo os princípios éticos implícitos em qualquer investigação que envolva seres humanos, se configura muitas vezes como uma certa forma de intromissão nas suas vidas, procurou-se não ser mais intrusivos que o necessário.

A este propósito referimos Polit, Beck e Hungler (1999), para quem os pesquisadores devem assegurar que a sua pesquisa não será mais intrusiva do que o necessário e que a privacidade do participante seja mantida ao longo do estudo.

Tendo em conta o que mencionámos, teve-se em conta alguns requisitos que achámos essenciais:

- Consentimento informado dos participantes no estudo, com o objectivo de garantir ao entrevistado o anonimato, a confidencialidade dos dados e os requisitos necessários para a sua participação.

- Garantia do anonimato e da confidencialidade relativamente ao tratamento e análise dos dados, assim como nos resultados.

2.2.1. Questionário sociodemográfico

O questionário Sociodemográfico constitui a primeira parte do instrumento, é composto por sete itens de resposta abertas e dez itens de resposta fechada, tem como objectivo a caracterização sociodemográfica do inquirido.

As variáveis pesquisadas neste questionário são as seguintes: idade, género, estado civil, escolaridade, reformado/pensionista, profissão anterior à reforma, pessoas com quem vive, está actualmente doente, qual a doença que mais o preocupa, há quanto tempo, regime de tratamento, rendimento familiar mensal, habitação própria, assoalhadas e localização da habitação.

2.2.2. Questionário de Qualidade de Vida (WHOQOL – Bref)

O WHOQOL – Bref é um instrumento que avalia a qualidade de vida de forma global, referente á avaliação subjectiva do indivíduo em relação aos aspectos que se relacionam com a sua vida quotidiana, composto por dimensões positivas e negativas (Fleck et al, 2000).

O WHOQOL- Bref é uma versão reduzida da escala WHOQOL 100 - desenvolvida pelo Grupo de Qualidade de Vida da Organização Mundial de Saúde (OMS, 1998, adaptada por Vaz Serra et al., 2006), este que é constituído por 100 itens, de carácter multidimensional, dividindo os mesmos em seis domínios, que são os seguintes: domínio físico, domínio psicológico, nível de dependência, relações sociais, meio ambiente e aspectos espirituais/religião/crenças pessoais.

Devido á extensão do número de questões e do tempo gasto na aplicação do instrumento, surgiu a necessidade de uma versão reduzida, WHOQOL-Bref, mas que continha características psicométricas igualmente satisfatórias, medindo os mesmos aspectos (Fleck et al, 2000).

O WHOQOL-Bref é uma escala de tipo Likert, de autorresposta, constituída por cinco pontos e 26 itens, dos quais dois são de domínio geral e 24 respeitantes a quatro domínios que são os seguintes: físico (sete itens), psicológico (seis itens), relações sociais (três itens) e meio ambiente (oito itens).

Relativamente à pontuação deste instrumento, esta varia de acordo com o tipo de questões.

De acordo com estas mesmas questões que estão agrupadas neste instrumento a pontuação atribuída é então a seguinte: a nível de qualidade de vida e nível de mobilidade (1 = “muito má” a 5 = “muito boa”); nível de satisfação com a saúde (1 = “muito insatisfeito” a 5 = “muito satisfeito”); nível de experimentação ou capacidade para realizar certas coisas (1 = “nada” a 5 = “completamente”); nível de sentimento em relação a alguns aspectos da vida (1 = “nada” a 5 = “muitíssimo”); frequência de experimentação de eventos (1 = “nunca” a 5 = “sempre”).

O WHOQOL-Bref faculta um perfil da qualidade de vida, obtido pelo resultado dos quatros domínios, ou seja, quanto mais alto o resultado melhor é a percepção de qualidade de vida (Fleck et al, 2000; Vaz Serra et al., 2006).

Surgiu, então uma versão portuguesa adaptada da versão brasileira deste instrumento, efectuada por Vaz Serra et al. (2006) cujos os domínios e facetas se apresentam na tabela 2.1.

Tabela 2.1

Domínios e Facetas da Escala WHOQOL-Bref

Domínios	Facetas correspondentes a cada domínio	Nº da questão
I – Domínio Físico	Dor e desconforto	3
	Dependência de medicação ou de tratamentos	4
	Energia e fadiga	10
	Mobilidade	15
	Sono e repouso	16
	Actividades da vida quotidiana	17
	Capacidade de trabalho	18
II – Domínio psicológico	Sentimentos positivos	5
	Espiritualidade/religião/crenças pessoais	6
	Pensar, aprender, memória e concentração	7
	Imagem corporal e aparência	11
	Auto-estima	19
III – Relações sociais	Sentimentos negativos	26
	Relações pessoais	20
	Actividade sexual	21
	Suporte (apoio) social	22

(cont.)

(cont. tabela 2.1)

Domínios	Facetas correspondentes a cada domínio	Nº da questão
IV – Meio ambiente	Segurança física e protecção	8
	Ambiente físico: (poluição/ruído/trânsito/clima)	9
	Recursos financeiros	12
	Oportunidades de adquirir novas informações e habilidades	13
	Participação em, e oportunidades de recreação/lazer	14
	Ambiente no lar	23
	Cuidados de saúde e sociais: disponibilidade e qualidade	24
	Meio de transporte	25

2.2.3. Escala de Percepção do Envelhecimento Bem-Sucedido (EPEBS)

A Escala de Percepção do Envelhecimento Bem-Sucedido (EPEBS) é um instrumento que foi construído por nós para este estudo, com o objectivo de medir a percepção de envelhecimento bem-sucedido.

De referir que a EPBS é uma escala de auto-resposta, de tipo Likert, com cinco pontos, variando entre 1 = “Pouco” e 5 = “Muito”, em que o participante deve responder de acordo com o seu caso de concordância para o seu caso.

Quer no instrumento total, como nas respectivas subescalas, a pontuação é obtida a partir da soma das respostas, e todos os itens das diferentes subescalas têm a mesma direcção.

Para a construção da escala houve um estudo preliminar, recolhendo informação prévia através de entrevistas com idosos, da literatura consultada, das nossas vivências, experiências e do contacto profissional com os inquiridos, a partir da qual construímos os itens que fazem parte do instrumento que posteriormente validamos nesta pesquisa.

2.3. População e Amostra

Segundo Maroco (2003) o conceito de população diz respeito a um grande grupo generalizado que é designado como sendo a população teórica, embora na prática seja difícil trabalhar com este grupo.

Assim as investigações escolhem um grupo mais restrito e de real intervenção-população alvo, que preenchem um conjunto de critérios específicos, a partir da qual se pode constituir a amostra. A amostra é então um subconjunto da população alvo, que através das características comuns a reproduz correctamente, mantem a representatividade (Reis, 2010).

A amostra deste estudo teve por base os idosos que frequentam as aulas de Ginástica de Manutenção desenvolvidas pela Câmara Municipal de Olhão no projecto de nome “Vida com Ritmo!”.

Tendo em conta que este projecto é desenvolvido em todas as freguesias do concelho de Olhão e que tem um elevado número de alunos a frequentar a actividade pensamos ser uma amostra com alguma representatividade relativa à população idosa do concelho de Olhão.

2.3.1. Caracterização da Amostra

Na caracterização desta amostra, utilizaremos medidas de análise descritiva, nomeadamente do número de indivíduos na amostra (n), das frequências absolutas (f), percentagens (%), média (M) e respectivo desvio-padrão (SD).

Trata-se então de uma amostra de conveniência, constituída pelas pessoas idosas ($n = 165$ indivíduos) que frequentam as aulas de Ginástica de Manutenção no projecto “Vida com Ritmo!” promovido pela Câmara Municipal de Olhão, no período de Outubro de 2011 a Junho de 2012.

Depois de analisar os dados, conforme verificamos na tabela 2.2, a moda desta distribuição situa-se nos indivíduos de género feminino, que representam 70,3%, do total desta distribuição.

Tabela 2.2
Distribuição dos Participantes Relativamente ao Género

Género	f	%
Masculino	49	29,7
Feminino	116	70,3
Total ($n = 165$)		

Em relação à idade, verificamos que a média é de $M = 67,5$ anos, ($SD = 6,98$ anos), variando entre 54 e os 94 anos (diferença entre idade mínima e máxima de 40 anos).

Apesar de a OMS ter definido que quem começa a fazer parte do grupo de idosos são as pessoas que já completaram 65 anos, outros autores defendem que essa atribuição deve depender do desenvolvimento do seu país variando entre 60 e 65 anos (Fernandes, 2002;

Oliveira, 2010).

Foram incluídas neste estudo pessoas com idade a partir dos 54 anos (inclusive), a razão desta inclusão está relacionada com o facto de os mesmos serem pouco significativos ($n = 9$), e de se encontrarem a frequentar actividades dirigidas a idosos porque também apresentam características que os levou a integrarem-se nas mesmas (como patologias crónicas incapacitantes, reformas antecipadas por invalidez, entre outras).

De acordo com a seguinte tabela 2.3 verificamos na distribuição dos participantes por escalões etários a moda se situa no grupo de indivíduos com idades compreendidas entre os 60 e os 70 anos (62%), sendo o segundo grupo mais significativo o das pessoas que têm idades compreendidas entre ao 70 e os 80 anos (26,4%).

Tabela 2.3

Distribuição dos Participantes por Intervalos de Idade

Idade (em anos)	<i>f</i>	%
≥54 <60 Anos	9	5,5
≥60 <70 Anos	102	62,0
≥70 <80 Anos	44	26,4
≥80 Anos	10	6,1
Total ($n = 165$)		

No que concerne à distribuição dos participantes pelo seu estado civil, a moda desta distribuição situa-se no grupo de indivíduos que estão casados (72,1%), seguido daqueles que estão viúvos (21,8%) (vide tabela 2.4).

Tabela 2.4

Distribuição dos Participantes por Estado Civil

Estado civil	<i>f</i>	%
Casado/a	119	72,1
Divorciado/a	10	6,1
Viúvo/a	36	21,8
Total ($n = 165$)		

Em relação ao nível de escolaridade, conforme podemos verificar na tabela 2.5, cerca de metade dos inquiridos frequentou a escola do 1.º ao 4.º ano, o Ensino Básico; 8,5% têm formação universitária e a menor percentagem, com apenas 4,2%, não sabem ler nem escrever.

Tabela 2.5

Distribuição dos Participantes por Nível de Escolaridade

Nível de escolaridade	<i>f</i>	%
Não sabe ler nem escrever	7	4,2
1.º ao 4.º Ano	87	52,7
5.º ao 6.º Ano	20	12,1
7.º ao 9.º Ano	18	10,9
10.º ao 12.º Ano	19	11,5
Formação Universitária	14	8,5
Total (<i>n</i> = 165)		

Quanto à reforma a maior percentagem com 70,9% dos indivíduos já recebe algum tipo de reforma, contra uma pequena percentagem de 29,1% que ainda exercem uma actividade profissional, ainda não se reformaram, ou seja, não têm direito a qualquer ajuda para além da sua remuneração mensal (vide tabela 2.6).

Tabela 2.6

Distribuição dos Participantes por Situação de Reforma

Reforma	<i>f</i>	%
Sim	117	70,9
Não	48	29,1
Total (<i>n</i> = 165)		

De acordo com a seguinte tabela 2.7, a grande maioria dos sujeitos vivem acompanhados pelos conjugues, com 66,7%, e com familiares com 12,7%, mas existe um grande número de indivíduos da amostra que vive sozinho/a, podemos evidenciar cerca de 18%.

Tabela 2.7

Distribuição dos Participantes por Pessoas com Quem Vive

Pessoas com quem vive	<i>f</i>	%
Sozinho/a	30	18,2
Conjuge	110	66,7
Familiares	21	12,7
Outros	4	2,4
Total (<i>n</i> = 165)		

Em relação à questão da doença, conforme verificamos na tabela 2.8, a maioria dos participantes referiu que actualmente não se encontra doente, tendo apenas 15,2% respondido que sim.

Tabela 2.8

Distribuição dos Participantes por Estado de Saúde

Estado de saúde	<i>f</i>	%
Está actualmente doente	25	15,2
Não está actualmente doente	140	84,8
Total (<i>n</i> = 165)		

Nas doenças que consideram mais importantes porque interferem no dia-a-dia e nas actividades do quotidiano, de acordo com a tabela 2.9, a maioria dos participantes que responderam a esta questão (*n* = 43) referiram que são os problemas osteo-articulares (*f* = 15), sendo o segundo grupo mais representativo os indivíduos que referiram ser a doença cardíaca ou enfarte miocárdio (*f* = 8), seguidos dos respondentes que mencionaram a hipertensão arterial (*f* = 7).

Pelo que podemos observar na tabela anterior (vide tabela 2.8) que corresponde ao estado de saúde onde apenas 25 dos inquiridos (*n* = 165) responderam estar actualmente doentes, na seguinte tabela 10, que corresponde às doenças que mais o preocupa, com o total de respostas de *f* = 43, podemos dizer que embora os inquiridos sejam portadores de uma doença que os preocupa não se consideram doentes actualmente, possivelmente por esta estar controlada.

Tabela 2.9

Distribuição dos Participantes por Doença

Doenças	<i>f</i>
Diabetes	3
Doença Cardíaca/Enfarte do Miocárdio	8
Hipertensão Arterial	7
Incontinência	1
Mastectomia	1
Problemas osteo-articulares	15
Traumatismo Craniano/Epilepsia	2
Outras patologias	4
Total (<i>n</i> = 43)	

No que respeita ao tempo em que são afetados por uma doença, a média é $M = 11$ anos, com $SD = 11$ anos (variando entre 55 anos e menos de um ano).

Todos os indivíduos que referem estar doentes ($n = 43$) conforme verificamos na anterior tabela 10, também mencionaram ter acompanhamento médico. Do total da amostra em estudo ($n = 165$), aqueles que não referiram estar doentes, alguns têm acompanhamento médico regular (vide tabela 2.10).

Tabela 2.10

Distribuição dos Participantes por Acompanhamento Médico

Situação	<i>f</i>	%
Com acompanhamento médico	50	30,3
Sem acompanhamento médico	115	69,7
Total ($n = 165$)		

No rendimento familiar os resultados são muito divididos, mas 30,9% têm um rendimento de €210 a €419, abaixo do ordenado mínimo nacional e também com 30,9% rendimentos superiores a €840. A menor percentagem com 10% tem um rendimento muito baixo só até €209 mensais (vide tabela 2.11).

Tabela 2.11

Distribuição dos Participantes por Rendimento Familiar Mensal

Rendimento Familiar Mensal	<i>f</i>	%
Até €209	17	10,3
De €210 a €419	51	30,9
De €420 a €629	26	15,8
De €630 a €839	20	12,1
Superior a €840	51	30,9
Total ($n = 165$)		

Relativamente à distribuição dos inquiridos pela existência da habitação própria conforme podemos verificar na seguinte tabela 2.12 que a maioria (88,5 %) tem habitação própria, sendo o grupo menos representativo o dos indivíduos que têm habitação arrendada.

Tabela 2.12

Distribuição dos Participantes por Existência de Habitação Própria

Habitação	<i>f</i>	%
Própria	146	88,5
Arrendada	19	11,5
Total (<i>n</i> = 165)		

No que concerne ao número de assoalhadas da habitação, este varia entre uma assoalhada e nove, com $M = 4$ assoalhadas por casa ($SD = 1,22$).

Em relação à localização da habitação as respostas foram muito próximas, mas a maioria dos inquiridos viva na zona urbana, mais de metade da amostra 57%, os restantes 42% vivem na zona rural (vide tabela 2.13). O que se entende, tendo em conta a distribuição demográfica do concelho de Olhão.

Tabela 2.13

Distribuição dos Participantes por Zona de Habitação

Zona de habitação	<i>f</i>	%
Rural	95	57
Urbana	70	42
Total (<i>n</i> = 165)		

3. Apresentação e Análise dos Resultados

3.1. Análise Prévia e Descritiva das Escalas Utilizadas para Avaliar as Variáveis em Estudo

3.1.1. Questionário de Qualidade de Vida (WHOQOL – Bref)

Avaliando a consistência interna deste instrumento, conforme podemos verificar na tabela 3.1, o valor de alfa de Cronbach (α) que a escala total apresenta é de $\alpha = .93$, o que nos leva a dizer que este instrumento apresenta uma boa consistência interna (Hill & A. Hill, 2009).

Também relativamente aos domínios da WHOQOL-Bref os valores encontrados apresentam uma boa consistência interna ($.8 \geq \alpha < .9$) ou mesmo muito boa ($\alpha \geq .9$), à excepção do domínio social cujo valor é de $\alpha < .7$ (Hill & A. Hill, 2009).

De mencionarmos que os resultados que encontramos relativamente à consistência interna deste instrumento vêm de encontro a outros estudos em que o mesmo foi utilizado,

nomeadamente quer nos estudos brasileiros de adaptação e validação para português conduzidos por Fleck et al. (2000), inclusive o valor mais baixo encontrado para o domínio 3 (Social), como na adaptação desta escala para Portugal (Vaz Serra et al., 2006).

Tendo em conta estes valores podemos dizer que este instrumento é adequado para medir as variáveis que se pretendem estudar, mesmo considerando o valor de consistência interna mais baixo encontrado no domínio social.

Tabela 3.1

Resultados obtidos para Análise da Consistência Interna da Escala WHOQOL-Bref

Factores	α
WHOQOL - Bref Total	.930
Domínio Físico	.854
Domínio Psicológico	.838
Domínio Social	.642
Domínio Meio Ambiente	.817

Quisemos ainda verificar como é que quer a escala total como os seus domínios se associavam entre si. Assim, da leitura e análise da seguinte tabela 3.2, verificamos que a escala total estava associada de forma estatisticamente relevante ($r >.3$), positiva e significativa ($p <.05$), com todos os domínios, excepto para a correlação existente entre a escala total e o seu domínio social ($r =.279$), o que eventualmente pode ter relação com o valor baixo de consistência interna para esta dimensão ao qual fizemos menção anteriormente.

Tabela 3.2

Matriz de correlações entre a escala total (WHOQOL-Bref) e as respectivas Subescalas

	1	2	3	4	5
1. WHOQOL - Bref Total	-	.694***	.559***	.279**	.579***
2. Domínio Físico		-	.578***	.470***	.664***
3. Domínio Psicológico			-	.625***	.628***
4. Domínio Social				-	.527***
5. Domínio Meio Ambiente					-

Nota. WHOQOL-Bref – Questionário de Qualidade de Vida – Versão Reduzida

*** $p <.001$; ** $p <.01$; * $p <.05$

Finalmente e ainda no que concerne à análise descritiva da WHOQOL-Bref podemos verificar na seguinte tabela 3.3 que a média apresentada para a escala total é de $M = 93,67$ ($SD = 13,50$), e para os domínios é respectivamente de: domínio físico ($M = 22,67$, $SD =$

3,07); domínio psicológico ($M = 21,65$, $SD = 2,65$); domínio social ($M = 11,13$, $SD = 2,13$); e domínio do meio ambiente ($M = 26,75$, $SD = 4,68$).

Tabela 3.3

Resultados obtidos da Média e do Desvio-Padrão da Escala WHOQOL-Bref em Comparação ao Ponto Médio do mesmo Instrumento

	<i>M</i>	<i>SD</i>	Ponto médio da escala
1. WHOQOL - Bref Total	93,67	13,50	65
2. Domínio Físico	22,67	3,07	17,5
3. Domínio Psicológico	21,65	2,65	15
4. Domínio Social	11,13	2,13	7,5
5. Domínio Meio Ambiente	26,75	4,68	20

Como podemos então verificar da leitura dos valores anteriormente referidos em comparação aos pontos médios da escala (vide tabela 3.3), todos os valores das médias estão acima dos pontos médios da escala e dos seus domínios, o domínio que apresenta a média mais elevada é o domínio social e o que tem a média menos elevada é o domínio físico.

3.1.2. Escala de Percepção do Envelhecimento Bem-Sucedido (EPEBS)

A tabela seguinte apresenta os 30 itens que constituíam a segunda parte do questionário, relativamente ao envelhecimento bem-sucedido e os resultados obtidos através da correlação item total (vide tabela 3.4).

Segundo Murcho (2006) a validação da uma escala, pode generalizar-se em relação à população estudada se cumprirmos os critérios de Tinsley e Tinsley (1987), em que diz que o número de inquiridos deve ser pelo menos cinco vezes superior ao número de itens da medida em estudo.

De acordo com alguns autores consultados (D'Hainaut, 1997; Pestana & Gageiro, 2008), os níveis de significância (p) com coeficiente de correlação (r) considerados são os seguintes: $p \leq .01$ (muito significativo); $p \leq .05$ (significativo); $p > .05$ (não significativo); $.2 \geq r \leq .3$ (associação baixa); $.4 \geq r \leq .69$ (associação moderada); $.7 \geq r \leq .89$ (associação alta); e $.9 \geq r \leq 1$ (associação muito alta) (Murcho, 2006).

Por outro lado, Rackase (1984, *cit. in* Murcho, 2006) sugere que as correlações dos itens seleccionados devem ter o total superior a .3, pelo que iremos considerar como válidos todos os valores em que $r > .3$.

Em seguida apresentamos os cálculos das correlações entre itens, diferenciando os de

valor positivo e significativo, sendo que se assume que cada item mede algo em comum com os outros itens, e o que se avalia em comum pela totalidade dos itens é a variável latente que pretendemos medir através da escala.

Tabela 3.4

Itens da Escala de Percepção do Envelhecimento Bem-Sucedido e os Resultados obtidos através da Correlação Item-Total

N.º	Item	Correlação Item-Total
1	O seu envelhecimento tem sido bem-sucedido?	.186
2	Acha que o seu rendimento mensal é suficiente?	.217
3	Considera que ter amigos é fundamental para um bom envelhecimento?	.276
4	Sente-se envelhecido(a)?	-.117
5	Tem ajudas no seu rendimento mensal?	.199
6	Como considera a sua saúde física?	.374
7	O relacionamento com os amigos é importante?	.354
8	Considera a sua saúde fundamental para um bom envelhecimento?	.434
9	Como considera a sua saúde mental?	.208
10	Considera que é um idoso(a)?	.039
11	Como classifica a sua relação familiar?	.328
12	A sua atividade diária é ativa?	.286
13	Acha que aproveitou bem os seus anos de trabalho?	.254
14	Passa muito tempo em casa?	.047
15	Considera o seu rendimento mensal fundamental para um bom envelhecimento?	.072
16	A atividade física é importante?	.501
17	Considera-se uma pessoa ativa na nossa sociedade?	.176
18	Depende de alguém para realizar as tarefas do dia-a-dia?	-.129
19	O exercício físico ajuda-o(a) a manter-se ativo(a)?	.417
20	Tem pessoas a seu encargo?	.002
21	Procura nas aulas de exercício físico também fazer amizades?	.368
22	Faz muitos programas de passeios?	.036
23	Considera importante realizar as suas tarefas autonomamente?	.363

(cont.)

(cont. tabela 3.4)

N.º	Item	Correlação Item-Total
24	O exercício físico ajuda a trabalhar a sua parte psicológica?	.219
25	Sente-se só?	- .281
26	Sente melhorias na sua vida quando pratica exercício físico?	.497
27	Acha que está a aproveitar bem os anos depois da reforma?	.260
28	Os programas de exercício físico contribuem para a sua qualidade de vida?	.583
29	Esquece-se com frequência do que tem para fazer?	- .067
30	O exercício ajuda a prevenir algumas doenças?	.505

Da análise da correlação item-total, excluímos os itens com valores inferiores ou iguais a $r = .3$. Assim o instrumento final ficou com 11 itens que são os seguintes: 6,7,8,11,16,19,21,23,26,28 e 30.

Para testarmos os resultados da análise factorial em condições mínimas de razoabilidade, realizámos os testes de esfericidade de *Bartlett* (BTS) e o *Kaiser-Meyer-Olkin* (KMO), estes dois procedimentos estatísticos permitem aferir a qualidade das correlações entre as variáveis de forma a prosseguir com a análise factorial, tendo obtido os seguintes valores: KMO = .841; e um nível de significância (p) associado ao BTS de $p = .000$.

Em concordância com os autores Pestana e Gageiro (2008) e Maroco (2003), podemos considerar que existem condições de utilização deste modelo factorial (BTS (p) < .05), sendo que a análise factorial resultante é boa (.08 > KMO < .09).

Deste modo fomos então realizar a análise factorial dos componentes principais com rotação ortogonal pelo método *Varimax* sem se forçar nenhum factor.

Após a análise factorial da EPEBS, verificamos que esta escala é composta por três factores (vide tabela 3.5), os quais explicam 62,19% da variância total, embora não se possa dizer que a distribuição por estes factores seja homogénea, dado haver uma maior concentração no primeiro factor (Factor 1 – 41,51%; Factor 2 – 11,09%; e Factor 3 – 9,60%).

Tabela 3.5
Estrutura Factorial do Instrumento após Rotação Varimax

Item	Factores		
	1	2	3
6	.303	- .016	.506
7	.110	.857	.214
8	.222	.837	.112
11	- .027	.152	.852
16	.380	.276	.659
19	.686	.274	.030
21	.666	.083	.160
23	.434	.452	- .009
26	.827	.147	.183
28	.776	.297	.252
30	.751	.097	.220

De mencionarmos também que a correspondência dos factores determinados às subescalas, conforme podemos verificar na tabela 3.6, é a seguinte: Factor 1 - Envelhecimento activo e exercício físico; Factor 2 – Relações sociais; Factor 3 – Capacidade funcional e Saúde física.

Tabela 3.6
Designação dos Factores da EPEBS e Itens Correspondentes

Factor	Designação	Item	Loading
1	Envelhecimento Activo e Exercício Físico	19	.686
		21	.666
		26	.827
		28	.776
		30	.751
2	Relações Sociais	7	.857
		8	.837
		23	.452
3	Capacidade Funcional e Saúde Física	6	.506
		11	.852
		16	.659

Conforme já mencionamos anteriormente, na perspectiva psicométrica os instrumentos de avaliação psicológica que consideramos adequados para avaliarem a variável que pretendemos medir (validade e fiabilidade), são aqueles que apresentam um valor de $\alpha \geq .7$, embora de acordo com alguns autores sejam já aceitáveis valores a partir de $\alpha > .6$ (Hill & A. Hill, 2009; Pais-Ribeiro, 2010).

Segundo autores como Pestana e Gageiro (2008), Hill e A. Hill (2009), ou Pais-Ribeiro, (2010) quando os valores consistência interna se situam entre $.8 > \alpha \leq .9$ a fiabilidade é boa, o que sucede para a escala na sua generalidade e para o Factor 1, quando os valores se situam entre $0,7 > \alpha \leq 0,8$ é considerado razoável e quando se situa entre $.6 > \alpha \leq .7$ é fraca, o que corresponde ao factor 2, sendo considerados inadmissíveis quando são inferiores a $.6$.

Assim, de acordo com os resultados obtidos para a consistência interna da EPEBS (escala total), como para as respectivas subescalas (EPEBS Factor 1 a EPEBS Factor 3), conforme podemos verificar na seguinte tabela 3.7, podemos dizer que este instrumento apresenta uma boa medida de fiabilidade interna, no que concerne à escala total ($.8 \geq \alpha < .9$), bem como para o primeiro factor, razoável para o segundo e embora sejam inadmissíveis para o terceiro factor ($\alpha < .6$).

Este resultado pode estar relacionado com o facto de este factor ter poucos itens, conforme é sugerido por alguns dos autores consultados, quando mencionam que a consistência interna de uma medida pode diminuir com o número reduzido de itens de um determinado instrumento (Pestana & Gageiro, 2008; Pais-Ribeiro, 2010).

Tabela 3.7
Valores de Consistência Interna dos Factores da EPEBS

Factores	α
EPEBS Total	.851
EPEBS Factor 1	.850
EPEBS Factor 2	.695
EPEBS Factor 3	.583

De qualquer forma de mencionarmos a este respeito ainda, que ao procurarmos realizar a análise factorial forçando a mesma a dois factores, o resultado para a variância total explicada pelo instrumento passou a ser inferior a 60% o que, de acordo com autores como Pestana e Gageiro (2008), levava à sua não-aceitação.

Deste modo, e uma vez que mesmo a escala total apresenta poucos itens, mas tendo em conta que têm uma boa consistência interna, então tomamos a decisão de considerar apenas o

instrumento global como único, ou seja, sem factores ou subescalas.

Verificamos também qual é a associação existente entre a escala total com os seus domínios, e de este entre si. Como podemos então verificar da leitura e análise da seguinte tabela 3.8, verificamos que a escala total estava associada de forma estatisticamente relevante ($r > .3$), positiva e significativa ($p < .05$), com todos os domínios.

Tabela 3.8

Matriz de Correlações entre a Escala Total (EPBS) e os respectivos Factores

	1	2	3	4
1. EPEBS Total	-	.886***	.754***	.733***
2. EPEBS Factor 1		-	.510***	.461***
3. EPEBS Factor 2			-	.387***
4. EPEBS Factor 3				-

Nota. EPBS – Escala de Percepção do Envelhecimento Bem-Sucedido

*** $p < 0,001$; ** $p < 0,01$; * $p < 0,05$

No que concerne à análise descritiva da EPBS, verificamos que este apresenta uma média de $M = 48,57$ ($SD = 5,48$), a qual se situa acima do ponto médio deste instrumento, que é de 27,5.

De referir ainda, que não analisamos descritivamente os factores desta escala, pelos motivos anteriormente mencionados, ou seja, passamos a considerar somente o instrumento global sem factores ou subescalas.

3.2. Teste de Hipóteses

Tendo em conta as hipóteses formuladas anteriormente e que encontro vão de encontro aos objectivos do presente estudo, passamos agora a identificá-las de acordo com os resultados obtidos.

3.2.1. Variáveis sociodemográficas e envelhecimento bem-sucedido

Faremos agora a análise das variáveis sociodemográficas em relação ao envelhecimento bem-sucedido, onde encontramos apenas uma variável predictor- o género (vide tabela 3.9), esta relação dá-se de forma positiva, apresentando uma variância de 94%, e um coeficiente de determinação de $R^2 = .119$ com significância de $p < .05$.

Tabela 3.9

Análise da Regressão Múltipla, pelo Método Stepwise, do Envelhecimento Bem-Sucedido (Medida) com as Variáveis Sociodemográficas

Medida	Variável predictora	Passos	R^2		F	β	t
				Ajustado			
EBS	Género	1	.119	.094	.119	.345	2.172*

Nota. EBS – Envelhecimento bem-sucedido.

* $p < .05$; ** $p < .01$; *** $p < .001$

Como podemos observar na seguinte figura 3.1, das variáveis sociodemográficas apenas se encontra representada a relação encontrada com o envelhecimento bem-sucedido (EBS) - o género.

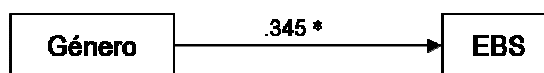


Figura 3.1. Diagrama das relações causais significativas entre as variáveis sociodemográficas e o envelhecimento bem-sucedido.

3.2.2. Variáveis sociodemográficas e qualidade de vida

Da análise das variáveis sociodemográficas, como predictoras, a qualidade de vida e seus domínios, encontramos as seguintes relações:

Das variáveis sociodemográficas, identificamos quatro (vide tabela 3.10), situação actual de saúde ($R^2 = .341$ e $p < .001$), número de assoalhadas na habitação ($R^2 = .455$ e $p < .05$), regime de tratamento ($R^2 = .533$ e $p < .05$) e a doença mais preocupante ($R^2 = .613$ e $p < .05$) esta de sentido negativo, que influenciam a qualidade de vida geral.

Tabela 3.10

Análise da Regressão Múltipla, pelo Método Stepwise, da Qualidade de Vida Geral (Medida) com as Variáveis Sociodemográficas

Medida	Variáveis predictoras	Passos	R^2		F	β	t
				Ajustado			
QVG	Situação actual de saúde	1	.341	.323	18,146	.584	4,26***
	Número de assoalhadas na habitação	2	.455	.423	14,220	.344	2,669*
	Regime de tratamento	3	.533	.491	12,567	.28	2,345*
	Doença mais preocupante	4	.613	.564	12,664	-.298	-2,565*

Nota. QVG – Qualidade de vida geral.

* $p < .05$; ** $p < .01$; *** $p < .001$

Seguidamente na figura 3.2 apresentamos o diagrama onde constam as variáveis

encontradas que influenciam a qualidade de vida geral (QVG).

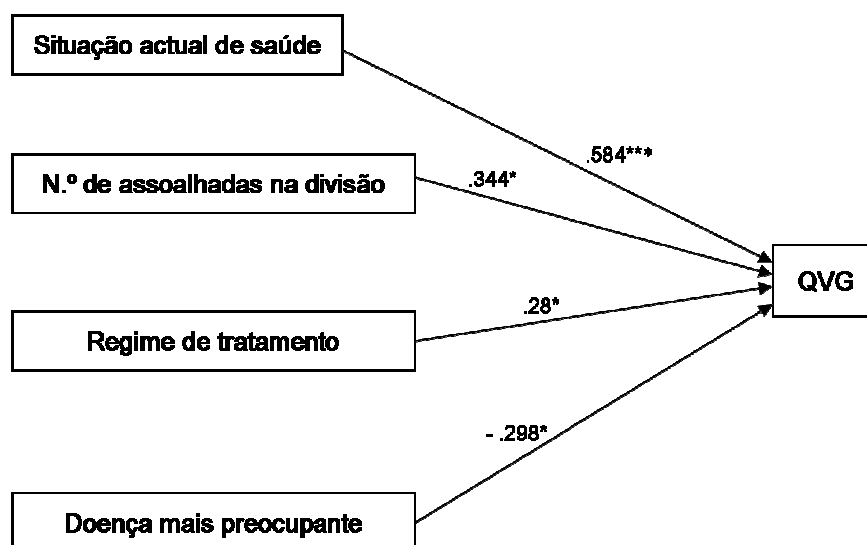


Figura 3.2. Diagrama das relações causais significativas entre as variáveis sociodemográficas e a qualidade de vida geral.

Em relação ao domínio físico da qualidade de vida, este influencia-se pelas variáveis: situação actual de saúde ($R^2=.271$ e $p <.01$) e local de habitação ($R^2=.397$ e $p <.05$). A variância de ambas sendo a mais alta de 36,2% correspondendo ao local de habitação e 25% a situação actual de saúde (vide tabela 3.11).

Tabela 3.11

Análise da Regressão Múltipla, pelo Método Stepwise, do Domínio Físico da Qualidade de Vida Geral (Medida) com as Variáveis Sociodemográficas

Medida	Variáveis predictoras	Passos	R^2		F	β	t
			R^2	Ajustado			
DFQV	Situação actual de saúde	1	.271	.250	13,029	.521	3,610**
	Local de habitação	2	.397	.362	11,201	.372	2,665*

Nota. DFQV – Domínio físico da qualidade de vida.

* $p <.05$; ** $p <.01$; *** $p <.001$

Na seguinte figura 3.3 podemos observar as variáveis sociodemográficas que influenciam o domínio físico da qualidade de vida (DFQV).

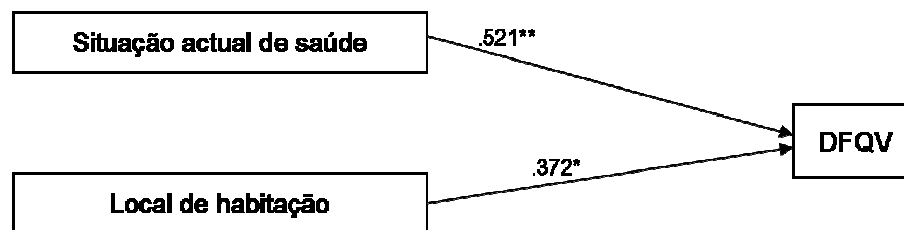


Figura 3.3. Diagrama das relações causais significativas entre as variáveis sociodemográficas e o domínio físico da qualidade de vida.

Na tabela 3.12 podemos identificar as variáveis sociodemográficas que influenciam o domínio psicológico da qualidade de vida, que são duas, situação actual de saúde ($R^2=.194$ e $p <.01$) e número de assoalhadas ($R^2=.344$ e $p <.01$). A variância do mais alto, número de assoalhadas com 30,6%, para o mais baixo, situação actual de saúde com 17,1%.

Tabela 3.12

Análise da Regressão Múltipla, pelo Método Stepwise, do Domínio Psicológico da Qualidade de Vida Geral (Medida) com as Variáveis Sociodemográficas

Medida	Variáveis predictoras	Passos	R^2		F	β	t
			R^2	Ajustado			
DPQV	Situação actual de saúde	1	.194	.171	8,413	.44	2,9**
	Número de assoalhadas na habitação	2	.344	.306	8,923	.395	2,793**

Nota. DPQV – Domínio Psicológico da qualidade de vida.

* $p <.05$; ** $p <.01$; *** $p <.001$

Na figura 3.4 podemos observar melhor a relação entre as variáveis predictoras encontradas através das relações causais e a variável de medida, o domínio psicológico da qualidade de vida (DPQV).

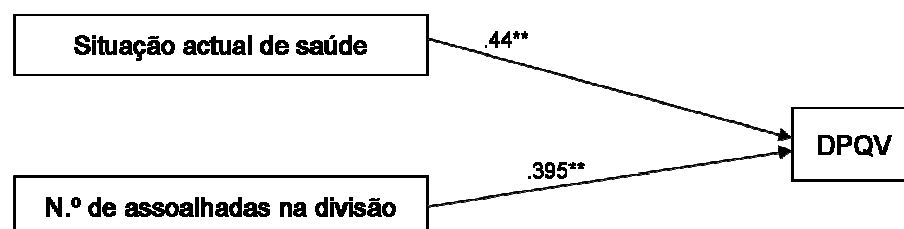


Figura 3.4. Diagrama das relações causais significativas entre as variáveis sociodemográficas e o domínio psicológico da qualidade de vida geral.

Para o domínio do meio ambiente da qualidade de vida, encontramos duas variáveis predictoras que o influenciam que são: pessoas com quem vive ($R^2=.165$ e $p <.05$) e local da

habitação ($R^2=.297$ e $p <.05$). A variância das predictoras nesta relação é de 25,6% para o local onde vive e 14,1% para as pessoas com quem vive (vide tabela 3.13).

Tabela 3.13

Análise da Regressão Múltipla, pelo Método Stepwise, do Domínio do Meio Ambiente da Qualidade de Vida Geral (Medida) com as Variáveis Sociodemográficas

Medida	Variáveis predictoras	Passos	R^2	R^2 Ajustado	F	β	t
DMAQV	Pessoas com quem vive	1	.165	.141	6,916	.406	2,630*
	Local de habitação	2	.297	.256	7,180	.364	2,526*

Nota. DMAQV – Domínio do meio ambiente da qualidade de vida.

* $p <.05$; ** $p <.01$; *** $p <.001$

Na figura 3.5 podemos identificar as variáveis sociodemográficas encontradas nas relações causais com o domínio do meio ambiente na qualidade de vida (DMAQV).

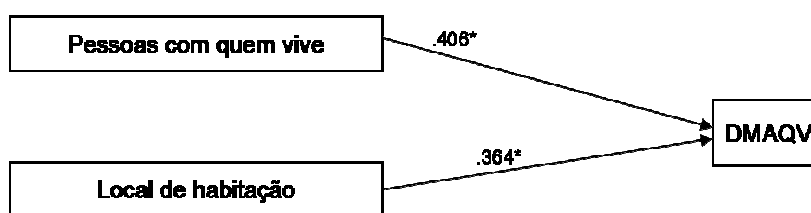


Figura 3.5. Diagrama das relações causais significativas entre as variáveis sociodemográficas e o domínio do meio ambiente da qualidade de vida geral.

Mencionamos ainda que não foram encontradas relações significativas ($p <.05$) entre as variáveis sociodemográficas e o domínio das relações sociais da qualidade de vida.

3.2.3. Envelhecimento bem-sucedido e qualidade de vida

No sentido de procurarmos avaliar a hipotética relação existente entre o envelhecimento bem-sucedido, como variável predictor, com a qualidade de vida geral, como medida, realizamos uma análise de tipo predictor-critério, através de equações de regressão simples.

Como podemos observar na seguinte tabela 3.14 existe relação entre o envelhecimento bem-sucedido e a qualidade de vida geral e os seus quatro domínios, embora os valores do coeficiente de correlação (r) com a qualidade de vida geral seja considerado de associação baixa ($.2 \geq r \leq .3$) e com os domínios seja considerado de associação moderada ($.4 \geq r \leq .69$) (Murcho, 2006) todos são muito significativos onde $p <.001$ (Pestana & Gageiro, 2008).

O envelhecimento bem-sucedido apresenta a maior relação com o domínio social ($r=.514$ e $p <.001$).

Tabela 3.14

Coefficientes Beta Estandarizados obtidos através de Equações de Regressão Simples, efectuadas entre a Qualidade de Vida Geral e as suas Dimensões (Medida) e o Envelhecimento Bem-Sucedido

Variável Predictora	Medidas				
	QVG	DF	DP	DS	DMA
EBS	.282***	.407***	.413***	.514***	.450***

Nota: EBS – Envelhecimento bem-sucedido; QVG – Qualidade de vida geral; DF – Domínio físico; DP – Domínio psicológico; DS – Domínio Social; DMA – Domínio do meio ambiente
 * $p < .05$; ** $p < .01$; *** $p < .001$

Na seguinte figura 3.6 podemos melhor visualizar as relações existentes entre o envelhecimento bem-sucedido e a qualidade de vida geral.

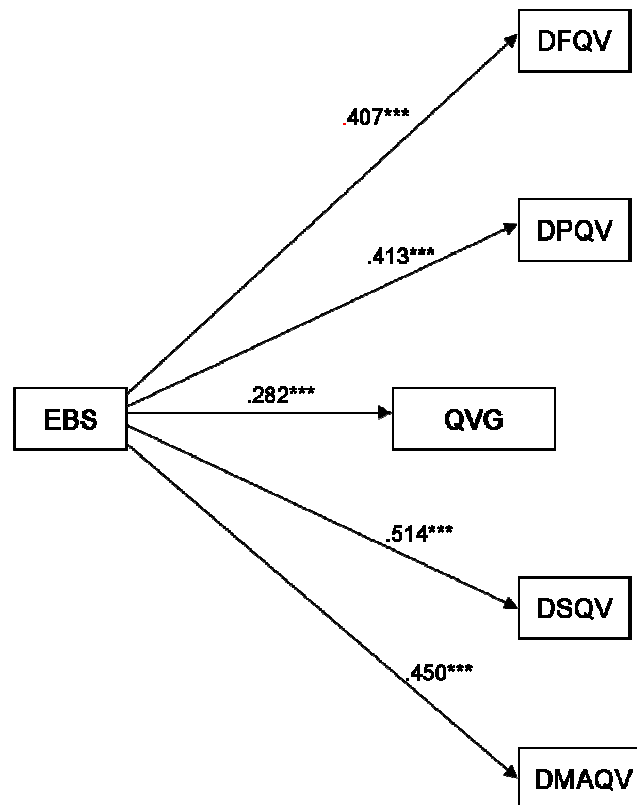


Figura 3.6. Diagrama das relações causais significativas entre o envelhecimento bem-sucedido e a qualidade de vida geral e os seus domínios: físico, psicológico, social e do meio ambiente.

Nota.: EBS- Envelhecimento Bem-Sucedido, DFQV- Domínio Físico da Qualidade de Vida, DPQV- Domínio Psicológico da Qualidade de Vida, QVG- Qualidade de Vida Geral, DMAQV- Domínio do Meio Ambiente da Qualidade de Vida e DSQV-Domínio Social da Qualidade de Vida.

3.3. Outras Relações Significativas entre as Variáveis

Na análise das outras relações significativas encontradas entre as variáveis em estudo, consideramos como relevantes aquelas cujos valores das correlações (r) se aproximavam de $r=.3$, pois como é mencionado na literatura consultada, as correlações (r) dos itens seleccionados devem ter um valor de $r \geq .3$, e tendo em conta a natureza do presente estudo, que é exploratório e descritivo, os valores que se apresentem próximo deste valor ($r \cong .3$) podem ser relevantes para o mesmo (Rackase 1984, cit. in Jesus, 1995; Pacheco, 2002).

Da leitura e análise da tabela seguinte (vide tabela 3.15) encontrámos as seguintes associações significativas entre as variáveis demográficas:

- Idade, apresentou correspondência com quatro outras variáveis de forma muito significativa onde $p < .001$, estado civil ($r = .269$), as outras três variáveis apresentaram uma relação negativa sendo habilitações literárias ($r = -.296$), situação laborar actual ($r = -.440$) e rendimento familiar mensal ($r = -.299$).

- Género, apresentou correspondência com apenas uma variável que corresponde a doença mais preocupante ($r=.341$ e $p < .05$).

- Estado civil, apresentou correspondência a mais duas outras variáveis, habilitações literárias ($r=-.280$ e $p < .01$) e tempo de doença ($r=-.305$ e $p < .05$) ambas negativas.

- Habilitações literárias, correspondência muito significativa com ambas ($p < .001$), relação negativa com profissão anterior ($r = -.618$) e relação positiva com rendimento familiar mensal ($r = .587$).

- Coabitação, ou pessoas com quem vive, encontrou uma relação negativa, muito significativa ($p < .001$) com rendimento familiar ($r = -.538$).

- Situação de saúde, encontrou uma relação muito significativa ($p < .001$) com regime de tratamento ($r = .567$).

- Problemas de saúde mais preocupantes, apresentou relação com regime de tratamento ($r = .309$ e $p < .05$).

- Rendimento familiar mensal, apresentou correspondência muito significativa ($p < .001$) com número de assoalhadas da habitação ($r = .272$).

Tabela 3.15

Correlações entre as Variáveis Sociodemográficas

Variáveis	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
1. Idade	-	-.011	.269***	-.296***	-.440***	.134	-.044	-.124	.006	-.058	-.232**	-.299***	-.122	-.173*	-.115
2. Género		-	.209**	-.118	.131	.173*	-.192*	.022	.341*	-.221	.034	-.106	.033	-.062	-.080
3. EC			-	-.280**	-.239**	.113	-.212**	.090	-.161	-.305*	-.050	-.249**	.104	-.092	-.062
4. HL				-	.130	-.618***	.133	.208**	-.055	.152	.130	.587***	-.062	.227**	.058
5. SLA					-	.152	.090	.010	.077	-.073	.190*	.012	.062	.182*	-.071
6. PA						-	-.079	-.216**	.112	.069	-.049	-.538***	.109	-.166*	-.098
7. PCQV							-	-.004	-.257	.155	-.048	.108	-.175*	.153*	.107
8. SAS								-	.054	-.167	.567***	.185*	.099	.039	.150
9. DMP									-	.272	.309*	-.052	.049	-.162	-.257
10. TD										-	.182	.186	.033	-.166	.030
11. RT											-	.132	.114	.148	.074
12. RFM												-	-.057	.272***	.152
13. EHP													-	-.117	.041
14. NAH														-	.006
15. LH															-

Nota. EC - Estado civil; HL - Habilitações literárias; SLA - Situação laboral actual; PA - Profissão anterior; PCQV - Pessoas com quem vive; SAS - Situação actual de saúde; DMP – Doença mais preocupante; TD - Tempo de doença; RT - Regime de tratamento; RFM - Rendimento familiar mensal; EHP - Existência de habitação própria; NAH - Número de assoalhadas da habitação; LH - Local de habitação.

* $p < .05$; ** $p < .01$; *** $p < .001$

Na correlação entre as variáveis sociodemográficas e o envelhecimento bem-sucedido como podemos verificar na seguinte tabela 3.16, apenas se encontrou correspondência significativa de $p < .01$, e que é relevante, entre uma variável sociodemográfica, a idade, que se correlaciona de forma negativa com o envelhecimento bem-sucedido ($r = .259$).

Tabela 3.16

Correlações entre as Variáveis Sociodemográficas e o Envelhecimento Bem-Sucedido

Variáveis	Envelhecimento Bem-Sucedido
Idade	-.259**
Género	.028
Estado Civil	-.017
Habilitações literárias	.137
Situação laboral actual	.051
Profissão anterior	-.161*
Coabitação	-.055
Situação de saúde	.127
Problemas de saúde mais preocupantes	-.110
Tempo de doença	-.216
Regime de tratamento existente	.125
Rendimento familiar mensal	.137
Existência de habitação própria	-.040
Número de assoalhadas da habitação	.091
Localização da habitação	.076

* $p < .05$; ** $p < .01$; *** $p < .001$

Quando analisamos os dados referentes à correlação entre as variáveis sociodemográficas e a qualidade de vida (vide tabela 3.17), encontramos as seguintes relações:

- A Idade, relaciona-se de forma negativa com qualidade de vida geral ($r = -.250$ e $p < .01$) e com o seu domínio físico ($r = -.305$ e $p < .001$).

- As Habilitações literárias, relacionam-se de forma positiva e muito significativa ($p < .001$) com a qualidade de vida geral ($r = .382$) e com o seu domínio físico ($r = .378$).

- Profissão anterior, todas as relações encontradas são negativas e muito significativas ($p < .001$), qualidade de vida geral ($r = -.328$), bem como com os seus domínios físico ($r = -.358$), psicológico ($r = -.283$) e do meio ambiente ($r = -.369$).

- Na Situação de saúde, todas as relações encontradas são positivas e muito significativas ($p < .001$), qualidade de vida geral ($r = .492$), e com o seus domínios físico ($r = .474$) e psicológico ($r = .273$).

- O Regime de tratamento, relaciona-se de forma positiva e muito significativa ($p < .001$), com qualidade de vida geral ($r = .403$) e com o seu domínio físico ($r = .369$).

- O Rendimento familiar mensal apresenta uma relação muito significativa ($p < .001$) com a qualidade de vida geral ($r = .364$), e com os seus domínios físico ($r = .396$), psicológico ($r = .318$), das relações sociais ($r = .298$) e do meio ambiente ($r = .382$), ou seja, quer com a qualidade de vida em geral como com todos os seus domínios.

- Número de assoalhadas da habitação, relaciona-se de forma muito significativa ($p < .001$) com qualidade de vida geral ($r = .337$), e com os seus domínios físico ($r = .286$) e do meio ambiente ($r = .289$).

Tabela 3.17

Correlações entre as Variáveis Sociodemográficas e a Qualidade de Vida

Variáveis	QVG	DFQV	DPQV	DRSQV	DMAQV
Idade	-.250**	-.305***	-.185*	-.191*	-.210**
Género	-.042	-.075	-.065	-.138	-.149
Estado Civil	-.092	-.112	-.196*	-.241**	-.139
Habilitações literárias	.382***	.378***	.228**	.175*	.325***
Situação laboral atual	.160*	.079	.039	.108	.048
Profissão anterior	-.328***	-.358***	-.283***	-.186*	-.369***
Pessoas com quem vive	.030	-.045	.018	.142	.075
Situação atual de saúde	.492***	.474***	.273***	.062	.249**
Doença mais preocupante	-.170	-.204	-.052	.147	-.090
Tempo de doença	-.194	-.223	-.135	-.058	-.108
Regime de tratamento	.403***	.369***	.179*	-.078	.129
Rendimento familiar mensal	.364***	.396***	.318***	.298***	.382***
Existência de habitação própria	-.100	-.111	-.097	-.129	-.172*
Número de assoalhadas da habitação	.337***	.286***	.176*	.130	.289***
Local da habitação	-.024	.109	.019	-.003	.101

Nota. QVG - Qualidade de vida geral; DFQV – Domínio Físico da qualidade de vida; DPQV – Domínio Psicológico da qualidade de vida; DRSQV – Domínio das relações sociais da qualidade de vida; DMAQV – Domínio do meio ambiente da qualidade de vida.

* $p < .05$; ** $p < .01$; *** $p < .001$

Ao analisar os dados da tabela 3.18 que corresponde á correlação entre o envelhecimento bem-sucedido e a qualidade de vida podemos verificar que existe uma relação positiva e muito significativa ($p < .001$) entre esta primeira variável com a qualidade de vida geral ($r = .282$), e com os seus domínios das relações sociais ($r = .350$) e do meio ambiente ($r = .282$).

Tabela 3.18

Correlações entre o Envelhecimento Bem-Sucedido e a Qualidade de Vida

Variáveis	Envelhecimento Bem-Sucedido
Qualidade de vida geral	.282***
Domínio Físico	.191*
Domínio Psicológico	.163*
Domínio das relações sociais	.350***
Domínio do meio ambiente	.282***

* $p < .05$; ** $p < .01$; *** $p < .001$

DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Após a apresentação dos resultados propomo-nos dar respostas às nossas questões de investigação, comparar os resultados obtidos com as hipóteses formuladas e reunir informação que vá de encontro aos objectivos do nosso estudo.

A discussão dos nossos resultados permite, antes de mais, compreender os dados recolhidos no trabalho de campo e estabelecer ligação com as conceptualizações de índole teórica que deram suporte à nossa investigação.

Em relação aos resultados obtidos relativamente à caracterização sociodemográfica da população podemos verificar que estão de acordo com a bibliografia consultada nos aspectos relativos ao género, idade e estado civil (WHO, 2011; Ribeiro & Paúl, 2011; Nazareth, 2009).

Podemos apurar nomeadamente à caracterização sociodemográfica da população estudada que a amostra ($n = 165$) é maioritariamente constituída por indivíduos do género feminino (70%) com uma grande amplitude de idades que variam entre 54 e 94 anos, onde a média de idades se situa nos 67,5 anos ($SD = 6,98$ anos).

Os resultados anteriores em relação à diferença de géneros estão de acordo com a tendência actual já que a esperança média de vida é superior para as mulheres (Nunes, 2008; WHO, 2011). Relativamente à grande heterogeneidade de idades, a idade cronológica não é o único marco para diferenciar os idosos dos outros, pois existem muitos aspectos relacionados com o processo de envelhecimento, sendo este caracterizado pelo seu carácter multidimensional (Nunes, 2008; Oliveira, 2010).

Embora a maioria dos inquiridos possam ser considerados idosos jovens existem alguns de meia-idade, daí o facto de o grande grupo ser constituído por casados e viverem com os conjugues, mas também existe um grande grupo, os que já perderam o seu par, os viúvos, estes vivem sozinhos ou com familiares cerca de 30,9% da amostra, o que se pode depreender pela diferença de géneros referida anteriormente, amostra constituída maioritariamente por mulheres, adicionado o facto de os indivíduos quererem manter-se nas suas casas o mais tempo possível sem ter de depender de outros (Straub, 2005).

A maioria dos participantes têm escolaridade entre o 1º e o 4º ano (52,7%), o resto dos inquiridos distribuem-se nos vários níveis de escolaridade passando pelos graus académicos e existe um pequeno grupo que não sabe nem escrever. Uma grande variedade de respostas também foi encontrada quanto ao rendimento familiar mensal, a grande percentagem vive com uma mensalidade acima do ordenado mínimo nacional, (57,8%) mas é importante referir que a menor

percentagem de 10,3% corresponde aos inquiridos que vivem com menos de € 209 por mês.

A maioria dos indivíduos (84,8%) não se encontra actualmente doente, mas quando questionamos sobre a doença que mais os afecta ou que interfere no seu dia-a-dia e nas actividades do quotidiano temos apenas um total de 43 respostas ($n = 165$), o processo de envelhecimento é encarado de diferentes formas e quando é vivenciado satisfatoriamente os idosos encaram as alterações físicas sem grande problema (Straub 2005, Ribeiro & Paúl, 2011).

Os idosos identificam em primeiro lugar os problemas osteo-articulares, segue-se o grupo dos indivíduos que referirem ter doença cardíaca ou enfarte miocárdio ($f = 8$), além das alterações na aparência do individuo que são as primeiras a serem identificadas, estes referem-se á diferença sentida na capacidade física, o que lhes torna mais difícil no desempenhar das suas AVD's (Nunes, 2008).

Encontra-se uma diferença nas respostas entre os actuais doentes ($f = 25$) e nos portadores de doença ($n = 43$) podemos interpretar que embora os inquiridos sejam portadores de uma doença que os preocupa não se consideram actualmente doentes, possivelmente por esta estar controlada ou por aceitarem como parte do declínio das suas capacidades no processo de envelhecimento. Todos os actualmente doentes têm acompanhamento médico e mais alguns que estão a ser acompanhados regularmente pelo médico.

Em relação à localização da habitação as respostas foram muito próximas, embora a maioria dos inquiridos viva na zona urbana (57%) os restantes vivem na zona rural (42%). A maioria tem habitação própria (88,5 %), sendo o grupo menos representativo o dos indivíduos que têm habitação arrendada. De referir que o número médio de assoalhadas por habitação referido pelos participantes de este estudo é de quatro assoalhadas ($M = 4$, $SD = 1,22$).

Quanto às escalas que usamos neste estudo, tendo sido cumpridos os critérios de Tinsley e Tinsley (1987, cit. em Pacheco, 2002) para a globalidade das escalas, assim podemos generalizar os resultados obtidos para a população estudada salvo devidas ressalvas resultado da amostra ser de conveniência (Pacheco, 2002; Murcho, 2006).

As escalas utilizadas no instrumento de pesquisa que mencionamos anteriormente são: a versão reduzida do Questionário de Qualidade de Vida (WHOQOL – Bref, adaptada para Portugal por adaptada por Vaz Serra et al. (2006), e a Escala de Percepção do Envelhecimento Bem-Sucedido (EPEBS, por nós desenvolvida para este estudo).

No que respeita ao primeiro instrumento, a WOQOL-Bref, todos os valores médios obtidos estão acima comparativamente aos pontos médios da mesma escala, mas o domínio social apresentou a média mais elevada e o domínio físico a média mais baixa, ou seja, os inquiridos

apresentam uma qualidade de vida acima do ponto médio da escala, com um bom domínio social mas com um razoável (mas ainda da média) do domínio físico, possivelmente influenciando capacidade funcional.

Já relativamente à EPBS concluímos após os testes de validação estatística que a mesma deveria ser utilizada como um todo, considerando os valores de consistência interna que encontramos quer para a escala total ($\alpha = .851$) como para os seus factores (respectivamente factor 1 - $\alpha = .850$, factor 2 - $\alpha = .695$ e factor 3 - $\alpha = .583$), sendo constituída por 11 itens.

Ainda no que concerne a este último instrumento, a EPBS, o valor médio obtido foi alto, sendo que o valor médio da escala obtido é de 48,57 (entre o mínimo de 11 e o máximo de 55 valores). Então podemos dizer que a população estudada apresentou resultados de um processo de envelhecimento bem-sucedido.

Relativamente às hipóteses que formulamos para este estudo, os testes estatísticos realizados permitiram-nos chegar às seguintes conclusões:

- **H₁** – As variáveis sociodemográficas têm influência no envelhecimento bem-sucedido.

Em relação à primeira hipótese encontramos uma relação positiva que é significativa entre o género e o envelhecimento bem-sucedido ($\beta = .345$, $p < .05$), o que nos leva a inferir que as mulheres tendem a apresentar uma percepção de maior sucesso do seu envelhecimento.

Este facto vai de encontro à literatura consultada que nos indica que actualmente em Portugal existe uma esperança média de vida com diferença de géneros, privilegiando as mulheres em alguns anos de vida a mais que os homens (WHO, 2011). O processo de envelhecimento traz toda a carga vivenciada nos anos anteriores, antes os comportamentos mais arriscados eram desempenhados e como tal apontados como grandes responsáveis pela mortalidade masculina, mas hoje sabe-se que existem mais do que os aspectos comportamentais para identificar como causa dessa longevidade, existirão sempre eventuais diferenças genéticas entre os dois géneros que tornem as mulheres mais passíveis de viver mais tempo (Nunes, 2008). Ainda a apontar a responsabilidade que cada um de nós tem na prevenção de um envelhecimento bem-sucedido, praticando estilos de vida saudável.

Assim podemos dizer que confirmamos esta hipótese, de que o envelhecimento bem-sucedido é influenciado pelas variáveis sociodemográficas.

- **H₂** – As variáveis sociodemográficas têm influência na qualidade de vida.

Da análise efectuada para a segunda hipótese formulada, com as variáveis sociodemográficas e a qualidade de vida e seus domínios, podemos dizer que as variáveis que

encontraram relação com a qualidade de vida geral foram a situação actual de saúde ($\beta = .584$ e $p < .001$), número de assoalhadas na habitação ($\beta = .344$ e $p < .05$), regime de tratamento ($\beta = .28$ e $p < .05$) e doença mais preocupante ($\beta = -.298$ e $p < .05$), esta de sentido negativo.

A variável que apresenta maior significância é a situação actual de saúde, como podemos verificar pela bibliografia consultada, os idosos associam fortemente não estar doente a ter qualidade de vida. Privilegiam a sua autonomia e independência, recorrendo muitas vezes a apoios psicossociais (exercícios físicos) promovendo a sua a manutenção da autonomia física, psicológica e social, o maior tempo possível (OMS, 2002,2005; Ribeiro & Paúl, 2011). Tendo em conta que existe uma preocupação sobre uma doença no inquirido a sua atenção foca-se nesta fazendo reduzindo a qualidade de vida geral, daí existir uma relação positiva com o regime de tratamento.

Quanto à relação com os domínios, a situação actual de saúde ($\beta = .512$ e $p < .01$) e o local de habitação ($\beta = .372$ e $p < .05$) interferem no domínio físico da qualidade de vida, ou seja, o facto dos idosos não estarem doentes dá-lhes qualidade de vida física, podendo desempenhar melhor as suas funções do quotidiano, contribuindo para um processo de envelhecimento produtivo junto da sociedade, realizando as suas tarefas e tendo um papel activo na sociedade e na família (OMS, 2002, Ministério da Saúde, 2004).

Quanto ao local de habitação, os nossos resultados identificam-se com os autores referidos anteriormente, que diferenciam o envelhecimento no meio rural e no meio urbano, onde indicam que viver no meio rural é mais saudável mas que com os idosos trás menos qualidade de vida (Sequeira & Silva, 2002).

O número de assoalhadas ($\beta = .395$ e $p < .01$) e a situação actual de saúde ($\beta = .44$ e $p < .01$) interferem no domínio psicológico, o processo de envelhecimento trás modificações que se manifestam a todos os níveis; o não estar actualmente doente torna-se um marco importante psicologicamente, sendo que a vida do individuo não se encontra tão condicionada fazendo com que este seja mais positivo nas suas atitudes e organização da sua vida diária, desmistificando a ideia de que envelhecimento não é sinónimo de doença. O facto de o idoso estar mais activo na sociedade e em contacto com os demais faz com que o domínio psicológico esteja mais estimulado (Ribeiro & Paúl, 2011).

O local onde se vive ($\beta = .364$ e $p < .05$) e as pessoas com quem se vive ($\beta = .406$ e $p < .05$) influenciam o domínio do meio ambiente, de forma positiva. Estes dados vão de encontro com o que se referiu anteriormente na parte teórica, sendo que o facto de se viver em meio rural ou meio urbano todos devem ter direito às mesmas oportunidades de saúde, participação e segurança, embora alguns autores defendam que o meio urbano oferece mais qualidade de vida aos idosos

devido dar respostas mais prontas e acessíveis a vários aspectos como os cuidados de saúde, meios de transporte, informação e possibilidade de participação em actividades de recreio (Sequeira & Silva, 2002).

Quanto às pessoas com quem vive, como foi referido anteriormente a maioria vive com o conjugue o que vai de encontro com o facto de a maioria dos inquiridos serem considerados idosos menos velhos (ou mais jovens), o que faz com que ainda tenham muito anos mais para vivenciar e consequentemente passar pela perda do seu par.

Apesar de não termos encontrado relações significativas entre as variáveis sociodemográficas com o domínio das relações sociais da qualidade de vida, estes resultados levam-nos a dizer que confirmamos esta hipótese de que as variáveis sociodemográficas influenciam a qualidade de vida.

- **H₃** – O envelhecimento bem-sucedido influencia a qualidade de vida.

Quanto à relação entre as variáveis Envelhecimento Bem-Sucedido e Qualidade de Vida podemos inferir que o envelhecimento bem-sucedido tem influência na qualidade de vida do individuo, apesar da relação não ser muito forte em termos estatísticos esta é muito significativa, ou seja, através dos resultados obtidos podemos constatar que existe uma forte dependência entre as duas variáveis, podendo dizermos que confirmamos este hipótese.

Assim verificamos que o envelhecimento bem-sucedido influencia quer a qualidade de vida no seu todo ($\beta = .282$ e $p < .001$), como nos seus diversos domínios que são, como já mencionamos o domínio físico ($\beta = .407$ e $p < .001$), o domínio psicológico ($\beta = .413$ e $p < .001$), o domínio social ($\beta = .514$ e $p < .001$) e o domínio do meio ambiente ($\beta = .450$ e $p < .001$).

Resumindo o que foi mencionado relativamente aos testes de hipóteses verificamos então que o envelhecimento bem-sucedido tem influencia na qualidade de vida geral e em todos os seus dominios; a qualidade de vida é influenciada por várias variáveis sociodemográficas, onde a mais influente é a situação actual de saúde e existe apenas uma variável sociodemográfica que influencia o envelhecimento bem-sucedido que é o género.

Assim, apresentamos uma representação gráfica que nos permite ilustrar um modelo resumido das relações entre as variáveis em estudo que nos propusemos no início desta pesquisa, em função das hipóteses formuladas e que é o seguinte (vide figura 4.1):

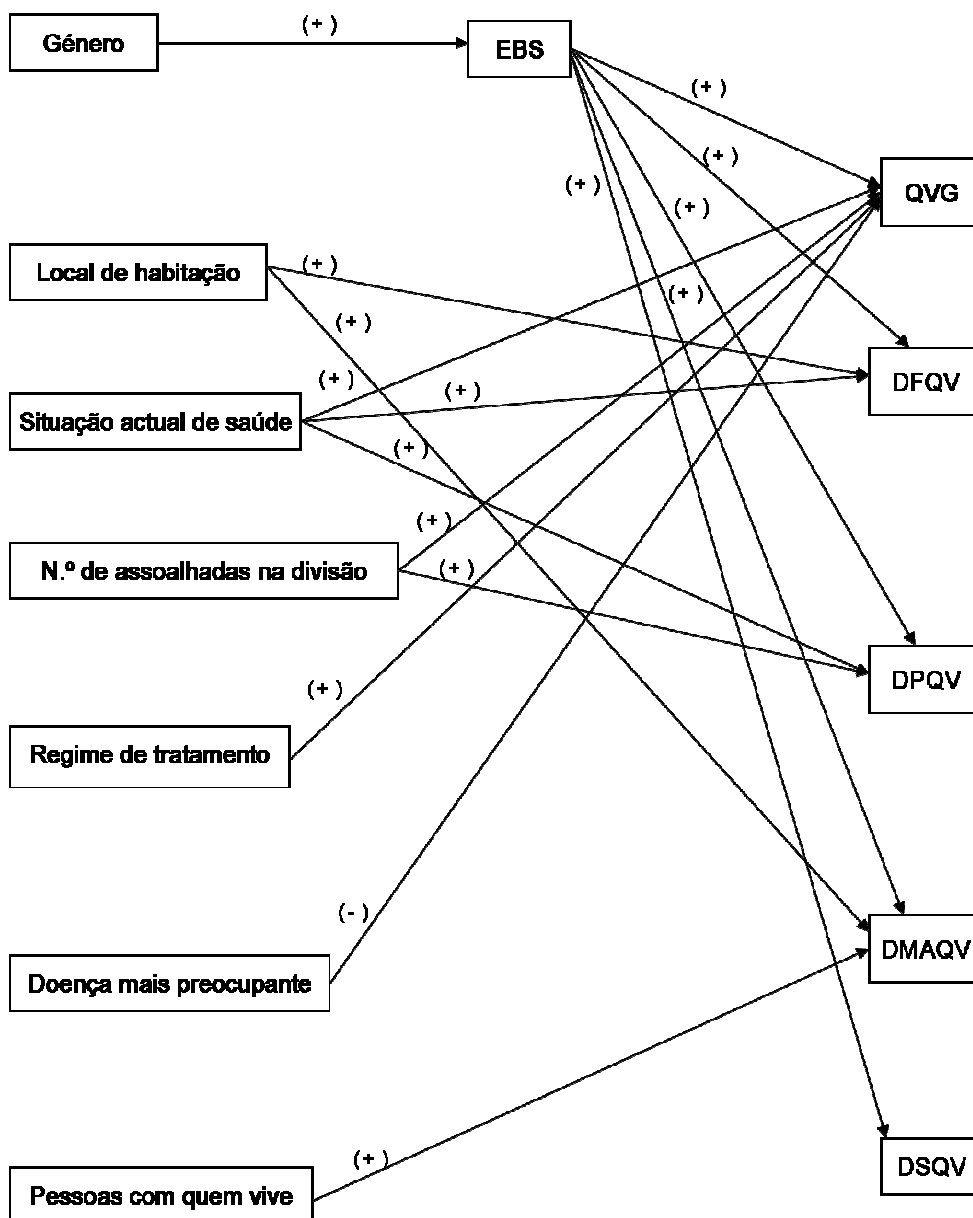


Figura 4.1. Representação gráfica do modelo em estudo de acordo com os resultados significativos obtidos.

Nota. EBS - Envelhecimento Bem-Sucedido, QVG- Qualidade de Vida Geral, DFQV- Domínio Físico da Qualidade de Vida, DPQV - Domínio psicológico da Qualidade de Vida, DMAQV - Domínio do Meio Ambiente da Qualidade de Vida e DSQV - Domínio Social da Qualidade de Vida

Tendo em conta os objectivos que nos propusemos ao início deste estudo, pensamos poder ser importante conhecer a existência de outras associações entre as variáveis que pudessem ser significativas e relevantes, tendo encontrado as seguintes correlações abaixo descritas.

Assim, em relação às variáveis sociodemográficas verificamos que a idade apresenta de forma muito significativa correspondência com o estado civil ($r = .269$ e $p < .001$), através de uma relação

positiva, sabendo-se que quanto mais velho se é maior é a probabilidade de perder o par, embora com o rendimento familiar mensal apresente uma relação negativa ($r = -.299$ e $p < .001$), ou seja o rendimento familiar pode não conseguir fazer frente às necessidades acrescidas com a idade.

O estado civil apresentou relação negativa com o tempo de doença ($r = -.305$ e $p < .05$), ou seja, existe uma tendência para que sejam as pessoas que estão casadas ou vivem juntas que apresentem um maior tempo de doença, e ao contrário são as pessoas viúvas ou solteiras que tendem a referir que estão doentes há menos tempo.

As habilitações literárias relacionam-se de forma positiva com o rendimento familiar mensal ($r = .587$ e $p < .001$), ou seja quanto mais instruídos mais oportunidades de melhores remunerações, embora as habilitações apresentem uma relação negativa com a profissão anterior ($r = -.618$ e $p < .001$).

Quanto às pessoas com quem vive, encontramos uma relação negativa, que é apesar de ser fracamente moderada muito significativa com rendimento familiar ($r = -.257$ e $p < .001$), o que nos leva a inferir que os idosos com menores rendimentos familiares são aqueles que tendem mais a viver com outros familiares.

A situação de saúde e o problema de saúde mais preocupante, ambas encontraram relação com o regime de tratamento (sendo os resultados das correlações apuradas respectivamente de $r = .567$ com $p < .001$ para a situação de saúde e de $r = .309$ com $p < .05$, para o problema de saúde mais preocupante), o que se compreende pelo facto de ambas dependerem do facto de estarem com acompanhamento médico.

O rendimento familiar mensal apresentou correspondência com o número de assoalhadas da habitação ($r = .272$ e $p < .001$), ou seja quanto maior o rendimento familiar mensal maior oportunidades de se viver numa habitação com mais assoalhadas.

Em relação às variáveis sociodemográficas e o envelhecimento bem-sucedido, a única correlação encontrada foi em relação à idade, de forma negativa ($r = -.259$ e $p < .01$), ou seja, quanto maior a idade menor a percepção de um envelhecimento bom e saudável.

Em relação às variáveis sociodemográficas e a qualidade de vida, encontramos as seguintes relações observamos que a idade se relaciona de forma negativa com qualidade de vida geral ($r = -.50$ e $p < .01$) e com o domínio físico da qualidade de vida ($r = -.305$ e $p < .001$), tendo em conta a bibliografia consultada anteriormente (Ministério da Saúde, 2004; Starub, 2005; Ribeiro & Paúl, 2011) podemos afirmar que com o avançar da idade existem perdas inevitáveis e irreversíveis que vão condicionando o indivíduo nas suas tarefas diárias, sendo que este necessita de uma adaptação a tais alterações, no domínio físico tornam-se evidentes levando a uma conseqüente diminuição na

qualidade de vida geral.

No que se concerne às habilitações literárias observamos que esta variável se relaciona de forma positiva e muito significativa ($p < .001$) com a qualidade de vida geral ($r = .382$) e com o domínio físico da qualidade de vida ($r = .378$), o que nos leva a inferir deste aspeto que os participantes neste estudo com maior nível de habilitações literárias serão aqueles que terão também um maior nível de qualidade de vida, seja em termos gerais, como no seu domínio físico.

Em relação à profissão anterior, encontramos correlações que são negativas e muito significativas ($p < .001$), com a qualidade de vida em geral ($r = -.328$), e os seus domínios físico ($r = -.358$), psicológico ($r = -.283$) e do meio ambiente ($r = -.369$).

Relativamente à situação de saúde, as relações encontradas são positivas e muito significativas ($p < .001$), para a qualidade de vida geral ($r = .492$), e para os seus domínios físico ($r = .474$) e psicológico ($r = .273$), considerando o que já se disse anteriormente, ou seja, a situação de saúde é dos aspectos mais preponderantes na qualidade de vida, e a saúde física tem interferência na saúde psicológica.

O regime de tratamento, relaciona-se de forma positiva e muito significativa ($p < .001$), com qualidade de vida em geral ($r = .403$) e com o seu domínio físico ($r = .369$), o que nos leva a inferir que as pessoas de este estudo que não se encontram em tratamento apresentam uma maior qualidade de vida seja em termos gerais, como a nível físico.

Por outro lado, verificamos que o rendimento familiar mensal apresenta uma relação muito significativa ($p < .001$) com todas as variáveis da qualidade de vida, (i.e, para a qualidade de vida geral, $r = .364$; e para os seus domínios físico, $r = .396$, psicológico, $r = .318$, social, $r = .298$, e do meio ambiente, $r = .382$), o que nos leva a inferir que quanto maior o rendimento familiar mensal mais qualidade de vida e conseqüentemente todos os seus domínios são afectados de forma positiva.

Finalmente, observamos que o número de assoalhadas na habitação se correlaciona de forma muito significativa ($p < .001$) com qualidade de vida geral ($r = .337$), e com os seus domínios físico ($r = .286$) e do meio ambiente ($r = .289$), o que nos leva a inferir a este respeito que as pessoas que residem em casas com mais assoalhadas, tendem a apresentar uma maior nível na sua qualidade de vida seja em termos gerais, como ao nível físico e do meio ambiente.

De referirmos que esta correlação pode ter ainda relação com o que já mencionamos anteriormente relativamente ao facto das pessoas com maior rendimento mensal viverem em casas com mais assoalhadas e de as pessoas cuja renda mensal é maior apresentarem uma tendência a ter uma maior qualidade de vida em todos os seus domínios.

CONCLUSÕES E IMPLICAÇÕES

Considerando os resultados obtidos anteriormente podemos concluir que os nossos objectivos neste estudo foram alcançados. Com a realização deste trabalho e através dos resultados obtidos podemos verificar que a amostra em estudo tem uma boa percepção de um envelhecimento com sucesso.

Considerando a revisão da literatura efectuada, embora sem termos encontrado um consenso por parte dos autores da definição de envelhecimento bem-sucedido, o que é mencionado pelos autores consultados vai de encontro ao facto de termos entendido o processo de envelhecimento positivo como sendo um envelhecimento que é activo, produtivo, e caracterizado pela ausência de doença em que o idoso se mantém funcional nas suas actividades quotidianas (WHO, 2002; Guimarães et al., 2004; Rabacow et al., 2006; Alencar et al., 2011).

Ou seja, para nós, o envelhecimento bem-sucedido engloba, para além dos factores biológicos, socioculturais e económicos subjacentes, a capacidade funcional destas pessoas, pelo que não pode ser dissociado do mesmo.

Em relação à pretensão do estudo em responder às questões de investigação e testar as hipóteses formuladas, estas foram confirmadas, pelo que podemos dizer o seguinte:

- Através das relações causais verificamos que as relações existentes entre as variáveis sociodemográficas e o envelhecimento bem-sucedido são relativas apenas ao género, o que vai de encontro à bibliografia sobre o tema, onde se identifica uma esperança média de vida com diferença de géneros, privilegiando as mulheres em alguns anos de vida a mais que os homens.

O que também pode ser explicado pelo facto de após a reforma, a mulher continuar a realizar as tarefas domésticas, uma forma de manter a sua capacidade funcional estável, e o homem ter uma redução de estímulo na actividade física diária.

- No que se concerne à relação entre as variáveis sociodemográficas com a qualidade de vida e os seus domínios, observamos que o estado actual de saúde dirigindo-se à capacidade funcional é o que mais influência tem no processo de envelhecimento com qualidade, embora também se encontre relação com a doença que mais o preocupa, o regime de tratamento e número de assoalhadas da habitação.

- Quanto à influência que o envelhecimento bem-sucedido tem sobre a qualidade de vida e os seus domínios, podemos dizer que esta apresenta uma relação muito significativa com todas as variáveis de medida, destacando a associação estabelecida com o domínio social.

Os resultados apresentados anteriormente vão de encontro a outros estudos já realizados, referidos na fundamentação teórica, embora os resultados obtidos no instrumento utilizado e comparando com os pontos médios das escalas, tenham sido muito acima destes, o que pode estar relacionado com a amostra em estudo, por se tratar de indivíduos que se preocupem com o seu processo de envelhecimento, tentando promover e manter a sua capacidade funcional a qual é fundamental para a sua saúde física, psicológica e social, através da frequência das aulas (OMS, 2002; Alencar, 2011; Ribeiro e Paúl, 2011).

Gostaríamos ainda de mencionar o facto de este estudo nos poder abrir caminhos para mais pesquisas no sentido do envelhecimento bem-sucedido.

Afinal, o envelhecimento demográfico traz consigo grandes preocupações mas que desde já se pode direccionar a ideia para um envelhecimento bem-sucedido que vá de encontro a um envelhecimento com sucesso, que são alternativas possíveis à perspectiva de envelhecimento associado à dependência, à doença, à incapacidade e à depressão.

Neste sentido, perspectivamos a necessidade de se alargar o âmbito de este estudo, eventualmente com o recurso a outras metodologias de investigação, inclusive de tipo experimental, por exemplo com a utilização de casos-controlo, bem como com outro tipo de abordagem amostral, designadamente de tipo aleatório, no sentido não só de validarmos as conclusões do presente estudo, como também de trazermos novos dados ao mesmo.

Até porque, sabendo que no futuro se prevê um aumento do número de idosos, se os resultados de este ou de outro tipo de estudos, possibilitarem a existência de um maior e melhor conhecimento sobre esta etapa da vida, poderemos proporcionar a estas pessoas, das quais nós próprios faremos parte daqui a alguns anos, uma melhor qualidade de vida e concomitantemente uma sociedade mais próspera e feliz.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Alencar, N., Ferreira, M., Vale, R. & Dantas, E. (2011). Nível de Actividade Física em mulheres idosas. *Revista Brasileira de Promoção da Saúde*, 24(3), 251-257.
- Alves, M. J., Ribeiro, L. C., Milane, J. L., Almeida, A. M. (2008). *Perfil da capacidade funcional do idoso*. Caxambu: XVI Encontro Nacional de Estudos Populacionais. Consultado em: http://www.abep.nepo.unicamp.br/encontro2008/docspdf/ABEP2008_1534.pdf.
- Comissão Europeia (2012). *Comunicação da comissão ao parlamento europeu e ao conselho-concretizar o Plano de Execução Estratégica da Parceria Europeia de Inovação para um Envelhecimento Ativo e Saudável*. Bruxelas: autor.
- Cupertino, A. P., Rosa, F. H. & Ribeiro, P. C. (2007). Definição de Envelhecimento Saudável na Perspectiva de Indivíduos Idosos. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 20(1), 81- 86.
- Fernandes, P. (2002). *A depressão no idoso- estudo da relação entre factores pessoais e situacionais e manifestações de depressão* (2ª ed.). Coimbra: Quarteto editora.
- Fiedler, M. M. & Peres, K. G. (2008). Capacidade funcional e factores associados em idosos do sul de Brasil: um estudo de base populacional. *Caderno Saúde Pública*, 24(2), 409-415.
- Firmino, H. (2006). *Psicogeriatría*. Coimbra: Psiquiatria Clínica.
- Fleck, M. P. A., Louzada, S., Xavier, M., Chachamovich, E., Vieira, G., Santos, L., & Pinzon, V. (2000). Aplicação da versão em português do instrumento abreviado de avaliação da qualidade de vida "WHOQOL-Bref". *Revista de Saúde Pública*, 34(2), 178-183. doi: 10.1590/S0034-89102000000200012.
- Fonatine, R. (2000). *Aspectos psicológicos - envelhecimento*. Lisboa: Climepsi Editores.
- Fonseca, A. M. (2006). *O Envelhecimento: uma abordagem psicológica*. Lisboa: Universidade Católica editora.
- Franchi, K. M., Monteiro, L. Z., Almeida, S. B., Pinheiro, M. H., Medeiros, A. I., Montenegro, R. M., & Júnior, R. M. (2008). Capacidade funcional e actividade física de idosos com diabetes tipo 2. *Revista Brasileira de Actividade Física & Saúde*, 13(3), 158-166.
- Guimarães, L. H., Galdino, D. C., Martins, F. L., Abreu, S. R., Lima, M., & Vitorino, D. F. (2004). Avaliação da capacidade funcional de idoso em tratamento fisioterapêutico. *Revista Neurociências*, 12: 3.
- Hill, M. M., & Hill, A. (2009). *Investigação por questionário* (2ª. Edição). Lisboa: Edições Silabo.
- Instituto Nacional de Estatística, IP (2002). *Censos 2001: Resultados Definitivos*. Lisboa: autor.
- Jesus, S. N. (1995). *A motivação para a profissão docente – contributo para a clarificação de situações de mal-estar e para a formação de estratégias de formação de professores*. Tese de Doutoramento, Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação, Universidade de Coimbra, Coimbra.
- Koltin, K.,F. (2001).The association between physical activity and quality of life in older women. *Womens Health Issues*, 11(6), 471-80.
- Lee, Y. (2000). The predictive value of self assessed general, physical, and mental health on functional decline and mortality in older adults. *Journal of Epidemiologie Community Health*, 54((2), 123-129.
- Maroco, J. (2003). *Análise estatística com utilização do SPSS* (2ª Edição). Lisboa: Edição Silabo.
- Martins, G. B., & Medeiros, F. D. (2006). Avaliação da capacidade funcional dos idosos institucionalizados e não institucionalizados. Tubarão: Universidade do Sul de Santa Catarina.
- Martins, R. M., & Rodrigues, M. L. (2004). Estereótipos sobre idosos: uma representação social gerontofóbica. *Millenium*, 29, 249-254.
- Matsudo, S. M. M. (2000). *Avaliação do idoso: física e funcional*. Londrina: Midiograf.
- Ministério da Saúde – Direcção-Geral da Saúde (2004). *Programa Nacional para a Saúde das*

- Pessoas Idosas*. Lisboa: autor.
- Motta, A. B. (1999). As dimensões de género e classe social na análise do envelhecimento. *Cadernos Pagu*, 13, 191-221.
- Moura, C. (2012). *Processos e estratégias do envelhecimento - intervenção para um envelhecimento activo*. Porto: Edições Euedito.
- Nazareth, J. M. (2009). *Crescer e Envelhecer- Constrangimentos e Oportunidades do Envelhecimento*. Lisboa: Editorial Presença.
- Netto, F., L. de M. (2004). Aspectos biológicos do envelhecimento humano e suas complicações na saúde do idoso. *Pensar a Prática*, 7, 75-84.
- Nunes, N. (2008). *Envelhecer com Saúde: Guia para melhorar a sua saúde física e psíquica*. Lisboa: Lidel.
- Oliveira, B. (2010). *Psicologia do Envelhecimento e do Idoso*. Porto: Livpsic.
- Oscar, R. & Paúl, C. (2011). *Manual de Envelhecimento Activo*. Lisboa: Lidel.
- Osório, A. R., & Pinto, F. C. (2007). *As pessoas idosas- Contexto Social e Investigação Educativa*. Lisboa: Instituto Piaget.
- Pacheco, J. E. P. (2002). *Stress e Coping nos estudantes do Ensino Básico*. Dissertação de Mestrado, Faculdade de Ciências Humanas e Sociais, Faro, Universidade do Algarve.
- Pais-Ribeiro, J. L. (2010). *Metodologia de investigação em psicologia e saúde* (3.^a ed.). Porto: Legis Editora.
- Paúl, C. & Ribeiro, O. (2012). *Manual de Gerontologia*. Lisboa: Lidel.
- Paúl, C. (2005). *Envelhecimento Activo e Redes de Suporte Social*, Porto: Faculdade de Letras da Universidade do Porto
- Paúl, C., & Fonseca, A. M. (2005). *Envelhecer em Portugal - Psicologia, saúde e prestação de cuidados*. Lisboa: Climepsi Editores.
- Pestana, M. H., & Gageiro, J. N. (2008). *Análise de dados para Ciências Sociais – A complementaridade do SPSS* (5.^a ed.). Lisboa: Edições Silabo.
- Polit, D. F., Beck, C. T., & Hungler, B. P. (2001). *Essentials of nursing research - Methods, appraisal and utilization* (5.^a ed.). Philadelphia: Lippincott.
- Rabacow, F., Gomes, M., Marques, P., & Benedetti, T. (2006). Questionário de medidas de actividade física em idosos. *Revista Brasileira de Cineantropometria & Desempenho Humano*, 8(4), 99-106.
- Reis, F. (2010). *Como Elaborar uma Dissertação de Mestrado*. Lisboa: Pactor - Edições de Ciências Sociais e Política Contemporânea.
- Ribeiro, A. P. F. (2007). *Imagens da velhice em profissional que trabalham com idosos: enfermeiros, médicos e técnicos de serviço social*. Dissertação de Mestrado, Secção Autónoma de Ciências da Saúde, Universidade de Aveiro, Aveiro. Consultado em: <http://hdl.handle.net/10773/3267>.
- Ribeiro, J. (2007). *Metodologia de investigação em psicologia e saúde*. Porto: Legis Editora.
- Ribeiro, O. & Paúl, C. (2011). *Manual de Envelhecimento Activo*. Lisboa: Lidel.
- Robert, L. (1995). *O envelhecimento: Factos e Teorias*. Lisboa: Instituto Piaget.
- Rosa, F. H. M., Cupertino, A. P. F. B., & Neri, A. L. (2009). *Geriatrics & Gerontology*, 3(2), 62-69
- Rosa, M. J. V. (2012). *O envelhecimento da sociedade portuguesa*. Lisboa: Fundação Francisco Manuel dos Santos.
- Rosa, T. E., Benício, M. H., Latorre, R. D., & Ramos, L. R. (2003). Factores determinantes da capacidade funcional entre idosos. *Revista de Saúde Pública*, 37(1), 40-8
- Saldanha, H. (2009). *Bem viver para Bem Envelhecer: um desafio à gerontologia e à geriatria*. Lisboa: Lidel.
- Sales, A. L., & Cordeiro, N. (2012). *Envelhecer saudável e activo*. Lisboa: Lisboa: Lidel.
- Santos, R. (2005). *De volta à cena: Um estudo com idosos que trabalham*. Dissertação de

Mestrado, Universidade Estadual do Ceará, Fortaleza.

Sequerira, A., & Silva, M. (2002). O bem estar da pessoa idosa em meio rural. *Análise Psicológica* 3, 505-516.

Sousa, M. J., & Baptista, C. S. (2011). *Como fazer investigação, dissertações, teses e relatórios*. Lisboa: Pactor.

Straub, R. O. (2005). *Psicologia da saúde*. Porto Alegre: Artmed.

Teixeira, I. N., & Neri, A. L. (2008). Envelhecimento bem-sucedido: uma meta no curso da vida. *Psicologia USP*, 19(1), 81-94.

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

ANEXOS

**ANEXO 1 – AUTORIZAÇÃO DO CHEFE DE DIVISÃO RESPONSÁVEL PELO
PROJECTO “VIDA COM RITMO!”**

Exmo. Sr. Paulo Farinho

Chefe de Divisão da Câmara de Olhão

Assunto: Pedido de autorização para a realização de um estudo académico utilizando como amostra os alunos do projecto "Vida com Ritmo!", desenvolvido nas instalações da Câmara de Olhão.

Eu, Marisa Martins, desempenhando as funções de Técnica Superior na Divisão de Desporto na autarquia de Olhão e aluna da Universidade do Algarve no Mestrado de Gerontologia Social venho por este meio apresentar formalmente o pedido de autorização para realizar nas vossas instalações e com os alunos do projecto "Vida com Ritmo!", um estudo sobre "Envelhecimento e Capacidade Funcional em Olhão".

Os dados recolhidos são confidenciais e os instrumentos utilizados para a recolha dos dados remetem ao anonimato. Todas as acções para a realização do estudo não terão interferência no normal decorrer das actividades do projecto, pois serão realizadas à posteriori.

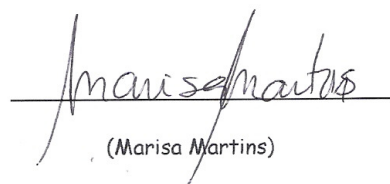
Deste modo, o que solicito é a sua autorização para que possa abordar os alunos e pedir a participação destes para responder a um questionário.

Este estudo é benéfico para esta população e pode vir a contribuir de forma muito positiva para este grupo etário, podendo também melhorar a abordagem da própria autarquia a esta população.

Aos alunos que quiserem voluntariamente participar, de acordo com os requisitos da amostra, será elaborado um consentimento informado onde constará explicativo da essência do estudo.

Sem outro assunto de momento, subscrevo-me com elevada estima e consideração, agradecendo desde já a atenção dispensada.

Com os melhores cumprimentos,


(Marisa Martins)

Paulo Farinho (Chefe de Divisão)

Divisão de Desporto

Largo Sebastião Martins Mestre

8700-349 OLHÃO, Portugal

Marisa Martins

Pés do Cerro-241 A

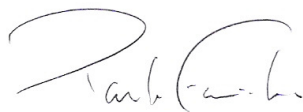
8700-124 MONCARAPACHO

Assunto - Autorização para estudo universitário.

Em resposta ao pedido efectuado por V. Ex.^a para a realização de um estudo sobre “Envelhecimento e Capacidade Funcional” aos alunos que frequentam o projecto “Vida com Ritmo!”, desenvolvido nas instalações da Câmara Municipal de Olhão, venho por este meio autorizar o processo e agradecer o seu interesse pelos nossos municípios, considerando-os como população alvo para um estudo universitário de uma temática tão rica, o que poderá contribuir para a melhoria dos nossos serviços.

Com os melhores cumprimentos,

O Chefe de Divisão de Desporto



Paulo Farinho

ANEXO 2 – AUTORIZAÇÕES DOS INQUIRIDOS PARA PARTICIPAÇÃO NO ESTUDO

Consentimento informado para a participação na investigação

O Envelhecimento e a capacidade funcional dos idosos em Olhão

Exmo. (a) Sr. (a).

Sou uma profissional da área do desporto, mestranda em Gerontologia Social, na Universidade do Algarve, e estou a realizar um estudo cuja finalidade é contribuir para um melhor conhecimento da problemática do envelhecimento bem-sucedido e da influência da capacidade funcional no bem-estar dos idosos.

Neste sentido, gostaria de solicitar a sua autorização para participar numa investigação sobre a Funcionalidade física e o Envelhecimento bem-sucedido em Olhão.

Apenas lhe será pedido que responda a um questionário que posteriormente irá ser alvo de uma análise estatística anónima. Toda a informação será estritamente confidencial e os questionários anónimos. Apenas os responsáveis pela investigação terão acesso à informação.

Só será feita a investigação se o seu consentimento fora dado, assinale conforme a sua vontade, no respetivo quadro:

Autorizo a participação neste estudo -----

Não autorizo a participação neste estudo ----

(Assinatura do[a] participante)

Sem mais de momento, agradeço a atenção.

Com os melhores cumprimentos,

Marisa Isabel Francisco Martins

ANEXO 3 – QUESTIONÁRIO

I PARTE
Questionário Sociodemográfico

- Idade: _____ anos

- Género:

Masculino --

Feminino ----

- Estado Civil:

Solteiro(a) -----

Casado(a) -----

Divorciado(a) -

Viúvo(a) -----

- Escolaridade:

Não sabe ler nem escrever -

1º ao 4º ano -----

5º ao 6º ano -----

7º ao 9º ano -----

10º ao 12º ano -----

Formação Universitária -----

- Reformado/Pensionista:

Sim -----

Não -----

- Profissão anterior à reforma: _____

- Pessoas com quem vive:

Sozinho(a) -----

Conjuge -----

Familiares -----

Outros -----

- Está atualmente doente:

Sim -----

Não -----

- Se sofrer de mais do que uma doença, qual é a que mais o(a) preocupa:

- Há quanto tempo: _____

- Regime de tratamento:

Com acompanhamento médico -----

Sem acompanhamento médico -----

- Rendimento familiar mensal:

Até €209 -----

De €210 a €419 -----

De €420 a €629 -----

De €630 a €839 -----

Superior a €840 -----

- Habitação:

- Propriedade: Própria -----

Arrendada --

- Assoalhadas (n.º): _____

- Localização: Rural -----

Urbana -----

II PARTE

Instrumento: WHOQOL – Bref (OMS, 1998, adaptada por Vaz Serra *et al.*, 2006)

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

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

Numa escala pontuada de um (1) a cinco (5) pontue-se, assinalando com um “X” de acordo com as seguintes perguntas.

	Muito má	Má	Nem boa nem má	Boa	Muito boa
1. Como avalia a sua qualidade de vida? -----	①	②	③	④	⑤

	Muito Insatisfeito	Insatisfeito	Nem satisfeito nem insatisfeito	Satisfeito	Muito Satisfeito
2. 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	Muitíssimo
3. Em que medida as suas dores (físicas) o(a) impedem de fazer o quer precisa de fazer? --	①	②	③	④	⑤
4. Em que medida precisa de cuidados médicos para fazer a sua vida diária? -----	①	②	③	④	⑤
5. Até que ponto gosta da sua vida? -----	①	②	③	④	⑤
6. Em que medida sente que a sua vida tem sentido? -----	①	②	③	④	⑤
7. Até que ponto se consegue concentrar? ---	①	②	③	④	⑤
8. Em que medida se sente em segurança no seu dia-a-dia? -----	①	②	③	④	⑤
9. Em que medida é saudável o seu ambiente físico? -----	①	②	③	④	⑤

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. Tem energia suficiente para a sua vida diária? -----	①	②	③	④	⑤
11. É capaz de aceitar a sua aparência física? -----	①	②	③	④	⑤
12. Tem dinheiro suficiente para satisfazer as suas necessidades? -----	①	②	③	④	⑤

	Nada	Pouco	Moderadamente	Bastante	Completamente
13. Até que ponto tem fácil acesso às informações necessárias para organizar a sua vida diária? -----	①	②	③	④	⑤
14. Em que medida tem oportunidade para realizar atividades de lazer? -----	①	②	③	④	⑤

	Muito má	Má	Nem boa nem má	Boa	Muito boa
15. 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 aspetos da sua vida nas duas últimas semanas.

	Muito Insatisfeito	Insatisfeito	Nem satisfeito nem insatisfeito	Satisfeito	Muito Satisfeito
16. Até que ponto está satisfeito(a) com o seu sono? -----	①	②	③	④	⑤
17. Até que ponto está satisfeito(a) com a sua capacidade para desempenhar as atividades do seu dia-a-dia? -----	①	②	③	④	⑤
18. Até que ponto está satisfeito(a) com a sua capacidade de trabalho? -----	①	②	③	④	⑤
19. Até que ponto está satisfeito(a) consigo próprio? -----	①	②	③	④	⑤
20. Até que ponto está satisfeito(a) com as suas relações pessoais? -----	①	②	③	④	⑤
21. Até que ponto está satisfeito(a) com a sua vida sexual? -----	①	②	③	④	⑤
22. Até que ponto está satisfeito(a) com o apoio que recebe dos seus amigos? -----	①	②	③	④	⑤
23. Até que ponto está satisfeito(a) com as condições do lugar em que vive? -----	①	②	③	④	⑤
24. Até que ponto está satisfeito(a) com o acesso que tem aos serviços de saúde? -----	①	②	③	④	⑤
25. 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. Com que frequência tem sentimentos negativos, tais como tristeza, desespero, ansiedade ou depressão? -----	①	②	③	④	⑤

III PARTE

Instrumento: EPEBS

Numa escala pontuada de um (1) a cinco (5) pontue-se, assinalando com um “X” de acordo com as seguintes perguntas, sendo que (1) indica Pouco e (5) Muito.

	Pouco				Muito
1. O seu envelhecimento tem sido bem-sucedido? -----	①	②	③	④	⑤
2. Acha que o seu rendimento mensal é suficiente? -----	①	②	③	④	⑤
3. Considera que ter amigos é fundamental para um bom envelhecimento? -----	①	②	③	④	⑤
4. Sente-se envelhecido(a)? -----	①	②	③	④	⑤
5. Tem ajudas no seu rendimento mensal? -----	①	②	③	④	⑤
6. Como considera a sua saúde física? -----	①	②	③	④	⑤
7. O relacionamento com os amigos é importante? -----	①	②	③	④	⑤
8. Considera a sua saúde fundamental para um bom envelhecimento? -----	①	②	③	④	⑤
9. Como considera a sua saúde mental? -----	①	②	③	④	⑤
10. Considera que é um idoso(a)? -----	①	②	③	④	⑤
11. Como classifica a sua relação familiar? -----	①	②	③	④	⑤
12. A sua atividade diária é ativa? -----	①	②	③	④	⑤
13. Acha que aproveitou bem os seus anos de trabalho? ----	①	②	③	④	⑤
14. Passa muito tempo em casa? -----	①	②	③	④	⑤
15. Considera o seu rendimento mensal fundamental para um bom envelhecimento? -----	①	②	③	④	⑤
16. A atividade física é importante? -----	①	②	③	④	⑤
17. Considera-se uma pessoa ativa na nossa sociedade? ----	①	②	③	④	⑤
18. Depende de alguém para realizar as tarefas do dia-a-dia? -----	①	②	③	④	⑤
19. O exercício físico ajuda-o(a) a manter-se ativo(a)? -----	①	②	③	④	⑤
20. Tem pessoas a seu encargo? -----	①	②	③	④	⑤
21. Procura nas aulas de exercício físico também fazer amizades? -----	①	②	③	④	⑤
22. Faz muitos programas de passeios? -----	①	②	③	④	⑤
23. Considera importante realizar as suas tarefas autonomamente? -----	①	②	③	④	⑤
24. O exercício físico ajuda a trabalhar a sua parte psicológica? -----	①	②	③	④	⑤

	Pouco				Muito
25. Sente-se só? -----	①	②	③	④	⑤
26. Sente melhorias na sua vida quando pratica exercício físico? -----	①	②	③	④	⑤
27. Acha que está a aproveitar bem os anos depois da reforma? -----	①	②	③	④	⑤
28. Os programas de exercício físico contribuem para a sua qualidade de vida? -----	①	②	③	④	⑤
29. Esquece-se com frequência do que tem para fazer? -----	①	②	③	④	⑤
30. O exercício ajuda a prevenir algumas doenças? -----	①	②	③	④	⑤