

INSTITUTO SUPERIOR DE PSICOLOGIA APLICADA
MESTRADO DE PSICOLOGIA COMUNITÁRIA
Ano Lectivo 2006-2008

DY
RODR/LI

TESE DE MESTRADO

Qualidade de Vida no Idoso e Envolvimento Comunitário

Liliana Cristina da Silva Rodrigues – Aluna nº 14117

ORIENTADOR: Professor Doutor José Ornelas
Instituto Superior de Psicologia Aplicada

2008



ISPA | Instituto Superior de Psicologia Aplicada
Centro de
Documentação

Registo: 18303
Data: 04.06.09

Tel.: 21 631 17 50 • bibliopa@ispa.pt

Dissertação de Mestrado realizada sob a orientação do Professor Doutor José Ornelas, apresentada no Instituto Superior de Psicologia Aplicada para obtenção do grau de Mestre em Psicologia Comunitária, em conformidade com o disposto na Portaria nº 560/2005 de 28 de Junho.

*“Experiência não é o que
acontece com um homem,
é o que um homem faz
com o que lhe acontece”*

Aldous Huxley

AGRADECIMENTOS

Gostaria de expressar os meus agradecimentos às pessoas que me ajudaram e apoiaram e tornaram possível a realização deste trabalho.

Ao Professor José Ornelas pela mestria com que dirigiu este trabalho, no contributo indispensável para o seu desfecho.

À Professora Aldina Gonçalves, pelo acompanhamento, apoio e permanente disponibilidade, um agradecimento especial à confiança que sempre depositou no meu trabalho e que se revelou fundamental na motivação e incentivo para a sua conclusão.

Às minhas colegas de mestrado, em especial à Mónica Henriques pelo apoio, amizade e laços de solidariedade que se foram construindo, sem os quais muitos momentos de desespero e angústia não teriam sido ultrapassados.

Aos elementos do Centro de Saúde de Cascais, Enfermeiros, Médicos e Utentes, pela alegria e amizade com que me receberam e pela disponibilidade que demonstraram para colaborarem neste estudo, sem as quais não teria sido possível a sua realização.

À minha família e amigos que me incentivaram e não me deixaram desistir!

Para todos, meu imenso Obrigado!!!

ÍNDICE

1 - INTRODUÇÃO	10
ENQUADRAMENTO TEÓRICO	14
2 - ENVELHECIMENTO	14
2.1 – Processo de Envelhecimento.....	14
2.2 – O Envelhecimento Demográfico	17
3 – ASPECTOS DO ENVELHECIMENTO	18
3.1 – O Envelhecimento Activo	21
4 – QUALIDADE DE VIDA.....	32
5 – CARACTERIZAÇÃO DO CONCELHO E CENTRO DE SAÚDE DE CASCAIS.....	41
5.1 – Enquadramento Físico do Concelho	41
5.2 – Demografia	42
5.3 – Dados Socioeconómicos e Ambientais	43
5.4 – Recursos de Saúde – Centro de Saúde de Cascais	45
6 – MATERIAL E MÉTODO	46
7 – RESULTADOS	51
8 – DISCUSSÃO	62
9 – REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	70

ANEXOS

ANEXO A – Pedido do Instrumento de Avaliação da Qualidade de Vida	79
ANEXO B – Pedido de Autorização para Administração dos Questionários	80
ANEXO C - Questionário	81
ANEXO D - Valores médios dos 4 domínios e qualidade de vida	82
ANEXO E - Valores médios dos 4 domínios do questionário WHOQOL	83
ANEXO F - ANOVA na comparação dos 4 domínios com o Envolvimento Comunitário	84
ANEXO G - ANOVA na comparação da Qualidade de Vida com o Envolvimento Comunitário	85

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 – Concelho de Cascais	41
Figura 2 – Evolução da População	42
Figura 3 – Pirâmide Etária	42
Figura 4 – Índice de Envelhecimento	44
Figura 5 – Evolução dos índices de Juventude e Envelhecimento	44
Figura 6 – Idade em quartil	52
Figura 7 – Apresentação gráfica da variável Sexo	53
Figura 8 – Gráfico de barras que apresenta a Escolaridade	53
Figura 9 – Gráfico de barras para a Profissão	54
Figura 10 – Gráfico de barras para o Estado Civil	55
Figura 11 – Gráfico de barras para a questão “Está Doente”	57
Figura 12 – Gráfico de barras relativo ao “Apoio”	56
Figura 13 – Gráfico referente ao local de aplicação dos questionários	56
Figura 14 – Gráfico de barras que apresenta o Envolvimento Comunitário	57
Figura 15 – Visualização gráfica para os dados apresentados no anexo E	58

Figura 16 – Gráfico de barras para a média da Participação Comunitária versus Qualidade de Vida.....	59
--	----

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – População Residente no Concelho de Cascais.....	42
Tabela 2 – Indicadores de Saúde no Concelho de Cascais.....	45
Tabela 3 – Indicadores de Mortalidade, Natalidade e Mortalidade Infantil	45
Tabela 4 – Coeficiente de Cronbach dos domínios.....	51
Tabela 5 – Resultado Estatístico sobre a Idade.....	52
Tabela 6 – Comparação de médias da Qualidade de Vida com o Envolvimento Comunitário.....	59
Tabela 7 – Resultado das Correlações entre os domínios do Questionário WHOQOL.....	60

SIGLAS

DGS – Direcção Geral de Saúde

EPS – Exame Periódico de Saúde

WHOQOL – World Health Organization Quality of Life

INE – Instituto Nacional de Estatística

OCDE – Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Económico

ONG's – Organizações Não Governamentais

ONU – Organização Nações Unidas

RESUMO

O envelhecimento demográfico, num contexto individual, familiar e social vêm determinando novas necessidades, para as quais é urgente organizar respostas mais adequadas. É imprescindível admitir o desafio, que implica enfrentar uma mudança de atitudes e comportamentos face ao envelhecimento e à saúde mental. Para que as pessoas mais idosas possam manter uma qualidade de vida aceitável e possam continuar a assegurar os seus contributos na sociedade, é essencial uma boa saúde, uma vez que as pessoas idosas activas e saudáveis, para além de se manterem autónomas, constituem um importante recurso para a sociedade. Neste contexto está implícito o conceito de envelhecimento activo, que envolve, não apenas os indivíduos, como a família e a própria comunidade, constituindo desta forma, o referencial dos indicadores da qualidade do envelhecimento das pessoas e das populações no resultado da sua interacção. De forma a identificar diferenças entre os grupos participantes e não participantes na comunidade e analisar as possíveis interacções no contexto da qualidade de vida do idoso, bem como analisar a contribuição do envolvimento comunitário nos idosos e a relação com a sua percepção de qualidade de vida, foi seleccionado o questionário WHOQOL – Bref, aplicado a 52 indivíduos em idade de reforma, idade igual ou superior a 65 anos de idade, pertencentes ao Concelho de Cascais, que frequentem o Centro de Saúde de Cascais e respectivas extensões, Alvide, Alcabideche e Estoril.

O grupo participante na comunidade é relativamente significativo em relação ao não participante na comunidade, e neste seguimento, a reciprocidade do Envolvimento Comunitário e Qualidade de Vida são evidentes ($p= 0,409$), não restando dúvidas que a saúde, bem como, a origem social, cultural e sócio-económica surgem como importantes recursos condicionantes ao Envolvimento na Comunidade implicando uma melhoria na Qualidade de Vida percebida.

Palavras Chave: Qualidade de Vida; Idoso; Envolvimento Comunitário

ABSTRACT

The demographic aging, at individual, family and social context define new needs, for which it is urgent to organize more appropriate answers. It is indispensable to admit the challenge that implies the shift of attitudes and behaviours to face aging and mental health. For most senior people can maintain an acceptable quality of life and to continue to assure their own contribute in society, it is indispensable a good health, to take an active part in society. In this context it is implicit the concept of active aging, that involves, not just the individuals but also family and their own community, to constitute different indicators of quality of life of people's and populations aging in the result of its interplay.

In way to identify differences between the participant groups and non participants groups in the community and to analyze the possible interplay in the context of the quality of the senior's life, as well as to analyze the contribution of the community involvement in seniors and the relationship with their perception of life quality, it was chosen the questionnaire WHOQOL - Bref, applied in 52 individuals in reform age, with 65 or superior years old, belonging to Concelho of Cascais, that frequent the Health Center of Cascais and respective extensions, Alvide, Alcabideche and Estoril.

The participant group in the community is relatively significant in relation to the non participant in the community, and in this following, the reciprocity of the Community Involvement and Quality of Life are evident ($p = 0,409$), not remaining doubts that the health, as well as, social, cultural origin and economic and social characteristics appear as important resources that condition the Involvement in the Community implying an improvement in the Quality of Life insight.

Key Words: Quality of Life; Senior; Community Involvement

1 - INTRODUÇÃO

As alterações demográficas que têm ocorrido no mundo, e sobretudo no último século, são traduzidas por uma transição demográfica significativa com grandes modificações da estrutura da população, com um aumento significativo da população com mais de 65 anos, reflectindo o envelhecimento em todo o mundo em especial ênfase nos países desenvolvidos. Esta situação vem colocar aos governos, às famílias e à sociedade em geral, desafios para os quais não estavam preparados, e para os quais é necessário encontrar respostas (DGS, 2006). Envelhecer com saúde, autonomia e independência, o mais tempo possível, constitui, hoje, um desafio à responsabilidade individual e colectiva, com tradução significativa no desenvolvimento económico dos países.

A sociedade e o modo como está organizada, influencia forçosamente o envelhecimento individual e da comunidade, pelas condições que oferece à população em geral e às pessoas idosas, em particular.

A nível individual reconhece-se, a importância de uma boa preparação do processo de envelhecimento, bem como a gestão das alterações inerentes à velhice. A valorização da pessoa idosa, bem como a promoção da sua auto-estima e a manutenção da imagem, levam seguramente a uma atitude positiva por parte dos mesmos, aumentando a sua segurança pessoal. É necessário, que a pessoa idosa, enfrente a vida de forma construtiva, encarando os problemas que despontam, de modo a preservar uma boa autonomia. É importante a vivência de realizações pessoais, experiências positivas e significativas para ajudar na adaptação à velhice. O que frequentemente acontece é a não preparação para a situação de reforma, em que as pessoas saem do mercado de trabalho, sem projecto de vida, conduzindo à sua desvalorização, acarretando consequências ao nível da saúde física e psicológica - dependência gradual e diminuição da auto-estima.

Ao nível da sociedade humana organizada, os idosos não devem ser considerados meros sujeitos passivos, mas sim pessoas úteis e válidas, pelos conhecimentos próprios um acumulado de saberes e experiências que poderão ser transmitidos a outras gerações, com grandes ganhos gerais, desenvolvendo, por exemplo, um papel fundamental educativo e de transmissão de competências e

experiências na família e na comunidade com revalorização social e cultural dos mesmos. Em geral, devido à sua maior disponibilidade, a população idosa pode ser útil na comunidade em que está inserido. O voluntariado e o envolvimento em acções concretas torna-os activos e protagonistas sociais. Neste processo, podem constituir uma notável fonte de prestação de serviços, útil nos dois sentidos. Para este envolvimento sustentável e adequado, a requalificação cultural pode ter vantagens dos idosos a vários níveis, quer económicos quer sociais, com repercussões muito positivas para os próprios, para as famílias e para a sociedade.

No que respeita ao impacto do envelhecimento a nível familiar, este pode traduzir-se de diferentes formas, nomeadamente, encargos financeiros, a falta de tempo dispendido, sobrecarga da família na prestação de cuidados, com repercussões no trabalho actual dos familiares, e com as consequências que daí advêm. Contudo, é hoje consensual que a família deve ser considerada como instituição privilegiada para o apoio e assistência à população idosa, devendo ser sensibilizada e apoiada pelas organizações públicas e privadas, neste seu papel. Deve ser canalizada para esta, meios e estratégias no sentido de que esse apoio seja consistente e adequado. Se estes apoios forem concebidos e organizados tendo em conta a família, verifica-se que pode ser um rentável investimento social para a população idosa, e também, uma valorização educativa como portadores de afectos, possuidores de habilitações sociais de grande utilidade, que podem e devem ser rentabilizados, para um melhor equilíbrio familiar e comunitário a todos os níveis. A gestão destas situações implica a existência de serviços, organizações de apoio social, bem como outros parceiros, como autarquias, escolas e entidades privadas que trabalhem de forma integrada, para encontrar as respostas adequadas. Exige ainda recursos humanos devidamente preparado, sendo também relevante a existência da rede de cuidados informais, exigindo formação adequada, acompanhamento e supervisão.

No contexto das sociedades actuais verifica-se que o apoio social ao idoso deve ser considerado, prioritariamente, com um apoio familiar, e só em situações particulares, deve ser realizado noutros espaços sociais ou conferido a outras instituições. Assim o primeiro nível de resposta deve ter como âmbito a manutenção do indivíduo no seu ambiente familiar e preferencialmente na sua habitação. Neste contexto as acções que devem ser desenvolvidas visam a promoção da saúde reduzindo as situações de dependência, (DGS, 2006). Para além dos aspectos ligados à família, o impacto do envelhecimento a nível da sociedade manifesta-se por um aumento do consumo dos serviços de saúde sobretudo ao nível do ambulatório, traduzindo neste grupo um aumento de doenças crónicas e outras que implicam em geral, a necessidade de resposta por parte de um maior número de

profissionais com formação em geriatria. Esta situação, pressupõe a existência de uma rede de serviços sociais, com a criação de serviços de apoio às famílias, nomeadamente a organização de programas de apoio na área do voluntariado. Esta rede de intervenção ao nível comunitário deverá também passar pela criação de condições para a participação das próprias pessoas idosas nas actividades comunitárias aos vários níveis e o desenvolvimento de estruturas de apoio e formação para os próprios idosos. Isto implica ainda que os equipamentos sociais e outros tenham em atenção as condições urbanísticas necessárias e adequadas para pessoas com mobilidade reduzida e ainda para os que tenham necessidades especiais.

Ao nível económico, o envelhecimento e o conseqüente aumento da esperança média de vida, associado à diminuição do número de nascimentos, tem intercorrências no mercado de trabalho e emprego, com uma diminuição significativa do número de jovens em idade activa que levam à dificuldade de substituição das gerações. No que respeita à idade da reforma, que em geral se situa aos 65 anos de idade, discute-se a hipótese de necessidade de revisão da idade de reforma, aumentando o número de anos activos. No que respeita à segurança social, este impacto do aumento do número de população com reformas efectivas, pode trazer problemas que resultam na dificuldade em assegurar reformas condignas, por falta de contribuições, devido à diminuição do número dos contribuintes activos e também no aumento dos encargos com pessoas em situações de dependência.

No que respeita à aceitação e respeito pela população idosa, tem havido algumas modificações culturais e sociais atribuídas ao idoso. Lima, (2006), refere que a investigação na área do idoso tem vindo a dissipar os estereótipos enquanto ser frágil, dependente, pobre, assexuado, esquecido e infantil e, só mais recentemente, tem contribuído para a descrição do que é o adulto na maturidade tardia. No entanto, parece existir ainda um desencontro entre as investigações, que têm recorrentemente descoberto que o envelhecimento é uma experiência mais positiva do que se pressupunha.

A escolha deste tema para o trabalho prático de tese de mestrado, surge no âmbito do nosso envolvimento profissional como enfermeira, em ambiente hospitalar, e na participação no grupo de idosos “A Conversa da Treta”, no Centro de Saúde de Cascais, onde a proximidade com indivíduos desta faixa etária tem sido uma constante na nossa actividade. Da nossa experiência quotidiana, temos constatado que este grupo populacional, em geral, evidencia solidão, tristeza, inactividade, falta de recursos para poderem usufruir das suas capacidades, ainda

conservadas, e revela também potencialidades tanto para os próprios como para a sociedade onde estão inseridos.

No contexto de saúde comunitária, Ornelas (2008), nas últimas duas décadas, a Psicologia Comunitária tem-se focalizado na necessidade do desenvolvimento de serviços adequados a populações socialmente marginalizadas, e ao desenvolvimento de técnicas inovadoras de prestação de serviços e estratégias de *empowerment*, tendo ainda como pressuposto a participação destes grupos, implicando a melhoria do estado psicológico geral dos indivíduos. Os conhecimentos teóricos e práticos obtidos no Mestrado de Psicologia Comunitária e associados à nossa prática profissional, leva-nos a constatar que a investigação da percepção da qualidade de vida deste grupo etário e o contributo do seu envolvimento na comunidade, na qualidade de vida do idoso, poderá proporcionar conhecimentos desta realidade concreta, do envelhecimento, e assim poder posteriormente promover e implementar acções concretas mais adequadas, junto desta população, de forma sustentada.

ENQUADRAMENTO TEÓRICO

2 - ENVELHECIMENTO

Diz o dicionário que envelhecer é “perder a juventude e a actualidade ou cair em desuso”. Mas sobre o mesmo verbo diz também “amadurecer e adquirir experiência”. Idosos, velhos ou indivíduos de idade avançada são, na realidade pessoas com uma maior experiência e perspectiva de vida.

2.1 - O Processo de Envelhecimento

O envelhecimento designa um conjunto de processos físicos mentais e comportamentais na sua vertente estrutural e afectiva, que o organismo humano sofre no decurso do seu desenvolvimento. É um fenómeno dinâmico que engloba transformações do organismo quer de natureza biológica quer de natureza psicológica, desenvolvidas em função do tempo, (Fontaine, 1999).

Os conhecimentos científicos destas transformações ao longo da vida são inegáveis. Os substanciais progressos que desde há alguns anos têm sido conquistados, nomeadamente a convergência das descobertas biológicas, farmacológicas, a melhoria das condições de vida e o aumento do nível dos conhecimentos a diversos níveis, têm tornado possível um aumento do número de anos vividos, contribuindo para uma verdadeira explosão do número de pessoas idosas com relativo bom funcionamento físico, boa saúde e felizes por viverem.

A velhice pode ter muitas representações negativas, contudo cada vez mais os estudos evocam o envelhecimento como fonte de inúmeras oportunidades para melhorar ou conservar uma boa qualidade de vida.

Segundo Ferreira, Rodrigues e Nogueira (2006), a passagem do século XIX para o século XX, a par das alterações económicas e sociais conhecidas, ligadas à revolução industrial e ao desenvolvimento científico e tecnológico, coincidiu com o declínio da mortalidade, e o aumento da natalidade. Nesta perspectiva, o declínio

da mortalidade, ou a melhoria das condições gerais de vida, não foi o principal factor responsável pela emergência do processo de envelhecimento das populações, mas sim o aparecimento de outro fenómeno, o declínio da natalidade que ocorreu sobretudo a partir dos anos 70. De facto após a segunda metade do século XX, o envelhecimento demográfico surge como um fenómeno novo nas sociedades desenvolvidas: conhecer as suas causas e consequências, a identificação das assimetrias espaciais e a sua ligação ao processo de transição demográfica, são procedimentos a colocar em prática, no sentido de uma procura por um lado, da caracterização deste fenómeno a todos os níveis e por outro, de analisar e prever consequências e soluções futuras. Portugal apresenta uma população idosa residente estimada em 1.709.009 pessoas, que representa 16,5% da população, com uma distribuição geográfica caracterizada por um maior envelhecimento do interior face ao litoral, a esperança média de vida em 2006 à nascença é de 81,9 anos para as mulheres e 75,4 anos para os homens (INE, 2008).

As consequências deste aumento da proporção de pessoas com mais de 60 ou 65 anos de idade são actualmente uma realidade nos países industrializados e as projecções futuras apontam no mesmo sentido. Segundo a projecção da população mundial realizada pelas Nações Unidas, a proporção de idosos continuará a aumentar, em 2000 representavam 10%, para atingir os 21% do total da população em 2050. Acresce ainda que o número de indivíduos com mais de 65 anos é acompanhado pela descida acentuada do número de jovens com menos de 15 anos. Esta "involução demográfica" enquadra-se na tendência dominante da dinâmica das populações dos países desenvolvidos e a seu tempo da população mundial.

Para Fernandes, Ana (1997), o envelhecimento demográfico da população é um dos grandes triunfos da humanidade e também um dos seus grandes desafios e deve ser encarado como uma conquista das sociedades desenvolvidas do século XX. Contudo esta problemática tem que ser considerado com realismo e com adequação afim de minimizar os problemas e maximizar as vantagens.

É impreterível reflectir, sobre os impactos do envelhecimento demográfico das populações e sobre as profundas mudanças que, simultaneamente, têm vindo a ocorrer nas sociedades industriais modernas, como é a nossa. A definição de políticas de velhice, a partir de uma formulação mais rigorosa e objectiva dos problemas do envelhecimento e da análise exaustiva da diversidade de realidades sociais, poderá proporcionar as correcções necessárias para que as futuras gerações de idosos possam viver melhor do que as que as antecederam.

A passagem à reforma constitui, talvez, o momento mais importante da reestruturação dos papéis sociais. A vida circula em torno de dois mundos, o da família e o do trabalho, nos quais se desenrolam os principais desempenhos. Ao deixar o segundo, só o primeiro pode assegurar o equilíbrio social e pessoal. Os papéis sociais no interior da vida familiar adquirem outra importância. A situação de reforma, promove ou acentua as relações familiares ou o isolamento. As modificações estruturais da família nas sociedades modernas, nomeadamente a natureza e da intensidade dos laços intergeracionais leva muitas vezes a uma transferência da obrigação da assistência aos idosos dos filhos para a sociedade. Os problemas com a população idosa saem, assim, da esfera familiar para a esfera da sociedade. Neste contexto, os encargos com a terceira idade deixam de ser familiares para serem sociais. A gestão dos encargos com as pessoas mais velhas desloca-se do âmbito privado da família para o Estado. Os conflitos de interesses reduzem-se a “confrontações entre responsáveis político-administrativos e especialistas das instituições”, nas políticas sociais que os países têm que adoptar, Correia (2003).

Guillemard (1972), definiu políticas de velhice, referindo-se a um conjunto de intervenções públicas ou acções colectivas que estruturam, de forma explícita ou implícita, as relações entre a velhice e a sociedade. Neste sentido, esta articulação far-se-à segundo três eixos políticos: a velhice e o direito social à reforma, os conflitos emergentes entre os intervenientes na solução dos problemas da velhice e o modo de participação dos idosos no modo de produção. A gestão pública da velhice reflecte, a cada momento, a forma de articulação entre a ordem do Estado e a ordem das relações sociais.

Na realidade, as pessoas idosas continuam a contribuir para a sociedade, como trabalhadores pagos e não pagos, como consumidores, como voluntários, como contribuidores para o bem-estar dos seus filhos e netos. Os maiores obstáculos para os contributos dos mais velhos são a marginalização, a exclusão, a doença e a pobreza, (OMS, 2002). É de consenso que idosos saudáveis, contribuem das mais diversas formas para o desenvolvimento. Neste contexto o envelhecimento não deve ser encarado como uma crise, se durante o processo de envelhecimento existirem medidas concretas e sustentadas para dar conhecimentos e competências a este grupo, para tomarem um papel activo no processo de desenvolvimento.

2.2 - O Envelhecimento Demográfico

A reforma já não implica obrigatoriamente a entrada para a terceira idade. Muitas pessoas na Europa deixam o seu mercado de trabalho, por muitas outras razões, como a reforma antecipada, desemprego, incapacidade, entre muitas outras. Ao mesmo tempo, com o aumento da esperança média de vida, as pessoas mais velhas deixam mais tarde os seus trabalhos, e com mais saúde, (Walker 1997). Estas alterações na estrutura da idade, na saúde e também nos padrões de emprego estão a transformar a natureza da idade mais avançada. Cada vez mais pessoas idosas estão a sobreviver sem as suas famílias; aqueles que têm famílias estão a entrar em novas relações intergeracionais de cuidados. No relatório da OCDE (2000), o envelhecimento da população pode vir a representar um défice considerável para os países nela representados, porque o envelhecimento demográfico poder-se-á fazer acompanhar de uma deterioração do estado de saúde médio da população com 65 e mais anos. Se esta deterioração se concretizar, é importante que seja analisada conjuntamente com a taxa de incapacidade, de forma a avaliar-se o impacto do envelhecimento sobre o bem-estar da população e sobre a economia.

Nos estudos existentes em Portugal, consideram-se pessoas idosas os homens e as mulheres com idade igual ou superior a 65 anos, idade que, no país, se associa à idade da reforma, (INE, 1999).

A distribuição da população idosa no nosso país não é homogénea, verificando-se a existência de uma assimetria geográfica coincidente com uma assimetria socioeconómica. Assim, a zona litoral, é pouco envelhecida, nos distritos de Braga, Porto Aveiro e Setúbal; a zona interior é mais envelhecida, nos distritos da Guarda, Castelo Branco e Portalegre. Às regiões autónomas dos Açores e da Madeira, pertencem os mais baixos níveis de envelhecimento do País, ou seja, são as zonas geográficas com os níveis de fecundidade mais elevados Ermida (1996b).

Segundo Ferreira, et al (2006), as implicações do envelhecimento, são analisadas em duas dimensões: pela base da pirâmide, com consequências sobretudo a longo prazo, nas gerações activas futuras e no dinamismo de mercado de trabalho; e pelo topo da pirâmide, com repercussões a curto prazo e dependendo o seu grau da maior ou menor longevidade da população. Observando os dados relativos ao índice de envelhecimento, ultrapassámos em 1999, pela primeira vez, a barreira dos 100 indivíduos. Este indicador registou um aumento contínuo nos últimos 40 anos, aumentando de 27 indivíduos idosos por cada 100 jovens, em 1960, para 103, em 2001, à data do censo.

3 – ASPECTOS DO ENVELHECIMENTO

De acordo com OMS (2002), as *Nações Unidas*, standardizou 60 anos como a idade patamar que caracteriza o grupo idoso. Pode, porém, parecer uma idade jovem, nos países desenvolvidos, onde o aumento da esperança de vida já é uma realidade. Contudo, qualquer que seja a idade padronizada para os diferentes contextos é importante ter a noção de que a idade cronológica não é uma marca precisa para as mudanças que acompanham o envelhecimento. É usual, em demografia, definir 60 ou 65 anos como o limiar que define a população idosa.

Nesta análise, a idade que foi considerada para a aplicação dos questionários, é igual ou superior a 65 anos (idade em que em Portugal se considera atingir a reforma).

O envelhecimento pode ser primário, designando um processo natural que se traduz por alterações da estrutura e do funcionamento das células, órgãos e sistemas, ao qual o indivíduo se pode adaptar satisfatoriamente com elevado grau de autonomia e bem-estar. Pode ser secundário, caracterizando-se pelo aparecimento de alterações anormais ou patológicas do processo de envelhecimento, condicionada por factores intrínsecos ou extrínsecos, que degeneram em doença. As pessoas idosas, podem ser consideradas idosas jovens, até 80/85 anos, geralmente com um grau de actividade que lhes permite o desempenho dos seus papéis quer ao nível da família quer ao nível da sociedade, podendo ser considerados activos em contextos de associações de voluntariado e muitas vezes enveredando por ocupações rentáveis que podem ajudar o orçamento familiar. Os idosos, com mais de 85 anos, são geralmente pessoas em que são vulgares situações de dependência provenientes da existência de patologias ou de situações crónicas, que não foram devidamente acompanhadas ou resolvidas, e que necessitam de apoio de terceiros.

No processo de envelhecimento intervêm factores directos, individuais, e indirectos, resultantes da sociedade, que induzem alterações na pessoa idosa: alterações biológicas com repercussões na auto-imagem e auto-estima, na participação familiar, social e mercado de trabalho, na realização de actividades sócio-recreativas e lúdicas; alterações decorrentes da sociedade como atitudes e

comportamentos de desvalorização das pessoas idosas, reforma, inactividade, conflito de gerações, e esquemas de protecção social insuficientes.

As alterações causadas pelo envelhecimento podem ser diferenciadas de indivíduo para indivíduo. Desenvolvem-se a um ritmo diferente para cada pessoa e dependem de factores externos como o estilo de vida, a situação económica, a profissão, o grau de escolaridade, o ambiente social e familiar em que está inserido, bem como factores intrínsecos, como a carga genética, o modo como aprende e reage aos fenómenos que o rodeiam, os comportamentos individuais, sociais e culturais, mais ou menos saudáveis e, adoptados por cada um.

Actualmente, assistimos também a um avanço significativo da ciência em relação à velhice e os aspectos que podem contribuir para a melhoria da qualidade de vida destas pessoas. O aumento da esperança média de vida deve-se essencialmente a uma melhoria da qualidade de vida ligada às condições económicas e sociais e ainda aos conhecimentos científicos a todos os níveis e conhecimentos das origens e tratamento das doenças, dos meios de prevenção e à melhoria significativa do saneamento básico e às medidas de higiene individual e em geral. A sociedade contemporânea acredita que, em sentido lato, as possíveis mudanças estruturais responderão pela melhoria da qualidade de vida da população, mas também, haverá necessidade de novos conceitos e modelos quanto à velhice, pois só esses, ancorados na ciência moderna do envelhecimento ajudarão a construir condições sócio-culturais favoráveis a uma boa velhice. Por outro lado assistimos que já é possível identificar um outro movimento expressivo e crescente dos próprios idosos, conscientes, actantes, que não aceitam esta relação de total abandono, conseqüentemente não o contemplam tão passivamente. Com mais energia e disposição participam de pequenos grupos da vida familiar, da comunidade: e a sociedade como um todo terá que forçosamente rever esta relação. Nas políticas deve ser estruturada a consciência deste fenómeno, e dar conhecimentos e competências aos cidadãos e estruturas de forma a criar condições para uma melhor qualidade de vida.

No que respeita a questões de género, a mulher, dada a quebra do mito da menopausa, fim da vida sexual e afectiva, está cada vez mais a conquistar autonomia e equilíbrio para ingressar no período pós-menopausa com dignidade e feminilidade. Com base nos seus recursos pessoais está a criar uma nova identidade social. Tem a possibilidade de utilizar a reposição hormonal, a medicina preventiva, ginecológica e ortomolecular (método terapêutico que vê na diminuição de radicais livres um meio de atenuar o processo de envelhecimento, e para tal usa doses elevadas de vitaminas). No homem, o envelhecimento é acompanhado por mudanças que podem ser sinais de insuficiência de testosterona; o tamanho e a

força dos músculos declinam, a gordura corporal aumenta, os ossos lentamente perdem o cálcio e o desempenho sexual diminui. Discute-se, actualmente, a utilização da reposição da testosterona, assim como a reposição através da medicina ortomolecular, (como é exemplo, o Viagra) e outra disponibilidade de suporte, que a ciência veio trazer para melhorar a qualidade de vida. Apesar das alterações hormonais, quer na mulher quer no homem, produzem mudanças no corpo físico e psicológico e conseqüentemente na imagem corporal e na sua auto-estima, a pessoa idosa que consegue superar esta crise e criar uma nova identidade corporal ao diferenciar estética de beleza, leva-os a sentirem-se seguros e "bonitos". Este processo psicológico, bem elaborado, pode proporcionar uma evolução afectivo-emocional positiva. Esta nova energia leva o idoso a criar um novo estilo de vida, propensos a novas experiências, interesses específicos, relacionamentos qualitativos e mais dispostos para participar de actividades culturais.

A sexualidade é outro preconceito enfrentado pelos idosos. A ideia de que as pessoas de idade avançada também mantêm relações sexuais não é, em geral, culturalmente aceite, preferindo-se ignorar e fazer desaparecer do imaginário colectivo a sexualidade da pessoa idosa. Contudo, o facto é que o desejo sexual não acaba com o passar dos anos, Dantas (2002). Por ser um tema pouco abordado pelos profissionais de saúde e, também, pela sociedade, a sexualidade na velhice é factor de constrangimento para os idosos, talvez por serem fruto de uma geração com uma educação severa, ou porque para muitos o acto sexual quando não destinado à reprodução era tido como pecaminoso. O autor defende, que o que é visto como problema, é a sexualidade que envolve normas, valores, heranças, atitudes e comportamentos, devendo reverter estes conceitos e trabalhá-los em benefício da normalidade, como contributos na qualidade de vida.

A visão do idoso como improdutivo e incapaz, dificulta a integração social do mesmo, afastando novos conceitos sociais sobre a velhice. Na família espera-se que compreendam a dependência do idoso, propiciando a este relações afectivas necessárias para a sua segurança, considerando as oscilações entre dependência e autonomia, caso contrário estamos a contribuir para uma velhice que transporta consigo a máscara do sofrimento, da solidão e depressão.

A sociedade deve estar preparada para reconhecer a solidão destes indivíduos, e oferecer uma real aceitação no entendimento de que a doença e a morte estarão sempre a ameaçar seu futuro. No entanto, a qualidade de vida pode intensificar o seu presente, dando motivos ao idoso de orgulho na sua existência em nome do seu passado, de forma a transmitir a sua caminhada e sabedoria decorrente, que é muito desvalorizada pela sociedade sem tradição.

O ser humano, em geral, encara termos como “gerontofobia”, medo irracional da idade avançada, baseado nos estereótipos culturais de enfraquecimento dos idosos, e *ageism*, termo criado por Robert N. Butler em 1973, preconceito e discriminação dos adultos mais jovens em relação aos idosos, ajustam à velhice uma série de clichés negativos e associando-a à doença, senilidade, dificuldades gerais, solidão e decadência (opiniões depreciativas partilhadas muitas vezes também pelo próprio idoso), são por vezes uma realidade nas sociedades industriais ou tecnológicas, onde não se admite alguém que não produza, como se nada mais pudesse fazer pela sociedade, Costa, E. (1998). Temos que ter em atenção que existe uma tendência a esquecer que “o velho” ou “o mais idoso” construiu e solidificou experiência e conhecimento: colocá-lo no esquecimento, é dar fim a valores históricos que perpassam gerações, é extinguir tradições da sociedade, é, enfim eliminar a memória e a experiência de um povo, tão útil para o crescimento e evolução da humanidade.

3.1 - Envelhecimento Activo

Nas sociedades euro-americanas emergiu uma modalidade particular de envelhecimento “o envelhecimento activo”. Esta expressão foi adoptada pela OMS, nos finais da década de 90 e traduz o processo de optimização das oportunidades de vida, em termos de saúde, de participação e de desenvolvimento multidimensional da pessoa, à medida que esta envelhece. Esta descrição, pretende uma redefinição positiva e construtiva do envelhecimento e da velhice, evocando imagens específicas de vitalidade, actividade e empreendedorismo, fomentando a reintegração na experiência participativa no mundo social contemporâneo. Encontra-se, no entanto, limitada por factores, como classe, estatuto socioeconómico e educacional, pelo que ainda constitui um eixo de desigualdade social, (Gomes, C. e Viegas, S., 2007),

As autoras mencionam Kenneth e Mary Gergen, que defendem uma suposta Nova Era do Envelhecimento, baseada na representatividade da população idosa resultante do envelhecimento populacional, nas novas oportunidades de vida decorrentes das novas tecnologias da comunicação e, por fim, numa melhoria significativa da situação económica deste segmento populacional. Emergindo destas dinâmicas sociais, a Nova Era do Envelhecimento propiciaria uma nova modalidade de envelhecimento que é descrita através de três tipos de ideais: o

modelo da “juventude eterna”, o modelo da “capacitação” e o modelo *sybaratic*, traduzido por “epicurista”.

O primeiro convencionou a ideia de que o mundo social contemporâneo oferece um vasto leque de estratégias para a reconstrução dos corpos, através da proliferação de técnicas, receituários, a hegemonia do envelhecimento activo e do “dever saúde” ampliando conceitos de beleza e sensualidade, passando a ser, o envelhecimento, um processo em aberto, que pode ser condicionado e retardado. Porém, o envelhecimento como processo aberto, não poderá ser ancorado unicamente no corpo. A sua redescção deverá, igualmente passar pelas dimensões mentais, comportamentais e relacionais. Este é o ponto central do segundo modelo de envelhecimento activo: o modelo de capacitação. O modelo de capacitação, advoga contrariar o processo de despersonalização que afectam os idosos de maneiras diferenciadas, por forma a encontrar formas que possibilitem a emancipação dos indivíduos, re-colocando-os em âmbitos sociais significativos, como trabalho, voluntariado, até mesmo lazer, permitindo o envolvimento activo na comunidade. A principal proposta deste modelo é o alargamento do conceito de produtividade para além da esfera do trabalho remunerado.

Por último, o modelo *sybaratic*, (o sibarismo é definido como desejo por prazeres e luxo) ou epicurista, manifesta-se numa pletora de actividades lúdicas e de desenvolvimento pessoal, sendo ilustrado facilmente pelo turismo sénior. O epicurismo, defende que a felicidade deve ser isenta de toda a dor ou perturbação e proporcionar a independência perfeita, libertando a existência das variações da fortuna. Este modelo tende, todavia, a restringir-se a pequenos grupos sociais com poder económico.

No contexto desta abordagem, novos conceitos de autonomia, envolvimento e participação são centrais. No entanto, a formação de novas imagens, e a possibilidade de lhes dar vida são contexto-dependentes, pois são imagens performatizáveis em contextos de uma burguesia média. Também a coexistência de uma significativa diversidade de modos de vivenciar e gerir o envelhecimento e a velhice demonstra que a ideologia do envelhecimento activo não se encontra ao dispor de todos, e que outros quadros de interpretação mantêm a sua validade e pertinência. Apesar dos seus limites, estes modelos contribuem para a desconstrução de assunções e imagens negativas sobre o envelhecimento e a velhice, favorecendo um novo discurso e transformando o destino do envelhecimento, de maneira a promover o prolongamento da vida activa, interpretando o envelhecimento como um processo de desenvolvimento em aberto.

As organizações internacionais têm dado um contributo importante para desmistificar a situação de “idoso”. O envolvimento dos mais velhos na vida social,

foi politicamente afirmada pela ONU aquando da celebração do ano de 1999 como Ano Internacional das Pessoas Idosas, onde foram definidos vários princípios: o “ princípio da dignidade”, de forma a garantir condições dignas de vida, de segurança e justiça; o “ princípio da autonomia”, que reforça a autonomia das pessoas idosas e em proporcionar rendimento digno, acesso à formação pessoal e uma participação mais activa na família e na comunidade; o “ princípio do desenvolvimento pessoal”, assumindo a terceira idade como fase de desenvolvimento, a ser promovida ao nível da educação, da cultura, dos tempos livres, entre outros; o “ acesso aos cuidados básicos”, focando a saúde como condição essencial; e por último o “ princípio da participação activa na sociedade”, que enfatiza o envolvimento dos indivíduos na definição e aplicação das políticas que, directa ou indirectamente, interferem na sua qualidade de vida.

Os poderes públicos em Portugal adoptaram princípios a favor das pessoas idosas, e existe um Programa Nacional para a Saúde das Pessoas Idosas que convencionou a promoção de um envelhecimento activo, ao longo de toda a vida.

Tendo em conta os determinantes comportamentais de um envelhecimento activo ao longo da vida, a adopção de estilos de vida mais saudáveis e uma atitude mais participativa na promoção do auto-cuidado, serão fundamentais para se viver com mais saúde e por mais anos, contrariando um dos mais frequentes mitos negativos, ligados ao envelhecimento, que considera ser tarde demais, quando se é mais idoso, para se alterar o modo como se vive.

As prevenções primária, secundária e terciária da deficiência, incapacidade, desvantagem e dependência na população idosa constituem assim, tendo em conta as diferenças com a idade e o género, uma abordagem prioritária e indispensável do sector da saúde no quadro da manutenção, o mais tempo possível, da máxima autonomia e independência daquelas pessoas, obrigando, concomitantemente, a uma mudança de mentalidades e de atitudes da população face ao envelhecimento e a uma intervenção intersectorial, em todos os níveis da sociedade, que promova a adaptação e melhoria dos enquadramentos ambientais e de suporte às suas principais necessidades.

O princípio básico deste Programa Nacional, visa informar sobre o envelhecimento activo e sobre as situações mais frequentes susceptíveis de influenciar a autonomia e independência das pessoas idosas, orientar, na área da saúde, a organização de todos os intervenientes, profissionais ou utilizadores e contribuir para a promoção de ambientes facilitadores da autonomia e independência, tendo em conta o impacto destas estratégias nos principais determinantes do envelhecimento activo de cada cidadão. Estabelece três grandes estratégias de intervenção nas áreas do envelhecimento activo, da organização e

prestação de cuidados de saúde e da promoção de ambientes facilitadores da autonomia e independência, estabelecendo recomendações para a acção que têm em conta a idade, as especificidades do género, a cultura e a estimulação da participação das pessoas idosas no sistema: **Promover um envelhecimento activo**, informando e formando as pessoas idosas sobre: actividade física moderada e regular e as melhores formas de a praticar; estimulação das funções cognitivas; gestão do ritmo sono-vigília; nutrição, hidratação, alimentação e eliminação, e, manutenção de um envelhecimento activo, nomeadamente na fase de reforma. **Adequar os cuidados às necessidades das pessoas idosas** identificando os determinantes da saúde da população idosa; as dificuldades mais frequentes no acesso da população idosa aos serviços e cuidados de saúde. Rastrear os critérios de fragilidade, através do Exame Periódico de Saúde (EPS). Informar a população idosa e famílias sobre: utilização correcta dos recursos necessários à saúde; abordagem das situações mais frequentes de dependência, nomeadamente por défices motores, sensoriais, cognitivos, ambientais e socio-familiares; abordagem das situações demenciais, nomeadamente da doença de Alzheimer, assim como sobre a prevenção da depressão e do luto patológico; abordagem da incontinência; promoção e recuperação da saúde oral; prevenção dos efeitos adversos da automedicação e polimedicação; prestação de cuidados domiciliários a pessoas idosas doentes ou com dependência. Orientar tecnicamente os prestadores de cuidados sobre: tipos e adequação de ajudas técnicas; abordagem da patologia incapacitante mais frequente nas pessoas idosas, nomeadamente fracturas, incontinência, perturbações do sono, perturbações ligadas à sexualidade, perturbações da memória, demências, nomeadamente doença de Alzheimer, doença de Parkinson, problemas auditivos, visuais, de comunicação e da fala; melhoria da acessibilidade à informação sobre medicamentos; adequação da prescrição medicamentosa às pessoas idosas; abordagem da fase final de vida; abordagem do luto; programação, organização, prestação e avaliação de cuidados de saúde no domicílio; abordagem multidisciplinar e intersectorial da saúde e da independência das pessoas idosas. **Promover o desenvolvimento de ambientes capacitados**, informando as pessoas idosas sobre: detecção e eliminação de barreiras arquitectónicas, assim como sobre tecnologias e serviços disponíveis favorecedores da sua segurança e independência, como, por exemplo, o serviço de telealarme; prevenção de acidentes domésticos e de lazer; utilização, em segurança, dos transportes rodoviários. Orientar tecnicamente os prestadores de cuidados sobre: prevenção de acidentes domésticos, de lazer e rodoviários; detecção e encaminhamento de casos de violência, abuso ou negligência em pessoas idosas.

Recomenda, igualmente, uma atenção especial às pessoas idosas mais frágeis e vulneráveis, considerando-se como situações de especial vulnerabilidade, a idade avançada, as alterações sensoriais, a desnutrição, o risco de quedas, a incontínência de esfíncteres e a polimedicação. Visa, ainda, contribuir para a consolidação de um pensamento estratégico, na área da política de saúde para os mais idosos, capaz de induzir mudança e inovação no sistema de saúde, aos vários níveis de intervenção, ser orientador das acções a nível local, incluindo as áreas da informação, formação e boas práticas e ser gerador de sinergias e de metodologias de intervenção noutros sectores, que concorram para a saúde e bem-estar desta população, tendo em conta e potenciando os projectos e programas nacionais já existentes.

A Direcção-Geral de Saúde elege, no âmbito do presente Programa, a Sociedade Portuguesa de Geriatria e Gerontologia como seu interlocutor científico permanente, sem prejuízo de recurso às colaborações necessárias, de outras sociedades científicas, instituições e associações de pessoas idosas.

Como finalidade, pretende contribuir para a generalização e prática do conceito de envelhecimento activo nas pessoas com 65 e mais anos de idade, assim como para a actuação sobre os determinantes da perda de autonomia e de independência, tendo como objectivo geral: obter ganhos em anos de vida com independência. Chama-se a atenção para a importância do envolvimento da comunicação social, dos professores e de outros grupos profissionais, nomeadamente ligados à segurança e aos transportes, dos responsáveis autárquicos e de todos os parceiros sociais, nas estratégias de intervenção dirigidas à saúde das pessoas idosas.

A Promoção da Saúde deve proporcionar meios para que a comunidade se torne *empowered*. Deve-se empregar o empowerment como acto de ganhar ou assumir poder, Labonte (1994). Neste sentido, o empowerment e a Promoção da Saúde são lentes conceptuais, que objectivam proporcionar meios, para que as pessoas consigam ter mais informação e competências para resolver e controlar o que afecta a sua saúde, não retirando contudo a responsabilidade do Estado, em determinados aspectos de respeito aos cuidados da saúde da sua população idosa. Deste modo, o envelhecimento deve ser uma preocupação real dos responsáveis dos programas de Saúde Pública, na medida em que estas podem interferir de forma positiva na longevidade com qualidade de vida. As estratégias dos programas devem ter em conta o processo global de envelhecimento, e ainda a valorização da identidade pessoal como factor positivo a otimizar o potencial de experiência de vida que essas pessoas possuem.

A perspectiva negativa, em geral, vê o idoso de forma depreciativa, como alguém retirado da sociedade sem nenhuma participação social, está a ser substituída com dinamismo por uma construção positiva da velhice. Não se pode ignorar que este é o momento em que o ser humano está mais próximo do fim de vida, onde as pequenas desilusões acontecem muitas vezes proporcionadas pelo afastamento nos processos de decisão, pelo aumento de doenças, pela diminuição da vitalidade e pela perda da imagem jovem, fazendo com que a pessoa idosa se confronte com o seu fim. O tempo torna-se mais curto e é exactamente por isso, que o indivíduo vai necessitar de gerar novas oportunidades de crescimento através da manutenção do domínio activo em relação à própria vida, (Torres, 1999).

“É fundamental manter-se como um ser competente e responsável que, dentro dos limites das suas incapacidades, é capaz de usar ao máximo as habilidades que ainda lhe restam (comportamento competente) e de preservar a sua autonomia, escolhendo a maneira pela qual deseja resolver seus problemas (conduta responsável)”, (Torres, 1999).

Nas actividades relacionadas com programas de Promoção da Saúde, empowerment é definido como “um processo que ajuda as pessoas a firmar seu controle sobre os factores que afectam a sua saúde” (Gibson, 1991 citado por Airhihenbuwa, 1994). É também sinónimo de aptidões de confronto, suporte mútuo, organização comunitária, sistema de suporte, participação da vizinhança, eficiência pessoal, competência, auto-estima e auto-suficiência. (Rappaport 1981; Kieffer 1984 citados por Airhihenbuwa, 1994). Neste sentido, o empowerment inclui-se no campo da Promoção da Saúde como uma estratégia de ganho de saúde, na medida em que se reconhece que a sua ausência pode constituir um factor de risco, na maximização dos factores de protecção e minimização dos factores de risco. É descrito como “um processo pelo qual indivíduos, comunidades e organizações obtém controle sobre suas vidas” (Rappaport citado por Minkler, 1992). Já Vasconcelos (2001), define empowerment como “o aumento do poder pessoal e colectivo de indivíduos e grupos sociais nas relações interpessoais e institucionais, principalmente daqueles submetidos a relações de opressão e dominação social.” Outros autores referem-no como a aptidão das pessoas conseguirem um entendimento e um controle sobre suas forças pessoais, sociais, económicas e políticas agindo para a melhoria da sua situação de vida (Wallerstein, 1994; Airhihenbuwa, 1994; Bernstein, 1994; Thursz, 1993).

Segundo Gutierrez (Bernstein et.al., 1994), o significado central do empowerment está no “ganho de poder”. Poder, neste sentido traduz a ideia da

capacidade de agir e criar mudanças numa desejada direcção. Deve-se entender o poder dentro de um relacionamento social, no qual os actores possam usar os recursos de poder pessoal, social e político, para criar mudanças. O entendimento mais comum no campo da saúde, deve ter uma conotação de valor baseada na conceptualização de poder compartilhado, ao invés do poder sobre o outro. Isto compreende que o empowerment deve permitir aos grupos desprivilegiados ganhar significado para mudar sua condição de opressão. Freire (citado por Bernstein et.al., 1994) diz-nos que o ganho de poder é feito através do desenvolvimento de uma consciência crítica envolvendo o entendimento de como as relações de poder na sociedade moldam as experiências e percepções de cada pessoa. O sentido de como os membros de um grupo podem afectar as circunstâncias da vida, é crucial para identificar a falta de poder, como uma fonte de problemas, no sentido de alcançar uma mudança social mais do que a individual (Gutierrez, 1992 citado por Bernstein et. al., 1994). É um conceito que pressupõe uma construção a nível individual, quando se refere a variáveis intra-físicas e comportamentais, a nível organizacional, quando se refere à mobilização de recursos e oportunidades participativas, a nível comunitário, quando estrutura mudanças sociais e sócio políticas. Wallerstein & Bernstein (1994) ainda identificam três níveis de empowerment: a) individual ou psicológico, referente a habilidade do indivíduo na toma de decisões e no controle sobre a sua própria vida. Este nível combina eficiência pessoal e competência, um sentido de domínio e controle, e um processo de participação para influenciar instituições e decisões; b) organizacional referente ao controle democrático onde cada membro compartilha informação e poder, e, c) comunitário onde indivíduos e organizações aplicam as suas habilidades e recursos nos esforços colectivos para defrontar suas respectivas necessidades. Este nível tem a possibilidade de influenciar decisões e mudanças no sistema social mais amplo.

Braithwaite (Bernstein et al., 1994) aponta alguns indicadores do empowerment. É efectivo quando: um grupo e/ou organização, sustenta seus esforços positivos durante muitos anos, se há mudanças físicas significativas na vizinhança ou na comunidade, quando, substancialmente, mais membros da comunidade são envolvidos na forma de manutenção da decisão tomada pela comunidade, quando mais pessoas criam e ganham oportunidades de emprego; quando a taxa de mortalidade diminui, e finalmente, quando a autodeterminação e a solução dos problemas da comunidade são encaminhadas para os cidadãos, numa modalidade de plano estratégico. Quando o empowerment é efectivado, racismo,

sexismo, envelhecimento e problemas de classe são colocados em questão, minimizando essas forças sociais negativas.

O empowerment dos idosos é como uma prioridade, justificando, que com a longevidade há geralmente um processo de *desempowerment*. Mudanças sociais nos modos de agir podem levar a uma perda de poder da autonomia e independência individual. Tipicamente, a interacção de factores individuais e sociais, na velhice trazem um ciclo negativo, resultando na necessidade de reverter esse ciclo através do “*re-empowerment*” (Myers citado por Cusack, 1999). No processo de *desempowerment*, a velhice torna as pessoas particularmente vulneráveis à análise e percepções sociais existindo perda real do poder pessoal. A tendência para uma vulnerabilidade psicológica e emocional, que advém da falência e queda social, parece ser previsível. Acontecem fenómenos que estão fora do controle dos indivíduos, como o confronto com a morte pela perda de familiares e amigos, a saída do mercado de trabalho pela reforma, a perda involuntária do emprego, o maior índice de doenças devido ao declínio da vitalidade. Este processo pelo qual os idosos activos experimentam ajustamento negativo na idade avançada foi descrito por J. Kuypers e Vern Bengt’son (1973) como “Falência Social” (citados por Myers, 1993), onde a interacção entre investimento social e valor pessoal resulta num ciclo de auto-perpetuação de funções psicologicamente negativas. Entretanto, é possível intervir nessa espiral negativa do processo de falência social, através de duas estratégias: reconstrução social, descrita por Kuypers and Bengtson (citados por Myers, 1993) e empowerment por meio da prevenção e do bem-estar.

A reconstrução social, refere-se ao processo de interrupção da falência social, pelo aumento das competências nas pessoas idosas, através da selecção de intervenções psicológicas, sociais e ambientais, no desenvolvimento de actividades nas quais possam encontrar significado e perspectivas, (Myers, 1993). Numa óptica social é importante mudar as colocações negativas para as pessoas idosas. Na toma de decisões, ao invés de agir pelas pessoas idosas, a meta deve ser desenvolver actividades que permitam às pessoas idosas fazerem parte do processo de decisão, respeitante aos eventos das suas próprias vidas.

Myers (1993) salienta, que este modelo de falência social e a intervenção na reconstrução social, só têm eficácia para sociedades ocidentais, onde a visão do processo de envelhecimento é, ainda, pejorativa. É importante o contexto onde se dá o processo de empowerment. Este modelo é ineficaz em explicar ou predizer o ajustamento da velhice, em sociedades onde se espera que as pessoas vivam uma

vida passiva, na velhice; ou naquelas, onde o envelhecimento é visto positivamente, com respeito e veneração.

Minkler (1992) desenvolveu um projecto prático e teórico sobre empowerment de idosos, nos Estados Unidos, denominado Tenderloin Senior Organization Project – TSOP - reflecte a definição de Promoção da Saúde como um meio de ajuda de indivíduos e comunidade a terem um maior controle sobre os factores que influenciam sua saúde. Através deste projecto, os idosos de baixa renda identificaram e focalizaram problemas comuns e desenvolveram associações de inquilinos e outras organizações comunitárias de base, proporcionando o desenvolvimento de uma “comunidade competente”. Uma das bases teóricas deste projecto-piloto, TSOP, é a Teoria do Apoio Social, elaborada pelo epidemiologista social Cassel (1974). A partir da sua observação, verificou que a ausência de suporte social faz com que o indivíduo fique mais susceptível a doenças. A hipótese é de que o apoio social trabalha para manter as pessoas saudáveis, exercendo a função de mediação do tempo de *stress* e auxiliando no curto-circuito da resposta à doença, que geralmente segue à maioria dos eventos causadores de stress de vida (citado por Minkler, 1992).

De igual modo o apoio social pode influenciar a saúde pelo aumento do sentido de controlo individual, que, por sua vez, pode levar a um resultado positivo na saúde. Langer (1981) e Rodin (1986 citado por Minkler, 1992) demonstraram a influência do aumento do sentido de responsabilidade e de controlo, no estado da saúde de idosos institucionalizados, e examinaram a implicação das suas descobertas em outros grupos de população de idosos. Os problemas ligados ao processo de envelhecimento, podem estar na falta de controlo dos idosos sobre suas vidas, induzida pelo meio-ambiente no caso, a institucionalização. Segundo o autor, a diminuição na oportunidade de interacção com outras pessoas e uma menor participação nos processos de decisão podem estar entre os factores que contribuem para a diminuição de controlo que, por sua vez, afecta a morbilidade e a mortalidade. Esta condição tem uma importante implicação para os idosos, que tem a sua rede social diminuída e o poder de decisão cercado pelos familiares ou pela instituição, que retiram a autonomia dos idosos de se responsabilizarem sobre suas vidas. Nesse sentido, o processo de empowerment torna-se algo relevante para se trabalhar o campo do envelhecimento e naturalmente em programas de Promoção da Saúde. Schindler (1999) salienta, que para se trabalhar com idosos, é preciso colocá-los como ponto central do processo de ajuda, numa abordagem pós-modernista do *empowerment*, onde “todo fenómeno é significativo e causal somente quando incorporado num processo psicológico de criação do seu próprio texto e

narração". Minkler (1985), ao estudar a relação entre apoio social e envelhecimento, aponta três eventos no processo de envelhecimento: o luto, a reforma e a deslocação involuntária. Segundo a autora, tanto o apoio social como o sentido de controlo são elementos chave, para entender a natureza e a intensidade do impacto destes eventos na velhice, caracterizados pela perda de suporte social.

Diferentes estudos sobre mortalidade e luto, demonstraram um elevado índice de mortalidade, nas pessoas acima dos 50 anos, nos seis meses após a viuvez (Parkes, Benjamin and Fitzgerald 1969 citados por Minkler, 1985). Relativamente à reforma, é importante ter em conta se a reforma é voluntária ou não, e o tempo em que esse acontecimento ocorre no ciclo de vida. Minkler cita um estudo longitudinal, feito por Wan's (1982) sobre a relação entre a reforma e o seu efeito na saúde, onde é constatado que a reforma, por si, não tem um efeito significativo na saúde. Porém, é observado um efeito sinérgico na reforma em combinação com outros eventos de vida. Nesse estudo, também se observa, que a rede social não apresenta efeito directo na saúde, mas que ela aparece, como tendo um efeito negativo directo no montante das mudanças e experiências de vida.

Em relação à deslocação involuntária, Minkler (1985) estudos indicam que a deslocação não planeada ou involuntária apresenta efeitos negativos na saúde das pessoas idosas (Lawton, 1980; Kasl & Rosenfield, 1980 citados por Minkler, 1985). Desta forma, o apoio social tem a sua contribuição, no sentido de "criar uma sensação de coerência da vida e de controlo sobre a mesma, o que, por sua vez, afecta o estado de saúde das pessoas de uma forma benéfica" (Cassel, 1976 citado por Valla, 1998). As pessoas com menos oportunidades de participar no processo de toma de decisões, geram um sentimento de falta de controlo, o que consequentemente, afecta a sua morbilidade e mortalidade: "uma sensação de não poder controlar sua própria vida juntamente com a sensação de isolamento podem ser relacionados com o processo saúde-doença" (Valla, 1999).

Nesse ponto, apoio social faz a intersecção com empowerment: *"Se por um lado, o apoio social oferece a possibilidade de realizar a prevenção através da solidariedade e do apoio mútuo, por outro, oferece uma discussão para os grupos sociais sobre o controle do seu próprio destino e autonomia das pessoas perante o domínio médico, através da "nova" concepção do homem como uma unidade."* (Tognoni, 1991; Valla 1997b citados por Valla, 1999).

Outro conceito, directamente relacionado com o apoio social, é o de rede social, definido por Sluzki (1997), como *"a soma de todas as relações que um*

indivíduo percebe como significativas ou que define como diferenciadas da massa anónima da sociedade.” Nesta rede estão incluídas todas as relações do indivíduo, divididas em família, amizades, relações de trabalho ou escolares e relações comunitárias.

Vários estudos epidemiológicos fazem a correlação positiva entre rede social e saúde (Holmes, 1956; Tilman e Hobbs, 1949; Gore, 1973; citados por Sluzki, 1997). Aponta que *“a pobreza relativa de relações sociais constitui um factor de risco para a saúde comparável ao fumar, à tensão arterial elevada, à obesidade e a ausência de actividade física. Esses esboços de direcionalidade da correlação entre rede e saúde possui importantes implicações clínicas assim como para o planeamento da saúde pública”*. Ao examinar a evolução do mapa da rede social, durante o ciclo de vida, observam-se três factores que ocorrem no envelhecimento e que causam impacto na rede social pessoal: a) redução dos vínculos existentes, por morte, ou enfraquecimento dos seus membros, o que vai causar uma retracção da rede social; b) menos oportunidade para renovação da rede social, assim como menos motivação para estabelecer novos vínculos e c) maior dificuldade para a manutenção da rede social, devido à diminuição da mobilidade e da acuidade sensorial, reduzindo as habilidades e o interesse em expandir a rede. Com isso, as pessoas idosas tendem a reduzir os seus contactos sociais e os seus vínculos, ficando cada vez mais recolhidas às relações familiares.

Outro aspecto importante é que a reforma provoca muitas vezes a diminuição da vida social das pessoas desaparecendo os vínculos com as pessoas da mesma geração, o que provoca um enfraquecimento do apoio da história pessoal. A depressão, quadro clínico muito frequente na velhice, resulta da solidão, da perda de papéis, de lembranças, de funções e conseqüentemente, da identidade e da imagem que a pessoa faz de si. Isto relaciona-se com a evolução da curva da rede social que apresenta uma ascensão nos primeiros anos de vida, até a idade adulta, pela incorporação de novos vínculos adquiridos na escola, namoro, trabalho, festas; seguida de um período de estabilidade, com o casamento, filhos e trabalho; e por fim, uma retracção, na qual as relações se vão extinguindo, pela morte de amigos e parentes, pela reforma, pela saída dos filhos de casa.

4 - QUALIDADE DE VIDA

A qualidade de vida e a busca pela melhoria dessa qualidade de vida é uma procura permanente do ser humano. Ao fazer esta afirmação, descreve-se uma das características fundamentais da nossa espécie – o que provavelmente nos diferencia dos demais animais – a eterna necessidade de querer viver bem, de constantemente vislumbrar novas condições para melhoria do quotidiano, de tentar superar as condições mais adversas por outras tanto melhores. Mas porquê insistir na expressão “qualidade de vida” e não em termos similares, tais como “condições de vida” ou, ainda, “desenvolvimento humano”? Ao reflectirmos sobre o significado genérico da palavra qualidade veremos que esta é definida como “aquilo que caracteriza uma coisa”, que adjectiva, que possibilita a designação de uma determinada particularidade, de um valor. Basta que se fale que determinadas acções, ou atitudes, tenham a finalidade de melhorar a qualidade de vida das pessoas, que é como se, por si só, já estivesse subentendido o que esta expressão quer dizer. No nosso imaginário, imediatamente relacionamos as acções e atitudes que estão ligadas a um determinado discurso pela melhoria da qualidade de vida de um grupo ou segmento social, com o que nós consideramos como uma boa qualidade de vida para a sociedade, ou para outros indivíduos. Ou seja, imprimimos na nossa interpretação sobre o termo um julgamento valorativo em relação ao que seja uma boa, regular ou péssima qualidade de vida. Com estas considerações, podemos afirmar que muito de subjectivo está inegavelmente relacionado ao significado do termo “qualidade”, já que a designação desta palavra está vinculada a uma percepção pessoal. Desta forma, a busca por uma definição meramente quantitativa, pautada apenas em indicadores pré-estabelecidos (como por exemplo, renda, grau de instrução, condições de vida, etc.), mostra-se insuficiente, pois omite dados importantes referentes às percepções, julgamentos e valores que cada um dos indivíduos possui em relação ao termo “qualidade”.

Uma primeira análise deve ser feita, nomeadamente que a percepção subjectiva sobre o que seja qualidade de vida está incontestavelmente ligada a vários aspectos que são intrínsecos a cada ser humano individualmente, à condição social dos indivíduos, isto porque as condições concretas de cada um impõem percepções, aspirações, projectos e sonhos de formas distintas para cada um dos

indivíduos, das mais diversas classes sociais, inclusive no interior de uma mesma classe. Assim, devemos ter presente que as noções, entendimentos explícitos e implícitos, pré-noções e julgamentos, em relação ao significado da expressão “qualidade de vida”, não estão isentos de uma caracterização quer individual quer social, sendo o meio social aquele que influencia de forma importante os padrões de entendimento daquilo que é considerado como um bom estilo de vida, ou uma vida com qualidade. O meio ambiente social também é considerado importante para adoptar padrões e definições sobre o que seja uma boa ou má qualidade de vida, além de dependerem da inserção do indivíduo em determinada classe social, comunidade ou grupo, estando estes também intimamente relacionados à época histórica e ao grau de desenvolvimento da sociedade, como um todo.

Os antecedentes históricos de desenvolvimento do ser humano da sua estruturação leva-nos a reflectir sobre questões como o que foi, o domínio de técnicas adequadas para a produção do fogo, no período Neolítico, que, traduziu à época um enorme salto em termos de qualidade de vida. Com o fogo o homem passou a se proteger do frio e dos predadores, além de poder cozinhar os alimentos, aumentando substancialmente a sua qualidade de vida.

Outro marco importante, remete ao período denominado como Proto-História, com a invenção da roda, cerca de 4000 a.C., proporcionou a substituição dos antigos trenós por carros de duas e quatro rodas. Este facto revolucionou a vida do ser humano, pois facilitou não só a sua locomoção, mas também o transporte de cargas, melhorando de uma forma extraordinária e importante sua qualidade de vida. Outros autores que se têm debruçado sobre estas questões, apontam contudo para outros aspectos. Bodstein (1997) lembra que na polis da Grécia Antiga, o bem-estar humano não dependia somente de descobertas naturais e de artefactos técnicos, mas estava fortemente vinculado à participação na vida pública, espaço de liberdade e de igualdade entre os que eram designados cidadãos, isto é, para aqueles que participavam da dimensão social e política, claramente expressa sobretudo nas cidades. Assim, participar da vida pública adquiria nesse contexto um sentido preciso: uma realização, uma conquista e, portanto, uma acção que se projectava para além das necessidades biológicas do homem.

Esta incorporação da dimensão social e política ao conceito de qualidade de vida, tem sido aprofundada através dos tempos, tendo especial relevo no Mundo Moderno. Buarque (1993) realça que “do final do século XVIII e a partir do XIX, com a Revolução Industrial, a qualidade de vida passou a ter outros requisitos, nomeadamente ser equivalente a viver no sector urbano, dispor de máquinas que fizessem algum do trabalho pesado e outros.

Nestes moldes de evolução do conceito a nível histórico, pretende-se reforçar a ideia de que o que determina a qualidade de vida é também uma condição histórica e social. Ao julgar quais seriam os elementos indicadores de uma boa qualidade de vida a resposta dada por determinada pessoa, indiscutivelmente, tem subjacente por estes factores sociais e históricos, embora nem sempre conscientes e explicitados. Quanto à inserção de classe, esta também é fundamental porque o campo de possibilidades de desejar algo melhor está circunscrito na realidade vivida e nas reais possibilidades que se foram desenvolvendo e apresentando ao longo da vida.

Crocker (1993) num artigo sobre o enfoque do economista indiano Amartya Sen e da filósofa grega Martha Nussbaum, acerca de qualidade de vida e desenvolvimento, fornece alguns subsídios para análise, ao destacar um ponto de partida importante, apontado por Nussbaum, para a definição deste termo: devemos perguntar quais as coisas que nos cercam que são tão importantes, tão relevantes a ponto de que, se elas não existissem, não poderíamos considerar um indivíduo como pessoa. O que diferencia o ser humano dos outros animais é justamente a necessidade de ultrapassar condições físicas para a sua sobrevivência. Para além disto, o ser humano só se desenvolve como pessoa através de aspectos sócio culturais, sendo que para o seu desenvolvimento emocional e psíquico, o indivíduo necessita de carinho, de amor, do contacto com o outro. Podemos talvez considerar que, com a supressão de todos estes elementos, o Homem tornar-se-ia apenas mais uma espécie do reino animal.

Temos ainda que considerar que no conceito de qualidade de vida, existem, sem dúvida, alguns bens materiais (em seu sentido genérico, que incluem as artes, a diversão e o lazer) e o seu consumo são indispensáveis para atender às necessidades humanas, visto que, sem eles, o desgaste físico ao qual estamos sujeitos no quotidiano, oriundo de uma maior carga de trabalho, reduziria a nossa qualidade de vida. Sem mencionar o facto de que estaríamos privados do prazer proporcionados por eles.

Existem ainda necessidades, ou percepções de necessidades, que são criadas pelo ambiente onde vivemos. A actual sociedade está constantemente a produzir novas necessidades, associando a satisfação das mesmas ao bem-estar (ou felicidade), através da via do consumo. Crocker (1993) destaca que, de acordo com os relatos de Adam Smith, no século XVIII, na Inglaterra, havia a obrigatoriedade dos homens usarem camisas de linho em aparições públicas. A importância de estar na moda, para aparecer em público, sem sentir vergonha, fazia da camisa de linho uma necessidade. Na actual sociedade de informação e

comunicação, podemos dizer que hoje as necessidades são, primordialmente, originadas pelos media que ditam a moda e os costumes.

Para Buarque (1993), foi neste século que o conceito de qualidade de vida passou a ser associado à aquisição de bens, e acrescenta que “o consumo de massa passou a ser símbolo da utopia e padrão de medição de qualidade de vida”. Em outros termos, o bem-estar deixa, com a Modernidade, de ser proporcionado por um objecto que poderia facilitar a vida quotidiana, sendo o consumo em si – o ter – o determinante deste bem-estar, ou seja, “o adicional de qualidade de vida que [o bem material] gera passou a ser identificado com o simbolismo de acesso a ele” (Buarque, 1993).

Elster (1992) também ressalta este ponto, ao discutir que os argumentos postos em defesa do moderado capitalismo actual enfatizam que a melhor vida para o indivíduo está pautada no consumo e que este último deve ser valorizado porque está directamente relacionado à felicidade ou bem-estar.

Mais uma vez, deve-se reforçar que não se sugere aqui que os bens materiais, que facilitam a vida do homem, sejam dissociados do conceito de bem-estar, muito pelo contrário, “as pessoas sequer podem ser, para não falar em ter bem-estar ou uma boa vida, se não dispõem de certos bens” (Crocker, 1993). O que importa enfatizar é que não é só através do consumo, promovido continuamente pelos meios de comunicação, que o homem pode alcançar o bem-estar, a felicidade. Até mesmo porque, sob o ponto de vista prático, a felicidade proporcionada por determinado bem material é momentânea se for fruto apenas de um consumismo compulsivo.

Estas considerações servem para pontuar que a qualidade de vida se exerce, também, numa esfera social, portanto, não podemos ignorar os acontecimentos globais que ocorrem actualmente que afectam directamente toda a comunidade humana. A globalização é um deles, pois altera a relação das pessoas com o trabalho e com o meio ambiente. Além disso, acentua as desigualdades sociais e a pobreza, contribuindo, desta forma, para a diminuição da qualidade de vida de grandes contingentes populacionais.

Mas este processo de globalização também possui inúmeros aspectos positivos tais como, o acesso aos bens facilitadores da vida moderna (electrodomésticos, meios de transporte, etc.) que recebem aqui um destaque devido ao enorme contributo que eles dão à maioria dos seres humanos no que diz respeito à melhoria do bem-estar e, conseqüentemente, da qualidade de vida.

A qualidade de vida depende também da adopção de princípios éticos por parte de toda a sociedade. Tais princípios, segundo Almeida & Schramm (1999), referem-se “à busca daquilo que se pode julgar como o bem (ou o bom) numa determinada época ou sociedade”. A relativização das normas morais, a falta de

solidariedade e o individualismo demonstram o quanto fragilizados estão estes conceitos que primam pelo bem comum.

A Organização Mundial de Saúde define a expressão como “a percepção, por parte de indivíduos ou grupos, da satisfação das suas necessidades e daquilo que não lhes é recusado nas ocasiões propícias à sua realização e à sua felicidade, ou “ percepção do indivíduo da sua posição na vida, no contexto da cultura e sistema de valores nos quais ele vive e em relação aos seus objectivos, expectativas, padrões e preocupações” (WHOQOL Group, 1995, WHOQOL Group, 1996), (revista de *Psiquiatria Clínica* Janeiro/ Março, 2006 vol.27 nº1). Apesar da subjectividade do conceito, a nível individual e até social, mas atendendo ao objectivo desta mensagem, relevamos a importância de cuidarmos, profissional e socialmente, os idosos, olhando-os e aceitando-os como seres de direitos que são, independentemente da sua situação de autonomia física ou dependência, de institucionalizados ou não, vivendo sós ou na companhia de alguém, saudáveis ou doentes. Em qualquer destes casos, pessoas com direito à escolha livre e esclarecida, sobre as decisões que outros possam tomar sobre si, considerando ser o melhor. O melhor para cada um, ele próprio o saberá dizer, e cabe a cada um de nós saber escutar e respeitar o que, o aumentar de anos de vida gravou na singularidade da pessoa a quem chamamos idosa. Manter a qualidade de vida na pessoa idosa, implica que se olhe para ela e veja alguém que continua senhor de si e da sua vontade, consciente do seu corpo, ou que, com certeza, terá alguém que legalmente o represente. Respeitar a sua autonomia, utilizar a verdadeira beneficência e lutar pela equidade no acesso a tudo o que tem direito é um dever da sociedade a que todos pertencemos.

Associado ao conceito de qualidade de vida, está o conceito de comunidade. O desenvolvimento das comunidades, baseia-se na participação ou associação activa dos indivíduos, contribuindo para uma comunidade empowered e participação comunitária, de forma a alcançar bem-estar e uma vida positiva, especialmente nos domínios mental e social. Viver cada vez mais, desejo da maioria das pessoas, pode resultar numa sobrevida marcada por incapacidades e dependência. O desafio é consegui-lo, com melhor qualidade de vida. Para os profissionais de saúde, que atendem a população idosa, há outro desafio: como medir qualidade de vida, não apenas para fazer um retrato da velhice, mas, principalmente, para avaliar o impacto de tratamentos, condutas e políticas, corrigir orientações, deslocar recursos e planear serviços.

Historicamente, após a Segunda Guerra Mundial, a qualidade de vida tornou-se importante, significando melhoria do padrão de vida. Paulatinamente o

conceito foi ampliado, englobando o desenvolvimento socioeconómico e humano e a percepção das pessoas a respeito pelas suas vidas. Existem várias correntes de pensamento, complementares entre si, sobre o seu significado. Além disso, no decorrer do tempo, a forma de avaliação foi-se alterando, passando de uma avaliação baseada em parâmetros objectivos, ou idealizados pelo pesquisador, para outra que valoriza a percepção subjectiva das pessoas. O novo paradigma de saúde, depois da Conferência da Alma Ata (1978), veio trazer um novo conceito de saúde, que envolve a integração gradual de avaliações de qualidade de vida, incorporadas às práticas do sector de saúde. O número de instrumentos é enorme, poucos especificamente construídos para idosos, contudo os avanços dos conhecimentos, a todos os níveis, colocam à nossa disposição instrumentos que podem ajudar a manter uma qualidade de vida física muito mais adequada para a população idosa. Contudo essa qualidade de vida passa também pelas condições do meio ambiente físico, emocional e sobretudo de uma grande humanização.

Para Ornelas (2008), a Psicologia Comunitária, relaciona o bem-estar individual com o contexto social e político mais abrangente, procurando compreender os impactos das condições ambientais nos problemas de comportamento, facilitar os processos de ajustamento entre as pessoas e os seus ambientes e aumentar a qualidade de vida das comunidades, no sentido de prevenir os problemas sociais e de saúde mental e promover o bem-estar de toda a população. Focaliza-se, assim, na promoção da saúde e dos comportamentos saudáveis.

A Psicologia Comunitária baseia-se em sete valores fundamentais: bem-estar individual, sentido de comunidade, justiça social, participação cívica, colaboração e fortalecimento comunitário, o respeito pela diversidade humana e a fundamentação empírica, (Wandersman et al., (2001). O bem-estar individual, refere-se à saúde física e psicológica, incluindo a presença de capacidades sócio-emocionais para manter essa saúde. Sintomas de perturbações psicológicas, indicadores de competências de cooperação e a avaliação do bem-estar pessoal, são com frequência variáveis ou critérios a valorizar para a pesquisa e intervenção da psicologia comunitária. Ao aplicar este valor, os psicólogos comunitários ajudaram a desenvolver, a fortalecer através da pesquisa, os programas comunitários e as organizações preocupadas com: prevenção de comportamentos inadequados, o desenvolvimento de competências ou capacidades para *coping* adaptativo, apoio social no *coping* e ajuda individual ou de grupos e programas interventivos em instituições não clínicas. Os psicólogos comunitários evidenciaram que as intervenções preventivas na comunidade são eficazes, em todas as faixas etárias

(Albee & Gullota, 1997; Cowen 1994; Durlak & Wells, 1997, 1998; Heler 1990; Price, Cowe, Lorion, & Ramos-McKay, 1998).

O sentido de comunidade refere-se ao sentimento de pertença e compromisso mútuo, que incutem os indivíduos numa colectividade, (D.W. McMillan & Chavis, 1986; S.B. Sarason, 1974). É aplicado de forma a estudar e a trabalhar para o fortalecimento das comunidades podendo incluir bairros, comunidades várias, nomeadamente religiosas, espirituais e outras.

A justiça social, segundo Prilleltensky (1999) implica uma igualdade de fontes, oportunidades, obrigações no ganho de poder na sociedade como um todo. A forma de os psicólogos comunitários aplicarem este valor é a pesquisa que deverá ter em conta factores sociais e económicos que afectam o bem-estar individual. Também envolve a verificação das políticas que promovem e disponibilizam os serviços para o bem-estar de todos os membros da comunidade.

A participação dos indivíduos contextualiza-se em processos pacíficos, de respeito e de colaboração activa, no sentido de tomar decisões que permitem a todos os membros da comunidade um envolvimento significativo (Prilleltensky, 1999). Ao nível ecológico, a participação dos indivíduos em actividades comunitárias, também se refere à capacidade de a comunidade participar em decisões que determinam o seu futuro. Todos estes aspectos estão relacionados com o conceito de empowerment (Rappaport, 1987, 1995; Zimmerman & Perkins, 1995), em que a ideia de as comunidades participarem na definição dos problemas ou questões que os afectam, e na escolha e decisão de como os ultrapassar, é fundamental para a perspectiva da psicologia comunitária.

A colaboração e fortalecimento comunitário envolve relacionamentos e interacções entre todos os agentes, profissionais e comunidade, nomeadamente a comunidade de psicólogos e cidadãos com quem trabalham, onde se procuram criar relações colaborativas em que técnicos de diversas áreas como os psicólogos comunitários e os membros da comunidade contribuem com conhecimentos e fontes, e onde ambos participam no processo de definição de objectivos e na tomada de decisões (Kelly, 1986; Tyler, Pargament & Gatz, 1983).

O respeito pela diversidade humana reconhece e valoriza a variedade das comunidades e das identidades sociais, baseado no género, estatuto sócio económico, idade, entre outros. Compreender os indivíduos nas suas comunidades, requer o respeito pela diversidade (Trickett, 1996). A procura das forças e das fontes em todas as culturas e nas populações, identificar forças e capacidades para

sobrevivência, de forma a promover o sentimento de comunidade. Envolve genuinamente a aceitação de diferentes pessoas e grupos como iguais.

No contexto da psicologia comunitária e na sua acção prática, os psicólogos comunitários aceitam que a toda a pesquisa estão inerentes valores, e que a pesquisa teórica conceitos e conhecimentos são ajustados aos seus valores e preconceitos. Procuram identificar, compreender e definir os problemas das comunidades e assuntos que podem ser estudados na pesquisa. As bases empíricas da psicologia comunitária não significam apenas pesquisa experimental ou quantitativa. A pesquisa qualitativa assumiu um papel mais importante na compreensão da vida em comunidade, associada a métodos quantitativos adaptados às comunidades em estudo (Dalton et al, 2001).

A Carta de Ottawa (1986) estabelece como uma das estratégias para se trabalhar no campo da Promoção de Saúde, a capacitação, onde *“os indivíduos e as comunidades devem ter oportunidade de conhecer e controlar os factores determinantes da sua saúde. Ambientes favoráveis, acesso à informação, bem como oportunidades para fazer escolhas mais saudáveis, estão entre os principais elementos capacitantes”*, (Buss, 2000a).

Neste contexto, a Promoção da Saúde aborda o conceito de empowerment, por meio da sua inserção no campo de acção do Reforço da Acção Comunitária/Participação Comunitária. Esse campo de acção é definido como o processo de desenvolvimento, na comunidade, da capacidade de controlo e de competências para gerar mudanças nos condicionantes sociais da saúde, através da mobilização colectiva (Buss et. al., 2000b). A ajuda recíproca, onde cada um cuida de si e dos outros, é um dos temas centrais da proposta de intensificar a auto-assistência e o apoio social, para desenvolver sistemas flexíveis do reforço e da participação comunitária, na direcção dos aspectos da saúde (Buss et. al., 2000b). O empowerment insere-se no desenvolvimento de capacidades pessoais como resultado da percepção, pelas autoridades sanitárias, do quadro caracterizado pelo envelhecimento populacional, aumento da morbilidade e doenças crónico-degenerativas, assim como, pelo entendimento, de que as causas ou factores de risco mais importante estão relacionados com comportamentos individuais, modos de vida ou riscos existentes no local de trabalho e no meio-ambiente. Neste contexto, é essencial capacitar as pessoas para uma aprendizagem ao longo de toda a vida, preparando-se para as diversas fases da existência que incluem o confronto de doenças crónicas e das causas externas que afectam a saúde (Buss et.al., 2000b).

Nesta concepção, a Promoção da Saúde apresenta como interface, a educação em saúde, que objectiva a melhoria da auto-estima pela diminuição da alienação e incremento dos conhecimentos abrindo o campo de possibilidades de escolhas do indivíduo, deixando-o livre para decidir sobre seus comportamentos. Com isso, busca-se maximizar as opções disponíveis para que a população exerça maior controlo sobre sua própria saúde e sobre o meio-ambiente e para que a opção seja voltada para tudo aquilo que proporcione saúde (Carta de Ottawa, 1986 apud Buss et. al, 2000b).

5 - CARACTERIZAÇÃO DO CONCELHO E CENTRO DE SAÚDE DE CASCAIS

Atendendo a que a população alvo, é utente do Centro de Saúde de Cascais, seguidamente será efectuada a caracterização demográfica, geográfica e socioeconómica do Concelho de Cascais.

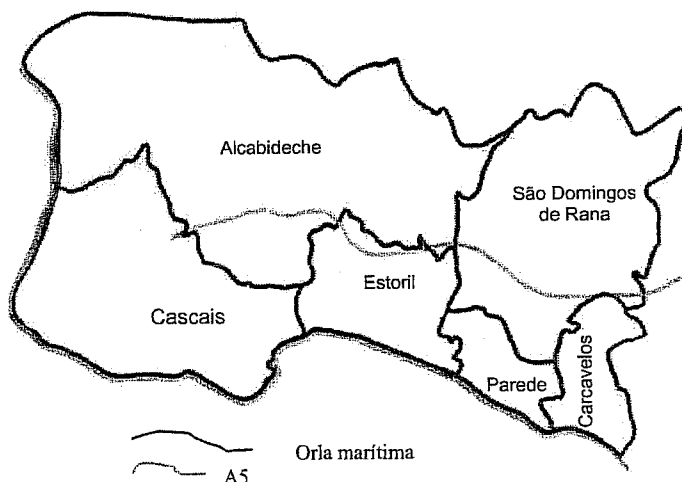
5.1 – Enquadramento Físico no Concelho

O concelho de Cascais situado na margem Norte do Tejo, como parte integrante da Área Metropolitana de Lisboa, estabelece com a capital uma forte relação; de clima ameno e com espaço geográfico diverso desde uma costa litoral, de veraneio e turismo até um interior quase rural, constitui uma zona de grande atractividade turística.

Concelho de cariz essencialmente urbano, com uma densidade populacional

Figura 1 – Concelho de Cascais

de 1.758 habitantes por km², e uma população residente de 170.683 indivíduos (censo de 2001) está dividido do ponto de vista administrativo em seis freguesias (Alcabideche, Carcavelos, **Cascais**, Estoril, Parede e São Domingos de Rana) e pertence no que se refere a dados estatísticos, à unidade de notação territorial da Grande

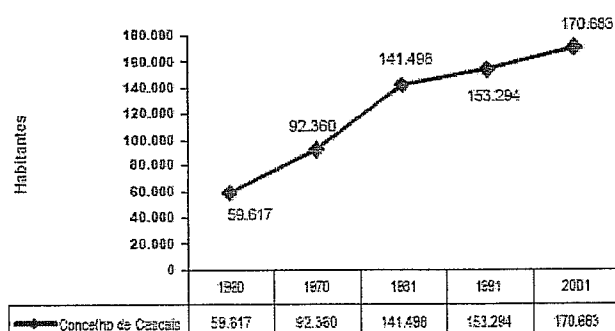


Lisboa (NUTIII) inserida na Região de Lisboa (NUTII); tal como o resto do país, Cascais tem uma forte concentração da sua população na zona mais litoral do concelho; em termos de acessibilidades é servida por comboio e, por uma rede viária satisfatória, no seu conjunto, onde se destaca pela sua importância na ligação com a região a A5 e EN6.

5.2 - Demografia

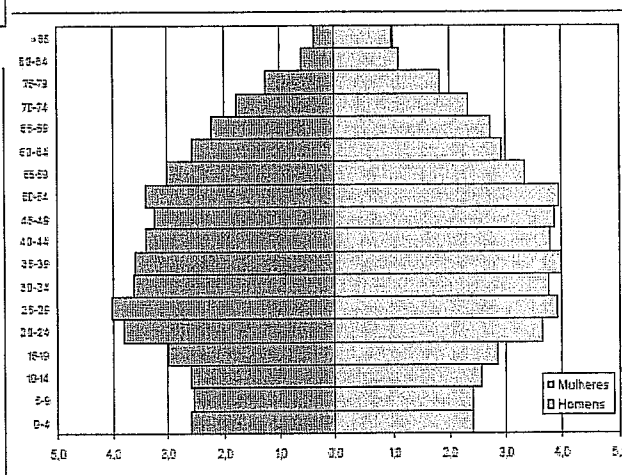
A população do concelho tem registado um aumento de efectivos nas últimas décadas e em 2001 a sua pirâmide etária assumia as características idênticas às das sociedades desenvolvidas, apresentando estreitamento da base e alargamento de topo; em termos de evolução da população

Evolução da População



Fonte: INE, Censos (1960, 1970, 1981, 1991, 2001)

os grupos que mais tem crescido são o da população activa (25-64) com uma variação positiva de 16,2% entre os anos de 1991 e 2001 e os efectivos dos idosos (65+) com uma variação de 45,4%, para o mesmo período; assistimos, pois a um progressivo envelhecimento da população, mais acentuado para a população feminina, conforme figuras junto.



Fonte: INE, Censos 2001

População Residente no Concelho de Cascais segundo grandes Grupos Etários (1991-2001)									
Grupos Etários	0-14		15-24		25-64		65 em mais anos		Total
	N	%	N	%	N	%	N	%	
1991	26.106	16,3	24.478	16	82.993	54,1	17.717	11,6	153.294
2001	25.801	15,1	22.669	13,3	96.436	56,5	25.757	15,1	170.663
Variação	-2.305	-8,2	-1.789	-7,3	13.443	16,2	8.040	45,4	-17.339

Fonte: INE, Censos 1991 e 2001

Segundo indicadores sócio-espaciais a larga maioria dos diversos segmentos de idosos reside em contexto urbano e metropolitano (sobretudo na AM

de Lisboa). Contudo, nesta matéria, à medida que se avança na estrutura etária, dois movimentos relativamente contraditórios: por um lado, o reforço de concentração na AM de Lisboa; por outro, também um maior envelhecimento do contexto rural. Estas duas tendências poderão, quanto a nós, obedecer a dinâmicas sócio-demográficas e territoriais de naturezas relativamente diversas. Enquanto a primeira resulta, sobretudo, de um processo de envelhecimento pela base da pirâmide, derivado de uma quebra das taxas de natalidade e de fecundidade — tendência confirmada nos resultados do recenseamento geral da população de 2001 para a região de Lisboa —, já o segundo movimento, de envelhecimento rural, poderá traduzir dois processos não apenas opostos entre si, como ainda diversos do anterior.

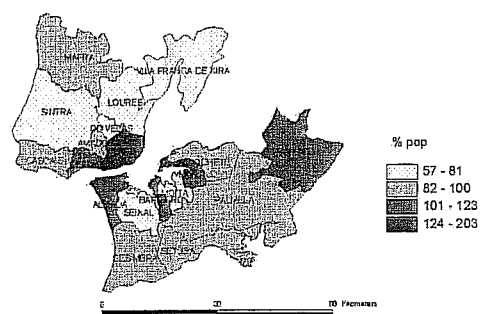
Por um lado, podemos ver nesta maior incidência dos escalões mais idosos na ruralidade alguns vestígios do Portugal predominantemente agrícola característico das décadas de 1960 e 1970 do século passado. Por outro lado, também poderá reflectir-se neste envelhecimento um movimento de «retorno à terra» de algumas das famílias que, precisamente pelo mesmo período, integraram processos diversos tanto de migração (dos campos para a cidade, do interior para o litoral).

5.3 - Dados Socioeconómicos e Ambientais

Cascais, como concelho, possui equipamento social diverso, composto por estabelecimentos de ensino (pré-escolar 1.º, 2.º, 3.º ciclos e secundário), instituições de solidariedade social, associação recreativas e clubes, um número significativo de estabelecimentos hoteleiros, de piscinas e ginásios; dispõe ainda de escola hoteleira, marina, aeródromo (Tires), autódromo (Estoril) e casino; em termos económicos, predomina o sector dos serviços situando-se em 82% as empresas do terciário sedeadas no conselho, com destaque para as actividades afectas ao turismo (restauração, hotelaria) entre outras prestações de serviços públicos e privados; ainda no sector económico possui actividades ligadas ao comércio e indústria (agro-alimentar, construção civil) e à pesca artesanal, esta de forma bastante residual.

Para um melhor conhecimento da realidade actual do Concelho de Cascais, de acordo com INE, (2006) Cascais apresenta uma estimativa populacional de 183.573 de habitantes, entre os quais 29.697 indivíduos têm idade igual ou superior a 65 anos no ano de 2006, ainda seguindo a tendência nacional, revela num índice de envelhecimento de 99,3 bastante moderado evidenciado no quadro seguinte

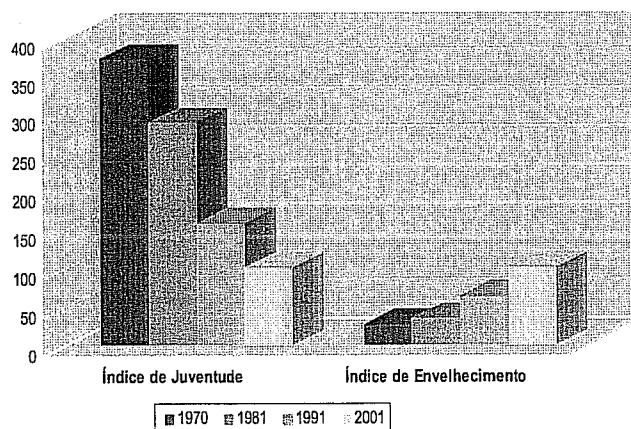
Figura 4 - Índice de Envelhecimento



$$\text{Índice de Envelhecimento} = \left[\frac{\text{pop. } \geq 65 \text{ anos}}{\text{pop. } 0-14 \text{ anos}} \right] \times 100$$

A análise da estrutura populacional do Concelho de Cascais fica completa quando da combinação entre sexos e idades, de forma a permitir a caracterização do envelhecimento populacional e a dinâmica da população activa. O processo de envelhecimento é caracterizado, entre outros, pelos índices de juventude e de envelhecimento. Estes indicadores medem a importância da população jovem e da população idosa em relação à população total. O índice de juventude permite comparar directamente a população jovem com a população idosa (nº de jovens por cada 100 idosos). No Concelho de Cascais, no ano de 1970, por cada 100 idosos existiam aproximadamente 372 jovens, em 2001 por cada 100 idosos existiam aproximadamente 100 jovens.

Figura 5 - Evolução dos Índices de Juventude e Envelhecimento do Concelho de Cascais de 1970 a 2001



Fonte: INE, Recenseamento da População de 1970, 1981, 1991 e 2001.

Numa lógica inversa, o indicador utilizado como medida de envelhecimento demográfico, o índice de envelhecimento, também conhecido por «índice de

vitalidade» mostra que em 1970 por cada 100 jovens existiam 27 idosos, mas em 2001 este indicador atinge valores iguais ao índice de juventude: para cada 100 jovens existiam 100 idosos.

5.4 – Recursos de Saúde - Centro de Saúde de Cascais

Na área da saúde, Cascais tem como serviços do nível privado e IPSS, um conjunto de clínicas de especialidades diversificadas, laboratórios, centros de imagiologia e enfermagem os Hospital de Alcoitão e St.ª Ana; dois Centros de Saúde e um Centro Hospitalar dão corpo às unidades concelhias do SNS; nos quadros abaixo apresentam-se alguns números (2001/2002) relativos a recursos e outros índices de saúde;

Tabela 2 - Indicadores de Saúde, no Concelho de Cascais

Médicos / 1000 Habitantes por local de residência	Médicos / 1000 Habitantes CS + Hospitais	Pessoal de Enfermagem por 1000 Habitantes	Consultas por Habitante	Camas por 1000 Habitantes	Taxa de Ocupação
6,4	0,7	2,6	2,9	2,6	73,2

Cascais apresenta melhores taxas de mortalidade e natalidade quando comparada com o território onde está inserido (ver quadro junto)

Tabela 3 – Indicadores Mortalidade, Natalidade, e Mortalidade Infantil de Cascais

Outros indicadores 2004			
	Cascais	Lisboa e V.T.	Portugal
Mortalidade (%º)	8,7 %º	9,1%º	9,7 %º
Natalidade (%º)	12,6%º	11,5 %º	10,4%º
Mortalidade infantil (%º)	4,4%º	4,5 %º	5%º

Fonte: Direção Geral da Saúde

O agravamento da taxa de mortalidade, tanto ao nível da Lisboa e Vale do Tejo, como a nível de Portugal, relativamente ao Concelho de Cascais, reflecte o gradual envelhecimento da população portuguesa. No caso concreto de populações tendencialmente envelhecidas, é natural que a taxa de mortalidade aumente, o que não implica um retrocesso nos cuidados de higiene básicos nem retrocesso no campo da saúde.

6 – MATERIAL E MÉTODO

Tendo em conta o objecto do nosso estudo, a respeito da qualidade de vida, entendo que tem uma relação directa com o envolvimento comunitário, ou seja, será que quanto maior for a participação na comunidade, melhor será a sua qualidade de vida, percebida pelos idosos? Torna-se necessário fazer este estudo, de carácter exploratório, afim de permitir obter dados fundamentados para uma intervenção sustentada na população idosa do Concelho de Cascais.

Objectivos

Como objectivo geral, pretendemos contribuir para o conhecimento da qualidade de vida dos idosos, utentes do Centro de Saúde de Cascais, e a sua relação com o envolvimento comunitário.

Como objectivos específicos, interessa-nos identificar diferenças entre os grupos participantes e não participantes na comunidade e analisar as possíveis interacções no contexto da qualidade de vida do idoso; analisar a contribuição do envolvimento comunitário nos idosos e a relação com a sua percepção de qualidade de vida, e vice-versa e identificar a existência de potenciais factores geradores de qualidade de vida nos idosos, nos grupos que participam activamente na comunidade, e nos grupos que não participam em actividades.

No contexto deste estudo pretendemos aferir as seguintes hipóteses: perceber se as dimensões que caracterizam as principais variáveis em estudo: envolvimento comunitário e qualidade de vida, se influenciam significativamente; existem diferenças nos domínios (físico, psicológico, relações sociais e ambiente) que compõem a qualidade de vida. Esperam-se valores indicadores de melhor qualidade de vida nos idosos envolvidos na comunidade em comparação com os idosos não envolvidos na comunidade; e verificar se o não envolvimento comunitário, pode gerar desprazer e alterar a qualidade de vida das pessoas.

População do estudo

Os dados são recolhidos, em diferentes momentos, nos utentes idosos com mais de 65 anos que se encontram nas salas de espera do Centro de Saúde de Cascais, e suas respectivas extensões: Alvide, Alcabideche e Estoril.

Os critérios de inclusão são: o universo dos indivíduos, de ambos os sexos, com idade igual ou superior a 65 anos que se encontram nas referidas salas. Os critérios de exclusão são os indivíduos com idades inferiores a 65 anos e os que apresentem patologia diagnosticada como demência, quadros degenerativos e psiquiátricos. O nosso material de estudo são os dados recolhidos dos inquiridos efectuados à população constituída por idosos com idade igual ou superior a 65 anos de idade, pertencentes ao Concelho de Cascais, que frequentem o Centro de Saúde de Cascais e respectivas extensões, Alvide, Alcabideche e Estoril.

Serão aplicados 60 questionários, 15 em cada instituição, tendo sido definido como critério de exclusão a presença de patologia diagnosticada, cuja consequência seja a alienação da realidade (perturbações psiquiátricas, quadros degenerativos demenciais).

A recolha da amostra é de natureza aleatória, por conveniência, com uma abordagem directa dos sujeitos, e com o seu consentimento declarado; a amostra em causa, é homogénea. O desenho do estudo é descritivo comparativo e de tipo exploratório

Metodologia de estudo

As variáveis principais do presente estudo são factores sócio-demográficos e económicos (idade, sexo, estado civil, habilitações literárias, profissão exercida, situação de saúde); factores psicossociais e ambientais (apoio social formal, contacto com a família, convívio social, actividade diária); envolvimento comunitário e qualidade de vida. Para realização do presente estudo, e de acordo com os objectivos propostos, serão utilizados os seguintes instrumentos.

Entrevista de Triagem

Esta primeira abordagem, tem como finalidade distinguir os inquiridos envolvidos e não envolvidos na sua comunidade, de maneira a constituir dois grupos de idosos, para posteriormente permitir relacionar as respostas com os dados fornecidos na avaliação da percepção da qualidade de vida. Nesta entrevista, é efectuada uma questão objectiva sobre o envolvimento em actividades na comunidade; e posteriormente, de uma forma informal, peço uma descrição dos

sentimentos daqueles que participam na comunidade, e questiono o interesse em participar àqueles que não estão envolvidos na sua comunidade (**Anexo C**).

Questionário WHOQOL-Bref

A Organização Mundial de Saúde, através do Grupo WHOQOL (World Health Organization Quality of Life), desenvolveu instrumentos genéricos de qualidade de vida (WHOQHOL-100 e WHOQUOL-Bref). O instrumento WHOQOL-100 consiste em cem perguntas referentes a seis domínios: físico, psicológico, nível de independência, relações sociais, meio ambiente e espiritualidade/ religiosidade/ crenças pessoais. Os domínios são divididos em 24 facetas e cada faceta é composta por quatro questões. A necessidade de um instrumento mais curto, que demandasse pouco tempo para o preenchimento e que preservasse características psicométricas satisfatórias, fez com que o Grupo de qualidade de vida da OMS desenvolvesse uma versão abreviada do WHOQOL-100, o WHOQOL-Bref.

Segundo Serra, (Adriano VAZ), Canavarro (Maria Cristina), et al, 2006, é um instrumento de avaliação de qualidade de vida, da versão original WHOQOL-100, com a particularidade de ser constituído por 26 questões e de revelar igualmente características psicométricas satisfatórias. Duas questões são mais gerais, relativas à percepção geral de qualidade de vida e à percepção geral de saúde, e as restantes 24 representam cada uma das facetas específicas que constituem o instrumento original.

De forma a avaliar o domínio físico, as questões efectuadas são relativas à avaliação da dor e desconforto, da energia e fadiga sentidas, sono e repouso, da mobilidade, actividades de vida, dependência de medicação ou tratamentos, e capacidade de trabalho. Relativamente ao domínio psicológico, as perguntas referem-se a sentimentos, formas de pensamento, aprendizagem, memória e concentração; auto-estima, imagem corporal e aparência, sentimentos negativos, e espiritualidade ou crenças pessoais. Para avaliação do domínio das relações sociais, as questões desenvolvidas pretendem averiguar as relações pessoais, o apoio social e actividade sexual. Por último, de maneira a avaliar o ambiente envolvente, as questões são alusivas à segurança física, ambiente no lar, recursos económicos, cuidados de saúde e sociais, oportunidades de aquisição de novas informações e competências, participação e/ou oportunidades de recreio e lazer, ambiente físico (poluição/ barulho/ trânsito/ clima), e transporte, (**Anexo C**).

Para uma melhor caracterização da amostra, são efectuadas questões relacionadas com dados pessoais, relativas à idade, data de nascimento, sexo, escolaridade, profissão, freguesia, concelho e distrito a que pertencem, e estado civil.

7 - RESULTADOS

A análise dos resultados será apresentada de acordo com o desenvolvimento estatístico efectuado. Foi realizada com apoio do sistema SPSS para Windows (versão 15). Numa primeira fase será efectuada uma análise da consistência interna das escalas utilizadas através do Alpha de Cronbach.

Consistência Interna do WHOQOL-BREF

O WHOQOL-bref apresentou uma boa consistência interna, medida pelo coeficiente de alfa de Cronbach, que se tomem as 26 questões, os 4 domínios ou cada um dos domínios per si. A consistência interna de cada domínio foi avaliada individualmente e é apresentada na tabela 4.

Tabela 4 – Coeficiente de Cronbach dos domínios

Domínios	Coeficiente de Cronbach	Número de itens
Físico	0,819	7
Psicológico	0,810	6
Relações sociais	0,733	3
Ambiente	0,749	8
Qualidade de vida	0,724	2

Os domínios, físico e psicológico, apresentam valores muito fortes de consistência interna, sendo domínios muito fiáveis; os domínios relações sociais, ambiente e qualidade de vida apresentam valores fortes de consistência interna, tornando-se domínios fiáveis. O coeficiente de Cronbach mostra, assim, valores satisfatórios.

Descrição da amostra

Tendo em conta as características da amostra atrás definida, apresentamos, em primeiro lugar, à sua caracterização.

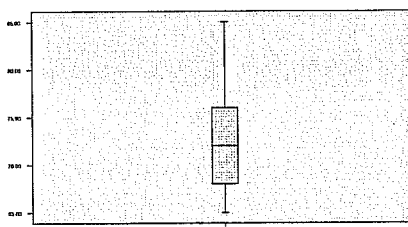
Idade

A idade mínima dos inquiridos tem 65 anos; 25% dos inquiridos têm até 68 anos; 50% dos inquiridos entre os 68 anos de idade e os 72 anos de idade; e finalmente 75% dos inquiridos entre os 72 e os 76 anos de idade. O inquirido mais idoso tem 85 anos de idade.

Tabela 5 – Resultado Estatístico sobre a Idade

Nº de Inquiridos	Válidos	52
	Excluídos	0
Média		72,5962
Mediana		72,0000
Desvio Padrão		5,52449
Mínimo		65,00
Máximo		85,00
Percentil	25	68,0000
	50	72,0000
	75	76,0000

Figura 6 – Idade em quartil



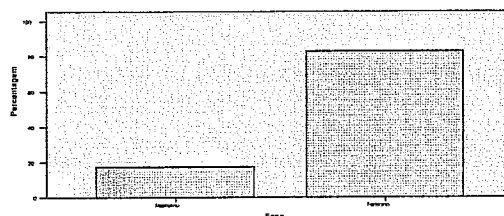
Do ponto de vista da análise estatística, podemos deduzir que os respondentes, pertencem ao grupo de idosos jovens, pois a média de idade dos inquiridos é de 72 anos. No geral, indivíduos com esta idade, mantêm um grau de actividade que lhes permite realizar os seus papéis sócio-familiares.

Sexo

Nos dados relativos ao género podemos verificar que 87, 7% de inquiridos foram mulheres e 17,3% homens (Fig.7). Como se pode verificar, a amostra relativa ao género é desequilibrada; onde se identifica uma diferença estatisticamente significativa entre o número de homens e mulheres inquiridos. A maior presença de inquiridos femininos, pode estar relacionada com facto de assistirmos a um maior envelhecimento da população feminina no Concelho de Cascais, de acordo com

figura 3, relativa à evolução demográfica do Concelho, e também, com uma maior afluência de mulheres ao Centro de Saúde.

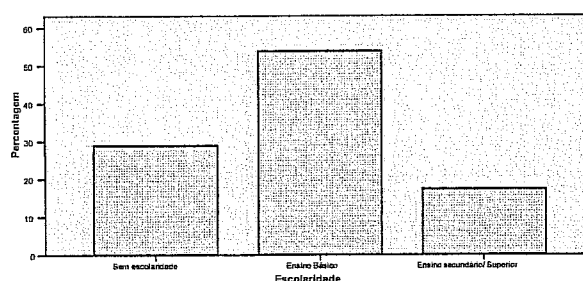
Figura 7 – Apresentação gráfica da variável sexo



Escolaridade

Relativamente ao grau de formação académica e escolaridade da população inquirida, apresentamos na Figura 8 os resultados. Com os dados obtidos, podemos verificar 28,8% dos inquiridos não sabe ler nem escrever; 53,8% dos inquiridos tem o Ensino Básico e 17,3% tem o Ensino Secundário ou Superior. Esta variável ilustra bem a realidade portuguesa, onde a segunda percentagem significativa é relativa ao analfabetismo.

Figura 8 – Gráfico de barras que apresenta a escolaridade



Do ponto de vista da estrutura de qualificações, nas gerações mais idosas, os recursos muito baixos que caracterizam a generalidade da população portuguesa, são também aqui marcados nesta população. No grupo etário que privilegiámos nesta análise é minoritária a proporção dos que ultrapassaram o nível secundário de escolaridade; daí que tenhamos optado por considerar de forma agregada a percentagem dos que adquiriram o secundário e/ou o superior.

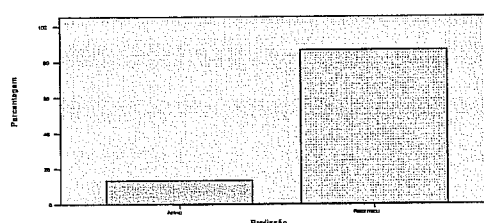
Neste contexto, ao nível geral, devemos ter em conta que a educação formal constitui, nas sociedades contemporâneas, um indicador central de estruturação das distribuições desiguais de recursos, poderes e oportunidades, condicionando e

capacitando diferentemente as pessoas para a vida social. Na sociedade portuguesa o nível de qualificações adquiridas constitui um vector muito marcado por dinâmicas geracionais e de género.

Profissão

Relativamente à situação actual no trabalho verificamos, como era de esperar, um número significativo de pessoas na condição de reformados (Figura 9). Definida a população alvo com idade igual ou superior a 65 anos de idade, 86,5% é reformada e 13,5% ainda se encontra activa.

Figura 9 – Gráfico de barras para a profissão



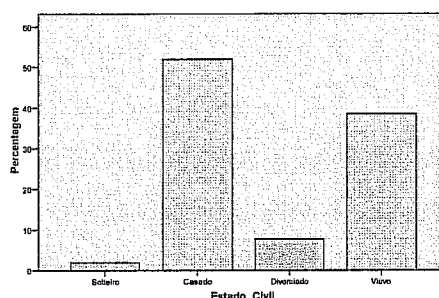
Apesar da idade da reforma ter sido alcançada por 13,5% da amostra, importa referir que esta percentagem de respondentes ainda se encontra no activo, talvez devido ao facto de não terem sido atingidos os anos de serviço, ou, relacionados com a necessidade de ultrapassar dificuldades, pois muitas reformas são mínimas, face ao elevado custo de vida.

Estado Civil

No inquérito relativo à situação do estado civil verifica-se (Figura 10) que a maior parte se encontra na situação de casado ou viúvo. Foram encontradas diferenças significativas relativas ao estado civil: a maioria dos inquiridos é casado (51,9%) ou viúvo (38,5%). Os restantes, e em minoria são divorciados (7,7%), ou solteiros (1,9%).

A análise do contexto sócio-familiar realça a preponderância de ciclos de vida familiares, onde sucessivamente, o núcleo alargado (constituído maioritariamente por casais com crianças/jovens) passa a casal e, posteriormente, à família unipessoal (sobretudo a partir dos 75 anos). A articulação destes elementos, com a situação conjugal denuncia ainda a importância aí detida pela viuvez, situação que do ponto de vista do género, é vivida com maior frequência pela mulher, em virtude da maior longevidade feminina.

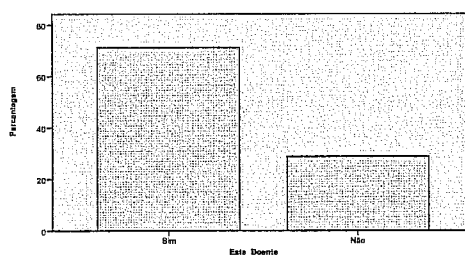
Figura 10 – Gráfico de barras para o Estado Civil



Estado de Saúde Actual (Estar Doente)

Na questão colocada aos inquiridos sobre a sua situação actual no que respeita à saúde, os resultados serão apresentados na Figura 11.

Figura 11 – Gráfico de barras para a questão “Está Doente”



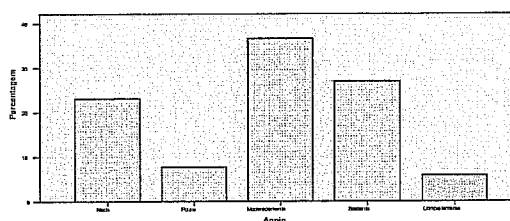
Verifica-se que relativamente ao estado de saúde 71,2% dos inquiridos se encontram doentes e 28,8% se encontram bem de saúde.

É de realçar que o contexto de aplicação dos questionários, Centro de Saúde, condiciona os resultados obtidos. A saúde representa uma das componentes de custos para os idosos, face às alterações das funções vitais.

Disponibilidade de Apoio (Apoio)

No que diz respeito à disponibilidade de apoio para a população idosa verificamos (Figura 12) que existem algumas diferenças entre os vários inquiridos. Existem diferenças significativas na amostra: 36,5% sente-se moderadamente apoiado; 26,9% bastante apoiado; 23,1% não sente apoio por parte da comunidade onde está inserido; 7,7% sente-se pouco apoiado e 5,8% sente-se completamente apoiado. A mediana é o moderadamente.

Figura 12 – Gráfico de barras relativo ao “Apoio”

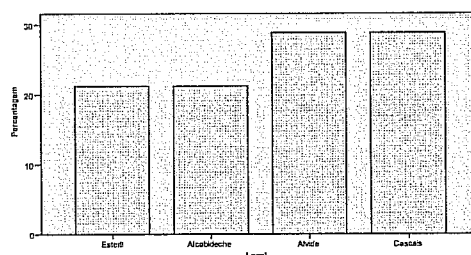


Esta é uma questão preparativa para o inquérito, da qual decidimos beneficiar, considerando a sua importância na percepção da qualidade de vida e envolvimento comunitário. A participação dos indivíduos, grupos ou comunidades, estão implícitas e firmam-se em ligações entre os recursos e os processos de apoio, (Barrón, 1996).

Local do Concelho de Cascais onde foram aplicados os inquéritos

O nosso questionário foi aplicado em quatro unidades do Concelho, conforme Figura 13. Dos 52 questionários aplicados, 28,8% foram aplicados em Cascais e em Alvide e os restantes 21,2% em Alcabideche e no Estoril.

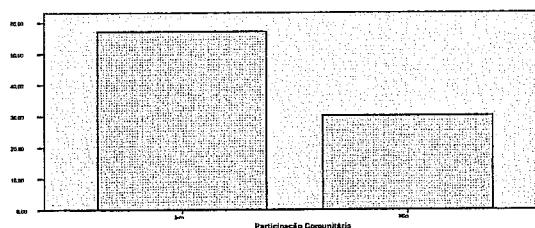
Figura 13 – Gráfico referente ao local de aplicação dos questionários



Envolvimento Comunitário

Relativamente ao Envolvimento Comunitário, 69,2% dos inquiridos refere participar activamente na sua comunidade e 30,8% refere participar não participar em qualquer actividade na sua comunidade, diferenciando significativamente a amostra.

Figura 14 – Gráfico de barras que apresenta o Envolvimento Comunitário



De acordo com os dados recolhidos, a maioria dos respondentes referiram participar activamente na comunidade. As principais razões apontadas pelos respondentes para a não participação em actividades na comunidade foram variadas. Algumas respostas referem “falta de tempo”; “necessidade de isolamento”; “falta de conhecimento sobre as actividades na comunidade”; investimento no “cuidado do marido, dos filhos e netos”; entre outros. Estas respostas levam-nos a reflectir sobre as razões apontadas e as possíveis estratégias para promover o envolvimento e participação comunitários.

Relativamente aos indivíduos que participam em actividades realça-se que o convívio com os amigos e família é percebido como um aspecto benéfico, pois “ajuda a passar o tempo”; “ajuda na comunicação afastando a solidão. Entre as actividades mais referidas destaca-se “ a ginástica e piscina”; “hidroginástica”; “igreja”; “testemunha Jeová”; “retiros”, “passeios”; referem ainda interesse pela alfabetização de adultos.

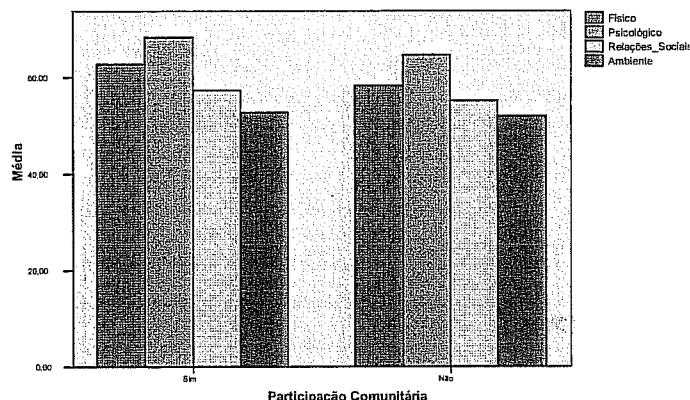
Quanto ao questionário WHOQOL, em conformidade com **Anexo D**, os domínios Psicológico e Físico apresentam média igual a 65,7 e média igual a 59,6, respectivamente e mediana igual a 70,8 e mediana igual a 58,9. A Qualidade de Vida apresenta maior dispersão, comparativamente com os restantes domínios, 22,25; o domínio Ambiente apresenta o menor valor de dispersão, 11,9.

Será que os Valores dos 4 domínios do questionário WHOQOL são afectados significativamente pelo Envolvimento Comunitário?

Conforme **Anexo E**, podemos apurar que nos domínios em que os grupos de indivíduos que participam activamente na comunidade apresentam médias com valores mais elevados comparativamente com os que não participam activamente na comunidade. A média estatisticamente significativa pertence ao domínio Psicológico, onde média é igual a 68,2, nos indivíduos envolvidos na sua comunidade; seguidamente o domínio Físico onde a média é igual a 62,7;

posteriormente o domínio Relações Sociais onde a média é igual a 57,29 e por último o domínio Ambiente onde a média é igual a 52,7.

Figura 15 – Visualização gráfica dos valores apresentados no **Anexo E**



Contudo, apesar da diferença de valores das médias, entre os domínios não existe uma diferença significativa, como podemos averiguar no gráfico correspondente.

Como aferido em **Anexo F**, nos valores obtidos verificamos que o domínio Físico apresenta um nível de significância igual a 0,014; o domínio Psicológico, nível de significância igual a 0,030; o domínio Relações Sociais, nível de significância igual a 0,034 e o domínio Ambiente, nível de significância igual a 0,421. Desta forma, porque os domínios Físico e Psicológico apresentam um nível de significância inferior a 0,05, o Envolvimento Comunitário afecta significativamente os valores destes dois domínios

Del Prette e Del Prette (1999) relacionam a qualidade de vida à questão das relações sociais enquanto factores de saúde mental e de desenvolvimento. A qualidade de vida na velhice não é um atributo do indivíduo biológico ou psicológico, nem uma responsabilidade individual, mas, sim, um produto da interacção entre pessoas que vivem numa sociedade em transformação Neri (1997) e Pereira, (2002). Os factores sociais são determinantes na promoção da qualidade de vida. A capacidade de interagir socialmente é fundamental para o idoso, tendo em vista sua necessidade de conquistar e manter as redes de apoio social e garantir maior qualidade de vida. Dados da literatura propõem que o apoio e a rede de relações sociais na velhice, quer sejam com o cônjuge, com os familiares e/ou principalmente com amigos da mesma geração, favorecem o bem-estar psicológico e social dos idosos, Hayslip (1992). Os relacionamentos entre amigos idosos são particularmente benéficos, porque atendem com maior eficiência às necessidades afectivas dos envolvidos. A qualidade desses relacionamentos é mais importante

que a quantidade, quando se trata de relações sociais e de saúde física e mental, Neri (2001).

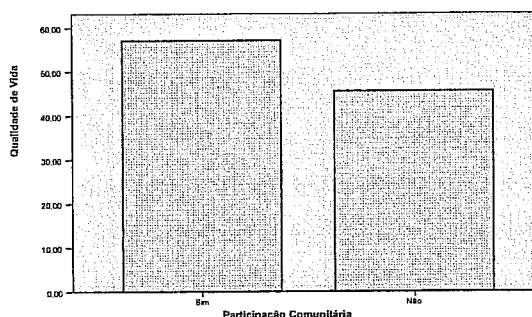
Será que a Qualidade de Vida é afectada significativamente pelo Envolvimento Comunitário?

Tabela 6 – Comparação de médias da Qualidade de Vida com o Envolvimento Comunitário

	Nº	Média	Desvio Padrão	Mínimo	Máximo
Participantes	16	57,0313	18,80201	12,50	87,50
Não participantes	36	45,4861	22,98151	0,00	87,50
Total	52	49,0385	22,25715	0,00	87,50

A tabela e o gráfico admitem a existência de diferenças das médias entre os grupos, no entanto não são estatisticamente significativas, já que a média é igual a 45,48 nos indivíduos envolvidos na sua comunidade e média igual a 57,0 nos indivíduos envolvidos na comunidade.

Figura 16 – Gráfico de barras para a média da Participação Comunitária versus Qualidade de Vida



O conceito de qualidade de vida está relacionado com a auto-estima e bem-estar pessoal. Abrange uma série de aspectos como a capacidade funcional, o nível socioeconómico, o estado emocional, a interacção social, a actividade intelectual, o auto-cuidado, o suporte familiar, o próprio estado de saúde, os valores culturais, éticos e religiosos, o estilo de vida, a satisfação com as actividades diárias e o ambiente em que se vive. A qualidade de vida percebida pelo idoso é resultado do equilíbrio entre as diversas dimensões da sua capacidade funcional e social. Trata-se de uma delicada harmonia entre limitações e potencialidades. Quanto mais activo, maior sua satisfação, conseqüentemente melhor sua qualidade de vida (Del Pino, 2003).

Neste seguimento, com os dados alcançados em **Anexo G**, visto que o nível de significância é inferior a 0,05, então existem diferenças significativas, ou seja, o Envolvimento Comunitário afecta significativamente os valores da qualidade de vida. Neste encadeamento, a valorização, a recuperação da auto-estima e integração social dos idosos por meio de actualização cultural e participação em actividades sócio-recreativas variadas, proporcionam meios indispensáveis para o desenvolvimento de projectos destinados à auto-valorização dos idosos.

Correlações entre as variáveis de estudo

Utilizando o Coeficiente de relação de Pearson, nos diferentes domínios do Questionário WHOQOL, verificamos que existem múltiplas correlações.

Tabela 7 – Resultado das Correlações entre os domínios do Questionário WHOQOL

DOMÍNIOS		Físico	Psicológico	Relações Sociais	Ambiente	Qualidade de Vida
Físico	Correlação de Pearson	1				
	Sig. (2-tailed)					
	N	52				
Psicológico	Correlação de Pearson	0,527(**)				
	Sig. (2-tailed)	0,000				
	N	52				
Relações Sociais	Correlação de Pearson	0,437(**)	0,717(**)			
	Sig. (2-tailed)	0,001	0,000			
	N	52	52			
Ambiente	Correlação de Pearson	0,476(**)	0,381(**)	0,326(*)		
	Sig. (2-tailed)	0,000	0,005	0,018		
	N	52	52	52		
Qualidade de Vida	Correlação de Pearson	0,644(**)	0,453(**)	0,409(**)	0,567(**)	1
	Sig. (2-tailed)	0,000	0,001	0,003	0,000	
	N	52	52	52	52	52

** $p < 0,01$. Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

* $p < 0,05$. Correlation is significant at the 0.05 level (2-tailed).

Correlação de valor 0,717 é altamente significativa ($\alpha = 0,01$ e 0,05) entre os domínios Relações Sociais e Psicológico. Isto quer dizer que estamos perante uma correlação positiva de intensidade forte. O que significa que 71,7% da variação do valor de uma é explicada pelo valor da outra, ou seja, quanto maior o valor do domínio Relações Sociais maior é o valor do domínio Psicológico, e vice-versa.

Correlação de valor 0,644 é altamente significativa, entre a Qualidade de Vida e o domínio Físico.

Correlação de valor 0,567 é altamente significativa entre a Qualidade de Vida e Ambiente. Isto quer dizer que estamos perante uma correlação positiva de intensidade razoável quase forte.

Correlação de valor 0,527 é altamente significativa entre o domínio Psicológico e o domínio Físico. Isto quer dizer que estamos perante uma correlação positiva de intensidade razoável quase forte.

Correlação de valor 0,476 é altamente significativa entre Ambiente e o domínio Físico. Isto quer dizer que estamos perante uma correlação positiva de intensidade razoável.

Correlação de valor 0,457 é altamente significativa entre a Qualidade de Vida e o domínio Psicológico. Isto quer dizer que estamos perante uma correlação positiva de intensidade razoável. O que significa que 45,7% da variação do valor de uma é explicada pelo valor da outra, ou seja, quanto maior o valor de qualidade vida maior é o valor do psicológico, e vice-versa.

Correlação de valor 0,437 é altamente significativa entre as Relações Sociais e o domínio Físico. Isto quer dizer que estamos perante uma correlação positiva de intensidade razoável.

Correlação de valor 0,409 é altamente significativa entre as Relações sociais e a Qualidade de Vida. Isto quer dizer que estamos perante uma correlação positiva de intensidade razoável. O que significa que 40.9% da variação do valor de um domínio é explicado pelo valor do outro.

Para este estudo, a existência da relação entre os domínios do questionário WHOQOL apresenta-se importante, dado que mostra que o comportamento dos domínios se influencia mutuamente. De um modo geral, os resultados encontrados confirmam a hipótese em estudo, as principais variáveis em estudo, Qualidade de Vida e Envolvimento Comunitário influenciam-se significativamente. Em conformidade com o exposto, é de salientar a importância e a influência dos domínios Físico e Psicológico, na Qualidade de Vida e Envolvimento Comunitário.

8 – DISCUSSÃO

O presente trabalho pretende estudar, nos utentes do Centro de Saúde de Cascais, a qualidade de vida do idoso, aprofundando os conhecimentos a este nível e a sua relação com o envolvimento comunitário.

Importa referir alguns dos limites existentes a esta investigação. O primeiro dos quais, decorre de tomarmos por referencial empírico elementos estatísticos de um inquérito que, não foi criado especificamente para a faixa etária em que foi aplicado (indivíduos com 65 e mais anos), mas antes para o conjunto da população adulta. Embora exista uma versão mais recente do instrumento utilizado neste estudo dirigida à população idosa (WHOQOL-OLD) esta não se encontra aferida para a população portuguesa. Pelo que, não sendo objectivo deste estudo efectuar a sua validação optámos por recorrer à versão já validada para a realidade portuguesa.

Por outro lado os indicadores aqui considerados, embora sendo bastante diversificados, não abrangem algumas dimensões, quanto a nós, fundamentais para uma compreensão mais global dos padrões de vida destas pessoas. Nomeadamente entre os aspectos ausentes apontamos os indicadores relacionados com a estrutura e densidade de redes alargadas de relacionamento social em que se integram (remetendo para a família, para as relações de vizinhança, amizade e ainda institucionais/profissionais de apoio). Seria igualmente importante abordar qualitativamente a forma como estes indivíduos reinterpretam e representam a sua situação social actual. Outro aspecto prende-se com o facto de esta investigação integrar elementos que remetem para as trajectórias individuais não reflectindo amplamente a complexidade dos contextos sociais da velhice na sociedade portuguesa contemporânea.

Os dados foram obtidos através de inquérito, com questionários administrados directamente aos idosos. Este trabalho de investigação, na sua vertente prática, ou seja, a aplicação dos instrumentos, foi uma actividade bastante enriquecedora e surpreendente, com elevada carga emocional despertada pela relação directa, na medida em que sentimos a necessidade de partilha de experiências e envolvimento com cada pessoa, com os problemas sentidos, as perdas psicológicas, as frustrações, o pessimismo em relação ao futuro. Para a

maioria destas pessoas, o futuro não tem significado ou em geral, é identificado ou assegurado pela existência dos filhos ou netos.

Para alguns (13,5%) destes indivíduos e respectivas famílias, a velhice não representa um período de desenvolvimento de capacidades individuais, libertado dos constrangimentos próprios do exercício de uma actividade profissional regular, pois ainda se encontra activo, no seu local de trabalho. Por outro lado, mesmo no caso dos indivíduos que se encontram reformados, não se pode afirmar que estes não desenvolvem outras actividades, mesmo de carácter profissional, por exemplo em regime de voluntariado. Neste aspecto, a informação estatística pode reforçar um esvaziamento do *status* social que lhes conferia a situação profissional anterior, ao designá-los "inactivos", contribuindo assim para consolidar o atributo que socialmente lhes é conferido.

O volume de capital escolar detido por estes protagonistas sociais, evidencia uma relativa polarização desta população, ou seja, 28,8% dos inquiridos não sabe ler ou escrever, e por outro lado 17,3% tem o ensino secundário ou superior. O que pode apontar para a necessidade de estratégias diferenciadas para promover o envolvimento comunitário, apesar das assimetrias identificadas. No entanto, um nível sócio-cultural elevado pode ser uma condição necessária, embora não suficiente para a implementação de bons hábitos de vida no geral e envolvimento comunitário em particular, o que vai ao encontro dos resultados obtidos, em que 53,8% tem o ensino básico e 69,2% participa activamente na comunidade.

Os resultados obtidos parecem ir de encontro à ideia de que a saúde e a qualidade de vida percebida se encontram relacionados com os níveis de bem-estar, o que seria de esperar uma vez que, o bem-estar é considerado uma dimensão da qualidade de vida (Bowling 1997; Paul, 1992). Assim, verificámos existir uma relação positiva entre a mobilidade e os níveis de bem-estar percebido, ou seja, quanto maior a capacidade para se deslocar autonomamente, melhor bem-estar a pessoa experiêcia ($p = 0,644$). No entanto, se por um lado as incapacidades com que se deparam os idosos com problemas funcionais impõem limites ao funcionamento autónomo, por sua vez, o ambiente em que residem também pode não o facilitar (Lawton, 1985). O que nos remete para a necessidade de pensar não apenas na condição de saúde do idoso, mas também nas condições do contexto em que se encontra inserido ($p = 0,567$), quando se pretende melhorar a sua qualidade de vida.

Seria útil repensar soluções imaginativas de apoio que fossem mais satisfatórias para o bem-estar psicológico dos idosos ($p=0,457$). Estas inovadoras soluções de apoio, que se impõem, deverão ter em atenção os factores psicossociais de influência ($p= 0,0717$), pois são eles que moldam e mantêm o estilo de vida adoptado pelos indivíduos, tão importante na construção de um envelhecimento bem sucedido (Paúl, 1997). Assim, estas novas formas de apoio social deverão ser encorajadoras e promotoras de auto-suficiência, incrementando a autonomia funcional e o bem-estar psicológico das pessoas idosas.

As características das pessoas que integram esta etapa deste ciclo vital, divergem em atributos como saúde, esperança de vida com ou sem doenças incapacitantes, nível cultural, taxa de actividade informal, integração familiar, participação social, classe social, entre outras. Desta forma, diferenciam-se os idosos que se encontram excluídos do mercado de trabalho, mas no entanto são socialmente activos ou muito activos; e aqueles que incrementam as taxas de institucionalizações, pluripatologias, cronicidade e solidão. Para os primeiros, os problemas cruciais a solucionar, serão a manutenção da segurança económica e integração social. Para estes indivíduos terão que se aportar subsídios ou salários básicos de inserção, agudizar a imaginação colectiva para não se transformarem em inactivos sociais e dependentes, fomentando a prática de voluntariado, reorganizando o ciclo vital, redistribuindo o trabalho formal de outra forma. Os problemas inerentes ao segundo grupo que o autor apresenta, são a deterioração do estado de saúde e a perda dos vínculos familiares; para estes a sociedade e o estado deverão criar redes de serviço de atenção comunitária como marcos institucionais, que garantissem uma digna qualidade de vida (González, 1998).

Devemos contribuir na quebra de preconceitos em relação a estes grupos de população; na criação de novas atitudes; na importância de mobilizar o idoso através de sua sabedoria e experiência; dar apoio e incentivo através dos familiares e amigos e encorajar atitudes aos que são capazes. Podemos também apoiar os idosos, conscientizando-os da sua ampla responsabilidade pelo seu próprio envelhecimento: na importância de lutarem por um espaço nesta sociedade.

Os conceitos de autonomia, independência, competência e qualidade de vida estão relacionados com o envelhecimento activo, referindo-se a uma participação a nível social, económico, cultural e espiritual e não apenas fisicamente activo ($p=0,437$). As pessoas idosas reformadas do seu trabalho activo regular, e aquelas que apresentam algumas incapacidades, podem contribuir activamente para as suas próprias famílias e comunidades. O envelhecimento activo é um objectivo para aumentar a longevidade e melhorar a qualidade de vida para todas as pessoas, incluindo as pessoas frágeis, com incapacidades e com

necessidades de cuidados (WHO, 2002). Pensar o envelhecimento ao longo da vida, numa atitude mais preventiva e promotora da saúde e da autonomia, de que a prática de actividade física moderada e regular, uma alimentação saudável, o não fumar, o consumo moderado de álcool, a promoção dos factores de segurança e a manutenção da participação social são aspectos indissociáveis.

Do mesmo modo, 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. O idoso deve ter consciência dos seus direitos, reconquistar o seu espaço e exercer a sua cidadania, sentindo-se mais mobilizado a envelhecer de forma saudável.

Os determinantes individuais, biológicos, genéticos e psicológicos contribuem, para a forma como o envelhecimento decorre, como também para a ocorrência de determinadas doenças ao longo da vida ($p=0,527$). Em muitas situações, o declínio das funções associadas ao envelhecimento encontram-se relacionadas com factores externos ($p= 0,476$), comportamentais, ambientais e sociais, como as situações de depressão e os fenómenos de solidão e isolamento. A Organização Mundial de Saúde (OMS) alerta para a maior incidência de depressão em mulheres idosas. Esta sintomatologia pode influenciar como as pessoas encaram a sua vida, fazendo dela uma avaliação menos positiva, uma vez que parece existir, uma relação entre depressão e o bem-estar psicológico. O isolamento físico e psicológico, juntamente com alguns acontecimentos de vida, afecta o modo de vida dos idosos (INE, 2002), podendo mesmo influenciar de forma relevante os níveis de bem-estar percebidos, pois, de acordo com os estudos de Caspi e Elder (1986) a satisfação de vida diz respeito ao conjunto de condições de vida de cada um, enquanto resultado da comparação entre os objectivos de vida, delineados e alcançados, visando o balanço obtido entre o indivíduo e a sociedade.

Neste contexto importa salientar a importância de políticas que permitam desenvolver acções mais próximas dos cidadãos idosos, habilitando a sua autonomia e independência, acessíveis e sensíveis às necessidades mais frequentes da população idosa e das suas famílias, permitem minimizar custos, evitar dependências, humanizar os cuidados e ajustar-se à diversidade que caracteriza o envelhecimento individual e o envelhecimento da população.

Cabe, no entanto, às Administrações Regionais de Saúde, adequar, através dos seus Planos de Acção, as estratégias consignadas, desenvolvendo numa perspectiva multidisciplinar e integrada e em permanente ligação às avaliações que, entretanto, forem sendo efectuadas. A implementação requer a participação activa, nos respectivos domínios de acção, não só das instituições centrais do Ministério

da Saúde e das Administrações Regionais de Saúde, como de serviços e instituições dependentes de outros Ministérios, organizações não governamentais, associações de cidadãos e sociedades científicas. A promoção da saúde e os cuidados de prevenção, dirigidos às pessoas idosas, aumentam a longevidade e melhoram a saúde e a qualidade de vida e ajudam a racionalizar os recursos da sociedade. Está, de facto, provada a eficácia da prevenção dos factores de risco comuns a várias patologias incapacitantes de evolução prolongada, pelo que é prioritária uma actuação concertada.

Por outro lado, quer do ponto de vista fisiológico quer psicológico, os determinantes da saúde, à medida que envelhecemos, também estão ligados ao género. Há, pois, que considerar estas especificidades, as quais determinam, por exemplo, que os homens podem esperar viver, em termos relativos e de um modo geral, mais tempo sem incapacidade física de longa duração, apesar da esperança de vida ser superior para as mulheres. Uma abordagem que respeita às especificidades do género, tem em conta não apenas as diferenças biológicas entre homens e mulheres, mas, também, a construção dos papéis sociais que dão forma à identidade, através da vida, de cada um dos sexos. Ou seja, uma abordagem segundo o género permite compreender as diferenças nas necessidades sociais e de saúde entre homens e mulheres, de acordo com os diferentes modos como ambos vivem e envelhecem. A cultura e o género, sendo determinantes transversais, influenciam os outros determinantes de um envelhecimento activo, interferindo não apenas na forma como as gerações se interrelacionam, como nos comportamentos relativamente à saúde e à doença. Nas sociedades em que culturalmente se associa o envelhecimento à fatalidade das doenças dá-se, geralmente, menos importância e prioridade às medidas de prevenção e detecção precoces, sendo negligenciados os cuidados de saúde adequados a este grupo.

É importante reflectir sobre a situação de idosos com rede social reduzida, devido aos processos associados ao envelhecimento, tendo por isso a necessidade de estabelecer novos vínculos sociais. Para desenvolver autonomia na velhice, é importante e necessário considerar uma rede de relações sociais, que favoreça o desenvolvimento de laços afectivos ($p= 0,409$). Assim, estimular o envolvimento dos idosos em grupos, por exemplo, grupos de animação cognitiva, de dança, grupos promotores do desenvolvimento pessoal e social, que actuam como apoio social, faz com que haja uma ampliação da sua rede social e, portanto, constitui como uma estratégia importante de Promoção da Saúde neste grupo etário. Os grupos de pares podem servir como espaços de empowerment através da ampliação da rede social e aumento do senso de controlo de vida, gerado pela consciência crítica dos aspectos negativos associados ao envelhecimento. Desta

forma, a vivência em grupo, pode ser vista como uma estratégia de intervenção no campo do envelhecimento, através do favorecimento do empowerment das pessoas para lidar com os problemas suscitados pelo fenómeno da longevidade; possibilitando, viver a velhice com qualidade de vida.

Numa sociedade em pleno desenvolvimento, o próprio conceito de idoso tem vindo a reconhecer mudanças. A ocupação do tempo livre é uma mais valia para combater a velhice, para que os idosos não se sintam perdidos, de forma a pensar nesta fase da vida como mais uma etapa. É preciso que recriem o seu futuro.

A aprendizagem pode ser mútua entre novos e velhos, no entanto continuam a persistir alguns estereótipos em relação à população idosa. Há um determinado conjunto de ideias pré-concebidas acerca da velhice que não facilitam a vida aos mais velhos. Por exemplo a ideia de que a pessoa com mais de 65 anos tem de sair do mercado de trabalho, porque já não tem rentabilidade suficiente para continuar. Nota-se que há uma desvalorização generalizada das pessoas idosas e dos seus saberes. O mundo dos jovens e dos mais velhos está distanciado. Cabe às gerações intermédias aproximá-los valorizando o papel dos avós, a sua transmissão de sabedoria e de experiência de vida. As pessoas mais novas têm hoje um capital escolar, académico, literário e tecnológico maior do que as pessoas mais velhas, o que faz com que haja um fosso cultural entre estes dois mundos. Da mesma forma que os mais novos aprendem com os mais velhos, é importante não ignorar o processo oposto.

À medida que a idade avança, o medo da solidão e de um futuro incerto parece ser uma constante, sendo importante, a par da família, os círculos sociais com amigos ou vizinhos para enfrentar o dia a dia com menos ansiedade.

A exclusão social e casos de pessoas que são esquecidas em lares, são uma realidade, apesar de serem cada vez mais frequentes as histórias de lares que fecham por falta de condições. Também a despersonalização neste tipo de instituições constitui um problema igualmente importante, nomeadamente para a saúde mental do idoso. Uma pessoa que teve até ao momento uma casa, uma história, uma vida, quando entra numa instituição deste género passa a ser alguém que não tem direito a um quarto só para si e que se vê a partilhar um espaço, com um desconhecido.

Ao ritmo de uma mudança que se quer acelerada em termos de condições sociais e de benefícios para a população idosa, cresce também a preocupação com a protecção, isto devido a maus-tratos, como abandono e violência física contra a população com mais de 65 anos. Há uma percepção cada vez maior deste tipo de problemas de violência, mas é importante não ignorar que continuam a persistir alguns obstáculos. Primeiro, porque quando se verificam em família, os idosos não

querem culpabilizar os filhos ou outros familiares. Depois, porque se trata de uma população muito vulnerável, com fraca capacidade de comunicação. Quando acontece em instituições, os casos de violência são igualmente escondidos. Para que estes problemas sejam combatidos de forma eficaz, é necessário, agir com maior celeridade. Em termos de recursos, é preciso criar mais projectos, tanto ao nível de Estado, como ao nível das ONGs. Uma maior intervenção social, mais serviços de proximidade, como, por exemplo, centros de convívio, espaços com programas e actividades pré-programadas, onde estas possam interagir e estimular as relações intergeracionais. Investir em grupos, como estratégias para Promoção da Saúde, através do favorecimento do empowerment, é a ideia deste trabalho. Entretanto, não é qualquer tipo de grupo que favorece esse processo. É preciso que o grupo se configure como espaço de reflexão proporcionando consciência crítica acerca dos valores relacionados ao processo de envelhecer, no sentido da manutenção das escolhas, trabalhando com competências e não com perdas. Hazan (1994 citado por Schindler, 1999) apresenta o pressuposto que idosos e jovens constituem dois grupos distintos de população. Os idosos são rotulados, nas esferas económicas, como não produtivos; nos serviços de saúde, como sobrecarregando o sistema e em recursos de capitalização, como deixando os jovens sem fundos suficientes. A partir daí, este autor afirma que os idosos precisam de se ligar a um mundo que seja protector. Como principais intervenções propõe duas estratégias: a primeira delas é incluir os idosos em grupos fraternais, sociais e religiosos, tornando-os capazes de promoverem meios e subsídios para o empowerment, de maneira a acrescentar uma identidade social e individual aos idosos. A segunda estratégia é conectar o idoso ao seu grupo primário: a família. Na opinião de diversos autores o apoio social não deve ser simplesmente uma construção teórica, mas antes um processo dinâmico e complexo, que envolve transacções entre indivíduos e as suas redes sociais, no sentido de satisfazer necessidades sociais, promovendo e completando os recursos pessoais que possuem, para enfrentarem as novas exigências e atingirem novos objectivos. As necessidades sociais defendidas por Thoits (1995) e reforçadas por Matos e Ferreira (2000) são afiliação, o afecto, a pertença, a identidade, a segurança e a aprovação e podem satisfazer-se mediante a provisão de ajuda a dois níveis: socio-emocional – que engloba afecto, simpatia, compreensão, aceitação e estima de pessoas significativas, e Instrumental – que compreende conselho, informação, ajuda com a família ou com o trabalho e ainda a ajuda económica. Nesta perspectiva as percepções que os indivíduos têm do apoio social e da sua disponibilidade dependem de variáveis situacionais: que passam pelo que acontece nas transacções sociais, pelos aspectos da sua própria personalidade (por

exemplo: capacidade do indivíduo para comunicar as suas necessidades e para pedir auxílio à sua rede social) e ainda de estilos cognitivos (Matos e Ferreira, 2000).

O apoio social, refere-se às transacções entre os indivíduos, no sentido de promover o bem-estar físico e psicológico, e, de um processo dinâmico e transaccional de influência mútua entre o indivíduo e a sua rede de apoio, num contexto que Loreto (2000) denomina de ecológico e que representa duas componentes. O “apoio” refere-se as actividades dos domínios instrumental e expressivo, enquanto o “social”, reflecte o vínculo da pessoa ao meio social que pode ser considerado em três vertentes: comunitária, de rede social e do relacionamento íntimo. Verificamos deste modo que o apoio social refere-se a funções desempenhadas por grupos ou pessoas significativas (familiares, amigos ou vizinhos) para o indivíduo em determinadas situações da vida. Mas a subjectividade e individualidade do apoio social depende da percepção pessoal de cada indivíduo. Esta percepção assenta na comunicação dos sujeitos de que são estimados e traduz-se, pela crença generalizada que os indivíduos desenvolveram de que os outros se interessam por eles, que estão disponíveis quando eles precisam, e isto suscita satisfação quanto às relações que têm.

Os grupos devem-se configurar, como espaços onde as pessoas possam falar sobre os seus problemas, e procurar soluções, juntamente com os profissionais, de forma que a informação circule, da experiência técnica à vivência prática das pessoas que adoecem. Valla, diz-nos: “um envolvimento comunitário, pode ser um factor psicossocial significante na melhoria da confiança pessoal, da satisfação com a vida e da capacidade de enfrentar problemas. A participação social pode reforçar o sistema de defesa do corpo e diminuir a susceptibilidade à doença.”

Esperamos que o retrato esboçado por este trabalho de investigação ajude a compreender que é realmente importante promover mais conhecimento, menos limitações, mais pressão profissional, social e política para a mudança de hábitos de vida. O envolvimento comunitário e a qualidade de vida dos idosos, mais que em outros grupos etários, sofrem a influência de múltiplos factores físicos, psicológicos, sociais e culturais. Avaliar e promover a saúde do idoso significa considerar variáveis de distintos campos do saber, numa actuação interdisciplinar e multidimensional. Não basta afirmar que é preciso ser-se mais activo e participativo, é necessário sugerir como, e em que contexto. Neste sentido, os dados obtidos neste estudo sugerem a necessidade de conhecer melhor de que forma o contexto do envolvimento comunitário pode melhorar a qualidade de vida dos idosos.

9 - REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Aiken, Lewis R. (1995). AGING – An Introduction to Gerontology. SAGE Publications. United States of America.

Airhihenbuwa, CO., Health Promotion and the Discourse on Culture: Implications for Empowerment. In: Health Education Quarterly, (Special issue. Community empowerment, participatory education and health – Part II) VOL 21,3: 345-354, fall.

Albee, G. W., & Gullotta, T. (Eds.). (1997). Primary prevention works. Thousand Oaks, CA: Sage.

Almeida, João Ferreira de (1999 [1986]), *Classes Sociais nos Campos: Camponeses Parciais. Numa Região do Noroeste*, Oeiras, Celta Editora.

Barron, A. I. (1996) – Apoyo social : aspectos teóricos y aplicaciones. Madrid : Siglo Veinteuno. España Editores, 1996.

Almeida, J. L. T. & Schramm, F. R., (1999). Transição paradigmática, metamorfose da ética médica e emergência da bioética. Cadernos de Saúde Pública, 15(1): 15-25.

Bodstein, R. C. A., 1997. Cidadania e modernidade: emergência da questão social na agenda pública. Cadernos de Saúde Pública, 13(2): 185-204.

Bond, John. Corner Lynne. (2004). Quality of life and older people. Open University Press. Berkshire. England.

Bowling, A. & Grundy, E. (1997). Activities of daily living: changes functional ability in three samples elderly and very elderly people. Age Ageing, 26, 107 – 114.

Buarque, C., 1993. Qualidade de vida: a modernização da utopia. Revista Lua Nova,

31: 157-165.

Buss, P. M., 2000a. "Promoção da saúde e qualidade de vida" In: *Ciência & Saúde Coletiva*. V. 5, 1: 163-167, Rio de Janeiro: Abrasco.

Buss, P. M., 2000b. "Promoción de la Salud y la Salud Pública: Una contribución para el debate entre las escuelas de salud pública de América Latina y el Caribe." Rio de Janeiro: Abrasco, (apostila/mimeo).

Caspi, A., & Elder, G. (1986). Life Satisfaction in old age: Linking Social Psychology and History. *Journal of Psychology and Aging*, 1 (1), 18-26.

Censos 2001. XIV recenseamento geral da população e IV recenseamento geral da Habitação. Resultados provisórios. Portugal. Instituto Nacional de Estatística. Portugal.

Cowen, E.L. (1994). The Enhancement of psychological wellness: Challenges and opportunities. *American Journal of Community Psychology*, 22, 149-180.

Correia, Martins J. (2003). *Introdução à Gerontologia*. Universidade Aberta.

Costa, Elisabeth M. Sene. (1998). *Gerontodrama: A velhice em cena. Estudos Clínicos e Psicodramáticos sobre o Envelhecimento e a Terceira Idade*. (2ª Edição). Ágora Editora. Brasil.

Crocker, D., 1993. Qualidade de vida e desenvolvimento: o enfoque normativo de Sen e Nussbaum. *Revista Lua Nova*, 31: 99-133.

Cruz, E. B. L. (2001) – Estudo da relação entre a qualidade de vida relacionada com saúde e o bem-estar psicológico : a satisfação com a vida e o apoio social. Coimbra : [s.n.], 2001. Dissertação de Mestrado em Sócio-Psicologia da Saúde apresentada ao Instituto Superior Miguel Torga.

Decp/Serviço de Estudos sobre a População, "O Envelhecimento em Portugal – situação demográfica e socio-económica recente das pessoas idosas", *Revista Estudos Demográficos* n.º 32, INE, Lisboa 2002.

Dejours, C. & Abdoucheli, E., 1994. Itinerário teórico em psicopatologia do Trabalho, In: Psicopatologia do Trabalho (M. I. S Betiol, coord.), pp. 119-143, São Paulo: ATLAS.

Diener, E., Such, E., Lucas, R., & Smith, H. (1999). Subjective well-being: three decades of progress. *Psychological Bulletin*, 125, 276-302.

Direcção Geral de Saúde. (2006). Programa Nacional Para a Saúde Das Pessoas Idosas. 2006.

Durlak, J., & Wells, A. (1997). Primary prevention mental health programs for children and adolescents: A meta-analytic review. *American Journal Of Community Psychology*, 25, 115-151.

Durlak, J., & Wells, A. (1998). Evaluation of indicative preventive intervention (secondary prevention) mental health programs for children and adolescents. *American Journal of Community Psychology*, 26, 775-802.

Dalton, James H.; Elias, Maurice J.; Wandersman, Abraham. (2001). *Community Psychology – Linking Individuals and Communities*. Wadsworth. United States of America.

Eco, Umberto. (1997). *Como se faz Uma Tese em Ciências Humanas (13ª Edição)*. Editorial Presença.

Elster, J., 1992. Auto-realização no trabalho e na política: a concepção marxista da boa vida. *Revista Lua Nova*, 25: 61-101.

Ermida GJ. Envelhecimento demográfico, doença e cuidados de saúde. *Geriatrics* 1996b; 9 (85): 13-23.

EUROSTAT. *European social statistics: income, poverty and social exclusion*. Luxembourg: Office for Official Publications of the European Communities, 2002.

Ferreira, Pedro Lopes; Rodrigues, Rogério; Nogueira, Dália. (2006). *Avaliação multidimensional em idosos – Colecção Qualidade de Vida*. Mar da Palavra - Edições Lda.

Fernandes, Ana Alexandre (2001), «Velhice, solidariedades familiares e política social:itinerário de pesquisa em torno do aumento da esperança de vida», in *Sociologia,Problemas e Práticas*, 36, pp. 39-52.

Ferreira, Alexandre. (2006). Guia Prático de Utilização do SPSS: Análise de dados para Ciências Sociais e Psicologia, Edições Sílabo, Lda, Lisboa.

Florin, P., & Wandersman, A. (1990). An introduction to citizen participation, voluntary organizations, and community development: Insights for empowerment through research. *American Journal of Community Psychology*, 18, 41-54.

Fontaine, Roger. (2000). *Psicologia do Envelhecimento*. CLIMEPSI Editores.

Guillemard, Anne Marie. (1972). *La retraite une morte social*, Mouton-La Haye, Paris.

González, António Martín. (1998). *Psicología Comunitaria – Fundamentos y Aplicaciones*. Editorial SINTESIS. Madrid.

Hill, Manuela Magalhães. Hill, Andrew. (2005). *Investigação por Questionário*. Edições Sílabo, Lda. Lisboa.

Hilleras, P., Jorm, A., Herlitz, A., & Winbiad, B. (1998). Negative and positive affect among the very old: a survey on a sample aged 90 years or above. *Research on Aging*, 20, 593-610.

INE. *As gerações mais idosas*. Série de Estudos 83. Lisboa: Instituto Nacional de Estatística 1999.

Instituto Nacional de Estatística, *Recenseamento Geral da População de 1970, 1981, 1991 e 2001*, INE Lisboa.

Instituto Nacional de Estatística, “Manual de Procedimentos da Construção da Base Geográfica de Referência de Informação de 2001”. Lisboa.

Instituto Nacional de Estatística, Carta de Equipamentos e Serviços de Apoio à População, CESAP, 2001/2002, INE Lisboa.

Instituto Nacional de Estatística (2002 a). O Envelhecimento em Portugal. Situação Demográfica e Sócio-Económica Recente das Pessoas Idosas. Lisboa: INE.

Jacob, Luís. (2007). Animação de idosos – Actividades. (2ª Edição). Coleção Idade do Saber. Âmbar – Ideias no Papel, S.A.

Kelly, J. G. (1986). Context and Process: An ecological view of the interdependence of practice and research. *American Journal of Community Psychology*, 14, 581-605.

Kempen, G., Jelicic, M. & Ormel, J. (1997). Personality, chronic medical morbidity and health-related quality of life among older persons. *Health Psychology*, 16 (6), pp 539-546.

Labonte, R., 1994. Health Promotion and Empowerment: Reflections on Professional Practice. In: *Health Education Quarterly: (Special issue. Community empowerment, participatory education and health – Part I)* VOL 21, 2: 253-268, summer.

Lawton, M. (1985). Housing and Living Environments of Older People. In R. Binstock & E. Shenes (Eds.), *Handbook of Aging and Social Science*. Nova Iorque: Van Noshtrand Company.

Lima, Margarida Pedroso. (2006). Posso Participar? Actividades de desenvolvimento pessoal para idosos. (2ª Edição). Coleção Idade do Saber. Âmbar – Ideias no Papel, S.A.

Lorda, Paz. (1990). Educação Física e recreação para a terceira idade. Porto Alegre, RS: Sagra.

Loreto, C. D. (2000) – Síndrome de burnout em enfermeiros de oncologia. Coimbra :[s.n.], 2000. Tese de Mestrado apresentada ao Instituto Superior Miguel Torga.

Matos, A. P. ; Ferreira, A. (2000) – Desenvolvimento da escala de apoio social : alguns dados sobre a sua fiabilidade. *Psiquiatria clínica*. 21:3 (2000) 243-253.

Mc Millan, D.W., & Chavis, D.M. (1986). Sense of community: Definon and theoru. *Journal of Community Psychology*, 14, 6-23.

OCDE. La santé des personnes âgées dans les pays de L'OCDE s'améliore-t-elle assez vite pour cmpenser le vieillissement de la population? *Révue Économique de L'OCDE* 2000; 30: 159-201.

Okuma, Silene Sumire. O idoso e a actividade física: fundamentos e pesquisa. Campinas, SP: Papirus, 1998.

ONU. Uma Europa para todas as idades – Promover a prosperidade e solidariedade entre as gerações, 1999.

Ornelas, José. (2008). *Psicologia Comunitária. Fim de Século – Edições*.

Quivy, Raymond. Campenhoud Luc Van. (2005). *Manual de Investigação em Ciências Sociais: Trajectos (4ª Edição)*. Lisboa. Gradiva – Publicações, L.da.

Paschoal, S. (2000). Autonomia e Independência. In M. Netto (Ed.), *Gerontologia: A Velhice e o Envelhecimento em Visão Globalizada* (pp. 394 – 402). São Paulo: Editora Atheneu.

Paul, C., & Fonseca, A. (2001). *Psicossociologia da Saúde*. Lisboa: Climepsi Editores.

Paúl, M. (1992). Satisfação de Vida em Idosos. *Psychological*, 8, pp 61 – 80.

Paúl, M. (1996). *Psicologia dos Idosos: O Envelhecimento em meios Urbanos*. Braga: S.H.O. – Sistemas Humanos e Organizacionais, Lda.

Paúl, Maria Constança. (1997). *Lá Para o Fim da Vida: Idosos, Famílias e Meio Ambiente*. Livraria Almedina – Coimbra.

Paúl, Constança; Fonseca, António M. (2005). Envelhecer em Portugal, Manuais Universitários 42, Climepsi Editores, Lisboa.

Pilling, Stephen. (1991). Rehabilitation and Community Care: Strategies for Mental Health. Routledge.London and New York.

Prilleltensky, I. (1999, June). Critical psychology and social Justice. In M. Fondacaro (Chair), Concepts of Social justice in Community Psychology. Symposium at the Biennial Meeting of the Society for Community Research and Action, New Haven, CT.

Pruchno, R., Burant, C., & Peters, N. (1997). Understanding the Well-Being of Care Receivers. *The Gerontologist*, 37 (1), 102-109.

Revista de Psiquiatria Clínica Janeiro/ Março, 2006, Vol.27 nº1.

Sarason, S.B.(1974). The psychological sense of community: Prospects for a community psychology. San Francisco: Jossey-Bass.

Sinais Vitais, Manual. (1999). O Idoso: Problemas e Realidades. Volume 10. Formasau Editora.

Thoits, P. A. (1995) – Social support as coping assistance. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. 54: 4 (1995) 416-423.

Tones, Keith. Tilford, Sylvia. (1996). Health Education: Effectiveness, efficiency and equity. (2º Edition). Chapman & Hall.

Torres, W. C., 1999. Morte e Desenvolvimento humano. In: Finitude: uma proposta para a reflexão e prática em gerontologia. (L. Py.,org.) RJ: Nau.

Trickett, E. J. (1996). A future for community Psychology: The contexts of diversity and the diversity of contexts. *American Journal of Community Psychology*, 24, 209-234.

Tyler, F., Pargament, K., & Gatz, M. (1983). The resource collaborator role: A model for interactions involving psychologists. *American Psychologist*, 38, 388-398.

Vasconcelos, E. M., 2001. "A proposta de empowerment e sua complexidade: uma revisão histórica na perspectiva do Serviço Social e da saúde mental" In: Revista Serviço Social & Sociedade: seguridade social e cidadania. Ano XXII; 65:5-53.

Vaz Serra, A. (1999) – O Stress na Vida de Todos os Dias. Coimbra.

Viegas, Susana de Matos. Gomes, Catarina Antunes. (2007). A Identidade na Velhice. Coleção Idade do Saber. Âmbar – Ideias no Papel, S.A.

Walker, Alan; Maltby, Tony. (1997), Ageing Europe – Rethinking Ageing. Open University Press. Buckingham. Philadelphia.

Wallerstein, N. & Bernstein, E., 1994. "Introduction to Community Empowerment, Participation, Education, and Health". In: Health Education Quarterly: Special Issue Community Empowerment, Participatory Education, and Health - Part I. Vol 21, 2: 141-170.

Zimmerman, G. (2000). Velhice: Aspectos Biopsicossociais. Porto Alegre: Artes Médicas.

Sites consultados:

www.projectotio.net/imagens/pdf/pnsemfoco2.pdf

www.advita.pt/index.php?envelhecimento

www.acessibilidade.net/workshop2005/Envelhecimento.ppt

psicronos.pt/artigos/envelhecimentoactivo.html

ANEXOS

ANEXO A – Pedido do Instrumento de Avaliação da Qualidade de Vida

FORMULÁRIO WHOQOL *

Centro Português da Organização Mundial de Saúde (OMS) para Avaliação da Qualidade de Vida

1. Instrumento

WHOQOL - 100 x WHOQOL - bref

2. Identificação do Estudo/Projecto

Tese de Mestrado

3. Identificação do Investigador Responsável ou [para alunos] Orientador/supervisor de projecto/tese

Nome: Lílíana Cristina da Silva Rodrigues

Morada: _____

Telefone: _____

E-mail: _____

4. Identificação dos elementos da equipa do projecto

Aluna: Lílíana Rodrigues (Enfermeira)

Orientador: Prof. Dr. José Ornelas

Faculdade: Instituto Superior de Psicologia Aplicada - ISPA Lisboa

5. Objectivos do Projecto

Avaliar o envolvimento comunitário dos idosos, face à percepção da sua qualidade de vida

6. Dados Metodológicos

5.1. Tipo de população

Indivíduos com idades superiores a 65anos

5.2. Tamanho da amostra

Ainda por definir

5.3. Bateria de avaliação (outros instrumentos)

Teste de Likert

Assinatura: __Lílíana Rodrigues_____

* **Enviar para:** Professora Doutora Maria Cristina Sousa Canavarro
Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade de Coimbra
Rua do Colégio Novo - Apartado 6153
3001-802 Coimbra

ANEXO B – Pedido de Autorização para Administração dos Questionários

Exm^a Direcção do Centro de Saúde de Cascais

Eu, Liliana Cristina da Silva Rodrigues, enfermeira e aluna do 2ºAno do Mestrado em Psicologia Comunitária, venho por este meio pedir autorização a Vossa Ex^a para a aplicação questionários na população idosa que se dirige ao Centro de Saúde de Cascais e respectivas Extensões, nas salas de espera, por forma a elaborar um trabalho que pretende analisar a qualidade de vida e envolvimento comunitário da população idosa, no Concelho de Cascais.

Em anexo, apresento o questionário que pretendo aplicar.

Atenciosamente

Liliana Rodrigues

ANEXO C – Questionário

MANUAL DE APLICAÇÃO DOS QUESTIONÁRIOS

1. O indivíduo deve ser adequadamente informado sobre o objectivo da aplicação dos instrumentos, o modo de aplicação e o destino dos dados obtidos. Deve também sentir-se à vontade para esclarecer quaisquer dúvidas ao longo da aplicação;
2. Uma vez que o utente concorde em responder, é fundamental a obtenção do consentimento informado;
3. Deve ser encontrada uma situação de privacidade. O utente não deve responder aos instrumentos acompanhado de familiar ou cônjuge;
4. Os instrumentos devem ser respondidos numa só vez e num só encontro;
5. O preenchimento da folha de dados demográficos deve ser realizado pelo entrevistador;
6. Os questionários em princípio são de auto-resposta. O entrevistador não deve influenciar o utente na escolha da resposta. Não deve discutir as questões ou o significado destas, nem da escala de respostas. No caso de dúvida o entrevistador deve apenas reler a questão de forma pausada para o paciente, evitando dar sinónimos às palavras das perguntas. Insistir que é importante a interpretação do paciente da pergunta proposta. Nos casos de impossibilidade (analfabetismo, deficiência visual marcada, falta de condição clínica...), o instrumento pode ser aplicado pelo entrevistador, devendo ser redobrados os esforços para evitar a influência sobre as respostas do indivíduo;
7. Caso o utente por algum motivo não deseje responder a uma questão, mesmo depois de tomadas as medidas descritas em 6, deve ser assinalado um código próprio (p. ex. código 8), para diferenciar das questões que eventualmente o paciente possa ter esquecido de responder (código 9).
8. No final do preenchimento dos questionários, deve-se verificar se o utente não deixou nenhuma questão sem resposta e se marcou somente uma alternativa por questão.

CONVITE À PARTICIPAÇÃO NUM ESTUDO SOBRE QUALIDADE DE VIDA E ENVOLVIMENTO COMUNITÁRIO

Os questionários que se seguem pertencem a um trabalho de investigação que pretende avaliar o envolvimento comunitário e percepção de qualidade de vida dos idosos pertencentes ao Concelho de Cascais. Para isso gostaríamos de contar com a sua colaboração. Neste questionário não há respostas certas ou erradas, ou seja, qualquer resposta que dê está correcta.

Se por qualquer razão não quiser participar tem todo o direito de o fazer e agradeço de igual modo a sua atenção. Como repara a resposta é anónima e, de qualquer modo, as respostas que der são confidenciais.

Peço que responda com sinceridade a todas as perguntas.

Obrigada pela sua atenção

Liliana Rodrigues

ENTREVISTA DE TRIAGEM

As perguntas que se seguem visam perceber o seu envolvimento na sua comunidade, ou seja, a sua participação em actividades para elementos da terceira idade. Peço-lhe que leia com atenção cada pergunta e responda o mais honestamente possível. Se não tiver a certeza sobre a resposta a dar, pode fazer um comentário a seguir à pergunta.

1. É um elemento que participa activamente na sua comunidade?

SIM ____

NÃO ____

Se **sim**, diga quais são as actividades em que participa, e em que medida lhe trazem benefícios para a sua vida.

Se **não**, diga o porquê, e se o faria se tivesse oportunidade.

Obrigada pela sua atenção

Liliana Rodrigues

WHOQOL-BREF



ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE



FACULDADE DE MEDICINA DA UNIVERSIDADE DE COIMBRA

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



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

Coordenadora: Prof. Doutora Maria Cristina Canavarro (mccanavarro@fpce.uc.pt)

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

DADOS PESSOAIS

A1 Idade anos

A2 Data de Nascimento / /

A3 Sexo Masculino
 Feminino

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

A5 Profissão

A6.1 Freguesia

A6.2 Concelho

A6.3 Distrito

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

B1a Está actualmente doente? Sim Não

B1b Que doença é que tem?

B2 Há quanto tempo?

B3 Regime de tratamento? Internamento Consulta Externa Sem tratamento

C. Forma de administração do questionário

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

D. Tem alguns comentários a fazer a este estudo?

OBRIGADO PELA SUA AJUDA!

Instruções

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

		Nada	Pouco	Nem muito nem pouco	Muito	Multíssimo
3 (F1.4)	Em que medida as suas dores (físicas) o(a) impedem de fazer o que precisa de fazer?	1	2	3	4	5
4 (F11.3)	Em que medida precisa de cuidados médicos para fazer a sua vida diária?	1	2	3	4	5
5 (F4.1)	Até que ponto gosta da vida?	1	2	3	4	5
6 (F24.2)	Em que medida sente que a sua vida tem sentido?	1	2	3	4	5
7 (F5.3)	Até que ponto se consegue concentrar?	1	2	3	4	5
8 (F16.1)	Em que medida se sente em segurança no seu dia-a-dia?	1	2	3	4	5
9 (F22.1)	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 (F2.1)	Tem energia suficiente para a sua vida diária?	1	2	3	4	5
11 (F7.1)	É capaz de aceitar a sua aparência física?	1	2	3	4	5
12 (F18.1)	Tem dinheiro suficiente para satisfazer as suas necessidades?	1	2	3	4	5
13 (F20.1)	Até que ponto tem fácil acesso às informações necessárias para organizar a sua vida diária?	1	2	3	4	5
14 (F21.1)	Em que medida tem oportunidade para realizar actividades de lazer?	1	2	3	4	5

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

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

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

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

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

ANEXO D - Valores médios dos 4 domínios e qualidade de vida

D

Valores médios dos 4 domínios e qualidade de vida

Domínios		Físico	Psicológico	Relações Sociais	Ambiente	Qualidade de Vida
Nº de inquéritos	Válidos	52	52	52	52	52
	Excluídos	0	0	0	0	0
Média		59,6154	65,7051	55,7692	52,1635	49,0385
Mediana		58,9286	70,8333	58,3333	53,1250	50,0000
Desvio Padrão		18,06654	19,06044	18,99851	11,94443	22,25715
Mínimo		17,86	25,00	8,33	15,63	0,00
Máximo		96,43	95,83	100,00	78,13	87,50

ANEXO E - ANOVA na comparação dos domínios com o Envolvimento Comunitário

E

Será que os Valores dos 4 domínios do questionário WHOQOL são afectados significativamente pelo Envolvimento Comunitário?

Valores médios dos quatro domínios do questionário WHOQOL

Domínios	Participação Comunitária	Nº	Média	Desvio Padrão	Mínimo	Máximo
Físico	Sim	16	62,7232	18,53333	35,71	96,43
	Não	36	58,2341	17,94508	17,86	96,43
	Total	52	59,6154	18,06654	17,86	96,43
Psicológico	Sim	16	68,2292	20,57478	25,00	95,83
	Não	36	64,5833	18,54050	29,17	91,67
	Total	52	65,7051	19,06044	25,00	95,83
Relações Sociais	Sim	16	57,2917	16,06555	25,00	91,67
	Não	36	55,0926	20,34209	8,33	100,00
	Total	52	55,7692	18,99851	8,33	100,00
Ambiente	Sim	16	52,7344	10,13419	37,50	71,88
	Não	36	51,9097	12,79295	15,63	78,13
	Total	52	52,1635	11,94443	15,63	78,13

**ANEXO F - ANOVA na comparação dos 4 domínios com o Envolvimento
Comunitário**

Teste de Normalidade

	Participação	Kolmogorov-Smirnov(a)			Shapiro-Wilk		
		Statistic	df	Sig.	Statistic	df	Sig.
Físico	Sim	,181	16	,170	,950	16	0,492
	Não	,149	36	,043	,972	36	0,486
Psicológico	Sim	,123	16	,200(*)	,949	16	0,471
	Não	,132	36	,115	,943	36	0,061
Relações Sociais	Sim	,175	16	,200(*)	,963	16	0,712
	Não	,123	36	,183	,955	36	0,152
Ambiente	Sim	,125	16	,200(*)	,966	16	0,768
	Não	,149	36	,042	,959	36	0,196

* This is a lower bound of the true significance

a Lilliefors Significance Correction

Teste de Homogeneidade de Variâncias

	Levene Statistic	df1	df2	Sig.
Físico	,010	1	50	0,922
Psicológico	,058	1	50	0,811
Relações Sociais	,963	1	50	0,331
Ambiente	,380	1	50	0,541

ANOVA na comparação dos domínios com o Envolvimento Comunitário

DOMÍNIOS - ANÁLISE DA VARIABILIDADE		Sum of Squares	Df	Mean Square	F	Sig.
Físico	Between Groups	223,221	1	223,221	0,680	0,014
	Within Groups	16423,168	50	328,463		
	Total	16646,389	51			
Psicológico	Between Groups	147,236	1	147,236	0,401	0,030
	Within Groups	18381,076	50	367,622		
	Total	18528,312	51			
Relações Sociais	Between Groups	53,567	1	53,567	0,146	0,304
	Within Groups	18354,552	50	367,091		
	Total	18408,120	51			
Ambiente	Between Groups	7,533	1	7,533	0,052	0,421
	Within Groups	7268,609	50	145,372		
	Total	7276,142	51			

**ANEXO G - ANOVA na comparação da Qualidade de Vida com o Envolvimento
Comunitário**

G

Será que a Qualidade de Vida é afectada significativamente pelo Envolvimento Comunitário?

Teste de Normalidade

	Participação	Kolmogorov-Smirnov(a)			Shapiro-Wilk		
		Statistic	df	Sig.	Statistic	df	Sig.
Qualidade_Vida	Sim	0,229	16	0,024	0,907	16	0,103
	Não	0,164	36	0,016	0,947	36	0,086

a Lilliefors Significance Correction

Homogeneidade de Variâncias

Qualidade de Vida

Levene Statistic	df1	df2	Sig.
2,347	1	50	0,132

ANOVA na comparação da Qualidade de Vida com o Envolvimento Comunitário

	Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
Between Groups	1476,446	1	1476,446	3,103	0,034
Within Groups	23787,977	50	475,760		
Total	25264,423	51			