

### 03 Perceções sobre Saúde e Qualidade de Vida em Idosos Algarvios Perceptions of Health and Quality of Life in Algarvian Elderly People

Cláudia Cristina Luisa

[cluisea@ualg.pt](mailto:cluisea@ualg.pt)

Universidade do Algarve. Faro, Portugal.

<https://orcid.org/0000-0002-8390-857X>

Fecha de Recepción: 01/05/2020

Fecha de Revisión: 03/05/2020

Fecha de Aceptación: 03/05/2020

<https://dx.doi.org/10.12795/esamec.2020.i01.03>

#### RESUMO

O envelhecimento da população portuguesa surge como um desafio demográfico e social, sendo uma realidade em crescente. Em Portugal, o índice de envelhecimento é cada vez maior, sendo em 2018 de 157,4% quando em 2000 era de 98,8% (Pordata, 2018). Relacionados ao envelhecimento, que se pretende que veja vivido com qualidade de vida e de forma ativa, encontram-se associados diversos determinantes. As condições de saúde, os fatores ambientais e pessoais, os determinantes económicos, sociais e culturais, o ambiente físico, o sistema de saúde, o sexo, entre outros (World Health Organization, 2002). Nesse sentido, e de forma a compreender como os idosos percecionavam os seus estados de saúde e de qualidade de vida, realizou-se um estudo de carácter qualitativo a 30 pessoas, com idade igual ou superior a 60 anos, no Algarve. Aplicou-se um questionário de dados demográficos e uma entrevista semiestruturada, seguindo-se uma análise de conteúdo.

Os resultados revelam que as categorias que melhor descrevem a saúde são a categoria psicológica e a ausência e para a qualidade de vida a categoria saúde, ausência e a comportamental. Conclui-se que ambos os constructos se encontram interligados e que são vários os fatores que contribuem para a sua manutenção.

**Palavras-chave:** Conceções, Saúde, Qualidade de vida, Idosos.

#### ABSTRACT

The ageing of the Portuguese population appears as a demographic and social challenge and it is a growing reality. In Portugal, the rate of aging has been increasing, being in 2018 157.4% when in 2000 it was 98.8% (Pordata, 2018). Related to aging, which is intended to be lived with quality of life and in an active way, several determinants are associated. Health conditions, environmental and personal factors, economic, social and cultural determinants, physical environment, health system, gender, among others (World Health Organization, 2002). In this sense, and in order to understand how the elderly perceived their states of health and quality of life, a qualitative study was carried out on 30 people, aged 60 or over, in the Algarve. A demographic data questionnaire and a semi-structured interview were applied, followed by a con-

tent analysis. The results reveal that the categories that best describe health are the psychological category and absence, and for quality of life the health category, absence and behavioural category. It is concluded that both constructs are interconnected and that there are several factors that contribute to their maintenance.

**Keywords:** Conceptions, Health, Quality of life, Elderly.

## INTRODUÇÃO

O fenómeno do envelhecimento demográfico já é há muito conhecido, desenvolve-se à escala global e a diferentes ritmos (United Nations, 2013). Depende de fatores individuais e contextuais, que variam no espaço e no tempo, bem como da cultura e do género. Destacam-se fatores biológicos, comportamentais, institucionais, sociais, económicos e ambientais (World Health Organization, 2002).

O envelhecimento em Portugal caracteriza-se por um aumento dos grupos etários mais velhos e uma redução do peso da população jovem, o que cumulativamente com a diminuição das taxas de mortalidade e natalidade, se traduz numa alteração do perfil da população, primando por um progressivo envelhecimento da sociedade portuguesa, sem precedentes na história do País. Diversos fatores têm contribuído para que esta situação ocorra, desde os avanços tecnológicos e científicos e diversas melhorias na área da saúde.

Segundo dados recentes (Pordata, 2018), o índice de envelhecimento em Portugal era de 157,4%. A Organização Mundial de Saúde (OMS) prevê que, em 2025, haverá 1,2 bilhões de pessoas com mais de 60 anos no mundo, sendo que os muito idosos (com 80 ou mais anos) constituirão o grupo etário de maior crescimento (OMS, 2002).

Em relação às médias nacionais do continente, o Algarve apresentava uma esperança de vida à nascença mais reduzida e uma esperança de vida aos 65 anos mais elevada. Com efeito, a esperança de vida à nascença nesta região é de 80,34 anos, inferior à média nacional no continente (80,84 anos), ao passo que a esperança de vida aos 65 anos é de 19,66 anos, acima da média nacional no continente (19,48 anos) (INE, 2017, p. 48). O Algarve, região onde se realizou o estudo caracteriza-se por fortes disparidades. Do ponto de vista demográfico, apresenta um elevado contraste entre a população do interior serrano e a concentração da população adulta no litoral. (Anica, 2018)

Segundo previsões do INE (2017), o cenário entre 2015 e 2080 será caracterizado por uma perda de população dos atuais 10,3 para 7,5 milhões de pessoas, ficando abaixo do limiar de 10 milhões em 2031. (p.1)

O aumento exponencial do número de idosos lança diversos desafios à sociedade, pois não basta envelhecer, mas sim envelhecer de forma positiva e como tal é de extrema importância estudar os vários fatores que podem influenciar um envelhecimento bem-sucedido.

## QUALIDADE DE VIDA E SAÚDE EM PESSOAS IDOSAS

A questão da saúde e da qualidade de vida em pessoas idosas tem recebido um crescente interesse em diferentes áreas do conhecimento. A expressão, qualidade de vida foi empregue a primeira vez pelo presidente dos Estados Unidos, Lyndon Johnson, em 1964. Na década de 90, a Organização Mundial de Saúde – OMS criou um grupo para estudar a qualidade de vida, a qual definiu como a percepção individual, que o indivíduo tem da sua posição na vida, no contexto da cultura e sistema de valores, nos quais se insere e em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações (WHO-QOL Group, 1994 citado em Paúl, Fonseca, Martin, & Amado, 2005). A qualidade de vida abrange a dimensão física, psicológica, social e ambiental do indivíduo e envolve ainda, segundo este grupo de estudo três aspetos essenciais: a subjetividade, a multidimensionalidade e a presença de dimensões positivas e negativas.

Ao caminharmos a passos largos para uma sociedade cada vez mais envelhecida, a qualidade de vida terá que assentar numa conjugação entre todas as camadas populacionais, e especialmente a dos idosos, no sentido de se manter um certo grau de integração social, na medida em que a satisfação de vida se encontra relacionada com a manutenção da vida social e com a existência de um projeto de vida. O conceito de qualidade de vida aplicado aos idosos poderá passar pela sua satisfação em realizar as suas necessidades básicas, por se sentirem realizados e integrados nesta nova etapa da sua vida. O conceito de qualidade de vida pressupõe, à partida, uma análise dos sujeitos e das suas múltiplas dimensões, dos seus valores e ideias, da sua responsabilidade mediante a sua pessoa e o mundo que o rodeia. Neste sentido, como refere Fernandes (1997), o conceito de qualidade de vida prende-se com valores como a autonomia e dignidade, que acompanham a evolução dos indivíduos, principalmente na sua forma de estar perante o mundo. Assim, poder-se-á perceber que o facto de qualquer ser humano procurar qualidade de vida mediante a sua capacidade de autonomia, implica que este seja capaz de efetuar as suas escolhas, exercendo a sua vontade.

Mas, não nos podemos esquecer que a qualidade de vida não será mais do que o resultado da dinâmica da realidade social em que os sujeitos em geral, e os idosos em particular, se integram.

Para Paúl e Fonseca (2001) “avaliar a qualidade de vida de populações idosas implica ter em consideração medidas materiais, emocionais, sociais e da saúde, sendo que

frequentemente se estabelece uma confusão entre o estado de saúde física e a qualidade de vida, acabando este último conceito por ser considerado uma consequência direta do próprio estado de saúde". (p127)

Para Leal, (2008) a qualidade de vida deve ser vista numa perspetiva multidimensional, ou seja, como o resultado da soma do meio físico, social, cultural, espiritual e económico, onde o indivíduo esta inserido; dos estilos de vida que adota; das suas ações e da sua reflexão sobre si e sobre os outros e sobre o meio que o rodeia. É também a soma das expectativas positivas em relação ao futuro.

Segundo a OMS, a qualidade de vida pode ser avaliada tendo em conta 4 dimensões: física - percepção física que o indivíduo tem sobre a sua condição física; psicológica, percepção que o indivíduo tem sobre a sua condição afetiva e cognitiva; relacionamento social - percepção que o indivíduo tem sobre os relacionamentos sociais e os papéis sociais adotados por si na vida; ambiente - percepção do indivíduo sobre aspetos diversos relacionados com o ambiente onde vive.

Por outro lado, uma boa saúde é fundamental para que as pessoas idosas possam manter uma qualidade de vida aceitável e para que possam continuar a dar o seu contributo à sociedade. Isto porque, embora sejam pessoas idosas, quando activas e saudáveis, podem constituir um importante recurso para as suas famílias, e também para a comunidade onde se encontram inseridos.

Na realidade os conceitos de qualidade de vida e de saúde são complementares, sobrepondo-se parcialmente, sendo importante distinguir o envelhecimento normal do processo de envelhecimento, que é influenciado por fatores nocivos, como os estilos de vida desadequados ou estados de doença. São exemplos a depressão, bem como fenómenos de solidão e de isolamento de muitas das pessoas idosas. A saúde é o resultado das experiências passadas em termos de estilos de vida, de exposição aos ambientes onde se vive, e dos cuidados de saúde que se recebe, sendo a qualidade de vida, nas pessoas idosas, influenciada pela sua capacidade em manterem-se autónomas e independentes.

A saúde é um conceito que tem sido debatido e definido de muitas maneiras (Secdhouse, 1986). A mais conhecida é a da OMS, que refere que "a saúde é um estar de completo bem-estar físico, mental e social e não apenas a ausência de doença ou enfermidade" (Squire, 2004, p.8). Esta definição reflete um conceito global, holístico, abrangendo todos os domínios do ser humano.

Ewles e Simnett (1999) desenvolveram um conceito mais lato de saúde e descreveram dimensões mais aprofundadas da mesma, onde incluíram a dimensão física (a

eficácia do físico), social (relações com os outros), mental (capacidade de se expressar com clareza), emocional (capacidade de se expressar e de lidar com as emoções), espiritual (ter paz de espírito) e sexual (ter uma visão positiva das necessidades da saúde sexual).

Culyer (1981) descreve também três grandes abordagens da saúde, a saúde como ausência da doença (modelo biomédico), saúde como ausência de mal-estar (perspetiva sociológica) e saúde como entidade definida pragmaticamente.

A importância da díade saúde/doença no envelhecimento está na origem da distinção clássica entre envelhecimento normal ou primário (que não implica a ocorrência de doença), e o envelhecimento patológico ou secundário (aquele em que há doença) (Lachaman & Baltes, 1994).

Esta distinção leva a que se encare o envelhecimento de diferentes formas, atendendo ao fator saúde. Temos por um lado, uma visão mais otimista e por outro uma visão mais pessimista.

No sentido mais otimista, com a evolução na medicina no decorrer do século XX, que permitiu desencadear e prevenir a incidência de doenças crónicas, típicas do processo de envelhecimento patológico, fazendo com a maioria das pessoas viva até cerca dos 75 anos com relativa saúde (Lachaman & Baltes, 1994).

Numa perspetiva mais pessimista constatou-se que continua a aparecer uma grande probabilidade de pessoas idosas contraírem doenças crónicas graves, como por exemplo Parkinson, Alzheimer, entre outras. Estas doenças, segundo Baltes e Smith, (2003) têm uma maior incidência com o avançar da idade e surgem sobretudo na 4ª idade, influenciando a qualidade de vida das pessoas idosas. A prevenção aumenta a longevidade e melhora a saúde e a qualidade de vida, sendo para isso necessário ter alguns cuidados, como por exemplo ter uma boa nutrição, desincentivar o consumo excessivo de álcool e tabaco, praticar regularmente atividade física e reduzir os fatores que proporcionem stress. É urgente a adoção de estilos de vida saudáveis e de uma atitude mais participativa na promoção do autocuidado, fundamentais para viver com mais saúde e qualidade de vida. A prevenção primária, secundária e terciária do envelhecimento são prioridades no sector da saúde, embora por vezes, os serviços não estejam adaptados às atuais necessidades da população idosa, decorrentes das novas realidades sociodemográficas, o que por sua vez constitui uma barreira à promoção e manutenção da qualidade de vida dos idosos e das suas famílias.

Os idosos deverão ser educados para o envelhecimento, para que desenvolvam, atempadamente, certas capacidades e potencialidades, que os tornem aptos a viver

esta etapa das suas vidas com maior qualidade. O ambiente em que os idosos estão inseridos também desempenha um papel importante na promoção da sua saúde, pois embora não seja possível modificar alguns factores ambientais, o idoso, caso esteja atento, pode escolher a sua rede de amigos, a integração numa rede de apoio, a socialização e a tomada de decisão quanto aos défices sensoriais.

Segundo Baltes e Baltes (1990) citado em Oliveira (2005, p.89), a velhice bem-sucedida busca dois objetivos: um elevado nível de funcionamento (ganhos) e o evitamento de comportamentos de risco (perdas). Também Fontaine (2000) realça três fatores para uma velhice bem-sucedida: a saúde, a manutenção de um elevado nível de funcionamento cognitivo e físico e a manutenção da participação social, mesmo após a reforma. Ou seja, para haver bem-estar deverão ser abrangidas todas as dimensões do idoso: física, psíquica e social, pois só assim poderá haver harmonia nesta fase da vida.

Várias são as investigações que revelam dados sobre a qualidade de vida e saúde, bem como a relação existente entre ambas, em pessoas idosas.

Num estudo realizado por Castellón e Romero (2004) sobre a auto percepção da qualidade de vida em pessoas idosas, quando analisadas as diferenças entre homens e mulheres verifica-se que a percepção da qualidade de vida em mulheres é mais negativa do que nos homens. Entre os parâmetros que compõe a qualidade de vida, verificou-se que a saúde é mais importante na escala de valorização dos idosos de ambos os sexos. Concluiu também que para as mulheres, a família, a saúde e o contexto onde viviam tinham maior importância na qualidade de vida que para os homens, apesar de para eles o mais importante ter sido o trabalho que realizaram. Ferraz e Peixoto (1997) ao estudarem a qualidade de vida na velhice verificaram também que são vários os factores que a influenciam, onde se destaca a religiosidade, a saúde e o convívio social e familiar, entre outros. No que diz respeito às suas condições de saúde os inquiridos referiram que era excelente, apesar de 77,8% referirem ter alterações no seu estado de saúde, como diabetes, hipertensão, alergias, entre outros. Najman e LeVive (1981) afirmam que as condições de saúde não se encontram relacionadas ao sentimento de felicidade ou satisfação com a vida. Quanto ao apoio social e familiar foi verificado que 77,8% dos inquiridos podiam contar com o apoio de familiares, especialmente de irmãos e filhos e 7% informaram contar com o apoio de amigos, sendo importante conviver com pessoas da mesma faixa etária, tal como corroboram os estudos de Queiroz e Trinca, (1983).

Para Abellán (2003) ao investigar sobre a percepção do estado de saúde de maiores de 16 anos verificou que os idosos, indivíduos com mais de 65 anos, 42,2% avaliaram o seu estado de saúde como regular e 35,8% como boa. Em contrapartida os indivíduos entre os 16 e os 64 anos referem, 59,7% ter uma boa saúde, o que se pode considerar que a idade esta relacionada com a percepção que os indivíduos têm da sua saúde.

Quanto mais jovens, melhor valorização do seu estado de saúde. No que diz respeito a relação entre o género e a valorização do estado de saúde, as mulheres apresentam pior estado de saúde em todas as idades, especialmente quando superam os 50 anos. Depois dos 65 anos, as percepções positivas diminuem e as negativas aumentam, fruto de estados de viuvez e de solidão. Quanto ao nível de instrução concluiu-se, que os idosos que tem estudos superiores apresentam valores mais positivos, pois dizem que a sua saúde é boa ou muito boa. O contrário sucede com as pessoas analfabetas, que referem que o seu estado de saúde é regular ou mau. A falta de recursos culturais aumenta a incerteza e a insegurança perante qualquer circunstância da vida, e em particular perante os problemas de saúde. O mesmo autor refere também que os níveis de instrução se encontram associados a estilos de vida saudáveis.

Ao analisarmos a qualidade de vida ficou evidente que os idosos associam a mesma a uma boa convivência social, ao desenvolvimento de atividades físicas, mentais, intelectuais e de lazer. Quanto à relação entre o estado de saúde e o estado civil, os idosos casados, 37,9% apresentam uma saúde boa e 41,5% uma saúde regular. Os viúvos, 30,9% apresentam uma saúde boa e 44,5% uma saúde regular. O estado de saúde muito mau é superior nos viúvos, 4,9% contra 2,6% nos casados, o que demonstra a importância da convivência conjugal para um melhor estado de saúde.

Rubio, Aleixandre e Cabezas (2001) num estudo sobre qualidade de vida e diferenças em função do sexo, a uma amostra de 450 sujeito com idades superiores a 65 anos, voltaram a verificar que os homens apresentam pontuações mais elevadas que as mulheres, no que diz respeito à qualidade de vida. Para o homem o factor mais importante para a sua qualidade de vida foi o trabalho que realizou e para a mulher foi a família, a saúde e o contexto. Também neste estudo foi questionado aos idosos se tinham filhos e qual a sua importância para a sua qualidade de vida. Os sujeitos que não tinham filhos apresentaram pontuações médias mais baixas do que os sujeitos com filhos.

Castellón, Pinto e Aleixandre (2001) verificaram ainda que não há relação entre o padecimento de uma doença crónica e a qualidade de vida auto percebida. A qualidade de vida percebida em homens é maior que em mulheres, talvez por o envelhecimento ser percebido pela mulher como mais negativo. A qualidade de vida subjetiva é vista mais positivamente pelos homens do que pelas mulheres. Os idosos associam um bom estado de saúde a uma boa qualidade de vida. Existem fatores que influenciam a percepção do estado de saúde, como os amigos, o nível económico e elevado nível académico. Os fatores sociais são de especial importância para a saúde auto percebida, na medida em que se relacionam com a qualidade de vida. As patologias crónicas não influenciam a auto percepção da qualidade de vida, uma vez que se encontram controladas terapêuticamente.

Castellón e Pino (2003) voltam a afirmar, ao estudarem a relação entre a qualidade de vida e a saúde em idosos institucionalizados e em contexto familiar, que existe uma correlação importante entre estes dois constructos. A qualidade de vida subjetiva é maior em homens do que em mulheres, talvez pelo facto das mulheres terem uma visão mais negativa do envelhecimento, como já foi referido. Também neste caso os idosos relacionaram o estado de saúde com uma boa qualidade de vida, havendo fatores, como os amigos, a escolaridade elevada e o nível socioeconómico que influenciam a saúde autopercebida.

Fernández, Peréz, Garcia e Rodríguez (2003) referem que a saúde é um domínio importante da qualidade de vida global, apesar de existirem outras variáveis pessoais e socioambientais importantes, como a habitação, as redes sociais e familiares, aspetos culturais e económicos.

Inouye e Pedrazzani (2007) também destacam que o estatuto socioeconómico interfere com a perceção que os idosos têm da sua qualidade de vida, bem como um elevado nível de instrução e participação em atividades sociais, resultam numa maior satisfação. Um outro dado importante e comum a vários outros estudos na área do envelhecimento é o predomínio do sexo feminino na população idosa.

Num estudo de Bowling e Gabriel (2007) sobre teorias leigas de qualidade de vida na terceira idade, cujo objetivo principal foi examinar as perceções de qualidade de vida, dadas por pessoas com idade igual ou superior a 65 anos, na Grã-Bretanha, sendo os dados agrupados por ordem de importância os seguintes: relações sociais (81%); os papéis sociais e atividades (60%); outras atividades e gostar de estar sozinho (48%); ter saúde (44%); perspectiva psicológica/recursos (38%); casa e vizinhança (37%); finanças (33%) e independência (27%).

Também Castellón e Romero (2004); Ferraz e Peixoto (1997); Ribeiro e Paúl, (2011); Rubio, Alexandre e Cabezas (2001); Mesquita (2013); Inouye e Pedrazzani (2007) investigaram a temática da qualidade de vida em idosos e são unânimes em concluir que existem diversas aspirações individuais e coletivas, nomeadamente viver bem, ter saúde, ter um bom nível de vida, ser feliz, estar satisfeito com a vida, como indicadores prioritários.

Os estudos empíricos sobre perceções do envelhecimento no Algarve são escassos, emergindo neste âmbito os trabalhos realizados por Luísa (2017) que recorreu a uma metodologia mista para estudar as teorias leigas sobre saúde, doença, qualidade de vida em pessoas idosas residentes no Algarve. Os resultados indicam que a saúde e a qualidade de vida se encontram relacionados. A perceção de melhor da qualidade de vida depende de vários fatores: coabitação de cônjuge e filhos,

maior escolaridade, ocupação, segurança social e idade. Os casados ou em união de facto consideram a sua qualidade de vida melhor do que os viúvos, os solteiros ou os divorciados. Os que vivem acompanhados de cônjuge ou cônjuge e filhos percebem a sua qualidade de vida como melhor relativamente aos restantes. Os que têm um grau de escolaridade mais elevado ou frequentam a academia sénior, bem como os pensionistas consideram a sua qualidade de vida melhor do que os restantes (Luísa, 2017, pp. 124-125).

Estes resultados levam-nos a concluir que existe uma estreita relação entre o estado de saúde e a qualidade de vida percebida pelos idosos, e que existem várias variáveis que influenciam os resultados, dando relevância à saúde, à vida familiar, à segurança e à participação social. A qualidade de vida percebida pelas pessoas mais idosas está relacionada também com o género, a idade, a escolaridade e as condições socioeconómicas.

As variáveis associadas à qualidade de vida são muitas no processo de envelhecimento, pois existem diversas maneiras de vivenciar e perceber este processo, como realçaram Paúl e Fonseca (2005). Uns vivenciam-no de forma mais positiva e satisfatória, outros de forma menos positiva e menos satisfatória, configurando perfis distintos de envelhecimento.

A avaliação da qualidade de vida torna-se, portanto, indispensável à avaliação do envelhecimento ativo, permitindo a avaliação da posição relativa do indivíduo no grupo em dado momento e a avaliação do êxito da aplicação de estratégias promotoras do envelhecimento ativo. (Vilar, 2015).

## METODOLOGIA

Para o estudo optou-se por uma metodologia qualitativa (Bryman, 2007; Quivy & Champenhout, 1998). Aplicou-se uma entrevista semiestruturada, cujos resultados, após a devida análise e categorização foram importantes para compreender os objetivos do estudo.

## OBJETIVOS

O objetivo central do estudo foi a compreender as perceções dos conceitos de saúde e qualidade de vida, em pessoas com idade igual ou superior a 60 anos residentes no Algarve. Como objetivos específicos foi pretensão: elaborar uma análise descritiva das variáveis sociodemográficas do público-alvo e conhecer as categorias mais representativas e que explicavam os conceitos de saúde e qualidade de vida.

## AMOSTRA

A amostra era composta por 30 indivíduos, sendo estes maioritariamente mulheres (20 inquiridos). As suas idades encontram-se compreendidas entre os 60 e os 90 anos. A maioria dos inquiridos encontra-se reformada (28 indivíduos), sendo que 2 indivíduos são pensionistas. Também se verificou que a maioria dos indivíduos se encontrava casado (26 indivíduos), existindo ainda 3 indivíduos que já enviuvaram.

Quando a atenção recai sobre o grau de escolaridade dos inquiridos verifica-se que o grupo mais representado é o que corresponde ao 1º Ciclo (20 indivíduos), sendo seguido pelos detentores de formação superior (10 indivíduos).

Relativamente as questões de habitabilidade, 22 indivíduos vivem com o cônjuge, 5 indivíduos mencionaram viverem sozinhos e 3 indivíduos vivem com o cônjuge e com os filhos.

Quanto ao local de residência dos inquiridos divide-se por várias cidades algarvias, Faro, São Brás de Alportel, Loulé e Albufeira. A maioria dos inquiridos encontrava-se na Universidade da Terceira Idade.

## INSTRUMENTOS

A todos os sujeitos foi administrado um protocolo que continha um questionário de dados demográficos e uma entrevista semiestruturada.

O questionário de dados demográficos era composto por várias questões de caracterização pessoal, (como sexo, idade, escolaridade, estado civil, reformado, pensionista, com quem vive e onde vive), e ainda por uma questão sobre o contexto a que pertenciam.

A entrevista continha três questões sobre a temática da saúde e da qualidade de vida, a designar: “De forma breve e concisa, diga-nos o que é a saúde ou ser saudável?”; “O que é que se pode fazer para nos mantermos saudáveis?” e “O que faz para se manter saudável?”. Para a qualidade de vida as questões foram: “De forma breve e concisa, diga-nos o que é ter qualidade de vida?”; “Quais as coisas que são mais importantes para termos uma boa qualidade de vida?” e “Quais as coisas que costuma fazer para tentar ter uma boa qualidade de vida?”.

## RESULTADOS

Os dados surgem organizados permitindo destacar a informação proveniente das várias categorias por tema. De referir, pelo facto de as respostas serem bastantes, optá-

mos por selecionar 4 respostas exemplificativas dadas pelos idosos, das categorias predominantes.

Para o grupo da “saúde”, para a questão “De forma breve e concisa, diga-nos o que é a saúde ou ser saudável?”, temos 11 indivíduos que refere que ter saúde é ter bem-estar, apelando a dimensão psicológica: “Ter saúde é uma coisa boa” (E6) “Ser saudável é sentirmo-nos bem, com equilíbrio mental, saudáveis e felizes” (E19); “Bem-estar”. (E18); “Sentir-se bem física e moralmente” (E24). 11 indivíduos referem que ter saúde é não ter problemas de saúde, dores e não precisar de ir ao médico, ou seja, será ausência de sintomatologia: “Ser saudável é não ter doenças graves” (E9); “Ser saudável é não ter problemas de saúde; (E10); “Ser saudável é não ter doenças” (E11); Pessoa que não tem problemas com doenças. (E16). Os restantes 6 indivíduos deram respostas residuais.

Para a segunda questão do grupo da saúde, “O que é que se pode fazer para nos mantermos saudáveis?”, os 30 indivíduos referiram que o importante era ter uma alimentação saudável, realizar exercício físico, dormir bem, ter atividades de lazer, movimentar-se, conviver com os amigos e familiares, ou seja a categoria comportamental é preponderante: “Ter cuidado com a alimentação, não tomar medicamentos, passear, andar, fazer movimento” (E4); “Praticar desporto, alimentação saudável, tentar dormir bem, etc...” (E19); “Dormir bem, comer comida saudável, distrair-se, falar com os amigos, dar-se bem com os amigos e familiares” (E13); “Fazer exercícios físicos próprios para a idade, leitura, passeios, música, hobbies, feiras, internet, boa alimentação. Não fumar e não beber álcool em demasia” (E24).

Quando questionados para “O que faz para se manter saudável?”, tal como na questão anterior, os 30 indivíduos referem questões de carácter comportamental, como ter uma alimentação equilibrada, fazer exercício físico, ter uma boa rede de contactos sociais, dormir bem, não conseguir álcool e tabaco, ser responsável pelos comportamentos diários: “Não fumar, comer dentro das horas certas, não beber álcool em exagero, nada de exageros” (E8); “Dormir bem, comer bem, comida saudável, distrair-se, falar com amigos, dar-se com os amigos e familiares” (E13); “Caminhadas, alimento-me bem dentro do possível e tento dormir 8 horas” (E19); “Tenho cuidado com a alimentação, pratico algum desporto como ginástica, natação e caminhadas” (E28).

No grupo referente ao tema da qualidade de vida, verificou-se que, para a questão “De forma breve e concisa, diga-nos o que é ter qualidade de vida?”, 10 indivíduos entendem a mesma como tendo saúde: “Ter saúde, não abusar nas bebidas e outras drogas e saber administrar o que tiver” (E21); “Não fazer excessos seja do que for, é ter saúde” (E26); “Viver melhor, com saúde” (E29); “Viver com saúde em sossego e não haver confusões” (E30). 10 indivíduos referem que a qualidade de vida é uma questão comportamental, como ter uma alimentação cuidada, boas relações sociais, participar em atividades

de lazer, ter uma situação económica confortável: *“Ter dinheiro para viver e ter alguma ajuda para fazer as coisas”* (E7). *“Ter qualidade de vida é não abusar da comida, da bebida e de outros excessos”* (E14); *“Fundamentalmente é a pessoa sentir-se bem consigo mesma: habitação confortável, boas relações com a família e outros, rendimentos suficientes, distrações e férias.”* (E23) *“Alimentar-me bem, fazer ginástica, participar em hobbies que me deixam gosto e prazer, como passear e conviver com os amigos e descansar sempre que necessário”* (E25). 5 indivíduos referiram não saber definir o que entendiam por qualidade de vida e os outros 5 deram respostas residuais.

Para a questão *“Quais as coisas que são mais importantes para termos uma boa qualidade de vida?”*, 15 indivíduos referiram que o mais importante é ter saúde: *“Saúde, a mente são”* (E1); *“Saúde”* (E10); *“É ter saúde”* (E17); *“Ter saúde e lidar bem com a família, com o próximo e ser estimado”* (E27). 10 indivíduos referem que para ter qualidade de vida é necessário ter uma boa rede de relação com os amigos e a família, uma alimentação saudável, caminhar e fazer exercício físico e descansar: *“Ter cuidado com a alimentação, não beber nem fumar, caminhar, fazer exercício físico, ginástica, natação”* (E4); *“Conviver com as pessoas”* (E7); *“Comer bem, não fumar e andar muito”* (E13); *“Cuidado com a alimentação, exercícios, conviver para distrair”* (E26). 5 idosos responderam que não sabiam, tal como na pergunta anterior.

Para a questão *“Quais as coisas que costuma fazer para tentar ter uma boa qualidade de vida?”*, 25 indivíduos referem diversos aspetos comportamentais, como nas respostas anteriores. Alimentar-se cuidadosamente, manter o convívio social com família e amigos, estar ativo, fazer exercício físico, passear, ter atividades de lazer diversas, e não fazer consumos excessivos de álcool, tabaco: *“Vou ao café conviver, vou ao baile e a ginástica”* (E7); *“Fazer desporto, caminhadas e encarar as coisas com naturalidade”* (E15); *“Alimentação adequada, boas leituras, frequentar teatros e revistas e ir ao cinema”* (E20); *“Fundamentalmente é a pessoa sentir-se bem consigo mesma: habitação confortável, boas relações com a família e outros, rendimentos suficientes, distrações e férias”* (E23); *“Ser alegre, conviver com os outros, não ser sedentário, não fumar, não beber bebidas alcoólicas, nem ter pensamentos negativos”* (E28). Tal como nas duas questões anteriores, 5 indivíduos referiram não saber responder.

## DISCUSSÃO

A saúde e a qualidade de vida encontram-se relacionados, dado que a saúde é uma componente da qualidade de vida. Assim, ao se analisar os dados recolhidos pela investigação, para o tema da Saúde, verifica-se que para a questão *“De forma breve e concisa, diga-nos o que é a saúde ou ser saudável?”*, a maioria dos inquiridos, considera que a categoria que melhor descreve o que é a saúde é a categoria psicológica, seguida da categoria ausência. Dados que estão em conformidade com

os do estudo de Teixeira, Schulze e Camargo (2002), realizado a uma amostra de 80 idosos, onde estes concluíram que os idosos entendiam a saúde em função dos fatores psicológicos, ter estabilidade psíquica e ter bem-estar emocional, tal como referido pelos nossos inquiridos. Para os idosos, é extremamente importante sentirem-se bem psicologicamente, com uma autoimagem positiva, felizes, com uma vida tranquila e com energia para viver. Há uma aceitação das perdas físicas, que segundo Fonseca (2004), com o avançar da idade são normais, pois ocorre um agravamento progressivo das queixas em saúde, sendo um processo gradual e aceite. A segunda categoria mais expressiva foi a categoria ausência, uma vez que os idosos consideram que ter saúde é não ter doenças ou sintomas dolorosos, não ter problemas de variada ordem, ser independentes e não ter restrições, sentimentos estes corroborados com a classe 2 do estudo de Teixeira et al. (2002), uma vez que o idoso saudável é aquele que é autónomo, que tem ação, caminha, diverte-se e pode fazer diversas coisas, etc. Estes dados são corroborados também por Fontes (1997), por Vaz (2008) e por Reis e Fradique (2004) uma vez que ambos referem que o conceito de saúde não está centrado na doença, mas sim numa noção de autonomia e de capacidade individual.

Num outro estudo de carácter exploratório, realizado por Andrade (2003), no Brasil, a uma amostra de 11 pessoas com idade igual ao superior a 60 anos, recorrendo à técnica da entrevista estruturada, verificou-se que a saúde esta correlacionada com os estados afetivos, nomeadamente com a felicidade *“Se a pessoa idosa tem saúde, essa pessoa é feliz...”* (p.210), pelo contrário se a pessoa se encontra em situação de doença não é feliz, o que exalta a dimensão psicológica. Normalmente o indivíduo sente a sua saúde como um estado de *“alegria de viver”* ou como a harmonia entre o organismo biológico-mental e o ambiente cultural-social.

Para o tema da qualidade de vida, verificou-se que os idosos inquiridos entendem a qualidade de vida como uma questão de saúde, estar saudável, dado corroborado por Fernández-Ballesteros e Maciá (1993) que concluíram que o fator mais importante para a qualidade de vida é a saúde. No entanto, a categoria psicológica e as categorias comportamental e social também são significativos. Os idosos consideram que para terem qualidade de vida precisam de estar bem psicologicamente, sentir-se felizes, bem consigo próprios e com os demais, dormir bem, fazer atividades diárias que lhes sejam prazerosas, ter uma alimentação correta, conviver com amigos e familiares, passear, etc. Relativamente às coisas mais importantes para termos qualidade de vida, os inquiridos destacam a categoria saúde, ou seja, ser saudável é o fator mais importante para terem qualidade de vida. Menos representativa temos a categoria ausência, pois para os idosos é importante não terem problemas, preocupações, não estarem doentes, não terem falta de dinheiro, etc. A categoria comportamental e a social também são importantes para haver qualidade de vida.

Quando questionados sobre “Quais as coisas que costuma fazer para tentar ter uma boa qualidade de vida?”, a categoria mais expressiva é a comportamental, seguida da social. Os idosos concordam que para terem uma boa qualidade de vida terão de ter comportamentos adequados, tais como fazer exercício físico regularmente, ser ativo, ter hábitos de vida saudáveis (comer e dormir bem) e quando necessário consultar o médico. Por outro lado, a parte social também é de extrema importância, pois conviver com os amigos e os familiares, sair, distrair-se é fator importante para ter e manter a qualidade de vida e combater o isolamento e a solidão, dados corroborados nos estudos de Ferraz e Peixoto (1997) e de Queiroz e Trinca (1983).

A qualidade de vida em pessoas idosas, também é apresentada nos estudos de Brown et al. (2004) e de Bowling e Gabriel (2007). Os autores identificaram os seguintes fatores como principais aspetos da qualidade de vida em pessoas idosas: ter uma boa saúde, ser independente, ter boas relações sociais e familiares, ser ativo, ter felicidade, ter boas condições de vida e de habitação, ter oportunidades de aprendizagem e desenvolvimento e ter uma crença religiosa. Segundo este estudo, concluiu-se que a qualidade de vida é coerente com o conceito multidimensional de qualidade de vida.

Conclui-se que para os participantes, ter qualidade de vida é ter saúde, ser independente, ter um bom suporte social e familiar, não ter restrições ou doenças, ser ativo e poder viver de forma digna. A saúde é a primeira condição para estar bem, pois com o avançar da idade, outros fatores, pensa-se serem menos importantes e caso não haja saúde todas as outras dimensões ficarão fragilizadas, como a vida social e a manutenção de atividades diárias.

## CONCLUSÃO

As temáticas da saúde e da qualidade de vida, ambas interligadas foram os constructos investigados em idosos algarvios, e foi possível, utilizando uma metodologia participativa, perceber o que entendem pelos mesmos e como podem ser preservados.

Ao abordarmos o constructo da saúde e após analisadas as categorias que mais se destacaram, temos a psicológica, onde se incluem premissas como: (sentir-se bem psicologicamente, emocional ou mentalmente; autoimagem positiva; vida tranquila; felicidade; ter paz, etc.) e a categoria ausência (não ter doenças ou sintomas (incluindo dor; não ter restrições; não se cansar; não preocupar-se com a saúde; etc).

Quando questionados sobre o que entendem por qualidade de vida a maioria dos inquiridos destaca a categoria saúde (ter saúde, estar saudável) seguida da psicológica bem como da comportamental (dormir bem/descanso; realizar atividades diá-

rias (jardinagem, limpar a casa; exercício físico; alimentação saudável/comer bem; sentir ativo e útil) e social (conviver com os amigos; boas relações com a família).

Estes resultados encontram-se em conformidade com os estudos apresentados por Bowling e Gabriel (2007); Teixeira, Schulze e Camargo (2002); Reis & Fradique, (2004); Mesquita (2013), como já referimos.

Conclui-se que, o facto de os idosos terem saúde permite-lhes ter também qualidade de vida, pois podem fazer a sua vida diária sem restrições. São dois temas de extrema importância quando se abordam as questões ligadas ao envelhecimento e a velhice, sendo por isso necessário continuar a investigar e a adequar as estratégias que permitirão aos idosos viver uma velhice bem-sucedida.

Os estudos sobre envelhecimento na atualidade apontam desafios voltados para a compreensão das condições associadas à possibilidade de assumir o envelhecimento como um processo positivo e a velhice como uma etapa da vida que pode ser acrescida de bem-estar e saúde e por conseguinte de qualidade de vida.

## REFERÊNCIAS

- Abellán, A. (2003). Percepción del estado de salud. *Revista Mult. Gerontol*, 13, 340-342. Recuperado de: <https://digital.csic.es/handle/10261/10500>
- Andrade, O. (2003). Representações sociais de saúde e de doença na velhice. *Maringá*, 25 (2), 207-213. Recuperado de: [https://www.researchgate.net/publication/270936745\\_Representacoes\\_sociais\\_de\\_saude\\_e\\_de\\_doenca\\_na\\_velhice](https://www.researchgate.net/publication/270936745_Representacoes_sociais_de_saude_e_de_doenca_na_velhice)
- Anica, A. (2018). *Envelhecer no Algarve. Percepções, perfis e qualidade de vida no envelhecimento*. In Envelhecer no Algarve. Universidade do Algarve. Recuperado de: <https://sapientia.ualg.pt/handle/10400.1/10679>
- Berger, L. (1995). *Pessoas Idosas, uma Abordagem Global*. Lisboa: Lusodidacta.
- Bryman, A. (2007). Barriers to integrating quantitative and qualitative research. *Journal of mixed methods research*, 1(8), 8-22. Recuperado de: <https://journals.sagepub.com/doi/10.1177/2345678906290531>
- Bowling, A., y Gabriel, Z. (2007). Lay theories of quality of life in older age. *Ageing & Society*, 27, 827-848. Recuperado de: <https://doi.org/10.1017/S0144686X07006423>
- Cabral, M. V., Ferreira, P. M., Silva, P. A. Da, Jerónimo, P., y Marques, T. (2013). *Processos de envelhecimento em Portugal: usos do tempo, redes sociais e condições de vida*. Lisboa: Fundação Francisco Manuel dos Santos.
- Castellón, A., Pino, S., y Aleixandre, M. (2001). Calidad de vida y salud. *Revista Mult. Gerontol*, 11, 12-19.
- Castellón, A., y Pino, S. (2003). Calidad de vida en la atención al mayor. *Revista Mult. Gerontol*, 13, 188-192. Recuperado de: [https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_nlinks&ref=000148&pid=S0104-1290201200010001800005&lng=pt](https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_nlinks&ref=000148&pid=S0104-1290201200010001800005&lng=pt)

- Castellón, A., y Romero, V. (2004). Autopercepción de la calidad de vida. *Revista Mult. Gerontol*, 14, 131-137. Recuperado de: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=1032594>
- Culyer, J. (1981). *Health indicators*. University of York. York. Recuperado de: [https://www.researchgate.net/profile/Anthony\\_Culyer/publication/4814671\\_Health\\_Health\\_Expenditures\\_and\\_Equity/links/004635228d3d98ad74000000.pdf](https://www.researchgate.net/profile/Anthony_Culyer/publication/4814671_Health_Health_Expenditures_and_Equity/links/004635228d3d98ad74000000.pdf)
- Ewles, S. (1999). *Promoting health: a practical guide* (4ª edición). London
- Fernández, G., Pérez, F., García, A., y Rodríguez, V. (2003). Envejecimiento y salud. Diez años de investigación en el CSIC. *Revista Mult. Gerontol*, 13, 43-46. Recuperado de: [https://www.researchgate.net/publication/28081988\\_Envejecimiento\\_y\\_salud\\_diez\\_anos\\_de\\_investigacion\\_en\\_el\\_CSIC](https://www.researchgate.net/publication/28081988_Envejecimiento_y_salud_diez_anos_de_investigacion_en_el_CSIC)
- Ferraz, A., y Peixoto, M. (1997). Qualidade de vida na velhice: estudo em uma instituição pública de recreação para idosos. *Revista Esc. Enf. USP*, 31, 316-318. Recuperado de: <http://www.ee.usp.br/reeusp/upload/pdf/419.pdf>
- Fontes, L. (1997). O papel do médico de família na avaliação e acompanhamento do doente idoso. *Geriatría*, X(97). Recuperado de: <https://repositorioaberto.uab.pt/bitstream/10400.2/702/1/LC447.pdf>
- Fontaine, R. (2000). *Psicologia do Envelhecimento* (1ª Edição). Lisboa: Climepsi Editores.
- INE. (2017). *Anuário Estatístico da Região do Algarve 2016*. Lisboa. Recuperado de: <https://www.ine.pt>
- INE. (2017). *Projeções de População Residente 2015-2080*. Destaque- Informação à Comunicação Social. Recuperado de: <https://www.ine.pt>
- Inouye, K., y Pedrazzani, E. (2007). Nivel de instrucción, socioeconómico y evaluación de algunas dimensiones de la calidad de vida de octogenários. *Revista Latino- americana*, 15.
- Lachman, M., y Baltes, P. (1994). Psychological ageing in lifespan perspective. In Rutter, M., y Hay, D. (Eds.), *Development through life. A handbook for clinicians*. Oxford: Blackwell Science.
- Leal, C. (2008). *Reavaliar o conceito de qualidade de vida*. (Tese de Mestrado). Universidade dos Açores. Recuperado de: [http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?script=sci\\_nlinks&ref=000177&pid=S1647-2160201300010000400013&lng=pt](http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?script=sci_nlinks&ref=000177&pid=S1647-2160201300010000400013&lng=pt)
- Luísa, C. (2017). *Teorias Leigas em Pessoas Idosas. Conhecer para Intervir. Guia para Educadores Sociais e Educadores*. Viseu: Psicossoma.
- Najman, M., y LeVive, S. (1981). Evaluating the impact of medical care and technologies on the quality of life: a review and critique. *Soc.Sci.Med.*, 15, 107-115. Recuperado de: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11662011>
- Oliveira, J. (2005). *Psicologia do Envelhecimento e do Idoso*. Porto: Livpsic Editora
- Paúl, C., y Fonseca, A. (2001). *Psicossociologia da Saúde* (1ª edición). Lisboa: Climepsi Editores.
- Paúl, C., Fonseca, A., Martin, I., y Amado, J. (2005). Satisfação e qualidade de vida em idosos portugueses. In Paúl, C., y Fonseca, A. (Coords.) (2005). *Envelhecer em Portugal* (1ª edición). Lisboa: Climepsi Editores.
- Pordata. (2018). *PORDATA*. Recuperado de: <https://www.pordata.pt/Municipios/%C3%8Dndice+de+envelhecimento-458>
- Quivy, R., y Champenhout, L. (1998). *Manual de investigação em ciências sociais*. Lisboa: Gradiva.
- Queiroz, J., y Trinca, F. (1983). Influência do lazer sobre pessoas da terceira idade. *Revista. Brasileira. Enf.*, 36, 95-106. Recuperado de: <https://www.scielo.br/pdf/reben/v36n1/v36n1a10.pdf>
- Reis, J., y Fradique, F. (2004). Significações leigas de saúde e de doença em adultos. *Análise Psicológica*, 3 (XXII), 475-485. Recuperado de: <http://www.scielo.mec.pt/pdf/aps/v22n3/v22n3a05.pdf>
- Ribeiro, O., y Paúl, C. (2011). *Manual do envelhecimento activo*. Lisboa: Lidel, Edições Técnicas, Lda.
- Rubio, R., Aleixandre, M., y Cabezas, J. (2001). Calidad de vida y diferencias en función del sexo. *Revista Mult. Gerontol*, 11, 173-180.
- Squire, A. (2004). *Saúde e Bem-estar para Pessoas Idosas – Fundamentos Básicos para a prática*. Loures: Lusociência.
- Scedhouse. (1986). *Health foundations for achievement*. Wiley, Chichester.
- Teixeira, M., Schulze, C., y Camargo, B. (2002). Representações sociais sobre saúde na velhice: um diagnóstico psicossocial na Rede Básica de Saúde. *Estudos de Psicologia*, 7(2), 351-359. Recuperado de: [https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-294X2002000200016&script=sci\\_abstract&lng=pt](https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-294X2002000200016&script=sci_abstract&lng=pt)
- Vaz, C. (2008). *Satisfação dos doentes idosos face aos cuidados de enfermagem no serviço de urgência*. (Tese de Mestrado). Lisboa. Universidade Aberta. Recuperado de: <https://repositorioaberto.uab.pt/bitstream/10400.2/702/1/LC447.pdf>
- Vilar, M. M. (2015). *Avaliação da qualidade de Vida em Adultos Idosos: Estudos de adaptação, validação e normalização do WHOQOL-OLD para a população portuguesa*. Coimbra: Universidade de Coimbra. Recuperado de: <https://estudogeral.sib.uc.pt/handle/10316/28680>
- WHO (2002). *Active Ageing: A Policy Framework*. Geneve: WHO. Recuperado de: [http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/67215/1/WHO\\_NMH\\_NPH\\_02.8.pdf](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/67215/1/WHO_NMH_NPH_02.8.pdf)
- WHO (2003). *Adherence to Long-Term Therapies. Evidence for action. Noncommunicable Diseases and Mental Health. Adherence to long-term therapies project*. Geneva: WHO. Recuperado de: [http://www.who.int/chp/knowledge/publications/adherence\\_full\\_report.pdf?ua=1](http://www.who.int/chp/knowledge/publications/adherence_full_report.pdf?ua=1)