

ESAE

**RECURSOS E SERVIÇOS DOS IDOSOS: QUE RELAÇÃO COM A
SATISFAÇÃO COM A VIDA**

ANABELA LOPES DOS SANTOS MAMEDE

Dissertação de Mestrado em Psicologia Clínica

COIMBRA

2011

**ESCOLA SUPERIOR
DE ALTOS ESTUDOS**

INSTITUTO SUPERIOR MIGUEL TORGA
ESCOLA SUPERIOR DE ALTOS ESTUDOS

**RECURSOS E SERVIÇOS DOS IDOSOS: QUE RELAÇÃO COM A
SATISFAÇÃO COM A VIDA**

ANABELA LOPES DOS SANTOS MAMEDE

Dissertação de mestrado em Psicologia Clínica apresentada ao ISMT e elaborada sob a
orientação da Prof^ª. Doutora Esmeralda Macedo

COIMBRA

2011

Agradecimentos

Quero agradecer,

À minha família, pelo apoio e compreensão que sempre mostraram nestes cinco anos do meu percurso académico.

Aos meus colegas de curso, e em especial àqueles a quem eu recorria sempre que tinha dúvidas e que pacientemente me esclareciam.

À minha orientadora, Prof. Doutora Esmeralda Macedo, pela sua disponibilidade e compreensão e transmissão de saberes.

À Prof. Doutora Margarida Pocinho, um especial agradecimento, pela disponibilidade e ajuda dispensada para a elaboração deste trabalho.

À minha mãe, pela sua compreensão.

Aos meus filhos, pela compreensão, incentivo e apoio que me dedicaram.

Quero agradecer em particular ao meu marido, o seu apoio incondicional, a ajuda, força e incentivo, que sempre me transmitiu, permitindo que eu percorresse este caminho mesmo à custa de muitas horas solitárias, pela minha ausência, suprimidas ao seu convívio e ao do nosso lar, pelo que, também a ele, este trabalho pertence.

Ao meu pai que faleceu vítima de doença prolongada, e que tanto desejava ver-me licenciada, perguntando-me “quando é que acabas o curso”? e ao meu irmão Manel que já partiu há alguns anos, uma eterna saudade.

É à memória de ambos que dedico este trabalho.

A todos, o meu obrigada!....

RESUMO

Este estudo integra-se no coorte I de um Projecto de Investigação baseado na população, denominado “ Trajectórias do Envelhecimento de Idosos em Resposta Social: Estudos dos factores Preditivos do Envelhecimento Saudável e da Demência. O principal objectivo deste estudo é verificar e descrever se existe relação entre a satisfação com a vida e os recursos sociais reais e os percebidos pelos idosos institucionalizados do concelho de Coimbra. Como objectivos específicos propusemos avaliar: a relação entre os recursos sociais reais e os percebidos pelos idosos; a relação entre os recursos sociais reais e os percebidos pelos informantes; conhecer a avaliação dos recursos sociais dos idosos avaliados pelo OARS; conhecer a satisfação com a vida dos idosos avaliados pelo SWLS; e finalmente avaliar a correlação entre o SWLS e o OARS.

Foram avaliados 45 idosos com idades compreendidas entre os 65 e os 95 anos que se encontram em resposta social (lar e centro de dia).

Na colheita de dados utilizámos o SWLS, (Satisfaction with Life Scale) e o OARS (Olders Americans Research and Services).

A população idosa do nosso estudo revela na sua maioria estar insatisfeita com a vida e com limitações ao nível da saúde física, mental e no desempenho das actividades diárias. Verificámos no entanto, que não existe relação entre a satisfação com a vida e os recursos sociais, económicos, mentais e físicos, sendo que estes se correlacionam entre si. Este estudo possibilitou que se fizesse uma análise crítica acerca da institucionalização dos idosos, com vista a uma maior humanização neste grupo etário.

Palavras-chave: satisfação com a vida, envelhecimento, qualidade de vida

ABSTRACT

This study is part of the cohort I of a research project based on the population, called "Trajectories of Aging Social Response in the Elderly: Study of the Predictive Factors of Healthy Aging and Dementia. The main objective is to study and describe whether a relationship exists between life satisfaction and social resources are real and perceived by the institutionalized elderly in the municipality of Coimbra. Specific objectives we set out to assess: the relationship between social resources and the actual perceived by the elderly, the relationship between social resources and the actual perceived by informants, to know the assessment of social resources of the elderly evaluated by OARS; know the satisfaction life of the elderly evaluated by the SWLS, and finally evaluate the correlation between the SWLS and the OARS we evaluated 45 elderly aged 65 and 95 years who are in social response (home and day care). In data collection used in the SWLS (Satisfaction with Life Scale) and OARS (Olders Americans Research and Services).

The elderly population of our study reveals mostly being dissatisfied with life and with limitations in terms of physical, mental and performance of daily activities. We found however, that there is no relationship between life satisfaction and social resources, economic, mental and physical and these correlate with each other.

This study made it possible to do a critical analysis of the institutionalization of the elderly with a view to further humanize this age group.

Key-words: life satisfaction, age, quality of life

Índice

RESUMO	4
1. INTRODUÇÃO	10
2. OBJECTIVOS	15
2.1 GERAIS	15
2.2. ESPECÍFICOS	15
3. Materiais e Métodos	16
Desenho da Investigação	16
Procedimentos	16
4. AMOSTRA	17
5. INSTRUMENTOS	18
6. ANÁLISE ESTATÍSTICA	19
7. RESULTADOS	20
8. DISCUSSÃO DOS RESULTADOS	25
9. CONCLUSÃO	28
BIBLIOGRAFIA	29
ANEXOS	32
Anexo 1	33

Índice de quadros

Quadro 1: Caracterização de uma Amostra de Idosos sob Resposta Social do Concelho de Coimbra.....	17
Quadro 2: avaliação dos recursos sociais	20
Quadro 3: correlação entre os recursos sociais reais e os percebidos	21
Quadro 4: Classificação global das escalas do OARS avaliados pelo entrevistador.....	22
Quadro 5: satisfação com a vida - SWLS.....	23
Quadro 6: média das pontuações obtidas na escala.....	24
Quadro 7: correlação entre satisfação com a vida e recursos sociais do idoso	25

Índice de figuras

Figura 1 : Correlação entre a SWLS e o OARS

AQUELE QUE ENVELHECE E QUE SEGUE ATENTAMENTE ESSE PROCESSO PODERÁ OBSERVAR COMO, APESAR DE AS FORÇAS FALHAREM E AS POTENCIALIDADES DEIXAREM DE SER AS QUE ERAM, A VIDA PODE, ATÉ BASTANTE TARDE, ANO APÓS ANO E ATÉ AO FIM, AINDA SER CAPAZ DE AUMENTAR E MULTIPLICAR A INTERMINÁVEL REDE DAS SUAS RELAÇÕES E INTERDEPENDÊNCIAS E COMO, DESDE QUE A MEMÓRIA SE MANTENHA DESPERTA, NADA DAQUILO QUE É TRANSITÓRIO E JÁ SE PASSOU SE PERDE.

Hermann Hesse, 2009

1. INTRODUÇÃO

O envelhecimento da população é um fenómeno de amplitude mundial, resultante dos efeitos combinados das melhores condições socio-sanitárias de vida e do enorme avanço tecnológico, culminando num aumento exponencial da população nestes últimos anos da nossa civilização. De acordo com os dados da (OMS 2001 cit in Sousa, Galante & Figueiredo 2003), prevê-se que em 2025 existam 1,2 biliões de pessoas com mais de 60 anos, sendo que os muito idosos (com 80 ou mais anos) constituem o grupo etário de maior crescimento, referindo ainda, que aproximadamente 75% dessas pessoas vivem nos países desenvolvidos o que elevará a 7,7% em 2020 (contra 5,6% em 1995).

A (OMS) salienta ainda que as projecções da população indiciam uma estrutura etária envelhecida e Portugal não é excepção a este cenário tendo em conta uma ligeira subida da natalidade, um aumento moderado da esperança de vida e um saldo migratório positivo, antecipando que os idosos venham a ultrapassar os jovens entre os anos 2010 e 2015, aumentando em valor absoluto e em importância relativa.

Ainda de acordo com os dados da OMS, prevê-se que em 2020, o peso dos idosos ronde os 18,1%, enquanto a proporção de jovens diminua para 16,1%. Paralelamente assistir-se-á ao aumento da proporção da população com 75 anos ou mais que se elevará a 7,7% em 2020 (contra 5,6% em 1995). No entanto, no caso Português, a difícil situação económica e financeira actual, poderá vir a alterar este cenário. Consta-se que, as dificuldades da empregabilidade associada a um aumento das qualificações académicas e a insegurança dos apoios sociais (quer na reforma quer na saúde), estão a reflectir-se no aumento da emigração dos mais jovens e na redução significativa dos imigrantes, o que, porventura, se traduzirá na diminuição da natalidade, como na provável diminuição da qualidade de vida dos mais velhos e provavelmente na diminuição da esperança de vida atrás referida. Assim, e segundo Sousa, Galante e Figueiredo (2003), nesta panorâmica, importa pois ampliar esforços para melhor atender às dificuldades do número crescente destes idosos.

Para uma melhor caracterização da qualidade de vida e bem-estar dos idosos, do ponto de vista dos próprios, a obtenção de dados que possam dinamizar medidas adequadas a essa população que permitam o alcançar de um envelhecimento bem sucedido, parece ser fundamental.

Com o aumento da esperança de vida também o número de doentes com patologias degenerativas, aumentou. Entre estas, a doença de Alzheimer, merece particular referência, atingindo 20% no grupo de idosos com mais de oitenta anos, é altamente incapacitante para o idoso retirando-lhe progressivamente toda a sua independência e qualidade de vida (Petersen, 2006). Assim, o aumento da esperança de vida na sociedade actual desencadeia novos reptos na saúde e na prestação de cuidados: “Ao nível da saúde, porque esta constitui um recurso adaptativo essencial para o idoso ter um envelhecimento normal e ao nível da prestação de cuidados, porque o avançar da idade implica um maior risco de doença e, conseqüentemente, um maior índice de dependência, ao qual se associa uma maior necessidade de cuidados formais e informais” (Sequeira, 2007, p.27). Segundo Figueiredo (2007), o ser humano ao longo do seu ciclo vital nunca atingirá a absoluta independência, pelo facto de o seu grau de dependência/independência estar intimamente relacionado com as várias etapas da vida, no entanto, no derradeiro período da sua evolução natural, a velhice, necessita de cuidados por parte de outrem. E, apesar das transformações sofridas e das diferenças entre as famílias, são ainda elas que numa maneira geral asseguram as funções básicas dos seus idosos, sendo mesmo consideradas “como o principal pilar de apoio ao idoso em situação de dependência” (Figueiredo, 2007, p.24).

Sendo o envelhecimento uma experiência única e díspar vivida por cada indivíduo, que vai ajustando a sua vida de acordo com os seus valores idealizados tendo em conta o vasto reportório da sua experiência de vida, podemos caracterizar o envelhecimento segundo três vertentes: 1) o processo de envelhecimento biológico que resulta da vulnerabilidade crescente e de uma maior probabilidade de morrer, a que se chama senescência, 2) um envelhecimento social, relativo aos papéis sociais, apropriado às expectativas da sociedade para este nível etário e 3) o envelhecimento psicológico, definido pela auto-regulação do indivíduo no campo de forças, pelo tomar decisões e opções, adaptando-se ao processo de senescência e envelhecimento (Schroots e Birren, 1980)

De acordo com Rowe & Kahn (1998), o envelhecimento bem-sucedido depende basicamente da adoção de três comportamentos: evitar doença, incapacidades e fatores de risco relacionados; manter alto nível de capacidades físicas e mentais; e manter ou recobrar engajamento com a vida. Segundo Restak (1997), manter boa saúde física, evitando o sedentarismo pela prática de exercício físico, reduzir o stresse, manter boa disposição e amizades podem melhorar a saúde em geral, inclusive, cerebral. Importa

salientar que a falta de actividades ou a existência de actividades pouco estimulantes à mente e ao corpo podem conduzir a um fraco desempenho físico e cognitivo, no entanto se forem estimuladas, estas capacidades podem ser mantidas e até mesmo recuperadas (Rowe & Kahn, 1998).

De referir que o envelhecimento bem sucedido é consequente do maior ou menor envolvimento do sujeito nessa etapa do ciclo vital, sendo pró-activo na regulação da sua qualidade de vida, definindo objectivos e empenhando-se para os concretizar, constituindo-se como um agente da manutenção do seu bem-estar e qualidade de vida, fomentado ao longo dos anteriores estados da sua existência.

Sendo o envelhecimento humano e a velhice durante muito tempo quase exclusivamente objecto de estudo da medicina, Smith (2001), postula que o conceito de bem-estar mudou a partir de meados do século XX, na medida em que passa a ser encarado, noutras perspectivas. Até essa altura, era associado somente, ao acesso de bens materiais (comida, casa de banho, casa aceitável, dinheiro suficiente) e a serviços de saúde e de acção social. Hoje este conceito está também relacionado, com dimensões menos palpáveis (sentido de segurança, dignidade pessoal, oportunidades de atingir objectivos pessoais, satisfação com a vida, alegria, sentido positivo de si). A concepção de qualidade de vida sofre igualmente transformações, abrangendo os recursos e o direito a gozá-la. A qualidade de vida na velhice está muito relacionada com a maior ou menor dependência-autonomia do idoso (Duarte e Pavarini,1997). As dependências dos idosos são consequências tanto de alterações biológicas (deficiências ou incapacidade) como de modificações nas exigências sociais (desvantagens) e, não raro, as últimas parecem ocasionar as primeiras. Baltes & Silvenberg (1995), descrevem três tipos de dependência:

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

Deve-se no entanto, estabelecer diferenças entre “os efeitos da idade” de patologia. Assim, um declínio precoce no estado de saúde e nas competências cognitivas de algumas pessoas não é sinónimo de velhice, porquanto outras vivem

saudáveis até aos 80 anos e mesmo 90 anos. Começa a ser aceite que qualquer declínio precoce provavelmente reflecte patologia e não os efeitos da idade (Hansson e Carpenter, 1994). A dependência não está apenas presente nesta fase da vida. Deste modo, bem-estar provém da ausência de doenças, aptidão física, autoconfiança, ausência de depressão, e não unicamente por condições mensuráveis pelo médico. (Puga Barbosa, 2003). Pode ser entendido de acordo com a avaliação emocional e cognitiva que as pessoas fazem das suas vidas, e inclui as representações mentais que as pessoas comuns designam por felicidade, paz, realização, e satisfação com a vida (Diener, Oishi, & Lucas, 2003).

De acordo com Victor et al, (2000), a qualidade de vida inclui um alargado espectro de áreas da vida. Os modelos de qualidade de vida vão desde a satisfação com a vida ou bem-estar social a modelos baseados em conceitos de independência, controle, competências sociais e cognitivas.

Segundo Schroots (1995), no envelhecimento humano existe uma consecutiva perda da homeostasia do organismo traduzido por perdas e ganhos em consequência do declínio dos recursos biológicos e cognitivos. Este processo, ao invés de ser compensado através de contextos sociais e culturais é no entanto fomentado, relegando os idosos para papéis secundários e discriminativos (Cutler & Hendricks, 2001). Assim, a fim de combater este preconceito relativamente ao idoso, surgiu na década de 70, entre profissionais das áreas políticas, sociais e académicas um conceito de um envelhecimento produtivo (EP), promovendo a sua imagem ao contrário da ideia vigente do idoso, como um ser frágil e dependente (Caro, Bass, & Chen, 1993). Deste modo e de acordo com Rozario Morrow-Howell, & Hinterlong (2004), desenvolveu-se uma imagem do idoso mais positiva, mostrando-o como um agente de produção de bens, não apenas de um modo indirecto, pela participação na vida dos seus descendentes, por exemplo ao cuidar dos netos, deixando assim os seus filhos com mais disponibilidade de tempo para as actividades profissionais, sendo o seu contributo uma mais-valia, na optimização da carreira dos mesmos, ou através de trabalho sénior, remunerado. Considera-se a existência de uma actividade significativa e satisfatória, em que o idoso está envolvido de forma estruturada e continuada e que tem um impacto positivo na sua vida.

O processo de envelhecimento não depende apenas das condições económicas, da saúde física, das redes sociais a que se pertence ou dos apoios da família, bem como do apoio psicológico. Embora estes factores sejam determinantes, a forma como cada um

encara o seu próprio envelhecimento, é fundamental para a obtenção de um bom equilíbrio emocional e de satisfação com a vida, ou, constituir-se em dependência, gerando sofrimento e insatisfação com a vida (Fonseca 2005).

Em Portugal, ainda de acordo com Fonseca (2005), o envelhecimento bem ou mal sucedido está associado a modelos de adaptação do idoso às suas actuais competências de funcionamento, no seu contexto de vida, envolvendo quer critérios externos-sociais (relativos ao que se espera do idoso em cada cultura), quer critérios internos-individuais (o sentir e a vontade subjectiva). A este propósito a Organização Mundial de Saúde (OMS 2002 cit in Fonseca 2005), considera o envelhecimento activo, como um processo de optimização das oportunidades de saúde, participação e segurança, tendo em vista a melhoria da qualidade de vida no processo de envelhecimento das pessoas. Segundo Fonseca, o conceito de envelhecimento “com qualidade de vida” só faz sentido numa perspectiva ecológica, visando o indivíduo no seu contexto sócio-cultural, integrando a sua vida actual e passada, ponderando uma dinâmica de forças entre as pressões ambientais e as suas capacidades adaptativas. Apesar de não haver definição consensual existe razoável concordância entre os pesquisadores acerca do constructo qualidade de vida, cujas características são: subjectividade, multidimensionalidade e bipolaridade. A noção de qualidade de vida do grupo de estudos da Organização Mundial da Saúde define-a como sendo "a percepção do indivíduo da sua posição na vida, no contexto da cultura e sistemas de valores nos quais vive e em relação aos seus objectivos, expectativas, padrões e preocupações". Nessa definição, incluem seis domínios principais: saúde física, estado psicológico, níveis de independência, relacionamento social, características ambientais e padrão espiritual

Assim, o grande “sonho” dos gerontólogos, estudiosos de uma área transdisciplinar do conhecimento humano e da sociedade em geral, é conseguir uma sobrevida cada vez mais longa e uma melhoria da qualidade de vida das pessoas idosas, nessa etapa do ciclo vital marcada por um processo muito complexo, dilatado e diferencial, por forma a que esse derradeiro percurso seja atravessado com bem-estar, qualidade de vida e pleno de significado e dignidade humana.

2. OBJECTIVOS

2.1 GERAIS

A avaliação dos idosos é multidimensional, sendo que nesta fase do ciclo vital ela tem uma complexidade acrescida, marcada por comportamentos, conhecimentos, experiências e valores que influenciam a percepção do seu bem-estar. As necessidades sentidas pelos idosos são marcadas pelo momento histórico, a classe social e a cultura a que pertencem estes indivíduos, como referem Pineault e Daveluy (1989) citados por Justo in Ferreira, Rodrigues e Nogueira (2006)

Com efeito, a saúde física e mental dos indivíduos, os seus recursos sociais, económicos e apoios familiares fazem parte do bem-estar subjectivo dos idosos (na sua componente cognitiva e emocional) e só ocorre quando estes percebem que a sua qualidade de vida e o desempenho das suas actividades diárias estão em níveis, pelo menos, satisfatórios. Assim, e segundo os autores acima citados, o aumento da esperança média de vida neste grupo etário, impõe também um aumento da sua qualidade de vida, isto é, que se valorize não somente o bem-estar físico do indivíduo, mas sim uma dimensão mais integrada e holística da vida, que passa pela percepção do estado de saúde. Deste modo, este estudo cujo **objectivo geral** é descrever os recursos sociais avaliados pelo OARS e verificar se existe relação entre estes e a satisfação com a vida das pessoas idosas, do concelho de Coimbra, fica justificado.

2.2. ESPECÍFICOS

Face aos objectivos gerais supracitados, pretendemos em termos mais específicos avaliar:

1. A relação entre os recursos sociais reais e os percebidos pelos idosos;
2. A relação entre os recursos sociais reais e os percebidos pelos informantes;
3. Conhecer a avaliação dos recursos sociais dos idosos avaliados pelo OARS;
4. Conhecer a satisfação com a vida dos idosos avaliados pelo SWLS;
5. Avaliar a correlação entre o SWLS e o OARS.

3. Materiais e Métodos

Desenho da Investigação

Este estudo enquadra-se num primeiro coorte do Projecto de Investigação “Trajectórias do Envelhecimento de Idosos em Resposta Social: Estudo dos Factores Preditivos do Envelhecimento Saudável e da Demência”, cujo objectivo é o rastreio cognitivo e a avaliação multidimensional de todos os idosos que se encontram sob resposta social no concelho de Coimbra. A colheita de dados desenvolveu-se por três sessões distintas, sendo que este estudo se baseou na primeira e na terceira sessão.

Procedimentos

Depois de contactadas as instituições¹, e firmado os protocolos de parcerias, a recolha de dados foi realizada por equipas de investigadores em iniciação (estudantes do 3º ano do 1º ciclo e estudantes do 1º ano do 2º ciclo de psicologia)², supervisionadas por chefes de equipas e coordenadas por um investigador sénior. Os idosos, de modo voluntário e depois de se obter o seu consentimento³, foram avaliados com uma bateria de testes dividida em duas sessões e administrada por dois estudantes separadamente. Na primeira sessão foram aplicados o MMSE, o GAI, o GDS, o SWLS e o PANAS pelo aluno do 3º ano, durando cerca de 20 a 30 minutos. A segunda sessão, administrada pelo estudante do 1º ano, por um período de cerca de 60 minutos, integrava o MOCA, a Figura Complexa de Rey, 3 testes de Fluência Verbal, teste Stroop, Rey 15-item e Teste do troco e do dinheiro.

As sessões foram acompanhadas por um mestrando que monitorizava a sua administração por forma a corrigir eventuais erros.

Na terceira fase, ainda em decurso, são administrados o OARS, FAB e CDR, pelos mestrandos do 2º ano. O universo de idosos abrange 1.914 sujeitos com idades compreendidas entre 65 e 105 anos. A amostra foi estratificada por sexo, escolaridade e grau de declínio cognitivo. As avaliações tiveram o seu início em Novembro de 2010 e ainda decorrem. Em Maio de 2011, a taxa de recolha era de 26,6 %, com 509 sujeitos

¹ As instituições foram contactadas, inicialmente, por carta com descrição detalhada do estudo.

² Estes estudantes tiveram acções de formação e treino prático na administração dos testes.

³ Ou alguém responsável pelo idoso.

avaliados idosos. Foram retirados da amostra 42 idosos por terem uma idade inferior a 65 anos e 78 idosos não responderam ao GDS. Assim, a amostra total encerrou 389 sujeitos. Esta amostra foi subdividida em dois subgrupos, um incluía sujeitos com *Defeito Cognitivo* (n = 136) e *Sem Defeito Cognitivo* (n = 251). Da subamostra *Sem Defeito Cognitivo* foram excluídos 2 sujeitos de algumas análises, um sujeito devido a dificuldade física e o outro não respondeu devido a outras dificuldades.

4. AMOSTRA

A amostra de base incluiu 45 participantes que se encontravam em regime de centro dia (80%) ou lar (20%) em três IPSS no concelho de Coimbra. 36 idosos eram mulheres (80%) e 9 eram homens (20%) mulheres ($p < 0,0001$). Os idosos foram caracterizados de acordo com as suas características sociodemográficas e as não respostas foram dadas por 4 idosos, dos quais 3 obtiveram uma avaliação intelectual de limitação grave e um moderada. A divisão etária foi efectuada de acordo com a proposta de divisão do gabinete dos EUA em idosos jovens, idosos e muito idosos (Pocinho, 2007). O quadro que se segue representa as características gerais da amostra.

Quadro 1: Caracterização de uma Amostra de Idosos sob Resposta Social do Concelho de Coimbra.

<i>Descrição</i>	<i>n</i>	<i>%</i>	<i>χ²</i>	<i>p</i>
<= 74	12	26,7	22,372	< 0,0001
75 – 84	28	62,2		
85+	3	6,7		
não sabe	2	4,4		
Masculino	9	20,0	16,20	< 0,0001
Feminino	36	80,0		
Solteiro(a)	5	11,1	20,909	< 0,0001
Casado(a)	7	15,6		
Divorciado (a)/Separado(a)	8	17,8		
Viúvo (a)	24	53,3		
Sem Resposta	1	2,2		
Não sabe ler/escrever	10	22,2	38,600	< 0,0001
Sabe ler e escrever sem possuir grau de ensino	11	24,4		
Ensino básico primário	20	44,4		
Ensino básico preparatório	2	4,4		
Ensino secundário	1	2,2		
Ensino superior	1	2,2		
Grandes Empresários	1	2,2	98,907	< 0,0001
Profissões Liberais (curso_sup)	1	2,2		
Pequenos Empresários	1	2,2		
Operários Semi-qualificados	7	15,6		
Assalariados Agrícolas	2	4,4		
Trabalhadores Indiferenciados	31	68,9		
Sem Resposta	2	4,4		
Centro de Dia	36	80	16,200	< 0,0001
Lar	9	20		

Como se pode observar, a idade média da amostra foi de 77,47 anos \pm 7,17. Estes idosos são maioritariamente viúvos (53,3%) e apenas (15,6%) estão ainda casados. Aproximadamente 47% dos idosos não possuem qualquer grau de ensino, 44,4% detêm o ensino básico e somente 8,8% têm mais do que este grau, não havendo diferenças entre os sexos ($\chi^2=2,301$; $p=0,806$). Quanto à profissão, 68,9% dos idosos foram trabalhadores indiferenciados sem qualificação profissional ao longo da sua vida, sendo, nomeadamente, agricultores e domésticas.

5. INSTRUMENTOS

Para avaliação da componente cognitiva da satisfação com a vida, utilizámos a versão portuguesa da Satisfaction with Life Scale (**SWLS**) concebida por Diener e colaboradores (1985) e objecto de uma revisão por Pavot e Diener (1993). A SWLS é constituída por cinco itens respondidos numa escala tipo *Likert* que varia entre 1 (*Discordo Muito*) e 5 (*Concordo Muito*). Em Portugal, a escala **traduzida como Escala da Satisfação com a Vida (SWLS)** foi validada primeiramente por Neto e colaboradores, em 1990, tendo encontrado uma consistência interna de 0,78 (alfa de Cronbach). Simões (1992) repetiu a validação da SWLS, reduzindo a amplitude da escala de resposta de sete para cinco pontos, encontrando uma consistência interna de 0,77 (alfa de Cronbach), que, no nosso estudo, é de 0,79.

Na avaliação da saúde física e mental do idoso utilizou-se a parte da **Saúde Física e Mental** do **OARS** (*Olders Americans Research and Services*). O OARS foi traduzido e adaptado por Rodrigues (2008), avaliando cinco áreas funcionais. Apresenta um alfa de Cronbach para as cinco escalas de avaliação funcional entre 0,64 e 0,91. O OARS fornece dados sociodemográficos, avalia a percepção subjectiva do idoso, a saúde física e mental (aspectos cognitivos e emocionais), independência no dia-a-dia, suporte social e familiar e utilização de serviços. Este instrumento, visa proporcionar um perfil de saúde multidimensional, identificando quais as dimensões que mais directamente comprometem a capacidade funcional da população idosa. É constituído por 101 questões com um tempo de aplicação em média e no total, entre 45 e 60 minutos, sendo o seu desenho dividido em três partes: uma lista de indicadores administrativos e demográficos; a parte A – Questionário de Avaliação Funcional Multidimensional (QAFM) – constituída pela avaliação funcional em áreas como os recursos sociais, os recursos económicos a saúde mental, a saúde física e as actividades da vida diária; a

parte B – Questionário de Avaliação de Serviços (QAS) – com o intuito da avaliação da utilização e da necessidade sentida pelos idosos em relação a uma lista de serviços. As duas partes A e B podem ser utilizadas em conjunto ou isoladamente. Relativamente à parte A (QAFM) o OARS é constituído por 70 perguntas dirigidas ao idoso (perguntas 1 a 70), 10 perguntas sobre o idoso, respondidas por um informante (perguntas 73 a 82), 14 perguntas sobre o idoso, respondidas pelo entrevistador (perguntas 83 a 96). Cada uma das cinco escalas funcionais apresenta pontuação de 1 a 6 (questões 97 a 101). A incapacidade global é determinada a partir do somatório das pontuações de incapacidade em cada uma das áreas.

A pontuação acumulada de incapacidade (PAI), pergunta 102, resulta da soma das pontuações nas cinco áreas. Há valores que podem oscilar entre 5 (muito boa capacidade em todas as áreas) e 30 (capacidade totalmente insatisfatória em todas as áreas).

Este questionário tem mostrado utilidade para o levantamento de informações significativas que auxiliem a centrar as intervenções comunitárias e a promover estratégias de intervenção mais adequadas a esse grupo populacionais. O alfa de Cronbach para a versão portuguesa e respectivas subescalas oscilou entre os 0,32 (inaceitável) e 0,91 (excelente).

6. ANÁLISE ESTATÍSTICA

Para análise estatística utilizamos IBM SPSS Statistics versão 19. Iniciámos a análise com um estudo descritivo da amostra e da sua distribuição. Para o efeito recorremos a análises de frequências absolutas e relativas, bem como ao quiquadrado da aderência. Para cumprir com os objectivos propostos, elaborámos as seguintes hipóteses estatísticas:

H₁: Os recursos sociais reais (medidos pelo profissional/ entrevistador) têm uma maior correlação com a percepção que os idosos tem deles do que aqueles que os informantes relatam;

H₂: Os recursos sociais dos idosos são avaliados pelo OARS como insatisfatórios ou pouco satisfatórios;

H₃: os idosos estão insatisfeitos com a sua vida quando avaliados pelo SWLS;

H₄: Existe uma correlação entre o SWLS e o OARS.

Para avaliar a correlação entre as percepções (idosos, informante e entrevistador) bem como entre os recursos (OARS) e a satisfação com a vida (SWLS) utilizámos o rho de spearman. A escolha do teste deveu-se ao facto das variáveis não cumprirem com os pré-requisitos da estatística paramétrica (umas não tinham distribuição normal outras eram ordinais).

7 RESULTADOS

Para diluir um pouco a aridez numérica dos resultados optámos pela seguinte sequência de apresentação: apresentamos a hipótese em análise seguida do quadro e o esquema que a verifica e por fim comentamos os resultados da estatística apresentada.

H₁: Os recursos sociais reais (medidos pelo profissional/ entrevistador) têm uma maior correlação com a percepção que os idosos tem deles do que aqueles que os informantes relatam

Quadro 2: avaliação dos recursos sociais

		N	%	% válida
Quantidade e adequação dos contactos sociais e disponibilidade de ajuda percebida pelo idoso	bons	10	22,2	24,4
	limitação pequena	10	22,2	24,4
	limitação moderada	6	13,3	14,6
	limitação grave	6	13,3	14,6
	limitação total	9	20,0	22,0
	Total	41	91,1	100,0
Não respostas		4	8,9	
Pelo informante: capacidade de se dar com os outros, duração e fonte da ajuda do ponto de vista do cuidador	excelentes	19	42,2	50,0
	bons	5	11,1	13,2
	limitação pequena	4	8,9	10,5
	limitação moderada	3	6,7	7,9
	limitação grave	5	11,1	13,2
	limitação total	2	4,4	5,3
	Total	38	84,4	100,0
Não respostas		7	15,6	
Pelo entrevistador: disponibilidade e duração da ajuda	excelentes	1	2,2	2,3
	bons	10	22,2	23,3
	limitação pequena	10	22,2	23,3
	limitação moderada	7	15,6	16,3
	limitação grave	6	13,3	14,0
	limitação total	9	20,0	20,9
	Total	43	95,6	100,0
Não respostas		2	4,4	
Total		45	100,0	

No quadro 2 podemos observar que a avaliação efectuada pelo entrevistador acerca da disponibilidade e duração da ajuda em caso de necessidade está muito mais

próxima da quantidade e adequação dos contactos sociais e da disponibilidade e ajuda percebida pelo idoso do que da avaliação dos recursos sociais percebida pelo informante acerca da capacidade do idoso se relacionar com os outros e da duração e fonte de ajuda quando dela o idoso necessita.

O quadro que se segue revela a estatística que correlaciona as 3 percepções em estudo: idoso, informante e profissional/ entrevistador.

Quadro 3: correlação entre os recursos sociais reais e os percebidos

		Recursos sociais pelo idoso (n=41)	Recursos sociais pelo informante (n=38)
Recursos sociais pelo informante	Rho de spearman	0,576**	
	Sig. (2-tailed)	0,000	
Recursos sociais pelo entrevistador	Rho de spearman	1,000**	0,594**
	Sig. (2-tailed)	.	0,000

O quadro precedente demonstrou uma correlação perfeita entre a avaliação do idoso e do entrevistador (1) e moderada entre o informante e o idoso (0,576), bem como o informante e o entrevistador (0,594).

H₂: Os recursos sociais (globais) dos idosos são avaliados pelo OARS como insatisfatórios ou pouco satisfatórios;

Quadro 4: Classificação global das escalas do OARS avaliados pelo entrevistador

		N	%	%
Quantidade e adequação dos contactos sociais com amigos e família; disponibilidade de ajuda de amigos em caso de necessidade (recursos sociais)	Recursos sociais muito bons	7	15,6	16,3
	Recursos sociais bons	18	40,0	41,9
	Recursos sociais ligeiramente insatisfatórios	8	17,8	18,6
	Recursos sociais moderadamente insatisfatórios	4	8,9	9,3
	Recursos sociais fortemente insatisfatórios	5	11,1	11,6
	Recursos sociais totalmente insatisfatórios	1	2,2	2,3
	Total	43	95,6	100,0
Não respostas		2	2	4,4
Adequação e recursos do rendimento (recursos económicos)	Recursos económicos muitos bons	3	6,7	7,0
	Recursos económicos satisfatórios	16	35,6	37,2
	Recursos económicos ligeiramente insatisfatórios	14	31,1	32,6
	Recursos económicos moderadamente insatisfatórios	8	17,8	18,6
	Recursos económicos fortemente insatisfatórios	2	4,4	4,7
	Total	43	95,6	100,0
Não respostas		2	4,4	
Adequação da funcionalidade cognitiva; presença ou ausência de distúrbio psiquiátrico (saúde mental)	Saúde mental muito boa	6	13,3	14,0
	Saúde mental boa	13	28,9	30,2
	Saúde mental ligeiramente insatisfatória	20	44,4	46,5
	Saúde mental moderadamente insatisfatória	2	4,4	4,7
	Saúde mental fortemente insatisfatória	2	4,4	4,7
	Total	43	95,6	100,0
Não respostas		2	4,4	
Total		45	100,0	
Indicação da funcionalidade física e delimitações devidas a problemas físicos (saúde física)	Saúde física muito boa	2	4,4	4,7
	Saúde física boa	14	31,1	32,6
	Saúde física ligeiramente insatisfatória	10	22,2	23,3
	Saúde física moderadamente insatisfatória	9	20,0	20,9
	Saúde física fortemente insatisfatória	7	15,6	16,3
	Saúde física totalmente insatisfatória	1	2,2	2,3
	Total	43	95,6	100,0
Não respostas		2	4,4	
Capacidade para as AVD	Muito boas	2	4,4	4,7
	Boa	7	15,6	16,3
	Ligeiramente insatisfatória	15	33,3	34,9
	Moderadamente insatisfatória	4	8,9	9,3
	Fortemente insatisfatória	7	15,6	16,3
	Completamente insatisfatória	8	17,8	18,6
	Total	43	95,6	100,0
Não respostas		2	4,4	
Total		45	100,0	

Pela análise do quadro 4 concluímos que com excepção da quantidade e adequação dos contactos sociais com amigos e família; disponibilidade de ajuda de amigos em caso de necessidade, os recursos sociais foram classificados numa linha de tendência negativa ou insatisfatória. Com efeito a maioria dos entrevistadores deu uma avaliação boa à primeira dimensão do OARS mas insatisfatória aos recursos

económicos. A saúde mental foi qualificada maioritariamente como insatisfatória, tal como a saúde física, daí que se entenda que a capacidade para as actividades da vida diária (AVDs), seja na maioria classificada como insatisfatória.

H₃: os idosos estão insatisfeitos com a sua vida quando avaliados pelo SWLS;

Quadro 5: satisfação com a vida - SWLS

	Minimum	Maximum	Mean	Std. Deviation	N	%
Insatisfeito	5,00	23,00	15,8889	5,18667	36	80,0
Satisfeito	24,00	25,00	24,4444	,52705	9	20,0
SWLS total	5,00	25,00	17,6000	5,78163	45	100

A avaliação da **Satisfação com a Vida** (Satisfaction with Life Scale, **SWLS**) demonstrou que a maioria dos idosos estão insatisfeitos com ela, o que parece estar de acordo com a hipótese anterior, pois se os recursos são escassos a satisfação não pode ser elevada.

O quadro que se segue pretende analisar a relação entre as duas medidas

H₄: Existe uma correlação entre o SWLS e o OARS.

Tal como era o objectivo do estudo, correlacionou-se as dimensões do OARS com a escala SWLS, para avaliar em que medida a satisfação com a vida estava relacionada com os recursos sociais, económicos, mentais e físicos. O esquema ilustra o que acabámos de referir, sendo que os resultados que permitiram construir este esquema podem ser observados no anexo n. 1.



FFigura 1: correlação entre o SWLS e o OARS.

Os resultados demonstraram que os recursos avaliados pela OARS não se relacionam com a satisfação com a vida (SWLS) mas que se correlacionam entre si, com destaque para os recursos sociais, mentais e AVD.

Relativamente à pontuação acumulada de incapacidade (PAI) da OARS que resulta da soma das pontuações das suas 5 subescalas, tem valores que podem oscilar entre 5 e 30 em que quanto maior a pontuação maior a incapacidade. Quanto à satisfação com a vida (SLWS) a pontuação varia entre 5 e 25 pontos em que quanto maior a pontuação maior a satisfação com a vida.

O quadro que se segue mostra a média das pontuações de ambas as escalas.

Quadro 6: média das pontuações obtidas na escala

	N	Min	Max	Média	Desvio padrão
SWLStotal	45	5,00	25,00	17,6	5,78163
OARS	43	6	26	14,9	4,447
Valid (listwise)	N 43				

O quadro 7 apresenta a correlação entre a pontuação global da OARS e da SWLS.

Quadro 7: correlação entre satisfação com a vida e recursos sociais do idoso

		OARS	SWLS	
Spearman's rho	OARS	Correlation Coefficient	1,000	-0,195
		Sig. (2-tailed)	.	0,210
		N	43	43
	SWLS	Correlation Coefficient	-0,195	1,000
		Sig. (2-tailed)	0,210	.
		N	43	45

Como se pode observar não existe correlação estatisticamente significativa entre as escalas, contudo o sinal é negativo, o que significa que quando existe correlação ela varia na razão inversa, isto é, quanto maior a incapacidade menor a satisfação com a vida e vice-versa.

8. DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Importa caracterizar alguns aspectos da nossa amostra, para a seguir passarmos à discussão dos resultados. A mesma, ronda uma média de idades de 77 anos. A escolaridade dos participantes é muito baixa, a sua ocupação profissional ao longo da vida, foi no geral de agricultores e domésticas, tratando-se portanto de indivíduos sem uma qualificação profissional. Analisando os dados recolhidos conclui-se que a nossa amostra a nível social e cultural está seriamente limitada.

A avaliação dos recursos sociais reais (medidos pelo profissional/ entrevistador) e a sua correlação com a percepção que os idosos têm deles bem como aqueles que os informantes relatam demonstrou que a percepção dos idosos e dos profissionais são mais coincidentes do que com a percepção dos informantes o que nos permite aceitar a nossa hipótese experimental. Com efeito, vários são os estudos que referem que dimensões como a qualidade de vida, a satisfação com a vida, a saúde, a capacidade para desempenhar tarefas, etc., tem duas dimensões de avaliação possíveis: pelo próprio (subjectiva) e por profissionais (objectiva), mas não encontramos estudos que referissem a necessidade de confirmação de informantes quando os indivíduos tinham capacidade para fazer autoavaliação. Como referem Lawton et al. (1999) cit in Pocinho

(2007, pag 64) “a avaliação da vida constitui uma definição operacional de um estado interno, que expressa uma mistura de saúde mental positiva, qualidade de vida num domínio específico, determinação e propósito da vida. O indivíduo faz um balanço da sua vida, usando valores, princípios e critérios por ele incorporados ao longo da sua existência, e procura determinar o grau de satisfação alcançado.”

A avaliação dos recursos sociais dos idosos pelo OARS como insatisfatórios ou pouco satisfatórios, demonstrou que apesar dos contactos sociais com amigos e familiares serem considerados bons, o mesmo não se verificou com as restantes dimensões (recursos económicos, saúde mental, saúde física e capacidade para as actividades da vida diária) que se revelaram insatisfatórios ou pouco satisfatórios. Com efeito, nos idosos a segurança financeira é uma condição fundamental para continuarem a usufruir de rendimentos que possam fazer face aos gastos. O rendimento e a estabilidade financeira continuam a ser factores essenciais no bem-estar dos cidadãos. Assim, um rendimento seguro e adequado às necessidades acrescidas, nesta etapa da vida, é fundamental para a sua qualidade de vida (Maia *et al.*, 2007; Hagerty & Veenhoven, 2003). House e Umberson (1988) referem que a maioria dos estudos efectuados antes e durante a década de 80 remetem para uma relação positiva entre as relações sociais e saúde. Krausse (1995) Diener (2000) e George (2010), apesar do argumento predominante de que o suporte social, promove melhores condições de saúde, referem que o suporte social pode originar resultados negativos, em função da excessiva assistência podendo, mesmo, aumentar a dependência dos idosos em relação às ajudas formais e informais. Os mesmos autores, defendem que os idosos que não têm um suporte familiar e económico que possa suprir as suas necessidades reais, não só ao nível mais básico como a nível social, cultural, de lazer e emocional, de modo a sentirem-se integrados, não podem sentir entusiasmo pela vida, revelando-se infelizes e afastados socialmente.

Ao estudarmos a prevalência da satisfação com a vida dos idosos da nossa amostra, quando avaliados pelo SWLS, verificamos que 80% dos idosos não estão satisfeitos com a sua vida. Este resultado revela-nos, pois, que se estes recursos são fracos, não poderá haver uma elevada satisfação com a vida. Ora, sabendo que a nossa amostra apresenta baixos níveis de escolaridade e rendimentos, e que as pesquisas têm mostrado uma correlação entre status socioeconómico e saúde, bem como menor acesso ao suporte social por parte de idosos com baixos níveis de educação e rendimento entende-se que este isolamento possa levar a elevados níveis de insatisfação com a vida

e elevadas taxas de morbidade e mortalidade. Relativamente aos aspectos que influenciam a saúde física dos idosos, Ross e Ling Wu (1996) argumentam que altos níveis de educação promovem boa saúde em idades avançadas. Estes autores alegam ainda que a educação é uma variável que pode retardar problemas de saúde, no sentido de que ela permite a pessoas melhor instruídas saberem mais sobre a prevenção de certas doenças e como ter hábitos saudáveis no curso da vida. No entanto, existem ainda outras variáveis que concorrem para uma melhor saúde física, mental e conseqüente melhor desempenho das actividades diárias das pessoas idosas, tais como: o facto de ser casado, a existência de filhos, a permanência no seio familiar, entre outros.

Este estudo investigou a relação existente entre a satisfação com vida e os recursos sociais reais e os percebidos pelos idosos. A Satisfação com a Vida na velhice inclui dimensões como integração social e bem-estar, sendo que a manutenção de relações sociais com o cônjuge, com os familiares e, principalmente, com amigos da mesma geração, a fim de favorecer o bem estar psicológico e social, são para isso determinantes. A qualidade dos relacionamentos é mais importante na determinação da satisfação com a vida, com as relações, e com a saúde física e mental que a quantidade dos relacionamentos (Goldstein 1998). Assim, a diminuição de intensidade ou falta destas experiências, torna os idosos do ponto de vista emocional, mais rígidos, prostrados e menos comunicativos, com um fraco investimento no contacto social (Oliveira, 2010).

Por outro lado ao serem institucionalizados perdem muito do que foi o paradigma da sua vida até aí: as mudanças operadas com a reforma, afastando-os dos seus amigos de relações de trabalho, a evolução do processo de envelhecimento, a perda do domínio da sua própria vida, (lazer, finanças, vida pessoal, a intimidade) que passou a ser controlada por terceiros (Cardão, 2009). Daí que se alvitre que a maioria destes idosos sinta indiferença perante a vida, causada pela desmotivação, que se traduz em alterações afectivas, cognitivas e comportamentais. Esta transformação psicológica, conduz o idoso à limitação de experiências emocionais e da autocritica e ao retraimento (Starkstein, et al., 2005).

9.CONCLUSÃO

Aceitamos as nossas hipóteses experimentais H_1 , H_2 e H_3 pelo que admitimos que os recursos sociais reais têm uma maior correlação com a percepção que os idosos têm deles do que aqueles que os informantes relatam e de que os recursos sociais dos idosos são avaliados pelo OARS como insatisfatórios ou pouco satisfatórios. Verificámos também que os idosos estão insatisfeitos com a sua vida quando avaliados pelo SWLS. Quanto à hipótese H_4 que previa a existência de uma correlação entre o SWLS e o OARS foi rejeitada.

De forma geral, os resultados finais apontam para uma amostra de idosos com limitações nas capacidades funcionais e cognitivas, traduzindo-se num número pequeno de indivíduos pouco afectados nestas áreas. Os resultados da rede social permitem afirmar que estes idosos possuem uma rede considerada como satisfatória. No entanto Os níveis de Satisfação com a Vida apontam para níveis baixos.

As associações efectuadas apontam para a inexistência de relação entre os recursos sociais, económicos, actividades da vida diária, saúde física e mental e a Satisfação com a Vida. Parece portanto que a satisfação com os membros da rede social avaliada neste estudo não se constitui como um dos domínios da Satisfação com a vida.

Porém, apesar dos dados poderem ser úteis e relevantes, o tamanho reduzido e não representativo da amostra conduz a uma limitação da sua aplicação, não podendo ser generalizados a outras populações. Pelo que, assim, dá-se o mote a uma possível futura investigação com uma amostra maior e de proveniência mais variada, para que se torne mais representativa da população portuguesa.

Desta forma, a qualidade das limitações desta investigação, induz a que a mesma não se encerre nestes resultados, ambicionando, a presente investigação, a ser um impulso para o estudo e trabalho com os idosos institucionalizados, no sentido de promover a sua Satisfação com a Vida.

Reitera-se assim, uma sugestão que, não sendo inédita, se pensa ser de extrema importância nesta temática: é imperioso continuar a pesquisa neste domínio.

BIBLIOGRAFIA

- Baltes M, Silvenberg S. (1995). A dinâmica dependência-autonomia no curso da vida. In: Neri A, editor. *Psicologia do envelhecimento*. Campinas: Papyrus;; p. 73-110 . cap. 3
- Cardão, S (2009). *O Idoso Institucionalizado*. Lisboa : Coisas de Ler.
- Constança Paúl. *Envelhecimento Activo e Redes de Suporte Social-Departamento de Ciências do Comportamento-ICBAS-UP*
- Cutler, S.J., & Hendricks, J. (2001). Emerging social trends. Em R.H. Brinstock &L.K. George (Eds.),*Handbook of aging and the social sciences*(pp. 462-480) California:Academic Press
- Diener , &. Oishi, S.; Lucas, R. E. (2003). Personality., culture and Subjective Well-Being: emotional and cognitive evaluations of life. *Annual Review of Psychology*, n. 54, p.403-425,
- Diener, E. (1994). Assessing subjective well-being: Progress and opportunities. *Social Indicators Social Indicators R*, 31, 103-157. Research Duarte Y, Pavarini S.(1997). Instituições de idosos: qualificação do pessoal. In: *Consenso de Gerontologia*;
- Ferreira, Rodrigues e Nogueira (2006). *Avaliação Multidimensional em Idosos*. 1ª ed. Coimbra: Mar da Palavra – Edições, Lda.
- Figueiredo, D. (2007). *Cuidados familiares ao idoso dependente*. 1ª ed.. Lisboa:Climepsi Editores. 236p. ISBN 978-972-796-276-1;
- Fonseca, A.M (2005). *Desenvolvimento Humano e Envelhecimento*. Lisboa: ClimepsiEditores
- George, L. K. (2010). Still Happy After All These Years: Research Frontiers on Subjective Well-being in Later Life. *Journal of Gerontology: Social Sciences*, 3, 331-339.
- Goldstein, L. L.(1998). "Bem estar subjetivo no idoso". Texto não publicado - *Núcleo de Estudo Avançados em Psicologia do Envelhecimento* - UNICAMP - Campinas, SP,

- Hansson R, Carpenter B. (1994). *Relationships in old age: coping with the challenge of transition*. New York: Guilford Press;.
- Inês Chaves, Assistente Social do Centro Hospitalar de Lisboa (Zona Central) – Hospital Santo António dos Capuchos – Serviços de Neurocirurgia e Neurologia, Licenciada em Serviço Social no Instituto Superior de Serviço Social de Lisboa 1995-2000, Mestranda em Cuidados Paliativos 2ª Edição – Faculdade de Medicina de Lisboa (Fase de elaboração da Dissertação).
- Liliana Sousa, Helena Galante e Daniela Figueiredo; Qualidade de vida e bem-estar dos idosos: um estudo exploratório na população portuguesa -Quality of life and well-being of elderly people: an exploratory study in the Portuguese population *Secção Autónoma de Ciências da Saúde da Universidade de Aveiro. Aveiro, Portugal*
- Neri A, Freire S, organizadores (2000). E por falar em boa velhice. In: *Qual é a idade da velhice?* Campinas: Papirus; p. 7-20
- Organização Mundial de Saúde. (2001). *The world health report*. Geneva.
- Pais Ribeiro, J., & Cummins, R. (2008). O bem-estar pessoal: estudo de validação da versão portuguesa da escala. In: I.Leal, J.Pais-Ribeiro, I. Silva & S.Marques (Edts.). *Actas do 7º congresso nacional de psicologia da saúde* (pp. 505-508). Lisboa: ISPA
- Petersen R. (2006). Guia da Clínica Mayo sobre mal de Alzheimer, Rio de Janeiro: Anima;
- Pocinho, M. (2007). Factores Socioculturais, Depressão e Suicídio no Idoso Alentejano. Porto: ICBAS,.
- Puga Barbosa, R. M. S. (2003). Educação Física Gerontológica: construção sistematicamente vivenciada e desenvolvida. Manaus: Edua,.
- Ramos, M. (2002). Apoio social e saúde entre idosos. *Sociologias*, Porto Alegre, ano 4, nº 7, p. 156-175
- Restak, R.M. Older & wiser (1997). how to maintain peak mental ability for as long as live. New York: Simon & Schuster,.

- Rozario, P., Morrow-Howell, N., & Hinterlong, J. (2004). Role Enhancement or Role Strain: Assessing the Impact of the Multiple Productive Roles on Older Caregiver Wellbeing. *Research on Aging*, 26(4), 413-428.
- Ross, C & Wu, C. (1996). Education, age and the cumulative advantages in health. In: *Journal of Health and Social Behavior*, 37, , p.104-120
- Rowe, J.W; Kahn, R.L. (1998). The structure of successful aging. In: _____ Successful aging. New York: Dell Publishing,. p.36-52.
- Rua, S. (2008). Satisfação com a Vida, Ética e Comportamento Monetário: Idosos e Idosas Pobres a Viver Sós. Universidade de Aveiro Secção Autónoma de Ciências da Saúde: consultado em 03 de Outubro de 2011: ria.ua.pt/bitstream/10773/3271/1/2008001873.pdf
- Schroots, J.; Birren, J., (1980). “ A psychological point of view toward human aging and adaptability”, in *Adaptability and Aging, Proceedings of 9th International Conference of Social Gerontology*, Quebec, Canada, 43-54.
- Sequeira, C. (2007). Cuidar de idosos dependentes. 1^a ed.. Coimbra: Quarteto Editora. 310 p. ISBN 978-989-558-092-7;
- Sousa L, Galante H, Figueiredo D.(2002). EASYcare: um sistema de avaliação de idosos (qualidades psicométricas). *Rev Estat*;26:10-25.
- Starkstein, S. E, Ingram, L. Garau M.L., Mizrahi R. (2005). On the overlap between apathy and depression in dementia. *J Neurol neurosug Psychiatry*, 76, 1070-1074,
- Victor C, Scambler S, Bond J, Bowling A. (2000). Being et al, Alone in later life: loneliness, social isolation and living alone, *Revista Clinica Geronto*,; 10:407

ANEXOS

Anexo 1

		Recursos sociais	Recursos económicos	Saúde mental	Saúde física	avd
Entrevistador -Classificação da escala dos recursos económicos	rho	,393**				
	p	,009				
	N	43				
Entrevistador - Classificação da escala de saúde mental	rho	,433**	,414**			
	p	,004	,006			
	N	43	43			
Entrevistador -Classificação da escala de saúde física	rho	,397**	,113	,333*		
	p	,008	,469	,029		
	N	43	43	43		
Entrevistador -Classificação da escala de avd	rho	,443**	,238	,533**	,732**	
	p	,003	,124	,000	,000	
	N	43	43	43	43	
SWLS total- satisfação com a vida	rho	-,109	-,226	-,140	-,172	-,045
	p	,486	,146	,371	,270	,777
	N	43	43	43	43	43

** . Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

* . Correlation is significant at the 0.05 level (2-tailed).