

UNIVERSIDADE DE LISBOA  
FACULDADE DE PSICOLOGIA



**FUNCIONALIDADE E BEM-ESTAR PSICOLÓGICO EM IDOSOS  
RESIDENTES NA COMUNIDADE: UM ESTUDO EXPLORATÓRIO**

**Júlio Santos Vieira da Silva**

**MESTRADO INTEGRADO EM PSICOLOGIA**

(Secção de Psicologia Clínica e da Saúde/Núcleo de Psicologia Clínica Dinâmica)

2010

UNIVERSIDADE DE LISBOA  
FACULDADE DE PSICOLOGIA



**FUNCIONALIDADE E BEM-ESTAR PSICOLÓGICO EM IDOSOS  
RESIDENTES NA COMUNIDADE: UM ESTUDO EXPLORATÓRIO**

**Júlio Santos Vieira da Silva**

**MESTRADO INTEGRADO EM PSICOLOGIA**

(Secção de Psicologia Clínica e da Saúde/Núcleo de Psicologia Clínica Dinâmica)

**Dissertação orientada pela Professora Doutora Maria Eugénia Duarte Silva**

2010

## **Agradecimentos**

Agradeço muito particularmente à Professora Doutora Maria Eugénia Duarte Silva a sua valiosíssima orientação e o extremo apoio que me prestou ao longo da realização deste trabalho.

À minha mulher, Ana, e ao meu filho, João: obrigado pela maneira como me acompanharam ao longo deste percurso. Aos meus outros familiares, amigos e colegas de curso : obrigado pelo vosso encorajamento e ajuda.

Um agradecimento muito especial ao meu amigo Pedro Damião, ao Jacinto Gaudêncio e a Marta Mouro: este caminho foi feito convosco e foi convosco que cheguei aqui.

A todos os idosos que colaboraram neste estudo e à Coordenadora do Centro de Dia, Dra. Isabel Vaz Pinto: muito obrigado.

## Índice de Quadros

<b>Quadro 1</b>	
Características sócio-demográficas da amostra	21
<b>Quadro 2</b>	
Resultados referentes às dimensões da Funcionalidade (MAB – Método de Avaliação Biopsicossocial, Botelho, 2000)	26
<b>Quadro 3</b>	
Resultados referentes às dimensões do Bem-Estar Psicológico (Versão Portuguesa das Escalas de Bem-Estar Psicológico de Carol Ryff – Novo, Silva, & Peralta, 1997)	27
<b>Quadro 4</b>	
Resultados das correlações entre as variáveis Funcionalidade e Bem-Estar Psicológico	28
<b>Quadro 5</b>	
Resultados do Teste de Wilcoxon-Mann-Whitney relativos ao Bem-Estar Psicológico por Grupo de Funcionalidade	28
<b>Quadro 6</b>	
Resultados do Teste de Wilcoxon-Mann-Whitney referentes à Funcionalidade por Género	29
<b>Quadro 7</b>	
Resultados do Teste de Wilcoxon-Mann-Whitney referentes ao Bem-Estar Psicológico por Género	30
<b>Quadro 8</b>	
Resultados das correlações entre a Autonomia Física e Instrumental com a Idade/Grupo	31
<b>Quadro 9</b>	
Resultados do Teste de Wilcoxon-Mann-Whitney da Autonomia Funcional por Idade (anos)	31
<b>Quadro 10</b>	
Resultados das correlações entre as variáveis Idade (anos) e Bem-Estar Psicológico	32

## Lista de abreviaturas

<b>Abreviatura</b>	<b>Significado</b>
AIVD	Actividades Instrumentais da Vida Diária
AVD	Actividades da Vida Diária
BE	Bem-Estar
BEP	Bem-Estar Psicológico
BES	Bem-Estar Subjectivo
CIF	Classificação Internacional da Funcionalidade
INE	Instituto Nacional de Estatística
MAB	Método de Avaliação Biopsicossocial (Botelho, 2000)
MMSE	<i>Mini-Mental State Examination</i> (Folstein, Folstein, & McHugh, 1975)
OMS	Organização Mundial de Saúde

## Índice

Resumo	1
Abstract	2
Introdução	3
1. Enquadramento Teórico	4
1.1 Envelhecimento	4
1.2. Envelhecimento e funcionalidade	10
1.3. Envelhecimento e bem-estar psicológico	15
2. Objectivo	20
3. Método	21
3.1. Caracterização da amostra	21
3.2. Contexto	22
3.3 Instrumentos	22
3.4. Procedimento	25
3.5. Procedimento Estatístico	25
4. Resultados	26
5. Discussão	33
6. Conclusão	39
Bibliografia	40

## Resumo

Este é um estudo exploratório que teve como objectivo investigar as associações que se estabelecem entre funcionalidade (Botelho, 2000) e bem-estar psicológico (Ryff, 1989) na velhice. Foram também investigadas as influências da idade e género sobre aquelas duas variáveis.

No estudo participaram 30 indivíduos de ambos os sexos, com idades compreendidas entre os 60 e 84 anos, sem deterioração cognitiva e residentes nos respectivos domicílios. Foram aplicados, individualmente, o Método de Avaliação Biopsicossocial- MAB (Botelho, 2000) e a Versão Portuguesa das Escalas de Bem-Estar Psicológico de Carol Ryff (Novo, Silva, & Peralta, 1997).

Os resultados obtidos não registaram quaisquer correlações significativas entre a funcionalidade e o bem-estar psicológico. No entanto, foi possível observar a existência de uma associação entre as variáveis género e autonomia funcional, assim como uma correlação significativa e negativa da autonomia funcional com a idade. Finalmente, a dimensão do bem-estar psicológico «Relações Positivas com os Outros» mostra uma correlação positiva fraca com a idade.

**Palavras-chave:** Envelhecimento, Envelhecimento Bem Sucedido, Funcionalidade, Bem-Estar Psicológico.

## **Abstract**

This is an exploratory study and its aim is to examine the relationship between functionality (Botelho, 2000) and psychological well-being (Ryff, 1989) in old age. The influence of age and gender on those two variables was also examined.

The sample consisted of thirty, both gender participants, aged 60 to 84, with no cognitive deterioration and living in their own homes. A bio-psycho-social assessment method (Botelho, 2000) and a Portuguese Version of Carol Ryff's Psychological Well-Being Scale (Novo, Silva e Peralta, 1997) were applied individually to each participant.

Results show no significant correlations between functionality and psychological well-being. However, gender and functional autonomy were associated to each other and there was a significant and negative correlation between functional autonomy and age. Results also show that the psychological well-being dimension «Positive Relations with Others» is low and positively correlated with age.

**Key-words:** Aging, Successful Aging, Functionality, Psychological Well-Being.



## Introdução

Não envelhecemos da mesma maneira. Ao longo de toda a vida, cada um percorre um caminho único, porque seu; isto é, enquanto ser bio-psico-sociocultural em interacção dinâmica com o respectivo meio ecológico, o percurso desenvolvimental do indivíduo é necessariamente idiossincrático. Marcado assim por uma clara variabilidade interindividual (Baltes, 1987; Baltes & Baltes, 1990), o processo de envelhecimento ao longo da velhice, coloca a todos, no entanto, desafios que lhe são inerentes e que envolvem aspectos físicos, psicológicos e sociais em complexas interacções, cuja compreensão implica necessariamente uma abordagem multidisciplinar e multidimensional (Duarte Silva, 2005; Fernández-Ballesteros, 2009). A estes desafios –, tome-se, como exemplo e do ponto de vista psicológico, a aceitação de um *self* corporal menos robusto e capaz, a reelaboração da identidade face à cessação da actividade profissional, a realização do luto perante a perda por morte de figuras significativas e a capacidade de fazer novos investimentos emocionais num mundo relacional mais limitado (Duarte Silva, 2005) –, os indivíduos reagem com considerável capacidade de adaptação, deixando perceber, mesmo numa fase adiantada da vida, a plasticidade do desenvolvimento (Baltes, 1987; Baltes & Baltes, 1990).

Este estudo investiga a relação entre funcionalidade e bem-estar psicológico na velhice e estrutura-se em seis capítulos. O primeiro é respeitante ao enquadramento teórico e subdivide-se em três partes: na primeira parte, são apresentados alguns aspectos gerais relativos ao envelhecimento, situando-o inicialmente enquanto fenómeno com grande expressão à escala global, enquadrando-o depois como processo biopsicossocial no âmbito da teoria desenvolvimental do ciclo de vida de Baltes e colaboradores (1987), mais especificamente enquanto «envelhecimento bem sucedido» (Baltes e Baltes, 1990), e concluindo com a referência à importância da saúde no bem estar geral do idoso, focando-se a funcionalidade como condição crítica neste domínio; na segunda e terceira parte, elabora-se sobre «envelhecimento e funcionalidade» e «envelhecimento e bem-estar psicológico», respectivamente. O segundo capítulo refere-se aos objectivos deste estudo; o terceiro é relativo ao método e caracteriza a amostra, descreve os instrumentos utilizados e os procedimentos, incluindo o respeitante à estatística; no quarto capítulo, apresentam-se os resultados; no quinto, é feita a análise dos resultados obtidos; no sexto e último capítulo, conclui-se com um olhar final sobre o trabalho realizado.

## 1. Enquadramento teórico

### 1.1. Envelhecimento

Ao longo do século XX, o decréscimo verificado na taxa de mortalidade - em todas as idades - e o conseqüente aumento da esperança de vida, têm vindo a traduzir-se numa verdadeira revolução demográfica à escala global, embora com particular incidência em países cujos recursos sócio-económicos garantem melhor qualidade de vida, nos mais variados domínios, muito especialmente nos respeitantes à saúde e à educação.

Se ao aumento da esperança de vida se juntar a descida observada na taxa de natalidade, prevê-se que no fim da primeira metade do século XXI, a população com mais de 60 anos tenha subido dos 600 milhões – registo do ano 2000 – para cerca de 2000 milhões, passando então a haver mais pessoas com idades superiores a 60 anos do que aquelas com menos de 15 (Fernández-Ballesteros, 2009).

A realidade portuguesa (continente e ilhas) reflecte igualmente estas importantes mudanças na composição das populações. Uma sociedade fortemente marcada, ao longo de várias décadas, por níveis elevados de natalidade e de mortalidade, apresenta-se, actualmente, com características sócio-demográficas semelhantes às da maioria dos países europeus, mas cujo impacto social só recentemente se faz sentir de forma mais significativa (Paul & Fonseca, 2005). Os dados estatísticos do INE (2002), ilustram bem essas mudanças: entre 1960 e 2001, o envelhecimento demográfico, isto é, o aumento da proporção das pessoas idosas (com 65 ou mais anos) na população total, em detrimento da população jovem (0 a 14 anos) e/ou da população em idade activa, passou dos 8% para os 16,4%; para o mesmo intervalo de tempo, o índice de envelhecimento (relação entre a população idosa e a população jovem) traduziu-se no extraordinário aumento de 27.3 para 102.2, valor que passa a sinalizar uma superioridade numérica das pessoas idosas em relação à população jovem (Fonseca, 2006). De acordo com Rebelo e Penalva (2004), a população idosa em Portugal, no ano 2020, poderá atingir os 19.2%, valor que em termos absolutos, poderá representar cerca de 630.000 indivíduos entre os 65-69 anos, 531.500 entre os 70-74 anos e 850.000 com 75 e mais anos.

O envelhecimento emerge assim, na actualidade, como um fenómeno de expressão mundial, a todos envolvendo, mais directa ou indirectamente, na multiplicidade de sistemas em interacção, desde os diferentes modelos de organização social, económica e política, ao indivíduo, àquele que, singular na sua profunda complexidade, desejamos

nós bem sucedido *no seu* percurso rumo ao bem-estar psicológico, físico e social, ao longo do também *seu* processo de envelhecimento. Porque serão muitos e grandes os desafios que se colocam a quem envelhece - poeticamente retratados por Constança Paúl na referência ao «estranho balanço entre perdas e ganhos: é esse o desafio e o risco do envelhecer que se confunde com a vida» (cit. por Fonseca, 2005, p.12) – e muito particularmente àqueles que vivem muitos anos: para estes, viver mais, mas viver sem (agravamento da) doença ou sem incapacidade com perda de autonomia funcional, é uma questão central que se coloca. Como sugere Fernández-Ballesteros (2009, p.44) não basta «ganhar anos à vida» - há que dar «vida aos anos».

A problemática, cada vez mais complexa, colocada às sociedades pelo envelhecimento das populações, tem gerado, sobretudo a partir de meados do século XX, uma crescente investigação científica, pluridisciplinar e multidimensional, na procura de respostas adequadas a esta nova realidade.

Nas últimas décadas do século, afirma-se progressivamente, na teoria e na prática, uma visão positiva e multidimensional da Saúde, uma perspectiva global que junta a promoção e protecção da saúde à prevenção e tratamento da doença (Pais-Ribeiro, 2006), destacando-se a importância dos recursos e valências positivas do funcionamento do indivíduo na promoção do seu bem-estar físico, psicológico e social. Para a Gerontologia, marcada por uma tradição aristotélica que olhava para a velhice como uma doença natural (Fernández-Ballesteros, 2009), e focada nos aspectos biomédicos e psicossociais negativos da velhice (muito provavelmente contribuindo para uma sua representação social também negativa), esta visão positiva – com as múltiplas denominações de envelhecimento «com sucesso», «ótimo», «vital», «produtivo», «activo» e «positivo», todas elas relativas a uma forma positiva de envelhecer – constituiu-se como um novo paradigma no estudo do envelhecimento (Fernández-Ballesteros, 2009).

No campo da Psicologia do Desenvolvimento, a perspectiva de curso de vida foi particularmente importante para a compreensão das mudanças, transições e adaptações decorrentes do processo de envelhecimento. A relação entre envelhecimento e desenvolvimento nem sempre foi clara, sobretudo sob a visão predominante ao longo da primeira metade do século XX, que encarava o desenvolvimento psicológico e o envelhecimento como dois processos sucessivos, o primeiro associado ao crescimento e mudanças positivas e o segundo, a declínio e perdas irreversíveis (Fonseca, 2006; Fernández-Ballesteros, 2009). A partir dos anos 60 e com a perspectiva do curso de

vida, afirma-se progressivamente a ideia de que o desenvolvimento humano ultrapassa a infância e a adolescência, ocorrendo ao longo de todo o ciclo vital (Duarte Silva, 2005).

A Psicologia Desenvolvimental do Ciclo de Vida, apresentada nos anos 80 por Paul Baltes e colaboradores, ao olhar para o desenvolvimento como um processo que se verifica ao longo de toda a vida, influenciado tanto pela idade como por factores evolutivos ligados ao período histórico e por acontecimentos não-normativos (associados à história pessoal), constituiu-se como uma boa base teórica e metodológica para o estudo psicológico do envelhecimento (Fonseca, 2007). Baseada no paradigma contextualista (Baltes, 1987), a Psicologia Desenvolvimental do Ciclo de Vida encara o desenvolvimento psicológico como um processo biopsicossocial, função da interacção dinâmica que se verifica ao longo de todo o ciclo de vida entre um indivíduo intencionalmente activo e uma multiplicidade de contextos de existência em permanente transformação (Fonseca, 2005).

A Psicologia Desenvolvimental do Ciclo de Vida é vista por Baltes (1987) numa perspectiva teórica multidisciplinar de abordagem do desenvolvimento humano, na qual defende o princípio de que as mudanças que acontecem ao longo do ciclo de vida dos indivíduos podem ser perspectivadas como mudanças desenvolvimentais. O desenvolvimento é apresentado como multidireccional e multidimensional, caracterizado pela plasticidade (ao longo das suas vidas as pessoas mostram uma grande variabilidade intraindividual na capacidade para alterar o curso do seu desenvolvimento – capacidade que vai diminuindo com o tempo à medida que também diminuem os recursos biológicos e sócio culturais –, prevenindo a ocorrência de comportamentos não desejados e otimizando outros com maior interesse adaptativo) e por uma alternância dinâmica entre crescimento (ganhos desenvolvimentais) e declínio (perdas) na capacidade adaptativa.

Do ponto de vista biológico, o envelhecimento corresponde a um processo fisiológico, determinado por factores genéticos e ambientais, que gradualmente atinge todos os sistemas biológicos (Botelho, 2007). De acordo com a autora, o conceito de *idade biológica* constitui um melhor tradutor do estado orgânico e funcional do indivíduo do que a noção de *idade cronológica*, a qual, embora inevitavelmente associada ao envelhecimento e com a vantagem da independência de condicionalismos grupais como o sexo, raça ou condição social, não reflecte a grande variabilidade interpessoal, verificada neste domínio, ao longo do curso de vida dos indivíduos. Sob a reconhecida influência dos factores genéticos, hábitos de vida e aspectos ambientais, a

idiosincrasia do processo de envelhecimento estará na base da existência, quer de um envelhecimento natural, sem doença, quer de um envelhecimento indissociável da doença. De qualquer modo, um organismo envelhecido é um organismo mais vulnerável à doença, doença que, na velhice, frequentemente se associa a uma incapacidade que resulta em dependência funcional de terceiros.

Sendo o desenvolvimento ao longo do ciclo de vida um processo indissociável dos múltiplos contextos em que ocorre, o envelhecimento depende também das interações que se estabelecem entre o indivíduo e o momento histórico, cultural e social associados à sua trajetória de desenvolvimento. A forma como as sociedades conceptualizam e lidam – mais ou menos conscientemente – com a velhice e o idoso, constitui um importante condicionante da maneira como se envelhece (Dias, 2005; Fernández-Ballesteros, 2009). É disso exemplo e no sentido negativo, a influência das inúmeras e quotidianas manifestações do *idadismo* (Nelson, 2002), discriminação em função da idade, neste caso em relação a pessoas idosas, que se constitui não apenas como uma percepção negativa do outro em relação ao idoso mas também como um processo com possíveis efeitos semelhantes no seu auto-conceito e auto-estima: sentindo-se excluído e isolado por uma sociedade que nega a velhice e percebendo que é visto como incapaz, dependente, diminuído nas suas responsabilidades e competências, conservador e resistente à mudança – entre muitos outros preconceitos –, pode acontecer que venha a sentir-se tal como é definido e a sua postura perante a vida poderá vir a corresponder a essas representações sociais (Fonseca, 2006).

Os velhos deparam-se assim com sociedades fortemente marcadas por mudanças, principalmente ditadas por razões economicistas, que os esvaziam de estatuto e poder e «biomedicalizam» o envelhecimento face a uma velhice encarada como doença social (Fonseca, 2006; Dias, 2005).

Constitui-se, portanto, de grande importância, um olhar social positivo sobre o envelhecimento, a velhice e o idoso, que combata a exclusão e o isolamento pela promoção de vínculos a uma vida social, cultural e politicamente activa e que proporcione ao idoso poder e controlo sobre a sua própria vida (Dias, 2005).

O modelo psicológico de envelhecimento de Paul Baltes e Margret Baltes, formalizado no início dos anos 90 do século passado, tem vindo a ser desenvolvido ao longo das últimas décadas. Baltes e Baltes (1990) propõem uma concepção do envelhecimento dito com sucesso, construída à volta de um conjunto de proposições acerca da natureza do envelhecimento humano, sob o ponto de vista psicológico. Os

autores referem a grande variabilidade interindividual, verificada na maneira como se envelhece, e que se manifesta em três formas de envelhecimento: o normal (aquele que se processa sem patologia biológica e mental), o patológico (com patologia mental ou física) e o envelhecimento óptimo ou dito com sucesso (o que ocorre sob condições propícias ao desenvolvimento psicológico). Estas variações interindividuais existem em todas as dimensões do funcionamento humano, ao longo do processo de envelhecimento, acentuando-se esta heterogeneidade com o avanço da idade cronológica. Ao longo do ciclo de vida, o desenvolvimento do indivíduo é caracterizado pela plasticidade, por uma grande variabilidade individual na capacidade de adaptação face às mudanças colocadas pelo processo de envelhecimento, muito embora existam limites para esta plasticidade e se verifique um declínio progressivo na capacidade de adaptação, caracterizando-se a velhice por uma maior proporção de perdas em relação aos ganhos. No entanto, a experiência e a aprendizagem acumuladas, enquanto capacidades de reserva (inteligência cristalizada), assim como o recurso à tecnologia e a um conhecimento pragmático, poderão ajudar a compensar o declínio de algumas competências (inteligência fluida). Os autores defendem, finalmente, que a experiência subjectiva de satisfação com a vida, assim como outras experiências psicológicas positivas se mantêm nos indivíduos idosos, evidenciando a continuidade de uma identidade do *self* e a capacidade de regulação das suas vidas pela utilização de estratégias apropriadas de *coping*, no confronto com as mudanças decorrentes de acontecimentos de vida.

Baltes e Baltes (1990) enquadram no «envelhecimento com sucesso» o princípio da optimização selectiva com compensação, o qual constitui uma estratégia psicológica de gestão da vida interna e externa, orientada para a preservação dos ganhos e reparação das perdas (Baltes e Baltes, 1990; Fonseca, 2005): basicamente, o indivíduo selecciona e investe, privilegiadamente, em áreas nas quais se sente competente de modo a compensar perdas decorrentes do envelhecimento (Duarte Silva, 2005). Os autores apresentam também um conjunto de estratégias potencialmente promotoras de um envelhecimento com sucesso, chamando a atenção para a natureza essencialmente individual desse percurso. Um envelhecimento com sucesso implicaria a necessidade: de se manter um estilo de vida saudável, diminuindo assim a vulnerabilidade à doença associada ao envelhecimento; de se adoptar uma visão optimista da vida, como forma de compensar as perdas e valorizar o que se tem; de se optar, face à complexidade do processo de envelhecimento, por soluções que se revelem adequadas a cada caso; de se

escolher e/ou criar um ambiente adequado ao estilo de vida adoptado; de se manter uma actividade social e cognitiva suficientemente compensadora das perdas que ocorrem nestes domínios; de saber reajustar desejos e objectivos pessoais, saber lidar com as perdas e com o quotidiano, desenvolvendo estratégias que facilitem o confronto com a realidade, de modo a assegurar a identidade e a resiliência do *self*.

Para Fernández-Ballesteros (2009), o envelhecimento designado pela autora como *activo*, constitui, como já referimos, uma visão renovada da Gerontologia e pressupõe o seguinte: o ritmo de envelhecimento dos organismos é diferente e depende da interacção do indivíduo, *activo e actuante* – produto e produtor do seu próprio desenvolvimento –, com um mundo também activo e ajustável, face à necessidade de optimização de resultados; as pessoas enfrentam as situações adversas, externas ou internas, de formas diferentes e este *coping* pode ser alvo de aprendizagem; nem todos os aspectos associados ao envelhecimento se revelam negativos, uma vez que, ao longo da vida, registam-se mudanças individuais e acontecimentos positivos; as representações sociais negativas têm um efeito negativo sobre o indivíduo e sobre a sociedade e qualquer política social orientada para a melhoria da qualidade de vida deve basear-se numa visão realista do envelhecimento e da velhice; algumas das consequências negativas do envelhecimento, sendo causadas pela doença, invalidez e pela dependência, podem prevenir-se, podendo também as suas consequências serem suprimidas ou minimizadas.

Pelo impacto no bem-estar e qualidade de vida dos idosos, a sua saúde física e mental, quer objectiva, quer subjectiva, constitui-se como domínio essencial no estudo do processo psicológico do envelhecimento e muito especialmente no envelhecimento com sucesso, assente numa base funcional e perspectivado como promotor de uma velhice saudável, competente e activa (Fonseca, 2006; Fernández-Ballesteros, 1998, 2000, 2009).

Um aspecto de grande importância associado à saúde, bem-estar e qualidade de vida do idoso é a sua funcionalidade, constituindo-se a autonomia funcional como condição essencial ao envelhecimento com sucesso (Perrig-Chiello, Perrig, Uebelbacher, & Stahelin, 2006).

## 1.2. Envelhecimento e funcionalidade

Com o avanço da idade há um aumento da prevalência de doenças crônicas e incapacitantes, responsáveis por perda de funcionalidade e conducentes a dependência funcional de terceiros (Botelho, 2007; Ramos, 2003). No entanto, de acordo com estes autores, embora a grande maioria dos idosos apresente um quadro de uma ou mais doenças crônicas, isso não implica necessariamente limitações na sua funcionalidade, sendo mesmo em maior número aqueles que, residentes na comunidade, se apresentam como funcionalmente independentes, controlando as suas doenças e vivendo com satisfação. Para Ramos (2003), um idoso com doenças crônicas poderá ser considerado saudável quando comparado com outro com as mesmas doenças, mas que, por não as controlar, sofre perdas na sua funcionalidade. A clássica definição de saúde como o completo bem-estar físico, mental e social e não apenas a ausência de doença (OMS, 1948), revela-se assim desajustada quando aplicada à saúde dos idosos, face à presença frequente de doenças crônicas e de alterações da capacidade funcional, nesta população (Botelho, 1999), e também porque «a ausência de doenças é privilégio de poucos, e o completo bem-estar pode ser atingido por muitos, independentemente da presença ou não de doenças» (Ramos, 2003, p.794). Ainda segundo este autor, a autonomia constitui-se como a questão central na velhice e o bem-estar ou a saúde (numa perspectiva holística) do idoso, resulta do equilíbrio entre os múltiplos aspectos envolvidos na sua capacidade funcional sem necessariamente significar a ausência de problemas em todas as dimensões.

Também para Perrig-Chiello, Perrig, Uebelbacher e Stahelin (2006), a manutenção da autonomia nos idosos, para além de corresponder a uma prioridade no domínio da saúde pública, representa também uma necessidade psicossocial no contexto de uma sociedade ocidental que a valoriza fortemente, sociedade que, individualista e fragilizada nas redes sociais de apoio e nos laços familiares, encontra na institucionalização uma resposta muito frequente para a perda de autonomia.

Revelou-se pois incontornável a necessidade de um conceito de saúde mais abrangente e integrador das múltiplas dimensões que lhe são inerentes. É disso reflexo a publicação, em 1980, pela OMS, da «Classificação Internacional das Deficiências, Incapacidades e Desvantagens» (*International Classification of Impairments, Disabilities and Handicaps – ICDH*), onde são descritos e classificados três níveis de consequências das doenças (Botelho, 1999, p. 26): «deficiência - perda ou anomalia de



uma estrutura ou de uma função anatómica, fisiológica ou psicológica; incapacidade - restrição ou perda da capacidade de praticar actividades consideradas normais para o ser humano, em consequência de uma deficiência; desvantagem - desajustamento entre limitações surgidas, em consequência de uma deficiência e/ou de uma incapacidade, e os recursos a que o indivíduo tem acesso, ficando em desvantagem no que se refere a um papel social considerado normal». Sujeita a revisão ao longo de duas décadas, até à sua versão final aprovada em 2001, sendo então designada como *International Classification of Functioning, Disabilities and Health – ICF* (Classificação Internacional da Funcionalidade - CIF), a CIF, constitui-se como quadro de referência da OMS para a saúde e incapacidade. De facto introduz uma mudança radical de paradigma, o qual passa de um modelo essencialmente médico para um modelo biopsicossocial e integrado da funcionalidade e incapacidade humana (MESS, 2003), e permite estabelecer relações entre «condições de saúde, factores pessoais e factores ambientais, com alterações orgânicas e/ou funcionais, também designadas deficiências, e as suas consequências no grau de actividade e de participação dos indivíduos» (Botelho, 2005, p.111).

Mas é já ao longo da década de 80 que a capacidade funcional emerge como um novo paradigma de saúde, com particular pertinência para o idoso (Fillenbaum, 1984). O envelhecimento saudável passa a ser visto como um processo que assenta nas estreitas relações que se estabelecem entre a saúde física e mental, a independência na vida diária e independência económica, a integração social e suporte familiar (Ramos, 2003). É neste contexto que Fillenbaum (1984) define a funcionalidade como a autonomia na execução de tarefas de prática frequente e necessária ao indivíduo, como as tarefas de cuidados pessoais e de adaptação ao seu meio, que lhe garantem a possibilidade de viver sozinho, no domicílio. A sua avaliação tem como objectivos identificar perturbações funcionais, físicas, mentais e sociais, e contribuir para intervenções no sentido da manutenção e/ou recuperação de capacidades (Stuck e col., 1993). Assentando nas dimensões que permitem prever a capacidade dos idosos para assegurarem uma vida com independência (Botelho, 2005), esta avaliação deverá incluir o estudo das capacidades funcional e locomotora, associado a uma avaliação (de natureza mais clínica) da morbilidade física e mental e à pesquisa de dados sociais (*National Institutes of Health*, 1988; OMS, *Tech Rep Ser*, nº 779, 1989, citados por Botelho, 2005).

A capacidade funcional - capacidade do indivíduo para cuidar de si próprio através do desempenho de tarefas de cuidados pessoais e de adaptação ao seu meio (Fillenbaum, 1984) -, deve ser avaliada segundo o que o indivíduo faz no seu quotidiano e com os meios que dispõe (Bowling, 1997; Katz e colaboradores, 1963) e relacionada «com factores físicos e/ou mentais e com factores extrínsecos, de natureza social, económica ou ambiental, que interfiram na função» (Botelho, 2005, p.113). A realização daquelas tarefas, para além da autonomia que proporciona, constitui um benefício para a saúde física, mental e social do indivíduo (Botelho, 1999). Para Costa Rosa, Benício, Latorre, e Ramos (2003), a incapacidade funcional manifesta-se pela dificuldade ou impossibilidade no desempenho de tarefas quotidianas, e não se constitui como um atributo do indivíduo mas antes como um complexo de condições incapacitantes.

A autonomia física e a autonomia instrumental são as bases para a avaliação da capacidade funcional. A autonomia física diz respeito ao desempenho do indivíduo relativo a um conjunto de actividades básicas diárias (lavar-se, vestir-se, utilizar os sanitários, transferir-se de posição, controlar os esfíncteres e comer), internacionalmente designadas por *Activities of Daily Living – ADL* (Actividades da Vida Diária – AVD, em Portugal). A escala desenvolvida por Katz e colaboradores (1963) é uma das mais antigas e utilizadas para a sua avaliação (Botelho, 1999). A autonomia instrumental resulta da avaliação do indivíduo relativamente a um outro conjunto de actividades (*Instrumental Activities of Daily Living – IADL*; em português, Actividades Instrumentais da Vida Diária - AIVD), relacionadas com a sua integração no meio - capacidades de utilizar o telefone, fazer compras, gerir dinheiro, tomar medicamentos, usar meios de transporte e executar tarefas domésticas. A escala desenvolvida e validada por Lawton e Brody (1969) continua a ser a referência mais comum nesta área (Botelho, 1999).

Uma investigação desenvolvida por Perrig-Chiello, Perrig, Uebelbacher e Stanhelin (2006) sobre o impacto de recursos físicos e psicológicos na autonomia funcional na velhice, aponta os recursos físicos como melhores preditores da capacidade para o desempenho nas ADL e os recursos psicológicos como sendo-o para a autonomia instrumental, com a memória a constituir-se aqui como muito importante. Considerando que a maximização da autonomia funcional constitui não só um objectivo de política social, mas antes de tudo, uma necessidade do indivíduo idoso, os autores são da opinião que parte do desafio em prevenir a dependência na velhice passa pelo

reconhecimento da diversidade interindividual desta população e também pela utilização otimizada dos seus recursos físicos, psicológicos e sociais. Os resultados da investigação, que envolveu 441 indivíduos, homens e mulheres, com idades entre os 65 e 95 anos, revelaram deteriorações significativas da autonomia funcional e de recursos físicos e psicológicos com o avanço da idade. Registaram-se também diferenças significativas em relação ao género: as mulheres mostraram uma dependência em AVD significativamente mais alta que a dos homens, não se registando diferença entre géneros em AIVD. De acordo com os autores, as diferenças entre géneros relativamente à saúde objectiva e subjectiva, assim como a menor força muscular das mulheres, poderão explicar as diferenças registadas - embora as mulheres vivam mais e invistam mais na sua saúde, mostram uma taxa de morbilidade e de dependência significativamente mais alta que a dos homens (Baltes, Freund e Horgas, referiram, em 1999, que algumas das conclusões do estudo conhecido como *The Berlin Aging Study*, indicam que ao género feminino se associam mais doenças crónicas, maior incapacidade funcional, mais demência, depressão e solidão); os resultados obtidos em AIVD, poderão justificar pelo facto das mulheres, apesar de possíveis deficiências ao nível da saúde, terem de continuar a funcionar no dia-a-dia (sendo também na velhice, a probabilidade de se viver sozinho mais alta na mulher). Registe-se que o bem-estar psicológico mostrou-se mais resistente à mudança, podendo ser considerado não só como um traço estável da personalidade, mas também como um pré-requisito de grande importância para a autonomia funcional na velhice.

Ainda a propósito da resposta diferencial de homens e mulheres no domínio da funcionalidade, em Portugal, e de acordo com dados do Ministério da Saúde (2008), para os indivíduos do sexo masculino com 65 anos, que terão uma esperança de vida de 16.4 anos, estima-se que 9.6 anos poderão ser passados sem incapacidade de longa duração (58% da sua esperança de vida); por sua vez, as mulheres da mesma idade poderão em média viver mais 19.9 anos, com 10.8 anos sem qualquer tipo de incapacidade de longa duração (54% da sua esperança de vida). Estas proporções vão diminuindo com a idade: aos 80 anos as proporções são de 43% para os homens e de 34% para as mulheres. Sendo portanto a esperança de vida das mulheres superior à dos homens (em todos os escalões etários), a proporção de esperança de vida sem qualquer tipo de incapacidade, no sexo feminino, é inferior àquela observada no masculino, acentuando-se essa diferença com a idade.

Através do Método de Avaliação Biopsicossocial – MAB, desenvolvido por Botelho (2000), a autora classifica a capacidade funcional de acordo com o grau de eficiência do desempenho dos indivíduos na dicotomia *independência* (quando perante total independência ou ante recurso a auxiliares mecânicos ou meios que garantem ao indivíduo a resolução das limitações existentes) – *dependência* (quando há a necessidade de ajuda regular de terceiros na execução de pelo menos uma das tarefas de funcionalidade). Para se adequar a uma eventual progressão da disfunção, a dicotomia foi graduada em quatro níveis: independência – o indivíduo não recorre a qualquer apoio; autonomia – recurso a apoios mecânicos; dependência – recurso a apoio de terceiros; incapacidade – quando o apoio de terceiros substitui a função (Botelho, 2005).

A capacidade locomotora contribui significativamente para a funcionalidade e pode traduzir-se num motivo real de dependência (Botelho, 2005), face a deficiências músculo-esqueléticas que condicionam a capacidade funcional do indivíduo. Ainda de acordo com Botelho (2005), por também terem influência na funcionalidade, justifica-se as avaliações da morbilidade física (caracterizando as queixas de saúde activas), dos aspectos cognitivos e afectivos, assim como a recolha de dados sociais (rede e apoio social, número de coabitantes, a existência ou não de confidente, escolaridade, estado civil, profissão), sendo o grau de isolamento um factor considerado relevante pela autora.

Perdas na funcionalidade, quer por influência mais ou menos directa de múltiplos factores (físicos, mentais, cognitivos, sociais, económicos, ambientais), quer pelo efeito resultante das suas interacções, podem assim conduzir à dependência. A deterioração física pode ser uma das suas causas, resultando em perda de autonomia física e/ou instrumental e colocando o idoso numa situação de dependência em matéria de cuidados de manutenção (Duarte Silva, 2005). Normalmente vivida no contexto da família restrita – pelo menos no seu início – esta dependência implica a redefinição das relações anteriores na busca de um novo equilíbrio e bem-estar, interferindo neste processo «as histórias de vida de cada um dos intervenientes, fundamentalmente a história das relações de dependência com objectos cuidadores, e as relações havidas, no passado, com aquele que agora necessita de apoio» (idem, p.145). De acordo com Charazac (2004, p.62), «antes de ser objectivada como um estado, a dependência é, primeiro, uma relação que compromete o sujeito na totalidade do seu corpo e do seu psiquismo». Para o autor, na relação de dependência o objecto cuidador representa o objecto materno e

são as qualidades dos objectos internos que condicionam a experiência psicológica da dependência.

Embora a dependência, em certos casos, possa desempenhar um papel adaptativo enquanto recurso utilizado pelo idoso para suprir défices de contacto social e de atenção (Baltes & Reizenzein, 1986), constitui-se normalmente como uma experiência com possíveis múltiplos impactos negativos para o bem-estar do idoso, desde o isolamento social à vivência de sentimentos de desvalorização, de vulnerabilidade e de impotência (Verdugo & Gutiérrez-Bermejo, 1999).

### 1.3. Envelhecimento e bem-estar psicológico

É a partir da última década do século XX e no domínio da Psicologia Positiva – perspectiva com raízes no humanismo e no construtivismo, focada no estudo científico das experiências positivas, nos traços individuais positivos e nos aspectos facilitadores do desenvolvimento (Pais-Ribeiro, 2006) –, que o conceito «bem-estar», durante séculos merecedor da atenção dos filósofos, encontra o seu espaço enquanto objecto de estudo científico ao nível da investigação fundamental e da intervenção social e clínica (Ryan & Deci, 2001; Novo, 2005).

Para Novo (2005), no campo da Psicologia, há duas perspectivas teóricas dominantes à volta do conceito de Bem-Estar (BE) – o Bem-Estar Subjectivo e o Bem-Estar Psicológico. O BE Subjectivo centrado numa perspectiva *hedónica*, individual e subjectiva do bem-estar, foca a avaliação que as pessoas fazem das suas vidas a partir das suas experiências emocionais (positivas e negativas), baseadas nos seus valores, necessidades, expectativas e crenças. De acordo com a autora, «a felicidade, tal como é valorizada e vivida em cada época e por cada pessoa, é considerada como uma motivação fundamental da vida humana e como critério inquestionável de Bem-Estar» (Novo, 2005, p.185), constituindo, juntamente com a «Satisfação com a Vida», os indicadores específicos da experiência subjectiva de Bem-Estar.

Considerando que ao usar-se a Felicidade (emoções positivas e satisfação) como critério de bem-estar se excluem dimensões psicológicas nucleares na caracterização do funcionamento positivo, Carol Ryff apresenta, no final dos anos 80, o constructo «Bem-Estar Psicológico», inspirado no sentido aristotélico de felicidade ou *eudaimonia* – actividade da alma dirigida pela virtude e orientada para a perfeição e para a realização pessoal do *daimon* ou verdadeiro self (Ryan & Deci, 2001; Ryff, 1989a; Novo, 2003,

2005). Partilhando com o BE Subjectivo o princípio de que uma abordagem orientada para a psicopatologia não permite focar as causas e consequências do funcionamento psicológico positivo, a autora vem a propor um modelo que procura cumprir três objectivos fundamentais: i) incluir os aspectos mais significativos provenientes dos principais modelos da personalidade, da Psicologia do Desenvolvimento e da Psicologia Clínica, orientando-se para a compreensão mais aprofundada dos processos psicológicos subjacentes ao conceito de bem-estar (Ryff, 1989a; Novo, 2003, 2005); ii) considerar dimensões capazes de discriminar diferenças interindividuais face aos valores, crenças e ideais dos adultos a que se aplicam (Ryff, 1989b; Novo, 2003); iii) integrar o bem-estar no domínio da saúde mental e no da saúde em geral (Ryff & Singer, 1998; Novo, 2003).

De acordo com Villar, Tiadó, Resano, e Osuna (2003), a natureza desenvolvimental do bem-estar psicológico constitui-se como uma abordagem sensível ao processo de envelhecimento – o que, segundo os mesmos autores, não acontece em relação ao bem-estar subjectivo –, possibilitando a compreensão de como os indivíduos, à medida que envelhecem, se tornam agentes activos de mudanças efectuadas em si próprios e no seu meio, de modo a assegurarem o bem-estar psicológico. Como refere Fonseca (2006), o estudo do bem-estar psicológico assume particular relevância quando aplicado aos idosos face quer ao impacto do envelhecimento nos aspectos associados ao seu bem-estar, quer à necessidade de preservação de níveis satisfatórios de bem-estar psicológico, enquanto recurso adaptativo ao longo da velhice.

Muitos dos estudos de Ryff (Fonseca, 2006) foram realizados com população de meia idade e idosos, considerando a autora como muito frequentes as pesquisas que reduziram o bem-estar psicológico na velhice à ausência de doença ou de depressão, não levando assim em conta as possibilidades de envelhecimento positivo da maioria da população (Ryff & Essex, 1991). Orientada portanto para uma compreensão do bem-estar sob a perspectiva de um funcionamento psicológico positivo, Ryff (1989a) elaborou uma medida de avaliação do bem-estar psicológico que se estruturou à volta das seguintes seis dimensões: «Aceitação de Si» - diz respeito à manutenção de atitudes positivas para com o self, a aceitação dos seus múltiplos aspectos, bons e maus e sentimentos positivos acerca da vida passada; «Relações Positivas com os Outros» - refere-se a relações interpessoais marcadas pelo afecto, confiança, empatia e intimidade; «Autonomia» - caracterizada pela independência, autodeterminação, regulação interna do comportamento e locus de controlo interno; «Domínio Sobre o Meio» - capacidade

para escolher e criar um meio envolvente adequado à condição física e psíquica; «Objectivos na Vida» - refere-se à existência de objectivos que contribuam para direccionar o comportamento e atribuir sentido à vida; «Crescimento Pessoal» - capacidade para abertura à experiência e ao desenvolvimento do potencial próprio.

Numa investigação desenvolvida por Ryff (1989b) que envolveu 171 indivíduos urbanos, homens e mulheres, saudáveis e de classe acima da média, distribuídos por dois grupos, um com 69 indivíduos com idade média de 52 anos e outro com 102 indivíduos com idade média de 73 anos (amostra definida de maneira a que as condições de saúde e económica não afectassem o bem-estar e a definição de si próprio, em termos positivos), a autora procurou saber qual a definição de «funcionamento positivo», dada pelos sujeitos, e se as concepções de bem-estar eram influenciadas pelas suas idades. Ryff utilizou o método da entrevista semi-estruturada e, após uma análise qualitativa, organizou a informação obtida pelas categorias «avaliação geral do bem-estar psicológico», «experiências de vida», «concepções de bem-estar» e «percepções de envelhecimento». Na avaliação geral do bem-estar psicológico, os itens familiares (cônjuge, família, filhos) foram especialmente valorizados pelos dois grupos; o trabalho, a carreira e a vontade de mudanças dirigidas à «melhoria do eu» foram mais importantes para os indivíduos de meia idade, enquanto que a maioria dos mais velhos valorizou as questões relativas à saúde, manifestando-se também no sentido de não desejar quaisquer mudanças (a não ser ao nível da saúde); era no campo dos assuntos familiares que o grupo da meia idade se sentia mais infeliz, afirmando, com frequência, os mais idosos, não se sentirem infelizes com nada. Acerca das experiências de vida, verificou-se uma sintonia nas escolhas dos indivíduos dos dois grupos relativamente a acontecimentos de vida relevantes, normativos e não normativos. Uma maior importância foi dada pelo grupo da meia idade a experiências cronologicamente mais próximas (educação dos filhos, morte dos pais), enquanto os mais velhos destacaram acontecimentos de amplitude mundial. Associada à concepção de bem-estar, a «orientação para os outros» (manutenção de relações positivas com outros, cuidar de outros) foi a resposta mais frequente, em ambos os grupos, destacando-se também aspectos relativos ao sentimento de crescimento pessoal, a capacidade de gozar a vida, o optimismo e o sentido de humor. A aceitação da mudança, embora mais acentuada no grupo dos mais velhos, aparece também associada ao bem-estar nos indivíduos de meia-idade. Ryff (1989b) destaca a importância que os dois grupos atribuíram à «orientação para os outros», para o cuidar e ter amigos e também à aceitação da mudança, enquanto critérios de bem-

estar, tradutores de maturidade e de ajustamento («incapacidade para aceitar a mudança», «saúde pobre» e «desligamento da vida/falta de interesse» são características normalmente percebidas como sinal de desajustamento e mau-estar psicológico). No que diz respeito à maneira como os indivíduos percebem o seu próprio envelhecimento e relativamente às características pessoais que mais alterações sofreriam ao longo dos vinte anos seguintes, o grupo dos mais velhos assinalou, de uma forma muito significativa, as mudanças físicas, enquanto que, no outro grupo, os aspectos relacionados com a confiança e a aceitação de si foram os mais evidenciados. Ambos os grupos destacaram mais as mudanças com sentido positivo (com excepção daquelas de natureza biológica e física). Cerca de metade dos sujeitos mostraram esperar estabilidade relativamente aos seus valores, à motivação para o relacionamento com os outros e à manutenção de actividades diárias.

Esta investigação de Ryff constituiu-se como uma referência para a compreensão da evolução dos aspectos relativos ao bem-estar psicológico, ao longo do processo de envelhecimento (Vandenplas-Holper, 1998, citado por Fonseca, 2006), e merece para Fonseca (2006) os seguintes destaques: i) para os idosos, tanto para as mulheres como para os homens, as suas experiências passadas assumiam um papel decisivo na avaliação que fizeram das respectivas vidas na actualidade (não se sentiam infelizes nem interessados em mudá-las), sendo também a liberdade para decidir sobre a própria vida e a manutenção de relações sociais gratificantes, dois factores importantes para o bem-estar psicológico; ii) a capacidade de cuidar dos outros e a manutenção de bons relacionamentos com família e amigos (orientação para os outros) aparece nos idosos fortemente associada às suas definições de ajustamento, maturidade e de um eu ideal; iii) a aceitação das mudanças no “eu” (resultantes do envelhecimento biológico e de factores extrínsecos), a alegria de viver e a estabilidade dos valores, interesses, actividades e atributos pessoais, manifestadas pelos idosos, constituem também outros aspectos sinalizadores de ajustamento, maturidade e de bem-estar psicológico.

Outros dois estudos (Ryff, 1991; Ryff & Keyes, 1995), ambos utilizando a escala desenvolvida por Ryff, revelaram-se de grande importância no aprofundamento da abordagem do bem-estar psicológico, no domínio do envelhecimento. No primeiro (Ryff, 1991), a autora procurou saber em que medida o bem-estar psicológico sofre mudanças ao longo da vida adulta e da velhice. O estudo foi feito com 308 indivíduos (distribuídos por três grupos: jovens com média etária de 19 anos; adultos com média etária de 43 anos; e idosos com média etária de 76 anos), avaliou o bem-estar



psicológico dos indivíduos relativamente ao passado, presente e futuro, e registou diferenças, quer entre grupos quer entre sexos. Comparando passado e presente, jovens e adultos mostraram melhorias em todos os aspectos relativos ao seu bem-estar psicológico, mas o mesmo não se passou com os idosos, com excepção nas dimensões «Aceitação de Si Mesmo» (em ambos os sexos), «Domínio do Meio» e «Relações Positivas com Outros» (apenas no sexo feminino). Em relação ao futuro, os jovens e adultos apresentam sentimentos positivos; no grupo dos idosos registaram-se diferenças significativas entre as dimensões, traduzindo expectativas de manutenção de alguns aspectos do bem-estar psicológico e de declínio de outros.

O segundo estudo (Ryff & Keyes, 1995), realizado com uma amostra de 1108 indivíduos norte-americanos, com idades superiores a 25 anos, constituiu para a autora uma confirmação empírica do seu modelo e os resultados obtidos sustentaram as diferenças entre idade e sexo, verificadas nas diversas dimensões do modelo: i) às dimensões «Objectivos na Vida» e «Crescimento Pessoal» associa-se um perfil de declínio com a idade; ii) no «Domínio do Meio» e «Autonomia» o perfil é de crescimento com a idade; iii) a «Aceitação de Si Mesmo» não registou diferenças com a idade e a dimensão «Relações Positivas com Outros» balançou entre “sem diferenças com a idade” e “melhoria com a idade”; iv) na dimensão «Relações Positivas com Outros» os resultados obtidos pelas mulheres foram sempre mais elevados que os dos homens, e isto em todos os estudos realizados. Ryff chama a atenção para a necessidade de dados longitudinais com vista a clarificar se os perfis traduzem mudanças maturacionais ou diferenças de coortes.

A integração do bem-estar no domínio da saúde mental e no da saúde em geral, constituiu para Ryff, como já referimos, um dos objectivos subjacentes à construção do seu modelo. Segundo Novo (2003, p.67), «a natureza interactiva das relações entre a saúde mental e a saúde física, entre o corpo e a mente, está no centro da compreensão do funcionamento psicológico positivo». É no contexto destas interacções que se enquadra a relação funcionalidade – bem-estar psicológico, que será explorada no presente trabalho.

## 2. Objectivo

Este estudo pretende explorar de forma empírica as relações que se estabelecem entre a funcionalidade e bem-estar psicológico na velhice. Face a este objectivo, formularam-se as seguintes hipóteses:

Hipótese 1 (H1) : Maior funcionalidade está associada a maior bem-estar psicológico.

H1.1. Uma maior autonomia física associa-se a um maior bem-estar psicológico.

H1.2. Uma maior autonomia instrumental associa-se a um maior bem-estar psicológico.

H1.3. Uma maior autonomia funcional associa-se a um maior bem estar-psicológico.

Hipótese 2 (H2) : Homens e mulheres apresentam um processo de envelhecimento diferente em termos das experiências da funcionalidade e do bem-estar psicológico.

Hipótese 3 (H3) : À medida que os indivíduos envelhecem espera-se observar menor funcionalidade, assim como níveis mais baixos de bem-estar psicológico nas dimensões «Objectivos de Vida» e «Crescimento Pessoal».

### 3. Método

#### 3.1. Caracterização da amostra

A amostra deste estudo é constituída por um total de 30 indivíduos residentes nos seus domicílios, em meio urbano e rural, do género masculino e feminino, com idades compreendidas entre os 60 e os 84 anos e sem registo de demência. A média de idades da amostra é de 71.87, com um desvio padrão de 5.69.

No Quadro 1 apresentam-se as características sócio-demográficas da amostra (os dados foram recolhidos com o Método de Avaliação Biopsicossocial – Botelho, 2000).

**Quadro 1** – *Características sócio-demográficas da amostra*

Variáveis	Categorias	Frequência	%
Género	Masculino	13	43.3
	Feminino	17	56.7
Idades	60-69	14	46.7
	70-79	11	36.7
	= >80	5	16.7
Estado Civil	Solteiro	0	0
	Casado	15	50.0
	Divorciado	10	33.3
	Viúvo	5	16.7
Meio Ecológico	Urbano	8	26.7
	Rural	22	73.3
Escolaridade	Analfabeto	6	20.0
	1ª Classe	1	3.3
	3ª Classe	4	13.3
	4ª Classe	14	46.7
	2º Ano do Ciclo	1	3.3
	7º Ano do Liceu	2	6.7
	Licenciatura	2	6.7

Como se pode verificar, regista-se uma predominância de participantes femininos; a maioria dos indivíduos apresentam idades entre os 60 e 69 anos, verificando-se uma minoria (5 indivíduos) com idades iguais ou superiores aos 80 anos; destaca-se a percentagem de elementos da amostra que se encontram casados (50%), assim como a

ausência de solteiros; catorze dos participantes possui a 4ª classe e seis são analfabetos; vinte e dois dos indivíduos residem em meio urbano e os restantes oito, em meio rural.

A amostra deste estudo é uma amostra de conveniência, com uma dimensão contingente aos recursos disponíveis. Não se constituindo, portanto, como representativa, as conclusões desta investigação não devem ser generalizadas.

### 3.2. Contexto

Este estudo foi realizado com indivíduos residentes nos seus domicílios. Oito destes indivíduos habitam numa pequena aldeia do Distrito de Évora, Concelho de Portel. Os restantes vinte e dois participantes residem em Lisboa, doze dos quais frequentam um Centro de Dia, localizado num Bairro Municipal de Lisboa, tendo sido aí entrevistados. Todos os outros indivíduos foram entrevistados no seu domicílio.

### 3.3. Instrumentos

#### Método de Avaliação Biopsicossocial – MAB (Botelho, 2000)

O Método de Avaliação Biopsicossocial é um instrumento que avalia o idoso nas dimensões biológica, psicológica e social e apresenta-se em duas versões - MAB ambulatório (utilizada neste estudo) e MAB internamento. Os indivíduos são avaliados em relação às suas reais e actuais capacidades para executar tarefas, são sempre pontuados pelo pior (a cotação apresenta predominantemente os níveis 0/1/2/3), obtendo-se classificações que se traduzem num perfil de doze dígitos.

A avaliação biológica incide sobre os domínios do sexo, idade, queixas de saúde, estado de nutrição, quedas, locomoção, autonomia física e autonomia instrumental. A avaliação da autonomia funcional dos indivíduos resulta das avaliações da autonomia física (conjunto de actividades básicas diárias) e da autonomia instrumental (actividades que permitem a integração do indivíduo no seu meio). Botelho (2000) classifica os indivíduos em Independentes (com os sub-grupos Independente e Autónomo) e Dependentes (com os sub-grupos Incapaz e Dependente). O idoso é independente

quando não precisa de pessoas e/ou meios para substituição funcional; é autónomo se necessita indispensavelmente de qualquer meio de apoio ou ocasionalmente de terceiros; é dependente se necessita indispensavelmente de terceiros para substituição funcional e colabora; o idoso é incapaz se necessita indispensavelmente de terceiros e nunca colabora.

A avaliação psicológica integra as queixas emocionais – avaliadas através de dois itens retirados do MHI-5, versão reduzida do Inventário de Saúde Mental (Ware, Johnston, Davies-Avery, & Brook, 1979; Veit, & Ware, 1983; Ribeiro, 2001) – e o estado cognitivo, avaliado pelos itens do MMSE (Folstein, 1975), respeitantes à orientação temporal e espacial (Botelho, 2000).

A dimensão social contempla a recolha de informação nos domínios «estado social» e «hábitos». No primeiro, questiona-se os indivíduos sobre o seu estado civil, o número de coabitantes na sua residência, o tempo que está só ao longo das vinte e quatro horas, se tem alguém para desabafar (itens relativos ao isolamento social), a sua escolaridade e profissão; no segundo, relativo aos hábitos, procura-se saber a actividade física desenvolvida pelos indivíduos – segundo Botelho (2000), um indicador do estilo de vida – e o número de refeições diárias.

Versão Portuguesa das Escalas de Bem-Estar Psicológico de Carol Ryff (Novo, Silva, & Peralta, 1997)

Este instrumento é uma adaptação para a língua portuguesa, em versão reduzida (18 itens, 3 por escala), das Escalas de Bem-Estar Psicológico de C. Ryff (Ryff, 1989a) – 84 itens, 14 por escala –, realizada por Novo, Silva, e Peralta (1997).

O instrumento é constituído por 6 escalas, cada uma delas respeitante a uma dimensão específica, a saber: Autonomia – dimensão caracterizada pela independência, autodeterminação, regulação interna do comportamento e locus de controlo interno (itens 1, 7 e 13); Domínio do Meio – relativa à capacidade para escolher e criar um meio envolvente adequado às condições física e psíquica (itens 2, 8 e 14); Crescimento Pessoal – capacidade para abertura à experiência e ao desenvolvimento do potencial próprio (itens 3, 9 e 15); Relações Positivas Com os Outros – definida por relações interpessoais marcadas pelo afecto, confiança, empatia e intimidade (itens 4, 10 e 16); Objectivos na Vida – respeitante à existência de objectivos que contribuam para

direccionar o comportamento e atribuir sentido à vida (itens 5, 11 e 17); Aceitação de Si – dimensão que diz respeito à manutenção de atitudes positivas para com o self, a aceitação dos seus múltiplos aspectos, bons e maus e sentimentos positivos acerca da vida passada (itens 6, 12 e 18).

Os itens constituem afirmações de natureza descritiva e a modalidade de resposta é de tipo likert, com seis pontos ordenados no sentido do “discordo completamente” ao “concordo completamente”. Por motivos teóricos (respeitantes ao construto a avaliar), assim como para o controlo de atitudes de resposta (por exemplo, a tendência à aquiescência), existem itens positivos (apresentados como afirmação e cotados entre 1 e 6, de acordo com a resposta assinalada) e itens negativos – expressões apresentadas numa forma negativa ou orientadas para aspectos desfavoráveis do bem-estar, e cotadas com uma pontuação inversa à assinalada na resposta (Novo, Silva, & Peralta, 1997).

O instrumento fornece resultados totais por escala (resultantes da soma das cotações obtidas pelos sujeitos nos respectivos itens) e um resultado total de bem-estar psicológico para o conjunto das escalas (Novo, Silva, & Peralta, 1997).

#### Mini-Mental State Examination – MMSE (Folstein, 1975)

O Mini-Mental é um instrumento que avalia em 30 itens (pontuação de 0-1) de forma estruturada e breve (aplicação entre cinco a dez minutos), as funções cognitivas específicas da orientação temporal e espacial, memória de retenção e evocação, atenção e cálculo, linguagem e praxia construtiva bidimensional. Para identificação de demência o ponto de corte considerado é a transição 21/22.

Os resultados obtidos são afectados pelo nível de instrução dos indivíduos. No presente trabalho, utilizámos a versão portuguesa de Guerreiro, Botelho, Leitão, Castro Caldas & Garcia (1994), onde são considerados três pontos de corte em função da escolaridade: analfabetos – 0 a 15 pontos (com demência), 16 a 30 pontos, sem demência; 1 a 11 anos de escolaridade – 0 a 22 pontos (com demência), 23 a 30 pontos, sem demência; mais de 11 anos de escolaridade – 0 a 27 pontos (com demência), 28 a 30 pontos, sem demência.

### 3.4. Procedimento

A recolha dos dados foi feita com o consentimento informado de cada entrevistado. Com o mesmo objectivo, e em relação aos indivíduos a entrevistar no Centro de Dia, foi conseguida a colaboração da coordenadora do Centro. A todos os indivíduos foi garantida a confidencialidade dos dados obtidos.

Como já foi referido, a aplicação dos instrumentos teve lugar no domicílio dos participantes e no Centro de Dia e obedeceu à seguinte sequência: MAB (Botelho, 2000); Versão Portuguesa das Escalas de Bem-Estar Psicológico de Carol Ryff (Novo, Silva, & Peralta, 1997); MMSE – Versão Portuguesa (Guerreiro, Botelho, Leitão, Castro Caldas, & Garcia, 1984). Os itens foram lidos em voz alta e registou-se as respostas dos indivíduos.

A aplicação do MMSE teve como objectivo o despiste de possíveis casos de demência. Tomando em consideração a natureza dos itens do instrumento e a baixa probabilidade de se verificar demência nos indivíduos escolhidos, optou-se por aplicá-lo no fim da entrevista.

### 3.5. Procedimento Estatístico

Para a análise de dados recorreu-se ao programa de estatística SPSS e à metodologia não paramétrica, devido à dimensão reduzida da amostra (N=30) e devido ao facto de algumas das variáveis em estudo serem ordinais. As técnicas não paramétricas utilizadas foram o coeficiente de correlação de Spearman, o Teste de Wilcoxon-Mann-Whitney e o Teste de Fisher.

## 4. Resultados

Apresentam-se em seguida os resultados referentes ao presente estudo.

*Resultados referentes aos instrumentos utilizados*

**Quadro 2** – Resultados referentes às dimensões da Funcionalidade  
(MAB – Método de Avaliação Biopsicossocial, Botelho, 2000)

<b>Funcionalidade</b>	<b>Categorias</b>	<b>Frequência</b>	<b>%</b>
<b>Autonomia</b>	Independente	13	33.3
<b>Física</b>	Autónomo	15	50
	Dependente	2	6.7
<b>Autonomia</b>	Independente	7	23.3
<b>Instrumental</b>	Autónomo	20	66.7
	Dependente	1	3.3
	Incapaz	2	6.7
<b>Autonomia</b>	Independente	27	90
<b>Funcional</b>	Dependente	3	10

Observando o quadro 2, verifica-se que, relativamente à Autonomia Física, 33,3% dos participantes no estudo são Independentes e 50% Autónomos, correspondendo os Dependentes apenas a 6,7%. Já no que diz respeito à Autonomia Instrumental, a categoria dos Independentes é inferior à verificada na Autonomia Física representando 23,3% dos participantes, com a larga maioria (66,7%) a integrar a categoria dos Autónomos. Dependentes (3,3%) e Incapazes (6,7%) ocupam uma posição claramente minoritária no conjunto dos participantes na investigação. Em relação à Autonomia Funcional, a categoria dos Independentes abrange uma representativa maioria dos participantes (90%) correspondendo os Dependentes somente a 10% da amostra em estudo.



**Quadro 3** – Resultados referentes às dimensões do Bem-Estar Psicológico  
(Versão Portuguesa das Escalas de Bem-Estar Psicológico de Carol Ryff –  
Novo, Silva, & Peralta, 1997)

<b>Variáveis</b>	<b>Média</b>	<b>Desvio- Padrão</b>	<b>Valor Mínimo</b>	<b>Valor Máximo</b>
<b>Autonomia</b>	13.23	3.59	6	18
<b>Domínio do Meio</b>	12.87	2.73	8	18
<b>Crescimento Pessoal</b>	11.87	4.20	5	18
<b>Relações Positivas Com os Outros</b>	12.60	3.17	4	18
<b>Objectivos na Vida</b>	12	2.83	5	17
<b>Aceitação de Si</b>	12.20	3.10	7	18
<b>Bem-estar Psicológico Total</b>	74.77	15.41	50	104

Pelo quadro 3, observa-se que as dimensões do bem-estar psicológico que obtiveram valores médios mais elevados foram a Autonomia (13,23), Domínio do Meio (12,87) e Relações Positivas Com os Outros (12,60), registando a dimensão Crescimento Pessoal o valor médio mais baixo (11,87) e o desvio padrão mais elevado (4,20). Relativamente ao Bem-estar Psicológico Total verificou-se um valor médio de 74,77 pontos.

*Resultados referentes à Funcionalidade e Bem-Estar Psicológico (Hipótese 1)*

Na hipótese 1, postulava-se que a um maior grau de funcionalidade (considerada nas dimensões autonomia física, instrumental e funcional) estaria associado a um maior sentimento de bem-estar psicológico. Mais concretamente, previa-se que a uma maior autonomia física se associaria a um maior sentimento de bem-estar psicológico (hipótese 1.1), esperando-se igualmente o mesmo resultado para uma maior autonomia instrumental (hipótese 1.2) e para uma maior autonomia funcional (hipótese 1.3)

Para averiguar as hipóteses 1.1 e 1.2, procedeu-se à análise dos dados através do Coeficiente de Correlação de Spearman, sendo os dados apresentados seguidamente no quadro 4.

Tal como é possível observar, não se encontraram entre as variáveis quaisquer correlações significativas, verificando-se, contudo, uma correlação fraca (.32), ainda marginalmente significativa ( $p = .09$ ), entre Autonomia Física e o Crescimento Pessoal.

**Quadro 4** – *Resultados das correlações entre as variáveis Funcionalidade e Bem-Estar Psicológico*

Variáveis	Autonomia	Domínio do Meio	Crescimento Pessoal	Relações			Bem-Estar Psicológico Total
				Positivas com os Outros	Objectivos na Vida	Aceitação de Si	
<b>Autonomia Física</b>	-.02	.15	.32	-.04	.17	.09	.10
<b>Autonomia Instrumental</b>	-.09	.06	.17	.06	.23	.22	.12

Para avaliar a relação das dimensões do bem-estar psicológico com os dois grupos de autonomia funcional (hipótese 1.3), recorreu-se ao teste não paramétrico de Mann-Whitney-Wilcoxon. Os resultados abaixo mencionados (quadro 5), relevam que ambos os grupos (Independente e Dependente) não apresentam diferenças estatisticamente significativas relativamente às dimensões do bem-estar psicológico.

**Quadro 5** - *Resultados do Teste de Wilcoxon-Mann-Whitney relativos ao Bem-Estar Psicológico por Grupo de Funcionalidade*

Componente do BEP	Grupo (Autonomia Funcional)	Média das ordens	U	Z
<b>Autonomia</b>	Independente	15.41	38	-.174
	Dependente	16.33		
<b>Domínio do Meio</b>	Independente	15.80	32.50	-.558
	Dependente	12.83		

<b>Componente do BEP</b>	<b>Grupo (Autonomia Funcional)</b>	<b>Média das ordens</b>	<b>U</b>	<b>Z</b>
<b>Relações Positivas com os Outros</b>	Independente	15.37	37	-.243
	Dependente	16.67		
<b>Objectivos na Vida</b>	Independente	15.91	29.50	-.766
	Dependente	11.83		
<b>Crescimento Pessoal</b>	Independente	15.94	28.50	-.837
	Dependente	11.50		
<b>Aceitação de Si Mesmo</b>	Independente	15.24	33.50	-.487
	Dependente	17.83		
<b>Bem-Estar Psicológico</b>	Independente	15.57	38.50	-.138
	Dependente	14.83		

*Resultados referentes ao Género (Hipótese 2)*

A segunda hipótese (H2) postulava que, entre homens e mulheres, se observariam resultados diferentes tanto ao nível do grau de funcionalidade, assim como ao nível do sentimento de Bem-Estar Psicológico.

Procedeu-se à aplicação do teste não paramétrico de Wilcoxon-Mann-Whitney (U) na comparação do grau de autonomia física e instrumental relativa aos dois sexos. Observando o quadro 6, verifica-se que os grupos não diferem significativamente nas dimensões da funcionalidade consideradas (autonomia física e autonomia instrumental).

**Quadro 6 - Resultados do Teste de Wilcoxon-Mann-Whitney referentes à Funcionalidade por Género**

<b>Funcionalidade</b>	<b>Género</b>	<b>Média das ordens</b>	<b>U</b>	<b>Z</b>
<b>Autonomia Física</b>	Masculino	16.46	98	-.587
	Feminino	14.76		
<b>Autonomia Instrumental</b>	Masculino	16.04	103.5	-.352
	Feminino	15.09		

Relativamente à autonomia funcional, foi possível observar a existência de uma associação entre as variáveis género e autonomia funcional ( $\Phi = .381$ ,  $p < .05$ ). São os homens os que revelam maior dependência (os 3 participantes dependentes são homens).

O teste não paramétrico de Wilcoxon-Mann-Whitney foi aplicado para verificar se existiam diferenças no bem-estar tendo em conta o género. No quadro 7 apresentam-se os resultados da análise das dimensões do Bem-Estar Psicológico. Verifica-se que apenas na dimensão «Aceitação de Si Mesmo» os grupos diferem de forma estatisticamente significativa, com os homens a evidenciarem uma maior pontuação.

**Quadro 7 - Resultados do Teste de Wilcoxon-Mann-Whitney referentes ao Bem-Estar Psicológico por Género**

<b>Componente do BEP</b>	<b>Género</b>	<b>Média das ordens</b>	<b>U</b>	<b>Z</b>
<b>Autonomia</b>	Masculino	16.77	94	-.696
	Feminino	14.53		
<b>Domínio do Meio</b>	Masculino	17.62	83	-1.161
	Feminino	13.88		
<b>Relações Positivas com os Outros</b>	Masculino	18.46	72	-1.618
	Feminino	13.24		
<b>Objectivos na Vida</b>	Masculino	17.96	78.50	-1.350
	Feminino	13.62		
<b>Crescimento Pessoal</b>	Masculino	17.77	81	-1.246
	Feminino	13.76		
<b>Aceitação de Si Mesmo</b>	Masculino	19.62	57*	-2.254
	Feminino	12.35		
<b>Bem-Estar Psicológico</b>	Masculino	18.42	72.50	-1.592
	Feminino	13.26		

\* = Diferença significativa para  $p < .05$

### *Resultados referentes à Idade (Hipótese 3)*

Finalmente, na última hipótese (H3), esperava-se que à medida que os indivíduos envelhecem se registasse menor grau de funcionalidade, assim como níveis mais baixos de bem-estar psicológico nas dimensões «Objectivos de Vida» e «Crescimento Pessoal».

Efectuou-se a análise das correlações através do Coeficiente de Correlação de Spearman e apresenta-se os resultados nos quadros 8 e 10.

Como se pode observar no quadro 8, tanto a autonomia física como a instrumental não apresentam diferenças estatisticamente significativas entre os diferentes grupos de idade dos participantes da amostra. Porém, feita a análise da relação entre o grau de autonomia funcional e a idade (anos) através do teste Mann-Whitney-Wilcoxon (quadro 9), verifica-se que existe uma relação negativa e significativa com a idade.

Pelo quadro 10, verifica-se que a dimensão do bem-estar psicológico «Relações Positivas Com os Outros» mostra uma correlação fraca, marginalmente significativa ( $p = .06$ ), com a idade. Contudo, não se registaram quaisquer outras correlações significativas.

**Quadro 8** – *Resultados das correlações entre a Autonomia Física e Instrumental com a Idade/Grupo*

<b>Variáveis</b>	<b>Idade/ Grupo</b>
<b>Autonomia Física</b>	.058
<b>Autonomia Instrumental</b>	-.25

**Quando 9** – *Resultados do Teste de Wilcoxon-Mann-Whitney da Autonomia Funcional por Idade (anos)*

<b>Idade</b>	<b>Autonomia Funcional</b>	<b>Média das ordens</b>	<b>U</b>	<b>Z</b>
<b>Anos</b>	Independente	14.37	10*	-2.117
	Dependente	25.67		

\* = Diferença significativa para  $p < .05$

**Quadro 10** – *Resultados das correlações entre as variáveis  
Idade (anos) e Bem-Estar Psicológico*

<b>Variáveis</b>	<b>Idade (anos)</b>
<b>Autonomia</b>	.14
<b>Domínio do Meio</b>	.04
<b>Crescimento Pessoal</b>	.21
<b>Relações Positivas Com os Outros</b>	.35
<b>Objectivos na Vida</b>	-.01
<b>Aceitação de Si</b>	.18
<b>Bem-estar Psicológico Total</b>	.23

## 5. Discussão

### *A relação entre funcionalidade e bem-estar psicológico*

A primeira hipótese deste estudo propunha-se verificar a relação entre a funcionalidade (avaliada pelas dimensões autonomia física, autonomia instrumental e autonomia funcional) e o bem-estar psicológico, esperando-se observar uma correlação positiva e significativa entre os valores da funcionalidade, nas dimensões referidas, e o BEP. Por outras palavras, esperava-se que os resultados mostrassem que idosos com maior funcionalidade apresentariam maior BEP. No entanto, os resultados não sustentam a hipótese, divergindo do referido na revisão de literatura. Segundo Perrig-Chiello, Perrig, Uebelbacher e Stanhelin (2006), a autonomia funcional está intimamente relacionada com o bem-estar psicológico e é considerada uma condição essencial ao envelhecimento bem-sucedido. Também Deci e Ryan (1987; 2001) defendem que uma vida com independência funcional constitui um aspecto essencial do funcionamento humano, dado o seu papel na promoção da saúde física e psicológica do indivíduo. No mesmo sentido vão os resultados de pesquisa desenvolvida por Perrig-Chiello, Perrig, & Sthelin, (1999), Searl, Mahon, & Isso-Ahola, (1995), Searl, Mahon, Isso-Ahola, Sdrolias, & van Dyck, (1998), citados por Perrig-Chiello e al., (2006), indicando que a capacidade para manter a autodeterminação e controlo sobre a própria vida são condições críticas tanto para o bem-estar físico como para o psicológico. Para Fernández-Ballesteros (2000), uma velhice saudável, competente e com um compromisso activo com a vida, assenta numa base funcional. Embora não destacadas enquanto resultado esperado, a «Autonomia», caracterizada pela auto determinação e a independência, assim como o «Domínio do Meio», perspectivado como a capacidade individual para aproveitar e controlar o meio envolvente nos seus múltiplos contextos (Ryff, 1989a;1989b;1989c;1995; Ryff & Keyes, 1995), sugerem também uma forte relação com a autonomia funcional. Ainda, e de acordo com Ryff e Singer (2000), a dimensão «Relações Positivas Com os Outros» constitui-se como particularmente crítica na promoção dos processos relacionados com a saúde.

A ausência verificada neste estudo de quaisquer correlações significativas entre funcionalidade e bem-estar psicológico, poderá eventualmente ser explicada pela reduzida dimensão da amostra (N=30) e sobretudo porque, sendo a autonomia funcional o resultado da avaliação conjunta da autonomia física e instrumental, a desproporção

registada entre o número de indivíduos classificados como «independentes» (n=27) e aqueles classificados como «dependentes» (n=3), não permite uma comparação estatisticamente relevante entre os indivíduos com maior e menor funcionalidade na sua relação com o bem-estar psicológico.

#### *A relação da funcionalidade e do bem-estar psicológico com o género*

A segunda hipótese deste estudo postulava que homens e mulheres apresentam um processo de envelhecimento diferente em termos das experiências da funcionalidade e do bem-estar psicológico.

No respeitante à relação entre a funcionalidade e o género, e para as dimensões autonomia física e autonomia instrumental, os resultados não mostram diferenças estatisticamente relevantes. No entanto, observou-se uma associação entre a autonomia funcional e o género, registando os homens maior dependência. São portanto os homens, aqueles que, para o exercício das actividades básicas da vida diária e/ou para o exercício de actividades relacionadas com a integração no meio, revelaram a necessidade de apoio de terceiros.

Estes resultados divergem da revisão de literatura que aponta manifestas diferenças entre géneros no processo de envelhecimento, com registo de maior dependência funcional para as mulheres. Como já foi referido neste trabalho, verificando-se nas mulheres uma esperança de vida superior à dos homens (em todos os escalões etários), a proporção de esperança de vida sem qualquer tipo de incapacidade é inferior no género feminino, sendo que essa diferença se acentua ainda com o avanço da idade. Como também já comentámos, *The Berlin Aging Study* (Baltes, Freund, & Horgas, 1999; Steihagen-Thiessen, & Borchelt, 2001), comparando homens e mulheres em 32 variáveis associadas à saúde, registou associações entre o género feminino e uma maior prevalência de queixas somáticas, de doenças crónicas, psicopatologia e incapacidades funcionais. Também na investigação desenvolvida por Perrig-Chiello e al., (2006), os autores assinalam diferenças significativas na relação da autonomia funcional com o género, mostrando-se as mulheres significativamente mais dependentes que os homens nas AVD – facto que para os autores poderá ser eventualmente explicado pelas diferenças entre géneros relativamente à saúde objectiva e subjectiva e pela menor força muscular das mulheres.



Os resultados obtidos poderão eventualmente ser explicados, mais uma vez, pela reduzida dimensão da amostra (N=30, com 17 indivíduos do género feminino e 13 do género masculino) e pela proporção registada de Independentes/Dependentes (27/3, sendo todos estes 3 indivíduos do género masculino). A amostra usada neste estudo é uma amostra que goza de boas condições de saúde e está integrada na comunidade, o que significa que usufrui de suficiente autonomia funcional para satisfazer autonomamente, e até com independência, as actividades de vida diária e as instrumentais. Os homens da amostra, que são dependentes, não estão sós e daí encontrarem nas suas mulheres a figura de terceiros que lhes permite satisfazer as AVD e as AIVD, sem que a questão da institucionalização se tenha colocado.

Na comparação das relações existentes entre género e bem-estar psicológico, verifica-se que os grupos não diferem de forma estatisticamente significativa. A excepção regista-se na dimensão «Aceitação de Si Mesmo», onde a diferença entre os grupos é estatisticamente significativa, com os homens a pontuarem mais alto. Estes resultados sugerem, portanto, que são os homens que experimentam mais sentimentos positivos acerca da vida passada e que revelam uma maior capacidade para assumir atitudes positivas em relação ao self, aceitando-o nos seus múltiplos aspectos – bons e maus.

São também resultados divergentes dos registados na revisão de literatura. Num estudo já referido anteriormente (Ryff & Keyes, 1995), desenvolvido nos Estados Unidos da América com amostras nacionais representativas (N=1108), os autores apenas assinalaram diferenças significativas relativas ao género na dimensão «Relações Positivas Com os Outros», com as mulheres a obterem pontuações significativamente mais altas que os homens, mostrando as mulheres também uma tendência para melhores resultados na dimensão «Crescimento Pessoal» (Ryff, 1995). De acordo com a autora, as restantes quatro dimensões do bem-estar psicológico mostraram, de uma maneira consistente, não existirem diferenças significativas entre homens e mulheres. Ryff (1995) considera que estes resultados são particularmente relevantes no domínio da pesquisa da saúde mental, a qual documenta uma incidência mais alta de problemas psicológicos nas mulheres, tal como a depressão. Contudo, para a autora, uma abordagem positiva da saúde mental, parece revelar que as mulheres possuem recursos psicológicos mais fortes do que os dos homens em certos aspectos do bem-estar e perfis equivalentes nas outras dimensões.

A ausência de diferenças estatisticamente significativas entre homens e mulheres que se registou neste trabalho, pode encontrar na reduzida dimensão da amostra (N=30), uma justificação plausível. Considerando que o bem-estar é profundamente influenciado pelos contextos que envolvem a vida das pessoas (Ryff & Singer, 2006) e ainda a existência, na amostra estudada, de indivíduos residentes em meio rural (n=8) e em meio urbano (n=22), os valores observados em «Aceitação de Si Mesmo» poderão eventualmente encontrar algum significado no contexto de uma abordagem ecológica do envelhecimento (Lawton & Nahemow, 1973), na linha da investigação desenvolvida por Paul, Fonseca, Martín, e Amado, (2005), cujos resultados mostraram que a qualidade de vida psicológica varia com o género, favorecendo os homens. Regista-se também que, muitas das mulheres portuguesas desta geração, não tiveram oportunidades educativas e de instrução que lhes tivessem permitido ter uma vida com investimentos mais diversificados, o que as levaria, eventualmente, a poder olhar para a sua vida passada com uma maior aceitação. Contudo, não estava no âmbito do presente trabalho explorar uma abordagem ecológica, não sendo pois possível confirmar a pertinência da aplicação desta explicação, no contexto da investigação desenvolvida.

#### *A relação da funcionalidade e do bem-estar psicológico com a idade*

A última hipótese deste estudo prevê que à medida que os indivíduos envelhecem se registre menor funcionalidade, assim como níveis mais baixos de bem-estar psicológico nas dimensões «Objectivos de Vida» e «Crescimento Pessoal».

No respeitante à correlação entre a funcionalidade e a idade, e para as dimensões autonomia física e autonomia instrumental, os resultados não mostram diferenças estatisticamente relevantes, divergindo assim do referido na revisão de literatura. No entanto, a autonomia funcional (variável resultante da avaliação conjunta da autonomia física e instrumental) mostra uma relação negativa e significativa com a idade, isto é, verifica-se que a um aumento da idade corresponde menor funcionalidade. Este resultado confirma parcialmente a hipótese no que diz respeito à funcionalidade na sua relação com a idade, estando este incremento das limitações da capacidade funcional associado ao avanço da idade, amplamente documentado na literatura, como por

exemplo, no estudo de Perrig-Chiello e al (2006) e no *Berlin Aging Study* (Steihagan-Thiessen & Borchelt, 2001).

Os resultados observados na autonomia física e instrumental, encontrarão provavelmente a sua explicação na proporção de indivíduos classificados como independentes e dependentes na amostra em estudo, respectivamente 27/3, o que já foi discutido oportunamente.

Os resultados relativos ao bem-estar psicológico e idade não registaram quaisquer correlações significativas, à excepção da correlação positiva e fraca que se observou em «Relações Positivas Com os Outros». A hipótese é parcialmente confirmada, na medida em que, de acordo com a revisão de literatura, (Ryff & Keyes, 1995; Ryff, 1995), a autora refere que ao longo dos vários estudos realizados, os resultados variaram entre “sem diferenças com a idade” e “melhorias com a idade”. No presente estudo, estes resultados sugerem que à medida que os indivíduos envelhecem, manifestam uma tendência para estabelecerem relações interpessoais caracterizadas pela maturidade, afecto, confiança, intimidade e empatia.

Em relação às restantes dimensões, Ryff assinala que as pontuações em «Domínio do Meio» e «Autonomia» aumentam com a idade, em «Objectivos na Vida» e «Crescimento Pessoal» declinam com o avanço da idade e na dimensão «Aceitação de Si» não se verificam diferenças.

Como já referimos, Ryff aponta para a necessidade de dados longitudinais com o objectivo de se esclarecer se estes perfis traduzem mudanças maturacionais ou diferenças de coortes (Ryff & Keyes, 1995; Ryff, 1995). Em qualquer dos casos, para a autora, o padrão de declínio verificado em «Objectivos na Vida» e «Crescimento Pessoal» merece uma atenção particular, podendo indicar que as oportunidades para o crescimento e desenvolvimento pessoal, assim como a vivência de experiências com significado, nos idosos, poderá estar hoje limitada em função das características das sociedades ocidentais contemporâneas (Ryff, 1995). A hipótese alternativa de que as pessoas mais velhas investem menos no crescimento pessoal e nos objectivos na vida, que as mais jovens, não parece credível para Ryff, face à taxa de resultados obtidos, ao longo das suas investigações, nos quais aquelas duas dimensões aparecem valorizadas (Ryff, 1995).

A ausência, neste estudo, das correlações registadas na literatura relativas às dimensões «Objectivos na Vida» e «Crescimento Pessoal», poderão eventualmente também ser compreendidas no enquadramento da consideração de que o bem-estar é

profundamente afectado pelos contextos que envolvem a vida dos indivíduos (Ryff e Singer, 2006), assim como pela abordagem ecológica do envelhecimento (Lawton e Nahemow, 1973). Estes autores defendem que ao longo do processo de envelhecimento as capacidades de adaptação vão diminuindo, e, uma vez perante défices físicos, psicológicos e sociais, o meio, funcionando como barreira ou facilitador, constitui-se como agente relevante (e condicionante) do bem-estar do idoso. Também Rowles (1984, citado por Sequeira & Silva, 2002) defende que os aspectos específicos aos meios rurais constituem um ambiente mais contentor e de suporte, numa altura da vida em que as competências pessoais registam um declínio. Num estudo a desenvolver posteriormente, poder-se-ão explorar estas conclusões com uma amostra mais alargada e assumindo esse objectivo.

## 6. Conclusão

Este estudo explorou algumas das relações existentes entre funcionalidade (Botelho, 2000) e bem-estar psicológico (Ryff, 1989a), na velhice. As relações da idade e do género com aquelas duas variáveis foram também investigadas.

A ausência de quaisquer correlações significativas entre a funcionalidade (avaliada nas dimensões autonomia física, autonomia instrumental e autonomia funcional) e o bem-estar psicológico (avaliado em seis dimensões e também pelo bem-estar psicológico total), poderão eventualmente ser explicadas pela reduzida dimensão da amostra (N=30) e sobretudo pelo número de indivíduos classificados como independentes (27) em relação aos dependentes (3).

Neste estudo, os homens mostraram uma maior dependência que as mulheres e confirmou-se que, com o avanço da idade, se regista um declínio na autonomia funcional dos participantes. A idade parece também influenciar, positiva e moderadamente, as relações de afecto positivo com os outros.

Regista-se que o facto de se trabalhar com uma amostra pequena (devido a várias limitações associadas a este estudo, nomeadamente o tempo disponível para o trabalho de campo), não permitiu explorar todo o potencial dos instrumentos de pesquisa, limitando assim a amplitude e complexidade do trabalho estatístico – o que não aconteceria com um número significativamente maior de participantes. A própria complexidade que envolve as questões da pesquisa – aspecto amplamente referenciado pelos investigadores que trabalham nestes domínios –, condicionou também a apresentação de um leque mais alargado de resultados.

Acreditamos, no entanto, ter contribuído, ainda que muito modestamente, para a caracterização dos níveis de funcionalidade e das dimensões do bem-estar psicológico de uma pequena amostra de idosos portugueses, aspectos que, conforme se destacou na revisão de literatura, são considerados relevantes para um melhor conhecimento das trajectórias de envelhecimento, assim como dos diferentes recursos físicos e psicológicos mobilizados pelos mais velhos ao longo desse processo.

## Bibliografia

Baltes, M., & Reizezein, R. (1986). The social world in long-term care institutions: psychosocial control toward dependency. In M. Baltes, & Baltes (Eds.), *The psychology of control and aging* (pp. 315-343). London: Lawrence Erlbaum Associates.

Baltes, P. (1987). Theoretical propositions of the life-span developmental psychology: On the dynamics between growth and decline. *Development Psychology*, 23, 611-626.

Baltes, P. B., & Baltes, M. (1990). Psychological perspectives on successful aging: The model of selective optimization with compensation. In P. Baltes, & M. Baltes (Eds.), *Successful aging: perspectives from the behavioral sciences* (pp. 1-34). New York: Cambridge University Press.

Baltes, P. B., Freund, A. M., & Horgas, L. (1999). Men and women in the Berlin Aging Study. In P. Baltes, & K. U. Mayer (Eds.), *The Berlin Aging Study: Aging from 70 to 100* (pp. 259-282). New York: Cambridge University Press.

Botelho, M. A. (2000). *Autonomia funcional em idosos. Caracterização multidimensional em idosos utentes de um centro de saúde urbano*. Porto: Edições Bial.

Botelho, M. A. (2005). A Funcionalidade dos Idosos. In C. Paúl, & A. M. Fonseca (Eds.), *Envelhecer em Portugal* (pp.111-135). Lisboa: Climepsi Editores.

Botelho, M. A. (2007). Idade avançada – características biológicas e multimorbilidade. *Rev. Port. Clin. Geral*, 23, 191-5.

Bowling, A. (1997). The measurement of functional ability. In A. Bowling (Ed.), *Measuring health. A review of quality of life measurement scales* (2ªed.) (pp. 17-37). Buckingham: Open University Press.

Charazac, P. (2004). A dependência e a autonomia. In P. Charazac, *Introdução aos cuidados gerontopsiquiátricos* (pp. 59-74) (M. Fernandes trad.). Lisboa: Climepsi Editores.

Costa Rosa, T., Benício, M. H., Latorre, M. R., & Ramos, R. (2003). Factores determinantes da capacidade funcional entre idosos. *Revista de Saúde Pública*, 37 (1), 40-48.

Deci, E., & Ryan, R. (1987). The support of autonomy and the control of behaviour. *Journal of Personality and Social Psychology*, 53, 1024-1037.

Dias, I. (2005). A velhice como construção social. In I. Dias, *Envelhecimento e violência contra os idosos*, Sociologia nº 15, pp 249-273. Faculdade de Letras do Porto.

Duarte Silva, M. E. (2005). Saúde Mental e Idade Avançada. Uma perspectiva abrangente. In C. Paúl, & A. M. Fonseca (Eds.), *Envelhecer em Portugal* (pp.137-156). Lisboa: Climepsi Editores.

Fernández-Ballesteros, R. (1998). Vejez com êxito o vejez competente: un reto para todos. En *Ponencias de las IV Jornadas de la AMG: Envejecimiento y Prevención*. AMG, Barcelona.

Fernández-Ballesteros, R. (2000). *Vivir con Vitalidad*. Madrid: Ediciones Pirámide.

Fernández-Ballesteros, R. (2009). *Envejecimiento Activo – Contribuciones de la Psicología*. Madrid: Ediciones Pirámide.

Fillenbaum, G. G. (1984). *The wellbeing of the elderly. Approaches to multidimensional assessment*. Genebre: OMS.

Folstein, M. F., Folstein, S. E., McHugh, P. R. (1975). “Mini-mental state”: A practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician. *Journal of Psychiatric Research*, 12, 189-198.

Fonseca, A. M. (2005). *Desenvolvimento humano e envelhecimento*. Lisboa: Climepsi Editores.

Fonseca, A. M. (2005). O envelhecimento bem sucedido. In C. Paúl, & A. M. Fonseca (Coord.), *Envelhecer em Portugal* (pp.281-308). Lisboa: Climepsi Editores.

Fonseca, A. M., Paúl, C., Martín, I., & Amado, J. (2005). Condição psicossocial de idosos rurais numa aldeia do interior de Portugal. In C. Paúl, & A. M. Fonseca (Eds.), *Envelhecer em Portugal* (pp.97-108). Lisboa: Climepsi Editores.

Fonseca, A. M. (2006). *O Envelhecimento. Uma abordagem psicológica*. Lisboa: Universidade Católica Editora.

Fonseca, A. M. (2007). Subsídios para uma Leitura Desenvolvimental do processo de Envelhecimento. In *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 20 (2), 277-289.

Freund, A. M. & Baltes, P. B. (2009). Hacia una teoría del envejecimiento con éxito. Selección, Optimización y Compensación. In R. Fernandes-Ballesteros, *PsicoGerontologia. Perspectivas europeas para un mundo que envejece* (pp. 311-329). Madrid: Ediciones Pirámide.

Fried, L., Ferruci, L., Darer, J., Williamson, J., and Anderson, G. (2004). Untangling the Concepts of Disability, Frailty, and Comorbidity: Implications for Improved Targeting and Care. In *Journal of Gerontology: Medical Sciences*, Vol. 59, Nº 3, 255-263.

Gonçalves, D., Martin, I., Guedes, J., Pinto, F. C., & Fonseca, A. M. (2006). Promoção Da Qualidade De Vida Dos Idosos Portugueses Através Da Continuidade De Tarefas Produtivas. In *Psicologia, Saúde & Doenças*, 7 (1), 137-143.

Guerreiro, M., Botelho, M. A., Leitão, O., Castro-Caldas, A., & Garcia, C. (1994). *Adaptação à população portuguesa na tradução do Mini Mental State Examination*. Comunicação apresentada na Reunião da Primavera da Sociedade Portuguesa de Neurologia. Coimbra.

INE (Instituto Nacional de Estatística) (2002). *O envelhecimento em Portugal: situação sócio-demográfica e sócio-económica recente das pessoas idosas*. Lisboa: INE/DECP/Serviço de Estudos sobre a População.



Kahn, R. L. (2002). Guest Editorial On “Successful Aging and Well-Being: Self-Rated Compared With Rowe and Kahn”. *The Gerontologist*, 42, 725-726.

Katz, S., Ford, A. B., Moskowitz, R. W., Jackson, B. A., & Jaffe, M. W. (1963). Studies of illness in the aged: the index of ADL, a standardized measure of biological and psychosocial function. *The Journal of the American Medical Associations*, 185, 914-919.

Lawton, M., & Brody, E. M. (1969). Assessment of older people: Self-maintaining and instrumental activities of daily living. *Gerontologist*, 9, 179-186.

Lawton, M. & Nahemow, L. (1973). Toward an ecological theory of adaptation and aging. *Environmental Design Research*, 1, 24-32.

McAuley, E., Elavsky, S., Jerome, G., Konopack, F., and Marquez, D. (2005). Physical Activity-Related Well-Being in Older Adults: Social Cognitive Influences. *Psychology and Aging*, 20, 295-302.

MESS – Ministério do Emprego e da Segurança Social (2003). *Classificação Internacional da Funcionalidade, Incapacidade e Saúde – CIF*. Tradução portuguesa do Ministério do Emprego e da Segurança Social/Secretariado Nacional de Reabilitação, Lisboa.

Ministério da Saúde (2008). *Envelhecimento e Saúde em Portugal*. Gabinete de Informação e Prospectiva (GIP). Boletim Informativo N°2.

Nelson, T. (Ed.) (2002). *Ageism, stereotyping and prejudice against older persons*. Cambridge: MIT Press.

Novo, R., Duarte Silva, M. E., & Peralta, E. (1997). O bem-estar psicológico em adultos: estudo das características psicométricas da versão portuguesa das Escalas de C. Ryff. In L. S. Almeida, S. Araújo, M. M. Gonçalves, C. Machado & M. Simões (Eds.), *Avaliação Psicológica: Formas e Contextos, Vol. IV* (pp. 319-323). Braga: APPORT.

Novo, R. F. (2003). A diversidade dos espaços psicossociais e o Bem-Estar Psicológico. In R. Novo, *Para além da eudaimonia: O Bem-Estar Psicológico em mulheres na idade adulta avançada* (pp. 449-488). Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian e Fundação para a Ciência e a Tecnologia.

Novo, R. (2005). Bem-Estar e Psicologia: Conceitos e Propostas de Avaliação. *RIDEP*, 2, (20),183-2003.

Ostir, G. V., Ottenbacher, K. J., & Markides, K. S. (2004). Onset of frailty in older adults and the protective role of positive affect. *Psychology and Aging*, 19, 402-408.

Pais-Ribeiro, J. (2001) Mental health inventory: um estudo de adaptação à população portuguesa. *Psic., Saúde & Doenças*, 2, 77-99.

Pais-Ribeiro, J. (2006). Relação entre a psicologia positiva e as suas variáveis protectoras, e a qualidade de vida e bem-estar como variáveis de resultado. In I. Leal (Coord.). *Perspectivas em psicologia da saúde* (pp. 231-244). Coimbra: Quarteto Editora.

Paul, C. & Fonseca, A. M. (1999). A Saúde E Qualidade De Vida Dos Idosos. *Psicologia, Educação e Cultura*, 3 (2), 345-362.

Paul, M. C., Fonseca, M. A., Martín, I., e Amado, J. (2003). Psychosocial Profile of Rural and Urban Elders in Portugal. *European Psychologist*, 8, 160-167.

Paul, M. C., Fonseca, M. A., Martín, I., e Amado, J. (2005). Satisfação e Qualidade de Vida em Idosos Portugueses. In C. Paúl, & A. M. Fonseca (Eds.), *Envelhecer em Portugal* (pp.97-108). Lisboa: Climepsi Editores.

Paúl, C. (2007). *Geropsicologia Ambiental e Vulnerabilidade da Pessoa Idosa*. Comunicação apresentada ao II Congresso Português de Gerontologia Social: A Vulnerabilidade da Pessoa Idosa. Lisboa, 11 de Maio de 2007.

Perrig-Chiello, P., Perrig, W.J., Uebelbacher, A., & Stahelin, H. B. (2006). Impact of physical and psychological resources on functional autonomy in old age. *Psychology, Health & Medicine* 11(4), 470-482.

Queroz, N. C., Neri, A. L. (2005). Bem-estar Psicológico e Inteligência Emocional entre Homens e Mulheres na Meia-idade e na Velhice. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 18(2), 292-299.

Ramos, R. (2003). Factores determinantes do envelhecimento saudável em idosos residentes em centro urbano: Projecto Epidoso, São Paulo. *Cadernos de Saúde Pública*, 19 (3), 793-797.

Rebelo, J., Penalva, H. (2004). *Evolução da população idosa em Portugal nos próximos 20 anos e o seu impacto na sociedade*. Comunicação apresentada ao II Congresso Português de Demografia, Lisboa.

Rowe, J., & Kahn, R. (1987). Human aging: usual and successful. *Science*, 237, 143-149.

Ryan, R., & Deci, E. (2001). On happiness and human potentials: A review of research on hedonic and eudaimonic well-being. *Annual Review of Psychology*, 52, 141–166.

Ryff, C. (1982). Successful Aging: A Developmental Approach. *The Gerontologist*, 22, 209-214.

Ryff, C. (1989a). Happiness Is Everything, or Is It? Explorations on the Meaning of Psychological Well-Being. *Journal of Personality and Social Psychology*, 57, 1069-1081.

Ryff, C. (1989b). In the eye of the beholder: Views of psychological well-being among middle-aged and older adults. *Psychology and Aging*, 4, 195-210.

Ryff, C. (1989c). Beyond Ponce de Leon and Life Satisfaction: New Directions in Quest of Successful Ageing. *International Journal of Behavioral Development*, 12 (1), 35-55.

Ryff, C. (1991). Possible selves in adulthood and old age: a tale of shifting horizons. *Psychology and Aging*, 4, 286-295.

Ryff, C., Essex, M. (1991). Psychological well-being in adulthood and old age: Descriptive markers and explanatory processes. In K. W. Schaie & M.P. Lawton (Eds), *Annual Review of Gerontology and Geriatrics*, Vol. 11. New York: Springer.

Ryff, C. (1995). Psychological Well-Being in Adult Life. In *Psychological Science*, 4, 99-104.

Ryff, C., and Keyes, C. (1995). The Structure of Psychological Well-Being Revisited. *Journal of Personality and Social Psychology*, 69, 719-727.

Ryff, C., Singer, B. (2000). Interpersonal flourishing: appositve health agenda for the new millennium. *Pers. Soc. Psychol. Rev.* 4:30-44.

Ryff, C., Singer, B.H. and Love, G. D. (2004). Positive health: connecting well-being with biology. *Phil. Trans. R. Soc. Lond. B* 359, 1383-1394.

Ryff, C.D. & Singer, B.H. (2006). Know Thyself and Become What You Are: a Eudaimonic Approach to Psychological Well-Being. *Journal of Happiness Studies*.Springer, 9(1), 13 -39, January.

Steihagen-Thiessen, E. & Borchelt, M. ( 2001).Morbidity, Medication, and Functional Limitations in Very Old Age. In P.B. Baltes & K.U. Mayer (Eds), *The Berlin Aging Study: Aging From 70 to 100* (pp. 131-166). New York: Cambridge University Press.

Strawbridge, W. J., Wallhagen, M. I., and Cohen, R. D. (2002). Successful Aging and Well-Being: Self-Rated Compared With Rowe and Kahn. *The Gerontologist*, 42, 727-733.

Stuck, A. E., Siu, A. L., Wieland, G. D., Adams, J. & Rubenstein, L. R. (1993). Comprehensive geriatric assessment: A meta-analysis of controlled trials. *Lancet*, 342, 1032-1036.

Verdugo, M. A., & Gutiérrez-Bermejo, B. (1999). Promoción de la autonomía. In I. Montorio & M. Izal (Eds.), *Intervención psicológica en la vejez: Aplicaciones en la ámbito clínico y de la salud* (pp. 43-57). Madrid: Editorial Síntesis.

Villar, F., Triadó, C., Osuna, M. (2003). Bienestar, adaptación y envejecimiento: Cuando la estabilidad significacambio. *Revista Multidisciplinar de Gerontología*, 13, 152-162.