



UNIVERSIDADE DO ALGARVE

FACULDADE DE CIÊNCIAS HUMANAS E SOCIAIS

DEPARTAMENTO DE PSICOLOGIA

***O APOIO SOCIAL E A QUALIDADE DE VIDA
DOS IDOSOS DO CONCELHO DE FARO***

Carla Maria Godinho Gomes da Silva Correia

Mestrado em Psicologia na especialização em **Psicologia da Saúde**

FARO

2009



UNIVERSIDADE DO ALGARVE

FACULDADE DE CIÊNCIAS HUMANAS E SOCIAIS

DEPARTAMENTO DE PSICOLOGIA

***O APOIO SOCIAL E A QUALIDADE DE VIDA
DOS IDOSOS DO CONCELHO DE FARO***

Carla Maria Godinho Gomes da Silva Correia

Mestrado em Psicologia na especialização em **Psicologia da Saúde**

FARO

2009

NOME: Carla Maria Godinho Gomes da Silva Correia

DEPARTAMENTO: Departamento de Psicologia da Faculdade de Ciências Humanas e Sociais da Universidade do Algarve

ORIENTADORA: Professora Doutora Cristina Nunes

TÍTULO DA DISSERTAÇÃO:

***O APOIO SOCIAL E A QUALIDADE DE VIDA DOS IDOSOS DO
CONCELHO DE FARO***

JÚRI:

Presidente: Doutora **Ida Manuel de Freitas Andrade Timóteo Lemos**, Professora Auxiliar da Faculdade de Ciências Humanas e Sociais da Universidade do Algarve

Vogais: Doutora **Maria Cristina de Oliveira Salgado Nunes**, Professora Auxiliar da Faculdade de Ciências Humanas e Sociais da Universidade do Algarve, na qualidade de orientadora;

Doutora **Maria Cristina Campos de Sousa Faria**, Professora Adjunta da Escola Superior de Educação do Instituto Politécnico de Beja.

O homem chega inexperiente a cada idade da vida.

Sébastien-Roch Chamfort

AGRADECIMENTOS

Aos meus pais pelo exemplo de coragem.

Por eles a escolha do tema, e para eles a certeza de que poderão sempre contar com o meu amor, e respeito pelas suas decisões.

Ao meu marido pelo incentivo.

Às minhas colegas de mestrado e de trabalho, Felizarda, Júlia, Isabel e Vera, pelo apoio nos momentos difíceis e pela constante partilha de saberes e informações.

Aos meus colegas da Unidade de Cuidados Intensivos Polivalente, que sempre que precisei de tempo para a concretização deste estudo, se mostraram disponíveis.

Às instituições onde se realizou a colheita de dados, nomeadamente, Centro de Saúde de Faro, Associação de Reformados, Pensionistas e Idosos do Concelho de Faro e Lar de 3ª Idade “O Cantinho do Avô”, que prontamente se disponibilizaram a colaborar.

Aos *seniores* que acederam participar, de forma humilde e sincera, e que tornaram este estudo possível.

À Professora Doutora Cristina Nunes, orientadora deste estudo, que esteve sempre presente nas alturas certas, com conselhos realistas e encorajadores.

A todos eles, o meu sincero obrigado.

RESUMO

Envelhecer é um processo contínuo e inevitável, com o qual todos nós nos deparamos diariamente e em Portugal, bem como noutros países, tem vindo a aumentar a preocupação com a forma como se envelhece.

Uma vida com qualidade para os idosos do futuro poderá passar por um estilo de vida saudável, pelo sentimento de viver em segurança e sobretudo pela manutenção da participação social. A percepção do suporte social, definida enquanto expectativas de que o apoio ou o suporte existirá se dele necessitarmos, tem-se revelado um factor mediador do impacte das situações perturbadoras ou adversas no bem-estar físico e emocional, pelo que investigar sobre a rede social de apoio e a forma como esta interfere na qualidade de vida e bem-estar do idoso, pareceu-nos assim relevante.

Tratou-se de um estudo realizado segundo a metodologia quantitativa, não-experimental, descritivo e exploratório. Através do método de amostragem não aleatória intencional e por conveniência, seleccionou-se uma pequena amostra de 40 indivíduos de entre a população idosa do concelho de Faro, que deveriam ter assim idade superior a 65 anos, ser reformados e não apresentar diminuição cognitiva grave.

Embora os inquiridos estudados recebessem apoio, fosse ele formal ou informal, e apesar de demonstrarem graus de satisfação elevados, face aos mesmos, apenas perceberam a sua qualidade de vida como razoável, não se verificando diferenças significativas entre estes e aqueles que não usufruíam de qualquer tipo de apoio. A influenciar os resultados poderá ter estado o facto de a amostra se apresentar consideravelmente deprimida.

Torna-se assim, hoje indispensável, equacionar a organização e a prestação de cuidados a um grupo etário que, necessariamente, vai ter de enfrentar situações de dependência acrescidas, relacionadas com um aumento da prevalência de doenças crónicas, e, conseqüentemente, com necessidades acrescidas de apoios, tanto a nível pessoal, como de saúde.

Palavras-chave: Envelhecimento, apoio social, qualidade de vida

ABSTRACT

The Social Support and Quality of Life of the elderly in Faro

Aging is a continuous and inevitable process that we encounter in our daily life, therefore, in Portugal as in other countries, the concern on how to age has been growing. The future quality of life for the elderly will be defined by healthy lifestyle, safety and essentially, by maintaining social participation.

The perception of social support as expected to exist if needed, has revealed, itself an balance factor on the impact of distressing situations on the emotional and physical well being. Therefore, investigating the social network backup and its impact on quality of life and well being of the elderly seemed to be rather important.

This is a non experimental and descriptive study, thar followed the quantitative methodology. Through the non random, intentional and convenient sampling, a small sample of 40 individuals of the elderly population of Faro, over 65 years, retired and without severe cognitive diminution, was selected.

Although the enquired received formal or informal support and in spite of showing high level of satisfaction, concerning these supports, they only considered their quality of life as satisfactory, showing no major difference between those who receive support and the ones that don't. The fact that the members of this sample were highly depressed might have influenced these results.

Therefore it is indispensable today to equate the organization and provision of care services to an age group that, necessarily, will encounter situations of growing dependence, related to the increase of chronic diseases and, consequently, the growing need of support, personal and health wise.

Key-words: Aging, social support, quality of life.

ÍNDICE

1-INTRODUÇÃO	1
2- O ENVELHECIMENTO	4
2.1- O envelhecimento físico e sensorial	5
2.2- O envelhecimento cognitivo e psicológico	9
3- O IDOSO NA SOCIEDADE	12
3.1- O Idoso e a Família	13
3.2- A Reforma	15
3.3- Depressão e Solidão	17
4- REDES DE SUPORTE SOCIAL	21
4.1- O Apoio Social	23
5-QUALIDADE DE VIDA E BEM-ESTAR SUBJECTIVO	28
6 – DEFINIÇÃO DO PROBLEMA	34
7– OBJECTIVOS DO ESTUDO	35
8 - METODOLOGIA	36
8.1- Amostra	36
8.2- Procedimentos na colheita de dados e instrumento utilizado	37
8.3- Procedimento no tratamento dos dados	44
9– RESULTADOS	45
9.1- Caracterização sócio-demográfica da amostra	46
9.2 – Caracterização da amostra segundo a EASYcare	57
9.3 – Qualidade de vida percebida pela amostra	61
10 – RELAÇÕES ENTRE AS VARIÁVEIS	64
11- SÍNTESE DOS RESULTADOS	80
12- DISCUSSÃO DOS RESULTADOS	84
13- CONCLUSÕES	89

14- REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS 91

ANEXOS

Anexo A – Pedidos de autorização para aplicação do instrumento de colheita de dados

Anexo B – Consentimento informado

Anexo C – EASY-care (Elderly Assessment System / Sistema de Avaliação de Idosos)

Anexo D – WHOQOL-bref (World Health Organization Quality of Life-bref)

Anexo E – Dados sócio-demográficos

Anexo F – Teste do Qui-Quadrado entre a Escala Geriátrica da Depressão e as variáveis sócio-demográficas

ÍNDICE DE TABELAS

Tabela 1: Distribuição segundo a idade.....	46
Tabela 2: Distribuição segundo a idade da reforma	49
Tabela 3: Medidas descritivas das Dimensões da EASYcare	59
Tabela 4: Tabela de frequências da Escala Geriátrica da Depressão	60
Tabela 5: Tabela de frequências da Escala Geriátrica da Depressão em função do Sexo e Idade	60
Tabela 6: Tabela de frequências relativas ao Teste de Diminuição Cognitiva.....	61
Tabela 7: Medidas descritivas dos Domínios do WHOQOL-bref	63
Tabela 8: Correlações de Spearman entre as dimensões da EASYcare e os domínios do WHOQOL-bref.....	65
Tabela 9: Teste de Kruskal-Wallis entre as dimensões da EASYcare e o grau de satisfação com as ajudas	66
Tabela 10: Teste de Kruskal-Wallis entre os domínios do WHOQOL-bref e o grau de satisfação com as ajudas	67
Tabela 11: Teste de Mann-Whitney entre as variáveis sócio-demográficas e a Percepção da Qualidade de Vida e Saúde.....	68
Tabela 12: Médias obtidas na variável Faixa Etária em função da Percepção de Qualidade de Vida.....	69
Tabela 13: Médias obtidas na variável Passatempo em função da dimensão Défice na Qualidade de Vida Percebida	69
Tabela 14: Teste de Kruskal-Wallis entre as variáveis sócio-demográficas e a Percepção da Qualidade de Vida e Saúde.....	70
Tabela 15: Médias obtidas na variável Profissão que exercia em função do domínio na Qualidade de Vida Percebida	70
Tabela 16: Teste de Mann-Whitney entre as variáveis sócio-demográficas e as dimensões da EASYcare	71
Tabela 17: Médias obtidas nas variáveis Idade, Idade da Reforma e Acesso a Apoio em função das dimensões Défice Sensorial, Défice Funcional e Défice na Mobilidade	72
Tabela 18: Teste de Kruskal-Wallis entre as variáveis sócio-demográficas e as dimensões da EASYcare	73
Tabela 19: Médias obtidas na variável Profissão que exercia em função das dimensões Défice Funcional e Incapacidade Total	73
Tabela 20: Teste de Mann-Whitney entre as variáveis sócio-demográficas e os domínios do WHOQOL-bref.....	74

Tabela 21: Médias obtidas nas variáveis Acesso a Apoio, Acesso a Ajuda Emocional e Acesso a Ajuda Funcional em função dos domínios Físico e Relações Sociais	75
Tabela 22: Teste de Kruskal-Wallis entre as variáveis sócio-demográficas e os domínios do WHOQOL-bref.....	75
Tabela 23: Teste de Mann-Whitney entre a Escala Geriátrica da Depressão (EGD) e as dimensões da EASYcare	76
Tabela 24: Médias obtidas na Escala Geriátrica da Depressão (EGD) em função da dimensão Défice na Qualidade de Vida Percebida.....	76
Tabela 25: Teste de Mann-Whitney entre a Escala Geriátrica da Depressão (EGD) e os domínios da WHOQOL-bref	77
Tabela 26: Médias obtidas na Escala Geriátrica da Depressão (EGD) em função da Percepção de Qualidade de Vida e Satisfação com a Saúde	77
Tabela 27: Teste de Mann-Whitney entre o Teste da Diminuição Cognitiva (TDC) e as dimensões da EASYcare	78
Tabela 28: Teste de Mann-Whitney entre o Teste da Diminuição Cognitiva (TDC) e os domínios do WHOQOL-bref.....	78
Tabela 29: Tabela de frequências e Teste do Qui-Quadrado entre o Teste da Diminuição Cognitiva (TDC) e o Sexo, Idade e Depressão.....	79

INDICE DE QUADROS

Quadro 1: Novas denominações das dimensões da escala EASYcare.....	41
Quadro 2: Domínios do WHOQOL-bref	43
Quadro 3: Distribuição segundo as habilitações literárias	49
Quadro 4: Distribuição segundo a profissão que exercia.....	50
Quadro 5: Distribuição segundo o tipo de passatempo.....	51
Quadro 6: Distribuição segundo a identidade dos prestadores de apoio financeiro	55
Quadro 7: Frequências obtidas no item Percepção da Qualidade da Saúde da dimensão Défice na Qualidade de Vida Percebida	57
Quadro 8: Frequências obtidas no item Percepção da Qualidade da Saúde da dimensão Défice na Qualidade de Vida Percebida	58

INDICE DE FIGURAS

Figura 1: Representação gráfica segundo o sexo	46
Figura 2: Representação gráfica da distribuição segundo o estado civil.....	47
Figura 3: Representação gráfica da distribuição segundo o número de filhos.....	47
Figura 4: Representação gráfica da distribuição segundo a proximidade da habitação dos filhos	48
Figura 5: Representação gráfica da distribuição segundo com quem vive	48
Figura 6: Representação gráfica da distribuição segundo o exercício de um passatempo.	51
Figura 7: Representação gráfica da distribuição segundo o tipo de apoio recebido	52
Figura 8: Representação gráfica da distribuição segundo a existência de ajuda emocional.	52
Figura 9: Representação gráfica da distribuição segundo a identidade dos prestadores da ajuda emocional.....	53
Figura 10: Representação gráfica da distribuição segundo o grau de satisfação com o apoio emocional recebido.....	53
Figura 11: Representação gráfica da distribuição segundo a existência de ajuda funcional	54
Figura 12: Representação gráfica da distribuição segundo o grau de satisfação com a ajuda funcional recebida.....	54
Figura 13: Representação gráfica da distribuição segundo a existência de apoio financeiro	55
Figura 14: Representação gráfica da distribuição segundo o grau de satisfação relativamente à ajuda financeira recebida	56
Figura 15: Representação gráfica da distribuição segundo o grau de satisfação global	56

1-INTRODUÇÃO

Portugal, à semelhança de outros países ocidentais e desenvolvidos, acelerou recentemente o processo de envelhecimento como resultado da diminuição da fecundidade e do aumento da longevidade.

Em Portugal, a proporção de pessoas com 65 anos ou mais duplicou nos últimos quarenta anos, passando de 8% em 1960, para 16% em 2001. De acordo com as projecções demográficas mais recentes, estima-se que em 2050, esta proporção represente 32% do total da população portuguesa (INE, 2002).

No concelho de Faro, à semelhança do que acontece no resto do país, a tendência para o envelhecimento da população mantém-se, estimando-se que aproximadamente 16% da população residente tenha idade igual ou superior a 65 anos (Ambifaro, 2004).

Envelhecer é pois um processo contínuo e inevitável, com o qual todos nós nos deparamos diariamente. Contudo, e infelizmente, o fenómeno do envelhecimento está, actualmente conotado com sentimentos negativos de solidão, isolamento, desapego, falta de identidade de papéis, acabando por, frequentemente, prevalecer a ideia de velhice como problema e do envelhecimento da população como uma ameaça para o equilíbrio da sociedade. Desta forma, muita da complexidade e dificuldade de aproximação às noções de velhice e envelhecimento, vem da sua actual carga afectiva e consequente representação: “o velho não é uma categoria biológica mas uma categoria social que toma um sentido diferente segundo as épocas” (Bour citado em Jerónimo, 2005, 16).

Em Portugal, bem como noutros países, tem vindo a aumentar a preocupação com a forma como se envelhece após a cessação da actividade profissional. Têm aumentado o número de estudos sobre a qualidade de vida dos idosos, na sua vertente multidimensional, e sobre as relações que estabelecem, formais e informais, e a forma como se vêem na sociedade e no seio da família.

Fonseca (2006), num estudo sobre o processo de transição e adaptação à reforma, observou que nos primeiros anos após a mesma, os indivíduos vivem razoavelmente satisfeitos, aproveitando, na medida do possível, as actividades e as relações que as condições pessoais lhes permitem. Observa-se contudo, com o avanço da idade, uma

vulnerabilidade e um desligamento crescentes, sugerindo que os efeitos do envelhecimento são mais determinantes sob o ponto de vista psicológico do que os efeitos directamente ligados à reforma.

Com as famílias a decrescer em dimensão e em estabilidade, com cada vez mais mulheres a desenvolver actividade profissional fora de casa, com as casas cada vez mais pequenas e mais distantes, quer do local de trabalho, quer do local de residência dos familiares mais idosos, e com um número crescente de pessoas mais velhas vivendo sós, são cada vez mais frequentes as situações de exclusão social. Em 2003, Sousa e Figueiredo, investigaram os graus de dependência entre idosos com idade igual ou superior a 75 anos, tendo verificado que, a maioria é ainda independente ou parcialmente dependente. Puderam ainda constatar, à semelhança de outros estudos, que, na terceira idade, independência e percepção de qualidade de vida elevada, estão intimamente ligadas.

Torna-se assim indispensável equacionar a organização e a prestação de cuidados a um grupo etário que, necessariamente, vai ter de enfrentar situações de dependência acrescidas, relacionadas com um aumento da prevalência de doenças crónicas, e, consequentemente, com necessidades acrescidas de apoios, tanto a nível pessoal, como de saúde. Face a estas realidades, a OMS definiu, em 2002, como meta para a primeira década do século XXI, o *Envelhecimento Activo* ou *Envelhecimento Bem Sucedido*. Este conceito define-se como um processo de optimização de oportunidades para a saúde, participação e segurança, no sentido de aumentar a qualidade de vida durante o envelhecimento (Paúl & Fonseca, 2005). Neste contexto, a qualidade de vida no idoso, surge como um conceito multidimensional que engloba várias vertentes, objectivas e mensuráveis, como o funcionamento fisiológico ou a manutenção das actividades de vida diária (AVD), bem como outras, mais subjectivas, como a satisfação de vida, as quais traduzem um balanço entre as expectativas e os objectivos alcançados (Gonçalves, Martin, Guedes, Cabral-Pinto & Fonseca, 2006). A qualidade de vida na velhice tem sido assim, frequentemente associada a questões de dependência-independência, como foi já referido anteriormente, estando esta relacionada, por um lado com alterações biológicas e por outro com mudanças nas exigências sociais, parecendo esta última ter um peso extremamente importante na primeira (Sousa, Galante & Figueiredo, 2003). Sousa, Galante e Figueiredo (2003), num estudo em que investigaram a qualidade de vida e o bem-estar dos idosos, puderam mais uma vez constatar a íntima relação existente entre qualidade de vida percebida e independência.

Este facto constitui sem dúvida um alerta para todos os profissionais, de saúde e outros, ligados à terceira idade, uma vez que a intervenção ao nível da autonomia e qualidade de vida são princípios centrais nos cuidados de saúde e acção social aos idosos.

Uma vida com qualidade para os idosos do futuro (que somos afinal, nós) poderá passar por um estilo de vida saudável, pelo sentimento de viver em segurança e sobretudo pela manutenção da participação social, nas suas diversas formas, desde trocas interpessoais significativas, até ao exercício dos direitos e deveres de cidadania, estendendo a participação às estruturas e associações comunitárias.

De facto, a percepção do suporte social, definida enquanto expectativas de que o apoio ou o suporte existirá se dele necessitarmos, tem-se revelado um factor mediador do impacto das situações perturbadoras ou adversas no bem-estar físico e emocional. Para a grande maioria dos investigadores, parece evidente que o suporte social tende a aumentar a auto-estima, o humor positivo, a visão optimista da vida e a diminuir sensações de stress e sentimentos de solidão e fracasso (Pinheiro e Ferreira, 2002). Os estudos realizados mostram que, se compararmos indivíduos idosos que ainda exercem a sua profissão, com os que já estão reformados, estes últimos tendem a apresentar, com maior frequência, doença física, redução de mobilidade e perturbações psíquicas (Fonseca e Paúl, 2004).

O estudo da forma como os idosos vivem, como se vêm numa sociedade cada vez mais consumista e materialista, e ainda o modo como nela sobrevivem e as relações que estabelecem, continua a ser um tema actual e pertinente, já que, e cada vez mais, há que desenvolver meios que satisfaçam as crescentes necessidades de um grupo etário, também ele em franca ascensão. Estes deverão assim ser, uma prioridade governamental, mas também individual, uma vez que um envelhecimento bem sucedido passará, sobretudo pela adopção, hoje, de estilos de vida mais saudáveis, para que o amanhã nos possa, eventualmente, sorrir durante mais tempo.

Como indivíduos gregários e sociais que somos, mantermo-nos activos na sociedade, reveste-se de um carácter vital, que mais se evidencia na velhice, pelo que investigar sobre **a forma como o apoio social interfere na qualidade de vida** e bem-estar do idoso, parece-nos assim relevante.

2- O ENVELHECIMENTO

O processo de envelhecimento está geneticamente programado. À medida que a idade da velhice se aproxima, um declínio marcante nas capacidades físicas começa a verificar-se, variando o advento e o índice de decadência de sistema orgânico para sistema orgânico, de indivíduo para indivíduo.

Em psicologia da saúde utilizam-se frequentemente dois tipos de conceitos relativamente ao envelhecimento: o *envelhecimento primário*, que diz respeito a todas as mudanças físicas irreversíveis e universais que todos os indivíduos experimentam, com o decorrer dos anos; e o *envelhecimento secundário*, que é o resultado de hábitos de saúde, de mudanças físicas que ocorrem como resultado de doenças ou de outros factores comuns da idade, mas que não são inevitáveis.

Sob o ponto de vista biopsicossocial a idade verdadeira de uma pessoa é mais do que a idade cronológica, ela é a soma dos factores biológicos, psicológicos e sociais que a levam ao ponto em que se encontra no ciclo de vida (Straub, 2005). Birren e Cuningham (citados por Fontaine, 2000) consideram, inclusivamente, existirem três idades diferentes: a idade biológica, a idade social e a idade psicológica. A idade biológica refere-se ao envelhecimento do ponto de vista orgânico. Cada órgão, ao longo da vida, sofre modificações que interferem no seu funcionamento, tornando-se a capacidade de auto-regulação também menos eficaz, sendo certo contudo, que os órgãos e sistemas não envelhecem todos ao mesmo ritmo, nem sequer de forma igual em todos os indivíduos. A idade social refere-se ao papel desempenhado, aos estatutos e aos hábitos da pessoa, enquanto membro da sociedade, e à sua relação com a mesma. Por fim, a idade psicológica tem a ver com as competências comportamentais adquiridas e usadas para fazer face às mudanças no ambiente. Estas incluem competências intelectuais, mnésicas e motivacionais, sendo que, uma boa manutenção das mesmas permite uma melhor auto-estima e a conservação de um elevado grau de controlo e autonomia (Fontaine, 2000). A evolução, positiva ou negativa, ao longo do processo de envelhecimento dependerá assim de muitos factores, tais como a herança genética, as experiências de vida passadas e a forma como foram vividas, hábitos de vida saudável ou a presença de doença, entre outros.

Desta forma, o tipo de vida que se viveu determina, sem dúvida, a forma como se envelhece, tendo cada pessoa um ritmo e padrão de envelhecimento semelhante a muitas outras, mas ainda assim distintos em certos traços e características. Por outro lado, também a expectativa social e a pressão cultural, actuando em conjunto, forçam, frequentemente, a um reajustamento da forma de vida, antes que haja uma necessidade pessoal, ou o declínio do corpo e da mente assim o exijam (Pikunas, 1981).

2.1- O envelhecimento físico e sensorial

O envelhecimento biológico traz consigo mudanças relacionadas quer com a aparência física, quer sensório-perceptivas, quer ainda relacionadas com a agilidade física e a força.

No processo de envelhecimento verificam-se determinadas alterações fisiológicas inevitáveis, que interferem na capacidade funcional e motora, embora tal possa variar, de indivíduo para indivíduo, na altura e na forma como o fazem. Após os 60 anos o ritmo de perda de fibras musculares aumenta o que leva a uma atrofia e perda da força muscular, acompanhada também de uma perda de elasticidade, levando esse facto a uma diminuição da capacidade de produzir força máxima, lentidão gradual de movimentos, dificuldades na realização de tarefas que exijam coordenação motora fina e baixa tolerância ao esforço nas tarefas prolongadas (Vandervoort, 1998). Por outro lado, as mudanças nos hábitos quotidianos, tais como o sedentarismo e a diminuição da actividade física, propiciam ainda uma maior debilidade e fadiga muscular no idoso.

Paralelamente às alterações musculares, a capacidade aeróbica tende também a diminuir levando a um descondicionamento cardio-respiratório, tendo como consequência o declínio funcional e da mobilidade. Estima-se que dos 20 aos 70 de idade, a capacidade respiratória pode diminuir até 40% (Straub, 2005). Alterações na propriocepção, relacionadas com a degeneração dos receptores proprioceptivos, principalmente nas informações proprioceptivas inconscientes dos movimentos articulares, influenciam a capacidade de controlo da precisão, da agilidade e do automatismo dos movimentos corporais (Olney e Culham, 1998). Também uma degeneração das estruturas articulares, torna estas menos flexíveis podendo, conseqüentemente, provocar destabilização biomecânica da marcha e desajustes da mobilidade articular (Vandervoort, 1998).

A perda de massa óssea, mesmo a fisiológica, pode provocar alterações posturais tais como aumento da cifose, protusão dos ombros e do pescoço ou diminuição da estatura, alterações essas que podem interferir com a marcha e provocar dificuldade na realização de actividades funcionais (Olney e Culham, 1998). A perda de massa óssea assume um carácter preocupante, sobretudo nas mulheres, após a menopausa.

Os sistemas nervoso central e periférico sofrem também alterações, sendo que, a diminuição dos neurotransmissores cerebrais, relacionada com a atrofia cerebral, com a perda do número de células neuronais e com alterações dos componentes bioquímicos do tecido cerebral, representa uma das alterações mais importantes decorrentes do envelhecimento, interferindo também na função motora, na medida em que cria dificuldades, sobretudo no desempenho motor que requeira destreza motora rápida (ex. evitar uma queda) (Olney e Culham, 1998). Por outro lado, o sistema vestibular, que também participa no controlo do equilíbrio, sofre um declínio gradual. Aos 75 anos pode existir já uma perda de 40% da função vestibular. A deterioração vestibular, associada à diminuição da sensação periférica e da propriocepção, contribui para a instabilidade postural do idoso, sobretudo de olhos fechados (Vandervoort, 1998).

Também alterações relacionadas com a visão, nomeadamente presbiopia, diminuição da velocidade de adaptação ao escuro e o aumento do limiar da percepção luminosa, interferem no desempenho motor do indivíduo. A visão representa um importante mecanismo de controlo postural, quando os outros sistemas de controlo do equilíbrio estão prejudicados com a idade (Vandervoort, 1998).

Podemos assim concluir, em função do que foi referido anteriormente, que a realização de uma tarefa, de maneira desejável, envolve a participação adequada das funções cognitivas, motoras e psicológicas.

Estudos clínicos mostram, no entanto, que o envelhecimento biológico pode abrandar o seu ritmo ao executar-se actividades atléticas bem controladas (Pikunas, 1981). De facto, a nossa vitalidade física é uma das manifestações mais modificáveis no envelhecimento. A prática de exercício físico torna-se assim extremamente importante. Os mais importantes para manter a vitalidade física são os exercícios aeróbicos uma vez que melhoram a capacidade respiratória e promovem uma maior oxigenação cerebral, além de que preservam a força muscular e aumentam a densidade óssea. Por outro lado, os exercícios com pesos são particularmente proveitosos visto ajudarem a manter a independência nas tarefas do dia-a-dia (Straub, 2005).

O envelhecimento pode também acarretar alterações frequentes a nível sensorial (demonstrou-se anteriormente como alterações ao nível da visão e do sistema vestibular podem influenciar a capacidade funcional). De facto, com a idade, o sistema visual sofre alterações em cada um dos níveis de processamento de imagem. O cristalino endurece e perde flexibilidade, com conseqüente redução da capacidade de acomodação e portanto da focalização de imagens a curtas distâncias. Esta alteração denominada de presbiopia, e referida já anteriormente, representa o motivo mais frequente para o uso de óculos de leitura (Feitosa, 2001). Por outro lado, os músculos responsáveis pela dilatação e contracção da pupila perdem também a sua eficácia pelo que o tempo de resposta para mudanças de iluminação aumenta, podendo contribuir para dificuldades de adaptação a alterações, bruscas ou não, das condições de iluminação (Feitosa, 2001). Os mais idosos podem também sofrer de cataratas, que reduz a transparência do cristalino, ou glaucoma, isto é, aumento da pressão do fluído intra-ocular, comprometendo, ambas as situações, a capacidade de visão. Uma função visual também particularmente afectada é a acuidade visual, isto é, a capacidade de discernir detalhes finos, embora diversos estudos mostrem uma diminuição gradual da acuidade visual já a partir da terceira década de vida (Kline e Schieber, 1981, citados por Feitosa, 2001). A visão ocupa, sem dúvida, um papel privilegiado na forma como as pessoas percebem o mundo à sua volta, estando envolvida numa série de fenómenos perceptuais e complexos inerentemente polissensoriais. Um desses fenómenos é a percepção da fala, já que esta inclui processamento não só auditivo mas também visual, associado à movimentação facial produzida pelo emissor (Schiffman, 1996, citado por Feitosa, 2001). Será assim fácil concluir, que a incapacidade para lidar satisfatoriamente com aspectos visuais do quotidiano poderá, também, levar ao isolamento social do idoso.

No que respeita à audição, verifica-se também com o envelhecimento, uma elevação progressiva do limiar para tons puros, bem como uma perda de audição progressiva em todas as frequências (presbiacusia) com conseqüente dificuldade para a percepção da fala, em grau moderado, quando a fala é ouvida em condições ideais, mas em grau elevado quando a fala é ouvida na presença de outros tipos de som (Feitosa, 2001). A perda gradual da audição com a idade tem assim várias dimensões perceptuais, levando a crescente dificuldade na comunicação oral, tendo ainda implicações para o isolamento social e para a saúde mental do idoso. A diminuição da acuidade visual e auditiva, associada ao envelhecimento, tem com conseqüência uma espécie de privação sensorial

que limita as estimulações ambientais, necessárias às actividades cognitivas (Fontaine, 2000).

Por outro lado, olfacto e paladar podem também sofrer alterações indissociáveis já que, a língua apenas reconhece os sabores doces, salgado, amargo e azedo, se o sentido olfactivo estiver também presente. A redução da sensibilidade ao nível destes dois sentidos pode contribuir para a perda de apetite e desnutrição, uma vez que a atractividade pelos alimentos é função conjunta das sensações olfactiva e degustativa. Por outro lado, a deficiência olfactiva no idoso, por si só, pode implicar maior dificuldade na detecção e julgamento da intensidade de odores que podem alertar para condições de perigo, nomeadamente gás doméstico, fumo ou comida estragada.

A maioria dos adultos mais velhos, encara, no entanto, estas mudanças sem problemas de maior, sendo este aspecto especialmente verdadeiro em adultos que envelhecem de forma satisfatória do ponto de vista psico-social (Troll e Skaff, 1997, citado por Straub, 2005). O que na verdade preocupa os mais velhos não são, na realidade, tanto as mudanças associadas ao aspecto físico mas sim a dependência de terceiros, (devido ao declínio físico e mental), o isolamento e a solidão (Straub, 2005), uma manifestação clara, sem idade, da necessidade de permanecermos intelectualmente activos e socialmente conectados aos outros.

A OMS (2001) realça a importância da capacidade funcional e independência do idoso como factores preponderantes para o seu diagnóstico de saúde física e mental. Neri (2000) define independência funcional como a capacidade de realizar algo com os seus próprios meios. Autonomia, por seu turno, é a capacidade de decisão e comando sobre as suas acções, independência moral e liberdade para satisfazer as suas necessidades.

A dependência acentuada, associada a um elevado grau de incapacidade funcional, não constitui um facto universal na velhice, como podemos facilmente constatar no nosso dia-a-dia. Estudos epidemiológicos mostram que apenas 4% dos idosos com mais de 65 anos, 13% dos que têm entre 65 e 74 anos e 25% dos que têm mais de 85, apresentam incapacidade acentuada ou alto grau de dependência (Chaimowicz, 1997).

O conceito de capacidade funcional surge assim como um conceito bastante complexo, abrangendo outros como os de deficiência, incapacidade, desvantagem, bem como os de autonomia e independência, trabalhando-se, contudo, na prática, com o conceito de capacidade/incapacidade.

A avaliação funcional consiste na observação e mensuração da capacidade de realização das tarefas básicas de vida diária, ou seja, num sentido mais restrito, avalia a

habilidade de uma pessoa para cumprir com as suas responsabilidades diárias e desempenhar tarefas de auto-cuidado. A incapacidade funcional define-se assim, pela presença de dificuldade no desempenho de certos gestos e de certas actividades da vida quotidiana ou mesmo pela impossibilidade de desempenhá-las. Os factores mais fortemente associados com o défice nas capacidades funcionais estão relacionados com a presença de algumas doenças, deficiências ou problemas médicos, sendo esta, no entanto, também fortemente influenciada por factores demográficos, socioeconómicos, culturais e psicossociais.

Comportamentos relacionados com o estilo de vida como fumar, beber, comer excessivamente, fazer exercícios, padecer de stress psicossocial agudo ou crónico, ter senso de auto-eficácia e controle, manter relações sociais e de apoio podem também ser potenciais factores explicativos da capacidade/incapacidade funcional.

Alguns autores (Straub, 2005) chamam a atenção para o facto de que intervenções genéricas nas incapacidades são menos profícuas do que as acções de prevenção, na qual são enfocadas especificamente as doenças incapacitantes. O enfoque destas supõe a necessidade de uma compreensão mais abrangente dos factores que levam à situação de incapacidade.

2.2- O envelhecimento cognitivo e psicológico

É normal o envelhecimento ser acompanhado de um declínio cognitivo.

A afectação da memória de trabalho, os problemas com o aumento do esforço para aprender e recordar e as alterações da eficiência das funções executivas são exemplos de achados que sugerem um ligeiro grau de disfunção cerebral frontal/subcortical no envelhecimento normal. Quando a memória entra em declínio rapidamente, frequentemente é substituída, em parte, pela imaginação, a qual conduz à confabulação, sobretudo quando se tenta relatar eventos recentes. Contudo, essas perdas de memória são frequentemente compensadas pela proliferação de novas conexões neurais, sobretudo nos adultos mais velhos que permanecem física e mentalmente activos e socialmente conectados (Coleman e Flood, 1986, citados por Straub, 2005) A memória para eventos passados é bastante boa, de modo que o idoso refere-se mais frequentemente às experiências remotas do que às recentes (Pikunas, 1985). A falha de memória e a

diminuição de perspectiva são dois factores preponderantes que influenciam não só a orientação, como também a percepção geral de tempo e espaço. O tempo de reacção diminui como resultado directo da perda de neurónios envolvidos na coordenação de reacções musculares, pelo que as pessoas mais velhas levam mais tempo a reagir e a evitar situações de perigo (Straub, 2005).

O tempo parece passar muito mais depressa do que antes e a pessoa idosa tem, muitas vezes, dificuldade em se adaptar às consequentes e inevitáveis mudanças.

Existe uma série de factores que parece influenciar o nível de envelhecimento cognitivo que os indivíduos manifestam com a idade, entre eles, factores genéticos (que explicam 50% da variabilidade cognitiva na terceira idade), a qualidade da saúde, a instrução (que explica também cerca de 30% da variabilidade cognitiva na terceira idade), a actividade mental (actividades mentalmente estimulantes melhoram o desempenho cognitivo), personalidade e humor e meio sócio-cultural (os lapsos de memória poderão ser mais severamente julgados quando experimentados por idosos) (Spar e La Rue, 2005).

A prevalência de défice de memória associado à idade (DMAI) tem sido estimada em 85% para indivíduos com mais de 80 anos. Para além do DMAI, podem existir idosos cujas capacidades cognitivas estejam um pouco mais deterioradas do que se esperava para a idade, sem contudo, se considerarem dementes, falando-se nestes casos de défice cognitivo ligeiro (DCL). A área mais afectada nestes casos, é a aprendizagem e a memorização de nova informação, embora nalgumas situações possam coexistir problemas de linguagem, de raciocínio ou das capacidades visuo-espaciais (Cancela, 2007).

No que respeita à inteligência, esta não parece diminuir com a idade. A inteligência fluida, isto é, a capacidade básica de pensar de forma rápida e eficiente e de raciocinar de forma abstracta, tende, de facto, a diminuir na idade adulta tardia. Tal deve-se contudo, à diminuição do tempo de reacção, pelo que pensamento mais lento não significa necessariamente, pensamento menos inteligente. No que respeita à inteligência cristalizada, ou seja, a acumulação de factos, informações, aprendizagem e estratégias de memória que resultam da experiência e da educação, tende a aumentar com a idade, pelo que os adultos mais velhos chegam a superar os adultos mais novos, pelo menos até aos 70 anos (Baltes, 1999, citado por Straub, 2005).

As mudanças ocorridas ao longo de todo o processo de envelhecimento, sejam elas ao nível físico, sensorial ou cognitivo, podem levar a consequências psicológicas e sociais, sobretudo quando parecer velho é um problema na sociedade actual. Para alguns, envelhecer, nos dias de hoje, pode ser uma fase triste da vida. Cada decréscimo ou

limitação física pode produzir mudanças, também ao nível da personalidade. Frequentemente, o habitual decréscimo em termos motivacionais leva a que uma faixa de interesses e actividades se estreite. Por outro lado, embora a amplitude de experiências emocionais e controle de sentimentos e emoções diminua muito, a sensibilidade emocional não diminui. De facto, a irritabilidade afectiva cresce um pouco.

Na actividade profissional, o indivíduo idoso experimenta, normalmente, uma perda de eficiência.

A grande maioria dos idosos, contudo, encara as mudanças na aparência física sem problemas de maior, considerando as suas atitudes, personalidade, valores e identidade, os mesmos de quando eram mais jovens.

3- O IDOSO NA SOCIEDADE

Os aspectos sociais de envelhecimento revestem-se de alguma complexidade já que a nossa auto-imagem muda com as diferentes fases da vida reflectindo esse aspecto crenças culturais e valores sociais em constante mudança. De facto, em tempos idos, os adultos mais velhos eram muito mais estimados do que o são pela comunidade de hoje com os seus estereótipos de idade sobre as pessoas mais velhas (Straub, 2005). Socialmente, e no caso dos mais velhos, a valorização dos estereótipos projecta sobre a velhice uma representação social gerontofóbica e contribui para a imagem que estes têm de si próprios, bem como das circunstâncias e condições que envolvem a velhice. E este problema surge, quando o fenómeno de envelhecer é considerado prejudicial, de menor utilidade ou associado à incapacidade funcional. Berguer (1995, citado por Barros, 2008) identifica sete estereótipos a respeito dos mais velhos: o idoso é uma pessoa doente, infeliz, improdutivo, necessitada de ajuda, conservadora, todos iguais entre si, sofrendo de isolamento e solidão. A maioria destes estereótipos está ligada, não a características específicas do envelhecimento, mas antes a traços de personalidade e a factores socioeconómicos (Martins e Rodrigues, 2003). O que importa assim realçar é o facto destes estarem frequentemente ligados ao desconhecimento do processo de envelhecimento, e poderem, conseqüentemente, influenciar a forma como os indivíduos, em particular, e a sociedade em geral, interagem com a pessoa idosa.

Por outro lado, há também factores que agravam a imagem negativado idoso face a si mesmo (auto-estima e auto-imagem) e face aos outros, como a reforma, o casamento ou a viuvez, a saúde, a sexualidade, a família, a situação económica e financeira, o estatuto socioeconómico, entre outros (Barros, 2008). No entanto, interessa aqui realçar um estudo realizado por Heckhausen, Dixon e Baltes (1989, citados por Fonseca, 2005) o qual mostrou que os indivíduos têm consciência, efectivamente, de que à medida que a idade avança as perdas vão ganhando, progressivamente, terreno aos ganhos. O conjunto de crenças partilhadas pelos participantes deste estudo, parecia, contudo, não influenciar negativamente a sua percepção quanto ao respectivo desenvolvimento psicológico, isto é, apesar dos sujeitos encararem o envelhecimento como um processo ligado a mudanças,

menos desejáveis e menos controláveis do que aquelas que ocorrem ao longo da vida adulta, mantinham o optimismo e a convicção nas potencialidades individuais, contrariando claramente o estereótipo negativo geralmente atribuído à velhice.

Os idosos são excluídos da produção (muitas contra a sua vontade), tornando-se pouco consumidores porque não têm dinheiro, consumindo mais recursos de saúde porque ficam doentes, adoecendo mais porque não têm recursos para a saúde, levando a que uma grande parte dos idosos não viva, mas sobreviva, numa sociedade quase sempre hostil.

Termos como velhos e terceira idade foram sendo substituídos por reformados, idosos, pessoas idosas, veteranos e, mais recentemente o conceito mais comercial de seniores, no entanto, e sobretudo no mundo ocidental, a idade cronológica, a cessação da actividade profissional, a idade associada à dependência, a ausência de projecto, são elementos determinantes para a nossa categorização actual de velhice.

Em todo o caso, torna-se necessário que, quer os próprios idosos, quer a sociedade em si, os ajude a envelhecer criativamente, promovendo as suas capacidades e criando uma cultura de respeito pelos mais velhos, cuidando, simultaneamente, da sua saúde física e psíquica.

3.1- O Idoso e a Família

A desagregação das estruturas familiares e a mudança na forma de vida das sociedades industriais, a emergência de valores individualistas e o trabalho da mulher fora do lar, entre outros, fazem com que seja cada vez maior o número de idosos que não envelhecem no seio da família. Na vida das gerações mais novas, preenchida pelas mais variadas exigências e compromissos, não há, muitas vezes possibilidade ou disponibilidade para cuidar dos idosos quando estes precisam de apoio, restando a estes últimos a ajuda institucional ou ficarem sozinhos em casa, a maior parte do tempo (Dias, 1998). Entre os factores que favoreceram o crescimento isolado das famílias destacam-se a sobrevalorização do modelo de família nuclear, por contraponto ao da família alargada ou de três gerações, a facilitação da mobilidade geográfica dos indivíduos, o acesso da mulher e, conseqüentemente dos dois adultos do agregado familiar, ao mercado de trabalho, a valorização das capacidades e competências pessoais, bem como a exaltação de percursos individuais fortemente competitivos (Alarcão e Sousa, 2007). Por outro lado, nem todas as

família têm uma estrutura pronta para receber um idoso debilitado, nem todos tem uma família grande, às vezes encontramos idosos que vivem sozinhos, pois não têm a quem recorrer, ou porque não tiveram filhos, ou porque estão de relações cortadas com a família, ou então porque estão simplesmente sós. Alguns estabelecem novos elos com os seus amigos ou vizinhos, acabando estes por se tornarem no cuidador, naquele dá apoio.

Existem familiares que, por escolha pessoal ou de maneira praticamente compulsória, acabam por se tornar os únicos cuidadores dos seus familiares idosos, tarefa gratificante e de retribuição, mas também desgastante e fonte de sofrimento. Este cuidador exclusivo, cuja carga horária chega às 24 horas do dia, geralmente é uma mulher da família, ou o próprio cônjuge, que costuma ter que abdicar da sua vida social, do seu trabalho e de cuidar de si mesmo, em prol de destinar cuidados de qualidade para o idoso. Na realidade, a família no seu todo e os seus membros, enquanto indivíduos, precisam de um período de adaptação para aceitar e administrar com serenidade a nova situação, de forma a respeitar as necessidades dos cuidados e evitar que estes se sintam um fardo para os novos cuidadores. Daí a importância do idoso concentrar esforços para, nos mais diversos sentidos, não se entregar à inatividade evitando o mais possível o sentimento de dependência da família, que tanto o aflige.

Nem todos os idosos porém se adaptam facilmente a um quadro que leve à mudança no seu ambiente. As alterações podem levar a uma incapacidade para aceitar uma nova situação, como por exemplo no caso da viuvez, em que além das alterações psíquicas existem também alterações financeiras, mudança por vezes para morar com um filho, perda da sua individualidade e, algumas vezes, o sentimento de inutilidade e de peso para o familiar.

Os idosos carregam frequentemente a expectativa de receberem atenção e cuidados dos filhos e netos no momento em que perderem ou tiverem as suas capacidades diminuídas, sendo este um fantasma constante a perseguir e preocupar os mais velhos. No entanto, segundo Cicirelli (1990, citado por Ramos, 2002), viver com a família pode levar a sentimentos de insatisfação, stress e depressão da pessoa idosa, normalmente relacionados com o sentimento de ser um fardo para aqueles que amam. Este sentimento de ser um fardo verifica-se mais nas sociedades ocidentais, onde a produtividade e a capacidade para retribuir são extremamente valorizadas. Este problema está relacionado com os valores que predominam nestas culturas, valores esses que normalmente não enfatizam os cuidados ao idoso enquanto sujeito individual, assumindo os filhos,

frequentemente, uma atitude paternalista, não considerando os desejos e preferências da pessoa idosa (Ramos, 2002).

Em geral, nas sociedades ocidentais, os idosos preferem viver de forma independente, embora perto dos filhos ou parentes próximos, combinando assim uma certa privacidade com a interação familiar. Viver ou não com os familiares, e sentir-se mais ou menos feliz por isso, muito depende da idade do idoso, da sua saúde ou doença física ou psíquica, das condições económicas, do próprio e da família, das expectativas de uns e de outros. Numa revisão de literatura, Bengston e Treas (1980, citados por Barros, 2008) concluíram que, embora familiares fossem a fonte preferida de ajuda e conforto, se a expectativa de receber assistência dos mesmos era elevada, mais a pessoa idosa se deprimia, se a ajuda não correspondia às suas expectativas.

Um dos efeitos positivos exercidos pela família na saúde dos idosos está relacionado com o facto de que este suporte tende a reduzir os efeitos negativos do stress sobre a saúde mental. Tal verifica-se dado que a ajuda dada ou recebida contribui para o aumento de um sentido de controlo pessoal, tendo uma influência positiva no bem-estar psicológico (Bisconti e Bergeman, 1999, citados por Ramos, 2002). Por outro lado, a revisão da literatura indica que a família tem uma grande importância sócio-emocional, servindo como a maior fonte de suporte emocional, pelo que, de uma maneira geral, os relacionamentos sociais mais importantes envolvem a família e, em menor escala, os amigos (Freire e Rabelo, 2004).

As actuais mudanças nas representações de família das novas gerações exigem formas alternativas de convívio familiar e, conseqüentemente, a reformulação de valores e de conceitos. A reforma, as perdas funcionais e sociais levam muitas vezes o idoso a um quadro depressivo, onde a sua baixa auto estima acaba por desestruturá-lo a ele próprio e à família.

3.2- A Reforma

A reforma teve o poder de modificar a significação da velhice, deixando esta de estar associada, de forma sistemática, à incapacidade funcional. Numa perspectiva desenvolvimental, Cavanaugh (1997, citado por Fonseca, 2006) aborda a experiência da reforma tornando-a como um acontecimento de vida que implica uma transição que

envolve mudanças em vários aspectos da vida e cujo sucesso adaptativo implica uma reorganização na vida pessoal, tendo como objectivo manter ou até melhorar o bem-estar psicológico e social. Desta forma, o momento da reforma e o processo adaptativo que lhe está inerente podem representar oportunidades ao aparecimento de alterações na vida psicológica do indivíduo. Para a maioria das pessoas a reforma não representa apenas o fim da actividade profissional, mas também de um longo período que marcou a vida, definiu hábitos, prioridades, condicionou desejos, podendo ser simultaneamente um momento de libertação e renovação, ou, por outro lado, um momento de sofrimento e perda (Fonseca, 2006).

A ocupação dos tempos livres, seja ela através de actividades programadas ou apenas pela manutenção das relações sociais, surge assim como um aspecto determinante para o sucesso adaptativo a esta nova fase da vida. A selecção de actividades a desenvolver é pois, uma das decisões a tomar na sequência da reforma. Estudos realizados mostram que, se compararmos indivíduos idosos que ainda exercem a sua profissão, com os que já estão reformados, estes últimos tendem a apresentar, com maior frequência, doença física, redução de mobilidade e perturbações psíquicas (Fonseca e Paúl, 2004).

Pode também acontecer que a reforma proporcione o despertar de novos interesses e actividades, embora o envolvimento contextual e o estilo de vida prévio sejam determinantes, residindo aqui a diferença entre aqueles que olham para a reforma como uma mudança e os que a vêem simplesmente como uma paragem (Fonseca, 2006).

Guillemard (1970, citado por Fontaine, 2000) propõe uma classificação para a reforma, baseada em cinco tipos de práticas: a *reforma-retirada*, em que o indivíduo se fecha no seu ser biológico, evidenciando uma limitação do seu campo social e espacial, a sua participação social e a manutenção das actividades produtivas são inexistentes. Podemos falar de “morte social” e em elevado risco para a saúde; a *reforma terceira idade*, em que o indivíduo se integra no tecido social através de actividades produtivas, ocupando esta uma posição central na organização temporal, representando um dos principais centros de interesse; a *reforma de lazer ou família*, em que o indivíduo se integra socialmente através de actividades num contexto familiar ou de lazer. Este tipo de reformado considera desempenhar um papel importante na manutenção da estrutura familiar e, centrado no lazer, realiza actividades culturais e/ou desportivas, passeios e viagens; a *reforma-reivindicação*, em que o indivíduo contesta o estatuto de velho na sociedade. Ele considera que os idosos se deveriam unir, constituir um grupo de pressão e conservar um papel activo, manifestando uma preferência para estabelecer laços sociais com outros

reformados; e, finalmente, a *reforma-participação*, em que o indivíduo ocupa a maioria do seu tempo a ver televisão. Nestes casos, o sentimento de velhice bem sucedida é fraco e o sedentarismo consequente constitui um risco para a saúde. Esta classificação realça claramente, a relação existente entre velhice bem sucedida, grau de participação social e prática de actividades produtivas. De facto, os efeitos psicológicos do "tempo vazio" são prejudiciais a muitos, especialmente aos que têm falta de uma variedade de interesses e passatempos que possam, de alguma forma, substituir o emprego (Pikunas, 1981).

Por outro lado, a falta de instalações recreativas apropriadas aos reformados associada à sensação de que já não são produtivos e, consequentemente, necessários, leva frequentemente a sentimentos de inadequação e depressão, prejudiciais à sua segurança e status.

Um estudo efectuado por Fonseca (2006) revelou existir uma diminuição na satisfação com a vida, mais evidente nos indivíduos com mais de 75 anos e com mais de cinco anos de reforma, tudo indicando que será uma série de factores ligados não propriamente à reforma mas antes ao decurso normal do processo de envelhecimento, que acabaram por condicionar a satisfação com a vida. Esse estudo concluiu ainda que muitos dos aspectos que põem em causa uma adaptação com sucesso à reforma, prendem-se fundamentalmente com o processo de envelhecimento em si, o qual é sempre caracterizado por uma prevalência de perdas sobre ganhos e por um risco acrescido de diminuição de bem-estar psicológico.

Uma das alegrias, mas que pode ser também causa de conflito e preocupação, são os netos, que dão trabalho, mas trazem, frequentemente, novo sentido à vida, sobretudo após a reforma, embora muitos avós tentem hoje envolver-se menos na educação dos netos, para ficarem mais livres.

3.3- Depressão e Solidão

A depressão é considerada actualmente como sendo um dos problemas de saúde mais importantes, afectando pessoas de todas as idades, levando a sentimentos de tristeza e isolamento social e, não pouco frequentemente, ao suicídio. Contudo, é nas idades mais avançadas que ela assume formas incomuns, difíceis de diagnosticar já que, frequentemente, aqueles que convivem habitualmente com idosos associam à idade

avançada a melancolia e a tristeza (devido a perdas económicas, afectivas, sociais ou mesmo doença crónica) não valorizando assim as suas queixas (Simões, 1990). Mas em todos os casos, as pessoas depressivas apresentam mudanças comportamentais e cognitivas características, destacando-se a apatia, a desmotivação ou a sensibilidade unicamente para os factos negativos da vida.

Existem diversos estudos que demonstram que os idosos apresentam, na maioria dos casos, depressões atípicas que não se encaixam nos padrões das classificações existentes (Cohen e Eisdorfer, 1997). Os sintomas iniciais do quadro depressivo no idoso são relativamente inespecíficos, podendo estes apresentar astenia, tristeza e ansiedade, perturbações do sono, desinteresse por actividades ou prazeres habituais. Poderão ocorrer, por outro lado, sintomas mais específicos como depressão do humor ou lentidão psicomotora (Simões, 1990). De facto, o idoso apresenta-se muitas vezes com sintomatologia múltipla e preocupações somáticas, em que a existência de uma doença física concomitante poderá ainda representar mais um factor confusional para o estabelecimento do diagnóstico.

Estudos realizados apontam para uma taxa dupla de depressão para as mulheres (entre 12% e 20%), relativamente aos homens (entre 6% e 10%) (Fontaine, 2000). Por outro lado, a depressão representa um fenómeno importante na pessoa idosa, sem contudo ser específica deste grupo etário, parecendo a ocorrência da mesma estar relacionada com outros factores, nomeadamente a solidão e o luto, e a percepção de preocupação por parte dos outros (familiares ou amigos), e não com a idade enquanto factor isolado (Barroso, 2006; Fontaine, 2000). De facto, na avaliação de um estado depressivo na pessoa idosa, é importante fazer referência ao seu contexto de vida e às respostas do seu ambiente. Um estado depressivo consecutivo a uma viuvez, acontecimento cuja frequência aumenta com a idade, não é comparável a um estado depressivo não associado a factos de vida identificáveis.

Barroso (2006) concluiu ainda, no seu estudo, que os idosos que ocupavam os seus tempos livres, nomeadamente com actividades como a leitura, apresentavam níveis inferiores de depressividade. A prática de exercício físico traz, igualmente, inúmeros benefícios para as pessoas idosas. Retarda o envelhecimento do corpo, estimula o bem-estar social e promove uma boa qualidade de vida. De facto, a depressão é menos frequente naqueles que praticam actividade física regular, sobretudo quando realizada em grupos de pessoas com idade ou patologias semelhantes, verificando-se uma intensa socialização e o surgimento de novos interesses e amizades (Barros, 2008).

Qualquer pessoa, independentemente da idade, precisa de ter alguém, familiar ou amigo, em quem se apoiar. Todos necessitamos de alguém que nos ajude, em caso de doença, na resolução de um qualquer problema, ou, simplesmente para conversar. Um estudo realizado pela DECO-Protteste (2008) à população idosa revelou que uma grande parte dos inquiridos se sente só, sendo que, o apoio que mais desejavam e consideravam portanto mais valioso, era dado pelos cônjuges ou filhos. Segundo Murphy (1982, citado por Barroso, 2006), as pessoas que mantêm uma relação de intimidade com outra serão, de um modo geral, mais capazes de suportar as mudanças e privações a que estão sujeitas, no decorrer do envelhecimento, pelo que idosos solteiros, viúvos ou divorciados apresentam mais sentimentos de solidão. De facto, estudos realizados por Cockerham (1991, citado por Ramos, 2002), as pessoas casadas têm melhor saúde que outras com outros estados civis. Também Wu e Pollard (1998, citados por Ramos, 2002) concluem que o suporte emocional representa a necessidade substancial menos alcançada que os idosos não-casados e sem filhos apresentam, o que, para estes autores representa uma ameaça para a qualidade de vida dos mesmos.

Para além da família, também os amigos proporcionam um elevado conforto social, pelo que a integração numa rede de apoio e a socialização são medidas válidas para controlar o ambiente e manter um óptimo estado de saúde. As relações entre os amigos normalmente voluntárias, são baseadas em trocas informais baseadas no interesse mútuo e necessidades sociais, pelo que estas relações apresentam maiores níveis de reciprocidade que as relações de parentesco (Ramos, 2002). Os amigos parecem assumir uma cumplicidade geracional (mesmo código de valores, dificuldades, receios e dúvidas), para além de proporcionar uma sensação de juventude e independência da família tradicionalmente cuidadora. Segundo Giles e colaboradores (2005), os amigos estimulam os idosos a tomarem conta da sua saúde, atenuando sentimentos de depressão e ansiedade nos momentos difíceis.

Um estudo realizado por Barroso (2006) revelou que os indivíduos que percepcionavam maior preocupação por parte da família ou dos amigos apresentavam menos sentimentos de solidão e depressão. Não será assim surpresa que a os estudos sobre idosos institucionalizados concluam que, na sua esmagadora maioria, apresentem sentimentos de solidão e sintomas depressivos (Fernandes, 1997), já que estes além de estarem separados do seu ambiente familiar habitual, estão também rodeados de pessoas estranhas, frequentemente isolados culturalmente, experimentando a sempre triste sensação de abandono, dependência e inutilidade. Segundo Fernandes (1997), o dia-a-dia no lar é

normalmente marcado por grande isolamento. A coabitação não é garantia de não isolamento. O desenraizamento a que estes foram sujeitos quando foram institucionalizados, produziu rupturas com o modo de vida habitual, sendo difícil arranjar novos amigos, inventar novas actividades ou estabelecer novos laços sociais. Globalmente, a vida social dos idosos, dentro de uma instituição tende a reduzir-se a uma camaradagem forçada. A mudança de ambiente do idoso é geralmente experimentada por este como uma ameaça à sua segurança e integridade (Cardoso e Costa, 2006). A maioria dos idosos resiste assim à ideia de deixar a sua casa, mesmo face a uma realidade de declínio físico e incapacidade para viver de forma independente, sendo tal sentido como uma perda de identidade (Hill, Thorn, Bowling e Morrison, 2002). Segundo Ramos (2002), as pessoas idosas demonstram mais satisfação e bem-estar quando podem viver com cônjuges ou amigos e não quando elas têm de viver com filhos e parentes. Este aspecto está associado à ideia de independência nas relações sociais e pode ser explicado pelo carácter voluntário das relações com pessoas que não são parentes e com os efeitos positivos que esse carácter pode causar. Quando as pessoas podem trocar algo, e, sobretudo, de forma equilibrada, as pessoas não só podem manter as relações sociais, mas também aumentam o seu bem-estar físico e psicológico.

A procura do sentido da vida, ou vontade de significado, representa uma variável cognitivo-afectivo-motivacional muito importante para a qualidade de vida psicológica. A busca de sentido é uma constante em todas as idades mas agudiza-se à medida que envelhecemos. Muitos estudos (Barros, 2008) relacionam a busca do sentido existencial particularmente com a religião e a espiritualidade, visto a maior parte das pessoas, nomeadamente os idosos, aí procurarem resposta para as perguntas mais cruciais.

4- REDES DE SUPORTE SOCIAL

O Homem, como ser bio-psico-social, tem necessidades de diversa ordem, as quais se fazem sentir ao longo dos diferentes estadios do ciclo vital, não lhe retirando a idade, obviamente, essas características de Ser Humano.

A garantia dos meios necessários para que o indivíduo se possa manter autónomo, durante o maior tempo possível, com condições dignas de existência, deverá ser encarado como um direito do idoso e não como uma ajuda ou acto de boa vontade. De facto, a ideia de rede social permite-nos inscrever o idoso, enquanto Ser Humano, não só no contexto familiar como no leque mais alargado dos diferentes sistemas sociais.

Tendo como objectivo dar resposta a estas necessidades, salientam-se dois tipos de rede de suporte social, os quais visam um apoio concreto às pessoas de idade: redes de suporte formais e informais.

Rede Social é assim entendida como o conjunto das relações que se estabelecem entre as pessoas, os grupos formais e informais e o meio envolvente.

Suporte social refere-se ao apoio que os membros de uma rede dão aos indivíduos em caso de necessidade, principalmente ao nível de cuidados de saúde, trabalhos domésticos, ajuda em assuntos administrativos e ajuda financeira. Desta forma, rede de suporte social, seja ela formal ou informal, visa a ajuda concreta às pessoas idosas.

A *Rede Informal* ou *Primária* compreende a rede formada pelos membros da família, pelos vizinhos e pelos amigos, pelo que os vínculos são essencialmente de natureza afectiva. Este tipo de rede pode modificar-se ao longo do tempo, sendo naturalmente sensível à mobilidade espaço-temporal das relações interpessoais (Alarcão e Sousa, 2007). De certa forma, pode ser considerada a rede natural de solidariedade, uma vez que surge espontaneamente na sociedade e se situa no plano individual. A família e a própria sociedade devem exercer influência positiva sobre os indivíduos idosos de forma a proporcionar saúde física e psíquica, e ainda bem-estar social. O ambiente familiar é insubstituível para que o idoso se sinta aceite e dignificado na sua pessoa. Segundo Ribeiro (citado em Alves, 1997), a família representa o espaço e o lugar de partilha que se abre à

comunidade, como célula viva, com os seus valores e a sua missão de acompanhar cada um dos seus membros, ao longo da sua existência.

A *Rede Secundária* pode ser considerada não natural, já que é institucionalizada, situando-se no plano colectivo e dependendo da formação cultural em que se insere. Este tipo de rede surge, por vezes, por incapacidade das redes informais, referidas anteriormente. O seu objectivo essencial é responder a exigências de natureza funcional, fornecendo serviços. Dessa forma, a rede social secundária tende a ter uma duração temporal mais reduzida, pelo que podemos considerar dois tipos de rede secundária: a rede secundária informal, constituída por relações sociais criadas com o objectivo de responder às necessidades precisas ou a fornecer serviços; e a rede secundária formal, constituída por instituições que têm uma existência oficial (Alarcão e Sousa, 2007). Na verdade, o crescimento da população idosa, associado à dificuldade cada vez maior, da família em disponibilizar meios e tempo para prestar apoio aos seus velhos, obriga à programação de formas adequadas de resposta às suas necessidades. As acções a desenvolver, têm necessariamente que ter em conta a adaptação do meio aos condicionalismos do indivíduo. A dimensão social e a qualidade de vida do cidadão idoso têm vindo a constituir uma preocupação por parte dos órgãos governamentais, a qual se tem traduzido em actuações no domínio da protecção social e no reforço da solidariedade social, não só através da criação de um cada vez maior número de medidas de carácter pecuniário, mas também no âmbito dos equipamentos e serviços (Santiago, 1999).

Desta forma, a *rede social pessoal* compreende um número diverso de pessoas que podem, ou não, conhecer-se entre si. Definida como o campo relacional total do indivíduo, a rede social pessoal integra todos aqueles que o mesmo reconhece e qualifica como significativos. Para além do apoio funcional e emocional que a rede pode fornecer, ela representa também um importante elemento de construção da identidade pessoal (Alarcão e Sousa, 2007).

Na maior parte dos casos, o sujeito apoia-se na *rede mista*, isto é, numa rede onde coexistem vínculos informais e vínculos formais.

O tecido social, hoje mais do que nunca, assenta na capacidade pessoal de bastar-se a si próprio, tendo conseguido reduzir ao mínimo as prestações familiares de ajuda aos doentes e dependentes. Tarefas que antes eram desempenhadas pelas redes informais são agora, frequentemente, delegadas nas instituições. Dentro desses recursos institucionais podemos encontrar diferentes opções de resposta de apoio aos idosos e suas famílias nomeadamente os centros de convívio, geralmente ao nível das freguesias ou paróquias,

oferecendo aos idosos dessa área convívio e ocupação do tempo livre, durante algumas horas do dia; os centros de dia que oferecem, à semelhança dos primeiros, convívio e ocupação do tempo livre, mas também alimentação, cuidados de higiene e conforto e tratamento de roupas, permitindo ao idoso conservar-se no seu meio familiar e social; o apoio domiciliário consiste em ajudas prestadas no domicílio, a pessoas em situação de carência, podendo traduzir-se na execução de tarefas várias, estabelecidas segundo as necessidades dessas pessoas. Podem compreender todas as ajudas referidas anteriormente, acrescidas de cuidados de enfermagem ou outros, especializados ou não; o acolhimento familiar, temporário ou permanente de pessoas idosas em famílias consideradas idóneas, e finalmente os lares de 3ª idade, que se pretende sejam estabelecimentos em que sejam desenvolvidas actividades de apoio social a pessoas idosas, através de alojamento colectivo, permanente ou temporário, alimentação, cuidados de higiene, conforto e saúde, fomentando o convívio e propiciando a animação social e a ocupação dos tempos livres (Norma I do Despacho Normativo nº12/98 de 2 de Fevereiro).

Naturalmente que todas as opções referidas anteriormente só atingirão os seus objectivos se se reunirem condições para o desenvolvimento das várias actividades específicas, num ambiente de conforto, respeitando, tanto quanto possível, a individualidade, privacidade e independência da pessoa idosa.

4.1- O Apoio Social

O fenómeno do envelhecimento, em particular nas sociedades ocidentais, tem sido alvo, nas últimas décadas, de inúmeros estudos. Consequentemente, muitas questões se colocam no que respeita às respostas sociais de apoio, presentes e futuras, aos cidadãos idosos.

Apesar de só a partir da década de 70, o apoio social constituir um quadro teórico integrado e consistente, já anteriormente haviam sido efectuados estudos, ligados sobretudo à Saúde Comunitária, que contribuíram de uma forma decisiva para o seu desenvolvimento, sendo hoje possível conhecer os efeitos, sobre a saúde e o bem-estar, de diferentes tipos de relações, passando pelo estudo das redes sociais nos seus aspectos estruturais e funcionais.

Desta forma, o apoio social surge como um conceito interactivo que se refere às transacções que se estabelecem entre os indivíduos, no sentido de promover o bem-estar físico e psicológico. Cruz (2001) define genericamente este conceito como a utilidade das pessoas (que nos amam, que nos valorizam e se preocupam connosco) e nas quais se pode confiar ou com quem se pode contar, em qualquer circunstância. O apoio assume-se assim, como um processo promotor de assistência e ajuda, através de factores de suporte, que facilitam e asseguram a sobrevivência dos seres humanos. Também Serra (1999) se refere ao apoio social como a quantidade e coesão das relações sociais que rodeiam, de modo dinâmico, um indivíduo. A participação social define-se por duas componentes: a primeira é a manutenção das relações sociais, e a segunda é a prática de actividades produtivas, sendo que, destes dois aspectos depende a qualidade de vida na reforma, o bem-estar subjectivo e a satisfação de viver (Fontaine, 2000). De facto, as relações sociais podem ter um papel essencial para manter ou mesmo promover a saúde física e mental (Cokerham, 1991, citado por Ramos, 2002).

O apoio social representa assim um processo dinâmico e complexo, que envolve trocas entre os indivíduos e as suas redes sociais, visando a satisfação das necessidades sociais, promovendo e completando os recursos pessoais que possuem, no sentido de enfrentar novas exigências e atingir novos objectivos.

Matos e Ferreira (2000) definem como necessidades sociais a afiliação, o afecto, a pertença, a identidade, a segurança e a aprovação, podendo estas ser satisfeitas mediante a prestação de ajuda a dois níveis distintos: sócio-emocional (que engloba sentimentos de afecto, simpatia, compreensão, aceitação e estima por parte de conviventes significativos); e instrumental (que compreende conselho, informação, ajuda com a família ou com o trabalho e ainda ajuda económica).

Recentemente, tem sido também salientado, o papel do apoio social *percebido*, realçando assim a particular importância que assumem quer os aspectos cognitivos, quer os aspectos interpessoais. Sob esta perspectiva, a percepção que os indivíduos têm do suporte social e da sua disponibilidade, depende de variáveis situacionais como os diferentes aspectos da própria personalidade, os diferentes estilos cognitivos, e ainda do que acontece nas transacções sociais (Matos e Ferreira, 2000).

O apoio social refere-se assim às funções desempenhadas por grupos ou pessoas significativas (sejam elas familiares, amigos ou vizinhos), para o indivíduo, em determinadas situações da sua vida, revestindo-se este de um carácter subjectivo e individual, uma vez que depende da percepção pessoal de cada indivíduo. A percepção

assenta na crença dos sujeitos, de que são estimados, e traduz-se pelo sentimento que os indivíduos desenvolvem de que os outros se interessam por eles, e que estão disponíveis quando eles precisam, o que leva a satisfação quanto às relações que têm.

O apoio social, nas suas diferentes vertentes, relaciona-se positivamente com o bem-estar psicológico e a saúde mental, associando-se à redução do risco de mortalidade, estando negativamente relacionado com depressão e stress e com a sintomatologia física (Guedea et al, 2006).

Diversos estudos (Rosa, Benício, Alves e Lebrão, 2007) mostraram que pessoas que têm ocupações socialmente prestigiadas recebem maior apoio social; idosos com rendimentos e habilitações literárias mais altos têm mais contacto com amigos, prestam apoio social aos outros com maior frequência, e manifestam maior satisfação com o apoio recebido; foram também observadas diferenças significativas, que favorecem os indivíduos casados, quanto ao apoio dado pela família, de forma igual para ambos os sexos.

O apoio social abrange aspectos qualitativos e comportamentais das relações sociais, compreendendo quatro tipos de apoio: o apoio emocional, que envolve expressões de amor e afecto; o apoio instrumental ou material que se refere aos auxílios concretos prestados no sentido de satisfazer as necessidades materiais em geral, ajuda em trabalhos práticos e ajuda financeira; o apoio de informação, que compreende aconselhamento, sugestões e orientações, e que pode ser usado para lidar com problemas e resolvê-los; e, finalmente, a interação social positiva, que diz respeito à disponibilidade das pessoas para permitir actividades sociais e de lazer (Rosa, Benício, Alves e Lebrão, 2007).

O apoio emocional evidencia a receptividade do outro à situação real ou emocional da pessoa focal, traduzindo-se em comportamentos de escuta, partilha de informação semelhante ou complementar, aceitação das dificuldades e dos sentimentos expressos. Este apoio é frequentemente prestado pela família próxima ou pelos amigos íntimos, pelo que pressupõe a existência de relações com um certo grau de intimidade e proximidade. Na realidade, com a avançar da idade, as pessoas restringem a sua rede de relações, continuando, contudo, a relacionar-se com parceiros sociais emocionalmente próximos, tais como membros da família e antigos amigos.

Alguns estudos (Nogueira, Lima, Martins e Moura, 2009) revelaram que as mulheres são as que mais exercem o papel de prestador de apoio emocional; por outro lado, as mulheres manifestaram preferência por membros da família, e os homens pelas relações conjugais, em momentos de necessidade de apoio emocional. Ramos e colaboradores (1993, citados por Pinto, Garcia, Bocchi e Carvalhaes, 2006), constataram

ainda, que o suporte emocional foi a necessidade menos conseguida pelos idosos não-casados e pelos idosos sem filhos, pelo que esse facto poderá representar uma ameaça para a qualidade de vida dos mesmos. No entanto, um estudo realizado pela DECO-proteste (2008) entre a população idosa portuguesa revelou que apesar de apenas um quarto dos inquiridos viver sozinho, mais de um terço da amostra revelou receber pouco apoio, nomeadamente na partilha dos seus receios e medos, nas dificuldades diárias e na necessidade de aconselhamento, sentindo-se, por isso, frequentemente sós.

O apoio instrumental traduz-se num apoio específico que, ao ser fornecido irá aliviar a pessoa focal na realização das actividades de vida diária (AVD) tais como, por exemplo, movimentar-se dentro de casa, subir e descer escadas, sair de casa e caminhar na rua, levantar-se da cama, e utilizar o WC ou tomar banho de forma autónoma, e/ou nas actividades instrumentais de vida diária (AIVD) tais como, por exemplo, realizar trabalho doméstico, preparar refeições ou ir às compras, gerir o dinheiro, usar o telefone ou tomar os medicamentos. Este tipo de apoio reveste-se de particular importância já que se prevê um crescimento da população idosa funcionalmente incapacitada. De facto, tem-se verificado, nos últimos anos, um aumento gradual não só da esperança de vida, mas também da prevalência de doenças crónicas, frequentemente incapacitantes. Algumas previsões (Paschoal, 1996) apontam, inclusivamente, para que o número estimado de pessoas idosas dependentes nas AVD's duplique na segunda ou terceira década deste século. O apoio instrumental, de um modo geral, é ainda fornecido, em grande parte, pela família ou amigos mais próximos. No entanto, a melhoria, quer ao nível dos serviços de apoio domiciliário prestados, quer no que respeita a respostas dadas por outras instituições ligadas à terceira idade, de carácter voluntário ou não, tem vindo a permitir que os idosos permaneçam durante mais tempo nas suas casas, através de pequenas ajudas, quer nas AVD's, quer nas AIVD's.

O apoio económico representa talvez o menos conseguido de todos os apoios disponíveis. Muitos idosos subsistem ainda com pensões baixas, sacrificando frequentemente necessidades básicas, como uma alimentação equilibrada, em detrimento da necessidade de adquirir medicamentos para as suas diversas patologias associadas. Existem actualmente algumas ajudas fornecidas pelo Estado, nomeadamente o Complemento Solidário para Idosos (CSI) e o Complemento por Dependência (CD).

O CSI é uma prestação monetária mensal, integrada no Subsistema de Solidariedade do Sistema de Protecção Social de Cidadania, destinada a cidadãos nacionais

e estrangeiros com baixos recursos com idade igual ou superior a 65 anos. É uma prestação diferencial, ou seja, é um apoio adicional aos recursos que os destinatários já possuem.

O CD é também uma prestação monetária mensal atribuída a pensionistas dos regimes de segurança social que se encontrem em situação de dependência. Consideram-se em situação de dependência os pensionistas que não possam praticar com autonomia os actos indispensáveis à satisfação das necessidades básicas da vida quotidiana, nomeadamente os relativos à realização dos serviços domésticos, à locomoção e cuidados de higiene, precisando da assistência de outros. Para atribuição do complemento e determinação do respectivo montante consideram-se os seguintes graus de dependência: 1º grau, que diz respeito às pessoas que não possam praticar, com autonomia, os actos indispensáveis à satisfação de necessidades básicas da vida quotidiana, nomeadamente, actos relativos à alimentação ou locomoção ou cuidados de higiene pessoal; e 2º grau, que diz respeito aos indivíduos que acumulem as situações de dependência que caracterizam o 1º grau e que, além disso, se encontrem acamados ou apresentem quadros de demência grave.

Apesar de existirem disponíveis as ajudas referidas anteriormente, frequentemente os idosos desconhecem os recursos para eles disponibilizados, acabando por não os utilizar.

Um estudo levado a cabo pela DECO-proteste (2008) entre a população idosa portuguesa revelou que a grande maioria dos inquiridos se encontra insatisfeita, quer com os serviços e apoios recebidos, quer com a qualidade e o custo dos mesmos. Os apoios mencionados como deficitários e dispendiosos tinham a ver com apoio social para habitação, apoio em tarefas administrativas, apoio ao domicílio (cozinhar ou fornecimento de alimentação, limpeza, higiene pessoal, cuidados de saúde). Por outro lado, um terço dos inquiridos revelou ter graves dificuldades financeiras.

5-QUALIDADE DE VIDA E BEM-ESTAR SUBJECTIVO

O aumento da esperança de vida provoca mudanças na estrutura social, criando oportunidades não apenas para que as pessoas vivam mais anos, mas também para melhorar, ou não, a qualidade de vida desses anos.

Na velhice, a qualidade de vida é um evento determinado por múltiplos factores, nem sempre fáceis de serem avaliados cientificamente, nomeadamente factores objectivos tais como condições de saúde, relações sociais, grau de escolaridade, ocupação de tempos livres e capacidade económica, e subjectivos os quais dizem respeito ao bem estar psicológico, isto é, às experiências pessoais, aos estados internos que podem ser manifestados através de sentimentos, às reacções afectivas e aos construtos psicológicos como felicidade, saúde mental, sensação de controlo, competência social, stress e saúde percebida (Diogo, 2003).

Dentro da perspectiva psico-social, considera-se assim a qualidade de vida como o conjunto das avaliações que as pessoas fazem das áreas significativas das suas vidas (Martínez e Garcia, 1994). Estas avaliações podem ter determinantes objectivos (por exemplo questões sociais, demográficas, políticas e/ou económicas) e subjectivos, como foi já referido anteriormente. Neste contexto, a OMS definiu qualidade de vida como a percepção do indivíduo da sua posição na vida, no contexto da cultura e sistema de valores nos quais ele vive, e em relação aos seus objectivos, expectativas, padrões e preocupações (The WHOQOL Group, 1995, citado por Fleck, 1999). Os indicadores subjectivos, nomeadamente a satisfação e a felicidade definem com maior precisão a experiência de vida em relação às condições de vida do indivíduo, sendo os indicadores mais frequentemente usados na avaliação da qualidade de vida percebida (Diogo, 2003). Cameron (1975, citado por Fontaine, 2000) concluiu que os sentimentos de felicidade, de tristeza e de bem-estar subjectivo não se degradam com a idade pelo que os idosos não têm uma satisfação de viver inferior à dos jovens. Outros estudos ainda revelaram, que os idosos não se mostram menos satisfeitos com a vida quando comparados com outros grupos etários (à semelhança do que foi dito anteriormente), apesar dos quase sempre presentes problemas de saúde, financeiros, entre outros (Neto, 1999, citado por Barros,

2008). Outras investigações concluíram ainda que as condições objectivas de vida, tais com a saúde, o nível socioeconómico, o ambiente social, etc., não explicam por si só o bem-estar das pessoas em geral e dos idosos em particular (Barros, 2004). Um estudo realizado por Guedea e colaboradores (2006) revelou que a satisfação com a vida é maior nas mulheres, nas pessoas que têm rendimentos, nas pessoas que estão satisfeitas com o apoio recebido, nas pessoas que dão apoio aos outros e nas pessoas que enfrentam os problemas de forma directa. Os afectos positivos aumentam também com a satisfação com o apoio recebido. Por outro lado, já os afectos negativos diminuem quando se fornece apoio social, embora aumentem quando não se enfrentam os problemas de forma directa.

A percepção que as pessoas têm do seu bem-estar, constitui também um dos aspectos subjectivos vinculados à qualidade de vida (Martínez e Garcia, 1994). Diversos estudos concluem que o bem-estar subjectivo não reside unicamente no efeito directo de como as pessoas se sentem fisicamente, mas, sobretudo, naquilo que a sua saúde permite que elas façam (Diogo, 2003).

O bem-estar subjectivo (BES) constitui uma dimensão positiva da Saúde, sendo considerado um conceito complexo que integra uma dimensão cognitiva e uma dimensão afectiva, abrangendo ainda outros grandes conceitos e domínios de estudo nomeadamente a qualidade de vida, o afecto positivo e o afecto negativo.

O componente afectivo é identificado como o equilíbrio entre os afectos positivos e negativos. O afecto positivo refere-se à frequência de emoções positivas num indivíduo enquanto que o afecto negativo se refere à frequência de emoções negativas. Deste modo, as pessoas que demonstram um bem-estar positivo experienciam uma predominância de emoções positivas em relação às emoções negativas e avaliam positivamente a sua vida como um todo (Galinha & Ribeiro, 2005). De facto, um estudo longitudinal realizado por Mor e colaboradores (1989, citados por Rosa, Benício, Latorre e Ramos, 2003) concluiu existir maior risco para o desenvolvimento de incapacidade funcional nos idosos que evidenciavam avaliações mais pessimistas da sua saúde e entre aqueles que demonstravam apreensão ou ansiedade com respeito a essa mesma saúde.

Diener e Fujita (citado em Galinha e Ribeiro, 2005) consideram que as pessoas de elevado bem-estar subjectivo apresentam uma tendência global para experimentar os eventos de uma forma positiva. As emoções de carácter negativo, favorecem o desenvolvimento de crenças negativas sobre o *self* e sobre o mundo em geral. Por outro lado, as pessoas que tendem a expressar emoções de carácter positivo, são mais sensíveis aos sinais compensatórios e tendem a centrar-se nos objectivos a prosseguir,

desenvolvendo mais rapidamente estratégias adequadas, no sentido de “reformular” a vida. O componente cognitivo é considerado como uma avaliação entre as metas desejadas e as alcançadas, sendo identificado como satisfação com a vida, compreendida como um processo de julgamento e avaliação geral da própria vida.

O BES está assim associado a um envelhecimento mais saudável, representando um indicador de saúde mental, sendo também sinónimo de felicidade, adaptação e integração social. O BES é, portanto, um indicador importante do nível de adaptação na terceira idade. Diversos estudos (Fontaine, 2000) revelaram a existência de factores determinantes para o bem-estar subjectivo, sendo três frequentemente referidos. O primeiro consiste na congruência entre aquilo que se desejou realizar/atingir e aquilo que efectivamente se concretizou. O segundo factor é o entusiasmo, o desejo de viver. E, finalmente, o terceiro factor é o humor, isto é, o sentimento de se manter adaptado, de pertencer à sociedade ou, pelo contrário, de rejeitá-lo ou sentir-se rejeitado por ela. De facto, as teorias físico-biológicas, psicológicas e sociológicas do envelhecimento, indicam que o idoso precisa de se adaptar a situações sociais e condições físicas típicas da terceira idade (Guedea et al 2006). O processo de envelhecimento caracteriza-se por uma perda gradual das capacidades funcionais comprometendo a autonomia para satisfazer as suas necessidades quotidianas, o que contudo, não se traduz em níveis de dificuldade adaptativa iguais entre todos os idosos, já que poderão existir diversos e variados tipos de adaptação das pessoas à velhice. Segundo Martínez e García (1994), o passar dos anos não deteriora a auto-avaliação da saúde porque os idosos avaliam a saúde como boa quando ela é suficiente para viver. Chatters (1988, citado por Guedea et al, 2006) sugere que os idosos que não tem grandes perdas funcionais se julgam numa situação satisfatória quando comparados com outros com perdas maiores. A capacidade funcional, constitui um importante indicador da qualidade de vida, sobretudo na velhice, podendo ser mais preditiva do estado de saúde do indivíduo idoso do que os próprios diagnósticos médicos (Diogo, 2003).

A saúde não é assim percebida como a ausência total de doença, resultado da comparação da situação actual com um padrão ideal, mas sim de uma avaliação ligada a expectativas sobre o que esperar da velhice. Essas expectativas, relativas às mudanças com a idade e aos resultados desenvolvimentais dessas mudanças podem, por exemplo, ser influenciadas por experiências pessoais e/ou por estereótipos socioculturais existentes acerca do envelhecimento, afectando a capacidade do indivíduo para controlar o processo no qual se encontra envolvido, sendo certo que, provavelmente, baixas expectativas corresponderão a níveis de satisfação mais elevados.

Para muitos indivíduos, a velhice é vivida como uma etapa cheia de acontecimentos adversos, que afectam o estado de ânimo e a percepção do bem-estar em geral. Independentemente do tipo adaptativo predominante, a pessoa que envelhece transita num continuum que pode ir da adaptação à não adaptação, às condições próprias desta etapa da vida.

Neste contexto, fará todo o sentido que as intervenções junto da população se concentrem não apenas na redução da incidência de doença, mas também no aumento do bem-estar individual. Vários estudos (Freire e Rabelo, 2004) têm demonstrado que é importante investir no bem-estar subjectivo das pessoas uma vez que pessoas felizes tendem a ser mais participativas nas actividades sociais, são mais apreciadas pelos outros, e, em geral, exibem mais comportamentos desejáveis.

Chegamos assim aos conceitos de envelhecimento bem sucedido, activo ou produtivo.

Baltes e Baltes (1990) propuseram um modelo segundo o qual a velhice bem sucedida reside numa coordenação dinâmica entre três processos, nomeadamente a selecção, a optimização e a compensação, facto pelo qual este modelo foi apelidado de modelo SOC do envelhecimento. A selecção é uma especialização em certos registos das actividades físicas e intelectuais. A juventude e a idade madura são períodos durante os quais o indivíduo selecciona e se especializa em determinadas actividades, em função da sua profissão e dos seus lazeres. Trata-se de actividades que serão posteriormente optimizadas. A compensação consiste na actividade de um indivíduo que mantém o seu nível de actividade, recorrendo aos seus conhecimentos e ao seu saber (inteligência cristalizada) para minimizar os declínios dos desempenhos nas actividades de natureza fluida (inteligência fluida). O resultado final da coordenação entre estes três processos pode representar a manutenção de um elevado nível de funcionamento nalgumas actividades, a conservação de um sentimento de eficácia pessoal e de um sentimento geral de velhice bem sucedida.

Ainda segundo os mesmos autores, (1990, citados por Gonçalves, Martín, Guedes, Cabral-Pinto e Fonseca, 2006), existem limites impostos pela idade para a adaptação e plasticidade comportamental, daí resultando, com o avanço da idade, um aumento das perdas e uma conseqüente diminuição dos ganhos, sendo certo que, em idades já muito avançadas, com défices importantes, de um modo geral, o processo de compensação não permite ao indivíduo conservar estratégias de adaptação bem sucedidas. Contudo, esta não representa uma relação linear, dado que a recuperação de conhecimentos prévios e a

utilização de tecnologias e recursos externos podem minimizar o impacto do envelhecimento sobre o indivíduo. Deste modo, o paradigma subjacente ao envelhecimento produtivo, conceptualiza este sob uma perspectiva positiva, refutando estereótipos e valorizando o papel desempenhado pelos idosos, bem como os contributos que prestam. À incapacidade e dependência, este novo conceito opõe uma imagem de saúde e bem-estar, onde a autonomia não só é possível como desejável, onde o idoso assume o papel de agente activo no seu envelhecimento, podendo continuar a decidir por si e para si (Rozario et al., 2004).

Em 2002, a OMS definiu assim, como meta para a primeira década do século XXI, o Envelhecimento Activo. Este conceito define-se como um processo de optimização de oportunidades para a saúde, participação e segurança, no sentido de aumentar a qualidade de vida durante o processo de envelhecimento. Essa optimização passará pela adopção de estilos de vida saudável, que ajudam na manutenção de altos padrões de saúde, pela promoção de uma vida em segurança, e pela participação social, nas suas diversas formas, que vão desde trocas interpessoais significativas até ao exercício dos direitos e deveres de cidadania. De uma forma simplificada, o envelhecimento bem sucedido reunirá três grandes categorias de condições, ou seja, redução das causas (controláveis) que levam à perda da autonomia, manutenção de um elevado nível funcional nos planos cognitivo e físico e, conservação de um bom empenho social que conduza a um elevado índice de bem-estar subjectivo, o que nos remete para a necessidade de exercício de uma reforma que não signifique uma retirada ou morte social, mas sim, integração noutras actividades, participando no seu bem-estar e no dos outros.

Uma investigação realizada (Fontaine, 2000) evidenciou a existência de factores preditivos para se conseguir uma velhice bem sucedida. Esse estudo demonstrou que o melhor factor de predição da velhice óptima, do ponto de vista cognitivo, é o nível de escolaridade. É, no entanto difícil, determinar se tal facto tem a ver com uma aquisição precoce, que depois se mantém durante o resto da vida, ou, se as pessoas com níveis mais elevados de escolaridade se sentem, na velhice, mais tentadas a introduzir nos seus hábitos actividades que favoreçam a manutenção da sua cognição. Também a capacidade de expiração pulmonar parece ser um factor preditivo de um bom envelhecimento, uma vez que está significativamente correlacionada com a manutenção das actividades cognitivas. O terceiro factor preditivo é o aumento da actividade física, no domicílio e em seu redor. Finalmente, o último factor está relacionado com a personalidade, mais concretamente, da percepção da sua auto-eficácia ou auto-confiança. Estes conceitos podem ser definidos

como a crença do indivíduo nas suas capacidades para organizar e executar as acções necessárias, nas diferentes situações do dia-a-dia (Bandura, 1995, citado por Fontaine, 2000).

O desenvolvimento de instrumentos de medida da saúde positiva deverá ser acompanhado do desenvolvimento de intervenções de promoção da saúde, centradas na saúde positiva e não apenas direccionados para a redução de factores de risco.

A comunidade é vista actualmente como um *sistema social*, em que os seus membros são capazes de identificar os problemas de saúde da mesma e desenvolver estratégias com o objectivo de os resolver (Bennett & Murphy, 1999). Assim, segundo Ross e Lappin, o desenvolvimento comunitário acontece quando “ uma comunidade identifica as suas necessidades ou os seus objectivos, ordena (ou hierarquiza) estas necessidades ou objectivos, desenvolve a confiança e a vontade de trabalhar (...), descobre os recursos (internos e /ou externos) para lidar com estas necessidades e objectivos e toma um rumo de acção” (citados em Bennett & Murphy, 1999, 179).

A OMS defende assim que, para alcançar um bem-estar físico, mental e social, o indivíduo, e, neste caso, a comunidade em geral, deve ser capaz de identificar e realizar aspirações, satisfazer necessidades e alterar o ambiente ou adaptar-se a ele (Bennett & Murphy, 1999).

A promoção da saúde não é apenas da responsabilidade do sector da saúde, mas sim de todos nós, pelo que mais do que apenas procurar estilos de vida saudável, deveremos tentar alcançar o bem-estar.

6 – DEFINIÇÃO DO PROBLEMA

Tendo em conta o progressivo envelhecimento da população portuguesa, tornar-se-á urgente, num futuro muito próximo definir e, sobretudo, pôr em prática, programas mais activos de apoio multidisciplinar aos idosos, no sentido de lhes poder proporcionar qualidade de vida na velhice.

Pareceu-nos assim pertinente, desde já, investigar qual a situação actual, face aos idosos do concelho de Faro e, dessa forma, eventualmente contribuir para dinamizar medidas adequadas a essa população, que permitam alcançar um envelhecimento bem sucedido.

Neste contexto, pretendemos com o presente estudo, responder às seguintes questões de investigação:

- *Que expectativas e aspirações têm os idosos para a sua vida?*
- *Como se percebem a si próprios e avaliam o seu papel face aos que lhe são significativos?*
- *Que qualidade de vida têm estes idosos?*
- *Qual o seu nível de satisfação e bem-estar?*

7– OBJECTIVOS DO ESTUDO

Tendo como a finalidade estudar a existência de relações significativas entre qualidade de vida e bem-estar e redes sociais de apoio, formal ou informal, definimos os seguintes objectivos gerais:

- Caracterizar a amostra do ponto de vista sócio-demográfico;
- Caracterizar a qualidade de vida e bem-estar percebido pelos idosos, e identificar factores que condicionem a mesma;
- Identificar relações significativas entre as diferentes variáveis em estudo, nomeadamente apoio social e qualidade de vida percebida.

8 - METODOLOGIA

Um mesmo fenómeno, pode ser olhado, perspectivado e interpretado sobre variadíssimas formas. Os resultados dessa observação, desse estudo, dependerão assim do sujeito que o observa.

Este estudo enquadra-se no paradigma positivista, cujo método, quantitativo, “ (...) procura as causas dos fenómenos sociais, (...) postula uma concepção orientada para os resultados” (Reichardt e Cook, 1996, citado por Carmo e Ferreira 1998, 177).

Segundo Carmo e Ferreira (1998, 178), “ (...) os objectivos da investigação quantitativa consistem essencialmente em encontrar relações entre variáveis, fazer descrições recorrendo ao tratamento estatístico de dados recolhidos, testar teorias (...)”.

Tendo em conta o nosso objecto do estudo – o apoio social e a qualidade de vida nos idosos, este baseia-se numa pesquisa não-experimental, uma vez que as variáveis independentes não são manipuláveis. É também considerado um estudo descritivo, porque, com base em Fortin (2000, 163), “ (...) um estudo descritivo consiste em descrever simplesmente um fenómeno ou um conceito relativo a uma população ou de uma amostra desta”.

Com base na opinião de Polit e Hungler, (1995) podemos dizer que o nosso estudo é também exploratório, uma vez que procura descobrir as dimensões do fenómeno, assim como a forma pela qual este se manifesta e os factores com os quais, eventualmente se relaciona.

8.1- Amostra

Uma População ou Universo pode ser amplamente definida, envolvendo milhares ou mesmo milhões de elementos, ou, por outro lado, ser bastante específica, incluindo somente algumas dezenas, embora o que realmente a defina, resida no facto de essa

colecção de elementos ou sujeitos, partilhar características comuns, definidas por um conjunto de critérios (Fortin, 2000).

A necessidade de definir uma amostra, ou seja, “ (...) *um subconjunto de uma população ou de um grupo de sujeitos que fazem parte de uma mesma população*” (Fortin, 2000, 202), tem a ver com o facto de muitas vezes ser difícil, por razões várias, nomeadamente de tempo ou económicas, estender o estudo a todo o Universo, e, como sabiamente Hill e Hill (2002, 44) nos relembram “ (...) *é melhor fazer uma boa investigação de âmbito limitado do que uma investigação fraca de grande escala (...)*”.

Neste contexto, a população idosa do concelho de Faro representava o nosso Universo embora para o estudo em questão tenha sido seleccionada uma pequena amostra de 40 indivíduos. Utilizou-se o método de amostragem não aleatória intencional e por conveniência, já que juntamente com a facilidade de acesso aos sujeitos se considerou que os mesmos possuíam características típicas ou representativas da população em estudo. Os indivíduos representantes da amostra, deveriam ter assim idade superior a 65 anos, ser reformados e ser capazes de responder coerentemente às questões, ou seja, não deveria existir diminuição cognitiva grave.

8.2- Procedimentos na colheita de dados e instrumento utilizado

A observação de alguns aspectos ético-legais, na realização de trabalhos de investigação, reveste-se de particular importância, tanto para os inquiridos como para quem desenvolve o estudo.

Desta forma, tivemos em conta a satisfação de alguns requisitos:

- Solicitou-se autorização para a aplicação do instrumento de colheita de dados no Centro de Saúde de Faro, a qual foi concedida. (Anexo A)

- Solicitou-se autorização para a aplicação do instrumento de colheita de dados na Associação de Reformados, Pensionistas e Idosos do concelho de Faro, a qual foi concedida. (Anexo A)

- Solicitou-se autorização para a aplicação do instrumento de colheita de dados no Lar de Terceira Idade Cantinho do Avô, a qual foi concedida. (Anexo A)

- Clarificaram-se os objectivos do estudo, bem como o âmbito em que o mesmo se realizou;

- Permitiu-se, aos inquiridos, optar entre participar ou não no estudo. Aos que optaram por participar, solicitou-se, por escrito, o seu consentimento informado;

- Garantiu-se o anonimato e a confidencialidade relativamente ao tratamento e análise dos dados, bem como referente aos resultados.

Para a colheita de dados foi elaborado um questionário, tendo sido o mesmo aplicado por entrevista individual.

A elaboração deste questionário teve por base não só pesquisa bibliográfica, mas também as nossas vivências e experiências enquanto profissional ligado à saúde e aos problemas inerentes ao avançar da idade.

O instrumento de colheita de dados foi assim constituído por quatro partes distintas:

-a primeira que compreendia uma nota introdutória, na folha de rosto, na qual se identificava a mestrande e respectiva orientadora, a razão da escolha do tema em estudo e em que âmbito o mesmo se realizava. Também aqui se garantia aos inquiridos o anonimato e se pedia o seu consentimento informado; (Anexo B)

-a segunda parte do questionário, constituída pelo Sistema de Avaliação de Idosos – EASYcare (Sousa e Galante, 1999-2002), composto por 24 questões gerais, 4 questões que compõem uma Escala Geriátrica de Depressão e um Teste de Diminuição Cognitiva; (Anexo C)

-a terceira parte constituída pela Escala da Qualidade de Vida Abreviada–WHOQOL-bref (Vaz Serra et al, 2005). A WHOQOL-bref é uma versão abreviada da WHOQOL 100, compreendendo vinte e seis questões, duas de domínio geral que avaliam a qualidade de vida de um modo geral e a satisfação com a saúde, e as restantes 24 constituem quatro domínios: físico, psicológico, relações sociais e ambiente; (Anexo D)

-e, finalmente, uma quarta e última parte, constituída por 21 questões, que caracterizava a amostra sob o ponto de vista sócio-demográfico. (Anexo E)

A colheita de dados foi efectuada no período de Julho a Setembro de 2008, no Centro de Saúde de Faro, na Associação de Reformados, Pensionistas e Idosos do concelho de Faro e ainda no Lar de 3ª Idade “Cantinho do Avô”. A escolha destes locais prendeu-se,

não só com o facto de facilitar o acesso a um maior número de idosos numa área restrita, como também com o facto de conseguir aceder a idosos que recebiam algum tipo de apoio institucional.

A escolha do questionário, como instrumento de colheita de dados, prendeu-se com o facto do nosso estudo ser exploratório e descritivo, e ainda por se pretender estudar, objectivamente, um fenómeno não directamente observável e mensurável. A resposta ao questionário seria efectuada pela própria mão dos inquiridos, se para tal estivessem capacitados, ou através de entrevista individual, levada a cabo pelo investigador, situação que se veio a verificar na grande maioria dos casos.

. DESCRIÇÃO DAS ESCALAS UTILIZADAS

EASYcare (Elderly Assessment System / Sistema de Avaliação de Idosos) – versão portuguesa (Sousa e Galante, 1999-2002)

O EASYcare foi inicialmente desenvolvido no âmbito de um projecto financiado pela União Europeia, tendo esta escala sido realizada a partir de outros instrumentos mais limitados que avaliavam apenas algumas das dimensões. Desta forma, o EASYcare veio inovar uma vez que, numa só escala, se reuniam itens relativos às várias dimensões de qualidade de vida e bem-estar do idoso (Sousa, Galante e Figueiredo, 2003).

O EASYcare foi inicialmente desenvolvido na língua inglesa e, posteriormente, sujeito a um processo de validação linguística, nomeadamente para a língua portuguesa. Realizou-se posteriormente um estudo de validação para a população portuguesa, tendo o mesmo revelado boas qualidades psicométricas (alfa de Cronbach = 0,86) (Sousa, Galante e Figueiredo, 2003).

O EASYcare consiste num sistema que permite proceder a uma avaliação (inicial) rápida e compreensiva do bem-estar físico, mental e social do idoso, tendo sido projectado para proporcionar uma descrição global das percepções do idoso acerca das suas necessidades. Focaliza a qualidade de vida e reconhece o papel da família e dos demais prestadores de cuidados informais.

As áreas contempladas pelo EASYcare incluem alguns dos problemas chave no envelhecimento nomeadamente:

- incapacidades físicas (ao nível da visão, audição, mastigação e discurso);
- problemas na mobilidade, áreas funcionais, cuidados pessoais e controlo esfíncteriano;

- qualidade de vida percebida pelo sujeito (saúde, solidão e habitação);
- depressão;
- e diminuição cognitiva.

O EASYcare foi concebido num sistema de pontuação da incapacidade e encontra-se dividido em sete dimensões, numa escala geriátrica de depressão (abreviada) e num teste de diminuição cognitiva:

-Dimensão Incapacidade Física, que avalia o grau de dificuldade para ver, ouvir, mastigar e comunicar composta por 4 questões, com pontuação mínima de 0 e máxima de 12 pontos;

-Dimensão Qualidade de Vida Percebida pelo Sujeito, que avalia a qualidade de vida em termos de qualidade da saúde, solidão e qualidade da habitação, composta por 3 questões, com pontuação mínima de 3 e máxima de 15 pontos;

-Dimensão Área Funcional, que avalia a capacidade para actividades instrumentais de vida diária (AIVD) tais como realizar trabalho doméstico, preparar refeições ou ir às compras, gerir o dinheiro, usar o telefone ou tomar os medicamentos, composta por 6 questões, com pontuação mínima de 0 e máxima de 23 pontos;

-Dimensão Mobilidade, que avalia a capacidade para a realização de actividades de vida diária (AVD) tais como movimentar-se dentro de casa, subir e descer escadas, sair de casa e caminhar na rua, levantar-se da cama, e utilizar o WC ou tomar banho de forma autónoma, composta por 6 questões, com pontuação mínima de 0 e máxima de 41 pontos;

-Dimensão Cuidados Pessoais, que avalia também AVD tais como capacidade para cuidar da sua aparência (pentear-se, barbear-se, maquilhar-se, etc.), vestir-se ou alimentar-se sem ajuda, composta por 3 questões, com pontuação mínima de 0 e máxima de 17 pontos;

-Dimensão Controlo Esfincteriano, que avalia a frequência das micções ou dejectões acidentais ou involuntárias, composta por 2 questões, com pontuação mínima de 0 e máxima de 17 pontos;

-Dimensão Incapacidade Total, que avalia as dimensões Défice Funcional, Défice na Mobilidade, Défice nos Cuidados Pessoais e Incontinência como um todo, composta por 17 questões, com mínimo de 0 e máximo de 100 pontos;

-Escala Geriátrica de Depressão (EGD), constituída por 4 questões, cada uma avaliada por um valor se a resposta for positiva para a existência de sentimento depressivo, com pontuação 0 para ausência de depressão e pontuação de 1 a 4 para presença de sinais de depressão;

-e, finalmente, Teste de Diminuição Cognitiva (TDC), com pontuação de 0 a 10 para normalidade ou diminuição ligeira, e pontuação de 11 a 28 para diminuição moderada a grave.

Os valores para cada item foram acordados através da combinação de pontos de vista de profissionais na área da saúde, idosos e prestadores de cuidados informais. (Sousa, Galante e Figueiredo, 2003). Nas diferentes dimensões, quanto maior a pontuação obtida maior o défice relativamente ao que é avaliado na dimensão.

Neste estudo, para facilidade de interpretação dos dados foram alteradas as denominações das dimensões conforme o Quadro 1.

Quadro 1: Novas denominações das dimensões da escala EASYcare

DIMENSÕES	
Denominação original	Denominação no estudo
Dimensão Incapacidade Física	Dimensão Déficit Sensorial
Dimensão Qualidade de Vida Percebida	Dimensão Déficit na Qualidade de Vida Percebida
Dimensão Área Funcional	Dimensão Déficit Funcional
Dimensão Mobilidade	Dimensão Déficit na Mobilidade
Déficit nos Cuidados Pessoais	Dimensão Déficit nos Cuidados Pessoais
Dimensão Incapacidade	Dimensão Incapacidade Total

Pela mesma razão, referida anteriormente, foram também alteradas as pontuações relativas a cada dimensão para uma escala de 0 a 100.

Escala da Qualidade de Vida Abreviada – versão portuguesa - WHOQOL-bref (World Health Organization Quality Of Life- bref)(Fleck et al, 1999)

O WHOQOL é um instrumento que adopta um conceito amplo, multidimensional e transcultural, baseando-se no pressuposto de que a qualidade de vida é um conceito

subjectivo (baseado na percepção individual), composto por dimensões positivas e negativas (Fleck, 1999).

Constatou-se contudo que este primeiro instrumento, WHOQOL-100, composto por 100 questões e subdividido em seis domínios, nomeadamente domínio físico, psicológico, nível de independência, relações sociais, ambiente e aspectos espirituais/religião/crenças pessoais, se tornava um pouco extenso aquando da sua aplicação. Surgiu assim a necessidade de elaborar um outro, mais curto e que exigisse, conseqüentemente, menos tempo para o seu preenchimento, mas com características psicométricas igualmente satisfatórias

Foi assim desenvolvida uma versão abreviada, o WHOQOL-bref, composta pelas 26 questões que obtiveram os melhores desempenhos psicométricos, extraídas do WHOQOL-100. (Fleck, 1999) Esta versão abreviada surge assim subdividida em dois domínios de âmbito geral que avaliam a percepção da qualidade de vida de um modo geral e a satisfação com a sua saúde e mais quatro domínios: físico, psicológico, relações sociais e ambiente. (Quadro 2)

As respostas para as questões do WHOQOL-bref (à semelhança da escala “mãe”) são dadas através de uma escala de tipo Likert, de cinco opções. As perguntas são respondidas através de quatro tipos de escalas, em função do conteúdo da questão: intensidade, capacidade, frequência e avaliação.

Este instrumento fornece assim um perfil da qualidade de vida, obtido através dos scores dos quatro domínios, onde quanto mais alto o score, melhor é a percepção de qualidade de vida.

A versão em língua portuguesa foi desenvolvida no Centro WHOQOL-bref para o Brasil, na Universidade Federal do Rio Grande do Sul, por Fleck e colaboradores (2000).

Também neste estudo, e para facilitar a análise e comparação com os resultados obtidos com a aplicação da escala EASYcare, se optou por alterar os scores relativos a cada domínio para uma escala de 0 a 100 (sendo a original de 1 a 5).

Quadro 2: Domínios do WHOQOL-bref

DOMÍNIOS	
Domínio I – Domínio Físico	Nº da questão
Dor e desconforto	3
Dependência de medicação ou de tratamentos	4
Energia e fadiga	10
Mobilidade	15
Sono e repouso	16
Actividades da vida quotidiana	17
Capacidade de trabalho	18
Domínio II – Domínio psicológico	Nº da questão
Sentimentos positivos	5
Espiritualidade/religião/crenças pessoais	6
Pensar, aprender, memória e concentração	7
Imagem corporal e aparência	11
Auto-estima	19
Sentimentos negativos	26
Domínio III – Relações sociais	Nº da questão
Relações pessoais	20
Actividade sexual	21
Suporte (apoio) social	22
Domínio IV – Meio ambiente	Nº da questão
Segurança física e protecção	8
Ambiente físico: (poluição/ruído/trânsito/clima)	9
Recursos financeiros	12
Oportunidades de adquirir novas informações e habilidades	13
Participação em, e oportunidades de recreação/lazer	14
Ambiente no lar	23
Cuidados de saúde e sociais: disponibilidade e qualidade	24
Meio de transporte	25

Fonte: Adaptado de Fleck et al. (2000)

8.3- Procedimento no tratamento dos dados

O tratamento estatístico dos dados foi efectuado recorrendo ao sistema de análise estatística SPSS, versão 14.0. Para a caracterização da amostra obtiveram-se estatísticas descritivas relativas às variáveis sócio demográficas, bem como relativas aos scores obtidos nas dimensões da escala EASY e nos domínios da escala WHOQOL-bref. Para facilidade de análise, os itens das escalas EASY e WHOQOL-bref foram convertidos numa escala de 0 a 100. Desta forma, na escala EASY, quanto maior o valor obtido maior o défice em causa avaliado, enquanto que na escala WHOQOL-bref, quanto maior o valor obtido melhor o resultado qualitativo relativamente aos itens avaliados.

Para verificar a existência de relações significativas entre as variáveis e dado tratar-se de uma amostra reduzida, onde não se verificou normalidade, recorreu-se a testes não-paramétricos nomeadamente correlações de Spearman, teste Mann-Whitney, teste Kruskal-Wallis, teste Exacto de Fisher e Teste do Qui-Quadrado.

9– RESULTADOS

Através da análise dos dados colhidos, na primeira parte do questionário, da qual consta um conjunto de questões sobre as características sócio-demográficas e profissionais do conjunto dos inquiridos, chegamos assim à caracterização da amostra.

A apresentação descritiva dos dados recolhidos será feita através de Tabelas e Gráficos, devidamente identificados, apresentados posteriormente à análise dos dados constantes da Tabela/Gráfico correspondente. A utilização de Tabelas e Gráficos visa uma mais fácil compreensão dos dados apresentados.

Nas Tabelas constam distribuições de frequência que serão apresentadas em:

- Frequências absolutas (F) apresentadas como n
- Frequências relativas (f) apresentadas em percentagem (%)

Poderão ser ainda apresentadas, junto às Tabelas e/ou Gráficos, algumas medidas de tendência central e/ou dispersão que considerámos de importância para o estudo das variáveis em análise, nomeadamente:

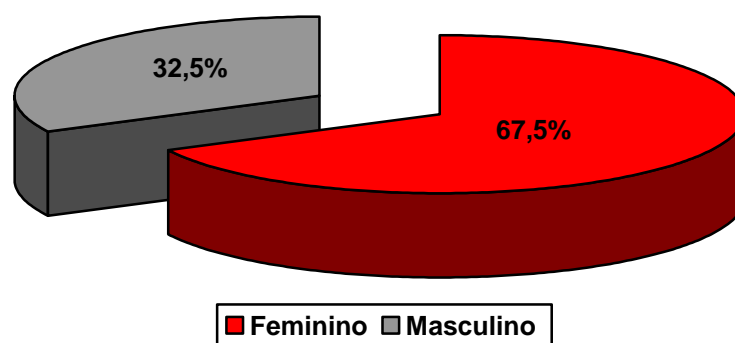
- Mediana (Md)
- Média (\bar{x})
- Desvio padrão (s)
- Máximo
- Mínimo

Uma vez que os dados analisados foram colhidos, através do instrumento de colheita de dados utilizado, no local e data já anteriormente referenciada, estes dados serão omitidos nas Tabelas, Quadros e Figuras.

9.1- Caracterização sócio-demográfica da amostra

A amostra em estudo revelou-se maioritariamente do sexo feminino, com 67,5% de mulheres, contra 32,5% de indivíduos de sexo masculino (Figura 1).

Figura 1: Representação gráfica segundo o sexo



Relativamente à idade verificou-se que 50,0% da amostra apresentava entre os 68 e os 75 anos, e os restantes inquiridos, 50%, apresentavam idades compreendidas entre os 76 e os 88 anos. A média (\bar{x}) de idades era de 76,2 anos com um desvio padrão de 5,81 anos. (Tabela 1)

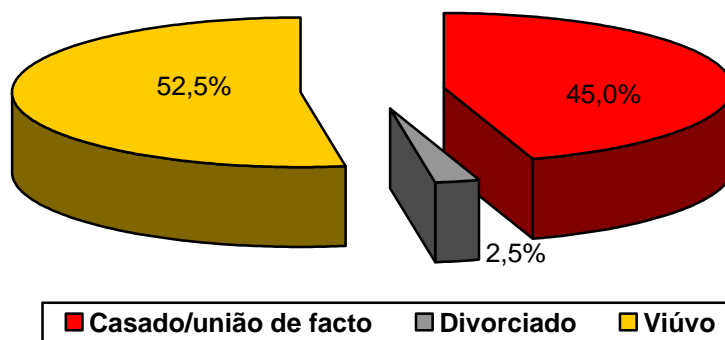
Tabela 1: Distribuição segundo a idade

Faixa Etária	n	%
68 – 75 anos	20	50,0
76 – 88 anos	20	50,0
Total	40	100,0

$\bar{x} = 76,2$ anos $s = 5,81$

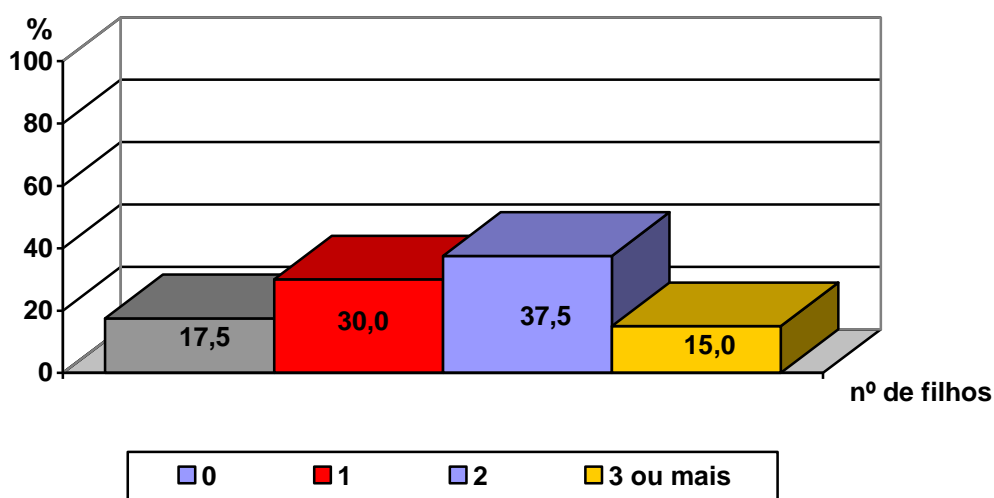
No que diz respeito ao estado civil, verificou-se que dos indivíduos inquiridos 45,0% são casados ou vivem em união de facto, 52,5% são já viúvos, e 2,5% são divorciados. (Figura 2)

Figura 2: Representação gráfica da distribuição segundo o estado civil



No que concerne ao número de filhos, verificou-se que 17,5% dos indivíduos que compunham a amostra não tinham filhos, 30,0% tinham 1 filho, 37,5% 2 filhos e 15,0% tinham 3 ou mais filhos. (Figura 3)

Figura 3: Representação gráfica da distribuição segundo o número de filhos

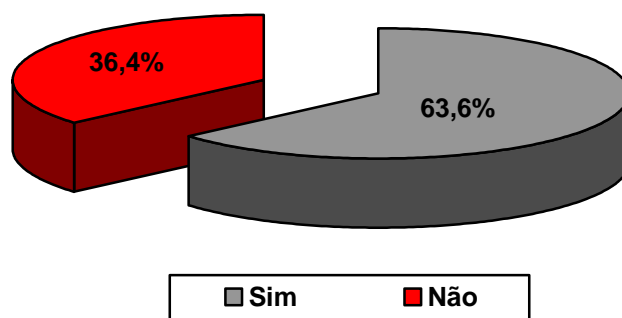


$\bar{x} = 1,63$ filhos

Mo = 2 filhos

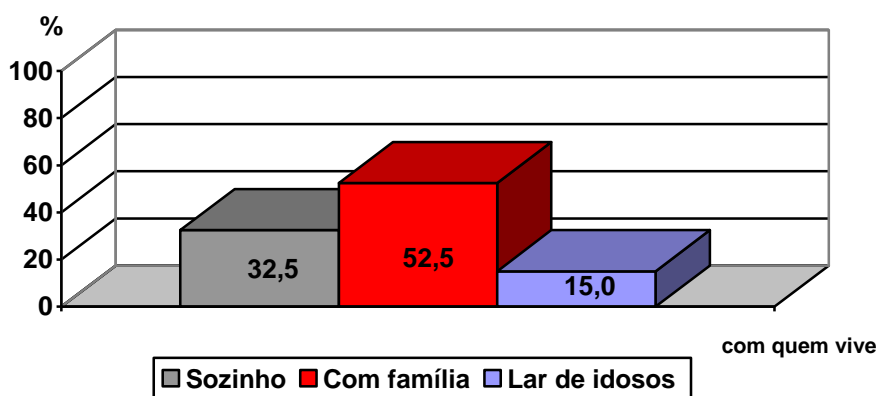
Verificou-se ainda que, dos 82,5% dos inquiridos que tinham filhos, 63,6% viviam próximo dos mesmos, enquanto que para os restantes 36,4% essa proximidade geográfica não se verificava. (Figura 4)

Figura 4: Representação gráfica da distribuição segundo a proximidade da habitação dos filhos



A análise da Figura 5 mostra-nos que aproximadamente metade da amostra, cerca de 52,5% vive com a família (cônjuge ou filhos), 32,5% vivem sozinhos e 15,0% vivem em lares de idosos. Podemos ainda concluir que dos indivíduos da amostra, 67,5% vivem, de alguma forma acompanhados (com a família ou em lar de idosos).

Figura 5: Representação gráfica da distribuição segundo com quem vive



No que respeita às habilitações literárias, 22,5% dos indivíduos da amostra não tinha quaisquer estudos, enquanto que a grande maioria, cerca de 60,0% tinham o ensino básico.

Dos restantes inquiridos, 12,5% tinham o ensino secundário e apenas 5% o ensino superior, conforme a consulta do Quadro 3.

Quadro 3: Distribuição segundo as habilitações literárias

Habilitações Literárias	n	%
Sem estudos	9	22,5
Ensino Básico	24	60,0
Ensino Secundário	5	12,5
Ensino Superior	2	5
Total	40	100

Outro dos aspectos questionados teve a ver com a idade da reforma. Dos indivíduos que exerceram actividade profissional, ou seja cerca de 60,0% dos inquiridos, 15,0% reformaram-se antes da idade prevista pela lei então em vigor, 40,0% cessaram a actividade profissional na idade prevista, e apenas 5,0% se reformaram além dos 70 anos. A média da idade da reforma é de 61,92 anos enquanto que a Moda é de 65 anos, com um desvio padrão de 5,664. (Tabela 2)

Tabela 2: Distribuição segundo a idade da reforma

Idade da reforma	n	%
43 – 60 anos	6	15,0
62 – 65 anos	16	40,0
70 e mais anos	2	5,0
Total	24	60,0
Sem profissão	16	40,0
Total	40	100,0

Pela análise do Quadro 4, relativamente à profissão exercida pelos indivíduos que compunham a amostra, conclui-se que uma percentagem importante, cerca de 40,0%, não exercia actividade profissional (tendo este resultado a ver com o facto de muitas das mulheres constituintes da amostra serem domésticas), os restantes 60,0% distribuíram-se, e salientando apenas os mais importantes em termos de ocorrência, em 22,5% de pessoal dos serviços e vendedores, 10,0% para pessoal administrativo e similares e 10,0% para operários, artífices e trabalhadores similares.

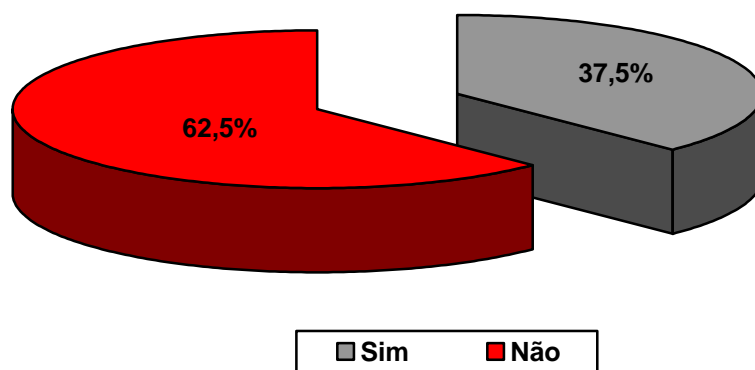
Quadro 4: Distribuição segundo a profissão que exercia

Profissão que exercia	n	%
Especialistas das Profissões Intelectuais e Científicas	1	2,5
Pessoal Administrativo e Similares	4	10,0
Pessoal dos serviços e Vendedores	9	22,5
Agricultores e Trabalhadores Qualificados da Agricultura e Pescas	2	5,0
Operários, Artífices e Trabalhadores Similares	4	10,0
Operadores de Instalações e Máquinas e Trabalhadores da Montagem	1	2,5
Trabalhadores não Qualificados	3	7,5
Total	24	60,0
Não exerciam profissão	16	40,0
Total	40	100,0

Quando se questionaram os inquiridos sobre o facto de exercerem um passatempo, verificou-se que aproximadamente dois terços da amostra, 62,3% não tinham qualquer tipo de passatempo, contra 37,5% que ocupavam o seu tempo com alguma actividade (Figura 6).

Constatou-se ainda que, dos 37,5% que exerciam um passatempo, 53,3% praticavam actividades desportivas, 26,7% leitura ou ver televisão, 13,3% labores e, finalmente, 6,7% jardinagem (Quadro 5).

Figura 6: Representação gráfica da distribuição segundo o exercício de um passatempo

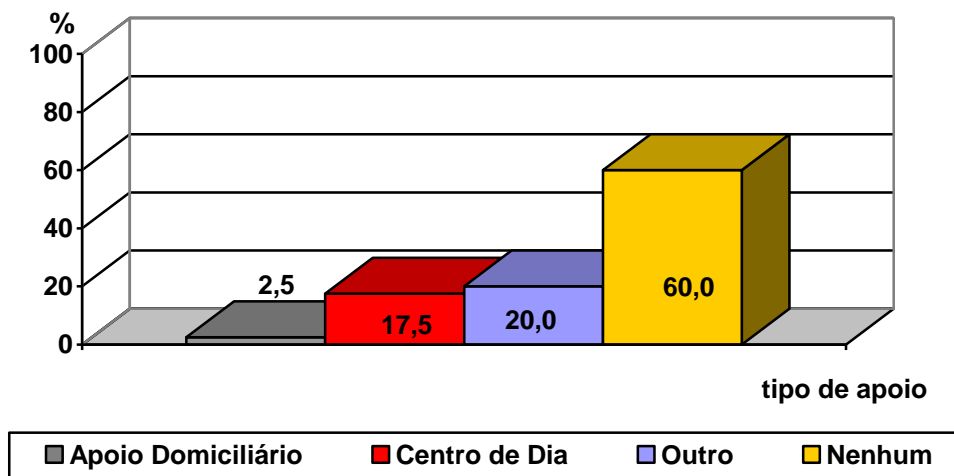


Quadro 5: Distribuição segundo o tipo de passatempo

Passatempo	n	%
Leitura/Ver televisão	4	10,0
Lavores	2	5,0
Jardinagem	1	2,5
Actividades desportivas	8	20,0
Total	15	37,5
Sem passatempo	25	62,5
Total	40	100,0

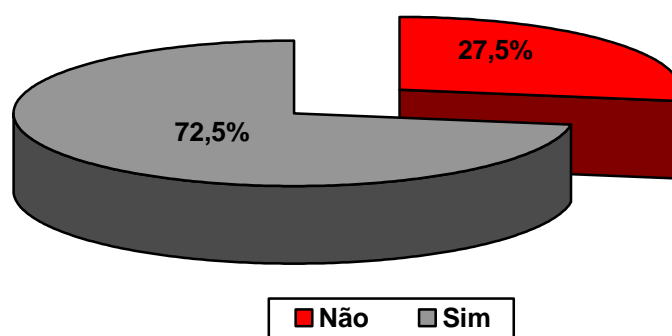
No que respeita à existência de apoio (formal) ou não no dia-a-dia dos inquiridos, verificou-se que 60,0% dos indivíduos não recebia qualquer apoio, enquanto que 2,5% recebiam apoio domiciliário, 17,5% frequentavam um Centro de Dia e 20,0% recebiam outro tipo de apoio (Lar ou empregada particular), perfazendo assim 40% de inquiridos que usufruíam de algum tipo de apoio (Figura 7).

Figura 7: Representação gráfica da distribuição segundo o tipo de apoio recebido



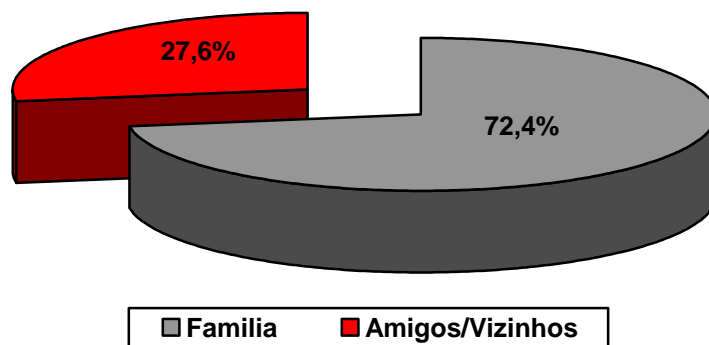
Quisemos também saber se os inquiridos recebiam alguma ajuda emocional quando dela necessitavam, verificando que 27,5% responderam negativamente, enquanto que 72,5% afirmaram ter ajuda emocional em caso de necessidade (Figura 8)

Figura 8: Representação gráfica da distribuição segundo a existência de ajuda emocional



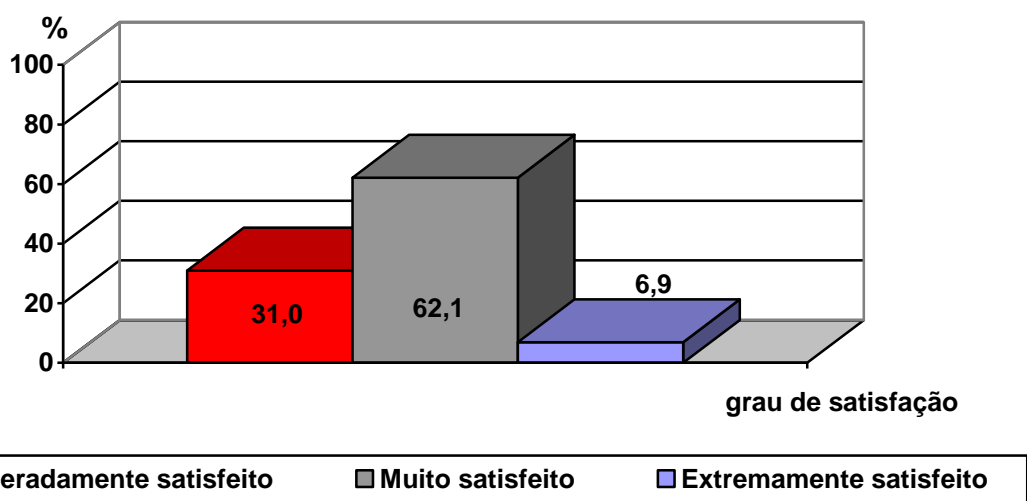
Relativamente a quem prestava essa ajuda, verificou-se que a família tinha um papel importante, já que 72,4% dos 72,5% que responderam afirmativamente ao facto de receberem ajuda emocional, contavam com a ajuda da mesma, enquanto que os restantes 27,5% contava com o apoio dos amigos ou vizinhos (Figura 9).

Figura 9: Representação gráfica da distribuição segundo a identidade dos prestadores da ajuda emocional



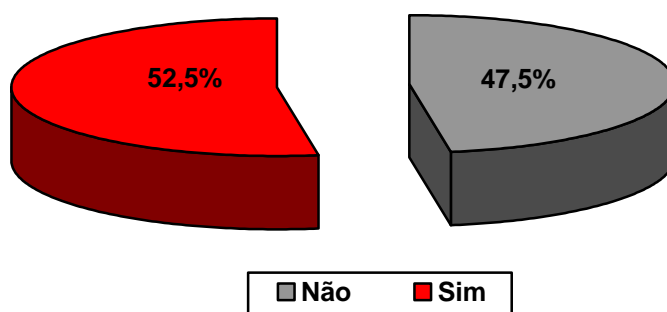
Quando questionámos se se encontravam satisfeitos ou não com o apoio emocional que recebiam, todos os inquiridos responderam afirmativamente, encontrando-se desde moderadamente satisfeitos, com 31,0%, muito satisfeitos, com 62,10% e finalmente extremamente satisfeitos, com 6,9% das respostas, conforme se pode verificar pela análise do Figura 10.

Figura 10: Representação gráfica da distribuição segundo o grau de satisfação com o apoio emocional recebido



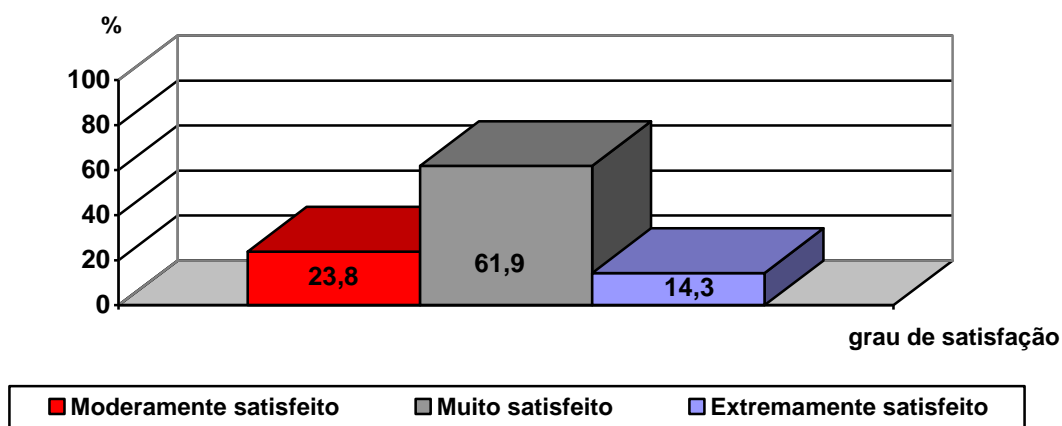
Seguindo a mesma linha da análise anterior, quisemos saber se os inquiridos recebiam ajuda funcional, quando dela necessitavam, verificando-se que 52,5% gozavam dessa ajuda, enquanto que 47,5% não. (Figura 11)

Figura 11: Representação gráfica da distribuição segundo a existência de ajuda funcional



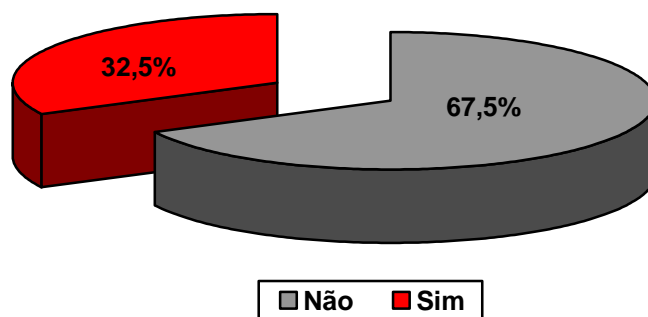
Quando questionámos sobre o grau de satisfação relativamente à ajuda funcional recebida, observámos resultados muito semelhantes aos obtidos em relação à ajuda emocional, já que todos os inquiridos responderam também aqui, afirmativamente variando o grau de satisfação entre moderadamente satisfeitos com 23,8%, muito satisfeitos com 61,9% e finalmente extremamente satisfeitos com 14,3% das respostas. (Figura 12)

Figura 12: Representação gráfica da distribuição segundo o grau de satisfação com a ajuda funcional recebida



Finalmente, quisemos inquirir sobre a existência ou não de ajuda financeira tendo verificado que 67,5% dos inquiridos não recebiam qualquer tipo de apoio económico, enquanto que 32,5% o recebiam. (Figura 13)

Figura 13: Representação gráfica da distribuição segundo a existência de apoio financeiro



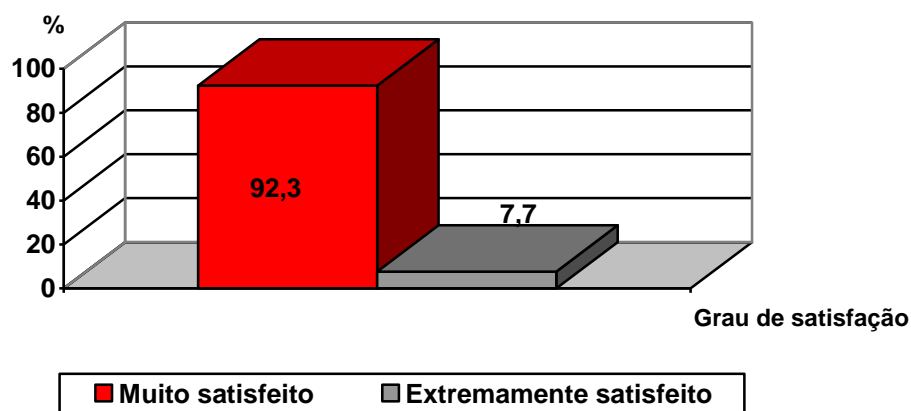
Pudemos ainda verificar que aos 32,5% dos indivíduos que recebiam apoio económico, esse era prestado pela família. (Quadro 6)

Quadro 6: Distribuição segundo a identidade dos prestadores de apoio financeiro

Quem presta apoio financeiro	n	%
Família	13	32,5
Sem apoio financeiro	27	67,5
Total	40	100,0

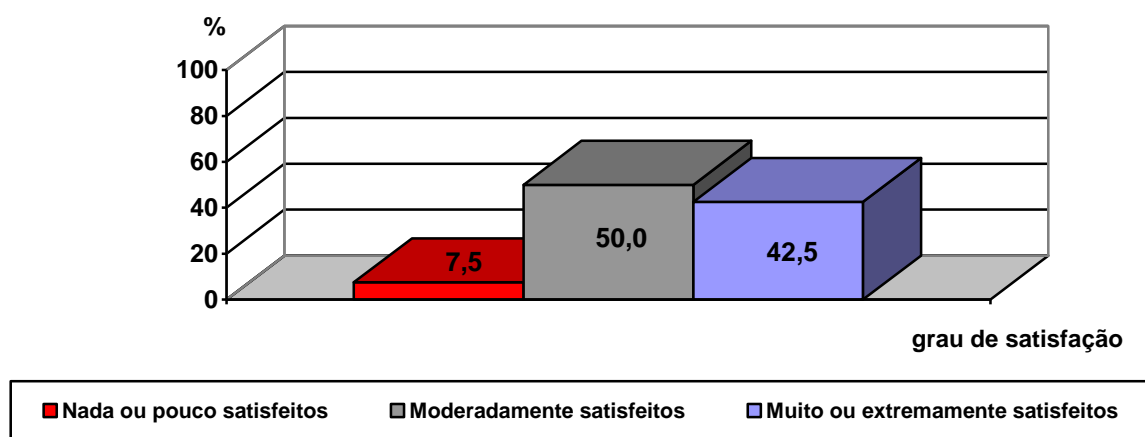
No que concerne à satisfação com o apoio económico recebido verificámos um grau de satisfação ainda mais elevado relativamente à satisfação com as outras ajudas já referidas (emocional e funcional) já que a grande maioria dos inquiridos, 92,3% se encontra muito satisfeito e 7,7% extremamente satisfeito. (Figura 14)

Figura 14: Representação gráfica da distribuição segundo o grau de satisfação relativamente à ajuda financeira recebida



Finalmente quisemos saber acerca da satisfação total com tudo e todos os que rodeavam os inquiridos, e neste caso, os resultados dizem respeito a todos os indivíduos da amostra, quer recebessem ajudas ou não, e verificámos assim que 7,5% dos inquiridos se manifestaram nada ou pouco satisfeitos, 50,0% moderadamente satisfeitos e 42,5% muito ou extremamente satisfeitos. Podemos assim concluir que, mais uma vez, o grau de satisfação é relativamente elevado já que 92,5% da amostra se manifestou, de alguma forma satisfeito, com tudo e todos os que os rodeiam. (Figura 15)

Figura 15: Representação gráfica da distribuição segundo o grau de satisfação global



9.2 – Caracterização da amostra segundo a EASYcare

De acordo com os resultados obtidos com a aplicação da escala EASYcare, relativamente à amostra em estudo, pudemos verificar que, no que concerne à dimensão Défice Sensorial, que avalia o grau de dificuldade para ver, ouvir, mastigar e comunicar, obtivemos \bar{x} de 7,08, com desvio padrão de 8,34. Estes valores indicam-nos que a amostra em estudo não apresentava dificuldades relativamente a estas actividades, ou seja, apresentava um baixo índice de défice sensorial.

No que respeita à dimensão Défice na Qualidade de Vida Percebida, que avalia, nesta escala, a qualidade de vida em termos de qualidade da saúde percebida, solidão e qualidade da habitação percebida, verificámos que os indivíduos constituintes da amostra em estudo avaliavam a sua qualidade de vida como satisfatória, embora muito ligeiramente a tender para o pouco satisfatório, já que obtivemos uma \bar{x} de 54,58, com um desvio padrão de 13,86.

Interessa mais uma vez relembrar que, na EASYcare quanto mais alta a pontuação obtida, pior o indicador de qualidade, isto é, maior o défice relativamente ao que se avalia. Ainda relativamente à dimensão Défice na Qualidade de Vida Percebida, achámos pertinente apresentar os resultados obtidos em dois dos três itens que compõe a mesma, nomeadamente os relativos à percepção da qualidade da saúde e ao sentimento de solidão.

No que respeita à percepção da qualidade da saúde, a maioria dos inquiridos (77,5%) percepcionava a sua saúde entre o razoável e o muito boa (Quadro 7).

Quadro 7: Frequências obtidas no item Percepção da Qualidade da Saúde da dimensão Défice na Qualidade de Vida Percebida

Percepção da Qualidade da Saúde	n	%
Muito boa	4	10
Boa	9	22,5
Razoável	18	45
Fraca	9	22,5
Total	40	100,0

No que concerne ao sentimento de solidão, a grande maioria dos inquiridos (70%) referiu sentir-se só entre algumas vezes e sempre (Quadro 8).

Uma vez que o outro item, que avaliava a qualidade da habitação, obteve respostas que indicavam satisfação com a mesma, podemos concluir que, provavelmente, o item que mais contribuiu para baixar a média obtida na dimensão Défice na Qualidade de Vida Percebida terá sido o sentimento de solidão.

Quadro 8: Frequências obtidas no item Percepção da Qualidade da Saúde da dimensão Défice na Qualidade de Vida Percebida

Percepção da Qualidade da Saúde	n	%
Nunca	5	12,5
Raramente	7	17,5
Algumas vezes	17	42,5
Frequentemente	7	17,5
Sempre	4	10
Total	40	100,0

Relativamente à dimensão Défice Funcional, a qual avaliava a capacidade para actividades instrumentais de vida diária (AIVD) tais como realizar trabalho doméstico, preparar refeições ou ir às compras, gerir o dinheiro, usar o telefone ou tomar os medicamentos, obtivemos uma \bar{x} de 9,35, com um desvio padrão de 14,15, valores que nos indicam claramente que, no que respeita à realização das actividades acima descritas, a amostra em estudo não apresentava dificuldades.

No que respeita à dimensão Défice na Mobilidade, que avaliava actividades de vida diária (AVD) tais como movimentar-se dentro de casa, subir e descer escadas, sair de casa e caminhar na rua, levantar-se da cama, e utilizar o WC ou tomar banho de forma autónoma, obtivemos para a amostra em estudo uma \bar{x} de 5,55 e um desvio padrão de 11,79, podendo também aqui concluir que, no que respeita às actividades referidas anteriormente, não existiam dificuldades em executá-las.

Na dimensão Défice nos Cuidados Pessoais, que avalia também AVD tais como capacidade para cuidar da sua aparência (pentear-se, barbear-se, maquilhar-se, etc.), vestir-

se ou alimentar-se sem ajuda, obtivemos uma \bar{x} de 2,89, bastante baixa, indicadora de autonomia nestas áreas, com um desvio padrão de 8,59.

Relativamente à dimensão Incontinência, que avaliava a frequência das micções ou dejeções acidentais/involuntárias, obtivemos uma \bar{x} de 14,41 e um desvio padrão de 23,15. Neste caso, face ao desvio padrão, podemos concluir que existem sujeitos na amostra com problemas de incontinência embora de uma forma geral os resultados apontem para uma amostra com controlo adequado sobre os esfíncteres.

Finalmente, no que respeita à dimensão de âmbito mais geral, Incapacidade Total que avalia as dimensões Défice Funcional, Défice na Mobilidade, Défice nos Cuidados Pessoais e Incontinência como um todo, obtivemos uma \bar{x} de 7,43, com um desvio padrão de 10,51, indicando estes valores que a amostra estudada, de uma maneira geral, se apresentava autónoma para a realização quer das AVD, quer das AIVD. (Tabela 3)

Tabela 3: Medidas descritivas das Dimensões da EASYcare

Dimensões da EASYcare	Medidas Descritivas				
	Mínimo	Mediana	Máximo	Média	Desvio padrão
Défice Sensorial	0,00	4,17	25,0	7,08	8,34
Défice na Qualidade de Vida Percebida	25,0	58,33	83,33	54,58	13,86
Défice Funcional	0,00	2,17	60,87	9,35	14,15
Défice na Mobilidade	0,00	0,00	51,22	5,55	11,79
Défice nos Cuidados Pessoais	0,00	0,00	42,11	2,89	8,59
Incontinência	0,00	0,00	82,35	14,41	23,15
Incapacidade Total	0,00	4,50	42	7,43	10,51

A EASYcare compreende também uma escala de avaliação rápida da depressão, Escala Geriátrica da Depressão, constituída por quatro questões, com pontuação 0, para ausência de depressão e pontuação de 1 a 4 para presença de sinais de depressão. Obtivemos assim, na amostra em estudo, 22,5% de indivíduos sem sinais de depressão,

face a uma percentagem elevada, 77,5%, com sinais de depressão, conforme análise da Tabela 4.

Tabela 4: Tabela de frequências da Escala Geriátrica da Depressão

Escala Geriátrica da Depressão	n	%
Sem sinais de depressão	9	22,5
Com sinais de depressão	31	77,5
Total	40	100,0

Ainda relativamente a esta escala de depressão, verificou-se que 64,5% da amostra a apresentar sinais de depressão era de sexo feminino (n=20), para 35,5% de sexo masculino (n=11). No que respeita à idade verificaram-se pequenas diferenças com 45,2% na faixa etária dos 68 aos 75 anos e os restantes 54,8% na faixa etária dos 76 aos 88 anos. (Tabela 5)

Tabela 5: Tabela de frequências da Escala Geriátrica da Depressão em função do Sexo e Idade

Escala Geriátrica da Depressão	Variáveis Sócio-Demográficas											
	Sexo						Idade					
	Feminino		Masculino		Total		68-75 anos		76-88 anos		Total	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Sem sinais de depressão	7	77,8	2	22,2	9	100	6	66,7	3	33,3	9	100
Com sinais de depressão	20	64,5	11	35,5	31	100	14	45,2	17	54,8	31	100

Relativamente ao Teste de Diminuição Cognitiva que faz também parte desta escala, verificámos que 70% da amostra não apresentava diminuição cognitiva ou apresentava diminuição ligeira, enquanto que os restantes 30% apresentavam diminuição moderada a grave, conforme a Tabela 6.

Tabela 6: Tabela de frequências relativas ao Teste de Diminuição Cognitiva

Teste de Diminuição Cognitiva	n	%
Diminuição normal a ligeira	28	70,0
Diminuição moderada a grave	12	30,0
Total	40	100,0

9.3 – Qualidade de vida percebida pela amostra

No que diz respeito aos resultados obtidos pela aplicação do WHOQOL-bref, verificámos que, relativamente à Questão de Âmbito Geral 1, que avaliava a percepção da qualidade de vida (medida por uma escala de Lickert de avaliação), os inquiridos da amostra em estudo avaliavam, na sua maioria, a sua qualidade de vida com “nem boa nem má”, já que obtivemos uma \bar{x} de 56,25, a meio da totalidade do score, embora com uma muito discreta tendência para o bom. Os valores obtidos, nomeadamente os valores mínimo e máximo, mostram-nos ainda que alguns dos inquiridos consideravam a sua qualidade de vida muito má ou muito boa com mínimo de 0,0 e máximo de 100,0 respectivamente. (Tabela 7)

Relativamente à Questão de Âmbito Geral 2, que avaliava a satisfação com a sua saúde (medida por uma escala de Lickert de intensidade), os inquiridos revelaram-se, também aqui “nem satisfeitos nem insatisfeitos”, com uma \bar{x} de 54,37, também a meio da totalidade do score passível de se obter, e um desvio padrão de 27,67, indicando uma variação considerável. (Tabela 7)

Interessa mais uma vez relembrar que, na WHOQOL-bref quanto mais alta a pontuação obtida, melhor a percepção de qualidade relativamente ao domínio que se avalia.

No que diz respeito ao Domínio Físico, que avaliava a qualidade de vida percebida em termos de aspectos físicos nomeadamente presença de dor e desconforto incapacitante, energia e cansaço, sono e repouso suficiente, capacidade para se movimentar, necessidade

de medicamentos ou tratamentos médicos no seu dia-a-dia, capacidade para o trabalho ou actividades de vida diária, obtivemos uma \bar{x} de 56,25 o que nos indica que, os inquiridos avaliavam de média qualidade a sua vida, sob o ponto de vista físico descrito anteriormente. No que respeita ao valor mínimo obtido, podemos concluir que não houve sujeitos que se encontrassem totalmente insatisfeitos relativamente a este domínio. (Tabela 7)

No Domínio Psicológico, que avaliava questões como frequência de sentimentos positivos (aproveitar a vida), negativos (desespero, ansiedade, depressão ou mau-humor) ou sentimento de vida sem sentido, capacidades cognitivas, aceitação da imagem corporal e auto-estima, obteve-se uma \bar{x} de 51,46, valor também correspondente ao “nem satisfeito nem insatisfeito” em termos de opinião. Obteve-se neste domínio o valor máximo mais baixo da escala, 75,0, indicando que nenhum inquirido considerou existir uma qualidade de vida elevada sob o ponto de vista psicológico, avaliando essa com satisfatória. (Tabela 7)

Relativamente ao Domínio Relações Sociais, que avaliava a satisfação dos sujeitos face às relações pessoais (família, amigos, conhecidos, colegas), ao suporte social (apoio que recebia dos amigos) e actividade sexual, obteve-se a \bar{x} de 60,83, a mais alta de todos os domínios do instrumento, tendendo esta para a avaliação de “satisfeito” relativamente aos itens questionados. O valor mínimo obtido, 33,33, indica-nos não existir nenhum inquirido totalmente insatisfeito, enquanto que o valor máximo, 91,67, nos indica existir inquiridos muito próximos da satisfação total. (Tabela 7)

Finalmente, no Domínio Ambiente, que avaliava a qualidade do lar e do ambiente circundante, sentimento de segurança física e protecção, oportunidades de lazer e para adquirir novas informações e habilidades, recursos financeiros suficientes para as necessidades, acesso e qualidade dos serviços de saúde e meio de transporte, obtivemos uma \bar{x} de 54,61, indicando um grau de satisfação correspondente ao “nem satisfeito nem insatisfeito”. Também neste domínio, o valor mínimo obtido, 31,25, indica-nos não existir nenhum inquirido totalmente insatisfeito, contudo o valor máximo de 78,13 indica que o grau de satisfação máximo verificado não foi além do “satisfeito”. (Tabela 7)

Do ponto de vista global, as médias obtidas relativamente aos domínios da WHOQOL-bref demonstraram que os inquiridos apresentavam uma fraca percepção da qualidade de vida, variando contudo essa percepção entre o mínimo passível de se obter, isto é, 0, e o máximo, ou seja, 100.

Tabela 7: Medidas descritivas dos Domínios do WHOQOL-bref

WHOQOL-bref Domínios	Medidas Descritivas				
	Mínimo	Mediana	Máximo	Média	Desvio padrão
Questão de Âmbito Geral nº1 (avaliação da sua qualidade de vida)	0,00	50,0	100,0	56,25	19,41
Questão de Âmbito Geral nº2 (satisfação com a sua saúde)	0,00	50,0	100,0	54,37	27,67
Domínio Físico	25,0	57,14	89,28	56,25	12,21
Domínio Psicológico	20,83	54,17	75,0	51,46	13,23
Domínio Relações Sociais	33,33	62,50	91,67	60,83	12,26
Domínio Ambiente	31,25	53,13	78,13	54,61	10,54

10 – RELAÇÕES ENTRE AS VARIÁVEIS

Dadas as características da amostra (N=40), foram efectuadas correlações de Spearman, para avaliar a existência de relações entre as dimensões da Escala EASYcare e os Domínios do WHOQOL-bref.

Relativamente à EASYcare, interessa mais uma vez lembrar que quanto maior a pontuação obtida nas diferentes dimensões maior o défice relativamente ao que é avaliado na dimensão. Por essa mesma razão foram redenominadas as dimensões, para facilidade de interpretação dos dados, acentuando a ideia de défice, para que melhor se percebesse em que sentido se fazia a avaliação, ou seja, no sentido negativo. No que respeita ao WHOQOL-bref, a situação original foi mantida, sendo a avaliação feita no sentido positivo, ou seja, quanto maior a pontuação obtida, melhor a percepção de qualidade verificada. Do que foi referido anteriormente, facilmente se conclui, que as avaliações destas duas escalas se fazem em sentidos opostos, quando numa o resultado obtido é bom, na outra é mau, e vice-versa.

Entre a dimensão Défice Sensorial e a Percepção da Qualidade de Vida (Domínio Geral 1) obtivemos um $p = 0,000$, estatisticamente com significado, e um $r = -0,53$, ou seja, quanto **maior o Défice Sensorial, menor a qualidade de vida percebida**. Obtivemos também resultados com significado estatístico entre a dimensão Défice Sensorial e os domínios Satisfação com a sua Saúde (Domínio Geral 2), com $p = 0,011$ e $r = -0,40$, Físico, com $p = 0,050$ e $r = -0,31$, Psicológico, com $p = 0,006$ e $r = -0,43$, e Ambiente, com $p = 0,013$ e $r = -0,39$. Todas as relações verificadas indicam que **quanto maior o Défice Sensorial** verificado, **menor a percepção de qualidade** face aos domínios referidos. (Tabela 8)

Relativamente à dimensão Défice na Qualidade de Vida Percebida, obtivemos resultados com significado estatístico entre os Domínio Geral 1, Domínio Geral 2 e Ambiente. Assim, quanto **maior o Défice na Qualidade de Vida Percebida, menor a percepção de Qualidade face à vida** ($p = 0,001$ e $r = -0,61$), por outro lado, também

quanto **menor a Satisfação com a sua Saúde** ($p = 0,001$ e $r = -0,52$) e **menor a Percepção de qualidade face ao Ambiente** ($p = 0,030$ e $r = -0,34$). (Tabela 8)

Tabela 8: Correlações de Spearman entre as dimensões da EASYcare e os domínios do WHOQOL-bref

EASYcare Dimensões	WHOQOL-bref – Domínios											
	Geral 1		Geral 2		Físico		Psicológico		Relações Sociais		Ambiente	
	<i>r</i>	<i>p</i>	<i>r</i>	<i>p</i>	<i>r</i>	<i>p</i>	<i>r</i>	<i>p</i>	<i>r</i>	<i>p</i>	<i>r</i>	<i>p</i>
Défice Sensorial	-0,53	0,000	-0,40	0,011	-0,31	0,050	-0,43	0,006	-	0,684	-0,39	0,013
Défice na Qualidade de Vida Percebida	-0,61	0,001	-0,52	0,001	-	0,159	-	0,182	-	0,220	-0,34	0,030
Défice Funcional	-0,32	0,042	-0,32	0,041	-	0,084	-0,32	0,041	-	0,606	-0,43	0,006
Défice na Mobilidade	-0,50	0,001	-0,46	0,003	-	0,217	-	0,173	-	0,884	-0,36	0,021
Défice nos Cuidados Pessoais	-	0,288	-	0,102	-0,42	0,006	-	0,969	-	0,112	-	0,054
Incontinência	-	0,882	-	0,502	-	0,068	-	0,095	-	0,625	-	0,127
Incapacidade Total	-	0,101	-	0,057	-	0,083	-0,41	0,008	-	0,613	-0,43	0,006

Na dimensão Déficit Funcional os resultados foram semelhantes à dimensão Déficit na Qualidade de Vida Percebida. Obtivemos resultados com significado estatístico entre os domínios Geral 1, com $p = 0,042$ e $r = -0,32$, Geral 2, com $p = 0,041$ e $r = -0,32$, e Ambiente com $p = 0,006$ e $r = -0,43$. Também aqui, quanto **maior o Déficit Funcional, menor a Percepção de Qualidade de Vida, menor a Satisfação com a Saúde e menor a percepção de qualidade face ao Ambiente.** (Tabela 8)

No que respeita à dimensão Déficit na Mobilidade, os resultados foram também semelhantes. Obtivemos resultados com significado estatístico entre os domínios Geral 1, com $p = 0,001$ e $r = -0,50$, Geral 2, com $p = 0,046$ e $r = -0,32$, e Ambiente com $p = 0,021$ e $r = -0,36$. À semelhança da análise anterior, quanto **maior o Déficit na Mobilidade, menor a Percepção de Qualidade de Vida, menor a Satisfação com a Saúde e menor a percepção de qualidade face ao Ambiente.** (Tabela 8)

Relativamente à dimensão Défice nos Cuidados Pessoais, apenas se obteve uma relação com significado estatístico, entre a mesma, e o domínio Físico, com $p = 0,006$ e $r = -0,42$, pelo que se conclui que quanto **maior o défice** na capacidade de executar os **Cuidados Pessoais, menor a percepção de qualidade face ao domínio Físico**. (Tabela 8) Entre a dimensão Incontinência e os diferentes domínios da WHOQOL-bref não se verificaram relações com significado estatístico. (Tabela 8)

Finalmente, no que respeita à dimensão Incapacidade Total, surpreendentemente, apenas se verificaram relações estatisticamente com significado entre esta e os domínios Psicológico, com $p = 0,008$ e $r = -0,41$, e Ambiente, com $p = 0,006$ e $r = -0,43$, pelo que se conclui que **quanto maior a Incapacidade menor a Percepção de Qualidade de Vida**, quer sob o ponto de vista **Psicológico**, quer sob o ponto de vista do **Ambiente**. (Tabela 8)

Para verificar a existência de relações, estatisticamente com significado, entre as dimensões da EASYcare e o grau de Satisfação com as ajudas em questão, isto é, ajuda Emocional, ajuda Funcional, ajuda Financeira e ajuda Global, procedemos à realização do Teste Kruskal-Wallis. Pela análise da Tabela 9, podemos verificar que não se verificou qualquer tipo de relação digna de análise.

Tabela 9: Teste de Kruskal-Wallis entre as dimensões da EASYcare e o grau de satisfação com as ajudas

EASYcare Dimensões	Satisfação com as ajudas							
	Ajuda Emocional		Ajuda Funcional		Ajuda Financeira		Global	
	<i>z</i>	<i>p</i>	<i>z</i>	<i>p</i>	<i>z</i>	<i>p</i>	<i>z</i>	<i>p</i>
Défice Sensorial	3,158	0,206	4,568	0,102	0,772	0,380	5,242	0,263
Défice na Qualidade de Vida Percebida	2,020	0,364	3,627	0,163	1,487	0,223	7,167	0,127
Défice Funcional	0,287	0,866	0,698	0,706	1,220	0,269	5,490	0,241
Défice na Mobilidade	1,093	0,579	1,182	0,554	0,762	0,383	8,273	0,082
Défice nos Cuidados Pessoais	0,812	0,666	1,748	0,417	0,181	0,671	6,995	0,136
Incontinência	1,166	0,558	3,129	0,209	0,589	0,443	3,595	0,464
Incapacidade Total	0,313	0,855	1,202	0,548	1,806	0,179	4,006	0,405

Destes resultados podemos concluir, que **a existência de défice**, neste caso a qualquer nível, dentro do que foi avaliado pela EASYcare, **parece não interferir**, relativamente à amostra em estudo, **no grau de satisfação com as ajudas recebidas**.

Foi feita a mesma análise, desta feita entre os domínios do WHOQOL-bref e o grau de Satisfação com as ajudas (Emocional, Funcional, Financeira e Global), utilizando também o Teste Kruskall-Wallis.

Também aqui não se encontraram relações com significado estatístico. Relativamente aos domínios que avaliavam a Percepção da Qualidade de Vida de um ponto de vista geral, a percepção de qualidade de vida sob o ponto de vista Físico, a percepção de qualidade de vida sob o ponto de vista Psicológico e a percepção de qualidade de vida sob o ponto de vista das Relações Sociais, poder-se-ia esperar a existência de relação entre estes domínios e o grau de satisfação com as ajudas, não se verificando contudo esse facto. (Tabela 10)

Tabela 10: Teste de Kruskall-Wallis entre os domínios do WHOQOL-bref e o grau de satisfação com as ajudas

WHOQOL-bref Domínios	Satisfação com as ajudas							
	Ajuda Emocional		Ajuda Funcional		Ajuda Financeira		Global	
	<i>z</i>	<i>p</i>	<i>z</i>	<i>p</i>	<i>z</i>	<i>p</i>	<i>z</i>	<i>p</i>
Domínio Geral 1	1,518	0,468	0,460	0,795	0,322	0,570	8,580	0,072
Domínio Geral 2	3,359	0,186	2,091	0,352	2,006	0,157	8,707	0,069
Domínio Físico	5,411	0,067	1,996	0,369	0,018	0,893	5,743	0,219
Domínio Psicológico	3,712	0,156	2,542	0,281	0,163	0,687	7,798	0,099
Domínio Relações Sociais	2,071	0,355	1,382	0,501	2,110	0,146	2,115	0,715
Domínio Ambiente	3,469	0,176	4,147	0,126	0,882	0,348	8,006	0,091

Para verificar a existência de relações com significado estatístico entre as variáveis sócio-demográficas, a percepção de qualidade de vida, quer avaliada pela EASYcare, quer avaliada pelo WHOQOL-bref, e a satisfação com a Saúde, procedemos a um teste de

Mann-Whitney. Verificámos apenas existirem relações com significado estatístico relativamente às variáveis Idade e Passatempo.

Tabela 11: Teste de Mann-Whitney entre as variáveis sócio-demográficas e a Percepção da Qualidade de Vida e Saúde

Variáveis Sócio-Demográficas	Percepção de Qualidade					
	Défice na Qualidade de Vida Percebida (EASYcare)		Percepção da Qualidade de Vida (WHOQOL-bref)		Satisfação com a sua Saúde	
	<i>z</i>	<i>p</i>	<i>z</i>	<i>p</i>	<i>z</i>	<i>p</i>
Sexo	-0,671	0,530	-0,229	0,842	-1,587	0,135
Idade	-2,652	0,009	-2,334	0,040	-0,467	0,659
Estado civil	-0,323	0,391	-0,509	0,657	-1,437	0,172
Passatempo	-2,321	0,024	-0,999	0,391	-0,102	0,934
Idade da reforma	-1,059	0,312	-2,043	0,074	-0,216	0,841
Acesso a apoio institucional	-1,766	0,090	-0,564	0,633	-0,809	0,452
Proximidade geográfica dos filhos	-0,461	0,671	-0,290	0,811	-0,629	0,567
Acesso a ajuda emocional	-0,781	0,455	-0,172	0,881	-1,062	0,323
Acesso a ajuda funcional	-0,629	0,555	-0,999	0,390	-1,435	0,187
Acesso a ajuda financeira	-0,075	0,955	-0,541	0,648	-1,708	0,106

Obtivemos relações estatisticamente significativas entre a Idade e a Percepção de Qualidade de Vida, quer medida pela EASYcare, quer medida pelo WHOQOL-bref, com $p = 0,009$ e $p = 0,040$, respectivamente. (Tabela 11)

Pela análise da Tabela 12, podemos verificar que, relativamente ao Défice na Qualidade de Vida Percebida (EASYcare) e à Percepção de Qualidade de Vida (WHOQOL-bref) obtivemos $\bar{x} = 48,75$ e de $\bar{x} = 62,50$, respectivamente, para a faixa etária dos 68 aos 75 anos, enquanto que na faixa etária dos 76 aos 88 anos obtivemos $\bar{x} = 60,42$ e $\bar{x} = 50,00$, respectivamente (não esquecer a particularidade na análise destas duas escalas). Podemos assim concluir que a faixa etária dos **68 aos 75 anos** apresenta **maior percepção de qualidade de vida** quando comparada com a faixa etária dos 76 aos 88 anos.

Tabela 12: Médias obtidas na variável Faixa Etária em função da Percepção de Qualidade de Vida

Faixa Etária	Percepção de Qualidade de Vida			
	Défice na Qualidade de Vida Percebida (EASYcare)		Percepção da Qualidade de Vida (WHOQOL-bref)	
	M	DP	M	DP
68 – 75 anos	48,75	12,47	62,50	15,17
76 – 88 anos	60,42	12,93	50,00	21,46

A variável Passatempo obteve resultado com significado estatístico só em relação à dimensão Déficit na Qualidade de Vida Percebida, com $p = 0,024$. A análise da Tabela 13 mostra que os inquiridos que desenvolviam um passatempo obtiveram uma $\bar{x} = 47,22$, enquanto que os que não exerciam apresentaram uma $\bar{x} = 59,00$. Podemos assim concluir que os que desenvolviam algum **passatempo** percecionavam **maior qualidade de vida**.

Tabela 13: Médias obtidas na variável Passatempo em função da dimensão Déficit na Qualidade de Vida Percebida

Passatempo	Déficit na Qualidade de Vida Percebida (EASYcare)	
	M	DP
Sim	47,22	15,64
Não	59,00	10,74

Para verificar a existência de relações entre as restantes variáveis sócio-demográficas, e a Percepção da Qualidade de Vida e Saúde, realizámos um Teste de Kruskal-Wallis. Obtivemos entre a variável Profissão que exercia e a Percepção da Qualidade de Vida, relação com significado estatístico com $p = 0,041$, conforme consulta da Tabela 14.

Tabela 14: Teste de Kruskal-Wallis entre as variáveis sócio-demográficas e a Percepção da Qualidade de Vida e Saúde

Variáveis Sócio-Demográficas	Percepção de Qualidade					
	Qualidade de Vida Percebida (EASYcare)		Percepção da Qualidade de Vida (WHOQOL-bref)		Satisfação com a sua Saúde	
	<i>z</i>	<i>p</i>	<i>z</i>	<i>p</i>	<i>z</i>	<i>p</i>
Com quem vive	-1,311	0,207	-0,574	0,628	-0,363	0,732
Habilitações literárias	1,044	0,593	0,399	0,819	2,660	0,264
Nº de filhos	2,181	0,536	1,547	0,671	0,244	0,970
Profissão que exercia	4,100	0,663	13,15	0,041	6,26	0,395

Pela análise da Tabela 15 podemos ainda verificar que relativamente à profissão que era exercida pelos inquiridos, obtivemos médias consideravelmente superiores, relativamente à percepção de Qualidade de Vida para grupos profissionais mais especializados e médias mais baixas para os grupos profissionais menos qualificados.

Tabela 15: Médias obtidas na variável Profissão que exercia em função do domínio na Qualidade de Vida Percebida

Profissão que exercia	Qualidade de Vida Percebida (WHOQOL-bref)	
	M	DP
Especialistas das Profissões Intelectuais e Científicas	75,00	-
Pessoal Administrativo e Similares	75,00	0,00
Pessoal dos serviços e Vendedores	52,77	15,02
Agricultores e Trabalhadores Qualificados da Agricultura e Pescas	25,00	35,35
Operários, Artífices e Trabalhadores Similares	56,25	12,50
Operadores de Instalações e Máquinas e Trabalhadores da Montagem	75,00	-
Trabalhadores não Qualificados	50,00	0,00

Procedeu-se ainda a um teste de Mann-Whitney, para avaliar a existência de relações entre as variáveis sócio-demográficas e as dimensões da EASYcare.

Verificámos existir assim relação, com significado estatístico, entre a variável Idade e as dimensões Déficit Sensorial e Déficit Funcional, com $p = 0,009$ e $p = 0,021$, respectivamente. Obtivemos também $p = 0,042$, entre a variável Idade da Reforma e a dimensão Déficit Funcional, estatisticamente com significado. Relativamente à variável Acesso a Apoio, verificámos existir relação com significado estatístico, entre esta e as dimensões Déficit Funcional e Déficit na Mobilidade, uma vez que obtivemos $p = 0,034$ e $p = 0,017$, respectivamente. (Tabela 16)

Tabela 16: Teste de Mann-Whitney entre as variáveis sócio-demográficas e as dimensões da EASYcare

Variáveis Sócio-Demográficas	Escala EASYcare Dimensões *											
	Déficit Sensorial		Déficit Funcional		Déficit na Mobilidade		Déficit nos Cuidados Pessoais		Incontinência		Incapacidade Total	
	z	p	z	p	z	p	z	p	z	p	z	p
Sexo	-0,64	0,568	-1,16	0,289	-0,54	0,648	-0,28	0,887	-0,49	0,690	-0,73	0,475
Idade	-2,81	0,009	-2,45	0,021	-1,96	0,096	-0,57	0,758	-1,40	0,253	-0,82	0,429
Estado civil	-0,38	0,737	-0,10	0,925	-0,53	0,657	-0,33	0,861	0,00	1,000	-0,28	0,798
Passatempo	-1,22	0,267	-0,48	0,659	-0,26	0,825	-0,12	0,956	-0,17	0,890	-0,25	0,804
Idade da reforma	-1,67	0,108	-2,17	0,042	-0,95	0,472	-1,53	0,403	-0,11	0,931	-1,32	0,212
Acesso a apoio institucional	-0,12	0,924	-2,26	0,034	-2,78	0,017	-1,97	0,267	-0,55	0,652	-1,49	0,149
Proximidade geográfica dos filhos	-0,40	0,726	-0,40	0,726	-0,27	0,839	-1,59	0,385	-0,52	0,671	-0,42	0,699
Acesso a ajuda emocional	-1,15	0,294	-0,18	0,881	-0,73	0,550	-0,34	0,858	-0,37	0,765	-0,37	0,720
Acesso a ajuda funcional	-1,44	0,187	-1,86	0,083	-1,08	0,361	-2,24	0,205	-0,21	0,872	-1,36	0,187
Acesso a ajuda financeira	-0,16	0,932	-1,44	0,187	-1,46	0,217	-0,43	0,820	-0,75	0,549	-1,64	0,156

* A dimensão Qualidade de Vida Percebida não consta por ter sido analisada anteriormente

Pela comparação das médias obtidas, podemos verificar que os inquiridos na faixa etária dos 76 aos 88 apresentavam maior Déficit Sensorial, com $\bar{x} = 10,83$, quando comparados com os indivíduos com idade compreendida entre os 68 e os 75 anos, que

apresentaram uma $\bar{x} = 3,33$. Em relação ao Défice Funcional verificou-se a mesma situação, já que os indivíduos na faixa etária dos 76 aos 88 apresentaram uma média superior, de 13,70, comparativamente à faixa etária anterior, que apresentou $\bar{x} = 5,00$. Concluimos assim que, em termos de **Idade, os mais novos apresentavam, quer menor Défice Sensorial, quer menor Défice Funcional.**

Relativamente à variável Idade da Reforma, a análise das médias obtidas de $\bar{x} = 1,30$ para os que se reformaram antes da idade prevista, e de $\bar{x} = 12,73$ para os que se reformaram depois da idade prevista, permite concluir que estes últimos apresentavam **maior Défice Funcional.**

Finalmente, aqueles que usufruíam de **apoio institucional** apresentavam **quer maior Défice Funcional**, com $\bar{x} = 17,12$, **quer maior Défice na Mobilidade**, com $\bar{x} = 12,35$, quando comparados com aqueles que não tinham acesso a apoio, com $\bar{x} = 4,17$ e $\bar{x} = 1,02$, respectivamente. (Tabela 17)

Tabela 17: Médias obtidas nas variáveis Idade, Idade da Reforma e Acesso a Apoio em função das dimensões Défice Sensorial, Défice Funcional e Défice na Mobilidade

Dimensões	Variáveis Sócio-Demográficas											
	Idade				Idade da Reforma				Acesso a Apoio			
	68-75 anos		76-88 anos		Antes da idade prevista		Depois da idade prevista		Sim		Não	
	M	DP	M	DP	M	DP	M	DP	M	DP	M	DP
Défice Sensorial	3,33	5,67	10,83	9,00	-	-	-	-	-	-	-	-
Défice Funcional	5,00	10,49	13,70	16,16	1,30	2,10	12,73	17,00	17,12	18,55	4,17	6,72
Défice na Mobilidade	-	-	-	-	-	-	-	-	12,35	16,53	1,02	2,02

Entre as restantes variáveis sócio-demográficas e as dimensões da EASYcare verificou-se ainda existir relações com significado estatístico, verificadas por um teste de Kruskal-Wallis, entre as dimensões Défice Funcional e Incapacidade Total e a profissão que exercia, com $p = 0,014$ e $p = 0,025$, respectivamente. (Tabela 18)

Tabela 18: Teste de Kruskal-Wallis entre as variáveis sócio-demográficas e as dimensões da EASYcare

Variáveis Sócio-Demográficas	EASYcare – Dimensões *											
	Défice Sensorial		Défice Funcional		Défice na Mobilidade		Défice nos Cuidados Pessoais		Incontinência		Incapacidade Total	
	<i>z</i>	<i>p</i>	<i>z</i>	<i>p</i>	<i>z</i>	<i>p</i>	<i>z</i>	<i>p</i>	<i>z</i>	<i>p</i>	<i>z</i>	<i>p</i>
Com quem vive	0,430	0,512	0,807	0,369	1,459	0,227	0,142	0,706	0,136	0,713	0,344	0,557
Habilitações literárias	2,052	0,358	1,466	0,480	0,672	0,715	1,968	0,374	3,092	0,213	0,209	0,901
Nº de filhos	2,764	0,429	0,931	0,818	2,667	0,446	4,202	0,240	0,144	0,057	4,159	0,245
Profissão que exercia	7,630	0,267	15,99	0,014	6,910	0,329	12,16	0,058	11,93	0,064	14,41	0,025

* A dimensão Qualidade de Vida Percebida não consta por ter sido analisada anteriormente

Pela análise da Tabela 19 podemos ainda verificar que, relativamente à **Profissão** que era exercida pelos inquiridos, obtivemos médias mais elevadas nos grupos profissionais menos qualificados. Assim, no grupo profissional Agricultores e Trabalhadores Qualificados da Agricultura e Pescas obtivemos $\bar{x} = 36,95$ relativa ao Défice Funcional e $\bar{x} = 27,50$ relativa à Incapacidade Total. No grupo profissional Trabalhadores não Qualificados obtivemos ainda $\bar{x} = 23,18$ relativa ao Défice Funcional.

Tabela 19: Médias obtidas na variável Profissão que exercia em função das dimensões Défice Funcional e Incapacidade Total

Profissão que exercia	Dimensões (EASYcare)			
	Défice Funcional		Incapacidade Total	
	M	DP	M	DP
Especialistas das Profissões Intelectuais e Científicas	4,348	-	7,00	-
Pessoal Administrativo e Similares	0,00	0,00	0,00	0,00
Pessoal dos serviços e Vendedores	2,415	4,407	3,00	2,291
Agricultores e Trabalhadores Qualificados da Agricultura e Pescas	36,95	33,818	27,50	17,678
Operários, Artífices e Trabalhadores Similares	2,174	2,510	3,50	6,351
Operadores de Instalações e Máquinas e Trabalhadores da Montagem	13,043	-	12,00	-
Trabalhadores não Qualificados	23,188	9,050	9,67	9,074

Procedeu-se a um teste de Mann-Whitney, para avaliar a existência de relações estatisticamente significativas entre as variáveis sócio-demográficas e os domínios da WHOQOL-bref. Verificámos existir relação, com significado estatístico, entre o Acesso a Apoio e os domínios Físico, com $p = 0,021$, e Relações Sociais, com $p = 0,036$, entre o Acesso a Ajuda Emocional e o domínio Relações Sociais, com $p = 0,035$ e, finalmente, entre o Acesso a Ajuda Funcional e o domínio Relações Sociais, com $p = 0,031$. (Tabela 20)

Tabela 20: Teste de Mann-Whitney entre as variáveis sócio-demográficas e os domínios do WHOQOL-bref

Variáveis Sócio-Demográficas	WHOQOL-bref Domínios *							
	Físico		Psicológico		Relações Sociais		Ambiente	
	<i>z</i>	<i>p</i>	<i>z</i>	<i>p</i>	<i>z</i>	<i>p</i>	<i>z</i>	<i>p</i>
Sexo	-1,32	0,197	-1,06	0,303	-1,80	0,083	-0,74	0,475
Idade	-0,68	0,512	-0,57	0,583	-1,64	0,114	-0,15	0,883
Estado civil	-1,08	0,286	-1,12	0,274	-1,09	0,299	-1,53	0,132
Passatempo	-0,62	0,543	-0,70	0,489	-0,16	0,890	0,13	0,912
Idade da reforma	-0,12	0,931	-1,71	0,096	-0,45	0,666	-0,86	0,403
Acesso a apoio institucional	-2,31	0,021	-1,40	0,165	-2,16	0,036	-1,39	0,174
Proximidade geográfica dos filhos	-0,13	0,897	-0,21	0,839	0,00	1,000	-0,15	0,897
Acesso a ajuda emocional	-0,76	0,455	-0,41	0,698	-2,16	0,035	-0,17	0,881
Acesso a ajuda funcional	-0,15	0,893	-0,31	0,768	-2,21	0,031	-1,40	0,169
Acesso a ajuda financeira	-1,22	0,228	-0,70	0,493	-1,97	0,056	-1,40	0,168

* Os Domínio Gerais 1 e 2 não constam por ter sido analisados anteriormente

A análise das médias obtidas permite concluir que, relativamente aos inquiridos que tinham **Acesso a Apoio** institucional, os mesmos percepcionavam **maior qualidade de vida** do ponto de vista **Físico**, com $\bar{x} = 61,16$, face aos que não tinham acesso a este apoio, com $\bar{x} = 52,97$, e ainda do ponto de vista das **Relações Sociais**, com $\bar{x} = 66,14$ para os que tinham apoio, contra $\bar{x} = 57,29$, para os que o não tinham.

Por outro lado, os indivíduos que responderam ter acesso, quer a **Ajuda Emocional**, quer a **Ajuda Funcional**, percepcionaram **maior qualidade de vida**, do ponto

de vista das **Relações Sociais**, com $\bar{x} = 63,51$ e $\bar{x} = 65,08$, respectivamente, contra $\bar{x} = 53,79$ e $\bar{x} = 56,14$, respectivamente, para aqueles que não recebiam este tipo de ajudas. (Tabela 21)

Tabela 21: Médias obtidas nas variáveis Acesso a Apoio, Acesso a Ajuda Emocional e Acesso a Ajuda Funcional em função dos domínios Físico e Relações Sociais

Domínios	Variáveis Sócio-Demográficas											
	Acesso a Apoio				Acesso a Ajuda Emocional				Acesso a Ajuda Funcional			
	Sim		Não		Sim		Não		Sim		Não	
	M	DP	M	DP	M	DP	M	DP	M	DP	M	DP
Físico	61,16	16,02	52,97	7,57	-	-	-	-	-	-	-	-
Relações Sociais	66,4	12,71	57,29	10,80	63,51	11,45	53,79	12,00	65,08	11,06	56,14	12,05

Entre as restantes variáveis sócio-demográficas e os domínios do WHOQOL-bref não se verificaram relações com significado estatístico, verificadas por um teste de Kruskal-Wallis, conforme análise da Tabela 22.

Tabela 22: Teste de Kruskal-Wallis entre as variáveis sócio-demográficas e os domínios do WHOQOL-bref

Variáveis Sócio-Demográficas	WHOQOL-bref Domínios *							
	Físico		Psicológico		Relações Sociais		Ambiente	
	z	p	z	p	z	p	z	p
Com quem vive	0,029	0,977	-0,145	0,887	-0,875	0,407	0,073	0,955
Habilitações literárias	5,102	0,078	1,079	0,583	0,101	0,951	0,242	0,886
Nº de filhos	5,034	0,169	1,664	0,645	2,956	0,398	2,405	0,493
Profissão que exercia	2,770	0,837	10,38	0,110	7,267	0,297	3,930	0,687

* Os Domínio Gerais 1 e 2 não constam por ter sido analisados anteriormente

Para avaliar a existência de relações entre a Escala Geriátrica da Depressão e as dimensões da EASYcare, foi também efectuado um teste de Mann-Whitney.

Apenas se verificou existir relação entre a variável Depressão e o Défice na Qualidade de Vida Percebida, com $p = 0,016$. (Tabela 23)

Tabela 23: Teste de Mann-Whitney entre a Escala Geriátrica da Depressão (EGD) e as dimensões da EASYcare

	EASYcare Dimensões													
	Défice Sensorial		Défice na Qualidade de Vida Percebida		Défice Funcional		Défice na Mobilidade		Défice nos Cuidados Pessoais		Incontinência		Incapacidade Total	
	<i>z</i>	<i>p</i>	<i>z</i>	<i>p</i>	<i>z</i>	<i>p</i>	<i>z</i>	<i>p</i>	<i>z</i>	<i>p</i>	<i>z</i>	<i>p</i>	<i>z</i>	<i>p</i>
EGD	-1,03	0,354	-2,46	0,016	-1,37	0,211	-0,97	0,425	-1,27	0,483	-0,12	0,924	-0,89	0,388

Observando as médias obtidas, relativamente aos intervalos de avaliação da depressão e ao défice de percepção de qualidade de vida, podemos concluir que os indivíduos **com sinais de depressão**, $\bar{x} = 57,26$, percecionavam **pior qualidade de vida** em relação aos que não apresentavam sinais de depressão, $\bar{x} = 45,37$. (Tabela 24)

Tabela 24: Médias obtidas na Escala Geriátrica da Depressão (EGD) em função da dimensão Défice na Qualidade de Vida Percebida

EGD	Défice na Qualidade de Vida Percebida (EASYcare)	
	M	DP
Sem sinais de depressão	45,37	12,58
Com sinais de depressão	57,26	13,22

Realizou-se, igualmente, um Teste de Mann-Whitney para avaliar a existência de relações significativas, desta vez, entre a variável Depressão, medida pela Escala Geriátrica da Depressão, e os domínios do WHOQOL-bref.

Verificou-se existir relação, com significado estatístico, entre a Depressão e Percepção de Qualidade de Vida (Geral 1), com $p = 0,006$, e ainda com a Satisfação com a sua Saúde (Geral 2), com $p = 0,013$. (Tabela 25)

Tabela 25: Teste de Mann-Whitney entre a Escala Geriátrica da Depressão (EGD) e os domínios da WHOQOL-bref

	WHOQOL-bref Domínios											
	Geral 1		Geral 2		Físico		Psicológico		Relações Sociais		Ambiente	
	<i>z</i>	<i>p</i>	<i>z</i>	<i>p</i>	<i>z</i>	<i>p</i>	<i>z</i>	<i>p</i>	<i>z</i>	<i>p</i>	<i>z</i>	<i>p</i>
EGD	-3,07	0,006	-2,54	0,013	-1,52	0,138	-1,26	0,223	-1,15	0,276	-1,97	0,051

Observando as médias obtidas, relativamente aos intervalos de avaliação da depressão e aos domínios Geral 1 e Geral 2, podemos concluir que os indivíduos **sem sinais de depressão**, percepcionavam **melhor qualidade de vida**, $\bar{x} = 72,22$, e encontravam-se **mais satisfeitos com a sua saúde**, $\bar{x} = 75,00$ quando comparados com aqueles que apresentavam sinais de depressão, com $\bar{x} = 51,62$ e $X = 48,38$ respectivamente. (Tabela 26)

Tabela 26: Médias obtidas na Escala Geriátrica da Depressão (EGD) em função da Percepção de Qualidade de Vida e Satisfação com a Saúde

EGD	WHOQOL-bref Domínios			
	Percepção de Qualidade de Vida		Satisfação com a sua Saúde	
	M	DP	M	DP
Sem sinais de depressão	72,22	15,02	75,00	17,67
Com sinais de depressão	51,62	18,18	48,38	27,33

Realizou-se ainda um Teste do Qui-Quadrado entre a Escala Geriátrica da Depressão (EGD) e as variáveis sócio-demográficas não se obtendo valores p com qualquer significado estatístico. (Anexo F)

Finalmente, para verificar a existência de relações, estatisticamente significativas, entre o Teste de Diminuição Cognitiva e as dimensões da EASYcare procedeu-se a um

Teste de Mann-Whitney, não se tendo encontrado qualquer relação com significado estatístico, conforme análise da Tabela 27.

Tabela 27: Teste de Mann-Whitney entre o Teste da Diminuição Cognitiva (TDC) e as dimensões da EASYcare

	EASYcare Dimensões													
	Défice Sensorial		Défice na Qualidade de Vida Percebida		Défice Funcional		Défice na Mobilidade		Défice nos Cuidados Pessoais		Incontinência		Incapacidade Total	
	<i>z</i>	<i>p</i>	<i>z</i>	<i>p</i>	<i>z</i>	<i>p</i>	<i>z</i>	<i>p</i>	<i>z</i>	<i>p</i>	<i>z</i>	<i>p</i>	<i>z</i>	<i>p</i>
TDC	-1,48	0,172	-1,75	0,090	-1,85	0,084	-1,81	0,130	-0,56	0,760	-1,20	0,328	-0,18	0,873

Realizou-se igualmente um Teste de Mann-Whitney entre o TDC e os domínios do WHOQOL-bref, obtendo resultados semelhantes em relação às dimensões da EASYcare, isto é, ausência de qualquer relação com significado estatístico. (Tabela 28)

Tabela 28: Teste de Mann-Whitney entre o Teste da Diminuição Cognitiva (TDC) e os domínios do WHOQOL-bref

	WHOQOL-bref Domínios											
	Geral 1		Geral 2		Físico		Psicológico		Relações Sociais		Ambiente	
	<i>z</i>	<i>p</i>	<i>z</i>	<i>p</i>	<i>z</i>	<i>p</i>	<i>z</i>	<i>p</i>	<i>z</i>	<i>p</i>	<i>z</i>	<i>p</i>
TDC	-1,02	0,373	-1,88	0,074	-1,28	0,213	-0,61	0,550	-0,24	0,827	-1,86	0,065

Relativamente às variáveis sócio-demográficas apenas se achou pertinente averiguar sobre a existência de relações com significado estatístico entre o Teste de Diminuição Cognitiva e o Sexo e a Idade, não se tendo verificado qualquer associação com significado digno de análise. (Tabela 29)

Por nos parecer igualmente pertinente, verificou-se ainda se a diminuição em termos cognitivos poderia provocar sentimentos depressivos. Obteve-se um $p = 0,697$, sem

qualquer significado estatístico pelo que concluímos que, pelo menos em relação à amostra estudada, tal não se verifica. (Tabela 29)

Tabela 29: Tabela de frequências e Teste do Qui-Quadrado entre o Teste da Diminuição Cognitiva (TDC) e o Sexo, Idade e Depressão

Variáveis		Teste de Diminuição Cognitiva		Qui-Quadrado
		Normal a Ligeira (N)	Moderada a Grave (N)	
Sexo	Feminino	18	9	0,716
	Masculino	10	3	
Idade	68-75 anos	16	4	0,301
	76-88 anos	12	8	
Depressão	Sem sinais de depressão	7	2	0,697
	Com sinais de depressão	28	10	

11- SÍNTESE DOS RESULTADOS

De acordo com a análise feita anteriormente, pretendemos aqui resumir os resultados obtidos, e desta forma permitir obter uma visão geral e integrada, relativamente à amostra estudada:

- Relativamente ao sexo e à idade, a amostra revelou-se maioritariamente de sexo feminino (67,5%), sendo a média de idade 76,2 anos;
- A maioria dos inquiridos eram viúvos (52,5%), embora a quase totalidade dos restantes (45%) fosse casada;
- Também a maioria tinha filhos (82,5%), vivendo próximo dos mesmos (63,6%);
- Uma grande parte dos sujeitos (52,5%) vivia com a família (cônjuge ou filhos), vivendo os restantes sozinhos (32,5%) ou em lar de idosos;
- Como habilitações literárias, a maioria tinha o ensino básico (60%);
- Dos que exerceram actividade profissional, a grande maioria reformou-se na idade prevista pela lei então em vigor;
- Apenas uma pequena parte dos sujeitos (37,5%) ocupava os seus tempos livres com um passatempo;
- A grande maioria dos inquiridos (60%) não recebia qualquer tipo de apoio institucional;
- Relativamente à ajuda emocional, uma grande parte (72,5%), referiu recebê-la, quando dela necessitava, sendo que a mesma era, sobretudo, fornecida pela família (72,4%), tendo os mesmos se manifestado muito satisfeitos com a ajuda recebida;
- Do ponto de vista da ajuda funcional, uma percentagem menor (52,5%), referiu receber ajuda, sendo que, uma grande parte (61,9%) se manifestou igualmente muito satisfeita com a ajuda recebida;

- Em relação ao apoio financeiro, a maioria referiu não receber qualquer tipo de apoio (67,5%). Aos restantes, o apoio era dado pela família, manifestando-se estes muito satisfeitos com a ajuda recebida;
- Relativamente à satisfação global, a grande maioria dos inquiridos (92,5%), manifestou graus de satisfação entre o moderadamente satisfeito e o extremamente satisfeito;
- Por outro lado, face aos resultados obtidos em função dos défices estudados, nomeadamente sensorial, funcional, mobilidade, cuidados pessoais, e incontinência, constatámos que a amostra não demonstrava dificuldades nestas áreas, pelo que pudemos concluir que, relativamente às AVD e AIVD, os inquiridos apresentavam um grau de independência elevado;
- Apesar do referido anteriormente, os resultados obtidos face à percepção de qualidade de vida (avaliada em ambas as escalas) e à satisfação com a sua saúde, revelaram que a amostra se encontrava nem satisfeita, nem insatisfeita;
- A avaliação feita pela Escala Geriátrica da Depressão (numa versão abreviada de 4 itens) revelou que a amostra se apresentava deprimida, exibindo a grande maioria dos inquiridos (77,5%) sinais de depressão. As mulheres (64,5%) revelaram-se mais deprimidas que os homens, enquanto que em termos de idade não se identificaram diferenças significativas;
- Uma grande percentagem de inquiridos (70%) apresentava sentimentos de solidão;
- Do ponto de vista cognitivo, a maioria dos inquiridos (70%) apresentou normalidade ou ligeira diminuição;
- Os inquiridos que apresentavam maior Défice Sensorial demonstraram percepcionar pior Qualidade de Vida, quer quando medida pela EASYcare, quer quando medida pelo WHOQOL-bref;
- Quanto maior o Défice na Qualidade de Vida Percebida (EASYcare), pior também a Percepção de Qualidade face à Vida (WHOQOL-bref);
- Por outro lado, os inquiridos que percepcionavam menor Satisfação com a sua Saúde, percepcionavam, igualmente, pior qualidade no Ambiente que os rodeava;

- Também aqueles que apresentavam maior Défice Funcional demonstraram pior Percepção de Qualidade de Vida, menor Satisfação com a Saúde e menor percepção de qualidade face ao Ambiente envolvente;
- Por outro lado, quanto maior o Défice na Mobilidade apresentado, pior a Percepção de Qualidade de Vida, menor a Satisfação com a Saúde e pior a percepção de qualidade face ao Ambiente;
- Relativamente ao Défice na capacidade para executar os Cuidados Pessoais, quanto maior o primeiro, pior a percepção de qualidade sob o ponto de vista Físico;
- Também quanto maior a Incapacidade apresentada, pior a Percepção de Qualidade mas apenas sob os pontos de vista Psicológico e do Ambiente;
- Verificou-se ainda que a existência de défice, neste caso a qualquer nível, dentro do que foi avaliado pela EASYcare, parecia não interferir, relativamente à amostra em estudo, com o grau de satisfação, face às ajudas recebidas;
- Relativamente ao Défice na Qualidade de Vida Percebida (EASYcare) e à Percepção de Qualidade de Vida (WHOQOL-bref) verificou-se que a faixa etária dos 68 aos 75 anos apresentava maior percepção de qualidade de vida quando comparada com a faixa etária dos 76 aos 88 anos. A idade, contudo, parece não interferir com a Satisfação com a sua Saúde;
- Os mais novos, na faixa etária dos 68 aos 75 anos, apresentavam, menor Défice Sensorial e Funcional.
- Os inquiridos que desenvolviam algum passatempo percepcionavam melhor qualidade de vida;
- Aqueles que se reformaram depois da idade prevista apresentavam maior Défice Funcional;
- Os inquiridos que haviam exercido profissões menos qualificadas apresentavam pior Percepção da Qualidade de Vida, maior Défice Funcional e maior Incapacidade Total. Por outro lado, os inquiridos que haviam exercido profissões mais qualificadas demonstraram Percepção da Qualidade de Vida elevada.
- Relativamente aqueles que usufruíam de apoio institucional, estes apresentavam, quer maior Défice Funcional, quer maior Défice na Mobilidade, no entanto,

percepcionavam melhor qualidade de vida do ponto de vista Físico, face aos que não tinham acesso a este tipo de apoio;

- Por outro lado, os indivíduos que responderam ter acesso, quer a Apoio Institucional, quer a Ajuda Emocional, quer a Ajuda Funcional, percepcionaram melhor qualidade de vida, do ponto de vista das Relações Sociais.
- Os indivíduos com sinais de depressão percepcionavam pior qualidade de vida em relação aos que não apresentavam sinais de depressão. Aqueles que não apresentavam sinais de depressão percepcionavam, não só melhor qualidade de vida, obviamente, mas também se encontravam mais satisfeitos com a sua saúde;
- Não se verificou existir qualquer relação entre diminuição cognitiva e qualquer uma das variáveis estudadas, nomeadamente depressão, percepção de qualidade de vida ou relações sociais.

12- DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

A amostra em estudo revelou-se maioritariamente de sexo feminino, o que se apresentou de acordo com a tendência actual, já que a esperança média de vida é superior para as mulheres. Estima-se que aos 70 anos, haja cerca de 6 mulheres para 5 homens e, aos 80 anos, essa razão passa de 4 para 1 (Fontaine, 2000), pelo que os estudos, que se pretendam mistos, realizados entre os mais velhos, deverão respeitar esta discrepância, de modo a se enquadrarem na realidade. Podemos assim concluir que, do ponto de vista do sexo, esta amostra se apresentou dentro do que era esperado, pelo que esta variável não terá influenciado, além do que seria previsível, nenhum dos resultados obtidos.

Relativamente à Idade, os mais novos percepcionavam melhor qualidade de vida, provavelmente porque também se apresentaram menos diminuídos, quer do ponto de vista sensorial, quer do ponto de vista funcional, e sabemos que à medida que a idade avança, também as limitações se vão fazendo sentir, ainda que de forma diferente para cada indivíduo. De facto, um estudo efectuado por Fonseca (2006) apoia estes resultados, na medida em que o mesmo revelou existir uma diminuição na satisfação com a vida, mais evidente nos indivíduos com mais de 75 anos, indicando que será uma série de factores, ligados ao decurso normal do processo de envelhecimento, que acabam por condicionar a satisfação com a vida. Interessa, no entanto, realçar, que não se registaram diferenças muito significativas entre as duas faixas etárias, 68-75 anos e 76-88 anos, e que a amostra se apresentou com alto nível de independência. A respeito destes dados obtidos, podemos ainda acrescentar, que os mesmos apoiam estudos que referem que apenas 4% dos idosos com mais de 65 anos, e 13% entre os 65 e os 74 anos, apresentam incapacidade acentuada ou alto grau de dependência (Chaimowics, 1997)).

Estes resultados apoiam ainda um outro estudo (Neto, 1999, citado por Barros, 2008) segundo o qual os idosos, apesar das perdas e limitações crescentes associadas à idade, experimentam igualmente sentimentos de satisfação com a vida, à semelhança de grupos etários mais jovens.

Em termos de satisfação com a sua saúde não se verificaram diferenças entre as faixas etárias, já todos se manifestaram razoavelmente satisfeitos. Diversos estudos (Diogo, 2003) concluem que o bem-estar subjectivo e portanto, a percepção de qualidade de vida, não reside unicamente no efeito directo de como as pessoas se sentem fisicamente, mas, sobretudo, naquilo que a sua saúde permite que elas façam. Desta forma, o facto da amostra se apresentar sem défices, a todos os níveis, revela que, provavelmente, a qualidade da saúde dos inquiridos era boa, na medida em que esta lhes permitia ter uma vida autónoma e independente. No entanto, face aos bons resultados obtidos em termos de capacidade funcional da amostra, e, uma vez que a mesma constitui um importante indicador da qualidade de vida, sobretudo na velhice (Diogo, 2003), talvez se esperassem melhores resultados em termos quer de percepção de qualidade de vida, quer de satisfação com a sua saúde. E por sabermos que a capacidade funcional, por si só, não explica uma melhor percepção de qualidade de vida, pensamos que, de facto, outras variáveis terão influenciado estes resultados, nomeadamente a grande percentagem de indivíduos deprimidos e manifestando sentimentos de solidão.

No que diz respeito às ajudas recebidas, quer do ponto de vista emocional, funcional ou financeiro, verificou-se que, a existirem, elas provinham essencialmente da família (cônjuge ou filhos), reforçando a importância do papel da família na vida do idoso. O facto de todos os inquiridos, que recebiam apoios, se manifestarem satisfeitos ou muito satisfeitos com a ajuda recebida vem apoiar os estudos que referem que o apoio mais desejado e valorizado pelos idosos é aquele que é dado pelos cônjuges ou filhos (DECO-Protteste, 2008).

Podemos ainda concluir, pelo grau de satisfação dos inquiridos face às ajudas recebidas, que estas, provavelmente correspondiam às suas expectativas. No entanto, relativamente à amostra estudada, a satisfação com os apoios recebidos não influenciou positivamente a percepção da qualidade de vida, contrariando estudos (Guedea, Albuquerque, Tróccoli, Noriega, Seabra e Guedea, 2006) que revelaram que a satisfação com a vida é maior nas pessoas que estão satisfeitas com o apoio que recebem. Os inquiridos que recebiam apoio institucional, emocional, ou funcional, perceberam, no entanto, melhor qualidade do ponto de vista das Relações Sociais. As relações sociais podem ter um papel essencial para manter ou mesmo promover a saúde física e mental (Cokerham, 1991, citado por Ramos, 2002). De facto, a percepção de que são estimados, e de que os outros estão disponíveis, quando deles precisarem, leva a satisfação com as relações que têm (Barroso, 2006).

Relativamente aos défices avaliados para a realização de AVD e AIVD, verificou-se que só o sensorial, o funcional, e o na mobilidade interferiam negativamente na percepção de qualidade de vida. A existência de défice nestas áreas em especial, limita, claramente, a independência funcional e a autonomia, ao condicionar a realização de actividades necessárias no dia-a-dia. A capacidade funcional representa, sem dúvida, um importante indicador de qualidade de vida, sobretudo na velhice (Diogo, 2003).

Por sua vez, os inquiridos que apresentavam défice nas áreas funcional e mobilidade apresentavam também menor satisfação com a sua saúde realçando, mais uma vez o facto, da qualidade da saúde não ser o mais importante, desde que esta permita levar o dia-a-dia sem dificuldades, sobretudo na realização das actividades básicas diárias.

Um aspecto interessante teve a ver com a importância atribuída à qualidade de vida sob o ponto de vista do ambiente. Este domínio, que avaliava aspectos como a segurança física e protecção, o ambiente no lar e envolvente, o dinheiro disponível ou a qualidade e disponibilidade dos cuidados sociais e de saúde, obteve a média mais alta de todos os domínios avaliados. Assim verificou-se que os inquiridos que apresentavam maior satisfação com a sua saúde percebiam também maior qualidade face ao ambiente. Este resultado poderá estar relacionado com diversos factores, entre eles a sensação de segurança, no dia-a-dia, primordial para os idosos, ou a satisfação com os cuidados de saúde e sociais. De facto, Matos e Ferreira (2000) definem com necessidades sociais, entre outras, a pertença, a identidade e a segurança.

Também quanto menor o défice identificado, nas áreas funcional, mobilidade e incapacidade total (mais uma vez a importância da independência para as AVD e AIVD), maior a qualidade percebida do ponto de vista do ambiente. Este domínio Ambiente, em parte, relaciona-se também com a independência e autonomia, na medida em que avalia, de certa forma, a relação com o lar e com o meio envolvente e a forma como deles se usufrui, a capacidade financeira para suprir as necessidades diárias e não depender de outrem e a sensação de segurança, que permite levar a vida com mais liberdade. Pensamos assim, que estes resultados estarão relacionados com os aspectos referidos anteriormente.

Os inquiridos que apresentavam défice para cuidar da sua aparência física perceberam pior qualidade de vida sob o ponto de vista físico, pelo que mais uma vez, se realça a importância da capacidade funcional como factor preponderante para a sua saúde física e mental.

Os resultados obtidos na Escala Geriátrica da Depressão, onde se verificou que mais de dois terços da amostra apresentava sinais de depressão, poderão estar relacionados

com algumas características apresentadas pela amostra. Por um lado, estudos anteriores revelaram que as mulheres se apresentam, de um modo geral, mais deprimidas, numa taxa de 2 para 1 (Fontaine, 2000), sendo que a amostra estudada era maioritariamente de sexo feminino. A associar a esse aspecto está o facto de, por um lado, uma grande percentagem da amostra ser viúva ou divorciada, e por outro, viver só. De facto, segundo Murphy (1982, citado por Barroso, 2006), idosos solteiros, viúvos ou divorciados apresentam mais sentimentos de solidão, parecendo a ocorrência da depressão estar, frequentemente, relacionada com o luto. Por outro lado, a viuvez, entre outros aspectos, agrava a imagem negativa do idoso face a si mesmo (auto-estima e auto-imagem) e face aos outros (Barros, 2008). Outro aspecto importante teve a ver com a frequência de sentimentos de solidão, que registou uma ocorrência importante neste estudo, sendo que estes parecem estar relacionados com sentimentos depressivos (Barroso, 2006). Finalmente, também a fraca participação em actividades de lazer/passatempos poderá ter influenciado a existência de sentimentos depressivos já que, como refere Barros (2004), os idosos que ocupam os seus tempos livres, apresentam níveis inferiores de depressividade. Também Freire e Rabelo (2004) constataram que pessoas mais felizes tendem a ser mais participativas, pelo que a depressividade manifestada pela amostra pode condicionar a adesão a actividades de lazer, embora a grande maioria tenha, no entanto, manifestado não ter oportunidade para se recrear. Torna-se assim difícil concluir se um dos factores (uma vez que este aspecto não pode ser analisado isoladamente) justificativos da fraca adesão a passatempos se deve ao facto de os sujeitos se apresentarem deprimidos, ou se estes se encontram, em parte, deprimidos porque desejavam ter oportunidades para actividades de lazer e tal não acontece.

Os indivíduos que apresentavam sinais de depressão percepcionavam, também assim, pior qualidade face à vida.

Por outro lado, nem o estado civil, nem o facto de se viver sozinho influenciou negativamente a percepção de qualidade de vida. Estes dados não corroboraram resultados obtidos em estudos anteriores (Cockerham, 1991, citado por Ramos, 2002) segundo os quais as pessoas casadas têm melhor saúde que os outros estados civis, na medida em que, em princípio, têm com quem partilhar as suas emoções. O facto de os indivíduos casados não apresentarem diferenças, em relação aos outros estados civis, relativamente à percepção de qualidade de vida, poderá estar relacionado com outros achados relativamente à amostra estudada, nomeadamente o elevado índice de depressão e sentimentos de solidão, já anteriormente referidos. Na realidade, o facto de se viver

acompanhado nem sempre afasta sentimentos depressivos ou de solidão, que se reflectem, obviamente, na percepção da saúde e da qualidade de vida. Efectivamente, um estudo realizado à população idosa portuguesa (DECO-proteste, 2008) constatou que uma parte importante dos indivíduos que viviam acompanhados se sentiam, ainda assim, sós. Por outro lado, uma grande percentagem da amostra tinha filhos a viverem perto de si. A elevada probabilidade de entre eles existir uma relação de proximidade (aspecto que não foi estudado), já que, de uma maneira geral, os relacionamentos sociais mais importantes envolvem a família (Freire e Rabelo, 2004), poderá explicar porque os indivíduos que vivem sós perceberam igual qualidade de vida quando comparados com os casados.

No que respeita à diminuição cognitiva, os resultados obtidos contrariaram alguns estudos anteriores (Fontaine, 2000) que referiam, ser o nível de escolaridade, um dos principais factores preditivos de saúde cognitiva na velhice. Na realidade, a amostra não apresentou défice importante do ponto de vista cognitivo, mas a maioria dos inquiridos tinha o ensino básico com grau de escolaridade. Obviamente que outros factores terão influenciado estes resultados nomeadamente, factores genéticos (uma vez que estes explicam 50% da variabilidade cognitiva na terceira idade), conforme constataram Spar e La Rue (2005), ou a qualidade da saúde, percebida pelos inquiridos como razoável.

13- CONCLUSÕES

Os resultados do estudo, apresentados anteriormente, poderão ter sido, de alguma forma, influenciados, quer pela reduzida dimensão da amostra, quer pela não participação, em igual número, de inquiridos que não recebiam apoio, que usufruíam de um centro de dia e que se encontravam institucionalizados. Tentou-se ultrapassar este aspecto dividindo os inquiridos em dois grupos: um que não recebia apoio institucional, e outro que recebia.

A reduzida dimensão da amostra prendeu-se com dificuldades na colheita de dados, já que o instrumento se revelou, para a maioria dos inquiridos, de difícil preenchimento, apesar da amostra não apresentar dificuldades do ponto de vista cognitivo. A colheita de dados foi assim, na grande maioria dos casos, realizada pelo investigador, transformando-se o questionário em entrevista, dada a manifesta grande necessidade de conversar, dos inquiridos.

Também as características da escala de Lickert utilizada no WHOQOL-bref poderão ter levado a alguma indecisão nas respostas. O item intermédio reflecte uma característica portuguesa culturalmente aceite: o “mais ou menos”, ou seja, nem se está bem, nem mal. Provavelmente, a ausência deste item levaria a reflectir e a ponderar sobre a realidade subjectiva, e invariavelmente ter-se-ia que optar pela melhor ou pela pior percepção.

Relativamente ao propósito do estudo em questão, avaliar em que medida o apoio social influenciava a qualidade de vida do idoso, os resultados obtidos falam por si, e apenas se podem referir, obviamente, à amostra em questão.

Podemos assim concluir que embora os inquiridos estudados recebessem apoio, fosse ele formal ou informal, e apesar de demonstrarem graus de satisfação elevados, face aos mesmos, a percepção de qualidade de vida foi razoável, não se verificando diferenças significativas entre estes e aqueles que não usufruíam de qualquer tipo de apoio.

Alguns factores poderão, contudo, estar na origem destes resultados nomeadamente o alto índice de sentimentos depressivos e de solidão verificados.

Por outro lado, o facto da amostra revelar elevado nível de independência e autonomia, não pareceu influenciar positivamente os inquiridos, na medida em que a

avaliação da qualidade de vida se ficou pelo razoável. Este aspecto, por si só, não será suficiente, obviamente, para explicar a qualidade de vida, dado que outros factores como a auto estima e a auto-imagem, a viuvez, a saúde, a sexualidade, a família, a situação económica e financeira, o estatuto socioeconómico, entre outros, ou simplesmente, características da própria personalidade, poderão interferir na forma como o idoso (ou qualquer outra pessoa), percepção a sua qualidade de vida.

Relativamente à situação actual de serviços e apoios disponibilizados para os idosos, e à qualidade dos mesmos, muito já se fez nos últimos anos, mas muito há ainda para fazer. A visão sobre os apoios prestados ao idoso e suas famílias deveria assentar numa visão de longo prazo, que a nosso ver, reduziria custos. Apostar, simultaneamente, na prevenção e na reabilitação para diminuir a dependência. Aproveitar os inúmeros desempregados de meia-idade, que inclusivamente frequentaram cursos de apoio à terceira idade e se encontram no desemprego, e levar a cabo um programa de acompanhamento domiciliário de permanência. Um internamento hospitalar prolongado, com conseqüente reabilitação prolongada (e nem sempre conseguida), frequentemente provocado por pequenos problemas, que por falta de acompanhamento se transformaram em grandes, custa certamente muito mais dinheiro ao Estado.

Os idosos semi-dependentes e dependentes poderiam permanecer nas suas casas com melhor qualidade de vida se existissem pessoas que fizessem esse acompanhamento em regime de permanência ou semi-permanência. Se pensarmos que um lar privado custa em média 900 euros mensais, nestes casos, certamente que esse valor pagaria o ordenado de um funcionário, podendo inclusivamente ser participado pelo Estado, da mesma forma que as despesas com lares, suportadas pelos filhos, podem ser declaradas no IRS, sendo parcialmente reembolsadas.

Finalmente, interessa referir que a qualidade destes serviços e apoios, depende não só de recursos materiais, mas também, sobretudo, de pessoas que cuidem de pessoas. São as pessoas que fazem toda a diferença.

A realização de um estudo que pretenda averiguar, o que realmente interessa ao idoso, o que realmente por ele é valorizado, para que se sinta feliz e percepcione a sua vida com uma boa qualidade, será uma tarefa futura a executar.

14- REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Alarcão, M. e Sousa, L. (2007). Rede social pessoal: do conceito à avaliação. *Psychologica*, 44, 353-376
- Alves, I.S. (1997). Direitos legais do idoso em saúde comunitária. *Revista Servir*, 45 (5), 229-243
- Ambifaro (2004). Indicadores de sustentabilidade do concelho de Faro. Faro: Agência para o Desenvolvimento Económico de Faro, SA
- Arroteia, J. C. e Cardosos, A. P. O. (2006). O envelhecimento da população portuguesa: responsabilidade social e cidadania. *Psychologica*, 42, 9-24
- Baltes, P.B. e Baltes, M.M. (1990). Psychological perspectives on successful aging: the model of selective optimization with compensation. In: P. B. Baltes e M. M. Baltes (Eds). *Successful aging: perspectives from the behavioural sciences*. Nova Iorque: Cambridge University Press, 1-34
- Barreto, J. (1988). Aspectos psicológicos do envelhecimento. *Psicologia*, 6 (2), 159-170
- Barros, J. (2004). *Psicologia positiva*. Porto: ASA Editores
- Barros, J. (2006). Espiritualidade, sabedoria e sentido da vida nos idosos. *Psychologica*, 42, 133-147
- Barros, J. (2008). *Psicologia do envelhecimento e do idoso*. Porto: Livpsic – Edições de Psicologia
- Barroso, V. L. (2006). Orfãos geriatras: sentimentos de solidão e depressividade face ao envelhecimento – estudo comparativo entre idosos institucionalizados e não institucionalizados. *Psicologia – o portal dos psicólogos*. Psicologia.com.pt acedido em 10/02/2009
- Bennett, P. & Murphy, S. (1999). *Psicologia e Promoção da Saúde*. Lisboa: Climepsi Editores
- Boutique, N.C e Santos, R.L.A. (1996). Aspectos socioeconómicos do envelhecimento. In: M.P. Netto (1996) *Gerontologia*. São Paulo: Editora Atheneu, 82-91
- Canavarro, M. C., Serra, A. V., Pereira, M., Simões, M. R., Quintais, L., Quartilho, M., et al. (2006). Desenvolvimento do Instrumento de Avaliação da Qualidade de Vida da Organização Mundial de Saúde (WHOQOL-100) para Português de Portugal. *Psiquiatria Clínica*, 27 (1), 15-23

- Cancela, D. M. G. (2007). O processo de envelhecimento. Psicologia – o portal dos psicólogos. <http://www.psicologia.com.pt> acessado em 10/02/2009
- Cardoso, A. P. O. e Costa, L. M. A. C. (2006). Velhice e exclusão social: um estudo no centro de convívio e apoio à terceira idade do Tortosendo. *Psychologica*, 42, 89-114
- Carmo, H. e Ferreira, M. M. (1998). Metodologia da investigação: guia para auto-aprendizagem. Lisboa: Universidade Aberta
- Cárter, B. e McGoldrick, M. (1989). *As mudanças no ciclo de vida familiar – uma estrutura para a terapia familiar*. Porto Alegre: Editora Artes Médicas Sul, Lda. Climepsi Editores
- Carvalho, V. F.C. e Fernandez, M.E.D. (1996). Depressão no idoso. In: M.P. Netto (1996) Gerontologia. São Paulo: Editora Atheneu, 160-173
- Chaimowicz, F. (1997). A saúde dos idosos brasileiros às vésperas do século XXI: problemas, projecções e alternativas. *Revista de Saúde Pública*, 31 (2), 184-200
- Cohen, D. e Eisdorfer, C. (1997). Depressão. In: E. Calkins, A. B. Ford e P. R. Katz (1997). Geriatria prática. Rio de Janeiro: Revinter, 301-311
- Coimbra, J.A. e Brito, I. S. (1999). Qualidade de vida do idoso. *Referência*,3, 26-30
- Conselho Local de Acção Social (2004). Diagnóstico Social do Concelho de Faro. Faro
- D'Oliveira, T. (2007). Teses e dissertações. Lisboa: Editora RH
- DECO-PROTESTE (2008). Inquérito viver bem. *Março*, 289, 25-29
- Dias, I. M. C. (1998). Estudo sociológico de um lar de 3ª idade. Évora
- Diogo, M. J. D. (2003). Satisfação global com a vida e determinados domínios entre idosos com amputação de membros inferiores. *Revista Panamericana de Salud Publica* 13 (6), 395-399
- Feitosa, M. A. G. (2001). Envelhecimento sensorial: a pesquisa básica e implicações para a qualidade de vida. *Psychologica*, 28, 159-175
- Fernandes, A.A. (1997). Velhice e sociedade. Oeiras: Celta Editora
- Ferrari, M.A.C. (1996). Lazer e ocupação do tempo livre na terceira idade. In: M.P. Netto (1996) Gerontologia. São Paulo: Editora Atheneu, 98-105
- Ferraro, K. F. (2001). Aging and role transitions. In: R. H. Binstock e L. K. George (2001). Handbook of aging and the social sciences. Nova Iorque: Academic Press
- Fleck, M.P.A., Leal, O.F., Louzada, S., Xavier, M., Chachamovich, E., Vieira, G., Santos, L. e Pinzon, V. (1999). Desenvolvimento da versão em português do instrumento de avaliação de qualidade de vida da OMS (WHOQOL-100). *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 21 (1), 19-28

- Fleck, M. P., Louzada, S., Xavier, M., Chachamovich, E., Vieira, G., Santos, L., & Pinzon, V. (1999). Aplicação da versão em português do instrumento de avaliação de qualidade de vida da OMS (WHOQOL-100). *Revista de Saúde Pública, 33* (2), 198-205
- Fleck, M. P., Louzada, S., Xavier, M., Chachamovich, E., Vieira, G., Santos, L., & Pinzon, V. (2000). Aplicação da versão em português do instrumento abreviado de avaliação de qualidade de vida – WHOQOL-bref. *Revista de Saúde Pública, 33* (2), 178-183
- Fonseca, A. M. (2006). “Transição-adaptação” à reforma em Portugal. *Psychologica, 42*, 45-70
- Fonseca, A. M. e Paúl, C. (2004). Saúde percebida e “passagem à reforma”. *Psicologia, Saúde & Doenças, 5* (1), 17-29
- Fortin, M.F. (2000). O processo de investigação: da concepção à realização. Loures: Lusociência- Edições Técnicas e Científicas
- Freire, S. A. e Rabelo, D. F. (2004). Qualidade de vida e bem-estar subjectivo: um estudo em asilos. In: J. Ribeiro e I. Leal (Orgs.), *Actas do 5º Congresso Nacional de Psicologia da Saúde*. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian
- Galinha, I. & Ribeiro, J. L. P. (2005). História e evolução do conceito de bem- estar subjectivo. *Psicologia, Saúde e Doenças, 6* (2), 203-214
- Garcia, L. M. A. (1994). Dependência em idosos. *Nursing (78/79)*, 8-11
- Gatto, I.B. (1996). Aspectos psicológicos do envelhecimento. In: M.P. Netto (1996) *Gerontologia*. São Paulo: Editora Atheneu, 109-113
- George, L. K. (2001). The social psychology of health. In: R. H. Binstock e L. K. George (2001). *Handbook of aging and the social sciences*. Nova Iorque: Academic Press, 217-233
- Giles, L.C., Glonek, G.V., Luszcz, M.A. e Andrews, G.R. (2005). Effect of social networks on 10 year survival in very old australians: the australian longitudinal study of aging. *Journal of Epidemiology e Community Health, 59*, 574-579
- Gonçalves, C. M. e Coimbra, J. L. (2007). Significados e centralidade do trabalho nas sociedades ocidentais contemporâneas: uma abordagem psicológica e histórico-social. *Psychologica, 44*, 401-426
- Gonçalves, D., Martin, I., Guedes, J., Cabral-Pinto, F. e Fonseca, A. M. (2006). Promoção da qualidade de vida dos idosos portugueses através da continuidade de tarefas produtivas. *Psicologia, Saúde e Doenças, 7* (1), 137-143
- Guedea, M. T. D., Albuquerque, F.J.B., Tróccoli, B.T., Noriega, J.A.V., Seabra, M.A.B. e Guedea, R.L.D. (2006). Relação do bem-estar subjectivo, estratégias de enfrentamento e apoio social em idosos. *Psicologia: Reflexão e Crítica, 19* (2), 301-308

- Hanson, S. M. H. (2005). *Enfermagem de cuidados de saúde à família – teoria, prática e investigação*. Loures: Lusociência – Edições Técnicas e Científicas, Lda.
- Hill, M. M. e Hill, A. (2002). *Investigação por questionário*. Lisboa: Edições Sílabo Lda
- Hill, R.D., Thorn, B.L., Bowling, J. e Morrison, A. (2002). *Geriatric residential care*. Lawrence Erlbaum Associates
- Ilhéu, J. R. (1998/99). *Apontamentos das aulas de Geriatria e Gerontologia*. Escola Superior de Enfermagem de Beja. Ano lectivo 98/99
- INE (2002). *Recenseamento geral da população e IV recenseamento geral da habitação*. Instituto Nacional de Estatística: Lisboa
- Jerónimo, L. (2005). O laço social. *Cidade Solidária*, 13, 15-19
- Krause, N. (2001). Social support. In: R. H. Binstock e L. K. George (2001). *Handbook of aging and the social sciences*. Nova Iorque: Academic Press, 272-294
- Leite, A., Paúl, C & Sequeiros, J. (2002). O bem-estar psicológico em indivíduos de risco para doenças neurológicas hereditárias de aparecimento tardio e controlos. *Psicologia, Saúde e Doenças*, III (2), 113-118
- Leme, L.E.G. e Silva, P.S.C.P. (1996). O idoso e a família. In: M.P. Netto (1996) *Gerontologia*. São Paulo: Editora Atheneu, 92-97
- Maroco, J. (2007). *Análise estatística com utilização de spss*. Lisboa: Edições Sílabo
- Martin, I., Gros, M., Queiroz, M. C., Guedes, J. (2006). Variáveis ambientais condicionadoras da saúde, bem-estar e qualidade de vida na institucionalização de idosos. In: I. Leal, J. P. Ribeiro e S. N. Jesus (Orgs.), *Actas do 6º Congresso Nacional de Psicologia da Saúde*. Faro: Universidade do Algarve
- Martínez, M. & Garcia, M. (1994). La autopercepción de la salud y el bienestar psicológico como indicador de la calidad de vida percebida en la vejez. *Revista de Psicología de la Salud*, 6, 54-74
- Martins, R. M. (2003). A depressão no idoso. *Spectrum*, 18, 119-123
- Martins, R. M. L. e Rodrigues, M.L.M. (2003). Estereótipos sobre idosos: uma representação social gerontofóbica. *Educação, Ciência e Tecnologia*, 46, 249-254
- Matos, A. P. e Ferreira, A. (2000). Desenvolvimento da escala de apoio social: alguns dados sobre a fiabilidade. *Psiquiatria Clínica*, 21 (3), 243-253
- Mercadante, E. (1996). Aspectos antropológicos do envelhecimento. In: M.P. Netto (1996) *Gerontologia*. São Paulo: Editora Atheneu, 73-76
- Neri, A.L. e Freire, S.A. (2000). *E por falar em boa velhice*. São Paulo: Papirus
- Neto, F. (1999). As pessoas idosas são pessoas: aspectos psico-sociais do envelhecimento. *Psicologia, Educação e Cultura*, 3, 297-322

- Nogueira, E.J., Lima, L.J., Martins, L. e Moura, E.R. (2009). Rede de relações sociais e apoio emocional: pesquisa com idosos. *Cesumar*, 11 (1), 65-70
- Olney S. J. e Culham, E. G. (1998). Alterações da postura e da marcha. In: B. Pickles et al (1998). *Fisioterapia na terceira idade*. São Paulo: Santos, 81-93
- OMS (2001). *Health and aging: a discussion paper*. Genebra: Departement of Health Promotion
- OMS (2002). *Active aging: a policy Framework*. Genebra: OMS
- Ordem dos Enfermeiros (2005). *Envelhecimento activo e educação para a saúde: uma prioridade*. <http://www.ordemenfermeiros.pt/> acessado em 16/09/2007
- Paschoal, S.M.P. (1996). Autonomia e independência. In: M.P. Netto (1996) *Gerontologia*. São Paulo: Editora Atheneu, 313-330
- Paúl, C. e Fonseca, A. M. (2005). *Envelhecer em Portugal*. Lisboa: Climepsi Editores
- Paúl, M. C. (1992). Satisfação de vida em idosos. *Análise psicológica*, 68, 61-80
- Paúl, M. C. (1993). Avaliação do estado funcional do idoso. *Geriatrics*, 5 (51), 21-26
- Pikunas, J. (1981). *Desenvolvimento Humano – uma ciência emergente*. São Paulo: McGraw-Hill
- Pimentel, L.M. (2005). *O lugar do idoso na família*. Coimbra: Quarteto
- Pinheiro, M. R. M. e Ferreira, J. A. G. (2002). O questionário de suporte social: adaptação e validação da versão portuguesa do social support questionnaire (SSQ6). *Psychologica*, 30, 315-333
- Pinto, J., Garcia, A., Bocchi, S. e Carvalhaes, M.A. (2006). Características do apoio social oferecido a idosos de área rural assistida pelo PSF. *Ciência e Saúde Colectiva*, 11 (3), 753-764
- Polit, D. F; Hungler, B. P. (1995). *Fundamentos de pesquisa em enfermagem*. Porto Alegre: Artes Médicas, 1995
- Ramos, M. P. (2002). Apoio social e saúde entre idosos. *Sociologias*, 7 (4), 156-175
- Ribeiro, J. e Pombeiro, T. (2004). Relação entre espiritualidade, ânimo e qualidade de vida em pessoas idosas. In: J. Ribeiro e I. Leal (Orgs.), *Actas do 5º Congresso Nacional de Psicologia da Saúde*. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian
- Ribeiro, J. L. P. (2007). *Avaliação em psicologia da saúde*. Coimbra: Quarteto Editora
- Rijo, D., Canavarro, M. C., Pereira, M., Simões, M. R., Vaz-Serra, A., Quartilho, M. J., Carona, C., Gameiro, S., Paredes, T. (2006). Especificidades da avaliação da Qualidade de Vida na população portuguesa: O processo de construção da faceta portuguesa do WHOQOL-100. *Psiquiatria Clínica*, 27 (2), 25-30

- Rosa, T., Benício, M.H., Alves, M.C. e Lebrão, M.L. (2007). Aspectos estruturais e funcionais do apoio social de idosos do município de São Paulo. *Cadernos de Saúde Pública*, 23 (12), 2982-2992
- Rosa, T., Benício, M.H., Latorre, M.R. e Ramos, L.R. (2003). Factores determinantes da capacidade funcional entre idosos. *Revista de Saúde Pública*, 37 (1), 40-48
- Rozario, P., Morrow-Howell, N. e 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
- Santiago, F. (1999). Redes de suporte social. Beja: Escola Superior de Enfermagem de Beja
- Santos, C. M. T. (1999). O idoso e o cuidar: que vivências. Beja: Escola Superior de Enfermagem de Beja
- Santos, F., Sobral, M., Ribeiro, O. e Costa, A. (2003). Estudo de prevalência da depressão numa população idosa institucionalizada. *Geriatrics, ano XV, volume XV, nº154 (Maio/Junho)*, 10-19
- Savoie, A. e Morin, E. (2001). Representações da eficácia organizacional: desenvolvimentos recentes. *Psychologica*, 27, 7-29
- Simões, A. (1985). Estereótipos relacionados com os idosos. *Revista Portuguesa de Pedagogia*, 19, 207-234
- Simões, A. (1990). Alguns mitos respeitantes ao idoso. *Revista Portuguesa de Pedagogia*, 24, 109-121
- Sousa, L. e Figueiredo, D. (2003). (In)dependência na população idosa: um estudo exploratório na população portuguesa. *Psychologica*, 33, 109-122
- Sousa, L., Galante, H. e Figueiredo, D. (2003). Qualidade de vida e bem-estar dos idosos: um estudo exploratório na população portuguesa. *Revista de Saúde Pública*, 37 (3), 364-371
- Spar, J. E. e La Rue, A. (2005). Guia prático climepsi de psiquiatria geriátrica. Lisboa: Climepsi Editores
- Straub, R. O. (2005). *Psicologia da saúde*. Porto Alegre: Artmed
- Vandervoort, A. (1998). Alterações biológicas e fisiológicas. In: B. Pickles et al (1998). *Fisioterapia na terceira idade*. São Paulo: Santos, 67-79
- Vaz-Serra, A. (1999). *O stress de todos os dias*. Coimbra: Gráfica de Coimbra Lda.
- Vaz-Serra, A., Canavarro, M. C., Simões, M. R., Pereira, M., Gameiro, S., Quartilho, M. J., Rijo, D., Carona, C. e Paredes, T. (2006). Estudos psicométricos do instrumento de avaliação da Qualidade de Vida da Organização Mundial de Saúde (WHOQOL-100) para Português de Portugal. *Psiquiatria Clínica*, 27 (2), 31-40

- Vaz-Serra, A., Canavarro, M. C., Simões, M. R., Pereira, M., Gameiro, S., Quartilho, M. J., Rijo, D., Carona, C. e Paredes, T. (2006). Estudos psicométricos do instrumento de avaliação da Qualidade de Vida da Organização Mundial de Saúde (WHOQOL-Bref) para Português de Portugal. *Psiquiatria Clínica*, 27 (2), 41-51
- Veloso, E. C. (2005). Uma política pública global e integrada para a terceira idade? *Cidade Solidária*, 13, 20-25
- WHOQOL-Group (1998). The World Health Organization Quality of Life Assessment (WHOQOL): Development and general psychometric properties. *Social Science & Medicine*, 46 (12), 1569-1585

ANEXOS

Anexo A – Pedidos de autorização para aplicação do instrumento de colheita de dados

Anexo B – Consentimento informado

Anexo C – EASY-care (Elderly Assessment System / Sistema de Avaliação de Idosos)

Anexo D – WHOQOL-bref (World Health Organization Quality of Life-bref)

Anexo E – Dados sócio-demográficos

Anexo F – Teste do Qui-Quadrado entre a Escala Geriátrica da Depressão e as variáveis sócio-demográficas
