

Qualidade de vida e bem-estar dos idosos: um estudo exploratório na população portuguesa

Quality of life and well-being of elderly people: an exploratory study in the Portuguese population

Liliana Sousa, Helena Galante e Daniela Figueiredo

Secção Autónoma de Ciências da Saúde da Universidade de Aveiro. Aveiro, Portugal

Descritores

Qualidade de vida. Idoso. Avaliação, modelos estatísticos.

Resumo

Objectivos

Caracterizar a qualidade de vida e bem-estar dos idosos do ponto de vista dos próprios.

Métodos

Foi caracterizada uma amostra de 1.665 idosos com 75 anos ou mais, residentes em 13 Distritos de Portugal. Destes, 311 sujeitos foram excluídos por incapacidade de expressarem opiniões. O instrumento utilizado na recolha dos dados dos 1.354 sujeitos (81,3%) da amostra foi o EASYcare (Sistema de Avaliação dos Idosos). A análise estatística baseou-se na Análise em Componentes Principais e Análise de Clusters.

Resultados

Os estudos estatísticos realizados revelaram que o EASYcare possui boas qualidades psicométricas (α de Cronbach = 0,92) e permitiram encontrar quatro factores: actividades de vida diária, bem-estar, mobilidade e comunicação. A análise de clusters identificou quatro grupos em 81,3% da amostra: autónomos (62,8%), quase autónomos (8,5%), quase dependentes (4,3%) e dependentes (3,2%).

Conclusões

A qualidade de vida, para a maioria dos idosos, pode ser considerada bastante positiva, sendo que uma minoria apresentou problemas de diminuição cognitiva grave ou algum grau de dependência.

Keywords

Quality of life. Aged. Evaluation models, statistical.

Abstract

Objectives

To characterize elderly people's perception of quality of life and well-being.

Methods

A sample of 1,665 elderly aged 75 years or more living in 13 districts in Portugal were studied. Of them, 311 subjects were excluded because they were not able to convey their opinions. The EASYcare (Elderly Assessment System) was used to collect data from 1,354 (81.3%) of 1,665 subjects. Statistical analysis was based on principal components analysis and cluster analysis.

Results

EASYcare's showed to have good psychometric properties (Cronbach α = 0.92). The principal component analysis identified 4 factors: mobility, communication competencies, well-being and daily living activities. Cluster analysis showed 4 groups

Correspondência para/ Correspondence to:

Liliana Sousa
Secção Autónoma de Ciências da Saúde
Campus Universitário de Santiago, 3810-193
Aveiro
E-mail: Lilianax@cs.ua.pt

Recebido em 8/1/2002. Reapresentado em 21/6/2002. Aprovado em 9/12/2002.

of elderly people: autonomous (62.8%), almost autonomous (8.5%), almost dependent (4.3%) and dependent (3.2%).

Conclusions

Quality of life for most of the elderly is quite positive, and only a small group presents problems related to severe cognitive impairment or some degree of dependence.

INTRODUÇÃO

O envelhecimento da população é um fenómeno de amplitude mundial, a OMS (Organização Mundial de Saúde) prevê que em 2025 existirão 1,2 biliões de pessoas com mais de 60 anos, sendo que os muito idosos (com 80 ou mais anos) constituem o grupo etário de maior crescimento (OMS,²³ 2001). Ainda de acordo com a mesma fonte a maior parte dessas pessoas (aproximadamente 75%) vive nos países desenvolvidos.

Portugal não é excepção a este panorama. De acordo com os dados mais recentes do INE⁹ (Instituto Nacional de Estatística), entre 1960 e 1998 o envelhecimento da população portuguesa traduziu-se por um decréscimo de 35,1% na população jovem (entre os 0 e os 14 anos) e um incremento de 114,4% da população idosa (65 anos ou mais). De referir que o crescimento não é homogéneo dentro da própria população idosa, pois é o grupo dos 75 e mais anos que cresce segundo taxas superiores. Assim, em 1998 existiriam perto de 600 milhares de pessoas com 75 ou mais anos e cerca de 1.500 milhares com 65 anos ou mais.

As projecções da população,⁹ assentes numa ligeira subida da fecundidade, num aumento moderado da esperança de vida e num saldo migratório positivo, indiciam uma estrutura etária envelhecida. Os idosos não cessarão de aumentar em valor absoluto e em importância relativa, prevendo-se que ultrapassem os jovens entre os anos 2010 e 2015. O peso dos idosos atingirá os 18,1% em 2020, enquanto a proporção de jovens diminuirá para 16,1%. Paralelamente assistir-se-á ao aumento da proporção da população com 75 anos ou mais que se elevará a 7,7% em 2020 (contra 5,6% em 1995).

Tal como se verifica na generalidade dos países a população idosa tem, também, em Portugal uma percentagem superior de mulheres. As estimativas de 1998 do INE (dados mais recentes) indicavam que na população com 65 ou mais anos (total: 1.519.010) 59,1% eram mulheres (homens: 621.860; mulheres: 897.150). Paralelamente, a esperança de vida no sexo feminino é superior, verifica-se que as mulheres com 65 anos vivem em média mais 3 anos e meio do que os homens (os homens vivem mais, 14,4 anos, e as mulheres 17,9 anos).

Os dados dos censos* mais recentes realizados em Portugal (1991) revelavam que 97,5% dos idosos vivia em famílias clássicas e 2,5% em lares de idosos (ou em famílias de acolhimento). Entre as famílias que incluíam idosos verificava-se que 15% eram compostas só por idosos e 8% eram idosos sozinhos. Isto é, em Portugal a tendência é para que os idosos se mantenham com as suas famílias.⁵

Perante esses factos importa pois desenvolver meios para melhor atender às dificuldades do crescente grupo de idosos. Parece que a obtenção de dados de caracterização da qualidade de vida e bem estar dos idosos, do ponto de vista dos próprios, é um dado que pode ser fundamental para dinamizar medidas adequadas a essa população que permitam o alcançar de um envelhecimento bem sucedido.

As teorias do envelhecimento bem sucedido¹⁸ vêem o sujeito como pro-activo, regulando a sua qualidade de vida através da definição de objectivos e lutando para os alcançar, acumulando recursos que são úteis na adaptação à mudança e activamente envolvidos na manutenção do bem-estar. Sendo assim, um envelhecimento bem sucedido é acompanhado de qualidade de vida e bem estar e deve ser fomentado ao longo dos estados anteriores de desenvolvimento. De acordo com Victor et al²⁰ a qualidade de vida inclui um alargado espectro de áreas da vida. Os modelos de qualidade de vida vão desde a “satisfação com a vida” ou “bem-estar social” a modelos baseados em conceitos de independência, controle, competências sociais e cognitivas. Smith¹⁵ considera que o conceito de bem-estar mudou a partir de meados do século XX. Até aí significava, apenas, disponibilidade de bens materiais (comida, casa de banho, casa aceitável, acesso a serviços de saúde e de acção social, dinheiro suficiente). Atualmente relaciona-se, também, com dimensões menos tangíveis (sentido de segurança, dignidade pessoal, oportunidades de atingir objectivos pessoais, satisfação com a vida, alegria, sentido positivo de si). A noção de qualidade de vida também passa pela mesma alteração, engloba os recursos e o direito a “gozar” a vida.

A qualidade de vida na velhice tem sido, muitas vezes, associada a questões de dependência-autono-

*Em 2001 realizou-se um novo censo à população portuguesa, mas os dados ainda não foram divulgados.

mia.⁴ As dependências observadas nos idosos resultam tanto de alterações biológicas (deficiências ou incapacidade) como de mudanças nas exigências sociais (desvantagens) e, frequentemente, as últimas parecem determinar as primeiras. Baltes & Silvenberg¹ descrevem três tipos de dependência:

- Estruturada, onde o significado do valor do ser humano é determinado, em primeiro lugar, pela participação no processo produtivo (na velhice salienta-se a dependência gerada pela perda do emprego).
- Física, incapacidade funcional individual para realizar actividades de vida diária.
- Comportamental, com frequência antecedida pela dependência física, é socialmente induzida independentemente do nível de competência do idoso, o meio espera incompetência.

É importante distinguir os “efeitos da idade” de patologia. Algumas pessoas mostram declínio no estado de saúde e nas competências cognitivas precoces, enquanto outras vivem saudáveis até aos 80 anos e mesmo 90 anos. Começa a ser aceite que qualquer declínio precoce provavelmente reflecte patologia e não os efeitos da idade.⁸ Ou seja, a dependência não é um elemento que caracteriza apenas esta fase da vida.

Em Portugal não existem estudos de caracterização da (in)dependência nos idosos, aliás esta população tem tido pouca atenção por parte dos pesquisadores.

O principal objectivo do presente estudo é caracterizar a qualidade de vida e bem-estar dos idosos, do seu próprio ponto de vista.

MÉTODOS

O instrumento utilizado na recolha dos dados foi a versão portuguesa do EASYcare (Elderly Assessment System /Sistema de Avaliação de Idosos)^{2,7,16} que tem como intuito caracterizar a qualidade de vida e bem-estar da população idosa, com 75 anos ou mais. Este instrumento avalia a percepção dos idosos em relação às suas capacidades (se se sentem capazes de...). Trata-se de um instrumento de avaliação multidimensional, desenvolvido para avaliar as necessidades dos idosos em nível social e de saúde.¹³

O EASYcare foi inicialmente desenvolvido no âmbito de um projecto financiado pela União Europeia (*European Prototype for Integrated Care – EPIC*). A construção da escala realizou-se a partir de outros instrumentos que avaliavam apenas algumas das dimensões. A inovação do EASYcare está no facto de “acumular”, numa só escala, itens relativos às várias

dimensões de qualidade de vida e bem-estar do idoso. Esta escala está disponível em 15 países da União Europeia.*

O EASYcare foi inicialmente desenvolvido na língua inglesa e, posteriormente, sujeito a um processo de validação lingüística para as línguas dos outros países envolvidos. Este processo definido de forma *standardizada* envolve seis fases:¹⁶ Primeira, tradução do inglês para o português (o tradutor tem bons conhecimentos de inglês mas a sua língua materna é o português); segunda, retroversão (tradução da anterior versão em português para inglês, a língua materna deste tradutor é o inglês); terceira fase, reunião entre os investigadores e os tradutores para comparar as versões e acertar pormenores da tradução; quarta fase, reunião com um grupo de técnicos ligados aos cuidados primários aos idosos, para análise da correcção dos termos utilizados; quinta fase, reunião com idosos para análise de possíveis dificuldades no entendimento da escala; sexta fase, revisão do texto por um especialista em língua portuguesa para eventuais correcções ortográficas e gramaticais.

Posteriormente realizou-se um estudo de validação psicométrica¹⁷ para a população portuguesa sendo que os resultados revelaram boas qualidades (alfa de Cronbach =0,86).

Para o EASYcare foi concebido um sistema de pontuação da incapacidade. Os valores para cada item foram acordados através da combinação de pontos de vistas de profissionais na área da saúde, pessoas idosas e prestadores de cuidados informais, em relação à sua importância relativa.² Pode-se obter uma pontuação máxima de 127 e mínima de 3, sendo que pontuações mais elevadas indicam maior incapacidade. Este instrumento não substitui o juízo clínico, pelo que não há um valor a partir do qual se identifica incapacidade.

Esta escala pretende ajudar os técnicos a melhorar os cuidados que prestam ao idoso, todavia os dados obtidos podem, ainda, ser utilizados para avaliar problemas diversificados na população, necessidades e objectivos, que auxiliam a gestão dos serviços, a investigação e a formulação de políticas.

Os dados foram recolhidos por enfermeiros, psicólogos e técnicos de serviço social, entre Setembro de 2000 e Junho de 2001. Esses profissionais tiveram formação para aplicarem a escala de acordo com as normas preconizadas e de forma estandardizada. Esta formação realizou-se com base no GATT⁶ (Geriatric Assessment Technological Training).

*Para obter informações adicionais sobre o EASYcare consulte: <http://www.bbr-online.com/easycare>.

Este instrumento efectua a caracterização dos idosos com base nas seguintes 26 variáveis: visão (“vê bem?”); audição (“ouve bem?”); mastigação (“tem dificuldade em mastigar a comida?”); fala (“sente dificuldade em fazer-se compreender, devido a problemas com a fala/linguagem?”); saúde (“considera que a sua saúde é...”); solidão (“sente-se sozinho?”); habitação (“a sua habitação é...”); realizar o trabalho doméstico; preparar as próprias refeições; ir às compras; administrar o próprio dinheiro; usar o telefone; tomar os medicamentos; sair de casa e caminhar na rua; movimentar-se dentro de casa; subir e descer escadas; deslocar-se da cama para a cadeira; utilizar a sanita; usar a banheira ou chuveiro; cuidar da aparência pessoal; vestir-se; alimentar-se; incontinência urinária; incontinência fecal; depressão; diminuição cognitiva.

A escala foi administrada a 1.665 idosos, mas 311 revelaram-se incapazes de responder ao EASYcare, uma vez que:

- 142 sujeitos encontravam-se acamados e em situação de total dependência, que os impedia de emitir as suas opiniões;
- 169 sujeitos revelaram um índice de diminuição cognitiva grave, isto é, as opiniões dos sujeitos têm um nível reduzido de credibilidade.

Desta forma, a escala foi administrada na sua globalidade a 1.354 idosos. Este facto revela dois dos limites do EASYcare (não pode ser aplicado a sujeitos muito dependentes, incapazes de se expressar; não pode ser administrado a idosos com baixo nível cognitivo) e revela dois núcleos da população que não se incluem na amostra que se passa a analisar.

Amostra: construção e caracterização

O processo de construção da amostra encontrou alguns obstáculos uma vez que os dados mais recentes de caracterização da população idosa remontam a 1991 e as projecções mais actualizadas res-

peitam a 1998. Sendo assim, baseou-se nas projecções de 1998 que indicaram a existência de 600 milhares de pessoas com 75 anos ou mais.⁹ Baseados em Riles²² considerou-se que uma amostra razoavelmente representativa deveria incluir 1.300 idosos e as mulheres representariam cerca de 60% da amostra. Relativamente aos agregados familiares em que se incluem idosos os dados do INE remontam a 1991 (89% vive em famílias clássicas, 2,5% em lares de idosos e 7,5% sozinhos). No entanto, alguns dados mais recentes¹¹ indicam a crescente procura de lares de idosos e o aumento de idosos a viver sós; assim optou-se por construir uma amostra que reunisse esses dois critérios. Por outro lado, tentou-se abranger idosos vivendo em meios rurais e urbanos, e dada a escassez de dados (as projecções do INE de 1998 apresentam os dados por Distritos o que dificulta a classificação como rural ou urbano) optou-se por ter uma amostra proveniente de vários Distritos e dividida de forma aproximadamente igualitária pelo meio rural e meio urbano.

RESULTADOS

A amostra considerada de 1.665 sujeitos provêm de 13 Distritos (Portugal continental está organizado em 18 Distritos) sendo 48% dos idosos de meio rural. Os inquiridos são 59,2% do sexo feminino, notando-se um maior predomínio de mulheres nos grupos de diminuídos cognitivamente e muito dependentes (Tabela 1).

Verificou-se na distribuição da amostra por escalões etários, diminuição de elementos da amostra global com a idade (Tabela 2).

Relativamente à qualificação académica da amostra global, a maioria dos inquiridos tem como habilitações a quarta classe (42%), 12% nunca frequentou a escola, 9,2% realizou seis anos de escolaridade, 18,8% tem nove anos de escolaridade, 15% frequen-

Tabela 1 - Distribuição da amostra global de idosos portugueses segundo sexo (%).

Sexo	Amostra total (N=1.665)	Diminuídos cognitivamente (N=169)	Muito dependentes (N=142)	A analisar (N=1.354)
Feminino	59,2	82,2	59,2	57,1
Masculino	40,8	17,8	40,8	42,9

Tabela 2 - Distribuição da amostra global de idosos portugueses por escalões etários (%).

Escalão etário (anos)	Amostra total (N=1.665)	Diminuídos cognitivamente (N=169)	Muito dependentes (N=142)	A analisar (N=1.354)
75-79	50,1	42,6	35,2	52,6
80-84	30,9	29,6	31	31,1
85-89	13,8	16,6	19,7	12,8
90-94	4,5	9,5	12	3,1
95-99	0,7	1,2	2,1	0,4

tou o ensino secundário e 1,8 possui um curso superior (1,1% não respondeu). Quanto às profissões exercidas pelos sujeitos da amostra global, verificou-se que 33,4% eram operários, 33,2% domésticas e 15,4% empregados de escritório, comércio e serviços; todas as outras categorias são residuais.

Constatou-se que 65,9% vive com a família, 21,2% vive sozinho, 9,2% em lar de idosos, concentrando-se idosos muito dependentes (Tabela 3).

EASYcare: análise em componentes principais

O estudo realizou-se com uma amostra de 1.354 sujeitos.

A existência de muitos parâmetros (variáveis) numa análise dificulta o estudo e compreensão de um sistema. A análise em componentes principais (ACP) é uma das técnicas de análise exploratória de dados que permite definir grupos de variáveis correlacionadas. Efectuou-se a análise de componentes principais, rotação *varimax* normalizada da qual resultou a extração de quatro componentes, representando 64,4% da variância total. Do estudo realizado resultou a exclusão de cinco variáveis: “visão”, “mastigação”, “habitação”, “escada” e “bexiga”. Da verificação dos dados concluiu-se que nestas variáveis os sujeitos apresentam grande uniformidade nas respostas.

Consideraram-se as restantes 20 variáveis para a análise, aplicando a ACP, foram extraídos 4 factores (componentes principais) que explicam cerca de 64,4% da variância. Como era de esperar, o primeiro factor é aquele que explica mais variância, cerca de 44,3%, os restantes factores apresentam valores muito idênticos (entre 8,1% e 5,8%). De seguida, calcularam-se as contribuições das variáveis para os factores (Tabela 4), que, de acordo com os itens englobados, foram designados: actividades de vida diária, bem-estar, mobilidade e comunicação.

De modo a se estudar a coerência e a uniformidade das respostas do inquérito, ou seja, a consistência interna da análise, foram calculados os α s de Cronbach. A escala total apresenta um valor para o α bastante satisfatório (0,92). Analisando a consistência interna por factor verifica-se que o factor 1 “actividades de vida diária” (0,92) e o factor 3 “mobilidade” (0,87), apresentam valores bastante bons. O factor 2 “bem-estar” tem um valor mais modesto (0,61), de qualquer forma optou-se por o manter por parecer que avalia aspectos relevantes, mas necessita de ser revisto. O factor 4 “comunicação” apresenta um valor débil (0,45), mais uma vez decidiu-se mantê-lo por avaliar aspectos importantes e porque o facto de o retirar não aumentava significativamente nem a percentagem de variância explicada, nem o α de Cronbach da escala global.

Tabela 3 - Distribuição da amostra global de idosos portugueses de acordo com quem eles vivem (%).

Com quem vive?	Amostra total (N=1.665)	Diminuídos cognitivamente (N=169)	Muito dependentes (N=142)	A analisar (N=1.354)
Família	65,9	71	56,3	66,3
Sozinho	21,2	16	1,4	23,9
Lar de idosos	9,2	12,4	23,9	7,3
Outras situações	2,3	0,6	4,2	2,3
Não-respostas	1,3	1,2	14,1	0,1

Tabela 4 - Contribuições das variáveis para cada factor.

Variáveis	Factor 1 Actividades de vida diária	Factor 2 Mobilidade	Factor 3 Bem-estar	Factor 4 Comunicação
Audição	-0,04	0,05	0,08	0,76
Fala	0,25	0,12	0,06	0,68
Saúde	0,00	0,27	0,55	0,22
Solidão	0,10	0,03	0,80	-0,01
Doméstico	0,24	0,78	0,14	0,14
Preparar refeições	0,24	0,76	0,04	0,17
Ir às compras	0,28	0,80	0,18	0,04
Gerir o dinheiro	0,57	0,49	0,08	0,21
Usar o telefone	0,59	0,31	0,08	0,31
Tomar os medicamentos	0,58	0,44	0,02	0,27
Andar na rua	0,44	0,69	0,18	0,01
Movimentar-se em casa	0,70	0,43	0,10	-0,05
Sair da cama	0,79	0,34	0,09	-0,05
Usar a sanita	0,82	0,30	0,05	0,00
Usar o chuveiro	0,44	0,64	0,15	-0,01
Cuidar da aparência pessoal	0,71	0,31	0,09	0,10
Vestir-se	0,76	0,38	0,06	0,03
Alimentar-se	0,80	0,13	0,12	0,17
Incontinência fecal	0,71	0,05	0,10	0,05
Depressão	0,17	0,13	0,81	0,03

Grupos de idosos de acordo com as (in)capacidades

Pretendeu-se estudar grupos de idosos de acordo com a percepção de incapacidade, para tal foi necessário recorrer a uma análise que permitisse classificar de dados. A metodologia considerada foi a análise de *clusters* (análise classificatória). Em geral, a análise de *clusters* pretende agrupar um determinado número de dados em classes de elementos que apresentam semelhanças entre si. Para o estudo em causa adoptou-se o método particional *K-means*, cujo objectivo é encontrar uma partição de dados tal que minimize o quadrado da distância euclidiana ao centro do *cluster*, procurando grupos homogêneos. Pela análise de *clusters* encontraram-se grupos de idosos, de acordo com os seus níveis de (in)capacidade nos 4 factores (cf. Tabela 5). A solução de 4 *clusters* foi a que se mostrou mais interessante (nesses instrumentos valores mais elevados significam maior incapacidade).

O grupo designado como “autónomos” inclui 79,7% do total de sujeitos da amostra estudada. Trata-se de um grupo que não demonstra incapacidades em nenhuma das áreas consideradas. O grupo 2, denominado como “quase autónomos”, abrange 10,8% dos elementos da amostra. Trata-se de um núcleo que apresenta valores médios nos vários factores, isto é, que terá algumas dificuldades em realizar algumas actividades. O grupo 3, “quase dependentes”, inclui 5,4% da amostra. Os sujeitos aqui incluídos apresentam limitações ligeiras nos vários factores e níveis mais elevados de incapacidade na mobilidade. O grupo 4 é o dos sujeitos “dependentes”, envolve apenas 4,1% dos sujeitos. Neste *cluster* encontrou-se idosos com incapacidade em todos os níveis considerados.

Verificou-se nesses grupos de idosos se podia distinguir alguma diferença ou tendência em termos do género, idade e forma como vivem (sós, com a família ou em lar de idosos). Para tal procedeu-se ao cálculo das frequências esperadas e compararam-se com as frequências observadas.

Em relação ao género verifica-se que no grupo dos “autónomos” há menos mulheres e mais homens, relativamente ao esperado. Isto pode indicar uma tendência para que as mulheres idosas apresentem um índice superior de limitações. O que é comprovado pelo facto de no grupo dos “quase dependentes” se encontrem mais mulheres e menos homens, em relação ao esperado. Os resultados relativos à idade não apresentam surpresas, apenas se percebe que o grupo dos autónomos predomina no escalão etário mais baixo (75-79 anos). Verifica-se que os idosos que vivem sós ou com a família são, em geral, autónomos; e os que vivem em lar de idosos comportam os elementos mais dependentes.

DISCUSSÃO

O presente estudo apresenta algumas limitações, sendo que foram salientados as que pareceram mais importantes para interpretar os dados:

- o índice de representatividade da amostra foi calculado com base em projecções da população idosa com 75 anos ou mais para 1998 (dados mais recentes em Portugal) e os dados da amostra recolhidos em 2000/2001;
- o instrumento utilizado (EASYcare) demonstra algumas limitações psicométricas, exigindo a revisão de alguns itens.

Na análise dos resultados não se pode esquecer que no total da amostra recolhida (1.665 sujeitos) houve dois grupos incapazes de expressar a sua opinião.

Portanto, os resultados da análise dos 1.354 sujeitos que responderam ao EASYcare e que revelaram percepções, na grande maioria, positivas em relação à qualidade de vida e bem-estar, devem ter em conta que 311 sujeitos são incapazes de expressar opiniões. Assim, a amostra total recolhida pode ser assim sintetizada:

- 10,2% (169) de idosos com diminuição cognitiva moderada a grave;
- 8,5% (142) de sujeitos muito dependentes, incapazes de se expressarem;
- 81,3% (1.354) capazes de responder ao questionário.

Tabela 5 - Análise de “clusters” nos grupos de idosos de acordo com as incapacidades (médias).

Factores (média) (N=1.311)	Grupo 1 (N=1.045) Autónomos	Grupo 2 (N=141) Quase autónomos	Grupo 3 (N=71) Quase dependentes	Grupo 4 (N=54) Dependentes
Actividades vida diária (0,43)	0,05 (—)	0,60 (±)	1,62 (+)	4,76 (++)
Bem-estar (2,44)	2,29 (-)	2,87 (±)	2,90 (±)	3,35 (+)
Mobilidade (1,12)	0,45 (—)	3,00 (+)	3,52 (++)	4,71 (++)
Comunicação (0,27)	0,23 (-)	0,34 (±)	0,33 (±)	0,60 (+)

Nota: Os sinais utilizados (—), (-), (±), (+) e (++) pretendem comparar cada média, com a média da amostra global.

nário, que constituem o núcleo de sujeitos a que se reportam os resultados apresentados e que se agruparam em 4 *clusters*: 62,8% autônomos; 8,5% quase autônomos; 4,3% quase dependentes; 3,2% dependentes.

O panorama é, em geral, positivo, mas salienta a existência de grupos para os quais deve-se estar alerta: os idosos com diminuição cognitiva grave, os muito dependentes e os dependentes. Embora não constituam o núcleo principal da amostra, são grupos em que a qualidade de vida e bem estar, em princípio, está diminuída. Obviamente que se trata de uma ilação, dado que esses grupos não se expressaram, mas esta incapacidade só por si revela que a vida desses idosos tem limitações importantes, nomeadamente, na relação com os outros.

Os dados, na sua globalidade, são consistentes com os obtidos noutros estudos realizados com populações de outros países.^{14,21} Também em alguns aspectos específicos há consistência, por exemplo: o aumento da dependência cresce com a idade;¹⁵ as mulheres apresentam valores de incapacidade superior, provavelmente, por terem uma vida, em média, mais longa do que os homens (considerando que a autonomia diminui com a idade); os idosos mais dependentes vivem em lar de idosos.³ Os resultados obtidos sugerem várias implicações dentre as quais destacam-se:

a) Os resultados questionam as imagens sociais sobre a velhice.^{12,19,21} Na sociedade ocidental os idosos têm sido estereotipados (e desqualificados) como rígidos, senis, aborrecidos, inúteis e dependentes. Ou seja, a pessoa no fim da vida é “olhada” como marginal à sociedade, o que implica a sua exclusão. Os dados do presente estudo mostram que um núcleo razoável de idosos é totalmente independente pelo que mostra que estas imagens não correspondem à situação dos idosos.

- b) Os resultados obtidos apontam, ainda, a diversidade individual nos idosos, o que contraria outro preconceito social que afirma que “os velhos” são todos iguais.⁸ De acordo com o presente estudo a sua situação varia em nível de dependência e percepção de qualidade de vida.
- c) Os idosos, muitas vezes, temem que a sua ida para um lar diminua a sua independência. Tal como neste estudo, outras pesquisas³ sugerem que estar em lar torna os idosos menos capazes de manter a sua autonomia e qualidade de vida. Este facto é um alerta para os profissionais, uma vez que a intervenção ao nível da autonomia e qualidade de vida são princípios éticos centrais dos cuidados de saúde e acção social aos idosos.¹⁰
- d) As políticas sociais e os programas de apoio aos idosos, perante o facto de tantos idosos se manterem plenamente capazes, terão de enfatizar não só a vertente assistencial, mas também valorizar a ocupação, o voluntariado, a educação, ou seja, a autonomia.

Em síntese, pode-se dizer que o panorama da qualidade de vida e bem estar dos idosos é bastante boa. É necessário, por um lado, prestar particular atenção à diminuição das competências cognitivas, ao comprometimento das competências motoras e da autonomia; por outro lado, tem de se pensar, também, na forma de manter os idosos capazes e independentes ocupados de forma que se sintam valorizados. O estudo mostra como muitos idosos alcançam um envelhecimento bem sucedido.

Em termos de futuras investigações será importante, logo que os dados do censo da população realizado em 2001 sejam divulgados, analisar a representatividade da amostra. Será, também, interessante comparar a qualidade de vida de idosos que vivem com a família, sozinhos e em lar de idosos.

REFERÊNCIAS

1. Baltes M, Silvenberg S. A dinâmica dependência-autonomia no curso da vida. In: Neri A, editor. *Psicologia do envelhecimento*. Campinas: Papirus; 1995; p. 73-110. cap. 3.
2. Bath P, Philp I. A hierarchical classification of the dependency amongst older people: use of artificial neural networks. *Health Care Later Times* 1988;359-69.
3. Bland R. Independence, privacy and risk: two contrasting approaches to residential care for older people. *Ageing Soc* 1999;19:539-60.
4. Duarte Y, Pavarini S. Instituições de idosos: qualificação do pessoal. In: *Consenso de Gerontologia*; 1997. (Documento policopiado).
5. Figueiredo D, Sousa L. Family care of older people in Portugal. In: Philp I, editor. *Family care of older people in Europe*. Amsterdam: IOS Press; 2001. p. 189-210.
6. Figueiredo D, Sousa L. *Guia de utilização do EASYcare, alguns aspectos fundamentais a considerar*. Aveiro: Universidade de Aveiro; 2000.

7. Figueiredo D, Sousa L. EASYcare: um instrumento de avaliação da qualidade de vida e bem estar do idoso. *Rev Geriatr* 2001;130:41-7.
8. Hansson R, Carpenter B. *Relationships in old age: coping with the challenge of transition*. New York: Guilford Press; 1994.
9. Instituto Nacional de Estatística. *As gerações mais idosas*. Lisboa; 1999.
10. McCormack B. Autonomy and the relationship between nurses and older people. *Ageing Soc* 2001;21:417-46.
11. Ministerio da Segurança Social e do trabalho *Protecção da acção social. Pessoa Idosa*. Lisboa; 2001.
12. Neri A, Freire S, organizadores. E por falar em boa velhice. In: *Qual é a idade da velhice?* Campinas: Papirus; 2000. p. 7-20.
13. Philp I. Can a medical and social assessment be combined? *J R Soc Med* 1997;90:11-3.
14. Schaie K. *Intellectual development in adulthood: the Seattle longitudinal study*. Cambridge: Cambridge University Press; 1996.
15. Smith J. Well-being and health from age 70 to 100: findings from the Berlin Aging Study. *Eur Rev* 2001;9:461-77.
16. Sousa L, Figueiredo D. Facilitar os cuidados aos idosos: uma escala de avaliação da qualidade de vida e bem estar. *Psychol* 2002;25:19-24.
17. Sousa L, Galante H, Figueiredo D. EASYcare: um sistema de avaliação de idosos (qualidades psicométricas). *Rev Estat* 2002;26:10-25.
18. Stevens N. Combating loneliness: a friendship enrichment programme for older women. *Ageing Soc* 2001;21:183-202.
19. Tadd W. Aging and agism in the 21st century. *Rev Clin Gerontol* 2000;10:203-5.
20. Victor C, Scambler S, Bond J, Bowling A. Being alone in later life: loneliness, social isolation and living alone. *Rev Clin Geronto* 2000;10:407-17.
21. Walsh F. The family in later life. In: Carter B, McGoldrick M, editors. *The changing family life cycle*. Boston: Allyn and Bacon; 1989. p. 311-34.
22. Riles W. *Educational testing service*. Califórnia State Department of Education; 1979.
23. Organização Mundial de Saúde. *The world health report*. Geneva; 2001.