



Revista de Enfermagem | Journal of Nursing

Referência - Revista de Enfermagem

ISSN: 0874-0283

referencia@esenfc.pt

Escola Superior de Enfermagem de
Coimbra
Portugal

da Fonseca Santos, Ricardo Manuel; da Fonseca Santos, Paulo Miguel; Dias Batista
Santos, Vera Lúcia; Duarte, João Carvalho

A qualidade de vida do idoso: o caso da Cova da Beira

Referência - Revista de Enfermagem, vol. III, núm. 11, diciembre, 2013, pp. 37-48

Escola Superior de Enfermagem de Coimbra
Coimbra, Portugal

Disponível em: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=388239970003>

- Como citar este artigo
- Número completo
- Mais artigos
- Home da revista no Redalyc

re^oalyc.org

Sistema de Informação Científica

Rede de Revistas Científicas da América Latina, Caribe, Espanha e Portugal

Projeto acadêmico sem fins lucrativos desenvolvido no âmbito da iniciativa Acesso Aberto

A qualidade de vida do idoso: o caso da Cova da Beira

Quality of life in older people: the case of Cova da Beira

Calidad de vida del anciano: el caso de la Cova da Beira

Ricardo Manuel da Fonseca Santos*

Paulo Miguel da Fonseca Santos**

Vera Lúcia Dias Batista Santos***

João Carvalho Duarte****

Resumo

A compreensão dos processos de envelhecimento que transformam a nossa velhice num momento feliz ou num verdadeiro naufrágio constitui o objeto de investigação de numerosos cientistas (Fontaine, 2000).

A amostra não probabilística por conveniência inicial foi formada por 103 idosos, dos quais destes 36 são institucionalizados e 67 não institucionalizados. Trata-se de um estudo correlacional, cuja recolha de dados se baseou num conjunto de questionários e escalas. Esta investigação incide sobre os idosos residentes na Cova da Beira e tem como objetivo geral identificar as principais variáveis sócio familiares que se relacionam com a qualidade de vida, quer dos idosos institucionalizados quer dos não institucionalizados.

Como principais resultados verificou-se que todas as variáveis sócio familiares influenciam a qualidade de vida do idoso. O suporte social influencia a qualidade de vida dos idosos institucionalizados. Confirmou-se também a influência das atividades instrumentais de vida diária em todos os domínios da qualidade de vida à exceção do sono e para os idosos institucionalizados e não institucionalizados. A funcionalidade familiar, o apoio social e o risco social influenciam a qualidade de vida do idoso não institucionalizado.

Palavras-chave: qualidade de vida; idoso; relações familiares.

Abstract

Understanding the aging processes that transform our old age from a happy time to a real shipwreck is the research topic of many scientists (Fontaine, 2000).

The non-probability convenience sample consisted of 103 elders, of whom 36 were institutionalized and 67 were not institutionalized. This was a correlational study, whose data collection was based on a set of questionnaires and scales. This research focused on elderly residents in Cova da Beira and had the overall objective of identifying key social-familial variables that relate to quality of life, for institutionalized or non-institutionalized elders. The main results showed that all the social-familial variables influenced the quality of life of elders. Social support influenced the quality of life of institutionalized elders. The data also confirmed the influence of instrumental activities of daily living in all areas of quality of life other than sleep and for both institutionalized and non-institutionalized elders. Family functioning, social support and social risk influenced the quality of life of non-institutionalized elders.

Keywords: quality of life; elders; family relations.

* Mestrado em Gestão de Unidades de Saúde, pela Universidade da Beira Interior. Especialidade de Médico-cirúrgica. Enfermeiro no Centro Hospitalar Cova da Beira, 6200-124, Covilhã, Portugal [santosfricardo@gmail.com].

** Mestrado em Gestão de Unidades de Saúde, pela Universidade da Beira Interior. Especialidade de reabilitação. Enfermeiro graduado no Centro Hospitalar Cova da Beira, 6200-124 Covilhã [paulosantos817@hotmail.com].

*** Mestrado em Gestão de Unidades de Saúde, pela Universidade da Beira Interior. Especialidade Médico-Cirúrgica. Enfermeira no Centro Hospitalar Cova da Beira, 6200-124 Covilhã [batista.vera@gmail.com].

**** Mestrado em Sócio-psicologia, pelo Instituto Miguel Torga. Professor Coordenador da Escola Superior de Saúde de Viseu, 3500-843, Viseu, Portugal [johnnyduarte@hotmail.com].

Morada: Rua João XXIII lote 1 4º frente, 6200-015 Covilhã, Portugal.

Resumen

La comprensión de los procesos de envejecimiento que transforman nuestra vejez en un momento feliz o un verdadero naufragio constituye el objeto de investigación de muchos científicos (Fontaine, 2000).

La muestra no probabilística por conveniencia estuvo formada por 103 ancianos, de los cuales 36 están institucionalizados y 67 no institucionalizados. Se trata de un estudio correlacional cuya recolección de datos se basa en un conjunto de cuestionarios y escalas. Esta investigación se centra en los ancianos residentes en la Cova da Beira y tiene como objetivo general identificar las principales variables socio familiares que se relacionan con la calidad de vida, ya sea de las personas mayores institucionalizadas o no institucionalizadas. Como principales resultados se verificó que todas las variables socio familiares influyen en la calidad de vida de las personas mayores. El apoyo social influye en la calidad de vida de los ancianos institucionalizados. Asimismo, se confirmó la influencia de las actividades instrumentales de la vida diaria en todas las áreas de la calidad de vida, a excepción del sueño, tanto en el caso de los ancianos institucionalizados como los no institucionalizados. El funcionamiento de la familia, apoyo social y riesgo social influyen en la calidad de vida de los ancianos no institucionalizados.

Palabras clave: calidad de vida; anciano; relaciones familiares.

Recebido para publicação em: 12.01.12

Aceite para publicação em: 25.04.13

Introdução

O envelhecimento da população é um fenómeno observado em todos os países. Os progressos médicos e a melhoria das condições de vida desde a Segunda Guerra Mundial são tais que, o número de pessoas com mais de sessenta anos aumenta de ano para ano. A compreensão dos processos de envelhecimento que transformam a nossa velhice num momento feliz ou num verdadeiro naufrágio constitui o objeto de investigação de numerosos cientistas. O desafio do século XXI não será dar tempo ao tempo, mas dar qualidade ao tempo (Fontaine, 2000).

Segundo Magalhães (2003), entre 1991 e 2001, verificou-se em Portugal um crescimento acentuado da população com 65 e mais anos. No total das famílias em 1991, a percentagem de famílias com idosos era de 30.8%. Em 2001, aumentou para 32.3%, o que se deve exclusivamente ao acréscimo da proporção de famílias só de idosos, de 14.9% em 1991, para 17.4% em 2001.

Também o INE (2007) refere que em 31 de dezembro de 2006 a população residente em Portugal foi estimada em 10 599 095 indivíduos, dos quais 5 129 937 homens e 5 469 158 mulheres. Destes, 1 828 617 eram idosos (65 e mais anos de idade), repartindo-se em 763 752 homens (41,8%) e 1 064 865 mulheres (58,2%).

Com base nesta problemática, e sendo os enfermeiros uma classe sensibilizada com os idosos, não só é importante prolongar-se a idade, mas sobretudo que essa idade vivida seja repleta de qualidade de vida e conforto.

A amostra não probabilística por conveniência inicial foi formada por 103 idosos, dos quais destes 36 são institucionalizados e 67 não institucionalizados. Trata-se de um estudo descritivo, analítico e correlacional, cuja recolha de dados se baseou num conjunto de questionários e escalas.

Este estudo pretende dar um contributo nesta área do conhecimento – O Valor Preditor das Variáveis sócio familiares na Qualidade de vida do Idoso: O Caso da Cova da Beira –, tendo como principal propósito avaliar a qualidade de vida dos idosos institucionalizados e não institucionalizados, para que deste modo se possam implementar medidas corretivas e se obterem as transformações desejadas. Assim, esta investigação em concreto incide sobre os idosos residentes na Cova da Beira e tem como objetivo geral identificar as principais variáveis sócio

familiares que se relacionam com a qualidade de vida, quer dos idosos institucionalizados quer dos não institucionalizados.

Enquadramento/Fundamentação teórica

O envelhecimento da população é um fenómeno observado em todos os países. Os progressos médicos e a melhoria das condições de vida desde a Segunda Guerra Mundial são tais que, o número de pessoas com mais de sessenta anos aumenta de ano para ano. O desafio do século XXI não será dar tempo ao tempo, mas dar qualidade ao tempo (Fontaine, 2000). Este estudo pretende dar um contributo nesta área do conhecimento – A influência das Variáveis sócio familiares na Qualidade de vida do Idoso: O Caso da Cova da Beira. Deste modo, esta investigação em concreto incide sobre os idosos residentes na Cova da Beira e tem como objetivo geral identificar as principais variáveis sócio familiares que se relacionam com a qualidade de vida, quer dos idosos institucionalizados quer dos não institucionalizados.

A amostra não probabilística por conveniência inicial foi formada por 103 idosos, dos quais destes 36 são institucionalizados e 67 não institucionalizados. Trata-se de um estudo correlacional, cuja recolha de dados se baseou num conjunto de questionários e escalas.

O conceito de qualidade de vida, pela sua utilização frequente em discursos ou simples conversas, tornou-se num conceito popular que, como afirma (Ribeiro cit. por Coimbra e Brito, 1999), faz parte da linguagem do homem comum, dos especialistas aos leigos, de gente um lhe atribuir um sentido ou um valor que varia de contexto para contexto.

O aumento da esperança de vida, resultante quer da melhoria das condições socioeconómicas das populações, quer dos inegáveis progressos da medicina, resulta num aumento do número de pessoas muito idosas na sociedade, o que levanta várias questões de ordem psicológica, social e económica, nomeadamente uma crescente preocupação com a qualidade de vida das mesmas (Coutinho *et al.*, 2009). A tendência para o crescimento da população idosa é um dos traços mais salientes da sociedade portuguesa atual. Habitado durante décadas a viver com uma imagem de si mesmo, sob o ponto de vista demográfico, alicerçada em elevadas taxas quer de

natalidade, quer de mortalidade, Portugal enfrenta presentemente uma realidade que, sendo comum à generalidade dos países europeus, só agora começa a ganhar um impacte social relevante: baixas taxas de natalidade e de mortalidade, com um aumento significativo do peso dos idosos no conjunto da população total do país (Paúl e Fonseca, 2005).

Nenhuma sociedade pode ficar indiferente à problemática do envelhecimento, nem tão pouco à do sobreenvelhecimento. Chegou-se até a pensar que este fenómeno demográfico era uma característica das sociedades desenvolvidas (Silva, 2004).

Esta problemática é olhada pelos diversos intervenientes, desde a comunidade científica, política à sociedade em geral. Não importa só viver mais anos, mas sim vivê-los com qualidade. Pois a preocupação crescente no que concerne ao aumento do número de idosos, associada à diminuição do número de jovens, acarreta modificações socioeconómicas e políticas, para a qual a sociedade tem que se preparar (Oberg *et al.*, 2004).

As atividades de vida diária – AVD – (designadas internacionalmente por *Activities Daily Living* – ADL) são as competências básicas em geriatria e são indicadores da adaptação dos indivíduos à longevidade, abrangendo áreas relacionadas com a qualidade de vida que a avaliação clínica frequentemente ignora (Cabete, 2008).

Evidenciou-se ainda, que outros problemas relacionados ao funcionamento dos sentidos entre as idosas cadastradas em uma Unidade de Saúde da Família foram: diminuição na audição (17,4%) e olfato (1,5%) e deglutição prejudicada (4,4%). Destaca-se que os órgãos sensoriais permitem o relacionamento do utente com o meio em que vive, seja ele familiar, do trabalho ou outros. Através dos sentidos, o corpo percebe diversas situações que o rodeiam, contribuindo para a sua integração com o ambiente (Ribeiro, Alves e Meira, 2009). Assim, perdas nestas funções podem interferir negativamente na qualidade de vida do idoso podendo piorar as suas relações pessoais e hábitos de vida.

Há a necessidade de se estimular mais a prática de exercício físico, mas devidamente orientado por profissionais da área, bem como o desenvolvimento de novas pesquisas que abordem o nível de atividade física em idosos, visto que este fator tem um papel importante para um envelhecimento saudável (Cardoso *et al.*, 2009).

Segundo Ferreira (2010), o século XXI será certamente o século dos idosos, pelo menos no mundo ocidental. Este processo interessa a todos, em primeiro lugar, aos já idosos, mas a todos os que vêm atrás, mesmo as crianças, que amanhã também serão velhos.

Metodologia

População, amostra e tipo de estudo

Para a realização deste estudo é necessário a identificação da população alvo, que segundo Fortin (2009, p. 311) “é o conjunto de pessoas que satisfazem os critérios de seleção definidos previamente”. Este estudo teve como contexto de análise o Centro Hospitalar Cova da Beira, EPE (CHCB, EPE), na Covilhã, através de entrevista semi-estruturada aos idosos que se dirigiram à consulta externa deste hospital no período de tempo compreendido entre 18 de janeiro de 2007 e 27 de fevereiro de 2007. Teve ainda como contexto de análise as seguintes instituições: Lar de São José; Núcleo de Apoio a Idosos (NAI); Associação de Socorros Mútuos “Mutualista Covilhanense”; Lar de Belmonte; e, por fim, o Lar D.^a Bárbara Tavares da Silva. A recolha de dados inerentes aos idosos, nestas instituições, decorreu no período de tempo compreendido entre 17 de julho de 2006 e 23 de outubro de 2006, constituindo-se a amostra final por 103 idosos, dos quais destes 36 são institucionalizados e 67 não institucionalizados.

É ainda um estudo de nível II, ou seja, correlacional, inserido numa investigação não experimental, pois não se procuram manipular as variáveis em estudo. O principal propósito ou objetivo de investigação consiste em determinar a qualidade de vida dos idosos institucionalizados e não institucionalizados relativamente às variáveis sócio familiares na região da Cova da Beira.

Instrumento de recolha de dados

A recolha de dados foi feita através de um protocolo constituído por questionários e escalas que suportaram a entrevista aos idosos, tendo estes sido questionados de forma individual e anónima. O protocolo obedeceu à seguinte sequência: Questionário de Caracterização Sociodemográfica; Escala de Suporte Social, sendo que o instrumento que se utilizou foi, a Escala Instrumental e Expressiva do Suporte Social (EIESS) de Paixão e Oliveira (1996); Escala de Funcionalidade Familiar

que foi elaborada em 1978, por Smilkstein, esta mesma escala conhecida também como a Escala de Apgar Familiar, é constituída por 5 perguntas, que quantificam a percepção que o utente tem do funcionamento da sua família, permitindo também caracterizar os componentes fundamentais da função familiar; Escala de Atividades Instrumentais de Vida Diária; foi desenvolvida pelo Centro Geriátrico de Filadélfia e publicada em 1969, pelos autores Lawton e Brody (1969). Foi construída especificamente para a população idosa institucionalizada ou não; Índice de Saúde Social, ou Escala de Duke-UNC-11 foi elaborado por Broadhead, em 1988, sendo que o seu objetivo era medir o “apoio social funcional percebido”; Escala de Qualidade de Vida no Idoso, o Perfil de Saúde de Nottingham (PSN), ou em inglês, Nottingham Health Profile (NHP), é um instrumento genérico de avaliação de qualidade de vida, desenvolvido originalmente para avaliar a qualidade de vida em doentes portadores de doenças crónicas. Os itens estão organizados em seis categorias/dimensões que englobam: Nível de Energia, Dor, Reações Emocionais, Sono, Interação Social e Habilidades Físicas. Cada resposta positiva corresponde a um *score* de um (1) e cada resposta negativa corresponde a um *score* de zero (0).

Variáveis em Estudo

Para a realização desta investigação considerou-se um conjunto de variáveis necessárias e fundamentais para o tratamento estatístico: variáveis sociodemográficas (idade, género, estado civil, habilitações literárias, local de residência, coabitação, ocupação de tempos livres, atividade física) e sócio familiares (frequência da visita da família, rendimentos e apoio social, bens de conforto, funcionalidade familiar, atividades instrumentais de vida diária e valorização das redes de apoio social e risco social).

Procedimentos formais e éticos

Procurando pautar a atuação em todo o processo de investigação por uma rigorosa conduta ética, foi solicitada a autorização formal aos diretores dos Lares para aplicação dos questionários aos idosos residentes nas respetivas instituições. Foi também requerida autorização formal ao presidente do Conselho de Administração do Centro Hospitalar de Cova da Beira para aplicação dos questionários junto dos idosos que se dirigiam à consulta externa do hospital.

Procedimentos estatísticos

Na análise dos dados recorreu-se à estatística descritiva e analítica. Em relação à estatística descritiva determinaram-se: frequências absolutas e percentuais; médias; e desvios padrão. No que respeita à estatística analítica utilizaram-se: teste UMW, para comparação de médias entre grupos, e o teste de Kruskal-Wallis. A utilização de testes não paramétricos tem a ver com a não distribuição normal dos dados.

Hipótese de investigação: As variáveis sócio familiares (suporte social, funcionalidade familiar, atividades instrumentais de vida diária, valoração das redes de apoio social e risco social) influenciam a qualidade de vida do idoso residente numa instituição ou no domicílio.

Resultados

A amostra é constituída por 103 idosos, sendo 67 não institucionalizados e 36 idosos institucionalizados. Quanto ao género, 60 pertencem ao sexo feminino (58,3%) e 43 ao sexo masculino (41,70%).

Verifica-se que a idade média dos idosos do domicílio (75,21 anos) é inferior à dos idosos do lar (82,28 anos), com idades mínimas de 65 anos para os idosos do domicílio e 66 anos para os do lar. Da totalidade da amostra, 46,60% dos idosos são casados, domínio que também se verifica entre os idosos residentes no domicílio, já entre os idosos que se encontram em lares o maior percentual é viúvo (75%).

Para os idosos que residem no domicílio, 71,6% refere ter casa própria. Quanto à coabitação e na totalidade, 38,8% dos idosos refere viver com a esposa/marido, situação esta que se mantém para os idosos que residem no domicílio.

A opção de residir em lar para 63,9% é uma opção livre, 22,2% refere que é por falta de apoio e por fim, 13,9% diz que foi imposta por familiares.

Quanto à área de residência, a maior percentagem (42,7%) corresponde aos idosos que são oriundos da Covilhã, sendo mais representativa nos idosos institucionalizados (50,0%) comparativamente com os não institucionalizados (38,8%). Cerca de 40,0% são idosos oriundos do Fundão, apresentando os idosos que residem no domicílio (47,8%) um valor mais elevado que os residentes em instituição (25,0%). Os idosos com menos representatividade neste estudo são os que provêm de Belmonte e Penamacor com

9,7% e 7,8%, respetivamente. Os idosos que proveem da zona rural correspondem a 44,7% e os que proveem da zona urbana correspondem a 55,3%.

A maioria dos idosos (58,3%) é analfabeta, sendo sobretudo os que estão em lares os que mais contribuem para este valor ao representarem 75,0% da amostra em detrimento dos 49,3% de idosos no domicílio.

Verificou-se que metade dos idosos não recebem qualquer tipo de apoio, 14,6% recebe apoio do centro de dia e 35% dos idosos recebe apoio do lar.

Quanto às visitas que recebem, 32,0% do total de idosos recebe visitas de familiares diariamente. Nos idosos residentes no domicílio essa percentagem de visitas é de 41,8%, enquanto que em instituição é de apenas 13,9%. Como dados mais salientes de referir, as visitas semanais e mensais correspondem a 18,4% e 21,4% no total da amostra.

Os idosos na sua grande maioria (68,9%) têm como fonte de rendimentos a pensão de velhice, correspondendo aos residentes do lar um maior valor percentual (75,0%) comparativamente aos do domicílio (65,7%). De referir ainda que 23,3% auferem a pensão de invalidez e a maior representatividade situa-se nos idosos do domicílio (26,9%) comparativamente aos idosos do lar (16,7%). Apenas 4,9% vivem da pensão social.

43,7% dos idosos referiram auferir um rendimento mensal entre 250 e 400 euros, sendo os idosos do domicílio os que mais contribuem para este percentual (44,8%) em relação aos idosos do lar (41,7%). Contudo, para 31,1% dos idosos o valor da pensão é inferior a 250 euros, com uma percentagem ligeiramente superior nos idosos que vivem no domicílio (31,3%) comparativamente aos do lar (30,6%).

Quanto aos bens de conforto, o bem de conforto mais referido é a TV (97,1%), sendo que 95,5% dos residentes no domicílio possuem este bem e a totalidade dos inquiridos residentes em instituição. O segundo bem de conforto mais referido, com 96,1%, é o frigorífico, sendo os idosos do lar (97,2%) que maior valor percentual apresentam comparativamente aos idosos do domicílio (95,5%). Por ordem decrescente, o terceiro bem de conforto mais usado pelos idosos é a máquina de lavar roupa, com 81,6%, e neste em particular são os idosos residentes no domicílio com 88,1%.

Da necessidade regular de cuidados, pode constatar-se que a maioria dos idosos inquiridos (61,2%), ou seja, cerca de 6 em cada 10, deu a informação de precisarem de algum tipo de cuidados por parte de pessoas ou instituições, sendo que a totalidade dos idosos institucionalizados referiram essa necessidade contrastando com 40,3% dos idosos no domicílio.

No que concerne às pessoas ou instituições que prestam esses cuidados, constata-se que dos 36 idosos inquiridos em instituição a totalidade afirma que os cuidados eram prestados pelo próprio lar. Quanto aos idosos domiciliários, em 55,6% a prestação de cuidados é efetuada pelo centro de dia.

Já quando questionados quanto à ocupação dos tempos livres, quase a totalidade (94,2%) afirmou que ocupavam o tempo a ver televisão, essa preferência recai mais nos idosos do domicílio (95,5%) que nos idosos do lar (91,7%). Segue-se a prática religiosa como a ida à igreja para 69,9% dos idosos, sendo esta mais evidente nos idosos do lar (77,8%) que nos idosos do domicílio (65,7%). A terceira ocupação com 49,5% por ordem de preferência dos idosos é ouvir rádio, recaindo sobretudo nos idosos do domicílio (73,7%).

Verifica-se que a maioria dos idosos afirma ter o hábito de praticar alguma atividade física (70,9%), prevalecendo esse hábito entre os idosos do domicílio (73,1%) comparativamente aos do lar (66,7%). Quanto ao tipo de atividade praticada verificou-se que o mais habitual é o caminhar com 79,5% e a menos habitual é a ginástica (20,5%).

A escala de *Nottingham* utilizada para determinar a qualidade de vida nos idosos nas vertentes energia física, dor, reações emocionais, sono, interação social, habilidades físicas e qualidade de vida total (QVIT), apresenta uma cotação inversa, ou seja, os idosos com melhor qualidade de vida são os que possuem índices médios mais baixos (Tabela 1). No que respeita às reações emocionais são os idosos residentes em instituição que possuem melhor qualidade de vida comparativamente aos idosos do domicílio. Para o nível de energia, dor, sono, interação social, habilidades físicas e QVIT, são os idosos residentes no domicílio que possuem melhor qualidade de vida, já que apresentam índices mais baixos comparativamente aos idosos residentes em instituição.

TABELA 1 – Estatísticas relativas à qualidade de vida do idoso institucionalizado e não institucionalizado

Variáveis		Média	Dp	CV
Nível energia	Domicílio	29,663	38,101	128,43
	Instituição	35,421	36,784	144,69
Dor	Domicílio	29,354	28,758	97,969
	Instituição	37,091	26,445	71,298
Reações emocionais	Domicílio	39,514	29,246	74,014
	Instituição	37,058	28,452	76,777
Sono	Domicílio	44,277	35,145	79,375
	Instituição	55,421	32,529	58,694
Interação social	Domicílio	21,265	25,024	117,677
	Instituição	26,317	27,451	104,309
Habilidades físicas	Domicílio	36,209	22,172	61,233
	Instituição	47,981	23,519	49,017
QVIT	Domicílio	33,279	13,099	64,959
	Instituição	39,291	12,851	51,757

Relação entre variáveis sócio familiares e qualidade de vida do idoso

Recordando que a melhor qualidade de vida corresponde aos menores valores de ordenação média e no intuito de se determinar se o suporte social influenciava a qualidade de vida do idoso, efetuou-se o teste de *Kruskal-Wallis* tanto para os idosos residentes no domicílio como para os residentes em lares.

Dos resultados expressos na Tabela 2 destaca-se que entre os idosos residentes nos domicílios os classificados com suporte social razoável apresentam níveis mais elevados de qualidade de vida no que respeita ao nível de energia, dor, reações emocionais, interação social, habilidades físicas e QVIT (qualidade

de vida total), sendo que é nos classificados com baixo suporte social que se encontram os de melhor qualidade de vida no que respeita ao sono. As diferenças entre os três grupos não são estatisticamente significativas, pelo que se pode afirmar que o suporte social não influencia a qualidade de vida dos idosos residentes no domicílio. Quanto aos idosos residentes em instituição, nota-se pela análise da mesma tabela que os classificados com alto suporte social, apresentam níveis de qualidade de vida superiores aos restantes grupos a nível da energia, interação social, habilidades físicas e QVIT, enquanto nos de razoável suporte social os índices mais elevados de qualidade de vida se situam nos fatores reações emocionais e sono.

TABELA 2 – Diferenças da qualidade de vida dos idosos institucionalizados e não institucionalizados em função do suporte social: Teste *Kruskal-Wallis*

		Baixo suporte	Razoável suporte	Alto suporte	X²	p
		Ordenações médias				
Nível de energia	Domicílio	35,89	22,64	36,72	5,536	0,063
	Instituição	25,50	18,00	16,09	5,050	0,080
Dor	Domicílio	36,00	30,77	32,67	0,781	0,677
	Instituição	22,00	16,75	17,70	1,179	0,555
Reações emocionais	Domicílio	35,32	31,55	33,28	0,357	0,836
	Instituição	27,81	15,25	16,00	8,084	0,018*
Sono	Domicílio	31,56	35,91	36,59	1,046	0,593
	Instituição	28,88	9,67	17,14	12,541	0,002*
Interação social	Domicílio	36,98	27,77	32,70	2,250	0,325
	Instituição	22,19	18,42	17,18	1,403	0,496
Habilidades físicas	Domicílio	38,21	24,91	32,30	4,125	0,127
	Instituição	25,31	19,50	15,75	4,923	0,085
QVIT (qualidade de vida total)	Domicílio	35,62	27,00	35,02	1,711	0,425
	Instituição	28,69	16,00	15,48	9,631	0,008*

ns p > 0,05; * p < 0,05

Dos resultados apresentados na Tabela 3, verifica-se que entre os idosos residentes no domicílio os que apresentam melhor qualidade de vida ao nível de energia e dor, mas sem significância estatística, encontram-se inseridos nas famílias severamente disfuncionais. Já para os indicadores de qualidade de vida reações emocionais, sono, interação social, habilidades físicas e QVIT, a melhor qualidade de vida observa-se entre os idosos com famílias altamente funcionais. No entanto, o teste *Kruskal-Wallis* apenas revela diferenças estatisticamente significativas nas reações emocionais ($p=0,023$) e habilidades físicas ($p=0,018$), confirmando-se a relação de dependência

entre as variáveis em estudo apenas nestes dois fatores. Quanto aos idosos residentes em instituição, as ordenações médias mais baixas, correspondentes consequentemente a uma melhor qualidade de vida, verificam-se nos fatores nível de energia e habilidades físicas entre os idosos com famílias moderadamente funcionais. A melhor qualidade de vida para a dor, reações emocionais, sono, interação social e QVIT, recai nos idosos com famílias altamente funcionais, sem no entanto se verificar significância estatística, o que infirma a hipótese descrita, ou seja, não há relação entre a funcionalidade familiar e a qualidade de vida do idoso residente em instituição.

TABELA 3 – Diferenças da qualidade de vida dos idosos institucionalizados e não institucionalizados em função da funcionalidade familiar: Teste *Kruskal-Wallis*

		Altamente funcional	Moderadamente funcional	Severamente disfuncional		
		Ordenações médias			X ²	p
Nível de energia	Domicílio	32,96	37,93	31,75	0,986	0,611
	Instituição	17,11	15,50	25,64	4,415	0,110
Dor	Domicílio	34,64	33,90	26,75	0,625	0,731
	Instituição	17,70	20,25	19,64	0,384	0,825
Reações emocionais	Domicílio	29,91	44,67	43,13	7,503	0,023*
	Instituição	17,30	19,67	21,43	0,913	0,633
Sono	Domicílio	32,56	38,37	34,88	1,041	0,594
	Instituição	15,80	26,17	20,79	5,092	0,078
Interação social	Domicílio	28,38	46,63	54,13	16,384	0,000*
	Instituição	15,89	21,17	24,79	4,540	0,103
Habilidades físicas	Domicílio	29,91	46,07	37,88	8,057	0,018*
	Instituição	17,72	15,67	23,50	2,148	0,342
QVIT (qualidade de vida total)	Domicílio	30,54	43,13	41,25	5,362	0,069
	Instituição	16,35	20,33	24,00	3,050	0,218

ns $p > 0,05$; * $p < 0,05$

Da análise da Tabela 4 para os idosos residentes no domicílio denota-se que a melhor qualidade de vida, face aos menores valores de ordenação média, verifica-se nos idosos independentes no que se refere ao nível de energia, reações emocionais, sono, interação social, habilidades física e QVIT, com diferenças estatisticamente significativas entre os grupos para o nível de energia ($p= 0,002$), a interação social ($p=0,014$), as habilidades físicas ($p= 0,000$) e a QVIT ($p=0,001$). Já para a dor, os idosos com melhor qualidade de vida são os dependentes parciais, também com diferenças estatisticamente

significativas conforme resultado do teste *Kruskal-Wallis* ($p= 0,041$). São os idosos com dependência total que apresentam menores índices de qualidade de vida em todos os fatores da escala.

Por sua vez, os idosos residentes em instituição com melhor qualidade de vida em relação ao nível de energia, dor, reações emocionais, interação social, habilidades físicas e QVIT, são também os idosos independentes, com diferenças estatisticamente significativas para o nível de energia ($p=0,027$), reações emocionais ($p=0,013$), habilidades físicas ($p=0,002$) e para a QVIT ($p=0,009$).

TABELA 4 – Diferenças da qualidade de vida dos idosos institucionalizados e não institucionalizados em função das atividades instrumentais de vida diária: Teste *Kruskal-Wallis*

		Dependência total	Dependência parcial	Independência		
		Ordenações médias			X ²	p
Nível de energia	Domicílio	43,27	30,05	27,42	12,007	0,002*
	Instituição	21,83	16,63	7,50	7,240	0,027*
Dor	Domicílio	41,17	26,18	30,65	6,387	0,041*
	Instituição	19,33	20,29	9,00	3,739	0,154
Reações emocionais	Domicílio	40,83	30,36	29,42	5,243	0,073
	Instituição	22,98	13,96	9,75	8,623	0,013*
Sono	Domicílio	38,08	35,05	30,08	2,424	0,298
	Instituição	21,50	14,08	16,75	3,902	0,142
Interação social	Domicílio	42,25	29,41	28,53	8,581	0,014*
	Instituição	19,43	17,79	16,00	0,459	0,795
Habilidades físicas	Domicílio	47,35	31,86	23,22	21,592	0,000*
	Instituição	23,58	14,04	6,50	12,041	0,002*
QVIT (qualidade de vida total)	Domicílio	44,67	29,82	26,28	13,013	0,001*
	Instituição	23,05	14,33	8,25	9,396	0,009*

ns p > 0,05; * p < 0,05

Prediz-se que as redes de apoio social exercem influência na qualidade de vida do idoso. Foi nesse sentido que se elaborou a hipótese acima formulada e para a comprovar realizou-se o teste de UMW. Dos resultados expressos na Tabela 5, constata-se que os idosos residentes no domicílio que auferem apoio de redes sociais são os que têm melhor qualidade de vida em todos os fatores da escala por apresentarem ordenações médias mais baixas, mas o teste de UMW apenas apresenta significância estatística na qualidade das reações emocionais (p= 0,000), qualidade do sono (p=0,044), qualidade da interação social (p=0,000) e na QVIT (p=0,002). Entre os residentes em instituição, a melhor qualidade

de vida observa-se no nível de energia, nas reações emocionais, no sono, na interação social e na QVIT, também se observa entre os idosos com apoio das redes sociais. Por sua vez, para a dor e habilidades físicas a melhor qualidade recai entre os idosos sem apoio, apesar de não se verificarem diferenças estatisticamente significativas.

Em suma, confirma-se a influência das redes sociais de apoio na qualidade de vida do idoso residente em instituição no que se refere à qualidade das reações emocionais, qualidade do sono, qualidade das interações sociais e à QVIT, mas não se confirma para nenhum dos fatores da qualidade de vida entre os idosos residentes no domicílio.

TABELA 5 – Diferenças da qualidade de vida dos idosos institucionalizados e não institucionalizados em função da valorização de redes de apoio social: Teste de UMW

		Sem apoio		Com apoio		U	Z	p
		Ordenação Média	Soma ordenações	Ordenação Média	Soma ordenações			
Nível de energia	Domicílio	40,69	651,00	31,90	1627,00	301,000	-1,745	0,081
	Instituição	21,00	210,00	17,54	456,00	105,000	-0,916	0,360
Dor	Domicílio	36,09	577,50	33,34	1700,50	374,500	-0,501	0,617
	Instituição	17,05	170,50	19,06	495,50	115,500	-0,513	0,608
Reações emocionais	Domicílio	49,44	791,00	29,16	1487,00	161,000	-3,635	0,000*
	Instituição	19,40	194,00	18,15	472,00	121,000	-0,318	0,750
Sono	Domicílio	42,50	680,00	31,33	1598,00	272,000	-2,017	0,044*
	Instituição	23,40	234,00	16,62	432,00	81,000	-1,744	0,081

Interação Social	Domicílio	53,03	848,50	28,03	1429,50	103,500	-4,748	0,000*
	Instituição	22,10	221,00	17,12	445,00	94,000	-1,309	0,191
Habilidades físicas	Domicílio	41,13	658,00	31,76	1620,00	294,000	-1,679	0,093
	Instituição	16,15	161,50	19,40	504,50	106,500	-0,832	0,405
QVIT (qualidade de vida total)	Domicílio	47,31	757,00	29,82	1521,00	195,000	-3,132	0,002*
	Instituição	20,40	204,00	17,77	462,00	111,000	-0,671	0,502

ns $p > 0,05$; * $p < 0,05$

A existência de risco social pode conferir uma menor qualidade de vida tanto a idosos institucionalizados como não institucionalizados. No sentido de o comprovar, efetuou-se um teste de UMW cujos resultados se apresentam na Tabela 6.

Da sua análise constata-se que os idosos residentes no domicílio sem risco social são os que apresentam ordenações médias mais baixas em todos os fatores da qualidade de vida, mas somente com significância na qualidade das reações emocionais ($p=0,045$) e QVIT ($p=0,028$).

Quanto aos idosos institucionalizados observa-se o oposto, isto é, os idosos com melhor qualidade de vida em todos os fatores da escala são os que apresentam risco social, exceto na qualidade da dor, onde as ordenações médias mais baixas se situam nos idosos sem risco social, não se verificando contudo significância estatística. Deste modo, comprova-se que nos idosos residentes em instituição existe só relação entre a valoração sócio familiar e a qualidade das reações emocionais e QVIT, enquanto para os residentes em instituição se infirma a relação para todos os fatores da qualidade de vida.

TABELA 6 – Diferenças na qualidade de vida dos idosos institucionalizados e não institucionalizados em função da existência de risco social: Teste UMW

		Com risco social		Sem risco social		U	Z	p
		Ordenação Média	Soma ordenações	Ordenação Média	Soma ordenações			
Nível de energia	Domicílio	42,50	212,50	33,31	2065,50	112,500	-1,125	0,261
	Instituição	15,77	236,50	20,45	429,50	116,500	-1,364	0,172
Dor	Domicílio	47,60	238,00	32,90	2040,00	87,000	-1,649	0,099
	Instituição	20,00	300,00	17,43	366,00	135,000	-0,724	0,469
Reações emocionais	Domicílio	50,80	254,00	32,65	2024,00	71,000	-2,006	0,045*
	Instituição	16,97	254,50	19,60	411,50	134,500	-0,739	0,460
Sono	Domicílio	49,30	246,50	32,77	2031,50	78,500	-1,841	0,066
	Instituição	16,33	245,00	20,05	421,00	125,000	-1,051	0,293
Interação Social	Domicílio	47,50	237,50	32,91	2040,50	87,500	-1,708	0,088
	Instituição	17,00	255,00	19,57	411,00	135,000	-0,743	0,457
Habilidades físicas	Domicílio	48,60	243,00	32,82	2035,00	82,000	-1,745	0,081
	Instituição	15,77	236,50	20,45	429,50	116,500	-1,319	0,187
QVIT (qualidade de vida total)	Domicílio	52,40	262,00	32,52	2016,00	63,000	-2,195	0,028*
	Instituição	16,13	242,00	20,19	424,00	122,000	-1,139	0,255

ns $p > 0,05$; * $p < 0,05$

Face aos resultados obtidos, a Hipótese H1 inicialmente formulada, confirma-se parcialmente

para algumas variáveis, como tivemos a oportunidade de constatar pela análise destas tabelas.

Discussão

A qualidade de vida dos idosos pode variar significativamente de idoso para idoso, mesmo em idosos que se encontrem por exemplo dentro da mesma instituição (Lar), dado que esta percepção é individual e tem a subjetividade como uma das suas características.

Atendendo às variáveis sócio familiares e ao suporte social, destaca-se que entre os idosos residentes nos domicílios os classificados com suporte social razoável apresentam níveis mais elevados de qualidade de vida no que respeita ao nível de energia, dor, reações emocionais, interação social, habilidades físicas e QVIT (qualidade de vida total). Quanto aos idosos residentes em instituição, verificou-se que os classificados com alto suporte social apresentam níveis de qualidade de vida superiores aos restantes grupos a nível da energia, interação social, habilidades físicas e QVIT.

Sendo certo que vários estudos apontam para uma inter-relação entre funcionalidade familiar e qualidade de vida do idoso, verificámos que é entre os idosos residentes no domicílio que se verifica uma melhor qualidade de vida ao nível da energia e dor, que por sua vez se encontram inseridos nas famílias severamente disfuncionais. Já para os indicadores de qualidade de vida reações emocionais, sono, interação social, habilidades físicas e QVIT a melhor qualidade de vida, observa-se entre os idosos com famílias altamente funcionais.

Quanto aos idosos residentes em instituição a melhor qualidade de vida recai na dor, reações emocionais, sono, interação social e QVIT que corresponde aos idosos com famílias altamente funcionais não havendo relação entre a funcionalidade familiar e a qualidade de vida do idoso residente em instituição. De salientar que Quaresma (2000) apela, ainda, para a necessidade de medidas urgentes relativas à compatibilização entre a vida familiar e a vida profissional, garantindo os direitos às pessoas idosas que necessitam de cuidados, e aprofundar os direitos de família face a essa opção, centrando-se na pessoa em situação de necessidade, com direitos aos cuidados de qualidade e à autodeterminação face aos mesmos.

Nas atividades instrumentais de vida diária, as estatísticas foram significativas e revelam que os idosos do domicílio são mais independentes nas suas AIVD do que os idosos em instituição.

No estudo referente aos idosos não institucionalizados, pode-se constatar que a melhor qualidade de vida refere-se aos idosos independentes e são relativos à utilização do telefone e à medicação. No estudo referente aos idosos institucionalizados, a melhor qualidade de vida refere-se aos idosos independentes e são relativos à medicação e à utilização do telefone. Estes resultados estão de certo modo de acordo com Fillenbaum (1986), que refere que a capacidade funcional corresponde ao indivíduo poder cuidar de si próprio, desempenhando tarefas de cuidados pessoais e de adaptação ao meio em que vive.

Deve ser avaliada segundo o que o indivíduo faz no seu quotidiano e com os meios de que dispõe e ser relacionada com fatores físicos e/ou mentais e com fatores extrínsecos, de natureza social, económica ou ambiental, que interfiram na função. A avaliação do estado funcional das pessoas idosas é importante para se poder compreender a capacidade de autocuidado dos indivíduos, não só no que diz respeito às atividades de vida diária, como em relação a outras atividades mais complexas, como sejam as atividades instrumentais de vida diária, cuja execução é fundamental para a manutenção de uma autonomia de vida (Gallo, Fulmer e Reichel, 2000).

Consequentemente, a maioria dos idosos do lar são mais dependentes nas suas AIVD do que os idosos no domicílio, que se apresentam regra geral mais autónomos nas suas AIVD.

Relativamente às redes de apoio social, constatamos no nosso estudo que os idosos residentes em instituição que auferem apoio de redes sociais são os que têm melhor qualidade de vida em todos os fatores da escala por apresentarem ordenações médias mais baixas. Entre os residentes em instituição, a melhor qualidade de vida observa-se no nível de energia, nas reações emocionais, no sono, na interação social e na QVIT, o que também se observa entre os idosos com apoio das redes sociais. Por sua vez, para a dor e habilidades físicas a melhor qualidade recai entre os idosos sem apoio. Em suma, confirma-se a influência das redes sociais de apoio na qualidade de vida do idoso residente em instituição no que se refere à qualidade das reações emocionais, qualidade do sono, qualidade das interações sociais e QVIT, mas não se confirma para nenhum dos fatores da qualidade de vida entre os idosos não institucionalizados. Indo de encontro a estes resultados e segundo Guimarães (1999), no Mundo Ocidental, com a chegada da industrialização,

assiste-se ao desaparecimento dos modelos de família baseados na economia da terra. O trabalho especializado leva a uma estratificação e segregação etárias: os que aprendem, os que produzem e aqueles que saíram do ciclo produtivo, onde se incluem os idosos. A pessoa idosa perde desta forma o seu papel de transmissor transgeracional do saber, face a uma economia de mercado onde só o lucro interessa.

Verificou-se que os idosos não institucionalizados possuem maior risco social comparativamente aos idosos residentes em instituição, sendo as diferenças altamente significativas, contudo, observou-se que a maioria dos idosos não apresenta risco social

Pela análise dos resultados, verifica-se que a maioria da totalidade dos idosos apresenta-se sem risco social, sendo este percentual mais evidente no domicílio comparativamente ao lar. Por sua vez, a percentagem de idosos com risco social é maior entre os que residem na instituição comparativamente aos do domicílio.

Estes resultados estão de acordo com os obtidos anteriormente e também com Guimarães (1999), que refere que a sociedade moderna marginalizou “os velhos” dando prioridade a valores ligados à produtividade, rentabilidade, consumo excessivo, etc., face aos quais, as pessoas com 65 e mais anos não estão em condições de competir, pois até são considerados “pouco produtivos”.

Conclusão

Esta investigação incidiu sobre os idosos residentes na Cova da Beira, cujo principal propósito ou objetivo consistiu em determinar a qualidade de vida dos idosos institucionalizados e não institucionalizados relativamente às variáveis sócio familiares, que pensamos ter atingido com sucesso. Verificou-se que praticamente todas as variáveis sócio familiares influenciam a qualidade de vida do idoso. Da análise entre a qualidade de vida e o suporte social total, verifica-se que os idosos no domicílio com melhor qualidade de vida para os itens nível de energia e dor encontram-se inseridos nas famílias severamente disfuncionais. Já para os itens reações emocionais, sono, interação social, habilidades físicas e QVIT, a melhor qualidade de vida verifica-se nos idosos com famílias altamente funcionais.

Para os idosos não institucionalizados, da relação das atividades instrumentais de vida diária (AIVD) e a

qualidade de vida do idoso, verificou-se, no nível de energia, reações emocionais, sono, interação social, habilidades físicas e QVIT, que a melhor qualidade de vida corresponde aos idosos independentes. Todavia, para a dor, os idosos com melhor qualidade de vida são os dependentes parciais. Por sua vez, para os idosos institucionalizados, os que apresentam melhor qualidade de vida para o nível de energia, dor, reações emocionais, interação social, habilidades físicas e QVIT, são os independentes.

Quanto à relação da qualidade de vida com a existência de apoio, pode-se constatar que no domicílio, para todos os domínios, a melhor qualidade de vida recai nos idosos com apoio. Para o lar, a melhor qualidade de vida para o nível de energia, reações emocionais, sono, interação social e QVIT, situa-se entre os idosos com apoio. Por sua vez, para a dor e habilidades físicas a melhor qualidade de vida verifica-se entre os idosos sem apoio.

Relativamente à relação entre qualidade de vida e a existência de risco social, constata-se que a melhor qualidade de vida para o domicílio surge entre os idosos sem risco social para todos os itens de qualidade de vida. Para o lar, verifica-se que os idosos com risco social têm melhor qualidade de vida em todos os itens, excetuando a dor, onde as ordenações médias mais baixas se situam nos idosos sem risco social.

Face aos resultados obtidos, conclui-se, assim, que a qualidade de vida do idoso, institucionalizado ou não, está dependente de várias determinantes que estão associadas, entre outros, a fatores do meio familiar, social, psicológico, económico e pessoal. Espera-se com esta investigação uma reflexão acerca da importância das variáveis sócio familiares para a manutenção da qualidade de vida do idoso institucionalizado e não institucionalizado, bem como se recomenda às instituições que acolhem os idosos, que mantenham programas vitais que contribuam para uma melhor qualidade de vida dos mesmos.

Referências bibliográficas

- CABETE, D. (2008) - *O idoso, a doença e o hospital*. Loures: Lusociência.
- CARDOSO, A. S. [et. al.] (2009) - Comparação do nível de actividade física em relação ao género de idosos participantes de grupos de convivência. *Revista Brasileira de Ciências do Envelhecimento Humano*. Vol. 5, nº 1, p. 9-18.

- COIMBRA, J. ; BRITO, I. (1999) – Qualidade de vida do idoso. *Revista de Enfermagem Referência*. Série 1, nº 3, p. 30-35.
- COUTINHO, A. [et al.] (2009) - Qualidade de vida do idoso. *Revista Sinais Vitais*. Nº 43, p. 47-50.
- FERREIRA, P. A. (2010) - **Qualidade de vida nas Instituições de Longa Permanência para idosos** [Em linha]. São Paulo. [Consult. 12 Dez. 2012]. Disponível em WWW: <URL: <http://www.mp.mg.gov.br/portal/public/interno/arquivo/id/7191>>.
- FILLENBAUM, G. G. (1986) - *Troisième age et bien-être. Approches d'une évaluation multidimensionnelle*. Genebra: OMS.
- FONTAINE, R. (2000) - *Psicologia do envelhecimento*. Lisboa: Climepsi Editores.
- FORTIN, M. F. (2009) – **Fundamentos e etapas do processo de investigação**. Lisboa: Lusociência.
- GALLO, J. ; FULMER, T. ; REICHEL, W. (2000) - *Handbook of geriatric assessment*. 3ª ed. Marland: Aspen Publishers.
- GUIMARÃES, P. (1999) - Os direitos dos idosos. In **Envelhecer: um direito em construção**. Actas do Seminário. Lisboa: Centro de Estudos para a Intervenção Social.
- LAWTON, P. ; BRODY, M. (1969) - Assessment of older people: self-maintaining and instrumental activities of daily living". *Gerontologist*. Vol. 9, nº 3, p. 179-186.
- Magalhães, M. G. (2003). Quem vive só em Portugal.. *Estudos Demográficos*, Nº 33, p. 55-68.
- OBERG, M. [et al.] (2004) - **Changing worlds and the ageing subject**. Aldershot: Ashgate Publishing.
- PAIXÃO, R. ; OLIVEIRA, A. (1996) - Escala instrumental e expressiva de suporte social. *Psychologica*. Nº 16, p. 83-89.
- PAÚL, C. ; FONSECA, A. (2005) - **Envelhecer em Portugal: psicologia, saúde e prestação de cuidados**. Lisboa: Climepsi Editores.
- QUARESMA, M. L. (2000) - Equívocos e desafios no limiar do século XXI. In **Envelhecer: um direito em construção**. Actas do Seminário. Lisboa: Centro de Estudos para a Intervenção Social.
- RIBEIRO, L. ; ALVES, P. B. ; MEIRA, P. (2009) - Percepção dos idosos sobre as alterações fisiológicas do envelhecimento. *Ciência, Cuidado e Saúde*. Vol. 8, nº 2, p. 220-227.
- SILVA, M. (2004) - **Sobre envelhecimento e qualidade de vida em Portugal: estudo de caso: Salvaterra de Magos**. Coimbra: Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra. Dissertação de mestrado.