

Actas do 13º Congresso Nacional de Psicologia da Saúde

Organizado por Henrique Pereira, Samuel Monteiro, Graça Esgalhado, Ana Cunha, & Isabel Leal

30 de Janeiro a 1 de Fevereiro de 2020, Covilhã: Faculdade de Ciências da Saúde

## **QUALIDADE DE VIDA EM TERMOS GERACIONAIS**

Sara Pereira<sup>1</sup> (✉ sara.pereira.psicologia@gmail.com), José Pais-Ribeiro<sup>2</sup>, & Isabel Leal<sup>2</sup>

<sup>1</sup> ISPA – Instituto Universitário, Lisboa, Portugal

<sup>2</sup> WJCR – William James Center for Research, ISPA – Instituto Universitário, Lisboa, Portugal

A definição de qualidade de vida da Organização Mundial da Saúde (OMS) centraliza-se na perceção geral da posição dos indivíduos na vida em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações (WHOQOL, 1994). Segundo Bernard et al. (2017), este termo abrange todas as áreas significativas de vida, que possibilita que os indivíduos satisfaçam as suas necessidades, incluindo os aspetos psicológicos e físicos. A qualidade de vida é um construto amplo e multidimensional, que abrange dimensões físicas, mentais e sociais (Grendas et al., 2017). De acordo com Marques, Sánchez e Vicario (2014), a qualidade de vida reflete o desejo das condições de vida dos indivíduos em relação à sua vida em contexto habitacional, na comunidade, na saúde e nas condições de bem-estar. Assim, a qualidade de vida é um fenómeno subjetivo na medida em que compreende as perceções dos sujeitos sobre as várias componentes da sua vida. Deste modo, é importante determinar se as componentes da qualidade de vida não variam consoante as gerações ou faixas etárias. O estudo de Marques et al. (2014) teve como objetivo descrever as perceções dos idosos sobre a sua qualidade de vida e os resultados indicam que foi descrita através de indicadores como a saúde, capacidade funcional (autocuidado), situação financeira, relacionamentos sociais, atividade física, serviços sociais e de saúde, instalações, habitação, satisfação com a vida e oportunidades de aprendizagem e culturais. Já para Dyck, Teychenne, McNaughton, Bourdeaudhuij e Salmon (2015), a segurança pessoal, o ambiente de atividade física do local onde habitam, o apoio social nas atividades físicas, a atividade da família ou amigos e a coesão social da zona de habitação foram positivamente associadas à qualidade de vida relacionada com a

saúde mental. Contrariamente ao que acontece quando o tema é a qualidade de vida dos sujeitos com idade avançada, que está maioritariamente associada à saúde, esta condição nas crianças, adolescentes e adultos jovens poderia associar-se a outros fatores. As percepções das crianças sobre a sua qualidade de vida são influenciadas por fatores como género, idade, características pessoais e familiares e o seu *status* socioeconómico (Caldera & Hart, 2004). Já nos adolescentes, a qualidade de vida tem uma estreita relação com os aspetos físicos, concretamente a saúde, aspetos individuais como a autoestima, emoções negativas, autopercepção e autonomia e aspetos sociais como satisfação com o apoio social, relações familiares, escola, pares e comportamentos relacionados com a saúde (Gaspar, Ribeiro, Leal, & Ferreira, 2009). No caso dos adultos, a qualidade de vida pode abranger vários construtos, como o emprego/desemprego (Schwefel et al., 1987), divórcio, depressão (Hallstrom & MacClure, 2000), *stress* (Barreto, Passos, & Giatti, 2009), entre outros. Deste modo, conclui-se que a abordagem da qualidade de vida dos idosos não é consensual. As conceções de qualidade de vida destas faixas etárias são caracterizadas por um importante aspeto, nomeadamente a sua multidimensionalidade. Assim, a consideração não é unicamente centrada na condição física, mas também no seu bem-estar psicológico e emocional (Schallock & Verdugo, 2003). O objetivo deste estudo é comparar a qualidade de vida entre participantes que pertencem a diferentes gerações e compreender se existem diferenças geracionais relativamente à qualidade de vida, no domínio físico e mental. Devido à multiplicidade de opiniões na definição das idades distribuídas por cada geração, nesta investigação foram estas as definições e as respetivas idades atribuídas – (Baby boomer (54 anos-74 anos); geração X (39 anos-53 anos); Geração Y (38 anos-22 anos) e Geração Z (21 anos-18 anos).

## MÉTODO

### *Participantes*

O presente estudo é de natureza quantitativa e correlacional, com uma amostra não probabilística por conveniência. A amostra é constituída por 507 participantes, 344 do sexo feminino e 160 do sexo masculino. Cerca de 139 (27%) participantes tinham entre os 18 e os 21 anos, 149 (29%)

participantes tinham entre os 22 e os 38 anos, 107 (21%) participantes tinham entre os 39 e os 53 anos e 112 (22%) participantes tinham entre 54 e 74 anos ( $M=2,41$  e  $DP=1,28$ ). A maioria dos participantes era solteiro (56%), enquanto os restantes participantes eram casados (30%), separados (6%) e viúvos (5%). A maior parte era nacionalidade portuguesa (98%) e não tinha filhos (56%), a restante maioria tinha um filho (18%), dois filhos (18%) e três filhos (4%). No que diz respeito à situação profissional, 41% eram empregados, 38% estudantes, 14% aposentados e 2% desempregados ou domésticos. Por último, 42% tinha como habilitação literária o ensino secundário, 37% o ensino superior, 10% o ensino básico e 8% o ensino primário.

### *Material*

Nesta investigação foram integrados um questionário sociodemográfico que inclui questões sobre a idade, género, estado civil, nacionalidade, número de filhos, informações laborais e habilitações literárias. Para além disto, o questionário *Short Form Health Inventory* (SF-12 V.2) referente à avaliação do estado de saúde que pretende determinar a efetividade ou a perceção da qualidade de vida, num conjunto de doze itens e constituídos por uma escala ordinal de três e seis pontos. Os domínios do S.F.-12 encontram-se agrupados em duas componentes – Componente física ( $\alpha=0,79$ ) e componente mental ( $\alpha=0,81$ ), agrupadas em seis questões (Pais-Ribeiro, 2005; Ferreira, Ferreira, & Gonçalves, 2006). Saliento que a realização deste questionário contou com um consentimento informado, que solicitava que o preenchimento do questionário significava que o consentimento tinha sido dado e com a informação que o questionário seria anónimo e confidencial.

### *Procedimento*

Os instrumentos incluídos encontravam-se presentes em dois formatos – por um lado, o formato *software* ao serviço do *Google Documents* e em teste de papel e lápis (Pais-Ribeiro, 1999), sendo que a nível *online* contou com 203 respostas e em formato papel e lápis com 304 respostas. A sua distribuição ocorreu entre as redes sociais e foi distribuído por familiares, amigos e conhecidos, solicitando a divulgação e a difusão dos

instrumentos nos respetivos locais de trabalho, redes sociais e rede de contactos. Para além disso, foram feitas recolha de dados presenciais em instituições, como centros de dia e universidades seniores, com o intuito de procurar sujeitos com idades mais avançadas. Em caso de dificuldades ao nível da visão ou dificuldades em compreender as perguntas efetuadas, os instrumentos eram preenchidos pelo testador, sendo as respostas do sujeito diretamente registadas. Após a recolha da amostra, foi utilizado o programa *SPSS Statistics 25* para a análise estatística dos dados.

## RESULTADOS

De acordo com os resultados obtidos através da avaliação da variável sociodemográfica das idades e a variável qualidade de vida, para os participantes com idades entre os 18 aos 21 anos, em comparação com os sujeitos com 22 anos e 38 anos, não se encontram diferenças estatisticamente significativas no domínio da saúde física [ $t(284)=-0,03$ ;  $p=0,972$ ] nem da saúde mental [ $t(284)=-1,48$ ;  $p=0,138$ ]. Ao comparar com os sujeitos de 39-53 anos, conclui-se que não existem diferenças significativas no domínio da saúde física [ $t(243)=0,74$ ;  $p=0,458$ ]. No entanto, instituem-se diferenças ao nível da saúde mental [ $t(242)=-4,53$ ;  $p<0,001$ ], sendo que os participantes com 39-53 anos evidenciam resultados superiores ( $M=3,64$ ), em comparação com os participantes de 18-21 anos ( $M=3,50$ ). Em relação aos participantes com 18-21 anos e 54-74 anos, ocorrem diferenças significativas no domínio da saúde física [ $t(189)=7,96$ ;  $p<0,001$ ], com os participantes com 18-21 anos evidenciam resultados superiores ( $M=3,64$ ) quando comparados com os participantes com 54-74 anos ( $M=2,94$ ). Contudo, não existem diferenças ao nível da saúde mental [ $t(247)=-1,09$ ;  $p=0,274$ ].

Quanto aos participantes com 22 até aos 38 anos, e em comparação com os sujeitos de 39-53 anos, determina-se que não existem diferenças ao nível da saúde física [ $t(253)=0,74$ ;  $p=0,457$ ]. Não obstante, ocorrem diferenças significativas na saúde mental [ $t(254)=-3,37$ ;  $p=0,001$ ], ressaltando que os participantes com 39-53 anos possuem resultados superiores ( $M=3,96$ ), em comparação com os sujeitos de 22-38 anos ( $M=3,64$ ). Para os participantes entre os 22-38 anos, quando comparados com sujeitos entre os 54-74 anos, verificam-se diferenças significativas no domínio da saúde física [ $t(200)=7,82$ ;  $p<0,001$ ], o que quer dizer que os participantes com idades

entre os 22-38 anos evidenciam resultados superiores ( $M=3,64$ ) quando comparados com sujeitos de 54-74 anos ( $M=2,94$ ). Contudo, não existem diferenças ao nível da saúde mental [ $t(259)=0,27$ ;  $p=0,782$ ]. Em comparação com os participantes com idades entre os 39-53 anos com os participantes de 54-74 anos, constata-se que existem diferenças estatisticamente significativas na saúde física [ $t(209)=6,71$ ;  $p<0,001$ ], sendo que os sujeitos com 39-53 anos apresentam níveis superiores ( $M=3,59$ ), em comparação com os sujeitos de 54-74 anos ( $M=2,94$ ). O mesmo acontece na saúde mental [ $t(217)=3,38$ ;  $p=0,001$ ], com diferenças significativas, que espelha os sujeitos com 39-53 anos apresentam níveis superiores ( $M=3,96$ ), em comparação com os sujeitos de 54-74 anos ( $M=3,62$ ).

## DISCUSSÃO

Tendo em consideração o objetivo deste artigo, nomeadamente a comparação da qualidade de vida entre participantes que pertencem a diferentes gerações e compreender se existem diferenças em termos geracionais relativamente à qualidade de vida, no domínio físico e mental, verifica-se que existem diferenças estatisticamente significativas. Estes resultados são concordantes com a revisão de literatura, que evidencia uma correlação negativa entre a idade e a qualidade de vida, o que significa que à medida que um sujeito envelhece, a qualidade de vida tende a diminuir (Martins & Mestre, 2014; Saraçlı et al., 2015). O estudo de Andrade e Martins (2011) constata que unicamente a idade influencia a perceção da qualidade de vida, dado que quanto maior for a idade do participante, pior é a sua perceção de qualidade de vida. Segundo as autoras, este resultado estará associado ao facto de que, à medida que os anos passam, os problemas de saúde aumentam, assim como a probabilidade de o indivíduo sofrer perdas, quer seja a nível físico, psicológico e social, que vai ter impacto na qualidade de vida.

Em relação à qualidade de vida, ressalta-se que a saúde física é estatisticamente significativa na população mais jovem, maioritariamente entre os sujeitos de 18-21 anos, que pertencem à geração Z e de 22-38 anos, incluídos na geração Y. Deste modo, conclui-se que quanto mais jovem o indivíduo é, melhor tende a sua saúde física. Segundo Watson e Pennebaker (1989), as doenças físicas que podem decorrer com o aumento da idade

afetam o bem-estar emocional, através da perda de controle percebido e autoestima, do isolamento social e até da perda de recursos financeiros. No que diz respeito à saúde mental, é evidente que os participantes com 39-53 anos, ou seja, que fazem parte da geração X, apresentam uma saúde mental superior. As principais causas de limitações das atividades nos idosos são as doenças, perturbações da visão e audição e as doenças mentais. Portanto, no caso dos idosos, a qualidade de vida está segregada à saúde (Steptoe, Deaton, & Stone, 2015). Desta forma, verifica-se que os sujeitos com idades avançadas experimentam maiores e significativas perdas de capacidades físicas e diminuição de funções cognitivas, domínios considerados relevantes no comprometimento da qualidade de vida do sujeito. Porém, em relação aos jovens e jovens adultos, a qualidade de vida pode estar associada a outros fatores. O estudo de Blazeviciene e Jakusovaitė (2007) aponta para o facto da qualidade de vida ser o reflexo de uma associação com a satisfação consigo mesmo, os relacionamentos com as pessoas ao seu redor e a rede de apoio de pessoas próximas. O que acontece na idade adulta pode traduzir uma menor satisfação consigo mesma pelas perdas, quer físicas, quer mentais e um isolamento social. A investigação de Chamberlain e Grant (2019) sublinha que no início da idade adulta, a pior qualidade de vida foi significativamente associada a sintomas, traços impulsivos de personalidade, perturbações do humor, ansiedade e uso de substâncias. As associações de qualidade de vida e bem-estar em adultos mais jovens, geralmente são marcadamente elevados quando comparados com os adultos com idade avançada (Piazza, Charles, & Almeida, 2007).

## REFERÊNCIAS

- Andrade, A., & Martins, R. (2011). Funcionalidade familiar e qualidade de vida dos idosos. *Millenium*, 40, 185-199.
- Barreto, S., Passos, V., & Giatti, L. (2009). Comportamento saudável entre adultos jovens no Brasil. *Revista de Saúde Pública*. 43(2), 9-17.
- Bernard, M., Strasser, F., Gamondi, C., Braunschweig G., Forster, M., Elekes, K., . . . & Borasio, G. (2017). Relationship between spirituality, meaning in life, psychological distress, wish for hastened death, and their influence on quality

- of life in palliative care patients. *Journal of Pain and Symptom Management*, 54(4), 514-522. doi: 10.1016/j.jpainsymman.2017.07.019
- Blazeviciene, A., & Jakusovaite, I. (2007). Value priorities and their relations with quality of life in the Baby Boomer generation of Lithuanian nurses: A cross-sectional survey. *BMC Nursing*, 6-10. doi: 10.1186/1472-6955-6-10
- Caldera, Y., & Hart, S. (2004). Exposure to child care, parenting style and attachment security. *Infant and Child Development*, 13, 21-33.
- Chamberlain, S., & Grant, J. (2019). Relationship between quality of life in young adults and impulsivity/ compulsivity. *Psychiatry Research*, 271, 253-258.
- Dyck, D., Teychenne, M., McNaughton, S., Bourdeaudhuij, I., & Salmon, J. (2015). Relationship of the perceived social and physical environment with mental health-related quality of life in middle-aged and older adults: Mediating effects of physical activity. *PLoS ONE*, 10(3), 1-16. doi: 10.1371/journal.pone.0120475
- Ferreira, L., Ferreira, P., & Gonçalves, M. (2006). Ganhos em saúde em doentes com cataratas. *Notas Económicas*, 23, 32-52.
- Gaspar, T., Ribeiro, J., Leal, I., & Ferreira, A. (2009). Health related quality of life in children and adolescents and associated factors. *Journal of Cognitive and Behavioral Psychotherapies*, 9(1), 33-48.
- Grendas, L. Rodante, D., Rojas, S., Puppo, S., Vidjene, P., Lado, G., Portela, A., & Daray, F. (2017). Determinants of mental and physical health-related quality of life among patients hospitalized for suicidal behavior *Psychiatry Research*, 257, 56-60.
- Hallstrom, C., & MacClure, N. (2000). *Ansiedade e Depressão*. Lisboa: Climepsi Editores.
- Marques, E., Sánchez, C., & Vicario, B. (2014). Perception of the quality of life of a group of older people. *Revista de Enfermagem Referência*, IV(1), 73-81.
- Martins, R., & Mestre, M. (2014). Esperança e qualidade de vida em idosos. *Millenium*, 47, 153-162.
- Pais-Ribeiro, J. (1999). *Investigação e avaliação em psicologia da saúde*. Lisboa: Climepsi Editores.
- Pais-Ribeiro, J. (2005). *O importante é a saúde: Estudo de adaptação do SF-36*. Lisboa: Fundação Merck.
- Piazza, J., Charles, S., & Almeida, D. (2007). Living with chronic health conditions: Age differences in affective well-being. *Journal of Gerontology Series B: Psychological and Behavioral Sciences*, 62, 313-321.

- Saraçlı, Ö., Akça, A., Atasoy, N., Önder, Ö., Şenormancı, Ö., Kaygisız, İ., & Atik, L. (2015). The relationship between quality of life and cognitive functions, anxiety and depression among hospitalized elderly patients. *Clinical psychopharmacology and neuroscience: the official scientific journal of the Korean College of Neuropsychopharmacology*, 13(2), 194-200. doi: 10.9758/cpn.2015.13.2.194
- Schalock, R., & Verdugo, M. (2003). *Calidad de vida: Manual para profesionales de la educación, salud y servicios sociales*. Madrid, Spain: Alianza Editorial.
- Schwefel, D., Svenson, P., & Zollner, H. (1987). *Unemployment, social vulnerability and health in Europe*. Springer-Verlag.
- Stephoe, A., Deaton, A., & Stone, A. (2015). Psychological wellbeing, health and ageing. *Lancet*, 385 (9968), 640-648. doi: 10.1016/S0140-6736(13)61489-0.
- Watson, D., & Pennebaker, J. W. (1989). Health complaints, stress, and distress: Exploring the central role of negative affectivity. *Psychological Review*, 96, 234 –254. <http://dx.doi.org/10.1037/0033-295X.96.2.234>
- WHOQOL Group (1994). Development of the WHOQOL: Rationale and current status. *International Journal of Mental Health*, 23, 24-56. <http://dx.doi.org/10.1080/00207411.1994.11449286>