

TÍTULO: Suporte Social e *Stress* em idosos residentes no meio rural: estudo comparativo entre idosos institucionalizados e idosos a viver no domicílio.

AUTOR(ES): Tânia Barbosa (taniabarbosa13@gmail.com) e Fátima Lobo (flobo@braga.ucp.pt)

INSTITUIÇÃO: Universidade Católica Portuguesa – Centro Regional de Braga – Faculdade de Filosofia

(Trabalho financiado por Fundos Nacionais através da FCT/ Fundação para a Ciência e Tecnologia no âmbito do Projecto «PEst-OE/FIL/UIO683/2011»)

RESUMO

Esta investigação tem por objectivo avaliar a satisfação com o suporte social e o *stress* percebido pelos idosos do meio rural a residir em diferentes contextos. Tem por base a aplicação de 3 instrumentos: *Mini Mental State Examination* (Folstein, Folstein & McHugh, 1975; Guerreiro, Silva, Botelho, Leitão, Castro-Caldas, & Garcia, 1994), Escala de Satisfação com o Suporte Social – ESSS (Ribeiro, 1999), Escala de Estresse Percebido (Luft, Sanches, Mazo & Andrade, 2007) e Questionário Sociodemográfico. Os dados foram analisados através do programa *Statistical Package for Social Sciences* (SPSS) versão 16. A amostra (n=110) é composta por pessoas com 65 e mais anos, que após consentimento informado, aceitaram participar na investigação; são idosos institucionalizados e idosos a residir no domicílio, no Concelho de Arcos de Valdevez. Os resultados revelam a existência de uma relação significativa entre o suporte social e o *stress*, visto que à medida que a satisfação com o suporte social aumenta, o nível de *stress* percebido diminui. Após estratificação para os diferentes contextos ambientais verificou-se que, a relação entre *stress* e suporte social é diferente de acordo com o local onde o idoso reside, contrariando o postulado por uma das hipóteses. Para os idosos institucionalizados, o *stress* aumenta à medida que percebem maior suporte social, enquanto nos idosos em domicílio verifica-se que o *stress* aumenta à medida que o suporte social diminui. A dimensão da amostra e a ausência de comparação dos resultados com o meio urbano constituem algumas das

limitações desta investigação. Contudo, reforça a importância do suporte social na diminuição dos níveis de *stress* do idoso, sendo que, a correlação entre o *stress* e o suporte social, descrita em alguns estudos, indica uma área de intervenção comunitária importante, no sentido do aumento e reforço das redes de apoio de forma directa ou indirecta.

ABSTRACT

This investigation aims to analyze satisfaction with social support and perceived stress of older people living in different contexts of the countryside. It is based on the application of 3 instruments: *Mini Mental State Examination* (Folstein, Folstein & McHugh, 1975; Guerreiro, Silva, Botelho, Leitão, Castro-Caldas, & Garcia, 1994), Escala de Satisfação com o Suporte Social – ESSS (Ribeiro, 1999), *Escala de Estresse Percebido* (Luft, Sanches, Mazo & Andrade, 2007) e Socio-demographic questionnaire. The data were analyzed with *Statistical Package for Social Sciences* (SPSS), version 16. The sample (n=) comprised persons over 65 years old, which after an informed consent accepted to participate in the research; they were institutionalized and non-institutionalized elderly from the municipality of Arcos de Valdevez. The results show a significant relationship between social support and stress, given that as satisfaction with social support increase the level of perceived stress drop. After stratification for context it was found that the relationship between stress and social support varies in accordance with the place of residence contradicting one of the hypothesis testing. For the institutionalized elderly stress increase as social support diminish. The sample dimension and the lack of comparison to urban areas are some of the limitations of this research. However, it reinforces the importance of social support to reduce stress levels of the elderly and taken that some studies have found a correlation between stress and social support it indicates that this is an important area of community intervention in order to increase and strengthen, directly or indirectly, social networks.

INTRODUÇÃO

O envelhecimento demográfico é o fenómeno mais relevante do séc. XXI nas sociedades desenvolvidas, devido às suas implicações na esfera socioeconómica, para além das modificações que se reflectem a nível individual e nos novos estilos de vida. O facto de as pessoas viverem cada vez mais, faz com

que muitas das vezes sobrevivam com incapacidades que as tornam dependentes de uma terceira pessoa. Esta dependência contribui para a perda de autonomia na velhice e, se em tempos os idosos viviam inseridos em famílias alargadas, constituídas por várias gerações, nas quais as mulheres assumiam os cuidados aos mais velhos, actualmente a situação alterou-se por efeito, entre outros factores, da entrada da mulher no mercado de trabalho (Barreto, 2002), aliada à crescente valorização da sua carreira profissional, e mais especificamente, das novas formas de relacionamento familiar. Perante as mudanças que foram ocorrendo na sociedade, os estudos que versam sobre a matéria revelam um aumento do nível de *stress* percebido pela população em geral, e nos idosos em particular. De acordo com vários autores o suporte social assume um papel de “amortecedor” do *stress*, protegendo as pessoas em situação de crise e acelerando a melhoria do seu estado de saúde em situação de doença (Cobb, 1976; Ornelas, 2008). O fenómeno do envelhecimento resulta da transição demográfica, normalmente definida como a passagem de um modelo demográfico de fecundidade e mortalidade elevados para um modelo em que ambos os fenómenos atingem níveis baixos, originando o estreitamento da base da pirâmide de idades, com redução de efectivos populacionais jovens e o alargamento do topo, com acréscimo de efectivos populacionais idosos.

Este fenómeno social é um dos desafios mais importantes do século XXI e obriga à reflexão sobre questões com relevância crescente como a idade da reforma, os meios de subsistência, a qualidade de vida dos idosos, o estatuto dos idosos na sociedade, a solidariedade intergeracional, a sustentabilidade dos sistemas de segurança social e de saúde e sobre o próprio modelo social vigente. Por outro lado, uma sociedade constituída por pessoas mais velhas pode criar outras oportunidades em diversos domínios: novas actividades económicas e profissionais, nomeadamente na área da prestação de serviços comunitários e de redes de solidariedade; ambientes, ergonomias e arquitecturas diferentes; padrões de consumo específicos, produtos e serviços criados à imagem dos consumidores mais velhos com necessidades específicas (INE, 2007). A taxa de crescimento natural, que há muito manifesta uma tendência de redução, apresentava em 2007, pela primeira vez na história demográfica portuguesa recente, um valor negativo (-0,01%). Desde o início do século XX apenas em 1918 se havia registado um saldo natural negativo, associado à epidemia de gripe pneumónica que atingiu o país nesse ano. Contudo, a situação verificada em 2007 não é única no conjunto dos 27 países da União Europeia. Para além de

Portugal, também a Itália, Estónia, Alemanha, Roménia, Hungria, Lituânia, Letónia e Bulgária apresentaram, em 2007, taxas de crescimento natural de valor negativo. A diminuição da fecundidade é responsável pelo envelhecimento ao nível da base da pirâmide etária, situando-se o índice sintético de fecundidade em 1,33 crianças por mulher, em 2007, o valor mais baixo registado na demografia portuguesa. Por outro lado, verifica-se um aumento da longevidade, que contribui para um envelhecimento ao nível do topo da pirâmide. Em 2007 o índice de envelhecimento atingiu 114 idosos por cada 100 jovens (INE, 2007). De salientar que, a dimensão das famílias situa-se hoje perto das 2,8 pessoas por agregado (Barreto, 2002). Há assim uma tendência para a nuclearização acentuada da família, diminuindo então a taxa de nupcialidade e a taxa de natalidade. Os jovens casam-se cada vez mais tarde, salientando-se que, desde 1984 a idade média ao primeiro casamento não pára de aumentar, coincidindo com o período em que se acentuou a diminuição de nascimentos (Barreto, 2002).

O termo idoso rural é habitualmente usado por referência a pessoas que residem em zonas não urbanas, em pequenas povoações de menos de 2500 habitantes ou residentes em pequenas comunidades, nas quais a maioria dos seus habitantes vive ou viveu da agricultura (Paúl, 2005). Também de acordo com a OCDE (citado por Garcia, 1996) o conceito de meio rural é usado universalmente para nos referirmos a certas partes do território que tem populações de baixa densidade e com certas características económicas. Na perspectiva de Rowles (1984) o meio rural é um contexto privilegiado de envelhecimento, enaltecendo as seguintes vantagens:

- 1) O contexto físico dos meios rurais permanece estável durante longos períodos de tempo, sendo as mudanças implementadas de forma lenta e gradual, o que possibilita às pessoas maior familiaridade com o meio;
- 2) O próprio ritmo de vida é mais lento, e assim mais favorável aos idosos cujos tempos de reacção possam estar lentificados, proporcionando maior inclinação para a calma do que para as trocas sociais rápidas e fragmentadas;
- 3) Maior estabilidade populacional, que favorece a manutenção dos laços afectivos, maior contacto, maior rede de vizinhança, que ditará um maior apoio prático, emocional e psicológico;

- 4) Sentido de identidade. Dado que neste tipo de contextos, as pessoas têm a oportunidade de promover redes de relação em que cada indivíduo conhece os nomes, vida, saúde dos outros membros da comunidade, reduzindo o potencial perigo de anonimato e alienação, que se vive nos ambientes marcadamente citadinos. Posição corroborada por Triadó Tur (2003), que se refere ao meio rural como sendo um núcleo de população em que toda a gente se conhece e se chama pelo nome ou apelido.

Desta forma, o meio rural é um conceito complexo, estruturado pelos seguintes conceitos: população; economia/actividade; cultura e relações (Garcia, 1996). No que respeita a atitudes e percepções, os idosos rurais têm maior preocupação com a saúde/doença, possivelmente devido à menor ajuda assistencial que recebem; porém sentem-se mais satisfeitos com o meio onde vivem e com as relações sociais que estabelecem, que são mais intensas e frequentes do que no caso dos idosos residentes em meio urbano (Garcia, 1997). Apesar de muitas vezes se descuidar esta realidade, cada pessoa envelhece de forma diferente, o que vai fazer com que os resultados em termos de autonomia e satisfação de vida sejam distintos. Assim, "a compreensão da diversidade no sucesso de envelhecimento, baseada na perspectiva ecológica é fundamental para a elaboração de políticas optimizadoras da qualidade de vida dos idosos" (Paúl, 2005: 248). O ambiente, considerado por Fernández-Ballesteros (2000), como um complexo de estimulação sócio física, constitui um dos factores a considerar quando se pretende avaliar o processo de envelhecimento de um idoso. Afinal, a forma como se envelhece depende também do lugar em que se vive e do tipo de estimulação física e social recebido.

MODELOS E PARADIGMAS

A revisão teórica identifica diversos modelos e paradigmas ambientais cujo objectivo é explicar a influência do ambiente sobre o envelhecimento. Com o objectivo de perceber o efeito do meio físico e social na adaptação do idoso ao meio e assim compreender a sua adaptação aos lares de idosos, foram destacados os modelos mais referenciados, respectivamente: o Modelo de Pressão-Competência de Lawton e Nahemow's (1973); o Modelo de Congruência de Carp (1987); o Modelo de Ecologia Social de Moos e Lemke (1984) e o

Modelo Ecológico Comportamental de Fernández Ballesteros (1998). O modelo de Lawton e Nahemow's (1973), considera que os aspectos que levam à adaptação ambiental dos idosos, são respectivamente a sua competência individual, relacionadas com a capacidade do indivíduo para agir nas áreas da saúde biológica, sensação-percepção, comportamento motor e cognição; e a pressão exercida pelo meio sobre o indivíduo. Muitas vezes o que acontece ao longo da nossa vida, e tal como enuncia este modelo, é que as exigências excessivas do meio, em relação às competências, provocam resultados negativos e *stress*, e as exigências inadequadas levam à perda de competências, por falta de uso. Desta forma, segundo este modelo o ambiente ideal seria o que fizesse apelo ao uso pleno de todas as capacidades do indivíduo, ou seja «a zona de desempenho potencial máximo». Existem vários modelos para explicar a influência da congruência na adaptação e bem-estar dos idosos institucionalizados, no entanto aquele que nos parece mais completo é o de Carp (1987); este define aspectos básicos da congruência, assumindo que esta deve ser entendida como uma relação entre as necessidades pessoais e as condições ambientais, dado que estas podem facilitar ou inibir a satisfação das mesmas. A congruência também é entendida como a complementaridade entre o nível de competência pessoal e os recursos ou barreiras que um determinado ambiente apresenta. Este modelo contempla o papel de uma série de variáveis mediadoras que descrevem as características específicas de cada pessoa como, o estatuto económico, o sentimento de competência e entre outros, a condição de saúde, que irão influenciar a forma como as pessoas se adaptam a novos ambientes. Moos e Lemke (1984), desenvolveram o Modelo de Ecologia Social para explicar as relações entre pessoa e ambiente, destinado a avaliar estabelecimentos assistenciais para idosos. Este modelo deu origem ao MEAP "*Multiphasic Environmental Assessment Procedure*". Através deste instrumento é possível analisar quatro domínios conceptuais, recursos físicos e arquitectónicos, características de gestão e programas, características dos residentes e dos funcionários e o clima social. O MEAP foi aplicado em 93 espaços, nos Estados Unidos da América, de assistência a pessoas idosas (residências, complexos de apartamentos, assistência especializada), e os resultados a que Moos e Lemke chegaram, mostram que a percepção de bem-estar e satisfação dependem tanto de dimensões relacionadas com as características do ambiente (físico e organizacional) como com as características da população residente. O Modelo Ecológico Comportamental foi desenvolvido por Fernández Ballesteros (1998)

com base no modelo de Moos e Lemke, descrito anteriormente, com o objectivo de integrar outras variáveis relacionadas com a pessoa e o ambiente. A principal variável acrescentada é o tempo, considerado nas suas várias dimensões: social, histórico e pessoal. Por outro lado, este modelo valoriza a existência de uma relação directa entre a condição de saúde e os níveis de desempenho comportamental. Este modelo concebe grande importância às condições ambientais e à sua interacção com variáveis pessoais, considerando estas últimas na perspectiva do comportamento social.

AMOSTRA

A amostra é composta por dois grupos: (a) idosos residentes no seu domicílio, no concelho de Arcos de Valdevez, acompanhados pela Unidade Móvel de Saúde. A técnica de amostragem, no que respeita aos idosos residentes no domicílio, foi uma amostragem por conveniência, os factores de inclusão foram: pessoas com 65 e mais anos, acompanhados pela Unidade Móvel de Saúde, que compareciam no dia previamente divulgado, ou aqueles que, por não se conseguirem dirigir ao veículo, recebiam a visita da equipa da Unidade nas suas casas; (b) idosos residentes no Lar Soares Pereira, da Santa Casa da Misericórdia de Arcos de Valdevez (A) , e no Lar St^o. André, do Centro Paroquial e Social de Guilhadeses (B), localizados em duas freguesias distintas do concelho de Arcos de Valdevez. O Lar A, conta com 86 residentes, sendo que, 77 pessoas são idosas e 9 tem idade inferior aos 65 anos. Depois de aplicado o MMS (*Mini Mental State Examination*), verificou-se que 36 dos idosos apresentavam deterioração cognitiva, como tal foram excluídos da amostra. Durante o período de aplicação dos instrumentos, 4 idosos rejeitaram colaborar no estudo e 1 faleceu antes de ter dado consentimento informado. Desta feita, fizeram parte da amostra 36 idosos no Lar A. O Lar B tem 55 residentes, dos quais 3 não são idosos. Através do MMS, foram excluídos 30 idosos, por apresentarem deterioração cognitiva, e 22 apresentaram-se aptos para fazerem parte da amostra, porém 3 idosos rejeitaram participar no estudo. O que confere uma amostra de 19 idosos, no Lar B. Assim, fazem parte da amostra, todos os residentes com 65 e mais anos, sem deterioração cognitiva, que se mostraram disponíveis para participar neste estudo. Assim, a amostra total é constituída por 110 indivíduos, sendo 55 pessoas idosas institucionalizadas em lares de idosos e 55 pessoas idosas a residir no domicílio. A amostra de pessoas institucionalizadas residentes nos lares A e B é composta por 35 mulheres e 20

homens, e apresentam uma mediana de idade de 85 anos. A amostra de pessoas do domicílio é composta por 42 mulheres e 13 homens, com uma mediana de idade de 80 anos.

INSTRUMENTOS

A investigação empírica, do tipo quantitativo, tem por base a aplicação de 4 instrumentos, o "*Mini Mental State Examination*" (Folstein, Folstein & McHugh, 1975, versão portuguesa: Guerreiro et al., 1993) que servirá para avaliar a incapacidade cognitiva dos idosos, o Inquérito Sócio-Demográfico, a "Escala de Satisfação com o Suporte Social – ESSS" (Ribeiro, 1999), a "*Escala de Estresse Percebido*" (Luft et al, 2007). Os idosos só foram inquiridos após Consentimento Informado.

O *Mini Mental State Examination* é um instrumento usado para avaliar a incapacidade cognitiva dos idosos. A pontuação deste teste varia entre 0 e 30, sendo consideradas portadoras de deterioração cognitiva as pessoas com pontuação igual ou inferior a 22. (Folstein, Folstein & McHugh, 1975, versão portuguesa (Guerreiro et al., 1993). Foi criado um questionário para a caracterização sócio-demográfica (idade, género, estado civil, grau de escolaridade, valor da reforma, profissão exercida na vida activa; características sócio-habitacionais; avaliação da saúde percebida do idoso; necessidade de apoio para as AVD's). A Escala de Satisfação com o Suporte Social – ESSS é um instrumento desenvolvido por Wethington e Kessler (1986) e validado para a população portuguesa por Ribeiro (1999). Trata-se de um questionário que permite a operacionalização da variável satisfação com o suporte social, com as suas quatro dimensões, designadamente: Satisfação com Amigos (SA), que mede a satisfação com as amizades/amigos que tem; Intimidade (IN), que mede a percepção da existência de suporte social íntimo; Satisfação com a Família (SF), que mede a satisfação com o suporte social familiar existente e Actividades Sociais (AS), que mede a satisfação com as actividades sociais que realiza, através de 15 itens de diferencial semântico de 5 pontos. A "*Escala de Estresse Percebido*", criada por Cohen em 1983, tem sido validada em vários países, sendo que os investigadores usaram a versão brasileira de Luft et al (2007).

PROCEDIMENTOS

Após contacto estabelecido com os autores das escalas e parecer favorável da Direcção dos Lares de Idosos e das Instituições que dinamizam a

Unidade Móvel de Saúde, onde se aplicaram os instrumentos, iniciou-se a recolha de dados. Todos os elementos da amostra foram informados dos objectivos do estudo, tendo sido garantido o seu anonimato. Sendo de realçar que, os idosos apenas foram entrevistados após fornecerem ao investigador o seu consentimento informado. Os participantes residentes nos lares, foram abordados e convidados a participar pelo investigador, tendo sido cedido por cada uma das instituições um gabinete para o efeito, de forma a garantirmos a privacidade dos idosos. Os participantes residentes no seu domicílio são idosos acompanhados por uma Unidade Móvel de Saúde (UMS), onde lhes são prestados cuidados de saúde primários e acompanhamento social, através da intervenção de uma equipa multidisciplinar, constituída por uma Enfermeira e duas Assistentes Sociais. Pelo que, no âmbito da intervenção da UMS, os idosos foram convidados a participar no estudo. Os instrumentos foram aplicados no interior desta Unidade, que comporta dois gabinetes, tendo proporcionado igualmente condições de privacidade. Os idosos, que por razões de ordem motora, não são capazes de se dirigir à UMS, foram entrevistados nas suas casas, após a visita domiciliária da equipa da UMS. O trabalho de campo decorreu, em simultâneo ao nível das duas amostras, entre o dia 5 de Abril de 2008 e 20 de Fevereiro de 2009. Cada entrevista teve a duração média de 45 minutos, e uma vez que os instrumentos foram aplicados por este meio, houve o cuidado de se ler as questões e a opção escolhida pelo entrevistado.

DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Para a comparação de variáveis categóricas foi utilizado o teste do Qui-quadrado. Sendo que, para comparar variáveis contínuas recorreu-se aos testes paramétricos (teste t student ou Anova) e não paramétricos (teste de Mann-Whitney) de acordo com a natureza da variável em estudo. No sentido de explicar a relação do suporte social e *stress* foi utilizada uma regressão linear, e construído um modelo com ajustamento para as variáveis, género, idade, valor da reforma e problemas de saúde. É possível constatar que em ambas as amostras a maioria dos idosos são do sexo feminino, respectivamente 76,4% dos indivíduos residentes no domicílio e 63,6% dos idosos institucionalizados. A mediana das idades situa-se nos 80 anos, para os idosos residentes no domicílio e nos 85 anos para os idosos institucionalizados. No que concerne ao estado civil, a maioria dos idosos de ambas as amostras são viúvos (50,9%). Os idosos a residirem no seu domicílio apresentaram uma elevada proporção de

casados/união de facto (47,2%) e também viúvos (45,5%). Os idosos residentes em lar apresentam mais frequentemente o estado civil, viúvo (56,4%). A primeira hipótese de trabalho estabeleceu como meta perceber se efectivamente não se encontravam diferenças nas características sociodemográficas e económicas dos idosos da nossa amostra. Comprovou-se de facto que, não se verificaram diferenças significativas entre os idosos institucionalizados e os idosos a residir no domicílio, no que concerne às suas características sociodemográficas, salvaguardando que os idosos institucionalizados são mais velhos. Neste seguimento, a maioria dos idosos são do sexo feminino, viúvos, analfabetos, sendo que, na vida activa trabalharam na agricultura, auferem uma reforma que se situa entre os 187,18€ e os 374,36€ e classificam as condições habitacionais como sendo "boas". Os nossos resultados mostram que a maioria dos idosos referiu como profissão exercida na vida activa, a agricultura, havendo porém um predomínio desta actividade entre os idosos residentes no domicílio comparativamente aos idosos institucionalizados. Os resultados, e comparando as duas amostras, indicam que o grupo dos idosos institucionalizados apresenta uma mediana de idade superior ao grupo dos idosos residentes no domicílio. A segunda hipótese partiu do pressuposto de que existiriam diferenças estatisticamente significativas em termos de necessidades ao nível da realização das AVD's e a avaliação da saúde percebida do idoso, que engloba a existência de problemas de saúde e a percepção do estado de saúde. Neste seguimento e como era esperado os idosos institucionalizados referem mais frequentemente sentir necessidade de apoio nas AVD's. No que concerne à existência de problemas de saúde e tal como foi sugerido nesta hipótese os idosos institucionalizados (90,9%) referem mais frequentemente a existência de um problema de saúde quando comparados com os idosos residentes no domicílio. Este resultado era espectável dado que a ausência de participação social e a falta de actividades de lazer nos lares, parecem fazer com os idosos sobrevalorizem os seus problemas de saúde e canalizem para estes toda a sua atenção e preocupação.

Relativamente à percepção do estado de saúde, constatamos parte de um resultado não esperado, visto que, o nosso estudo mostra que os idosos na sua globalidade (provenientes do lar e do domicílio) tendem a perceber o seu estado de saúde como "razoável". Num estudo realizado em meio rural português também é demonstrado que 55% dos idosos inquiridos classificaram a sua saúde como média (classificação utilizada: boa; média e má) (Sequeira &

Silva, 2002). Num outro estudo levado a cabo por Paúl e colaboradores (2003), considerando a auto-percepção da saúde, os idosos consideraram a sua saúde "má" ou "nem boa nem má" (razoável).

Em ambas as amostras verificamos que, embora sem significado estatístico, aqueles que referem ter problemas de saúde apresentam pontuações mais baixas no que diz respeito ao suporte social. O suporte social percebido pode ter um papel essencial para manter ou mesmo promover a saúde física e mental (Cockerham, 1991). Espera-se que sob a presença de suporte social, as pessoas idosas se sintam amadas e conseqüentemente seguras para lidar com problemas de saúde (Cicirelli, 1990). Não podemos deixar de mencionar que, embora a maioria dos autores enfatize que o suporte social conduz a um melhor estado de saúde (Umberson, 1991; Cockerham, 1991), outros autores argumentam que este também pode originar resultados negativos, devido à excessiva dependência em relação a poucas pessoas que possam prestar ajuda (Kraus, 1995).

A terceira hipótese procurou determinar se existe relação entre o tipo de residência (lar de idosos ou domicílio) e a satisfação do idoso com o suporte social, esperando-se que os idosos que residem no seu domicílio tenham maior suporte social. Na verdade os idosos residentes no domicílio encontram-se mais satisfeitos com o suporte social do que os idosos institucionalizados. Os idosos que residem no domicílio, inseridos no meio rural, beneficiam de maior estabilidade populacional, que favorece a manutenção dos laços afectivos, maior contacto, maior rede de vizinhança, que ditará um maior apoio prático, emocional e psicológico (Rowles, 1984). Apesar da despovoação das aldeias, no nosso estudo verificou-se a existência de redes de entre-ajuda, marcadas não só pelos vizinhos e cônjuges, mas também pelos filhos. Sendo de notar que, os nossos resultados, e tendo em conta apenas a nossa amostra de idosos a residir no domicílio, demonstram que 32,7% dos idosos residem sozinhos e 67,3% vivem acompanhados maioritariamente num agregado familiar composto por mais de três pessoas, sendo estes mais frequentemente, o cônjuge e os filhos.

No que diz respeito aos idosos residentes em lar, é necessário ter em consideração que a institucionalização implica a mudança e adaptação a um novo contexto ambiental, o que pode provocar conseqüências negativas, nos casos em que o idoso se alheia do mundo exterior e enfrenta dificuldades em estabelecer laços de afectividade com os outros residentes. É como que o processo de socialização recomeçasse, numa altura em que a pessoa "carrega"

todo um conjunto de vivências e experiências, e muitas vezes, para se proteger de possíveis danos prefere viver o seu dia-a-dia no lar, de forma isolada, ou relacionarem-se maioritariamente com os funcionários.

Num estudo em que se procurou a comparação da satisfação com o suporte social (através da ESSS), numa amostra de idosos institucionalizados versus idosos a frequentarem a valência Centro de Dia, não se verificaram diferenças com significado estatístico entre os dois grupos de estudo, excepto no que se refere ao factor "Actividades Sociais" (uma das dimensões da referida escala) cujos resultados são superiores para o grupo de utentes dos lares de idosos (Vieira, 2003). Os nossos resultados não apresentam diferenças significativas entre o suporte social e o género, idade, escolaridade e estado civil. A relação entre género e suporte social não é linear e clara, surgindo estudos que apresentam que esta relação pode ser irrelevante (Ornelas, 2008). Está descrito que à medida que a idade aumenta, diminui o suporte social, uma vez que se assiste a um estreitamento das relações sociais (Ornelas, 2008). Num estudo levado a cabo junto de doentes oncológicos, no qual se avaliou o suporte social através da ESSS foi concluído que à medida que a idade aumenta, vai diminuindo a satisfação com o suporte social (Santos et al, 2003). Os nossos resultados não permitem verificar este efeito porque estes idosos pertencem a um grupo de idades muito homogéneo.

Está descrito que um maior nível de escolaridade, favorece habilidades sociais e de comunicação que levam a condições facilitadoras de melhor percepção do suporte social (Seidl et al, 2005). O estudo de Santos e seus colaboradores (2003) também encontrou uma relação entre a escolaridade e o suporte social, visto que, a satisfação com o suporte social percebido cresce à medida que a escolaridade aumenta. Contudo os nossos resultados não permitem verificar esta relação, uma vez que os idosos da amostra pertencem na sua maioria a classes de baixa escolaridade, não havendo grande heterogeneidade no que respeita ao nível educacional. Embora sem significado estatístico, os nossos resultados mostram pior pontuação de suporte social nos viúvos, sendo os solteiros aqueles que obtiveram melhor pontuação. Noutros estudos, são os indivíduos casados que tendem a apresentar maior suporte social (Ensel, 1986), embora actualmente haja uma tendência para evitar este tipo de associação, porque o estar casado não é necessariamente sinónimo de recepção de suporte social por parte do cônjuge. Explorar a existência de relação entre o tipo de residência (lar de idosos ou domicílio) e o nível de *stress*

percebido, esperando-se que os idosos institucionalizados apresentem maiores níveis de *stress*, era a proposta da quarta hipótese. Sendo que, os nossos resultados vêm demonstrar o que foi postulado, visto que os idosos institucionalizados apresentam maior nível de *stress* quando comparados com os idosos do domicílio. Este resultado era expectável dado que a mudança de ambiente constitui um potencial agente desencadeador de *stress* nestes idosos. De acordo com Ballesteros (2004), os factores que mais frequentemente causam *stress* na pessoa idosa e que constam na bibliografia são os acontecimentos de vida, nomeadamente a institucionalização.

O *stress* é considerado um precursor de diversas doenças (Reiche et al, 2004). E para os idosos, os agentes do *stress* podem ser os mais variados, como por exemplo, a reforma, a morte de entes queridos, a mudança de papéis sociais e a mudança de ambiente (Paul, 1997). Contudo, é a forma como o idoso entende estes agentes que constitui um dos determinantes de como ele será afectado pelo *stress*. Neste sentido, julgamos pertinente proceder a uma análise crítica dos factores analisados que influenciam ou são influenciados pelo *stress* percebido.

O *stress* está entre os factores de risco que podem afectar a saúde física, emocional e cognitiva dos indivíduos (Ulla & Remor, 2002; Aldwin & Gilmer, 2003; Cappeliez et al, 2004; Sadeh et al, 2004). Em ambos os contextos residenciais, são as mulheres quem apresenta um maior índice de *stress* percebido, resultado este que é corroborado por Luft et al (2007). Esta diferença de género também é suportada por Oliveira e Cupertino (2005), que consideram que as mulheres tendem a avaliar situações da vida com maior intensidade e *stress* do que os homens. Neste estudo verificou-se também que os idosos solteiros/divorciados são aqueles que apresentam maiores níveis de *stress*, o que vai de encontro às conclusões de Luft e colaboradores (2007); situação semelhante com os idosos em situação de viuvez (Paul, 1997). De acordo com o estudo de Luft e colaboradores (2007), os idosos que indicaram ter problemas de saúde obtiveram média de *stress* percebido superior aos que não indicaram doenças, o que se verificou também neste estudo para o grupo de idosos a residir no domicílio.

O suporte social pode funcionar não só como um elemento amortecedor do impacto do *stress*, mas também como um recurso de resolução de problemas que resulta em *stress* diminuído. Reciprocamente baixos níveis de suporte social podem causar ou potenciar os níveis de *stress* (Cohen, Underwood & Gottlielo,

2000). Neste contexto, o suporte social deve ser estudado como um recurso de *coping*, diminuindo os efeitos psicológicos adversos dos agentes de *stress* ambiental. Assim, a percepção que os outros estão disponíveis para fornecer conforto emocional ou assistência prática em alturas de necessidade parece ser particularmente benéfico para a saúde e bem-estar (Navalhas, 1998). Para além disso, o suporte social está descrito também como um importante factor de minimização dos efeitos das situações *stressantes* no funcionamento familiar. Num estudo levado a cabo com o objectivo de estudar a percepção do *stress* e do suporte familiar em familiares cuidadores de indivíduos com paralisia cerebral foi confirmada a correlação entre o *stress* e o suporte social, indicando assim uma área de intervenção comunitária importante, no sentido do aumento ou reforço das redes de apoio de forma directa ou indirecta (Almeida, 2007).

De acordo com Singer e Lord (1984) citado por Ribeiro (1999) os estudos que se têm debruçado sobre a relação entre suporte social e saúde podem agrupar-se em quatro categorias, da seguinte forma: a) a primeira categoria apresentada sustenta que, o suporte social protege contra as perturbações induzidas pelo *stress*, o que significa que o suporte social age como um moderador do *stress*; b) a falta de suporte social é geradora de *stress*, ou seja, a falta de suporte social é ela própria geradora de *stress*; c) a perda de suporte social é um *stressor*, o que significa que se a pessoa tem uma fonte de suporte social e a perde, o *stress* surge; d) o suporte social é considerado benéfico, pois torna as pessoas mais fortes para enfrentar as adversidades da vida, que podem ser fontes de *stress*.

A sexta hipótese pretende saber se a relação entre o nível de satisfação com o suporte social e o *stress* percebido é semelhante entre os idosos institucionalizados e os idosos a residir no domicílio. Os resultados do estudo permitem concluir que, ao contrário do que foi sugerido através desta hipótese, a relação entre o nível de satisfação com o suporte social e o *stress* percebido não é semelhante nas duas amostras. Isto porque, entre os idosos institucionalizados, o *stress* aumenta à medida que percebem maior suporte social, enquanto nos idosos do domicílio se verifica que o *stress* aumenta à medida que o suporte social diminui. Relativamente à diferença encontrada na relação suporte social e *stress* de acordo com a residência do idoso, lar ou domicílio, a explicação que parece ir ao encontro deste resultado não esperado, e não sendo a idade uma variável de explicação dessa diferença.

A forma como os idosos percebem a vivência em lar é diversificada, pois se para alguns representa uma melhoria das condições de vida e da sua estabilidade emocional, para outros significa uma ruptura com o espaço físico e relacional, geralmente acompanhada pela consciência dolorosa da situação de exclusão (Pimentel, 2001). Na perspectiva dos idosos residentes no domicílio, a institucionalização em lar ainda surge como o último recurso aquando da perda de autonomia e perante a falta de disponibilidade para cuidar (Pimentel, 2001). Quando a decisão da institucionalização resulta da vontade do idoso, este tende a sentir maior satisfação com o lar, comparativamente aos idosos institucionalizados contra a sua vontade (Dias, 2007). A opção (por vontade própria ou alheia) pela institucionalização pode alterar os resultados, na medida em que a própria percepção do idoso em relação a si próprio e ao seu estado de saúde pode ser influenciada. Na concepção do próprio idoso, a residência na sua casa constitui uma dimensão de independência e de segurança. Esta segurança é entendida como objectiva, pois protege o idoso das contrariedades do meio ambiente, ou como subjectiva, na medida em que parece proteger do medo (Sousa et al, 2004). Entre os idosos residentes no domicílio, os resultados vão ao encontro daquilo que era esperado, ou seja, o *stress* aumenta à medida que percebem diminuição do suporte social. A sétima hipótese postulava que as variáveis sociodemográficas, económicas e de saúde dos idosos, explicassem parte da relação existente entre o *stress* e o suporte social, o que não se veio a verificar.

CONCLUSÃO

A mudança repentina da sociedade, devido ao envelhecimento da população, ao aumento da longevidade e à baixa taxa de natalidade, exige a implementação de estratégias sociais e políticas de protecção da pessoa idosa sustentadas pela investigação científica e pela capacidade desta proceder a pesquisas nos diferentes meios. No sentido de melhorar as respostas sociais para idosos e permitir a sua manutenção em domicílio. O Serviço de Apoio Domiciliário constitui, neste contexto, uma resposta apropriada tal como os Centros de Dia, propostas que devem ser alargadas em termos territoriais e melhorada a frequência do apoio. Todavia, nem sempre as habitações dos idosos se encontram preparadas, em termos de condições de conforto e salubridade, para lhes garantir qualidade de vida, para tal é necessário que à semelhança de algumas autarquias do país, seja disponibilizada verba financeira para a melhoria

das condições habitacionais dos idosos. O lugar do idoso, sempre que possível, deve ser na sua casa, objectivo preconizado pela Organização Mundial de Saúde.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Abrunheiro, L. (2005). A Satisfação com o Suporte Social e a Qualidade de Vida no Doente Após Transplante Hepático. [em linha]. Disponível em <http://www.psicologia.com.pt>. [Consultado a 28/10/2007].
- Aldwin, C.M., Gilmer, D. F. (2003). *Health, Illness and Optimal Aging: biological and psychological perspectives*. California: Sage Publications.
- Almeida, T., & Sampaio, F.M. (2007). Stress e Suporte Social em Familiares de Pessoas com Paralisia Cerebral. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 8(1), 143-149.
- Ancântara, A. (2004). *Velhos Institucionalizados e Família: entre abafos e desabafos*. Campinas SP: Editora Alínea.
- Barrera, M. (1986). Distinctions between social support concepts, measures and models. *American Journal of Community Psychology*, 14, 413-445.
- Barreto, A. (2002). *Mudança social em Portugal, 1960/2000*. Lisboa: Instituto de Ciências Sociais da Universidade de Lisboa.
- Bowling, A. (1991). Social Support and Social Networks: Their relationship to the Successful and Unsuccessful Survival of Elderly People in the Community. *Family Practice*, 8(1), 68-83. Oxford: Oxford University Press.
- Câmara Municipal de Arcos de Valdevez (2008), *Diagnóstico Social de Arcos de Valdevez*. Disponível em <http://www.cmav.pt> [Consultado em 20/07/2009]
- Cappeliez, P., Sevre-Rousseau, S., Landreville, M., Preville, M. (2004). Physical health, subjective health and psychological distress in older adults: reciprocal relationships concurrently and over time. *Ageing International*, 29(3), 247-266.
- Carp, F. (1987). Environment and Aging. In D. Stokols & I. Altman (Eds.), *Handbook of Environment Psychology* (pp. 329-360). New York: John Wiley e Sons.
- Cassel, J. (1974). Psychological Processes and Stress: Theoretical Formulations. *International Journal of Health Services*, 3, 471-482.

- Cicirelli, V.G. (1990). Family support in relation to health problems of the elderly. In Brubaker, T.H. (ed.). *Family relationships in later life* (2nd Ed.) (pp. 212-228). Newbury Park, CA: Sage.
- Cobb, S. (1976). Social Support as a Moderator of Life Stress. *Psychosomatic Medicine*, 38(5), 300-314.
- Cockerham, W. (1991). *This aging society*. New Jersey: Prentice Hall.
- Coelho, M., Ribeiro, J. (2000). Influência do suporte social e do coping sobre a percepção subjectiva de bem-estar em mulheres submetidas a cirurgia cardíaca. *Psicologia, Saúde e Doenças*, 1(1), 79-87.
- Cohen, P., Cohen, J., & Brook, J. (1993). An epidemiological study of disorders in late childhood and adolescence. *Journal Child Psychology*, 34(6).
- Cohen, S., Karmack, T., Mermelstein, R. (1983). A global measure of perceived stress, *Journal Health Social Behaviour*, 24(4), 385-396.
- Cohen, S., McKay, G. (1984). Social Support, Stress and the Buffering hypothesis: A theoretical analysis. In A. Baum, S. E. Taylor, & J. E. Singer (Eds), *Handbook of Psychology and Health*. N. J.: Hillsdale.
- Cohen, S., Underwood, S., & Gottlielo, B. (2000). *Social Support measures and intervention*. New York: Oxford University Press.
- Cramer, D., Henderson, S., & Scott, R. (1997). Mental health and desired social support: a four-wave panel study. *Journal of Social and Personal Relationships*, 14(6), 761-775.
- Diário da Republica, Ministério do Trabalho e da Solidariedade Social, *Normas Reguladoras das Condições de Instalação e funcionamento dos Lares de Idosos*, I Série – B, nº417, Despacho Normativo nº12/98, 25 de Fevereiro de 1998: 767-774.
- Dias, I. G. (2007). *A Institucionalização Asilar na Percepção do Idoso e da sua Família: O Estudo do Lar dos Velhinhos*. Dissertação de Mestrado em Economia Doméstica. Universidade Federal de Viçosa do Brasil.
- Duarte, M., & Paúl, C. (2006). Avaliação do ambiente institucional-público e privado: estudo comportamental dos idosos. *Revista Transdisciplinar de Gerontologia*, 1(1), 17-29.
- Dunbar, M. Ford, G., & Hunt, K. (1998). Why is the receipt support associated with increased psychosocial distress? An examination of three hypotheses. *Psychology and Health*, 13, 527-544.

- Ensel, W. M. (1996). Social Class and Depressive Symptomatology. In N. Lin, A. Decca, & W. Ensel (Eds.), *Social Support, Life Events and Depression* (pp. 266-294). Orlando: Academic Press.
- Fernández-Ballesteros, R. (2000). *Gerontologia Social*. Madrid: Ediciones Pirâmide.
- Fernández-Ballesteros, R. (2004). *Gerontologia Social*. Una Introducción. In R. Fernández-Ballesteros (Dir.), *Gerontologia Social*. Madrid: Pirâmide.
- Fernández-Ballesteros, R et al. (1998). Personal and environmental relationships among the elderly living in residential settings. *Archives of Gerontology and Geriatrics*. 262, 185-198.
- Figueiredo, D. (2007). *Cuidados Familiares ao Idoso Dependente*. Lisboa: Climepsi Editores.
- Fortin, M. (1999). *O processo de Investigação: da concepção à realização*. Loures: Lusociência.
- Garcia Sanz, B. (1996). La sociedade rural ante el siglo XXI. In M^a Triadó Tur (2003). *Envejecer en entornos rurales*. Madrid: IMSERSO, Estudios I+D+I, nº19 [em linha]. Disponível em <http://www.imsersomayores.csic.es/documentos/documentos/imserso-estudiosidi-19.pdf>. [consultado em 26/05/2010]
- Garcia Sanz, B. (1997). Enjecimento en el mundo rural: problemas y soluciones. In M^a Triadó Tur (2003). *Envejecer en entornos rurales*. Madrid: IMSERSO, Estudios I+D+I, nº19 [em linha]. Disponível em <http://www.imsersomayores.csic.es/documentos/documentos/imserso-estudiosidi-19.pdf>. [consultado em 26/05/2010]
- Holahan, C., & Moos, R. (1981). Social support and psychological distress: A longitudinal analysis. *Journal of Abnormal Psychology*. 90(4), 365-370 [em linha]. Disponível em <http://psycnet.apa.org/journals/abn/90/4/365/> [consultado a 22/05/2010].
- Imaginário, C. (2003). *O idoso dependente em contexto familiar. Uma análise da visão da família e do cuidador principal*. Edição FORMASAU.
- INE (2001). *Censos 2001: Resultados preliminares*. Lisboa: Instituto Nacional de Estatística.
- INE (2002). O Envelhecimento em Portugal. Situação demográfica e socioeconómica recente das Pessoas Idosas. *Revista de Estudos Demográficos*, 32, 185-208.

- INE. (2007). *Estatísticas demográficas 2005*. Lisboa: Instituto Nacional de Estatística.
- ISS, I.P. (2005). *Manual de Boas Práticas*, Ed. Instituto da Segurança Social, I.P.
- Jabob, L. (2001). *Os serviços para idosos em Portugal*, Dissertação de Mestrado, ISCTE.
- Krause, N., Borawick-Clarck, E. (1995). Social class differences in social support among older adults. *The Gerontologist*, 35(4) 498-508.
- Lawton, M. & Nahemow, L. (1973), Ecology and ageing process. In C. Eisdorfer & M. Lawton (Eds), *Psychology of Adult Development and Ageing* (pp. 619-624). Washington: American Psychological Association.
- Lazarus, R. S. & Folkman, S. (1984): *Stress, Appraisal and Coping*. Berlin: Springer Verlag.
- Lipp, M. (1984). Stress e suas implicações. *Estudos de Psicologia*, 3/4 (Agosto e Dezembro).
- Luft, C., Sanches, S., Mazo, G., & Andrade, A. (2007) Versão brasileira da Escala de Estresse Percebido: tradução e validação para idosos. *Revista de Saúde Pública*; 41(4), 606-15.
- McEwen, B., Sapolsky, R. (2006). *The Journal of Clinical Endocrinology & Metabolism*, 91(2).
- Moos, R.H., & Lemke, S. (1984). *Multiphasic Environmental Assessment Procedure (MEAP)*. Stanford, CA: University Medical Center.
- Navalhas, J.C.B. (1998). Crise e Suporte Social, Efeitos Potenciais do Suporte Social. *Revista de Psiquiatria do Hospital Júlio de Matos*, 11(3), 27-46.
- NOVA ENCICLOPÉDIA LAROUSSE (2004). Círculo de Leitores, Rio do Mouro, Ed. Nº3887, Vol. II e VI: 375, 1773.
- Oliveira, B., & Cupertino, A. (2005). Diferenças entre género e idade no processo do estresse em uma amostra sistemática de idosos residentes na comunidade- Estudo PENSA. *Textos sobre Envelhecimento*, 8 (2).
- Ornelas, J. (2008). *Psicologia Comunitária*. Lisboa: Fim de Século.
- Paúl, C. (1995). O processo de Avaliação Ambiental Multifásico (MEAP), uma aplicação em Portugal. *Psicologia*, 10(1), 237-264.
- Paúl, C. (1997). *Lá para o fim da vida: idosos, família e meio ambiente*. Coimbra: Livraria Almedina.

- Paul, C. (2005). Envelhecimento e Ambiente. In L. Soczka (Org.), *Contextos Humanos e Psicologia Ambiental* (pp. 247-268). Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.
- Paúl, C., Fonseca, A., Martín, I., & Amado, J. (2003). Psychosocial Profile of Rural and Urban Elders in Portugal. *European Psychologist, 8*(3), 160-167.
- Pimentel, L. (2001). *O lugar do idoso na família: contextos e trajetórias*. Coimbra: Quarteto Editora.
- Ramos, M. P. (2002). Social Support and Health Among Seniors. *Sociologias, 7*, Porto Alegre [em linha] Disponível em <http://www.scielo.br> [Consultado a 28/10/2007].
- Reich, E.M., Nunes, S.O., Morimoto, H.K. (2004). Stress, depression, the immune system, and cancer. *Lancet Oncologic, 5*(19), 617-625.
- Ribeiro, J.L.P. (1999). Escala de Satisfação com o Suporte Social (ESSS). *Análise Psicológica, 3*(17), 547-558.
- Rodin, J., Salovey, P. (1989). Health Psychology. *Annual Review of Psychology, 40*, 533-579.
- Rowles, G. (1984). Aging in rural environments. In I. Altman, M. Lawton, & J. Wohlwill (Eds.), *Elderly people and the environment* (pp. 129-157). New York: Plenum.
- Sadeh, A., Keinan, G., Daon, K. (2004). Effects of Stress on Sleep: the moderating role of coping style. *Health Psychology, 23*(5), 542-545.
- Sandín, B. (2003). El Estrés: Un análisis basado en el papel de los factores sociales. *Revista Internacional de Psicología Clínica y de la Salud, 3*(1), 141-157.
- Santos, C., Ribeiro, J., & Lopes, C. (2003). Estudo de Adaptação da Escala de Satisfação com o Suporte Social (ESSS) a Pessoas com Diagnóstico de Doença Oncológica. *Psicologia, Saúde e Doenças, 4*(2), 185-204.
- Seidl, E., Zannon, C., Tróccoli, B. (2005). Pessoas vivendo com HIV/AIDS: Enfrentamento, Suporte Social e Qualidade de Vida. *Psicologia: Reflexão e Crítica, 18*(2), 188-195.
- Sequeira, A. & Silva, M. (2002). O Bem-Estar da pessoa idosa em meio rural. *Análise Psicológica, 3*(20), 505-516.
- Singer, J.E., & Lord, D. (1984). The role of social support in coping with chronic or life-threatening illness. In. Ribeiro, JLP (1999). Escala de Satisfação com o Suporte Social (ESSS). *Análise Psicológica, 3*(17), 547-558.

- Sousa, L., Figueiredo, D., & Cerqueira, M. (2004). *Envelhecer em Família: Os cuidados familiares na velhice*. Porto: Âmbar.
- Sykiotis, G. P., & Bohmann, D. (2010). Stress-activated cap'n'collar transcription factors in aging human disease. *Science Signaling*, 9, 3(112).
- Tak, S.H., Hong, S.H., Kennedy, R. (2007). Daily Stress in Elders with Arthritis. *Nursing and Health Sciences*, 9, 29-33.
- Taylor, S.E. (2010). Effects of a supportive or an unsupportive audience on biological and psychological responses to stress. *Journal of Personality and Social Psychology*, 98(1), 47-56.
- Triadó Tur, C. (2003). Envejecer en entornos rurales. Madrid, IMSERSO, *Estúdios I+D+I*, nº19.[em linha]. Disponível em <http://www.imsersomayores.csic.es> [consultado em 26/05/2010].
- Ulla, S., Remor, E.A. (2002). Psiconeuroimunologia e infecção por HIV: realidade ou ficção? *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 15(1), 113-119.
- Unbersom, D.G. (1992). Marital status, and the social control of health behaviour. *Social Science and Medicine*, 34, 904-917.
- Underwood, P.W. (2000). Social Support: The Promise and the Reality. In V.H. Rice (Ed.), *Handbook of Stress, Coping and Health: Implications for Nursing Research, Theory and Practice* (pp. 367-391). London: Sage Publications, Inc.
- Vieira, A. (2003). *Qualidade de Vida e Suporte Social dos Idosos em Ambiente Institucional. Contributos da Bioética*. Porto: Faculdade de Medicina da Universidade do Porto (Dissertação de Mestrado).
- World Health Organization (1998). *Health Promotion Glossary*. Geneva: WHO
- World Health Organization (2002). *Active Aging: a policy framework*. Madrid: WHO
- Yela, M. (1992). Psicología de la vejez: la Miranda hacia atrás. In A. Reig y D. Ribera (eds.), *Perspectivas en Gerontología y Salud*. Valência: Promolibro.
- Zimmerman, I.G. (2000). *Velhice: Aspectos Biopsicossociais*. São Paulo: Editora Artes Médicas Sul Ltda.