



## **AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DE VIDA DO IDOSO RESIDENTE EM MEIO RURAL**

**Eugénia Maria Garcia Jorge Anes<sup>1</sup>**  
**Maria de Fátima Pereira Geraldés<sup>2</sup>**  
**Adília Maria Pires da Silva Fernandes<sup>3</sup>**  
**Carlos Pires Magalhães<sup>4</sup>**  
**Celeste Meirinho da Cruz Antão<sup>5</sup>**

<sup>1</sup>Professor. Escola Superior de Saúde de Bragança do Instituto Politécnico de Bragança. Núcleo de Investigação e Intervenção no Idoso (NIII).

eugenia@ipb.pt

<sup>2</sup>Enfermeira. Unidade Local Saúde Nordeste.

<sup>3</sup>Professor. Escola Superior de Saúde de Bragança do Instituto Politécnico de Bragança. Núcleo de Investigação e Intervenção no Idoso (NIII).

<sup>4</sup>Professor. Escola Superior de Saúde de Bragança do Instituto Politécnico de Bragança. Núcleo de Investigação e Intervenção no Idoso (NIII).

<sup>5</sup>Professor. Escola Superior de Saúde de Bragança do Instituto Politécnico de Bragança. Núcleo de Investigação e Intervenção no Idoso (NIII).

*Fecha de recepción: 9 de Septiembre de 2013*

*Fecha de admisión: 5 de Noviembre de 2013*

### **RESUMO**

Devido ao grande impacto na sociedade contemporânea do crescente envelhecimento da população, as intervenções vão cada vez mais no sentido de promover a qualidade de vida das pessoas desta faixa etária (Silva, 2011).

A avaliação e intervenção na pessoa idosa deve ser integral, multidimensional e dinâmica, perspetivando o “melhor conhecer para melhor cuidar” (Araújo, Ribeiro, Oliveira & Martins, 2011). Segundo Carvalho e Rodrigues-Ferreira (2011) o idoso bem adaptado é o idoso que se interessa pela vida e que pode estar inserido na comunidade, num meio ambiente apropriado. É no meio rural que muitos idosos continuam esta fase da sua vida, enfrentando muitas vezes algumas adversidades. Assim é indispensável diagnosticar fatores com impacto ao nível da qualidade de vida, para que os profissionais de saúde possam intervir proporcionando-lhes um envelhecimento bem-sucedido.

Pretendeu-se com este estudo avaliar a perceção da qualidade de vida em idosos residentes em meio rural no Nordeste de Portugal, verificando a sua relação com variáveis sociodemográficas e clínicas. É um estudo de caráter quantitativo, não experimental, descritivo e transversal. A população foi selecionada por conveniência. A amostra em estudo (dois terços da população) é formada por 22 idosos, aos quais foi aplicado um instrumento de colheita de dados formado por um instrumento genérico de saúde o MOS-SF-36v2 e questões sociodemográficas e clínicas.



No que respeita ao índice de qualidade de vida apresentam valores (em média) menores que os valores de referência da população portuguesa (Ferreira & Santana, 2003), também menores que populações de idosos institucionalizados (Silva, 2011). Apresentam piores scores as dimensões físicas. As variáveis que apresentam uma relação significativa são o sexo, a idade, a situação familiar, o estado civil, a quem recorrem quando necessitam de ajuda e a presença de doenças.

**Palavras Chave:** Qualidade de vida, SF-36v2, Idosos, Rural Environment

## ABSTRACT

Due to the large impact of aging society, interventions will increasingly promote the quality of life of people in this age group (Silva, 2011).

The assessment and intervention in the elderly must be integral, multidimensional and dynamic, to "better understand and better care" (Araújo Ribeiro Oliveira & Martins, 2011). According to Carvalho and Rodrigues - Ferreira (2011) the elderly is well suited one who has interest in life and which can be inserted in the community, in a medium suitable environment. It is in rural areas that many elderly continue this phase of his life, often facing some adversity. Thus it is essential to diagnose factors with impact on quality of life, so that health professionals can intervene providing them with successful aging.

The intention of this study was to evaluate the perception of quality of life in elderly people living in rural areas in the north of Portugal, verifying their relationship with sociodemographic and clinical variables. It is a character study of quantitative, non-experimental, descriptive and transversal. The population was selected for convenience. The study sample consists of 22 seniors. An instrument of data collection formed by a generic health instrument MOS - SF - 36v2 and sociodemographic and clinical questions were used.

The index of quality of life present values (on average) lower than the reference values of the Portuguese population (Ferreira & Santana, 2003), also smaller than institutionalized elderly populations (Silva, 2011). Scores have worse physical dimensions. The variables that have a significant relationship are gender, age, family status, marital status, who turn to when they need help and the presence of diseases.

**KeyWords:** life of quality, SF-36v2, seniors

## INTRODUÇÃO

Para que o idoso passe esta fase da vida, com qualidade, numa visão positiva é fundamental, na perspectiva de Santos (2000), que o idoso permaneça ocupado e no seu meio ambiente. Aqui tudo acontece naturalmente, proporciona distrações, manutenção de amizades e um viver na presença da família.

Segundo Rebelatto e Morelli (2005), a compreensão da qualidade de vida na terceira idade está no centro do desenvolvimento de iniciativas de intervenção e planeamento, visando a prevenção e a reabilitação nos vários contextos da vida do indivíduo e no centro da avaliação de serviços e políticas destinadas a promover o bem-estar dos idosos. A qualidade de vida tem sido objeto de estudo de várias áreas do conhecimento, sob perspectivas diferentes, resultando por conseguinte uma ampla variedade de conceitos e significados. Na área da saúde é utilizada frequentemente a terminologia de qualidade de vida relacionada com a saúde.

Nestas avaliações torna-se imprescindível o conhecimento dos principais determinantes da saúde desta população, facilitando a tomada de decisão.

Pretende-se avaliar com esta investigação a percepção da qualidade de vida relacionada com a saúde em idosos residentes em meio rural no interior-norte de Portugal e verificar a sua relação com variáveis sociodemográficas e clínicas.



## MÉTODO

É um estudo não experimental, descritivo, analítico e transversal, numa abordagem quantitativa. Foi constituída uma amostra, formada por 22 idosos, conscientes e orientados no tempo e no espaço, correspondendo a dois terços dos idosos de uma comunidade rural selecionada por conveniência da região do Nordeste de Portugal.

Foi efetuado um contacto personalizado com todos os idosos. Foram apresentados os objetivos e propósitos da investigação, explicada a importância da contribuição de cada um, realçando o carácter voluntário da participação, a garantia de confidencialidade, disponibilidade de esclarecimento de qualquer dúvida e agradecimento pela participação. A colheita de dados foi precedida pela obtenção do consentimento informado. Foram respeitados os princípios da Declaração de Helsínquia.

O instrumento de colheita de dados é constituído por um instrumento genérico de saúde o SF-36v2 e questões sociodemográficas e clínicas para melhor caracterização da amostra. O SF-36v2 é um questionário genérico de saúde, formado por 36 itens (tabela 1), constituído por 8 multi-itens ou dimensões correspondentes à saúde física e mental: função física (10 itens), desempenho físico (4 itens), dor (2 itens), saúde geral (5 itens), função emocional (5 itens), desempenho emocional (3 itens), função social (2 itens), e vitalidade (12 itens).

Tabela 1 - Representação do número de questões por dimensão do SF-36v2.

SF-36v2	Itens
Função física	10
Desempenho físico	4
Dor	2
Saúde geral	5
Função emocional	5
Desempenho emocional	3
Função social	2
Vitalidade	4

Fonte: Adaptado de Ferreira e Santana (2003).

As questões sociodemográficas introduzidas foram o sexo, a idade, estado civil, habilitações literárias, situação familiar, recurso utilizado quando necessitam de ajuda, rendimentos e as doenças.

## RESULTADOS/DISCUSSÃO

Foram estudados 22 idosos residentes em meio rural, com idades compreendidas entre 65 e 98 anos, maioritariamente do sexo feminino (60%) e viúvos (57%). É de referir o baixo nível de escolaridade, 23 % não sabe ler nem escrever. Dos idosos inquiridos 10% referem viver sós. Quando necessitam de ajuda dizem recorrer aos familiares ou amigos 68%, afirmam recorrer a Deus aproximadamente 23% e dizem recorrer aos profissionais de saúde 9%. Referem baixos rendimentos, 91% dos participantes dizem ter rendimentos inferiores a 250€. As doenças mais mencionadas são as cardiovasculares e a osteoarticulares.

Globalmente, os homens apresentam melhor nível de qualidade de vida do que as mulheres. Através dos resultados do teste t, podemos concluir que as diferenças entre os indivíduos do género masculino e indivíduos do género feminino são estatisticamente significativas (Quadro 1).

Para confirmar os resultados obtidos utilizámos o teste não paramétrico de Mann-Whitney, pois a variável género não segue uma distribuição normal em cada um dos grupos considerados. Os resultados obtidos por este teste vêm confirmar os resultados do teste t.



Quadro 1 - Percepção da qualidade vida (SF-36v2) em relação ao género.

Género	Qualidade de Vida	
	Feminino n=13	Média
	Desvio Padrão	13,01
Masculino n=9	Média	64,32
	Desvio Padrão	12,99
	t	-3,943
	P	0,001
Teste Mann Whitney-U	Sig (2-tailed)	0,001

Em relação com o género por dimensões, verificamos que os valores médios da qualidade de vida são superiores no género masculino (quadro 2).

Para confirmar os resultados obtidos utilizámos o teste não paramétrico de Mann-Whitney, pois a variável género não segue uma distribuição normal em todos os grupos considerados.

Quadro 2 - Percepção da qualidade vida (SF-36v2) em relação ao género por dimensões.

Dimensão	Feminino n=13		Masculino n=9		Teste t		Teste Mann Whitney U
	Média	S	Média	S	t	p	Sig (2-tailed)
Função física	57,61	30,11	61,27	34,46	-3,967	0,000	0,000
Desempenho físico	50,92	30,38	51,23	29,73	-3,861	0,000	0,003
Dor	73,38	29,52	82,01	28,82	-3,799	0,001	0,002
Saúde geral	65,71	21,00	66,16	19,49	-2,643	0,003	0,005
Função emocional	23,33	23,45	77,56	23,64	3,658	0,001	0,002
Desempenho emocional	32,07	23,72	62,53	35,18	-3,985	0,002	0,001
Função social	59,62	32,44	63,30	31,42	-4,432	0,001	0,001
Vitalidade	62,38	23,32	73,18	24,80	3,836	0,000	0,000

Os resultados deste teste vêm corroborar os resultados do teste t, confirmando a existência de diferenças na percepção da qualidade de vida em relação à variável género, correspondendo melhores níveis de percepção de qualidade de vida para os indivíduos do género masculino. Moraes, Rodrigues e Gerard (2008) também encontraram diferenças significativas em relação ao género.

Para a análise da percepção da qualidade de vida relacionada com a idade foram constituídos três grupos etários: 65–74 anos, 75–84 e 85 e mais anos. Constatámos, que a qualidade de vida varia no sentido inverso da idade, ou seja, o grupo com menor idade é o que apresenta maior qualidade de vida. Para determinar se as diferenças observadas entre a média dos três grupos são ou não estatisticamente significativas calculámos o teste Anova. Este teste mostra-nos que existem diferenças significativas na percepção da qualidade vida (Quadro 3) entre as médias dos vários grupos etários.

Quadro 3 - Percepção da qualidade vida (SF-36v2) em relação à idade.

Idade	Qualidade de Vida	
65 - 74 anos n=12	Média	72,13
	Desvio Padrão	11,56
75 - 84 anos n=8	Média	67,91
	Desvio Padrão	12,39
≥ 85 anos n=2	Média	59,84
	Desvio Padrão	13,51
Teste Anova	F	5,012
	P	0,050
Teste Kruskal Wallis	Asymp. Sig.	0,051



Para confirmar os resultados obtidos utilizámos o teste não paramétrico de Kruskal-Wallis, pois a variável idade não segue uma distribuição normal, os resultados deste teste são concordantes com os do teste Anova.

Numa análise dimensional por grupo etário observa-se um decréscimo da qualidade de vida à medida que aumenta a idade, para todas as dimensões. Como podemos observar no quadro 4, a aplicação do teste Anova para igualdade de variâncias, mostra-nos que as diferenças são significativas.

Os resultados do teste Anova são confirmados pelos resultados do teste Kruskal-Wallis, pois a variável idade não segue uma distribuição normal em todos os grupos considerados. Confirmam-se diferenças significativas entre os grupos. Estes resultados são corroborados por Andrade e Martins (2011), pois afirmam que a idade está relacionada com a percepção da qualidade de vida, quanto mais elevado é o grupo etário pior é a qualidade de vida dos idosos.

Quadro 4 - Percepção da qualidade vida (SF-36v2) em relação à idade, por dimensão.

Idade	65-74 anos n=12		75-84 anos n=8		≥ 85 anos n=2		Teste Anova		Teste Kruskal Wallis
	Média	S	Média	S	Média	S	f	p	Asymp Sig.
Função física	81,50	24,62	77,82	26,26	63,96	30,69	6,256	0,006	0,000
Desemp físico	75,67	28,76	66,66	32,00	52,45	33,37	7,633	0,007	0,000
Dor	74,37	26,07	71,21	30,03	68,55	34,22	6,565	0,005	0,000
Saúde geral	59,41	17,08	57,91	19,74	51,93	21,49	7,156	0,007	0,000
Função emocional	58,80	22,31	50,52	23,39	49,43	20,34	7,906	0,005	0,000
Desem emocional	64,89	31,67	59,26	24,95	41,94	26,57	6,009	0,004	0,000
Função social	69,78	24,34	67,64	25,50	45,97	28,10	7,058	0,007	0,000
Vitalidade	74,50	27,05	58,88	24,63	50,87	24,19	6,348	0,003	0,000

Para a confrontação da qualidade de vida e o nível de instrução, procedeu-se ao reagrupamento das habilitações em três grupos: até ao ensino básico, ensino básico e secundário e ensino médio e superior. Parecem observar-se pontuações de qualidade de vida mais elevadas para os indivíduos com maiores habilitações.

Quadro 5 - Percepção da qualidade vida (SF-36v2) em relação ao nível de instrução.

Nível de instrução	Qualidade de Vida	
Até ao ensino básico n=8	Média	54,69
	Desvio Padrão	14,01
Ensino básico e secundário n=13	Média	62,55
	Desvio Padrão	15,59
Ensino médio e superior n=1	Média	74,21
	Desvio Padrão	12,38
Teste Anova	F	1,567
	P	0,058
Teste Kruskal Wallis	Asymp. Sig.	0,061

Os resultados dos testes estatísticos Anova para igualdade de variância, mostram não haver diferenças significativas entre as médias da percepção da qualidade de vida em cada grupo com diferentes habilitações (Quadro 5).

Para confirmar os resultados obtidos utilizámos o teste não paramétrico de Kruskal-Wallis. Analisando as dimensões em relação ao nível de instrução, parecem observar-se valores mais baixos de qualidade de vida no grupo de menores habilitações, para grande parte das dimensões.

No quadro 6 podemos observar os resultados do teste Anova para igualdade de variância, que nos mostram, que estas diferenças não são significativas.



A utilização do teste não paramétrico de Kruskal Wallis foi utilizado para confirmar os dados obtidos no teste Anova, uma vez que a variável nível de instrução não segue uma distribuição normal em cada um dos grupos considerados. Não se confirma a existência de diferenças significativas entre as médias de percepção de qualidade de vida em relação ao nível de instrução. Morais et al. (2008) reconhecem esta variável como determinante da qualidade de vida.

Quadro 6 - Percepção da qualidade vida (SF-36v2) em relação ao nível de instrução, por dimensões.

Dimensão	Até ao ensino básico n=8		Ensino básico e sec n=13		Ensino médio e superior n=1		Teste Anova		Teste Kruskal Wallis
	Média	S	Média	S	Média	S	f	p	Asymp. Sig.
Função física	57,88	33,25	63,98	33,15	73,22	26,73	1,991	0,056	0,058
Desempenho físico	58,65	35,65	67,21	36,81	81,55	25,84	2,536	0,051	0,056
Dor	65,45	33,70	72,55	31,01	78,37	27,55	1,929	0,064	0,072
Saúde geral	53,33	17,99	60,52	20,02	66,55	25,65	1,155	0,057	0,052
Função emocional	47,99	20,25	59,34	23,54	70,22	24,32	0,954	0,654	0,889
Desemp emocional	49,83	29,11	64,90	34,74	87,22	21,06	0,899	0,541	0,600
Função social	49,78	30,28	66,74	30,12	82,65	18,63	0,785	0,447	0,590
Vitalidade	70,73	26,32	73,25	26,41	67,69	25,47	1,478	0,062	0,079

Para analisar a variação da percepção da qualidade de vida relacionada com a saúde de acordo com o estado civil, reagruparam-se os respondentes em dois grupos: os casados ou em união de facto e, solteiros e viúvos. Parecem observar-se pontuações de qualidade de vida mais elevadas para os indivíduos casados. Os resultados estatísticos do teste t mostram haver diferenças significativas entre as médias da percepção da qualidade de vida em cada grupo (Quadro 7). A utilização do teste não paramétrico de Teste Mann Whitney-U, foi utilizado para confirmar os dados obtidos no teste t.

Analisando os resultados da percepção da qualidade de vida e a relação com o estado civil por dimensões, verificamos que os utentes casados parecem apresentar valores médios da qualidade de vida superiores, com exceção para a dimensão função emocional e vitalidade.

Quadro 7 - Percepção da qualidade vida (SF-36v2) em relação ao estado civil.

Estado Civil	Qualidade de Vida	
Casados e em união de facto n=9	Média	79,63
	Desvio Padrão	14,02
Solteiros e Viúvos n=13	Média	57,62
	Desvio Padrão	10,26
Teste t	t	2,985
	p	0,046
Teste Mann Whitney-U	Sig (2-tailed)	0,044

Os resultados da aplicação do teste t demonstram existência de diferenças significativas na percepção da qualidade de vida entre as médias dos vários grupos para a grande maioria das dimensões, com exceção da função emocional e vitalidade (Quadro 8).



Quadro 8 - Percepção da qualidade vida (SF-36v2) em relação ao estado civil por dimensões.

Dimensão	Casados n=9		Viúvos n=13		Teste t		Teste Mann Whitney-U
	Média	S	Média	S	t	P	Sig (2- tailed)
Função física	74,14	32,30	68,67	30,30	2,046	0,047	0,050
Desemp físico	63,47	33,64	64,20	26,42	2,116	0,051	0,051
Dor	69,99	32,34	64,76	31,25	1,127	0,043	0,050
Saúde geral	64,23	21,65	52,32	19,30	1,902	0,050	0,051
F emocional	67,45	23,54	69,54	22,54	0,897	0,085	0,087
D emocional	70,72	35,69	44,33	28,74	1,031	0,048	0,050
Função social	68,72	30,03	64,86	27,45	1,641	0,051	0,049
Vitalidade	64,33	26,01	65,43	19,06	0,926	0,063	0,065

A utilização do teste não paramétrico de Teste Mann Whitney-U foi utilizado para confirmar os dados obtidos no teste t. Estes resultados são concordantes com os encontrados por Morais et al. (2008), pois a funcionalidade familiar constitui elemento base para a qualidade de vida.

Para analisar a variação da percepção da qualidade de vida relacionada com a saúde de acordo com o agregado familiar, reagruparam-se os respondentes em dois grupos: uma pessoa e mais que uma. Parecem observar-se pontuações de qualidade de vida mais favoráveis para os indivíduos que vivem em agregado. Os resultados estatísticos do teste t mostram haver diferenças significativas entre as médias da percepção da qualidade de vida em cada grupo (Quadro 9). A utilização do teste não paramétrico de Teste Mann Whitney-U foi utilizado para confirmar os dados obtidos no teste t.

Quadro 9 - Percepção da qualidade vida (SF-36v2) em relação ao agregado familiar.

Agregado familiar	Qualidade de Vida	
Uma pessoa n=2	Média	57,63
	Desvio Padrão	13,02
Mais que uma pessoa n=20	Média	74,67
	Desvio Padrão	12,23
Teste t	t	3,455
	p	0,047
Teste Mann Whitney-U	Sig (2-tailed)	0,050

Analisando os resultados da percepção da qualidade de vida e a relação com o agregado familiar por dimensões, verificamos que os idosos que vivem em agregado parecem apresentar valores médios da qualidade de vida superiores. Os resultados da aplicação do teste t mostram haver diferenças significativas na percepção da qualidade de vida entre as médias dos vários grupos do agregado familiar (Quadro 10). Foi utilizado o teste não paramétrico de Mann Whitney-U para confirmar os resultados obtidos. Andrade e Martins (2011) corroboram os resultados da presente investigação, considerando a família como determinante da qualidade de vida do idoso.

Quadro 10 - Percepção da qualidade vida (SF-36v2) em relação ao agregado familiar por dimensões.

Dimensão	Uma pessoa n=2		Mais que uma pessoa n=20		Teste t		Teste Mann Whitney-U
	Média	S	Média	S	t	p	Sig (2- tailed)
Função física	56,14	35,30	72,64	28,20	2,946	0,050	0,043
Desemp físico	53,48	39,34	69,22	26,56	2,816	0,050	0,049
Dor	34,99	32,84	69,76	29,75	3,127	0,037	0,040
Saúde geral	49,23	21,65	58,32	19,35	2,908	0,050	0,048
F emocional	54,47	23,54	62,19	22,67	2,897	0,050	0,047
D emocional	49,72	37,15	60,33	24,74	3,531	0,025	0,020
Função social	71,72	31,29	71,86	23,46	2,641	0,049	0,040
Vitalidade	64,27	27,01	65,48	19,05	2,926	0,050	0,050



Relativamente à análise da percepção da qualidade de vida relacionada com a saúde em relação à variável a quem recorrem quando necessita de ajuda, parecem observar-se pontuações de qualidade de vida mais elevadas para os indivíduos que dizem recorrer à família quando necessitam. Os resultados dos testes estatísticos Anova para igualdade de variância, mostram haver diferenças significativas entre as médias da percepção da qualidade de vida para os grupos considerados (Quadro 11).

Quadro 11 - Percepção da qualidade de vida (SF-36v2) em relação a quem recorre quando necessita de ajuda.

A quem recorre quando necessita de ajuda	Qualidade de Vida	
	Família/amigos n=15	Média
	Desvio Padrão	12,43
Profissionais de saúde n=2	Média	71,67
	Desvio Padrão	11,54
Deus n=5	Média	59,43
	Desvio Padrão	12,45
	Desvio Padrão	12,44
Teste Anova	F	8,654
	P	0,000
Teste Kruskal Wallis	Asymp. Sig.	0,001

Para confirmar os resultados obtidos utilizámos o teste não paramétrico de Kruskal-Wallis, pois a variável não segue uma distribuição normal em cada um dos grupos considerados.

Analisando as dimensões em relação ao recurso utilizado, parecem observar-se índices de qualidade de vida mais elevados no grupo que afirma recorrer à família, para grande parte das dimensões, à exceção da função vitalidade.

No quadro 12 podemos observar os resultados do teste Anova para igualdade de variância, que nos mostram, que estas diferenças são significativas para a maioria das dimensões, com exceção da dor e vitalidade, em que o valor de prova é superior a 5%.

Quadro 12 - Percepção da qualidade de vida (SF-36v2) em relação a quem recorre quando necessita de ajuda, por dimensões.

A quem recorre quando necessita	Família amigos n=13		Profissionais de saúde n=2		Deus n=5		Teste Anova		Teste Kruskal Wallis
	Média	S	Média	S	Média	S	f	p	Asymp. Sig.
Função física	75,88	28,25	72,98	29,15	64,23	24,43	3,511	0,011	0,018
Desemp físico	82,77	34,01	69,20	30,81	63,52	23,74	8,536	0,000	0,000
Dor	63,56	23,70	62,45	26,01	63,01	22,55	1,102	0,050	0,050
Saúde geral	68,33	17,76	64,52	20,13	60,07	23,45	2,155	0,044	0,050
F emocional	68,99	20,01	63,33	23,54	59,29	22,32	2,268	0,051	0,050
D emocional	76,83	23,11	73,80	24,74	72,26	22,00	4,546	0,001	0,001
F social	80,71	18,26	80,65	25,87	78,01	18,06	7,485	0,000	0,000
Vitalidade	81,37	26,20	80,25	26,41	83,69	22,35	1,98	0,062	0,078

A utilização do teste não paramétrico de Kruskal Wallis, foi utilizado para confirmar os resultados obtidos no teste Anova, uma vez que esta variável não segue uma distribuição normal em cada um dos grupos considerados. Os resultados do teste Kruskal Wallis são semelhantes aos resultados do teste Anova. Confirma-se a existência de diferenças significativas entre as médias de percepção de qualidade de vida para todas as dimensões, com exceção da vitalidade. O apoio familiar, em proximidade, especialmente no domicílio contribui para a promoção da qualidade de vida dos idosos (Andrade & Martins, 2011).

Para analisar a variação da percepção da qualidade de vida relacionada com a saúde de acordo com o rendimento, reagruparam-se os respondentes em 3 grupos: menos que 250€, entre 250€



400€ e superiores a 400€. Parecem observar-se pontuações de qualidade de vida mais elevadas para os indivíduos com rendimentos superiores. Os resultados estatísticos do teste Anova mostram não haver diferenças significativas entre as médias da percepção da qualidade de vida em cada grupo (Quadro 13).

Quadro 13 - Percepção da qualidade de vida (SF-36v2) em relação ao rendimento.

Rendimento	Qualidade de Vida	
Até 250€ n=20	Média	59,69
	Desvio Padrão	13,50
Entre 250€ - 400€ n=1	Média	64,99
	Desvio Padrão	12,12
Superiores a 400€ n=1	Média	75,65
	Desvio Padrão	11,29
Teste Anova	f	1,095
	p	0,059
Kruskal-Wallis	Sig (2-tailed)	0,068

Utilizámos o teste não paramétrico de Kruskal-Wallis para confirmar os resultados obtidos, pois a variável rendimento não segue uma distribuição normal em cada um dos grupos considerados.

Numa análise dimensional por grupo de rendimento, parece observar-se um acréscimo da qualidade de vida à medida que aumenta o rendimento, para grande parte das dimensões, com exceção da função emocional e vitalidade.

Através da aplicação do teste Anova verificamos a não existência de diferenças significativas (Quadro 14).

Quadro 14 - Percepção da qualidade de vida (SF-36v2) em relação ao rendimento por dimensões.

Dimensão	Até 250€ n=20		250-400€ n=1		Superiores 400€ n=1		Teste Anova		Teste Kruskal Wallis
	Média	S	Média	S	Média	S	f	p	Asymp. Sig.
F física	74,64	32,08	63,10	36,74	58,31	35,27	1,084	0,280	0,228
D físico	65,95	30,01	67,42	34,58	66,80	23,34	1,091	0,058	0,063
Dor	73,81	31,58	67,43	35,69	69,68	33,37	0,849	0,139	0,120
Saúde geral	58,86	16,57	58,02	20,81	52,98	19,86	0,592	0,353	0,266
F emocional	41,00	22,11	44,05	23,42	45,44	22,71	1,002	0,069	0,070
D emocional	73,39	29,76	64,38	36,69	56,42	32,58	1,031	0,063	0,061
F social	67,45	25,73	66,08	32,86	78,43	33,30	1,258	0,059	0,056
Vitalidade	69,99	23,00	70,37	23,04	68,29	28,07	1,824	0,071	0,078

Os dados foram confirmados pela utilização do teste não paramétrico Kruskal-Wallis, pois a variável rendimento não segue uma distribuição normal em cada um dos grupos considerados. Não se confirma portanto a existência de diferenças nos níveis de percepção de qualidade de vida nos indivíduos com rendimentos diferentes. Martins, Albuquerque, Gouveia, Rodrigues e Neves (2007) encontraram diferentes níveis de qualidade de vida em relação ao rendimento, correspondendo melhores pontuações de qualidade de vida aos idosos com rendimentos superiores.

Relativamente à presença de doenças, estas são referidas todos os idosos. As mais frequentes são as cardiovasculares e as osteoarticulares. Os que referem doenças cardiovasculares parecem apresentar melhores pontuações de qualidade de vida, em relação aos idosos que referem problemas osteoarticulares. Através dos resultados do teste t para variâncias iguais, podemos concluir que as diferenças entre os indivíduos dos dois grupos são estatisticamente significativas, uma vez que os valores de prova são inferiores a 5% (Quadro 15).



Quadro 15 - Percepção da qualidade vida (SF-36v2) em relação ao tipo de doença.

Doenças	Qualidade de Vida	
	cardiovasculares n=10	Média
	Desvio Padrão	12,73
osteoarticulares n=12	Média	66,23
	Desvio Padrão	14,11
Teste t	t	-8,783
	p	0,000
Teste Mann Whitney-U	Sig (2-tailed)	0,000

Para confirmar os resultados obtidos utilizámos o teste não paramétrico de Mann-Whitney, pois a variável doenças não segue uma distribuição normal em cada um dos grupos considerados. Os resultados obtidos por este teste vêm confirmar os resultados do teste t.

Analisando os resultados da percepção da qualidade de vida e a relação com o tipo de doenças por dimensões, verificamos que os valores médios da qualidade de vida são superiores nos doentes com problemas cardiovasculares. As diferenças verificadas no índice de qualidade de vida por dimensões segundo a relação com o tipo de doença podem ser observadas através do quadro 16.

Para confirmar os resultados obtidos utilizámos o teste não paramétrico de Mann-Whitney, pois a variável género não segue uma distribuição normal em todos os grupos considerados. Os resultados deste teste vêm corroborar os resultados do teste t.

Quadro 16 - Percepção da qualidade vida (SF-36v2) em relação ao tipo de doenças por dimensões.

Dimensão	Doenças Cardiovasculares n=10		Osteoarticulares n=12		Teste t		Teste Mann Whitney U
	Média	S	Média	S	t	p	Sig (2-tailed)
Função física	75,78	25,36	65,16	26,86	-3,777	0,000	0,000
Desempenho físico	67,92	24,33	58,28	27,14	-3,781	0,000	0,000
Dor	87,77	26,02	51,99	28,82	-3,459	0,000	0,000
Saúde geral	74,11	21,14	66,46	19,30	-3,487	0,000	0,000
Função emocional	73,31	24,45	65,86	23,64	3,458	0,000	0,000
Desempenho emocional	66,19	28,02	58,36	27,18	-3,595	0,000	0,000
Função social	41,87	28,21	59,35	27,47	-4,992	0,000	0,000
Vitalidade	73,99	24,32	86,65	24,86	3,998	0,000	0,000

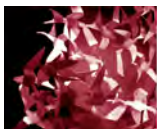
Confirma-se a existência de diferenças na percepção da qualidade de vida na variável presença de doenças, correspondendo melhores níveis de percepção de qualidade de vida para os indivíduos com problemas cardiovasculares.

Taveres, Côrtez e Dias (2010) encontraram maior frequência nas doenças cardiovasculares, por outro lado afirmam que o maior número de comorbilidades traduz menores scores na componente psicológica.

## CONCLUSÕES

Em comparação com os valores de referência da população portuguesa (Ferreira & Santana, 2003) os idosos residentes em meio rural apresentam em média, valores inferiores. As dimensões com piores pontuações são as dimensões psicológicas. Foi encontrada relação significativa em relação ao género, idade, estado civil, agregado familiar, a quem recorrem quando necessitam de ajuda e à presença de doenças.

Dada a confirmação de relação de algumas variáveis com a qualidade de vida relacionada com a saúde, propomos que esta medida seja utilizada no planeamento e intervenção de ações de promoção da qualidade de vida nos idosos.



## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Andrade, A., & Martins, R. (2011). Funcionalidade familiar e qualidade de vida dos idosos. *Millenium*, 40, 185-199.
- Araújo, F., Ribeiro, J.P., Oliveira, A., & Martins, T. (2011). Quedas: um foco obrigatório da atenção da enfermagem na população idosa. In Comissão Científica do V Congresso em Saúde e Qualidade de Vida (ebook) *Saúde e Qualidade de vida : uma meta a atingir* (pp.258-267). Escola Superior de saúde do Porto (UNIESEP).
- Carvalho, M.L.G., & Rodrigues-Ferreira, T. (2011). Qualidade de vida e autonomia das pessoas idosas que vivem sozinhas no domicílio. In Comissão Científica do V Congresso em Saúde e Qualidade de Vida (ebook) *Saúde e qualidade de vida: uma meta a atingir* (pp.332-9). Porto. Escola Superior de Enfermagem do Porto (UNIESEP).
- Ferreira, P.L., & Santana, P. (2003). Percepção de estado de saúde e de qualidade de vida da população activa: contributo para a definição das normas portuguesas. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, 27 (2), 15-30.
- Martins, C.R., Albuquerque, F.J.B., Gouveia, C.N.N.A., Rodrigues, C.F.F., & Neves, M.T.S. (2007). Avaliação da qualidade de vida subjetiva dos idosos: uma comparação entre os residentes em cidades rurais e urbanas. *Estud. Interdiscip. Envelhec. Porto Alegre*, 11, 135-154.
- Morais, E.P., Rodrigues, R.A.P., & Gerard, T.E. (2008). Os idosos mais velhos no meio rural: realidade de vida e saúde de uma população do interior Gaúcho. *Texto Contexto Enferm. Florianópolis*, 17 (2), 374-383.
- Rebelatto, R.J., & Morelli, S.G.J. (2004). *Fisioterapia Geriátrica. A prática da assistência ao idoso*. São Paulo: Manole
- Santos, C. F. P. (2000). A depressão no idoso - estudo da relação entre factores pessoais e situacionais e manifestações da depressão. Coimbra: Quarteto.
- Silva, M.A.B.C.C. (2011). Qualidade de vida do idoso institucionalizado em meio rural. Dissertação de Mestrado apresentada à Escola superior de Educação do Instituto Politécnico de Bragança.
- Tavares, D.M.S., Côrtez, R.M., & Dias, F.A. (2010). Qualidade de vida e comorbilidades entre os idosos Diabéticos. *Rev. enferm. UERJ*, Rio de Janeiro, 18 (1), 97-103.

